

**GEZONDHEID**

**& POLITIEK**

**THEMA:**

**BELEID OP RECEPT:  
DE ONMAGT VAN  
"DE POLITIEK"**

**DES-actiegroep**  
Is kennis angst of macht?

**Hans Achterhuis over**  
schaarste en  
medische macht

**Jaarverslag ziekenhuis**  
patiënten op onderzoek

**WHO-congres Nairobi**

**Verpleegkunde:**  
Samenwerking tussen  
wijk en ziekenhuis



# Jaarverslagen van ziekenhuizen

Patiënten op onderzoek

Het staat zo mooi in de wet: bedrijven en instellingen moeten jaarlijks in een openbaar jaarverslag verantwoording afleggen van hun doen en laten. Dus ook ziekenhuizen. In theorie is zo'n jaarverslag een goed aangrijpingspunt voor overheid en patiënten om vat te krijgen op de zorg in een ziekenhuis.

Leden van patiëntenbelangengroepen vroegen van alle ziekenhuizen in het Noorden des lands een jaarverslag op. Ze vielen van de ene verbazing in de andere: de jaarverslagen bleken in de praktijk niet meer dan een bureaucratische fopspeen te zijn. Een bijna onwaarschijnlijk verhaal over jaarverslagen die bij aanvraag allesbehalve openbaar blijken te zijn, die inhoudelijk bedroevend weinig voorstellen, of zelfs nooit geschreven zijn. En, hoe ze uiteindelijk onbeoordeeld bij de beoordelende instanties - tot hun spijt - in een bureau verdwijnen.

Pagina 14

## Schaarste en medische macht

Een onafscheidelijk paar.

In het Antoniusziekenhuis te Nieuwegein, staan maar liefst vierhonderd patiënten op de wachtlijst voor een hart-operatie; in de toekomst zal er onvolgende apparatuur zijn om alle patiënten die bestraald willen worden, te behandelen. Een willekeurige greep uit de dagelijkse berichten over de gezondheidszorg maakt duidelijk dat "de koek op is". Voorzieningen en behandelingen worden "schaars", wat er nog is moet verdeeld worden onder de belanghebbenden.

Hans Achterhuis, als filosoof bekend door zijn kritische doorlichting van de expansieve groei van de gezondheidszorg, analyseert in dit artikel de relatie tussen deze schaarste en de medische macht. Wie denkt dat de toenemende schaarste - minder zorg - leidt tot een afnemende medische bemoeïening met het leven van alledag, heeft het mis. Meer dan ooit slaagt de gezondheidszorg erin haar normen op te dringen, bijvoorbeeld bij het aanleggen van selectie-criteria voor wie wel en wie niet voor behandeling in aanmerking komen. Hierdoor ontstaat een situatie waarbij niet de kwaliteit van het leven maar een wens tot overleven centraal staat.

Tot slot richt Hans Achterhuis een hartekreet aan de patiëntenbeweging. Waag u niet op het gladde-selectie-ijs: "Schaarste verdwijnt niet vanuit participeren ... maar eerder vanuit een houding die ik bij gebrek aan beter als 'niet meedoen': zelfs als onmacht zou willen beschrijven".

Pagina 35

THEMA:  
Beleiden Op recept.

## De onmacht van "de politiek"

Juni '86: Blijft de CDA-VVD regering zitten of wordt joop den Uyl opnieuw kapitein op het schip van staat? En wat zal dit betekenen voor het gezondheidszorgbeleid van de komende jaren? Inrijpende veranderingen of voorzichtig aan bijsturen?

- Rechts wil de rol van de overheid sterk terugdringen, terwijl links door overheidsingrijpen een progressief beleid tot stand wil brengen. Zijn haar plannen kansrijk, of heeft de gezondheidszorg voorlopig meer invloed op de politiek dan andersom?

Pagina 18

## Is kennis angst of macht? Invloed DES-actiegroep onderzocht

De DES-affaire heeft veel stof doen opwaaien. Dit hormoonpreparaat werd lange tijd aan vrouwen voorgeschreven om een miskraam te voorkomen. Jaren later kwamen de gevaarlijke gevolgen ervan voor de dochters aan het licht.

Medici lieten zich aan dit probleem weinig gelegen liggen. Totdat de DES-actiegroep de zaak uit de doofpot haalde en DES-dochters opspoorde en van informatie voorzag. De dokters hadden hier in eerste instantie hun twijfels over. Ze voorspelden angst en onrust onder de betrokkenen.

Hetty Zalmstra deed onderzoek naar de invloed van de voorlichting van de DES-actiegroep. Ze concludeert dat DES-dochters door het verkrijgen van informatie over DES niet alleen minder angstig zijn, maar ook het handelen van hun arts kritischer beoordelen.

Pagina 6

# EEN EENZAME KERST

"Levensgevaarlijke situaties in ziekenhuizen door ATV", "Patiënten hulpeloze slachtoffers van ATV" en "ATV gaat levens kosten". Aldus luidden de krantekoppen boven een aantal verontrustende berichten over de gezondheidszorg, zo begin december 1985. Wat was hier aan de hand? Ging het hier om een vreselijk resistente bacteriestam die, zo vlak voor de feestdagen patiënten een desastreuze kerstgroet bracht? Niets bleek minder waar. De kranten schreven over de ernstige gevolgen van ArbeidsTijdVerkorting (ATV) voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Tijdens feestdagen zou er in de ziekenhuizen onvoldoende (geschoold) personeel werken, veel hulpverleners namen immers in deze periode hun ATV-dagen op. Er was sprake van een kwantitatieve en een kwalitatieve onderbezetting.

Dat is gevaarlijk, aldus de kranten, en daar ben ik het helemaal mee eens. Tenminste ... het inzetten van leerling-verpleegkundigen, of ziekenverzorgenden, stagiaires, assistenten of uitzendkrachten in perioden waarin een ieder graag vrij is, vind ik een schandelijke zaak. Gebrek aan voldoende gediplomeerd personeel legt immers een onaanvaardbaar hoge last op de schouders van mensen in opleiding. Maar daarover geen woord in deze berichten. Niet de slechte organisatie van de zorg, maar de arbeidstijdverkorting, werd tot oorzakelijke factor van deze malaise gebambardeerd. Dit nu is onjuist. Wie tijdens en rondom de feestdagen in een ziekenhuis rondloopt, weet dat er dan van de normale door-de-weekse-bedrijvigheid weinig te merken is. Dat is al jaren zo en de arbeidstijdverkorting, sinds 1 oktober 1985 ingevoerd, speelt daarin een uiterst bescheiden rol. Werknemers mogen per kwartaal slechts 2 van de 6 "ATV-delen" zelf aanwijzen (totaal 1 werkdag), de werkgever mag de overige 4 ATV-delen aanwijzen (totaal 2 werkdagen). Wanneer, zoals de krantekoppen suggereren, de kwaliteit van de zorg in hoogtijdagen tot een onaanvaardbaar peil daalt is dat voor een groot deel te wijten aan slechte planning en organisatie door de hoofden van dienst.

De medewerkers van de afdeling Intensive Care van het Enschedeese ziekenhuis. Ziekenzorg pikken het niet langer. Zij hebben de buik vol van het harde rennen en ploeteren. Ze vinden dat ze sinds de invoering van de arbeidstijdverkorting, onvoldoende tijd hebben voor goede patiëntenzorg. Daarom gaan ze vrijwillig - zonder betaling dus - terug van een 38-urige naar een 40-urige werkweek: "We kunnen door het vullen van de werktijd meer tijd aan zorg van patiënten geven en dat geeft ons meer plezier in het werk" (Trouw 15 maart 1986). Wat deze nijvere opofferende verpleegkundigen hiermee presteren is in één woord "fantastisch". Zij hebben hart voor de zaak, dat is wel duidelijk. Arbeidstijdverkorting, bedoeld voor het scheppen van meer banen, verwordt dankzij hen tot een instrument om de salarissen van werknemers te verlagen. Zonder slag of stoot, een mooie opsteker voor de werkgevers-

de NZR- die goed van pas komt bij de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden.

De vrijgekomen arbeidsplaatsen ten gevolge van de arbeidstijdverkorting, van 5 procent zijn helaas niet volledig maar voor slechts 85 procent herbezet. Geld voor volledige herbezetting is er niet en eigenlijk is er dus sprake van een bezuiniging op de personeelskosten. Nu kan deze "bezuiniging" gelijkelijk over alle afdelingen van een instelling ingevoerd worden. Men kan er ook voor kiezen de vrij gekomen banen in de verzorgende sector volledig en die in de medische sector voor de helft her te bezetten. Helaas is het realiteitsgehalte van dit voorbeeld bijzonder laag: meestal is de herbezetting in de medische sector zeer hoog. Ditten koste van de herbezetting van de banen in de verpleegkundige sector. Veel verpleegkundigen hebben dan ook te maken met een extra werklast; meestal zijn ze zeer ontevreden over de arbeidstijdverkorting: "We hebben loon ingeleverd en we krijgen het alleen maar drukker."

Ik vind het onjuist om dit op het conto van de arbeidstijdverkorting, te schuiven. Bovenstaande ervaringen geven wel aan dat de discussie over "waar her te bezetten" - lees: waar meer of minder te bezuinigen - niet in alle instellingen even "breed" en duidelijk gevoerd is. Ze illustreren ook dat verpleegkundigen in het maken van beleidskeuzes nog immer het onderspit delven. En getuige de ronduit naïeve acties van de twentse "martha en mira hamsters" misschien niet helemaal onterecht. Zij moeten in plaats van dit lijdzaam gedrag, hun hoofd van dienst maar eens gaan vragen waar al die herbezettingsgelden naar toe gegaan zijn; dat kan nog wel eens aangename verrassingen opleveren.

Ondanks de onterechte negatieve beeldvorming rondom de arbeidstijdverkorting, - wie heeft daar in 's hemelsnaam belang bij? - en de klagzangen van hoofden van dienst die een schele koppijn oplopen bij het verplicht invullen van de dertienweekse roosters of van al die genen die vinden dat de continuïteit van zorg ernstig aangetast wordt, ben ik voor een uitbreiding van de arbeidstijdverkorting, tot 36 uur.

Uiteraard moet daarbij gestreefd worden naar een volledige herbezetting. Maar dat zal, gezien het "gebrek" aan geld, niet haalbaar zijn. Wanneer er een gedeeltelijke herbezetting uit de koker komt dan zal er meer inhoudelijk gepraat moeten worden over waar wel en waar niet herbezeten gaat worden. Ik vind het een goede zaak wanneer in de CAO-onderhandelingen bereikt wordt dat een volledige herbezetting van de nieuwe banen in de verpleegkundige sector een absolute voorwaarde is voor het zorgvuldig uitvoeren van de arbeidstijdverkorting.

Tegen een pondje dokter of fysiotherapeut minder en een onse verpleegkundige meer heb ik in het geheel geen bezwaar!

Yvonne van Geenhuizen

# INHOUD

Vijfde JAARGANG, NR. I, april 1986

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en (Uitgeverij Macula; verschijnt viertal -jaar-.

~e: Yvonne van Geenhuizen, Kees Herzig, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma.

redactie: Guis Bannenberg, Paul van den Berg, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffennans, Joost van der Meer, Marjoloes Merkus, Annemarie Mol, Frits Muller, Gerrit Salernink, Hugo Smeets, Denbaard de Smit, Hans Spijker, Rithard Stannans, Rein Vos, Goof van de Wijngaard, Boes Willemse en de kernredactie.

ontwerp omslag: Frans Rodennans  
typografische adviezen: Victor Modderkolk  
montage: KLUS, Groningen  
tekeningen: Bert Cornelius  
foto's: Ine van den Broek  
zetwerk: Fotozetterij, Baptist, Groningen  
drukwerk: drukkerij, Macula  
promotie: Hans van der Wielen

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

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

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, t.n.v. penningmeester, Postbus 275, 3500 AG Utrecht, giro nr. 141678

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

abonementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50). Stuur op giro nr. 5441758 t.n.v. Uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts. voor Gezondheid en Politiek. (Zonadig aangeven met ingang van welk nummer het abonnement gewenst is.)

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

adres: Stichting Gezondheid en Politiek, Postbus 1584, 6501 BN Nijmegen.

Opzegging van abonnement uitwend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

© Stichting Gezondheid en Politiek  
Uitgeverij Macula  
ISSN 0167-8647

<i>Yvonne van Geenhuizen</i>	Column	Een eenzame Kerst	4
<i>Hetty Zalmstra</i> <i>Ellen 'tHoen</i> <i>Adriaan Visser</i>		Is kennis, angst of macht? Invloed DES-actiegroep onderzocht	6
<i>Joost van der Meer</i>	Verantwoord geneesmiddelengebruik	WHO-congres in Nairobi	10
<i>Yvonne van Geenhuizen</i>	Jaarverslagen van ziekenhuizen	Patiënten op onderzoek	14
<hr/>			
<i>Dirk Soeters</i>	Beleid op recept:	De onmacht van "de politiek"	18
<i>Rieme Wouters</i>		Een werkelijk beleid De inzet van de CPN	22
<i>Andrée van Es</i>	Veranderen in de gezondheidszorg	kan	22
	De PSP en machtsvorming van onderop		
<i>Jan Muurling</i>		Overheidsbeleid In de ijzeren greep van dominees en dokters	26
<i>jos Dute</i> <i>Denhard de Smit</i>	"Even kijken hóé lang van der Reijden het volhoudt"	Interview met Prof. Dr. P. Muntendam	30
<i>Gerard Goudriaan</i>	Diagnostische verrichtingen	Commissie in mist opgelost	33
<i>Hans Achterhuis</i>	Schaarste en medische macht	Een onafscheidelijk paar	35
<i>Hein Raat</i>	Het marktmechanisme	Een gevoelige plek van links	44
<i>Gerard Goudriaan</i> <i>Frans Oostrik</i>	Tussen wijk en ziekenhuis	Verpleegkundigen werken samen	47
<i>Eddy Houwaart</i>	Sociale geschiedenis	Engelse geneeskunde	50
<i>Jos Dute</i>	Boeken	Ziektekostenverzekering	
		Kort en Goed	54

# Is kennis angst of macht?

De DES-affaire heeft veel stof doen opwaaien. Het hormoonpreparaat DES werd lange tijd voorgeschreven aan vrouwen ter voorkoming van een miskraam. Jaren later kwamen de kwalijke gevolgen voor de dochters aan het licht.

Medici lieten zich aan dit probleem weinig gelegen liggen. Totdat de DES-actiegroep de zaak uit de doofpot haalde, de DES-dochters opspoorde en van informatie voorzag. De dokters hadden hier in eerste instantie hun twijfels over; ze voorspelden angst en onrust onder de betrokkenen.

Hetty Zalmstra deed onderzoek naar de invloed van de voorlichting van de DES-actiegroep op de DES-dochters. Ze concludeert dat de DES-dochters door het verkrijgen van informatie over DES-gebruik niet alleen minder angstig zijn, maar ook het handelen van hun dokter kritischer beoordelen.

Een voorbeeld van de indrukwekkende resultaten van een patiënten-actiegroep.

*Hetty Zalmstra, Vakgroep Sociale Psychologie VU Amsterdam  
Euen 't Hoen, lid van de DES-actiegroep*

*Adriaan Visser, Vakgroep Sociale Psychologie VU Amsterdam*

## invloed DES- actiegroep onderzocht

De DES-affaire moet een belangrijke les zijn voor de medische wereld. DES is een hormoon dat, zonder goed uitgetest te zijn, dertig jaar lang aan miljoenen zwangere vrouwen is voorgeschreven. Later bleek het ernstige gevolgen te hebben voor de dochters die uit deze zwangerschappen geboren zijn. De DES-affaire toont het belang aan van goed wetenschappelijk onderzoek en controle alvorens een nieuw medicijn op de markt gebracht wordt. De DES-affaire laat ook een enorm lakse houding van de medische wereld zien: ze verzuimt door haarzelf veroorzaakte problemen aan te pakken. Pas onder druk van slachtoffers, verenigd in de DES-Actiegroep, zijn der de laatste jaren een aantal stappen ondernomen door medici.

Artsen zijn niet onverdeeld gelukkig met het bestaan van de DES-Actiegroep. Zij stellen dat deze groep met haar activiteiten angst en paniek veroorzaakt. Uit het onderzoek "DES-dochters in actie" blijkt echter het tegendeel.

### DES-affaire

DES is de afkorting van Diëthylstilbestrol, een synthetisch hormoonpreparaat

met oestrogene werking, dat in 1938 door Dodds werd uitgevonden. Deze ontdekking werd met enthousiasme ontvangen, omdat Dodds er als eerste in geslaagd was op kunstmatige wijze een hormoon te fabriceren. Bovendien bleek DES eenvoudig en goedkoop te produceren en, in tegenstelling tot de natuurlijke oestrogenen, gemakkelijk toe te dienen. Dodds waarschuwde toen al voor de mogelijke kankerverwekkende eigenschappen van zijn ontdekking, maar dit kon niet verhinderen dat artsen en onderzoekers naarstig op zoek gingen naar toepassingsmogelijkheden voor dit nieuwe middel.

In 1943 begon het Amerikaanse onderzoekspaar Smith en Smith DES toe te dienen aan zwangere vrouwen, dit ter voorkoming van miskramen. In de jaren daarna won DES aan populariteit, het had de reputatie van een wondermiddel. Nooit was echter gedegen onderzoek gedaan naar de effectiviteit, noch naar de eventuele bijwerkingen van het medicijn. In 1953 kwam door een onderzoek van Dieckmann e.a. vast te staan dat DES geen effect heeft op het behouden van een zwangerschap, maar dit leidde niet tot het stopzetten van DES-gebruik. Integendeel, door enorme propaganda van de farmaceutische industrie is ook daarna nog aan miljoenen zwangere vrouwen DES voorgeschreven. Pas 18 jaar later is in de Verenigde Staten het gebruik van DES tijdens zwangerschap stopgezet. In 1971 werd door Herbst e.a. het verband gelegd tussen DES en een zeldzaam soort vagina-kanker (cervix adenocarcinoom) bij dochters die uit deze zwangerschappen zijn geboren. In Nederland is het nog tot 1975 voorgeschreven. In ons land slikten in de periode 1947-1975 naar schatting 189.000 à 378.000 zwangere vrouwen dit middel.

Na de publicaties van Herbst e.a. is in de Verenigde Staten, mede onder druk van in actiegroepen verenigde DES-moeders en DES-dochters, een groot aantal onderzoeken opgezet naar gevolgen van het gebruiken van DES. In de loop der jaren kwamen hierdoor steeds meer gevolgen van DES-gebruik aan het licht, zoals zwangerschapscomplicaties bij DES-dochters en vruchtbaarheidsstoornissen bij dochters en zonen.

### DES-Actiegroep

In Nederland is sinds 1975 het gebruik van DES tijdens de zwangerschap stopgezet. Men deed echter niets aan opsporing van DES-betrokkenen, noch aan een deugdelijke voorlichting van artsen. De zaak verdween in de doofpot. In 1981 verschenen er krante-

artikelen over het DES-hormoon in kalfsvlees en de consequenties hiervan voor de volksgezondheid. Er werd niets gemeld over de jarenlange toediening van DES aan zwangere vrouwen en de gevolgen hiervan. Uit ergernis hierover stuurde een DES-dochter een ingezonden brief aan "de Volkskrant", waarin ze haar woede uitsprak en de gevolgen van DES-gebruik uiteenzette. Deze brief was het startsein voor de oprichting van de DES-Actiegroep.

De vrouwen die op de brief reageerden bleken bij samenkomst allen op éénzelfde muur van onbegrip en onkunde bij artsen te zijn gestuit. Zij besloten zelf actie te ondernemen en niet langer te wachten op overheid en/of artsen. In augustus 1981 werd de DES-Actiegroep opgericht. Pas daarna is er vanuit artsenkring aandacht gekomen voor de DES-problematiek. Door bekendheid te geven aan de DES-affaire via de media en door druk uit te oefenen op overheid en artsenorganisaties, probeert de DES-Actiegroep te bewerkstelligen dat het DES-probleem serieus genomen wordt en dat er een beleid geformuleerd wordt. Daarnaast doet zij zelf aan opsporing en opvang van DES-betrokkenen en geeft informatie aan artsen.

Dankzij de activiteiten van de DES-actiegroep groeit in medische kringen de aandacht voor het DES-probleem. Eén van de resultaten is het DES-netwerk. Dit bestaat uit een aantal gynaecologen die zich speciaal toeleggen op de controle van DES-dochters. Toch zijn veel huisartsen en gynaecologen nog onvoldoende op de hoogte van DES-problematiek. Soms komen DES-dochters terecht bij artsen die er absoluut geen aandacht voor of kennis van hebben; ze sturen de DES-dochters zonder meer naar huis. In andere gevallen worden verkeerde onderzoeken gedaan en soms onnodige en gevaarlijke behandelingen toegepast bij DES-dochters. Bijvoorbeeld het verwijderen van afwijkende goedaardige cellen aan de baarmoedermond (adenosis), wat in sommige gevallen leidt tot vruchtbaarheidsproblemen.

Juist daarom is het van belang dat de DES-actiegroep zich vooral op de DES-dochters en hun moeders richt. Door goede voorlichting te geven aan DES-vrouwen en door hen te stimuleren zich mondig op te stellen, wil de DES-actiegroep bereiken dat vrouwen zelf kunnen nagaan of zij de juiste controle en voorlichting van hun arts krijgen.

De voorlichtingsbrochure van de DES-actiegroep beschrijft precies hoe en waarom een DES-controle moet worden uitgevoerd.

Het vier keer per jaar verschijnende tijdschrift DES-Nieuws gaat in op ach-

Gevolgen van DES-gebruik voor dochters, zonen en moeders

Voor DES-dochters:

- 70-90% van de DES-dochters heeft goedaardige afwijkingen aan de celbekleding in de vagina en op de baarmoedermond... (adenosis). Dit dient in de gaten gehouden te worden d.m.v. regelmatige DES-controle.
- een kleine kans (1 op 1000) op een bepaalde vorm van vaginakanker (clearcell adenocarcinoom) die bij andere vrouwen praktisch niet voorkomt
- Sommige DES-dochters hebben vormafwijkingen aan de baarmoederholte en/of de eileiders. Waarschijnlijk houdt dit verband met:
  - een verhoogd risico op vruchtbaarheidsstoornissen en zwangerschapscomplicaties, van DES-dochters, n.l.
    - een iets verhoogde kans om niet zwanger te kunnen worden
    - een verhoogde kans op een miskraam (25% tegenover 15% bij niet DES-dochters)
    - een verhoogde kans op een vroeggeboorte (8-38% tegenover 4.5% in een controle-groep van niet DES-dochters)
    - een verhoogde kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (3-8% tegenover 1% bij andere vrouwen)

DES-zonen hebben soms goedaardige afwijkingen aan de geslachtsorganen (o.a. te kleine penis, niet ingedaalde testikels, goedaardige knobbeltjes in de bijbal). Bovendien hebben DES-zonen een verhoogde kans op een verminderde vruchtbaarheid.

DES-moeders blijken een grotere kans te hebben op borstkanker dan andere vrouwen en bovendien vaker last te hebben van goedaardige knobbeltjes in de borsten.

tergronden van de DES-problematiek en het meldt nieuwe medische ontwikkelingen op dit gebied. Door middel van telefonische gesprekken wordt individuele voorlichting en opvang geboden. De regionale afdelingen van de DES-actiegroep organiseren regelmatig voorlichtingsbijeenkomsten, waarin gelegenheid is om met elkaar te praten over de persoonlijke gevolgen van DES en over de ervaringen met artsen.

## Patiëntenmacht

In de arts-patiënt-relatie is er sprake van een structurele machtsongelijkheid. De macht van de arts staat tegenover de machteloosheid van de patiënt. De macht van de arts wordt in stand gehouden door de hechte organisatie en de grote autonomie van de medische professie. Aan patiëntenzijde ontbreekt meestal een hechte organisatie; dit versterkt de machteloosheid van patiënten.

Toch ziet men tegenwoordig dat patiënten zich steeds vaker organiseren en daarmee hun krachten bundelen. Een duidelijk voorbeeld van machtsvorming door belanghebbenden is de vrouwengezondheidsbeweging, waartoe bijvoorbeeld de vrouwengezondheidscentra behoren. Naast het verzamelen en uitdragen van kennis op het gebied van allerlei vrouwengezondheidszaken houden deze groepen zich bezig met medicalisering en seksisme in en rondom de gezondheidszorg. Door vrouwen via zelfhulp meer kennis en daardoor meer macht over het eigen lichaam te geven trachten zij een tegenwicht te geven aan de macht van artsen en van gezondheidszorg.

De DES-actiegroep heeft kenmerken van een patiënten(belangen)ver-

eniging en behoort ook duidelijk tot de vrouwengezondheidsbeweging. Ze is niet zonder meer onder de patiëntenverenigingen te scharen, omdat ze een medisch schandaal boven tafel heeft gehaald en zich daarmee kritisch opstelt ten opzichte van de gezondheidszorg. Het is echt een "actiegroep", die probeert het gedrag en het beleid van artsen te beïnvloeden, zowel via overheid en artsenorganisaties als via patiënten.

## Invloed

De DES-actiegroep speelt een zeer grote rol in het beleid dat in Nederland gevoerd wordt ten aanzien van de DES-problematiek. Dat er onder artsen enige bekendheid is met der DES-probleem, dat een (klein) aantal DES-betrokkenen is geïnformeerd over de risico's ten gevolge van DES-gebruik en daarop goed gecontroleerd wordt, is zonder meer te danken aan de inspanningen van de DES-actiegroep. In het onderzoek "DES-dochters in actie" is nagegaan of de DES-actiegroep door haar contacten met DES-dochters invloed heeft op de arts-patiënt relatie (DES-dochter-gynaecoloog). Aan 52 DES-dochters, voornamelijk uit Amsterdam en omgeving, werd gevraagd in welke mate zijn contact hebben gehad met de DES-actiegroep. Ook is de medische kennis van de deelnemers - op het gebied van DES - en hun gevoelens met betrekking tot het "DES-dochter-zijn", gemeten. Tenslotte is gevraagd naar de relatie met de gynaecoloog bij wie ze onder controle zijn: welke controles doet de arts bij haar, welke informatie geeft hij, is hij aardig, is ze tevreden over de arts?

## Arts-patiënt relatie'

Het onderzoek toont aan dat de DES-actiegroep via de "patiënt" een positief effect heeft op de relatie tussen gynaecoloog en DES-dochter. Uit antwoorden van de ondervraagde DES-dochters blijkt dat artsen betere DES-controles doen, méér informatie geven aan DES-dochters die contact hebben gehad met de DES-actiegroep. Een belangrijke vraag is echter hoe deze invloed van de DES-actiegroep doorwerkt in de arts-patiënt relatie. De medische kennis van DES-dochters speelt daarbij een grote rol, maar daarnaast is van belang hoe de DES-dochter omgaat met deze kennis.

De DES-actiegroep slaagt erin ingewikkelde medische informatie via de voorlichtingsbrochure over te dragen aan de DES-dochters. DES-dochters zijn beter in staat deze informatie te verwerken, naarmate ze intensiever contact hebben met de DES-actiegroep (telefonisch spreekuur, gespreksavonden).

Als een patiënt over meer medische kennis beschikt kan dat een belangrijk instrument zijn in de strijd tegen de machtsongelijkheid tussen arts en patiënt. Het ligt voor de hand dat DES-dochters, die meer kennis hebben over de gevolgen van DES en over de DES-controles, gerichtere vragen kunnen stellen en daardoor het gedrag van de arts kunnen beïnvloeden. Onze indruk is dat sommige artsen positief inspelen op datgene wat de DES-dochter al weet en enthousiast beginnen te vertellen. Anderen lijken zich daarentegen bedreigd te voelen en reageren afhoudender. Regelmatig komt het voor dat de DES-dochter méér weet dan de arts; artsen reageren dan soms agressief. Toch blijkt medische kennis alléén niet voldoende te zijn om van de arts de juiste controles en goede informatie los te krijgen. DES-dochters worden door het contact met de DES-actiegroep kritischer: DES-dochters die méér contact hebben gehad met de DES-actiegroep, hebben minder vertrouwen in hun arts en staan sceptischer tegenover de medische wetenschap in het algemeen. Vermoedelijk is deze **kritische** houding van DES-dochters van belang in het contact met de arts. Het gaat erom of zij in staat zijn zich met behulp van medische kennis mondig en kritisch op te stellen ten opzichte van de arts, bijvoorbeeld als zij vragen om de speciale DES-controles en als zij dóórvragen bij vage antwoorden van de arts. Opmerkelijk is dat DES-dochters, die door het contact met de DES-actiegroep betere controle en meer informatie van de arts krijgen, niet tevredener zijn over hun arts. Blijkbaar stellen deze kritische DES-dochters hogere eisen aan hun arts.

## DES-netwerk

Artsen die aangesloten zijn bij het DES-netwerk worden op alle aspecten beter beoordeeld dan andere artsen. Deze "DES-kundige" gynaecologen hebben zich verdiept in de DES-problematiek en zijn in staat de DES-controles uit te voeren. Zij blijken inderdaad betere DES-controles te doen en geven meer informatie aan DES-dochters dan andere artsen. De DES-dochters beoordelen de voorlichting en de sociaal-emotionele begeleiding van deze artsen positiever, terwijl ze ook meer **tevreden** zijn over deze artsen. Kortom: het DES-netwerk functioneert zoals het bedoeld is. DES-dochters komen meestal via verwijzing door de DES-actiegroep terecht bij gynaecologen van het netwerk. De betere behandeling door DES-kundige gynaecologen kan dus als effect van de DES-actiegroep worden gezien. Deze betere behandeling is onafhankelijk van de betrokkenheid van DES-dochters bij de activiteiten van de DES-actiegroep: ook vrouwen die maar heel weinig of geen contact hebben met de DES-actiegroep kunnen profiteren van dit netwerk.

Al vinden DES-dochters, dat artsen van het DES-netwerk het beter doen dan andere artsen, het betekent niet dat de houding van deze DES-kundige artsen ideaal is. Ook binnen het DES-netwerk bestaat geen grote bereidwilligheid om tot een gedegen aanpak van de DES-problematiek te komen. De initiërende en stimulerende rol van de DES-actiegroep binnen het netwerk is nog steeds van onmisbaar belang.

## Paniek?

Artsen stellen vaak dat opsporing van DES-betrokken en voorlichting over de mogelijke gevolgen van DES paniek veroorzaakt. Bovendien zeggen ze dat opsporing geen zin heeft, omdat vrouwen met klachten toch wel bij de arts terecht komen en dat artsen weinig te bieden hebben bij veel DES-verschijnselen. Veel artsen vinden daarom dat aan DES-dochters maar beter zo weinig mogelijk verteld kan worden. Uit het onderzoek blijkt ook dat artsen in het algemeen mindere informatie geven aan DES-dochters die angstig zijn. De DES-actiegroep gaat er echter vanuit dat DES-betrokkenen recht hebben op volledige informatie, om zélf verantwoordelijkheid te kunnen nemen over zwangerschap, pilgebruik en regelmatige controles. Bovendien merkt de DES-actiegroep in de praktijk dat goede informatie juist geruststelt en niet tot paniek leidt. Natuurlijk schrikt iemand als ze hoort dat ze een DES-dochter is, maar goede voorlichting helpt deze gevoelens te verwerken. De DES-actiegroep

heeft de ervaring dat niets tot zoveel paniek leidt als vage, onvolledige informatie, in de trant van "*maakt uzich niet ongerust*". Vrouwen blijven dan zitten met de vraag waaróver ze zich dan niet ongerust zouden moeten maken.

Uit het onderzoek blijkt dat DES-dochters met meer kennis niet angstiger zijn. Integendeel, er zijn aanwijzingen dat vrouwen dan juist minder angstig zijn. Vrouwen, die meer contact hebben met de DES-actiegroep zijn wel meer verontrust over de DES-zaak in het algemeen. De term verontrusting wordt hier gebruikt voor een positief, energiegevend gevoel, een mengeling van verontwaardiging en angst. Deze vrouwen maken zich - terecht - **druk** over de DES-affaire en voelen zich minder machteloos.

De DES-actiegroep is dus in staat DES-vrouwen op een goede manier voor te lichten. Artsen zouden hier nog, wat van kunnen leren.

## Vuile was

De DES-actiegroep heeft een positieve invloed op de gezondheidszorg en draagt bij aan de doorbreking van de machtsasymmetrie in de arts-patiënt relatie. Ze stelt zich, anders dan de meeste patiëntenverenigingen, **kritisch** op ten opzichte van de gezondheidszorg. De resultaten van het onderzoek ondersteunen beleid en visie van de DES-actiegroep. Bekendheid geven aan de DES-zaak en opsporen en informeren van DES-betrokkenen leidt niet tot paniek, mits er goede voorlichting wordt gegeven. Wij vinden dat de DES-actiegroep dóór moet gaan met haar activiteiten; vooral ook omdat naar schatting nog geen 10% van de DES-betrokkenen is opgespoord.

Veel artsen daarentegen proberen de DES-zaak stil te houden, naar zij zeggen, om paniek te voorkomen. Nu uit het onderzoek blijkt dat dit argument niet opgaat, rijst de vraag: Wat beweegt artsen om het DES-probleem niet serieus te willen aanpakken? Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Allereerst klinkt uit de uitspraken van artsen een betuttelende en patriarchale houding door: artsen beslissen wat betrokkenen niet mogen weten. De vrouwengezondheidsbeweging maakt duidelijk dat in de gezondheidszorg en met name in de gynaecologie sterk patriarchale tendensen aanwezig zijn. Bovendien is het voor artsen nooit leuk om slecht nieuws te moeten vertellen, vooral als zij geen kant aan klare oplossingen te bieden hebben; artsen zijn sterk op handelen gericht. Tenslotte is het heel goed mogelijk dat artsen bang zijn voor statusverlies, als de vuile was buiten gehangen wordt. Inderdaad

kan uit dit onderzoek worden afgeleid dat artsen van hun voetstuk afgehaald kunnen worden door activiteiten als die van de DES-actiegroep. Door contact met de DES-actiegroep raken vrouwen immers meer verontrust en staan ze kritischer ten opzichte van artsen en de medische wetenschap. Zij laten zich niet zo gemakkelijk alles zeggen.

De vraag is of artsen hiervoor bang moeten zijn. Wanneer op deze wijze de klassieke machtsasymmetrie wordt doorbroken, is er ruimte voor een meer gelijkwaardige relatie, waarin arts en patiënt samen overleggen over het onderzoeksbeleid, de diagnose en de eventuele behandeling. Dat dit wel mogelijk is, blijkt uit enkele positieve verhalen uit de interviews. Enkele artsen lieten de DES-dochter bij het onderzoek met een spiegel meekijken en gingen uitgebreid in op vragen en opmerkingen van de DES-dochter. Voorwaarde voor een dergelijke gelijkwaardigheid is echter dat de minst machtigen, de patiënten, een eigen macht vormen, bijvoorbeeld in patiëntengroepen, vrouwengroepen of actiegroepen, en zich kritisch en mondig opstellen ten opzichte van wat door de gezondheidszorg geboden wordt. De DES-actiegroep is hiervan een goed voorbeeld. ••

Het onderzoeksrapport van Hetty Zalmstra. "DES-dochters in actie", 1985, is als volgt te bestellen:

Voor instellingen, bij de vakgroep Sociale Psychologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam, Postbus 7161, 1007 Me Amsterdam ad! 20,- (inclusief verzending)

Voor particulieren, bij de Stichting DES-actiegroep, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht, tel. 030-312331 (maandag 14.00-17.00 en 19.00-21.00 uur; dinsdag 14.00-17.00 uur) ad! 15,- (incl. verz.).

"Really?"

Yes...

**des PLEX**®

to prevent ABORTION, MISCARRIAGE and  
PREMATURE LABOR

recommended 'or routine prophylaxis  
in ALL pregnancies ..

96 per cent live delivery with des PLEX  
in one series of 1200 patients4-  
- bigger and stronger bpbies, too.cf. 1

No gastric or other side effects with des PLEX  
- in either high or low dosage3,4,5

(Each des PLEX tablet starts with 25 mg. of diethylstilbestrol, U.S.P. which is then ultramicronized to smooth and accelerate absorption and activity. A portion of this ultramicronized diethylstilbestrol is even included in the tablet coating to assure prompt help in emergencies. des PLEX tablets also contain vitamin C and certain members of the vitamin B complex to aid detoxification in pregnancy and the effectuation of estrogen.)

For further data and a generous  
trial supply of des PLEX, write to:  
Medical Director

#### REFERENCES

1. Corbino, F. M., et al.: Am. J. Obst. & Gynec. 65:1298, 1953.
2. Gitmon, L., and Koplowitz, A.: N. Y. St. J. Med. 50:2823, 1950.
3. Kornofel, K. J.: South. M. J. 5:1166, 1952.
4. End, I. J.: Med. Times 82:921, 1954; A. J. Surg. 7:95, 1954.
5. Reilly, J. W.: J. Nat. M. 4, 43:70, 1951; 45:223, 1953.

GRI(NJ) CHEMICAL COMPANY, INC., Brooklyn 26, N.Y.



# Verantwoord geneesmiddelengebruik

In november 1985 vond in Nairobi een vergadering van de World Health Organisation plaats over verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deelnemers waren naast apothekers, farmacologen, registratieautoriteiten en farmaceutische industrie ook kritische consumentengroepen. Op het eerste gezicht voldoende tegenstellingen om de conferentie in een heus strijdperk te veranderen.

Het liep echter geheel anders. Tegenstellingen werden angstvallig onder de tafel gehouden. En hoewel niemand kreeg wat hij wilde was iedereen tevreden.

Hoe is dit mogelijk? Joost van der Meer doet verslag van een merkwaardige gang van zaken.

*Joost van der Meer, student medicijnen*

## WHO-congres in Nairobi

In de apotheek van Machakos, Kenia, staan de medicijnen hoog opgestapeld. De apotheker laat één van de best verkochte middelen zien: Mosegor® van de Zwitserse firma Sandoz. Het middel helpt volgens de bijsluiter tegen een verminderde eetlust, depressies en minderwaardigheidsgevoelens. In Nederland is hetzelfde middel in de handel onder de naam Sandomigran®. Het middel bestrijdt migraine. Bijwerkingen: verhoogde eetlust, depressie en vermoeidheid.

Het Nederlandse bedrijf Organon International verkoopt anno 1985 nog steeds anabole seroïden - van mannelijke hormonen afgeleide preparaten - als middel tegen ondervoeding in landen als Thailand en Zimbabwe. Anabole steroïden helpen niet tegen ondervoeding en de Nederlandse Associatie voor de Farmaceutische Industrie veroordeelde in 1983 dergelijke praktijken.

Over de hele wereld schrijven artsen teveel en te vaak antibiotica voor. De resistentie van bijvoorbeeld bacteriën die geslachtsziekten veroorzaken neemt daardoor schrikbarend toe. Prostituees in Nairobi slikken preventief antibiotica, die ze zonder recept bij bushaltes kunnen kopen.

Nog iedere dag krijgen vrouwen over de hele wereld (maar met name in de Derde Wereld) de prikpil in haar lijf ingespoten, zonder dat ze op de hoogte

zijn van de (bij)werking en risico's van dit preparaat. Soms evenmin als haar arts.

Als het aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en deskundigen op geneesmiddelengebied ligt, wordt er binnenkort iets aan dergelijke wan-toestanden gedaan. Een vergadering van de WHO over "Verantwoord gebruik van geneesmiddelen", die eind november jongstleden in Nairobi bijeenkwam, besloot onder meer tot het instellen van een speciale commissie van deskundigen. Deze moet WHO-richtlijnen ontwikkelen met betrekking tot het ethisch verantwoord verkopen van geneesmiddelen. De meer dan 100 deelnemers - farmacologen, apothekers, registratieautoriteiten, industrie en (voor de eerste maal) consumentengroepen - vonden tevens dat nationale overheden geneesmiddelen-toelating en -gebruik sterker moeten regelen.

### Problemen

De problemen met geneesmiddelen, met name in Derde Wereldlanden, zijn enorm. Kritici van de farmaceutische industrie, uit zowel geïndustrialiseerde als Derde Wereldlanden, wijzen al enkele jaren op onethische verkooppraktijken van de industrie. Het gaat niet alleen om ontoelaatbare ad-

vertenties, maar ook om preparaten die in Derde Wereldlanden op de markt zijn en die in Europa nooit verkocht zouden (mogen) worden. Dat is nog niet alles. „2 miljard mensen hebben helemaal geen toegang tot westerse geneesmiddelen, terwijl 1 miljard mensen omkomt in de keus die ze hebben”, kenschetste WHO directeur-generaal dr. Halfdan Mahler de huidige ongelijkheid. Mahler vindt, dat de conferentie in de eerste plaats bedoeld is voor ontwikkelingslanden, al geeft hij toe dat verantwoord gebruik van geneesmiddelen ook voor geïndustrialiseerde landen een belangrijk onderwerp is.

*"Ontwikkelingslanden hebben een ongelofelijke behoefte aan goedkope kwaliteitsgeneesmiddelen en aan informatie over medicijnen"*, vervolgt de hooggeplaatste Deen. De vergadering riep dan ook op tot versterking van het WHO concept van essentiële geneesmiddelen. Dit zijn ongeveer 250 goede, goedkope en relatief veilige middelen waar de meeste ziekten mee te behandelen zijn.

Een speciaal actieprogramma assisteert Derde Wereldlanden bij het invoeren van een geneesmiddelenbeleid, gebaseerd op de essentiële geneesmiddelen. Om misverstanden te voorkomen: het betreft geen tweederangsmedicijnen speciaal voor ontwikkelingslanden, veeleer zijn het de klassiekers onder de geneesmiddelen. De lijst is in 1977 door alle WHO lidstaten aangenomen, en is dus ook van toepassing in geïndustrialiseerde landen. Zowel de laatste categorie landen als de ontwikkelingslanden kampen met (te) veel geneesmiddelen op hun markt. Wat cijfers: België doet het met 9000 geregistreerde merkgeneesmiddelen, in Brazilië zijn dat er 14.000, Colombia telt 15.000 producten, terwijl de kroon nog altijd gespannen wordt door de Bondsrepubliek: 24.000 medicijnen.

Mahler vat de discussie hierover samen: „Men was het erover eens dat het aantal geneesmiddelen op de wereldmarkt omlaag kan, al was er een heftige discussie hoe je bij een politiek van essentiële geneesmiddelen uitkomt. Er zijn mensen die voor een "positieve benadering" zijn: benadruk de waarde van essentiële medicijnen. Weer anderen vinden dat het aantal geneesmiddelen actief omlaag gebracht moet worden."

Mahler waarschuwde verder dat de WHO een leidende rol in de ontwikkeling van maatregelen niet zou schuwen, maar daat de verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen in de eerste plaats ligt bij WHO's lidstaten. *"Verbeter de wereld, begin bij jezelf"*, aldus een zeer tevreden directeur-generaal.

De sfeer van tevredenheid was aan

Tabel 1

Land	Aandeel in wereldproductie geneesmiddelen 1)	Aandeel in WHO budget 2)
VS	25%	25 %
Japan	20%	10,13%
Bondsrep.	10%	8,38%
Frankrijk	6%	6,39%
Italië	6%	3,67%
UK	5%	4,58%
Totaal	72%	58,15%

het eind van deze controversiële vergadering, met agendapunten als marketingcontrole, opvallend. Een kend WHO persbericht spreekt van de "spirit" van Nairobi. De Federatie van Farmaceutische Industrieën (IFPMA) is tevreden met de conclusie, dat individuele landen en niet de WHO eerst verantwoordelijk zijn voor het nemen van maatregelen. De critici van de industrie, verenigd in Health Action International (HAI) ~ een wereldwijd netwerk van consumenten- en actiegroepen dat veilig en economisch gebruik van geneesmiddelen nastreeft - zijn ook tevreden: "Voor ons in de ontwikkelingslanden zal de toekomst van deze vergadering ontzettend helpen" zei Mira Shiva van de Voluntary Health Association of India. "De vergadering heeft meer bereikt dan we voor mogelijk hadden gehouden", vindt WHO-coördinator Virginia Beardshaw.

Hoe nu? Is het onmogelijke gebeurd en is iedereen het eens? Of laat één van de partijen zich met een kluitje in het riet sturen?

## Krampen

Vijf dagen eerder, aan het begin van de vergadering, had het gezicht van directeur-generaal Mahler er ronduit gekweld uitgezien. Onderwerpen als marketing van geneesmiddelen, regulering van de marketing en geneesmiddelentoeelating zijn op zich al voldoende voor "verhitte meningen en oversimplificatie". Aanwezigheid van de farmaceutische industrie en haar critici in één vergadering doet daar vanzelfsprekend een schepje bovenop. De WHO had er dan ook alles aan gedaan om te voorkomen dat partijen vechtend over de straten van Afrika's conferentiestad bij uitstek zouden rollen. De strikt besloten vergadering kon geen beslissingen nemen, en discussiëren kon slechts plenair. Mahler zou zelf de vergadering samenvatten. Deze samenvatting zal de basis zijn voor de beslissingen die de Algemene



BERT CORNELIUS

Vergadering van de WHO in mei van dit jaar zal nemen.

*"Ik hoop op een atmosfeer van rust. Het moet hier geen slagveld worden, de vergadering dient een constructief doel: hoe kan de WHO het geneesmiddelenbeleid van lidstaten steunen, hoe komt men aan meer objectieve informatie over geneesmiddelen,"* zo sprak de geëmotioneerde Mahler de verzamelde pers bezwerend toe.

Mahlers toverwoorden hielden het nauwelijks tot het eind van de persconferentie, toen de extreem conservatieve Amerikaanse Heritage Foundation zich de woede van de hoge diplomaat op de hals haalde. Een door de Heritage Foundation uitgebrachte publicatie, waarin onder meer gesproken wordt van de "oorlog van de VN tegen de farmaceutische industrie", bleek buiten medeweten van de WHO in de officiële WHO-persmappen gestopt te zijn.

De Heritage Foundation speelde een rol bij de terugtrekking van de VS uit de UNESCO (de culturele organisatie van de Verenigde Naties). Is misschien de dreiging van de VS zich nu ook terug te trekken uit de WHO een verklaring voor de krampen van deze VN-organisatie? Mahler reageert heftig op een dergelijke suggestie: *"Oh wat houd ik van die vraag"* (werpt een handkus naar de vragensteller) *"nee, nee, njet, njet!! Nooit is er iemand bij mij het kantoor binnengelopen die gezegd heeft: 'als jullie zus of zo doen,*

*dan doen wij dit of dat'."* Er mag dan geen directe dreiging zijn, het is bekend dat de VS een kwart bijdragen aan het budget van de WHO. Landen met de grootste farmaceutische industrieën dragen samen zelfs meer dan de helft bij (tabel 1). Wat dat voor de machtsverhoudingen betekent laat zich raden.

## Geen code

De grootste zorg van de industrie was in Nairobi, dat de vergadering uit zou monden in het formuleren van een WHO-code voor de farmaceutische industrie. Die vrees is niet nieuw en ook niet ongegrond. Een code voor fabrikanten van babyvoeding kwam in 1979 tot stand in een WHO-vergadering met babyvoedingsfabrikanten en hun critici.

Zoals Lucas van der Hoeven in een vorig artikel heeft laten zien hebben veel organisaties ooit voorstellen gedaan om middels codes het gedrag van de farmaceutische industrie te controleren, inclusief de industrie zelf. Ook HAI had in 1982 een uitgebreide poging gedaan een gedragscode voor de industrie op te stellen, en had zich voor het idee sterk gemaakt. HAI is inmiddels van dit belangrijke strijdpunt afgestapt, uit vrees dat het panacee opeens een placebo zou blijken te zijn. Het opstellen van eindeloos ingewikkelde codes kan de aandacht van de werkelijke zaak afleiden: er zijn teveel geneesmiddelen voor te weinig mensen, en het teveel wordt vaak ook nog op een schandalige manier verkocht. Bovendien is de kans groot, dat een code een dode letter zal blijven. De WHO heeft immers niet de macht om aan landen sancties op te leggen. De babyvoedingscode is in haar korte bestaan al vele duizenden malen overtreden!

*"Laten we nu in 'hemelsnaam eerst het veel te grote aantal geneesmiddelen omlaag brengen"* aldus Charles Medawar van de Britse HAI-groep Social Audit, *"dan kun je daarna het gebruik van de overgebleven medicijnen makkelijker controleren."* HAI vindt dat de WHO-regeringen moeten vragen in hun geneesmiddelenwetgeving een artikel op te nemen over "medische behoefte". Met zo'n artikel zouden alleen nieuwe middelen toegelaten worden die beduidend beter, Ofeven goed maar veel goedkoper zijn dan bestaande middelen. Hierdoor zal het aantal geneesmiddelen kleiner worden. Noorwegen heeft al jaren een dergelijk artikel in de wet: het aantal medicijnen dat daar op de markt is bedraagt ongeveer 1100 - één van de laagste cijfers in Europa. De meer dan 20 equivalenten van het kalmerings-

middel Valium die op de Nederlandse markt te koop zijn, zouden dan tot het verleden behoren. De beste en goedkoopste middelen blijven over. Een verlies voor de volksgezondheid zal het niet zijn: volgens een recente Amerikaanse studie is niet minder dan 70% van de middelen op de huidige markt niet-essentieel en/of ongewenst").

Voor de industrie zijn de voorstellen van HAI "pure horror", en woordvoerders spreken daar van "het eind van de farmaceutische industrie" en "het eind van alle onderzoek" als bovenstaande maatregelen door zouden gaan. HAI stelt, dat dergelijke maatregelen juist echte vernieuwing zullen stimuleren. Er zal geen plaats meer zijn voor "ik-ook"-onderzoeken (metoo drugs): succesproducten van de concurrent worden, met een kleine verandering, nagemaakt. Het merendeel van de huidige onderzoeksgelden van de industrie gaat naar "ik-ook" onderzoek.

HAI wil verder meer onafhankelijke informatie over medicijnen (en niet over niet-gebruiken van medicijnen), zowel voor artsen als gebruik(st)ers. Artsen, en dat geldt vooral voor de Derde Wereld, zijn zeer afhankelijk van de informatie van de industrie. Onafhankelijke informatie is er vaak niet, of is onbetaalbaar. Voor consumenten, vooral voor vrouwen, is informatie over de middelen die ze krijgen vitaal, zei HAI coördinator Virginia Beardshaw in de vergadering. Niet alleen beslissen de vrouwen vaak over de aankoop van geneesmiddelen voor haar kinderen, veel medicijnen dringen bijvoorbeeld door in de borstvoeding. Over de (bij)werking van anti-conceptiemiddelen wordt vaak gezwegen. Helaas had de WHO voor veel vrouwen een slecht bericht: de prikpil staat sinds kort op de WHO lijst van essentiële geneesmiddelen<sup>1)</sup>. De emoties hierover vond directeur-generaal Mahler "supersonisch". Zou er ook gezondheid zijn voor vrouwen tegen het jaar 2000?

## Babies bij 't ontbijt

Waarom is iedereen dan toch zo tevreden, terwijl niemand gekregen heeft wat men hebben wilde?

HAI is niets concreets beloofd over het omlaag brengen van het aantal medicijnen, al is er wel iets over gezegd. De industrie, in de vorm van de IFPMA wordt door de WHO meer op haar huid gezeten wat betreft marketingpraktijken, maar kan een zucht van verlichting slaken dat er geen code is. Een Amerikaans top-industrieel waarschuwt echter voor een te gemakkelijke houding van de industrie: "...het is niet onredelijk te veronderstellen

*dat Nairobi wel eens heel anders had kunnen aflopen als er nu een president Mondale in het Witte Huis had gezeten. Ergens in de toekomst zal er een Democraat, of een Liberale Republiek president van de Verenigde Staten zijn, en dat kan een heel ander beleid tegenover WHO en aanverwante zaken tot gevolg hebben. Daarom moet het lange termijn doel van de industrie zijn, om internationaal zo sterk te worden, dat het HAI en soortgelijke tegenstanders kan terugslaan, of er nou een Democraat of een Republiek in het Witte Huis zit. ...<sup>7)</sup>*

Bij HAI blijkt de tevredenheid maar ten dele met de resultaten van de vergadering te maken te hebben. Belangrijk is, dat HAI als een volwaardige partner is ontvangen. Haar kritiek heeft erkenning gevonden bij experts en WHO, iets waar dit consumenten-netwerk al sinds haar oprichting voor strijdt. Of, zoals Charles Medawar het uitdrukt: "Men heeft gezien dat we onze zaakjes kennen en dat we redelijk zijn in de omgang. Je kunt zelfs gewoon met ons praten, we don't have babies for breakfast ..."

Ondertussen heeft HAI wel iets heel anders om de tanden in te zetten. De Algemene Vergadering van de WHO, die in mei van dit jaar bijeenkomt, zal de discussies van Nairobi in besluiten en beleid moeten omzetten. Dat betekent het maken van moeilijke, zeer politiek geladen keuzes. Zal er actiever dan tot nu toe reclame gemaakt worden voor de essentiële geneesmiddelen? Of durft de WHO een advies aan haar leden aan, om de hoeveelheid geneesmiddelen op hun markt actief omlaag te brengen? Komen er strengere regels voor het verkopen van geneesmiddelen? Of zullen er slechts wat strengere regels komen voor advertenties, terwijl andere marketingpraktijken (congressen, artsenbezoekers)

buiten schot blijven? Worden gegevens over geneesmiddelenregistratie, die tot nu toe bijna allemaal vertrouwelijk waren, vrijgegeven aan landen van de Derde Wereld? Of blijft men afhankelijk van informatie van de industrie?

Nu de consumentengroepen in mei als officieel erkende organisaties meedoen, zijn er ook voor hen nieuwe keuzes en dilemma's.

Over één gevaar heb ik het al gehad: teveel gemanoeuvreeer op de vierkante millimeter kan de aandacht van werkelijk belangrijke punten afleiden. Daarom zou teveel aandacht voor codes voor HAI in dit stadium ronduit slecht zijn. Daarnaast kan het beroep dat op deskundigheid van consumentenzijde gedaan wordt zelfs zo groot worden, dat er voor actievoeren, inhoudelijke vernieuwing en netwerkuitbreiding helemaal geen plaats meer is. Dat zou de dood van HAI betekenen, want dit netwerk bestaat bij de gratie van ervaringen van consumentengroepen over de hele wereld. WHO vergaderingen vereisen soms heel wat technische kennis. Een gevaar is dan ook, dat er binnen HAI "deskundigen" en "niet-deskundigen" ontstaan. Zo'n scheiding is bijna niet te voorkomen, en stelt hoge eisen aan informatieuitwisseling aan iedereen in het netwerk. HAI is, tenslotte, door de officiële erkenning ook een stuk grijpbaarder geworden. Het is dan ook denkbaar, dat de industrie klachten bij de WHO gaat indienen ver bepaalde acties, zoals het uitdelen van een gratis conferentiekant tijdens de Algemene Vergadering van 1984. De druk om "erbij" te horen kan dan leiden tot zelfcensuur. Het belangrijkste is, dat de consumentengroepen zich door de WHO geen elegante compromissen laten aanpraten, maar dat ze een scherp en kritisch oog blijven houden voor de politiek van de geneesmiddelenvoorziening.

### Literatuur en noten

- 1) Tucker, D., The World Health Market, Euromonitor Publications, London 1984, p. 42.
- 2) Scale of Assessments for the Financial Period 1986-1987, WHO-Document 38.7, agenda item 26.2, 13 May, 1985
- 3) Van der Hoeven, L. Geneesmiddelencode broodnodig, TGP 1985-3, pp. 42-47
- 5) Managing Drug Supply, Management Sciences for Health, Boston 1981, p. 51
- 6) The Use of Essential Drugs, Technical Report Series 722, World Health Organization, Geneva 1985
- 7) SCRIPT no 1060, December 16th 1985, pp. 20-21

# Jaarverslagen van ziekenhuizen

## patiënten op onderzoek

Het staat zo mooi in de wet: bedrijven en instellingen moeten jaarlijks in een openbaar jaarverslag verantwoording afleggen van hun doen en laten. Dus ook ziekenhuizen. In theorie is zo'n jaarverslag een goed aangrijpingspunt voor overheid en patiënten om vat te krijgen op de zorg in een ziekenhuis.

Leden van patiëntenbelangengroepen vroegen van alle ziekenhuizen in het Noorden des lands, een jaarverslag op. Ze vielen van de ene verbazing in de andere: de jaarverslagen bleken in de praktijk niet meer dan een bureaucratische fopspeen te zijn.

Een bijna onwaarschijnlijk verhaal over jaarverslagen die bij aanvraag allesbehalve openbaar blijken te zijn, en die inhoudelijk bedroevend weinig voorstellen, of zelfs nooit geschreven zijn. En, hoe ze uiteindelijk onbeoordeeld bij de beoordelende instanties - tot hun spijt - in een bureaula verdwijnen.

*Yvonne van Geenhuizen*

Besturen van ziekenhuizen zijn, sinds 1977, verplicht jaarlijks in een openbaar verslag verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid. Zo'n jaarverslag moet een goed beeld geven van "al datgene" wat zich binnen een instelling afspeelt, op bijvoorbeeld het gebied van patiëntenzorg en kwaliteitsbewaking; ook moeten onder andere fouten en ongevallenmelding en spoedeisende medische hulp aan de orde komen. Een goed jaarverslag kan dan ook een belangrijk instrument voor plaatselijke patiëntenbelangengroepen zijn. Met behulp van een jaarverslag kunnen zij immers zich krijgen op zaken waar (toekomstige) patiënten in het ziekenhuis mee te maken krijgen. Vanuit deze gedachte ging een aantal leden van verschillende patiëntenbelangengroepen aan de slag. Zij vroegen eind november 1985 de jaarverslagen over 1984 aan bij alle 16 algemene ziekenhuizen uit 't hoge Noord'n.

Wie denkt dat het toegestuurd krijgen van zo'n jaarverslag een fluitje van een cent is, komt bedrogen uit. In een aantal ziekenhuizen wekte de vraag naar dit edele openbare werkje onwaarschijnlijke **achterdocht** en onbegrensde **nieuwsgierigheid** op: "Waarvoor het nodig was?... We hebben voor patiënten wél speciale voorlichtingsboekjes, daar staat ook alles in hoor! ... We kunnen toch niet Jan en alleman een jaarverslag toesturen ... Wilt u hiervoor een schriftelijke aanvraag indienen? Ja, dat staat in het Erkenningsbesluit"). Staat het daar niet in? O, nou dat staat het in onze huisregels".

Na de nodige ergerniswekkende momenten en badinerende opmerkingen van zichtbaar geïrriteerde ziekenhuismedewerk(st)ers, gelukte het een groot deel van de leden van het verlangde jaarverslag in hun bezit te krijgen. Maar, niet allemaal... Zo bleek in een tweetal ziekenhuizen geen jaarverslag aanwezig te zijn. Een merkwaardige zaak, vooral omdat een jaarverslag binnen 6 maanden na afloop van het jaar waarop het betrekking heeft, uitgebracht moet zijn. (Toelichting erkenningsbesluit punt 2.2.6.). Blijkbaar stelt dit deel van het erkenningsbesluit niets voor, getuige de ervaringen van Wietske, een lid van de werkgroep gezondheidszorg Eemsmond. Vol goede moed en gewapend met een erkenningsbesluit ging zij op 1 november 1985 naar de balie van het ziekenhuis in haar middelgrote woonplaats: "De directie liet telefonisch meedelen dat ik de aanvraag schriftelijk moest indienen. Ik schreef een keurige brief en op 13 november kreeg ik een even keurig antwoord. Het jaarverslag lag ter inzage op de Provinciale Griffie te Groningen. Toen ik daar aankwam - op 19 november - werd ik zeer vriendelijk ontvangen; ik kon echter het openbaar jaarverslag niet inzien, want dat was er niet. Wel was er een financieel jaarverslag, maar

---

*"Omdat u zo belangstellend bent zal ik speciaal voor u een Jaarverslag schrijven ..."*

---

daar hebje niets aan, daar staan alleen de "cijfertjes" in. Nou, ik heb maar weer een brief geschreven, het was inmiddels 23 november. Toen er eind december nog geen antwoord was schreef ik er weer een. Tot mijn grote verbazing kreeg ik op 3 januari 1986 een telefoontje van de economisch directeur. "Hij had me al zo vaak geprobeerd te bellen, maar had me nooit thuis getroffen". Hij probeerde mij er tot driemaal toe ervan te overtuigen, dat ik het financiële jaarverslag, bedoelde. Ik hield voet bij stuk en hij schoot z'n laatste pijl af. "Waar ik die kennis vandaan haalde?" „O, uit het Erkenntisbesluit, ja daar had hij wel eens van gehoord, maar volgens hem voldeed geen der ziekenhuizen in het Noorden aan de voorwaarde een jaarverslag te produceren. Trouwens, ze hadden het er laatst nog over gehad in het overleg van directeuren van Groningse en Drentse ziekenhuizen. Na enig aandringen gaf hij uiteindelijk toe dat hij wel wist dat er een openbaar jaarverslag geschreven moet worden. "Maar", zo zei hij, "ik heb het aan een groot aantal personeelsleden geöraaqt en niemand had er belangstelling voor." Waarom zou hij het dan nog schrijven? Maar omdat ik zo belangstellend was zou hij speciaal voor mij een jaarverslag maken, ook nog over de jaren '82 en '83, want die waren ook nog niet verschenen."

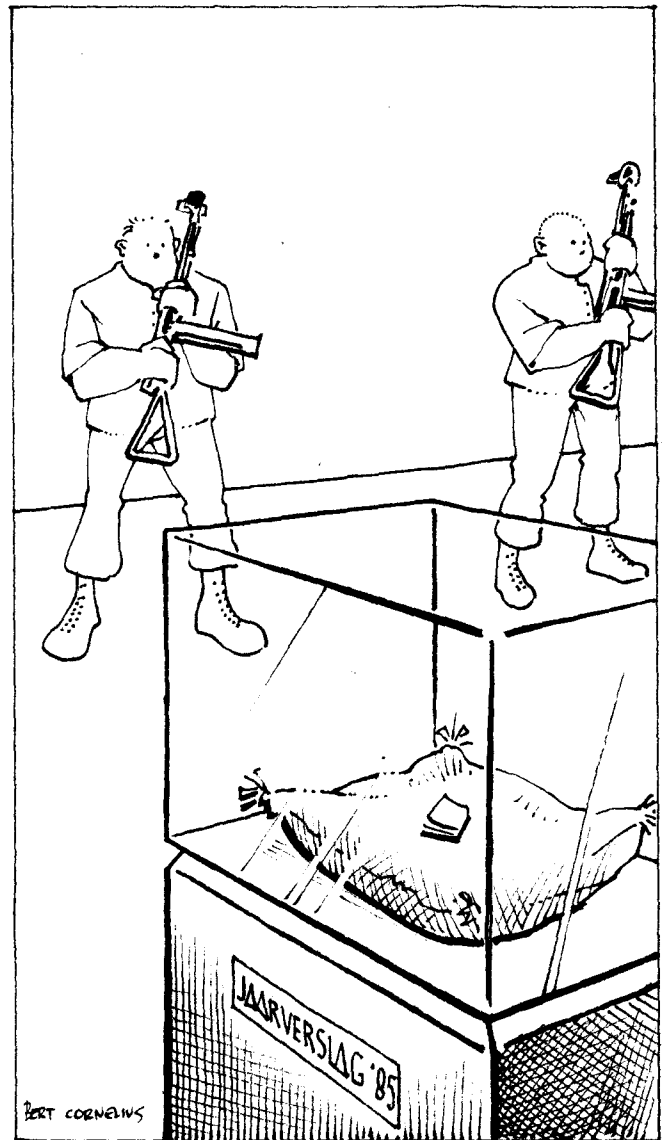
Inmiddels is het half maart 1986. Wietske kreeg tot op heden geen jaarverslagen toegezonden. "Ik heb maar weer eens gebeld, nu zal het in mei of juni klaar zijn."

## "Promotie"

Het verkrijgen van een jaarverslag kan dus al de nodige problemen opleveren. Met de inhoud van deze "verantwoording afdragende geschriften" is het echter ook niet al te best gesteld. Wanneer je een aantal jaarverslagen nader bekijkt vraag je je af hoe het in de vrede mogelijk is dat instellingen überhaupt nog in het bezit zijn van een erkenning. Het jaarverslag dat ik mocht beoordelen wijdde van de totaal 32 pagina's er slechts 4 aan oppervlakkige schrijverij over datgene dat zich in 1984 op het gebied van de patiëntenzorg afgespeeld had - N.B. 10.000 patiënten jaarlijks, en een begroting van zo'n slordige 60 miljoen gulden - Over het voorkomen van fouten en ongevallen (de FOBO-commissies"), over klachtenbehandeling en over maatregelen met betrekking tot spoedeisende hulp wordt met geen woord gerept! Dit zijn Nota Bene onderwerpen waarover verplicht verantwoording afgelegd moet worden.

Waar gaat het dan wel over in dit deeltje van het jaarverslag? Wel, over de toekomstplannen van de directie - men leze: expansiedrift - wordt uitgebreid verhaald evenals over die vervelende overheid met haar beperkende maatregelen. Ook stipt men enige knelpunten aan - bijvoorbeeld hoge werklust voor verpleging -, maar tot een analyse en mogelijke oplossing van deze problemen komt men niet. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat dit jaarverslag met een promotieachtergrond geschreven is: het is werkelijk fantastisch om in het ...ziekenhuis te mogen liggen, er gaat natuurlijk wel wat mis maar dit ligt voornamelijk aan externe factoren, budgettering en een lakse overheid wanneer het gaat om uitbreiding van de instelling ...

Het jaarverslag van een ander groot ziekenhuis in het noorden des lands ziet er veel beter uit. Het bevat bijvoorbeeld een verslag van de FOBO-commissie (Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen) gelardeerd met een overzichtelijke tabel. In het verslagjaar vergaderde deze commissie vijf maal en ontving totaal 85 meldingen: dat zijn er op een totaal van 10.000 patiënten jaarlijks niet veel. Blijkbaar werkt men in dit ziekenhuis zeer zorgvuldig. Uit de specificatie van deze meldingen blijkt dat er 20 patiënten vielen, dat het gebrek aan veiligheid 21 maal een rol speelde en dat er - slechts - 16 fouten gemaakt werden bij het delen (?) of voorschrijven (?) van medicijnen. Opvallend is dat maar 2 van de meldingen te wijten zijn aan fouten in verpleegkundig handelen, maar liefst 16 maal zijn er fouten gemaakt in



"Om eerlijk te zijn: ik krijg ze zelf nooit op tafel, ze liggen wel ergens in de bibliotheek."

---

*"FOBO-commissie? Ik geloof dat je dan zo'n papier in moet vullen als er een patiënt uit bed valt."*

---

de categorie "afsprakenprocedures" - is dit het te lang laten wachten van patiënten?? - Het beeld is duidelijk, maar klopt het met de dagelijkse praktijk in het desbetreffende ziekenhuis? De uitspraak van een - al jaren lang - in deze instelling werkzame verpleegkundige doet het ergste vrezzen: "FOBO-commissie?", na lang en diep nadenken, "ik geloof dat je dan zo'n papier in moet vullen als er een patiënt uit bed valt." Dit klopt, maar eigenlijk moeten alle handelingen waarmee iets mis gaat, gemeld worden. Na wat doorpraten vertelt de verpleegkundige dat nog niet zo lang geleden een "beademingsapparaat plotseling de geest gaf" en dat het regelmatig voorkomt dat de "pillen verkeerd gedeeld worden". Haar is niet verteld dat je daarvoor ook een ongevalformulier in moet vullen ...

## "Een lastige vraag"

Voor zover aanwezig voldoet geen van de jaarverslagen aan de criteria zoals die in het Erkenningsbesluit gesteld worden"). De Regionale Inspecties voor de Volksgezondheid moeten er op toezien dat de jaarverslagen op tijd en naar behoren afgeleverd worden. Dit nu blijkt een misvatting, aldus een medewerker van de Regionale Inspectie voor de Volksgezondheid afdeling Groningen en Drente: "Wij bekijken alleen of ze binnenkomen en als dat niet het geval is dan klimmen we in de pen om de betrokken ziekenhuizen aan te manen tot het schrijven van een jaarverslag. Voor het beoordelen van de inhoud van de jaarverslagen moet u bij het Ministerie van WVC zijn." De betrokken ambtenaar in den Haag: "Nee, wij controleren of beoordelen geen jaarverslagen. Om eerlijk te zijn: ik krijg ze zelf nooit op tafel, ze liggen wel ergens in de bibliotheek. Volgens mij is de Ziekenfondsraad (ZFR) er mee belast." Medewerker van de ZFR: "Dat is een lastige vraag. Ik vrees dat niemand het doet, maar 't zou natuurlijk wel moeten gebeuren. We zijn wel bezig een systeem uit te werken waarmee getoetst kan worden of ziekenhuizen aan erkenningseisen voldoen. Probeert u het eens bij een Regionaal Ziekenfonds." Van het kastje naar de muur? Ik neem maar weer de telefoon ter hand en vraag naar iemand die de jaarverslagen inhoudelijk moet beoordelen: "Ik lêés ze wel, maar beóórdelen ... In z'n algemeenheid zijn de beleidsaspecten een onderdeel van de (productie)afspraken - o.a. budgetteren - die wij met de ziekenhuizen maken," aldus een vriendelijke jongeman van het ziekenfonds in m'n woonplaats.

Vriendelijk, dat zijn ze allemaal wel, maar het is nogal onthutsend om te constateren dat het desbetreffende deel van het Besluit eisen voor erkenning ziekenhuizen op z'n best de status van een papieren tijger heeft.

## Scepsis

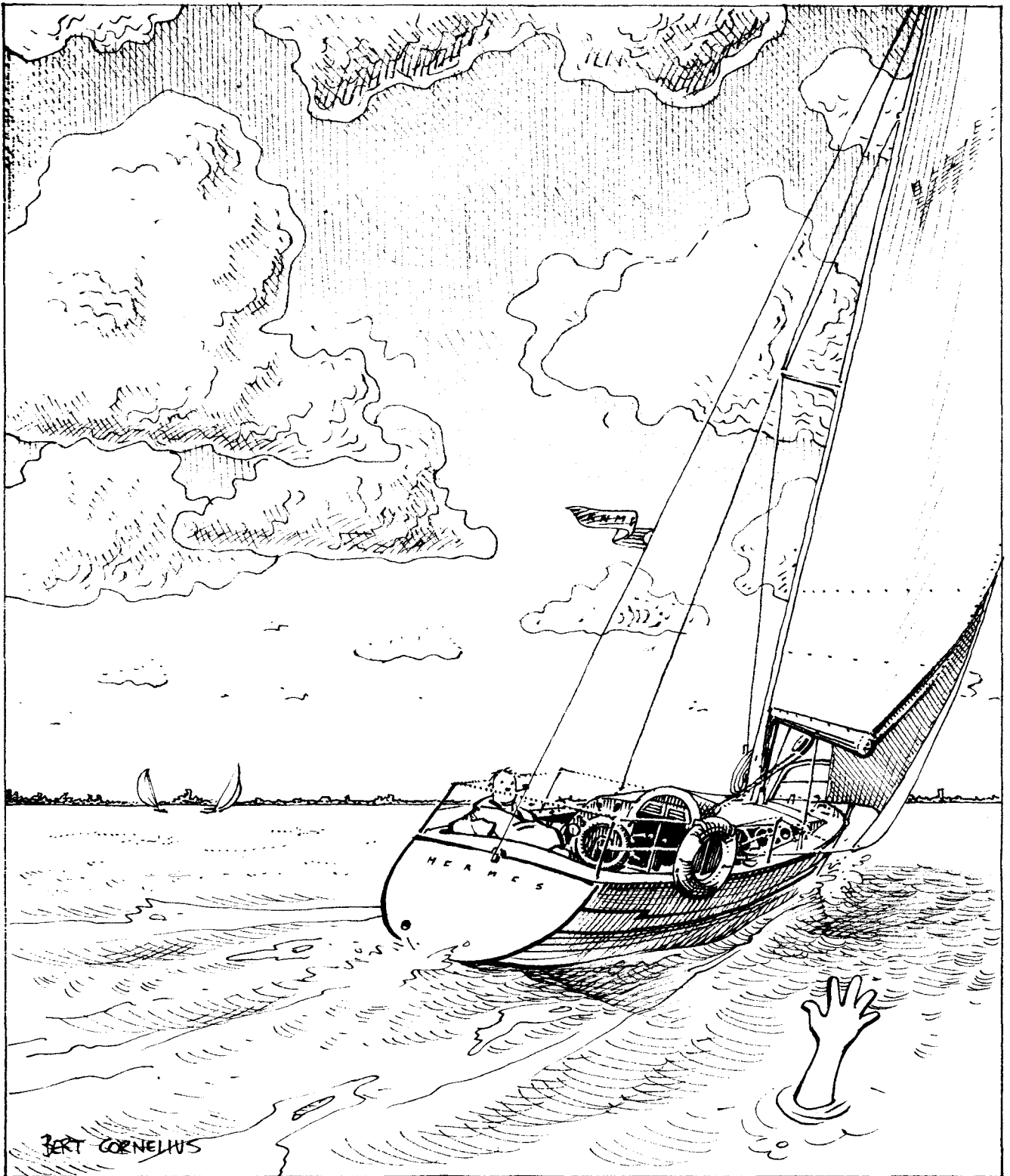
Patiënten of - moderner - "gebruikers" duiken in de bureaucratie van de gezondheidszorg. Een nieuwe vorm van „smedical shopping"? Wat levert het op? Heeft het beoordelen van openbare jaarverslagen zin?

Wanneer je bovenstaande ervaringen leest ligt het voor de hand de laatste gestelde vraag met een volmondig NEEN te beantwoorden. Een oppervlakkige beschouwing leert immers dat er tussen de inhoud van het jaarverslag en de ziekenhuispraktijk de nodige verschillen bestaan. En

toch ... ondanks deze ervaringen vind ik het aanvragen en beoordelen van jaarverslagen door patiëntenbelangenverenigingen zinnig. Een belangrijk winstpunt is het idee dat er aangrijpingspunten zijn van waaruit patiënten een beetje vat op de zorg zouden kunnen krijgen. Ik formuleer het voorzichtig, ik voel de hardnekkige scepsis al weer op komen. Maar naast deze scepsis is er ook een gevoel van voldoening en een heel klein beetje een gevoel van macht. Met de informatie uit de jaarverslagen en Erkennungseisen kunnen "patiënten" aan directies en medewerkers vragen Of die 85 meldingen aan de FOBO-commissie niet wat aan de lage kant zijn, hoe het staat met de kwaliteitsbewaking en waarom er niets over de klachtenregeling vermeld is. Patiënten kunnen hen aan de tand voelen over zaken die niet direct met eigen lijf en leden te maken hebben, maar juist gaan over dingen die - gelukkig - "ver van hun bed" zijn. Wanneer je een klachtenregeling pas leert kennen als je 'm nodig hebt loop je een moeilijk in te halen achterstand op. Wanneer je met hanteerbare criteria, door bestuurders zelf opgesteld, het werk in de gezondheidszorg kunt beoordelen levert dat een bevrijdende en vooral broodnodige afstand op die sterker en meer zeker maakt. En dat is winst, pure winst! ••

1. Een groot deel van het materiaal voor dit artikel is geleverd door Wietske Cramer, lid van de Werkgroep Gezondheidszorg Eemsmond, Fokje Hoekstra, lid van de Vereniging van astmapatiënten en Wim Blok, auteur van het boek Tussen artsennmacht en patiëntenklacht (dat nog steeds niet in GTP gerecenseerd is - schande!) Zij nemen met nog 17 andere leden van Patiëntenbelangenverenigingen deel aan een cursus Patiëntenbelangenverenigingen welke onder leiding van Wim Blok gegeven wordt door de Werkplaats Opbouwwerk Noord-Nederland (WONN), Drachten.
2. De verplichting tot het uitgeven van een openbaar jaarverslag bestaat sinds 1977 (oud Erkenningsbesluit, artikel A2.2.3). Sinds 26 november 1984 is er een nieuw "Besluit eisen erkenning ziekenhuizen". Hierin worden alle eisen waaraan een ziekenhuis moet voldoen om haar erkenning te verkrijgen - (behouden?) - beschreven.
3. Ook wel FONA-commissie genoemd.
4. Voor wie meer wil weten over het onderzoek naar de jaarverslagen of geïnteresseerd is in de andere activiteiten van de cursisten bij het WONN kan een abonnement nemen op de Kursusmap Patiëntenbelangenverenigingen. Hij of zij dient f 30,- op gironummer 3731791 t.n.v. WONN, Drachten, over te maken, o.v.v. "abonnement Kursusmap PBO".

# ZOIDIGDIENST





# Beleid op recept

## De onmacht van de politiek

De Tweede Kamerverkiezingen staan voor de deur. Na 21 mei weten we hoe de regeringscoalitie voor de komende jaren is samengesteld. Behaalt de PvdA een zo grote verkiezingsoverwinning dat zij een coalitie met het CDA kan afdwingen? Of houden CDA en VVD een krappe meerderheid zodat een volgend kabinet Lubbers zal aantreden met Nijpels als vice-premier. Van Aardenne zal na herhaald politiek misleunen wel niet als zodanig terugkeren en Wiegel zal in Friesland niet nog eens willen misleunen.

Welke gevolgen zal dit alles hebben voor het gezondheidszorgbeleid in de komende jaren? Zal een roomsrode coalitie ingrijpende veranderingen bewerkstelligen of is de "maakbaarheid" van het gezondheidszorgbeleid daarvoor te gering? Hoe staat het überhaupt met de linkse ideeën over een progressief beleid? Deze vragen zullen in een aantal artikelen aan de orde komen.

Hoe de verkiezingen ook uitpakken, zeker is dat de V van WVC in de besprekingen rond de kabinetsformatie met een kleine letter geschreven zal worden. De economische politiek, de "herziening" van het sociale zekerheidsstelsel en niet te vergeten de

kruisraketten zullen een hoofdrol spelen. Het enige gezondheidszorgsysteem dat een splijtend effect kan hebben is de euthanasie. Maar de schier eindeloze rekbaarheid van de christelijke principes en de al gebleken compromisbereidheid van de VVD in dezen, zal wel weer aanleiding zijn tot het formuleren van talloze varianten, die alle in de dagelijkse hulpverlening onhanteerbaar zullen blijken te zijn. (Wat te denken van een bedenktijd van vijf dagen voor er tot beëindiging van het leven wordt overgegaan). Het beleid op het terrein van de gezondheidszorg is voor het overige waarschijnlijk weinig politiek explosief. Een korte blik op de concept-verkiezingsprogramma's van de grote drie kan dit al snel helderder. (Definitieve programma's waren op het moment van het schrijven van dit artikel - 21 maart - nog niet voorhanden).

Voortzetting van de CDA-VVD-coalitie betekent een continuering van het beleid zoals we dat de afgelopen vier jaar hebben leren kennen. Het *terugdringen van de collectieve lasten* zal zijn beslag krijgen in het verder uitkleden van het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen, in bezui-

mingen op WAO-uitkeringen, beddenreducties, scherpere budgettering en het afwentelen van de gevolgen van ziekte op de schouders van de individuele zieke. Kortom een beleid dat in dit tijdschrift regelmatig bekritiseerd werd.

Hoeveel er uiteindelijk op de gezondheidszorg beknibbeld zal worden is nog onduidelijk. Dat de VVD hierin verder wil gaan dan het CDA staat al wel vast. Overigens noemt alleen de PvdA een concreet bedrag in haar ontwerp-programma (1 miljard). Een tweede pijler van een christelijk-conservatief kabinet zal het verder *privatiseren van overheidszaken* zijn. De planning van de voorzieningen moet in de visie van het CDA in handen gegeven worden van "Kamers van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening", waarin alleen aanbieders van zorg en financiers (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) zitting hebben. Wég met de bemoeienis van provinciale en gemeentelijke overheid, zoals de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg die zou regelen. Wég dus ook met de openbare discussie over de wenselijke ontwikkelingen rond de hulpverlening, die na invoering van de opvolger van de WVG, de



Foto: Ine van den Broek

WGM, eindelijk gevoerd zou kunnen worden. Hiervoor in de plaats komt in de CDA-visie overleg in de beslotenheid van een Kamer waarin slechts direct belanghebbenden zitting mogen nemen. De VVD wil ook dergelijke vormen van "functionele decentralisatie", maar dan naast de betrokkenheid van provincie en gemeente.

Wat betreft de *kwaliiteit en de inhoud van de hulpverlening* valt het op dat zowel CDA als VVD en PvdA verschuiving van de eerste naar de tweede lijn zeggen na te streven. Daarbij vinden we pleidooien voor dagbehandeling en poliklinische zorg bij de PvdA, en nadruk op vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg bij het CDA, geheel in lijn met de traditie van de christelijke naastenliefde en armenzorg van weleer. Deze eensgezindheid over verschuiving van de eerste naar de tweede lijn is daarom opmerkelijk, omdat er op dit terrein tot op heden bedroevend weinig tot stand is gebracht.

## Rommelmart

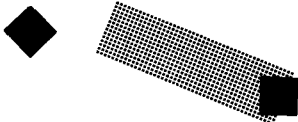
Verkiezingsprogramma's hebben altijd iets van een rommelmarkt" waarop iedereen iets van zijn gading kan vinden en de verschillende par-

tijen formuleren dan ook altijd een aantal goed herkenbare en concrete eisen, waarin belangrijke kiezersgroepen zich kunnen herkennen. Met name de CPN weet - getuige het in dit nummer opgenomen artikel - een groot aantal zeer concrete eisen te formuleren. Hier en daar maakt dit de indruk van een uitgebreide verlanglijst zonder een duidelijke kop of staart, maar ook bij andere partijen ontbreken de *hot issues* niet.

Een voorbeeld van zo'n issue is de problematiek van alcohol- en drugsverslaafden. Zowel CDA als VVD willen de mogelijkheid openhouden tot verplicht afkicken voor verslaafden die meerdere malen met justitie in aanraking zijn geweest. Aantrekkelijk voor de grootstedse keizer die zich in zijn bestaan bedreigd voelt. Maar met een effectieve hulpverlening aan verslaafden heeft dit weinig uit te staan. Ook obligate passages over bijvoorbeeld een wettelijke regeling van *patiënten- en klachtrecht* ter vervanging van het bestaande tuchtrecht ontbreken niet, terwijl de huidige regeringscoalitie ook op dat front weinig tastbaars zal achterlaten.

Preken voor eigen parochie vinden we bij het CDA natuurlijk over de eu-

thanasie en in vitro fertilisatie. Bovendien wil het CDA homeopatische geneesmiddelen in het ziekenfondspakket, terwijl zij elders pleit voor "doorlichting" (lees reducties) van deze verstrekingen. In plaats van het bestaande stelsel zou een "drietrapraket" moeten komen. De eerste trap zou moeten bestaan uit een volksverzekering voor zeer zware risico's bijvoorbeeld (langdurige opname) waarvoor een percentage van het loon als premie wordt geheven. Daarbovenop komt als tweede trap, een verplichte verzekering voor bijvoorbeeld huisartsenhulp, fysiotherapie, korte ziekenhuisopname etc. De premie hiervoor is een vast bedrag (nominale premie) per persoon, onafhankelijk van de leeftijd. Tenslotte bestaat het derde compartiment uit een vrijwillige aanvullende verzekering voor de eigen risico's uit de overige compartimenten en voor extra voorzieningen. Het is van belang om dit beeld voor ogen te houden, wanneer CDA-politici, zoals bijvoorbeeld de gezondheidszorgwoordvoerder Lansink, over de wenselijkheid van een volksverzekering spreken. Daarmee bedoelen ze veelal de eerste trap van de raket wat met een volksverzekering voor alle ziektekosten



weinig heeft uit te staan. De discussie zal zich binnen dit stelsel toespitsen op de vraag welke verstrekking in welk compartiment zal komen. De kans dat dit een werkzaam geheel oplevert lijkt klein. Hopelijk zal deze constructie de laatste space-shuttle al gauw in haar lot volgen.

De VVD gooit op haar beurt als aasvisje het creëren van ruimte voor alternatieve geneeswijzen uit. Ook zij is voor "opschoning" van het pakket van verplichte ziektekostenverzekering. De premie moet daarbij een percentage van het inkomen zijn zoals in het huidige stelsel, maar daarnaast een vast bedrag per verzekerde bevatten, wat grosso modo zal resulteren in een lastenverzwaring voor de lagere inkomensgroepen. Merkwaardige liberale capriolen spelen zich af rond het vestigingsbeleid van individuele beroepsbeoefenaars.

Deze moet worden afgestemd op de "maatschappelijke behoefte", maar onduidelijk blijft hoe men wil bepalen hoe groot die is, nog even afgezien van de vraag wat dit begrip überhaupt inhoudt. Om te voorkomen dat er teveel nieuwe vestigingen plaatsvinden die de kosten voor de gezondheidszorg zouden opdrijven, wil de VVD de ziekenfondsen ontheffen van de contracts- en toelatingsdwang voor nieuwe "medewerkers". Hoe dat valt te rijmen met de vrije artskeuze voor de patiënt en de vrije arbeidskeuze voor jonge artsen die zij ook bepleit, daar laat de partij die in het algemeen pal staat voor het vrije ondernemerschap, zich niet over uit. Wel is zij expliciet tegen verplichte loondienst voor artsen, waar de PvdA nu juist voor pleit. Het CDA wil dit zoveel mogelijk nastreven voor medisch specialisten. Hoort u de hartchirurgen in "de Klokkenberg" en andere confessionele instellingen ook kreunen?

De PvdA tenslotte maakt zich sterk voor minder ver gaande bezuinigingen, planningsbevoegdheid voor de lagere overheden, het handhaven van een ziektekostenstelsel gebaseerd op het solidariteitsprincipe (lieft een algemene volksverzekering in plaats van het huidige stelsel). "Stemmentrekkers" zijn hier het opnemen van abortus en overtijdbehandeling in het zie-

kenfondspakket, meer staatstoezicht op de kwaliteit van de zorg en ontmanteling van de monopoliepositie van de medische beroepsgroepen op het terrein van het vestigingsbeleid. Een aloude sociaal-democratische wens is het centraal inkopen van geneesmiddelen en apparatuur om zo de kosten daarvan in de hand te houden.

## Politieke onmacht

Tot zover een korte impressie van de programma's van de grote drie. Het toekomstig kabinetbeleid is hieruit in grote lijnen al wel te destilleren. Men voege - afhankelijk van de samenstelling van de coalitie en van de onderlinge krachtsverhouding - meer of minder water bij de wijn. Of dat echter ook een drinkbare mix oplevert valt te betwijfelen. Sinds de Structuurnota uit 1974 heeft de overheid meer grip proberen te krijgen op een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Middels de Wet Tarieven Gezondheidszorg lukte dit deels voor de prijzen en tarieven. De WVG, die de planning van de omvang en de invulling van de voorzieningen zou regelen en de in de Structuurnota voorgestelde volksverzekering tegen ziektekosten staan echter nog altijd in de steigers. Het beleid dat in overheidsnota's ruim uitgemeten wordt, blijkt in de praktijk niet of slechts zeer langzaam uitgevoerd te worden. Denk bijvoorbeeld nog maar eens aan de versterking van de eerste lijn, het in de hand houden van de uitgaven voor specialistische hulp, democratisering en decentralisering van de planning, wettelijke regeling van patiënten- en klachtrecht etc.

Hoe is het te verklaren dat op al deze terreinen het beleid zo slecht uit de verf komt? Een belangrijke oorzaak moet gezocht worden in de aanzienlijke macht van organisaties van verschillende instellingen (vaak op confessionele grondslag) en beroepsgroepen (confessionelen en professionelen). Jan Muurling beschrijft in zijn artikel de elkaar vaak versterkende invloed van deze "fracties". Via een woud van advies- en uitvoeringsorganen, waarin zij zeer sterk vertegenwoordigd zijn hebben zij grote invloed

op de uiteindelijke inhoud van veranderingsvoorstellen en op de uitvoering daarvan. Muurling beschrijft dit zelfs als een "ijzeren ring" die de beleidsruimte van de landelijke politiek sterk beperkt. Goed georganiseerde lobby's gericht op verwante politici zorgen voor de vertolking van hun standpunten in de Tweede Kamer. Bovendien speelt een zelfde proces zich waarschijnlijk af binnen het ministerie voor WVC, waar niet zelden verschillende afdelingen sterk uiteenlopende ideeën ontwikkelen.

Deze analyse visie is niet nieuw, of uniek voor de gezondheidszorg. Soortgelijke processen spelen bijvoorbeeld ook rond het onderwijs. Een bevestiging van deze analyse vinden we bij een aantal direct betrokkenen. Prof. A. van der Werff, hoofd van het stafbureau beleidsontwikkeling van het ministerie benadrukte onlangs de frustrerende werking van de politieke lobby van beroepsgroepen op de ontwikkeling die de regering voorstaat, welke mogelijk nog toeneemt bij een gedecentraliseerde planning." Prof. Muntendam, eminence grise op het terrein van het beleid voor de gezondheidszorg, deelt die mening blijkens het interview dat Denhard de Smit en Jos Dute voor dit nummer met hem hielden. Het conflict tussen Van der Reijden en de Landelijke Specialistische Vereniging ontlokt Muntendam de verzuchting: *"Eens kijken hoe lang van der Reijden dat volhoudt"*. Ook als er vergaande overeenstemming bestaat tussen politieke partijen en direct betrokkenen, malen de ambtelijke molens langzaam. Onlangs werd een overzicht gepubliceerd van de meest saillante uitspraken van de Tweede Kamer over het al-emeen maatschappelijk werk (AMW). In het voorwoord vinden we ook enige saillante passages: *"Aan mooie formuleringen en goede bedoelingen, ten aanzien van het AMW geen gebrek"*. En even verder *"(...)toch is het vervelende dat de oplossing voor de knelpunten van het AMW nog geen stap dichterbij is. Dit ondanks het feit dat er inmiddels vier moties over de positie van het AMW in de Tweede Kamer zijn ingediend, en aangenomen!"*

Deze lijst zou eindeloos uitgebreid kunnen worden, maar de conclusie

kan ook zo al wel getrokken worden. De veranderbaarheid van de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg is - ondanks de sinds '74 ingezette tendens in die richting - nog minimaal te noemen. Dit geldt zelfs voor veranderingen waarover brede politieke overeenstemming bestaat. Wat lijkt er dan meer voor de hand te liggen dan eens flink te kappen in het woud van raden en commissies, en de beroepsgroepen onder pressie te zetten? Bij het CDA en de VVD zoeken we tevergeefs naar plannen in die richting. Niet erg verwonderlijk, want de ontwikkelingen die zij voorstaan worden meestal ook krachtig verwoord door de confessionele en professionele "fracties", binnen de gezondheidszorg. Hoewel er soms toch interessante tegenstellingen opduiken.

## Links onder de loep

Maar ook ter linkerzijde vinden we een uitgesproken gebrek aan ideeën over de wegen waanlangs ingrijpende progressieve veranderingen kunnen worden bewerkstelligd. De PvdA zoekt de aangrijpingspunten voor een veranderingsstrategie begrijpelijkerwijs met name bij de overheid. Haar standpunten worden door de machtscentra in "het veld" immers nauwelijks gedeeld. Centraal staat het onder overheidscontrole brengen van financiering en planning. "Maar de zwaarte van adoiezen van allerlei advieslichamen is daarbij niet geregeld. Wanneer het functioneren van de adviezen een voortzetting zou betekenen van de huidige situatie en dezelfde groepen daarin een vooraanstaande rol spelen, dan verandert er eigenlijk weinig", luidt de weinig opwekkende analyse in een concept-rapport van de Wiardi Beckmanstichting<sup>1</sup>. Voorstellen om in deze situatie verandering te brengen zochten we vervolgens tevergeefs. Van de grootste linkse partij over naar klein links. Wij stelden PPR, PSP, CPN (en PvdA) voor, in een kort artikel de hoofdthema's te schetsen voor een te voeren progressief beleid. Daarbij vroegen we uitdrukkelijk ook de lijnen aan te geven waanlangs de doelstellingen van zo'n beleid gerealiseerd zouden kunnen worden. PSP, CPN en PPR zegden hun medewerking toe,

maar alleen van beide eerste ontvingen we copij. De PvdA meldde dat zij hiervoor geen tijd kon vrijmaken, maar dat we welkom waren voor een interview. Daarbij moeten we de PPR en de PvdA toegeven dat dit alles op korte termijn gerealiseerd moest worden. Maar blijkbaar slagen toch minder ruim in de kamerleden en fractie-medewerkers zittende klein-linkse partijen, daar beter in dan de sociaal-democratische grote broer.

De artikelen van CPN en PSP spreken duidelijke taal over de noodzakelijk geachte ontwikkelingen. Toch ook hier weinig aangrijpingspunten voor een veranderingsstrategie. Bij de CPN ontbreken zij zelfs geheel. De PSP meldt optimistisch dat "veranderen in de gezondheidszorg kan. Die veranderingen zullen we zelf moeten afdwingen", maar veel verder dan dat dit door "machtsvorming van onderop" zal moeten gebeuren komt Andree van Es hier niet. In een concept-brochure over de gezondheidszorg worden de mogelijkheden geschetst om actief te worden in het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, de Cliëntenbond, het Beterschap, de Landelijke belangenvereniging voor Basisartsen en de IPH en last, but hopefully not least, dit tijdschrift." (We voelen ons gevleid). Maar of dit voldoende is om te concluderen met het opwekkende "Hopenlijk biedt deze brochure perspectief om met hernieuwd elan aan de gezondheidszorg te werken!", staat nog te bezien.

Erg optimistisch over het ontwikkelingspotentieel van de gezondheidszorg kan ik van dit alles niet worden. De perspectieven op landelijk niveau zijn gering, ook wanneer een roodroomse coalitie gevormd zou worden. De provincies en gemeenten kunnen na invoering van een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening eindelijk invloed gaan uitoefenen op de lokale gezondheidszorg. Op dit niveau kunnen ook patiëntengroepen hun partijtje mee blazen. Dit voorjaar vinden hiervoor de generale repetities plaats rond de uitvoering van de vestigingsregeling voor huisartsen. In progressieve gemeenten wordt momenteel hard gewerkt om tot een beleid te komen waarin de huisartsen niet opnieuw de eerste (en laatste) viool spelen. Tenslotte zijn er eni-

ge, nog kleine, splinters van het grote artsenmachtsblok afgeslagen (LBB, IPH).

In hoeverre zij zich tot spreekbuis van steeds grotere groepen werkzoekende dokters kunnen ontwikkelen moet nog worden afgewacht. Daarbij rijst bovendien de vraag of zij - naast de activiteiten om hun leden aan werk te helpen - ook op inhoudelijke kanten de strijd met de LHV en LSV kunnen aangaan. Wanneer het tot een grote progressieve artsenorganisatie komt, kan deze mogelijk het hechte front van deze belangrijke machtsfractie openbreken. Dat dit alles een kwestie van de lange adem is, behoeft verder geen betoog. We kunnen volstaan met de conclusie dat - getuige de discussie rond de euthanasie en de strijd rond de tarieven van medisch specialisten - de gezondheidszorg voorlopig meer invloed op de politiek heeft dan andersom.

Dirk Soeters

### Noten:

1. Bij de programma vergelijking tussen CDA, VVD en PvdA werd veelvuldig gebruik gemaakt van een niet-gepubliceerd artikel: Verkiezingen en Volksgezondheid geschreven door Jan van der Made, Cyril Savelkoul en Natascha Lackó.
2. Het Ziekenhuis nr. 22, 28 november '85, 872-3.
3. Joint, stichting landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening: Politieke uitspraken over het galgemeen maatschappelijk werk 1984-1985; januari '86.
4. Dit Concept rapport Wiardi Beckmanstichting werd geschreven door de Groninger medisch socioloog Edwin Wolffensperger.
5. Brochure Gezondheidszorg van de PSP; versie 5-12-'85.

# Een werkelijk beleid

## De inzet van de CPN

De CPN streeft naar een goede kwaliteit en bereikbaarheid van medische en sociale hulpverlening. Bovendien zal er voldoende samenhang tussen de verschillende voorzieningen moeten bestaan. Zeggenschap van gebruikers en democratisch functioneren van de instellingen zijn daarbij evenzeer onmisbare elementen. De CPN richt zich tegen medicalisering. Het huidige regeringsbeleid kenmerkt zich door voortdurende forse bezuinigingen, zonder voldoende acht te slaan op de schade die hierdoor wordt aangericht. Bovendien wordt vaak voorbij gegaan aan de "alternatieven" die door de be-

trokkenen zelf worden aangedragen. Vooral de met de mond beleden en op papier verwoorde versterking van de eerste lijn en ambulante hulpverlening, blijkt in de praktijk van nu slechts moeizaam vorm te krijgen. Nog steeds gaan grote delen van het budget voor de volksgezondheid naar grote intramurale instellingen. Verschuivingen op langere termijn worden daarbij niet aangegeven. Waar dit wel gebeurt, zoals bijvoorbeeld bij het geleidelijk afbouwen van het aantal klinische bedden in de psychiatrie ten gunste van de dagbehandeling en beschermde woonvormen, blijken bezuinigingsmotieven de realisering hiervan te frustreren. Het is van essentieel belang dat het accent verschuift, van genezen naar het voorkomen van ziekte, van de tweede naar de eerste lijn, waarbij dit zoveel mogelijk binnen het huidige budget gerealiseerd moet worden. De invoering van budgettering in de ziekenhuizen legt de verantwoordelijkheid daarvoor bij de instellingen. Er dient dan wel voor gewaakt te worden dat de "zwakkere" broeps-

**Rieme Wouters, vierde op de lijst voor de CPN**

Hoe zal de situatie er na 21 mei uitzien? Blijft de huidige regering zitten, of wordt jooop de Uyl opnieuw kapitein, op het schip van staat? En hoe zal het gezondheidszorgbeleid er de komende vier jaar uitzien? Zullen er ingrijpende veranderingen plaatsvinden of blijft alles bij het oude?

We vroegen de kamerfracties van PvdA, PPR, PSP en CPN de kernpunten voor een progressief gezondheidszorgbeleid uiteen te zetten. Alleen de PSP en de CPN bleken hier binnen de gestelde termijn toe in staat te zijn. Hieronder volgen de artikelen van Andrée van Es, lijsttrekker van de PSP en Rieme Wouters, vierde op de kandidatenlijst van de CPN. Klein links over veranderingen in een machtig bolwerk.

**Andrée van Es, lijsttrekker van de PSP**

# Veranderen in de gezondheids- zorgkàn!

## De PSP enmachts- vorming van onderop

Gezondheid is een belangrijk goed. Daar is iedereen het over eens. Gezondheid is voor veel mensen zelfs datgene wat ze het allerbelangrijkste vinden. Dat staat in schril contrast tot de aandacht die gezondheidszorg in de Tweede Kamer krijgt. Daar is ze, een naar verhouding, klein aandachtsg gebied dat in de schaduw staat van veel belangrijker lijkende gebieden als inkomen, bewapening en buitenlandse politiek. Die geringe aandacht berust

echter niet alleen op een onderwaardering. De gezondheidszorg is lang geregeld door de verschillende machts-groeperingen (artsen en ziekenfondsen) onderling, zonder enige regulering door de overheid. Pas sinds tien jaar probeert de overheid een wat meer sturende invloed te hebben. Gezondheidszorg wordt dan ook steeds meer een politiek 'item'.

Binnenkort verschijnt een uitgebreide PSP-brochure, waarin de PSP haar visie op een progressief gezondheidszorgbeleid geeft. In dit artikel zal ik een aantal zaken die daarin nader uitgewerkt worden, kort naar voren halen. Een volledig en afgewogen relaas is in zo'n kort bestek natuurlijk niet mogelijk: het gaat om de hoofdlijnen. Bovendien zal ik me beperken tot de gezondheidszorg, zonder daarmee te willen impliceren dat het streven naar een goede gezondheid identiek is met het streven naar een goede gezondheidszorg: frisse lucht, geen gif in de grond, prettige werkomstandigheden, goede huisvesting en een redelijk inkomen zijn daar minstens zo bevorderlijk voor.

De PSP staat voor een aantal algemene principes: betrokkenheid van iedereen bij belangrijke beslissingen, het afbreken van machtsverhoudingen en een meer eerlijke verdeling van de beschikbare middelen. Die uitgangspunten zijn ook op de gezondheidszorg van toepassing.

groepen in de ziekenhuishiërarchie niet de dupe worden van het budget-systeem. Een evenwichtige uitwerking vereist een democratisch functioneren binnen de ziekenhuizen en andere instellingen. Op deze wijze kan een goede en daadwerkelijke kostenbeheersing worden gerealiseerd, waarbij bepaalde voorzieningen zonnodig met extra financiering gestimuleerd dienen te worden.

### Concrete maatregelen

De CPN zal zich in de komende jaren inzetten om de volgende meer concrete maatregelen tot stand te brengen: met het oog op preventie van gezondheidsproblemen denken we allereerst aan het verbeteren van de leef-, woon- en werkomstandigheden van de bevolking en met name van het minder draagkrachtige deel daarvan. Er moet meer nadruk komen op het wetenschappelijk onderzoek naar het ontstaan van ziekten, vooral naar de samenhang hiervan met maatschappelijke omstandigheden en milieufactoren. Strengere controle en sancties zijn

hier nodig evenals uitbreiding van de arbeidsinspectie.

De rechten en eigen verantwoordelijkheid van de gebruikers verdienen meer aandacht en materiële ondersteuning, te beginnen met het verschaffen van goede informatie. Zelfhulpgroepen dienen erkend te worden met hun eigen methodieken en niet als verlengstuk of vervanging van professionele hulpverlening. Meer aandacht voor de specifieke problemen van vrouwen en migranten is van groot belang. Zolang de huidige hulpverlening nog onvoldoende is afgestemd op de specifieke problemen van deze groepen, dienen voor hen aparte maatregelen te worden getroffen, zoals bijvoorbeeld vrouwenhulpverleningsprojecten. Bestaande projecten voor vrouwenhulpverlening moeten worden voortgezet, waarbij de financiering hiervan structureel moet worden opgenomen in het gezondheidszorgbudget. Daarnaast moet het mogelijk blijven om met name innoverende activiteiten op het terrein van de vrouwenhulpverlening vanuit emancipatieza-

ken te financieren. De door de overheid ingestelde projectgroep "vrouwenhulpverlening" moet worden gecontinueerd met de daarbij horende financiële middelen. Haar taakopdracht dient overeen te komen met de aanbevelingen die de projectgroep zelf heeft aangegeven. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg dient voor migranten vergroot te worden door het gebruik van tolken en toepassing van niet-westerse vormen van gezondheidszorg. Bovendien zou de kennis over de (culturele) achtergronden van migranten bevorderd moeten worden. Ook is het wenselijk dat niet-traditionele geneeswijzen, meer in het openbaar kunnen functioneren, naast de meer traditionele medische benadering. Van belang is wel dat door richtlijnen en toezicht ongekwalificeerde praktijken geen voet aan de grond krijgen.

Pogingen vanuit de hulpverlening zelf om tot kwaliteitsverbetering te komen - bijvoorbeeld door praktijkverkleining, betere samenwerking,

### Machtsverhoudingen

In de gezondheidszorg vormen artsen veruit de machtigste groep. Patiënten lijken aan de willekeur van hen overgeleverd: lange wachttijden, een onheuse bejegening en weinig informatie vormen het maat al te ware clichébeeld van de gezondheidszorg. Zolang artsen zelf diagnoses stellen en behandelen zonder duidelijke controle, maar met een gegarandeerde honorering, en zolang patiënten zich afhankelijk voelen van de overbezette arts, zal dat zo blijven. De PSP stelt voor om met een aantal relatief kleine, maar uitermate effectieve maatregelen deze situatie radicaal te veranderen.

Allereerst moet gezondheidszorg niet meer als een gunst worden voorgesteld, maar als iets waarvoor iemand veel betaalt, en waaraan dus ook eisen gesteld mogen worden. Wie bij de slager slechte waar geleverd krijgt, gaat in het vervolg ergens anders heen. Dat principe moet ook in de gezondheidszorg gelden. Nu is het lastig om zo iets individueel te realiseren. Veel praktischer is het om het ziekenfonds daarbij een belangrijke taak te geven. De huidige ziekenfondsen, die toch het geld beheren van de premiebetalers, worden bestuurd door artsen. Dat is een vreemde zaak want ze zouden juist namens de premiebetalers eisen moeten gaan stellen aan de artsen. De ziekenfondsen zouden volgens de PSP dan ook bestuurd moeten worden door



Andrée van Es

uitsluitend premiebetalers. Ziekenfondsen zouden dan ook daadwerkelijk allerlei eisen moeten kunnen stellen aan de artsen met wie ze contracten afsluiten. Zijn de wachttijden te lang of komen er systematisch klachten binnen, dan stuurt een ziekenfonds zo'n arts de laan uit, en sluiten ze een contract af met een andere arts. Ter ondersteuning van de premiebetalers/patiënten zouden de ziekenfondsen ook enkele advocaten in dienst kunnen nemen, die patiënten helpen met hun klachten goed te verwoorden en die er

voor zorgen dat er voor slechte prestaties ook niets betaald wordt.

Een tweede manier om de bestaande almacht van de arts terug te dringen is het consequent invoeren van het principe dat het de patiënt is die beslist over zijn of haar eigen lichaam. Dat geldt voor zaken als abortus en euthanasie, maar het geldt ook voor een blindedarmoperatie: patiënten moeten de mogelijkheid hebben elders een 'second opinion' over de noodzaak van zo'n ingreep in te winnen. Ze moeten bij hun ziekenfonds kunnen vernemen of deze arts misschien niet extreem veel blindedarmoperaties doet en of daar vaak complicaties bij optreden (de huidige ziekenfondsen beschikken over deze relevante informatie, maar publiceren die niet!) en de patiënt kan van zijn arts verwachten dat deze hem of haar uitgebreid, en zo mogelijk schriftelijk, informeert over mogelijke risico's.

De derde manier om de positie van patiënten te verbeteren is de introductie van een fatsoenlijke klachtenregeling. Het bestaande tuchtrecht is dat bepaald niet. Nu zijn het artsen die in een tuchtcollege beslissen over eventuele fouten van hun collega's, en dat nog vaak met de grootst mogelijke geheimhouding. Het tuchtrecht dient daarom afgeschaft te worden. Het spreekt toch haast vanzelf dat er een onafhankelijke openbare beoordeling van klachten moet komen. Patiënten moeten via de advocaten van hun zie-

onderlinge toetsing - verdienen (financiële) steun. De bewaking van de kwaliteit dient gedemocratiseerd te worden. De zeggenschap van patiënten dient op verschillende niveaus te worden vergroot. Het medisch tucht-recht dient herzien te worden. De overheid heeft naast een voorwaardeschappende ook een toezichhoudende taak. Daartoe dienen de inspecties versterkt te worden.

### Eerste en tweede lijn

Om adequate hulp te kunnen verlenen is een gerichte en samenhangende versterking nodig van de eerste lijnsvoorzieningen (onder andere huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk, fysiotherapie, gezins- en bejaardenzorg). Het algemeen maatschappelijk werk dient 24-uur per dag bereikbaar te zijn. Dit eist verlaging van het aantal patiënten/cliënten per hulpverlener (en naventende uitbreiding van het aantal hulpverleners); verbetering van onderlinge samenwerking, met ondersteuning van gestructureerde samenwerkingsverbanden

in de eerste lijn, tussen eerste en tweede lijn en met sociaal-geneeskundigen (bedrijfs-, verzekerings- en jeugdartsen). De bedrijfsgezondheidszorg dient de gehele beroepsbevolking te bestrijken en onafhankelijker te zijn van de bedrijfsdirecties.

Tweede lijnsvoorzieningen (ziekenhuizen, poliklinieken) zijn aanvullend op de eerste lijn. Eventuele afbouw dient in de regel plaats te vinden aan de hand van afname van het aantal verwijzingen ten gevolge van versterking van de eerste lijn. Kleine ziekenhuizen met een belangrijke plaatselijke of regionale functie dienen behouden te blijven. Alhoewel de verkorting van de opnameduur tot bezuinigingen op ziekenhuizen zou kunnen leiden, moeten vrijkomende middelen allereerst worden aangewend voor een dringend noodzakelijke uitbreiding van het aantal *verpleegkundigen* (ter compensatie van de toegenomen werkdruk in verband met de intensivering van de zorg in een korter aantal opname-dagen). Gezien het nu bestaande schrijnende tekort aan ver-

pleegkundigen is het van groot belang dat er een beleid op langere termijn wordt geformuleerd, zodat niet het ene moment gediplomeerde verpleegkundigen worden ontslagen, terwijl enkele jaren later enorme bedragen worden uitgegeven aan advertenties om gediplomeerden aan te trekken. De positie van verpleegkundigen moet worden verbeterd door onder andere uitbreiding van het aantal verpleegkundigen, door invoering van een vier- of vijfploegendienst, en door het creëren van mogelijkheden voor kinderopvang. De arbeidstijden en salarissen van artsen moeten tot maatschappelijk aanvaardbare proporties worden teruggebracht; onder drastische uitbreiding van de mogelijkheden tot werken in dienstverband.

De gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening mag niet worden prijsgegeven aan winstbejag en commercialisering. De bestaande invloed van farmaceutische, medische apparaten- en bouwindustrie dient teruggedrongen te worden. Het uit winst oogmerk opzetten van medische

kenfonds of via speciaal aangestelde regionale ombudsmannen gesteund worden bij het formuleren en de behandeling van hun klachten.

Tenslotte is het zaak om machtsvorming van patiënten te ondersteunen door het stimuleren van de initiatieven die er door gebruikers genomen worden. Dit betekent ondersteuning van vrouwengezondheidscentra, medicijnen- en gezondheidswinkels en het toekennen van een substantiële bijdrage aan de landelijke patiëntenbeweging. Ziekenfondsen vergoeden aan ziekenhuizen een bepaald bedrag per patiënt per dag. In dat bedrag zit ook een percentage voor de landelijke belangenbehartiger van de ziekenhuizen, de Nationale Ziekenhuis Raad, de NZR. De PSP stelt voor om dat bedrag niet voor de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, maar voor de vertegenwoordigers van de patiënt te reserveren: de premies zijn immers ook door hen betaald!

### Hulpverleners

De verhouding arts-patiënt is sterk hiërarchisch, maar dat geldt ook voor de verhouding van artsen tot andere beroepsgroepen. De verpleging, die het leeuwendeel van de zorg voor haar rekening neemt, is nog steeds een ondergewaardeerd en onderbetaald hulpe van de arts.

Om dat te veranderen dient aller-

eerst de positie van de arts genormaliseerd te worden. In Nederland bestaat een Arbeidswet die voorschrijft, dat werknemers maar een bepaald maximum aantal uren mogen werken. De arbeidsinspectie moet dat controleren. Vreemd genoeg geldt die wet niet voor artsen zelf. Zij werden destijds zelf verantwoordelijk genoeg geacht om daar zorgvuldig mee om te gaan! Door die wet van toepassing te verklaren op artsen kunnen er twee vliegen in een klap geslagen worden: de excessieve werktijden van soms meer dan 80 uur kunnen verdwijnen, veel werkloze artsen kunnen aan een baan geholpen worden. Als artsen vervolgens in loondienst worden genomen, hun inkomsten niet afhankelijk zijn van het aantal (diagnostische) verrichtingen die ze plegen, dan is de weg vrij voor een meer gelijkwaardige positie ten opzichte van de andere beroepsgroepen.

Hulpverlening zou dan een zaak kunnen worden van een team waarin iedereen, arts, verpleging, fysiotherapeut, enz. een eigen inbreng heeft.

### Voorzieningen

De manier waarop de gezondheidszorgvoorzieningen opgezet zijn, heeft iets vreemds: ze lijken primair gericht op het verhelpen van uitermate complexe ziekten met uitermate geavanceerde apparatuur. Toch komen dergelijke ziekten in Nederland steeds minder voor. Voor een groter wor-

dende groep gaat het niet langer om het verhelpen van een infectie of weg-nemen van een gezwel, maar om het bieden van continue zorg. De klassieke infectieziekten die kortstondig en hevig waren, hebben plaats gemaakt voor chronisch invaliderende ziekten, waardoor care boven cure komt te staan. Het accent zou dan ook verlegd moeten worden naar een type zorg dat meer aandacht heeft voor de verzorging en voor de mogelijkheid dat langdurig zieke mensen in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen.

De zorg moet daartoe allereerst minder het exclusieve beslissingsterrein van artsen worden. Zo zou de eerstelijnszorg opgezet kunnen worden vanuit wijkcentra waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, apothekers en tandartsen samenwerken.

De tweede lijn moet op haar beurt meer bereikbaar gemaakt worden, door de poliklinieken los te koppelen van het ziekenhuis, en in wijken te plaatsen. In deze polikliniek zouden, naast de mogelijkheden voor kleine, poliklinische verrichtingen een diagnostisch centrum voor huisartsen gevestigd kunnen worden, er zouden EHBO-faciliteiten in ondergebracht kunnen worden en er zou dagbehandeling plaats kunnen vinden. De specialisten uit de ziekenhuizen zouden er spreekuur kunnen houden en op af-

instellingen of praktijken dient te worden tegengegaan. Juist vermaatschappelijking en democratisering is nodig, onder andere door meer zeggenschap toe te kennen aan de plaatselijke en provinciale overheid. De ongebreidelde groei van het aantal diagnostische verrichtingen in ziekenhuizen moet worden tegengegaan, met name door een andere financieringsstructuur. Nieuwbouw van psychiatrische voorzieningen moet worden getoetst aan uitgangspunten als kleinschaligheid, decentralisatie en integratie met wijkgerichte voorzieningen. Het heeft onze voorkeur dat er voorzieningen komen in een woon- en werk-omgeving, waarbij binnen de instelling een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen wonen en behandelen. Het accent moet komen te liggen op tijdelijke opvang (deeltijdbehandeling, dagopvang). Beschermde woonvormen voor langdurig verblijf dienen tot stand te komen in nauw overleg met het plaatselijk huisvestingsbeleid.

## Beleid

In de komende vier jaar dient gewerkt te worden aan de totstandkoming van een volksverzekering tegen ziektekosten, met premie naar draagkracht en zonder eigen risico's. Eigen bijdragen die het gebruik van noodzakelijke voorzieningen in de weg staan, moeten worden afgeschaft. Het tandheelkundig voorzieningenpeil moet worden verbeterd en de kosten van abortus en overtijdbehandeling moeten in het ziekenfondspakket worden opgenomen.

De mogelijkheden en middelen om op plaatselijk niveau een drugshulpverlenings- c.q. ontmoedigingsbeleid te kunnen uitvoeren moeten worden verruimd. Daarbij moet ook ruimte worden geboden voor diverse experimenten onder strikte voorwaarden (zoals heroïneverstrekking op medische indicatie).

Euthanasie dient niet langer strafbaar te zijn, mits door een arts en onder bepaalde, strikt omschreven, voorwaarden, uitgevoerd. Dit moet snel wette-

lijk geregeld worden.

Extra aandacht is de komende tijd nodig voor de ontwikkelingen op het gebied van de in vitro fertilisatie en de welhaast onbeperkte mogelijkheden op het terrein van de kunstmatige bevruchting. Het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen dient ten alle tijde gewaarborgd te zijn en mag niet ondergeschikt worden aan andere belangen.

Na deze lange rij van maatregelen is een woordje voor de in te voeren Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening op zijn plaats. Niet omdat er iets nieuws over te melden valt, maar vanwege het feit dat deze nu echt zo snel mogelijk moet worden ingevoerd. Deze wet regelt zaken als zeggenschap, planning en afstemming van voorzieningen, en daarmee kan dan ook werkelijk sprake zijn van een *beleid* op het terrein van de **gezondheidszorg**. \*\*

roep langs komen. Verpleging in ziekenhuizen (2e lijn) kan zo drastisch teruggedrongen worden.

Ook de geestelijke gezondheidszorg zou volgens deze principes gereorganiseerd kunnen worden: geen specialistische psychiatrische ziekenhuizen waar de mensen de rest van hun leven verblijven, maar goede beschermende woonvormen voor wie daar behoefte aan heeft, en verder op wijkniveau mogelijkheden voor dagbehandeling, crisisinterventie en begeleiding.

## Geld

Wie meer verdient dan 48.000 gulden, is voordelig uit als het gaat om gezondheidszorg: particuliere ziektenkostenverzekeraars rekenen vaak zeer aantrekkelijke premies. Mensen onder de 'loongrens' zijn vaak veel minder goed uit: ze betalen een bepaald percentage van hun inkomen aan ziekenfondspremie, en dat percentage wordt steeds hoger omdat de ziekenfondsen moeten betalen voor de zogenaamde 'hogerisico-groepen': oudere mensen met een laag inkomen. Wie veel verdient heeft niet alleen minder kans op ziekten, maar betaalt relatief gezien ook veel minder aan ziektekostenverzekering. De PSP pleit al vele jaren voor de opheffing van deze ongelijkheid: de kosten moeten verdeeld worden naar draagkracht. Er dient een algemene volksverzekering te komen tegen ziektekosten. Die kan betaald worden via"

premieheffing (ieder een bepaald percentage van zijn of haar inkomen), maar ook via belastingheffing (hoe meer men verdient, hoe hoger de belastingdruk).

Zo'n algemene ziektekostenverzekering kan gemakkelijk gerealiseerd worden. Nu is de AWBZ als een volksverzekering voor voorzieningen die in bepaalde gevallen nodig zijn (psychiatrische inrichtingen, verpleeghuizen, het kruiswerk) en er is niets op tegen eerst de huisartsenhulp en later ook de ziekenhuishulp onder deze wet te brengen.

## Machtsvorming

Natuurlijk zijn niet al deze wensen even snel en gemakkelijk te realiseren. Het hangt mede af van de initiatieven (en acties) die progressieve gezondheidswerkers en gebruikers daartoe zelf ondernemen.

Veranderen van de gezondheidszorg kàn! Dat is juist gebleken in de afgelopen vier jaar, toen de politiek op verschillende terreinen diepgaand ingreep. Vaak met naar onze mening volstrekt verkeerde keuzen. Op twee gebieden, - de specialistische hulp en de geneesmiddelen -, weigerde een politieke meerderheid greep te krijgen. Het zijn dan ook juist alleen deze posten waarvan de kosten steeds weer de pan uitrijzen. Dat was het resultaat van machtsvorming: machtsvorming

van specialisten en de geneesmiddelenindustrie. Aan ons en aan de werkers en gebruikers van gezondheidszorg staat hetzelfde te doen. Veranderingen zullen we zelf moeten afdwingen; aan die 'machtsvorming van onderop' zal de PSP proberen een gezonde bijdrage te leveren. \*\*



# Overheidsbeleid

De verzorgingsstaat bevindt zich in een crisis, hoor je de laatste jaren vaak beweren. In ieder geval hebben "rechts" en "links" ernstige kritiek op het functioneren van de staat. Rechts wil de rol van de overheid sterk terugdringen, terwijl ook ter linkerzijde steeds meer getwijfeld wordt aan de "maakbaarheid" van de samenleving door overheidsingrijpen.

Jan Muurling zet dit alles op een rijtje en schetst de zeer machtige positie die confessionelen en professionelen zich hebben verworven binnen de gezondheidszorg. Zijn analyse: Zolang het beleid met handen en voeten gebonden is aan de instemming van deze "fracties", is een openbaar debat zoals over de vestigingsregeling voor huisartsen, eerder uitzondering dan regel.

Jan Muurling, politicoloog, werkzaam als docent en als free lance medewerker.

## In de ijzeren greep van dominees .endokters

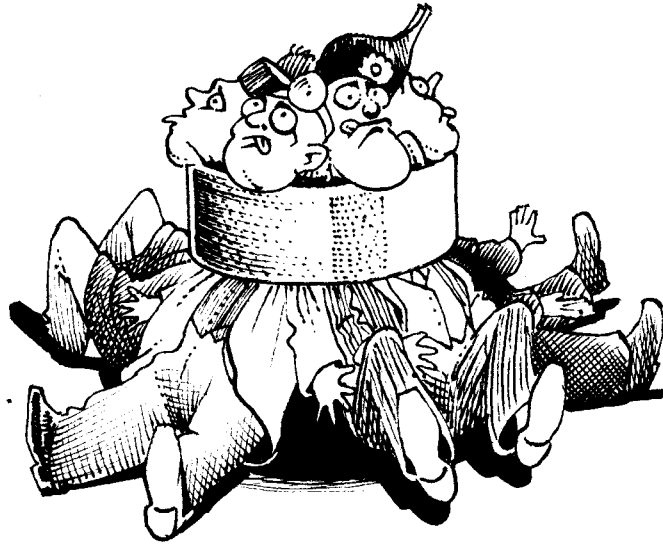
mene ontwikkelingen in het linkse of rechtse denken. Om deze uitingen enigszins te verklaren, is het noodzakelijk ze te beschouwen tegen de achtergrond van de verzorgingsstaat die zich in een overgangsfase lijkt te bevinden. De gevestigde posities en belangen komen daarbij op het spel te staan. Bovendien moet worden ingegaan op de politieke besluitvorming over de gezondheidszorg. Het is ongevoon en ongebruikelijk dat de tegenstellingen op dit beleidsterrein tot een openbaar debat of tot een politiek issue leiden. Een globale schets van de krachten op het terrein van de gezondheidszorg kan, wanneer de relatie tussen woordvoerders en achterbannen gelegd wordt, een interpretatiekader opleveren voor de grilligheid van alledag.

### De verzorgingsstaat

Geen enkele staat heeft het eeuwige leven, ook de verzorgingsstaat niet. De geschiedenis laat zien dat het fenomeen "nationale staat" in West-Europa slechts enkele eeuwen een feit is. De specifieke variant, de huidige verzorgingsstaat is niet ouder dan een halve eeuw. Wat zijn nu de bijzondere kenmerken hiervan? Deze liggen niet in het feit dat de staat een aantal taken naar zich heeft toegenomen of dat slechts deze organisatie bij machte zou zijn een aantal bindende regelingen op te leggen; deze treffen we bij elke staat aan. De kern van de verzorgingsstaat ligt in het feit dat de staat een minimaal inkomen en een minimale zorgverlening garandeert. Dit zijn taken die eerder in de geschiedenis in min-

De politieke strijd over de gezondheidszorg brandt zelden in de openbaarheid los. Maar als deze strijd eenmaal voor een breder publiek gevoerd wordt, gebeuren er merkwaardige dingen. De discussie over het vestigingsbeleid voor huisartsen is hiervan een goed voorbeeld. Zo lijkt het op het eerste gezicht volstrekt onbegrijpelijk dat een kamerlid van klein links (André van Es) de zegeningen van het vrije marktmechanisme roemt en dat een vertegenwoordiger van de Landelijke Huisartsen Vereniging, een instelling met een rechtse reputatie het heil verwacht van een, in deze kringen toch zo verfoeide, instantie als de staat.

Het is gevaarlijk om op basis van standpunten die zijn ingenomen in een heel specifiek debat, in dit geval dat rond de vestigingsregeling van huisartsen, uitspraken te doen over alge-



BERT CORNELIUS

dere mate en op grond van volstrekt andere motieven onder andere door de kerken zijn verricht.

De huidige verzorgingsstaat is het resultaat van maatschappelijke strijd die zich heeft afgespeeld temidden van een in hoog tempo geïndustrialiseerde productiesector en een sterk expanderende economie. Met nadruk moet gesteld worden dat de verzorgingsstaat niet kan worden opgevat als een boven de partijen of groeperingen staande organisatie die algemene doelen zou nastreven. De verzorgingsstaat is immers de politieke resultante van maatschappelijke strijd en tegenstellingen. Zij is de uitdrukking van een machtsverhouding en niet die van een boven de partijen staande objectiviteit of neutraliteit. Een bijzonder kenmerk van het huidige staatstype schuilt in het feit dat er vooral gedurende de afgelopen vijftig jaar een bijna gigantische toename van de dienstverlenende sector tot stand is gebracht. De stijging van het aantal diensten dat door of via de staat wordt geleverd, zoals gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, is hier een duidelijk voorbeeld van.

## Crisis en kritiek

Macro-economisch gezien, hebben de kosten van deze verschuiving geleid tot een sterke toename van de collectieve sector van het nationaal inkomen. Het is op dit punt dat de overwegend *rechtse kritiek* zich toespitst. In deze redenatie gaat het beslag dat de verzorgingsstaat via de uitgedijde collectieve sector op het nationaal inkomen legt, niet alleen ten koste van de

investeringen, maar nemen ook de hoge arbeidskosten, loon, sociale- en volksverzekeringen, de prikkel tot investeren weg. De hoogte van de bestedingen in de collectieve sector is in deze visie een belangrijke oorzaak van de huidige economische recessie. Privatisering, het doen verrichten van diensten buiten het staatsapparaat (en wel op commerciële basis) en deregulering, het eenvoudiger maken van wet- en regelgeving bieden in deze optiek een oplossing.

En *links*, hoe zit het daarmee? Het vertrouwen van links in de maakbaarheid van de samenleving is gedurende de laatste jaren aanzienlijk afgenomen. Vergroting van het staatsapparaat en een toename van omvang en diepgang van staatsinterventies hebben lang niet altijd tot gewenste resultaten geleid. Burocratisering, ondoorzichtigheid van de besluitvorming, het verstrekken van middelen en diensten aan groeperingen waarvoor deze niet bedoeld zijn geweest, ineffectiviteit en een toenemende verafhankelijkheid van het staatsapparaat; dit zijn zo de thema's rond welke de kritiek zich centreert.

Daarnaast wordt geconstateerd dat de verzorgingsstaat bij lange na niet in staat is geweest de verwachtingen die zij zou hebben opgeroepen, dan ook maar enigszins waar te maken. Het etatisme (vertrouwen in de mogelijkheden van staatsingrijpen -red-) lijkt ook hier ten einde te komen. De huidige verzorgingsstaat als mikpunt van linkse en rechtse kritiek, de strijd over de toekomst van deze staats- en maatschappijordening is in volle hevigheid losgebarsten.

*Rechts* lijkt een oplossing voor de crisis geformuleerd te hebben; deze is echter te simpel en te speculatief. De tegenstelling tussen publieke en marktsector is niet reëel. Het beeld van de publieke sector die wordt gedragen door de marktsector en de daarbij behorende uitspraak dat elke gulden die in de publieke sector wordt uitgegeven, eerst in de marktsector moet worden verdiend, is in strijd met de werkelijkheid. Beide sectoren zijn sterk van elkaar afhankelijk en zeer diep in elkaar vervlochten. Een groot deel van de gelden die tot de publieke sector worden gerekend, behoren tot de zogenoemde "*overdrachtsuitgaven*": uitkeringen en dergelijke. Deze worden nu juist weer in de marktsector besteed. Overigens is er ook binnen de marktsector sprake van een aantal onderling strijdigende belangen. Het zal duidelijk zijn dat de producenten van consumptiegoederen, bestemd voor de binnenlandse markt, gebaat zijn met een hoog besteedbaar inkomen van de bevolking. Dit kan nu juist de concurrentiepositie van producenten van arbeidsintensieve exportgoederen, aantasten. Daarnaast zijn er dan de producenten van apparatuur en middelen, die in de collectieve sector worden gebruikt. Kortom, de kwestie ligt veel gecompliceerder dan met de tegenstelling tussen de collectieve en de marktsector wordt gesuggereerd.

Bij *links* liggen de zaken ook bepaald niet eenvoudig. Uit de kritiek op de verzorgingsstaat wordt in het algemeen geenszins de conclusie getrokken dat de staat zich dan maar moet terugtrekken. Links heeft de neiging

zich te concentreren op deelreinen als het milieu of de bewapening. Het ontwikkelen van een brede maatschappijconceptie waaruit onder andere conclusies ten aanzien van de gezondheidszorg afgeleid kunnen worden, dreigt hierdoor verwaarloosd te worden.

Het is in beide gevallen, zowel bij links als bij rechts niet slechts een kwestie van meer staat of minder staat; de strijd brandt vooral los rond vragen als "welke maatschappelijke terreinen en sectoren moeten wél en welke moeten niet onder de invloed van de staat gebracht worden?" De discussie over het vestigingsbeleid is hier een voorbeeld van.

Hier denken de vertegenwoordigers van klein links in termen van een terughoudend overheidsoptreden in deze. De gevestigde artsen daarentegen, pleiten voor staatsingrijpen op dit terrein. De tweedeling links-rechts lijkt, wanneer ze wordt toegepast op een beleidsterrein als dat van de gezondheidszorg, vooralsnog weinig helderheid te kunnen verschaffen. Het zijn maatschappelijke "fracties" die voortdurend bezig zijn het staatsapparaat ten eigen bate aan te wenden, waar zij op bepaalde momenten in slaan. Het is een onjuist beeld om links te bestempelen als de exclusieve behartiger van patiënten- en cliëntenbelangen en rechts als de representanten van werkgevers of beroepsbeoefenaars.

## Fracties

De gezondheidszorg wordt in belangrijke mate gedomineerd door een tweetal "fracties", confessionelen en professionelen. De *confessionelen*, wier activiteiten op het terrein van armen- en ziekenzorg historisch verklaarbaar zijn, zijn er gedurende een periode van sterke ontkerkelijking in geslaagd de kosten van hun instellingen en instituten af te wentelen op de staat. Een belangrijk deel van de voorzieningen in de gezondheidszorg is ondergebracht in, door confessionelen bestuurde, stichtingen. Hoewel het confessionele karakter in de dagelijkse uitoefening van de dienstverlening veelal niet meer direct te herkennen is en de instellingen zich naar buiten toe "open" presenteren, ligt de zegenschap in de besturen bij de diaconieën en de kerkelijke organisaties. Iedereen moet meebetalen, de confessionelen voeren het beheer en het bestuur. Het zijn ook de confessionelen geweest die krachtige impulsen hebben gegeven aan de op- en uitbouw van de verzorgingsstaat.

Met de *professionelen* wordt hier bedoeld op de categorie beroepsbeoefenaars die relatief hoog opgeleid zijn en

hun inkomsten putten uit het leveren van diensten. Het is deze groepering die niet slechts het resultaat is van, maar in belangrijke mate heeft bijgedragen tot de uitbreiding van de voorzieningen; voorzieningen beheerd door confessionelen bij wie zij in dienst zijn of aan wie zij hun diensten leveren. Het zijn deze professionals die getracht hebben hun positie binnen het staatsapparaat veilig te stellen. Ze rnaakten echter ook gebruik van het staatsapparaat. Zo zijn er bijvoorbeeld de pogingen tot afsluiting van hun werkterrein, anderen worden dan gediskwalificeerd als leken of ondeskundigen.

Vervolgens zijn er de pogingen om de patiënten en cliënten niet slechts te dwingen tot financiering van hun diensten, via premie- of belastingmaatregelen, maar worden patiënten in een aantal gevallen ook rechtstreeks verplicht er gebruik van te maken. Het zijn zeker niet slechts de artsen die zich hieraan hebben schuldig gemaakt. Het gaat niet alleen om verplichte medische consultatie bij euthanasie maar ook om zaken als, verplichte toevoeging van een advocaat bij bepaalde rechtsprocessen, verplichte accountantscontroles en verplichte agogische interventies die voorafgaan aan het verstrekken van een bijstandsuitkering. De uitbreiding van taken wordt ook op een andere wijze nagestreefd. De professionele hulpverleners, en dat geldt in belangrijke mate en niet alleen voor het welzijnswerk, zijn er in een aantal gevallen in geslaagd om maatschappelijke omstandigheden en misstanden te vertalen in een individuele hulpvraag. Vervolgens presenteerden zij zichzelf als degenen die hier een antwoord op wisten te geven. Misstanden en eigenbelang vloeien dan rimpelloos ineen.

Het zijn deze professionals die niet slechts zijn voortgebracht door de verzorgingsstaat, maar ook in belangrijke mate hebben bijgedragen aan de op- en uitbouw ervan. Ze verkeren in een riant positie. De staat behoedt ze voor concurrentie, garandeert een inkomen en cliënten, en geeft ze tuchtcolleges zodat de buitenwereld ze nauwelijks ter verantwoording kan roepen. Geheel homogeen is deze kaste echter niet, er is een tweedeling aan te brengen. Allereerst is er de groep van min of meer zelfstandige, vrijgevestigde beroepsbeoefenaars die in een positie verkeert die vergelijkbaar is met ondernemers. Hiertoe behoren onder andere de vrijgevestigde huisartsen, specialisten, tandartsen en fysiotherapeuten. De belangen van deze fractie liggen voor een deel anders dan die van de professionals die werkzaam zijn bij de instellingen of bij de staat zelf. Waar het de eerste groep vooral gaat

om gegarandeerde minimumprijzen, uitschakeling van concurrentie en verder zo weinig mogelijk staatsbemoeienis, is het bestaan van de laatste groep veel directer verbonden met de uitbreiding of instandhouding van staatstaken.

Tesamen vormen deze fracties de krachtige aanbodzijde van de dienstverlening. Hun positie is vergelijkbaar met die van de monopolist. Het is echter de staat die hen deze positie, dagelijks, garandeert. De verbinding tussen de fracties en het bestuursapparaat is in dit kader van cruciaal belang.

## De Ijzeren Ring

Bijna alle contacten tussen staat en gezondheidszorg vinden plaats via het "vakdepartement" W.V.C. De beroepsbeoefenaars, de professionals vervullen op dit departement een aantal belangrijke posities. De fracties die zich via beroepsverenigingen en koepelorganisaties strak hebben georganiseerd, zijn in belangrijke mate vertegenwoordigd in een reeks van commissies en adviesorganen. Vooral op het terrein van de gezondheidszorg is er sprake van een aanzienlijke penetratie van belangengroepen in het bestuursapparaat. Dit roept het beeld van de "Ijzeren Ring" in gedachten. Dit is een metafoor die in een politicologische studie door v.d. Berg en Molleman is geïntroduceerd. Zij doelen hiermee op een ring van pressiegroepen, advies-, en overlegorganen, officiële en officieuze overheden, die gelegd is rond het zwakke beslissingscentrum van regering en parlement. Een ijzeren ring die niet alleen de beleidsvrije ruimte van de staat beperkt, maar die eveneens een scherm vormt tegen aanvallen van "buitenstaanders", zij die geen deel uitmaken van de ring. Het vergader-, overleg- en adviescircuit heeft de vorm aangenomen van een fijnmazig net van interacties waar buitenstaanders nauwelijks toegang tot hebben. Een gering aantal parlementariërs functioneert daarbij als vooruitgeschoven posten om de belangen direct in het parlement, in de commissievergaderingen of achter de "groene gordijnen" te verwoorden. Het gesjor en geduw speelt zich af buiten het gezichtsveld, op het grensvlak van Vierde en Vijfde Macht, daar waar het bestuursapparaat, de fracties en de adviesorganen danig verstrengeld zijn geraakt. Op deze wijze hebben de "fracties" tot dusverre weten te voorkomen dat het gezondheidszorgsbeleid tot een politiek issue kon uitgroeien. Daarbij hanteerden de confessionelen de dreiging met een nieuwe Schoolstrijd en hun recht op een eigen identiteit van de instelling-

gen, als wapen om een inmenging van buitenaf te weren. De professionelen hebben tot op heden met succes hun professionele autonomie in stelling weten te brengen. Tot dusverre hebben deze fracties vaak min of meer eensgezind en elkaar nauwelijks storend geopereerd. Via de verwevenheid met het openbaar bestuur en de ijzeren ring rond de politiek besluitvormende organen, slaagden zij erin hun belangen ruimschoots te behartigen. Via de staat werden potentiële patiënten en cliënten gedwongen de ruime prijs te betalen voor gevraagde en ongevroegde diensten.

## Politiek is belangenstrijd

De groei van de verzorgingsstaat is ten einde gekomen. Gevestigde belangen en posities komen onder druk te staan. De verstremgeling tussen de belangengroepen en het bestuursapparaat blijft echter in stand. De verwevenheid is zo intens dat het uiterst moeilijk is om de beleidsveranderingen die op politiek niveau geformuleerd worden, ten uitvoer te brengen. De moeizaamheid waarmee het beleid uit de Structuurnota Gezondheidszorg gestalte krijgt, met name waar het gaat om het sluiten van intramurale voorzieningen en het verschuiven van middelen naar de eerste lijn, is hier een indicatie van. Het lukt nog maar net om de tarieven in de hand te houden en de groei van nieuwe voorzieningen af te remmen. Overheid en de daarmee verweven belangenorganisaties houden elkaar in een verlamme greep, de beleidsvrije ruimte van de staat is gering en de besluitvormingsprocedures zijn ineffectief. De ijzeren ring blijft in stand en wordt van tijd tot tijd, wanneer de discussies in de openbaarheid komen, zichtbaar. Het is tekenend dat dit juist het geval is bij de kwestie van de vestigingsprocedure en de praktijkgrootte van huisartsen. Hier blijven de jonge, werkloze huisartsen die nog niet in de cirkel vertegenwoordigd zijn, buitengesloten. Nu de verzorgingsstaat in een nieuwe fase lijkt te geraken en de toekomst wat onzekerder wordt, worden de banden tussen "fracties" en de verwante politieke stromingen wat aangespannen. Het zal geen enkele verbazing wekken dat de confessionelen hun steunpunten hebben verankerd in de Christendemocratie. De vrijgevestigde professionelen knopen aan bij partijen die een wat vrijere marktordeening in hun politiek-ideologische vaandel hebben staan. De professionelen die in dienst zijn bij de instellingen en zij die zich verbonden weten met het staatsapparaat, beschouwen hun belangen het best gewaarborgd door

partijen die de oplossing van de huidige crisis zoeken in het gebruik van Keynesiaanse interventietechnieken als vraagstimulering door de staat.

Politiek is belangenstrijd, dat wordt heel duidelijk wanneer de uitingen van de woordvoerders strijdig zijn met hun politiek ideologische afkomst. Het gaat om belangen, de rechtvaardiging daarvan kan dan soms grillige vormen aannemen. De gang van zaken rond het vestigingbeleid van huisartsen is hier een aardige illustratie van. De nieuwkomers beschikken niet over geïnstitutionaliseerde banden met de wat grotere politieke partijen en maken geen deel uit van het bestaande circuit van advies- en belangengroepen. Het zijn vooral de gevestigde huisartsen wier belangen hier de doorslag hebben gegeven.

De markt is goeddeels afgesloten, nieuwe artsen worden nauwelijks meer toegelaten. Het is de overheid niet gelukt om werkloze huisartsen aan de slag te helpen. Slechts klein links lijkt zich, in een aantal geschriften, het lot van deze baanlozen aan te trekken. Daarbij wordt de term concurrentie, een term die tot voor kort in deze kringen als een vloek moet hebben geklonken, niet geschuwd. Mede dankzij de inspanningen van de L.H.V. is het aantal overheidstaken er weer met één toegenomen; het reguleren van het aantal huisartsen in het gehele Rijk.

Inmiddels is dit debat, één van de weinige die zich buiten de ijzeren cirkel afspeelde, ten einde gekomen. Even laiden de vlammen op, het vuur is echter wel snel afgedekt en kan gecontroleerd verder smeulen. De gevestigde fracties warmen zich eraan, patiënten en cliënten moeten de stookkosten betalen.

.+

# 'Even kijken hoelang van der Reijden het volhoudt'

Heeft het parlement noemenswaardige invloed op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg? Of hebben de adviesorganen de touwtjes stevig in handen?

Jos Dute en Denhard de Smit stellen deze vragen aan Prof. Dr. P. Muntendam. Hij kan bogen op een jarenlange ervaring als beleidsmaker in de gezondheidszorg. Desondanks is hij niet gewend een blad voor zijn mond te nemen: *"Ik heb de pest aan politiek. Ik zeg altijd: ik kan niet met compromissen werken. Ik moet het hebben zoals ik het hebben wil"*.

*Jos Dute  
Denhard de Smit*

## Interview met Prof. Dr. P. Muntendam

Welke mogelijkheden hebben parlement en regering om invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van de gezondheidszorg? Wie kan zo'n vraag beter beantwoorden dan iemand die practiserend arts, ambtenaar, politicus en wetenschapper is geweest: Prof. dr. P. Muntendam was huisarts in het armoedige veen van Drenthe (1924-1930), inspecteur voor de Volksgezondheid in de drie noordelijke provincies (1938-1945) en directeur-generaal van de Volksgezondheid (1949-1964). Deze laatste functie wisselde hij van 1950-1953 af met een staatssecretariaat voor Volksgezondheid. Daarnaast was hij hoogleraar sociale geneeskunde in Leiden (1953-1969) en voorzitter van diverse commissies, zoals de Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Hij is bepaald niet iemand die zijn mening onder stoelen of banken steekt. "Ik heb de pest aan politiek. Ik kan niet met compromissen werken. Ik moet het hebben zoals ik het hebben wil. Dat is de moeilijkheid. Dan ben je volkomen ongeschikt voor de politiek". Hij waarschuwt ons verschillende malen dat we voor niets zijn gekomen.

Tot 1971 ressorteerde Volksgezondheid onder het Ministerie van Sociale zaken. In 1971 wordt het daarvan losgemaakt, en tot een afzonderlijk ministerie gemaakt, met Milieuhygiëne.

"En nu met Welzijn en Cultuur samen. Daar hoort het helemaal niet, nog afgezien v'n de belangstelling van Brinkman. Van der Reijden krijgt veel kritiek, maar hij doet ook een heleboel goede dingen. Ik vind het een goede beurt van hem dat hij de alternatieven niet in de hoek schopt".

U bent geen voorstander van een apart Ministerie van Volksgezondheid?

"Voor mij is het altijd het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid geweest. Dat heb ik nooit willen splitsen. Toen ik staatssecretaris werd, vonden de doktoren dat niet genoeg. Zij wilden meteen een Minister van Volksgezondheid. Maar ik wist dat Sociale Zaken de basis was om Volksgezondheid op te bouwen. Ik noem altijd twee dingen, de sociale zekerheid, waartoe je ook het ziekenfondswezen kunt rekenen, en de arbeidersbescherming. Dat zijn de grote pijlers waarop je gezondheidszorg kunt bedrijven. Het is natuurlijk waanzin dat je een andere voorziening



Prof. Dr. P. Muntendam

foto: ANP

nodig zou hebben als je ziek wordt door je werk dan als je ziek wordt in de maatschappij. Daarom heb ik altijd gezegd: tuberculose bestrijding in de arbeid moet ten nauwste samenhangen met de tuberculose bestrijding buiten de arbeid. Het periodieke bevolkingsonderzoek op tuberculose is niet uit de consultatiebureau's voortgekomen, maar van Philips. In 1930 al. Dat heb ik de consultatiebureau's vaak voorgelaten hoor, als ze weer sputterden tegen bevolkingsonderzoek.

Maar ach, de vechtlust is er bij mij wel uit. Ik zal niet zeggen bij de kabinetsformatie; je moet het maar weer bij elkaar halen. Je draait ook geen wijzers van de klok terug. In het algemeen wordt dat niet geaccepteerd".

Je zou je kunnen afvragen of het niet weer eens tijd wordt voor een aparte ministerspost voor Volksgezondheid.

"Naar mijn mening had, na Stuyt, een voortreffelijk minister van Volksgezondheid (1971-1973), Hendriks minister moeten worden. Absoluut. Voor Hendriks heb ik altijd grote waardering gehad. Voor zijn vader al, daar zat ik mee in de Ziekenfondsraad. Maar weet u wat Suurhoff (PvdA-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 1952-1958, red.) altijd zei: al is er dan geen apart ministerie voor Volksgezondheid, in het kabinet kun je verreweg het beste een goede minister van Sociale Zaken loslaten, die hart heeft voor de volksgezondheidszaken. En Suurhoff was de beste minister, die we voor volksgezondheid hebben gehad. Hij heeft de basis gelegd voor de wettelijke regeling

*"Tussen van Houten met zijn Kinderwetje in 1874 en Wessel-Tuinstra zijn er verder eigenlijk niet veel initiatief-wetsontwerpen geweest die te maken hebben met gezondheidszorg."*

van het ziekenfondswezen. Ik herinner me nog dat we met Suurhoff altijd om de tafel zaten om die bepalingen te maken. Ik was kroonlid van de Ziekenfondsraad en ik hield hem altijd op de hoogte. De Ziekenfondswet staat op naam van Veldkamp (KVP-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 1959 tot 1967, red.), maar het is voor een groot deel het werk van Suurhoff geweest. In de totstandkoming van de AWBZ heeft hij geen belangrijke rol gespeeld. Die is uit het brein van Veldkamp gekomen".

Zelf was u een van de eerste staatssecretarissen.

"Het is in 1948 in de Grondwet opgenomen dat er staatssecretarissen zouden komen. Toen heb je van der Grinten gehad en nog een paar. Drees moest van staatssecretarissen Volksgezondheid eigenlijk niet zoveel hebben. Die vond hij helemaal overbodig. Ik ben één of twee keer bij een kabinetszitting geweest. Drees vond dat niet nodig. Hij zei dat ze ambtelijk hun invloed konden hebben en dat is ook eigenlijk wel zo. Tenminste, als je een goede verhouding met je minister hebt.

Ik heb mijn invloed in het kabinet nooit als iets belangrijks ervaren, maar dat kwam ook, omdat Volksgezondheid die plaats nog niet had veroverd. De bepaling, in 1953, van het bedrag dat aan Volksgezondheid uitgegeven werd op het totaal van het nationaal inkomen is het belangrijkste geweest. Dat was toen nog drie procent. Sindsdien is het opgelopen, totdat het volgens Hendriks de pan uitrees. Maar wij hebben wel het onze er toe bijgedragen om de plaats van Volksgezondheid, het naambordje van Volksgezondheid toegevoegd aan Sociale Zaken, een belangrijke rol te laten spelen. Vandaar dat het eerste dat ik als staatssecretaris deed, was de naam van het ministerie veranderen. Volksgezondheid erbij voegen; dat stond er niet bij".

Het beleid ten aanzien van de volksgezondheid speelt bij verkiezingen nauwelijks een rol. Eigenlijk is dat vreemd, als je bedenkt, dat de volksgezondheid bijna tien procent van het nationaal inkomen kost.

"Ja, daar hebt u gelijk aan. Vergeleken met veertig jaar geleden speelt het natuurlijk al wel een grotere rol, maar in zijn totaliteit gaat het om de materiële zaken en niet om de welzijnszaken. Je hebt ook eigenlijk nooit een belangrijke verkiezingsreden over de volksgezondheid gehad".

Hoe kijkt u tegen de invloed van het parlement op het volksgezondheidsbeleid aan?

"René Toussaint (PvdA-Tweede Kamerlid, red.) heeft gezegd dat het godgeklaagd is dat nog altijd de alternatieve geneeswijzen niet in het ziekenfondspakket zijn opgenomen. Dat het allemaal zo formeel en zo langzaam gaat. Daar heb je nu een typisch parlementsvoorstel. Ook het initiatief-wetsontwerp van Mevrouw Wessel-Tuinstra over de euthanasie vind ik een duidelijk voorbeeld van parlementaire invloed. Tussen Van Houten met zijn Kinderwetje in 1874 en Wessel-Tuinstra zijn er verder eigenlijk niet veel initiatief-wetsontwerpen geweest die te maken hebben met de gezondheidszorg".

Merken we er in de gezondheidszorg veel van als de politieke samenstelling van het parlement verandert?

"Nee, dat gaat rustig. Dat is natuurlijk het gevaar van het ambtelijk apparaat. In België, en niet alleen in België, veranderen bij de kabinetssamenstelling ten dele ook de ambtelijke apparaten. Ook in Amerika heb je dat heel sterk. Daal, zit natuurlijk een logica in, tenzij je een ambtelijk apparaat hebt, dat welke politieke overheid er ook overheen staat, toch die overheid volgt. Een goed ambtenaar behoort dat te doen, tenminste als de minister zijn invloed uitoefent. Dat heb je met Veldkamp gehad, die had een hele sterke invloed op zijn ambtenaren. Hij zorgde er bij ambtelijke benoemingen ook wel voor dat hij degene kreeg die hij kon beïnvloeden. Destijds wou hij een staatssecretaris hebben en mij moest hij niet hebben, want hij wou er een uit zijn ei-

gen partij. Terecht. Toen heb ik hem gezegd: je moet De Vreeze (KVP-Tweede Kamerlid, red.) nemen. Maar hij nam toen iemands anders, die hij meer zou kunnen beïnvloeden.

Rond de overheid is een heel netwerk van adviesorganen gegroeid, zoals de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad enzovoort. Zijn deze adviesorganen nou bevorderlijk voor de slagkracht van de overheid om beleid te maken?

"Voor de slagkracht zelf zijn die vele raden niet bevorderlijk. Maar aan de andere kant, naarmate de maatschappijstructuur gecompliceerder wordt, heb je te maken met meningen waar je niet aan voorbij kunt gaan. Dan zie ik niet in welke andere vorm je het kunt gieten".

In 1974 verscheen de bekende Structuurnota van Hendriks (KVP-staatssecretaris voor volksgezondheid van 1973 tot 1977). Op basis van deze nota zijn verschillende wetten tot stand gebracht, waarmee de overheid de gezondheidszorg wilde ordenen. Maar kan de overheid door middel van wetgeving de gezondheidszorg eigenlijk wel sturen? Vaak blijken in de praktijk de wettelijke instrumenten niet te functioneren.

"Wanneer merk je of een wet werkt? Bij wetsovertredingen. Maar hoe weet je of een wet positief werkt en zijn positieve invloed heeft? Dat is moeilijk. Daar hebben we altijd in de gezondheidszorg mee gezeten: hoe meet je de gezondheidstoestand van de bevolking. In vergelijking met andere landen maakt onze gezondheidszorg met zijn particulier initiatief, maar goed georganiseerd en met behoorlijk toezicht, trouwens geen slechte indruk. Als je het vergelijkt met bijvoorbeeld België is onze structuur veel steviger. Neem nou bijvoorbeeld het wetsontwerp BIG, waardoor het artsenmonopolie wordt afgeschaft. Dat vind ik geweldig. Als eerste land hebben we dan toch maar een wet die dit aandurfte. Ik neem tenminste aan dat het parlement de wet aanneemt, maar je weet het nooit met de VVD. Maar de VVD zal hier niet tegen zijn, want uit die bron is het afkomstig".

Maar wat verandert er met de wet BIG aan de huidige situatie? Ook nu bezoeken al veel mensen alternatieve genezers.

"Jawel, maar het is natuurlijk toch zo, dat die vervolgd kunnen worden. Maar dat bij de wet voorgeschreven staat dat ze mogen behandelen, behalve op door de wet uitgesloten terreinen, dat is toch geweldig. Daarmee lopen wij vooraan. Of het in de totale aantallen veel verschil zal maken? De laatste jaren, na mijn Commissie Alternatieve Geneeswijzen en het rapport dat we uitgebracht hebben, is de mogelijkheid voor alternatief genezen natuurlijk geweldig toegenomen".

Wellicht heeft de wet BIG betekenis in die zin dat men anders tegen alternatieve genezers en artsen gaat aankijken.

"Ik geloof het zeker. Vooral als het alternatieve genezers zijn die zich de moeite hebben getroost om een opleiding te krijgen van een organisatie die hun dan een zekere titel geeft of een diploma. Maar het gaat er om dat de Nederlander bij wet de vrijheid krijgt therapie en therapeut te kiezen waarin hij vertrouwen heeft om te kiezen. De Commissie-De Vreeze heeft het voor mekaar gebokst dat dat werd erkend. Ook door de maatschappijleden die in de commissie zaten. Ik had, eerlijk gezegd, nooit gedacht dat de Maatschappij voor Geneeskunst hierin zou meegaan. Maar dat is ook wel een voorwaarde om zoiets tot stand te brengen. Want als de artsen niet mee willen werken, dan is het moeilijk natuurlijk".

Is de overheid bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg niet meer afhankelijk van de ontwikkelingen in de samenleving dan in andere beleidssectoren?

"Dat wil ik niet zeggen. Neem maar defensie en belastingen en alles. Nou ja, de medische organisatie is natuurlijk

---

*"Als eerste land hebben we dan toch maar een wetsontwerp, de BIG, waarin het artsenmonopolie wordt afgeschaft."*

---

een sterke organisatie. Maar jullie moeten niet vergeten dat de huidige medische organisatie zijn kracht nog in belangrijke mate ontleent aan 1940-1945, aan wat het toen in het verzet is geweest. De medische organisatie is inderdaad een sterke organisatie, dat kan ik niet ontkennen, maar niet altijd in de zin van "gewikkeld in strijd met de overheid".

De medische organisatie heeft naar ons idee altijd erg veel invloed gehad op het beleid dat op het departement tot stand kwam. Heeft u dat zelf ook zo ervaren?

"In mijn tijd eigenlijk niet. Ik had erg veel contact met Dr. Wibaut (toentertijd secretaris/penningmeester van de KNMG, red.) en dat was altijd bijzonder plezierig. Zodoende heb ik via hem nooit veel tegenstellingen gehad met de Maatschappij voor Geneeskunst. Maar dat ze mij als hun dikste vriend beschouwen, dat geloof ik ook niet".

Zou de overheid het niet wat vaker op een confrontatie met de medici aan moeten laten komen?

"Zegt u maar hoe".

Zoals van der Reijden, die de oorlog is begonnen met de medische specialisten.

"Dat kun je doen natuurlijk, dat kun je doen. Even kijken of hij het volhoudt".

# •••DIAGNOSTISCHE VERRICHTINGEN

Kan "de politiek" vergaand invloed uitoefenen op de gezondheidszorg? Een actuele vraag, vooral nu staatssecretaris van der Reijden in een splend conflict met de medisch specialisten verwickeld is.

In 1980 stelde de toenmalige staatssecretaris, Veder-Smit, een commissie samen die moest onderzoeken hoe het hoge aantal diagnostische verrichtingen van de medisch specialisten teruggedrongen kon worden. De commissie ging direct aan de slag, tot op heden is er echter nog niets vernomen.

Reden voor Gerard Goudriaan om de handel en wandel van de Commissie Diagnostische Verrichtingen eens aan een nader onderzoek te onderwerpen.

*Gerard Goudriaan*, medisch socioloog en stafmedewerker van de sociale academie de Aemstelhorn te Amsterdam.

# •• COMMISSIE IN MIST OPGELOST

Dokters houden ervan, de handen uit de mouwen te steken. Ze werken hard en lang en verrichten heroïsche daden. Dokters zijn ook nieuwsgierig, want ze willen alles van een patiënt weten en hem zo goed mogelijk onderzoeken. Dokters zijn energiek, nieuwsgierig én bang. Bang om een afwijking over het hoofd te zien, iets te missen, fouten te maken. Daarom wordt er veel onderzoek verricht, zodat allerlei aandoeningen kunnen worden uitgesloten en zo mogelijk een definitieve diagnose kan worden gesteld. „Better safe than sorry” wordt dat genoemd. Al dat onderzoek wordt met een klein pennetje in gang gezet. En dat kost geld, veel geld. Direct zo'n 12% van de totale kosten van de gezondheidszorg; indirect nog veel meer.

Niet alleen dokters zijn bang, ook de bewindslieden van Volksgezondheid zijn bang; om beslissingen te nemen, om knopen door te hakken. Zeker als het gaat om het ter discussie stellen van het doen en laten van artsen, zit de angst er diep in. Het veel geroemde "overleg met het veld" zou immers een deuk op kunnen lopen. Om als bewindsmen iets uit te zoeken over het grote aantal diagnostische verrichtingen van medische specialisten, kan je dan ook maar het beste een commissie instellen.

De kampioene van de angst (in nette kringen overleg geheten) is ex-staatssecretaris Veder-Smit, wier beleid door Tweede Kamerlid Müller-van Ast eens omschreven werd als "druipend van het overleg en druipend van mist of mistige regen" 1). Veder-Smit vond de problematiek rond de stijging van de diagnostische verrichtingen zo moeilijk, dat zij nog maar één oplossing zag: het instellen van een commissie, samengesteld uit vooral belanghebbenden. Zij trad in overleg



met notabene het bestuur van de Landelijke Specialististen Vereniging. En zo zag de Commissie Diagnostische Verrichtingen in 1980 het levenslicht. Deze commissie onder voorzitterschap van prof. Den Otter bestond uit vier ambtenaren, een geneesheer-directeur, een medisch adviseur, een radioloog, een internist, een cardioloog en de voorzitter van het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Het overleg met het veld kon beginnen.

In haar financieel overzicht in september 1980 schreef Veder-Smit, dat medio 1981 rapport uitgebracht zou worden 2). Het jaar daarop wordt medegedeeld, dat de commissie ernaar streeft in het najaar van 1982 haar rapport uit te brengen. "Zij heeft thans een serie gesprekken met deskundigen over consultatieven beëindigd en is thans doende de bevindingen vast te leggen in een eindrapport" 3). In het financieel overzicht van het jaar daarop, vergaderjaar 1982-1983, kunnen we lezen dat het aantal verrichtingen en met name de diagnostische, nog steeds aanzienlijk toeneemt. Het overleg neemt trouwens ook toe. "De commissie zal in het zittingsjaar 1982-1983 haar werkzaamheden afronden" 4). Het volgende financieel overzicht is door een zeer luie ambtenaar in elkaar gezet. Na eerst een alinea geschreven te hebben, die het duplicaat is van het jaar daarvoor, wordt er met de volgende zinsnede geëindigd: "De commissie Diagnostische Verrichtingen zal in het vergaderjaar 1983-1984 haar werkzaamheden afronden'S).

Stukkenvreters konden over deze commissie verder niets meer terugvinden. Reden voor Martien Bouwman, van de Tweede Kamer-fractie van de PSP, om eens met het departement te bellen. Aan de telefoon kreeg hij FJM. Wemer, toenmalig directeur van de stafafdeling Financiële Beleid van de gezondheidszorg. Dit telefoongesprek, dat ongeveer een jaar geleden gevoerd werd, wil hij ons niet onthouden. Vandaar in dit relaas over angst, pardon overleg, de letterlijke weergave van een gedeelte van dit gesprek: "De commissie Diagnostische Verrichtingen zag zich geplaatst voor een hondsingewikkelde materie. Het heeft technisch veel werk gekost aan het secretariaatsteam om cijfers verzameld te krijgen over die diagnostische ontwikkelingen; het is ook de hele interpretatie daar rond om heen. Als je de medici over de diagnostiek hoort praten dan is het een, ook voor de medici zelf, onvoorstelbaar ingewikkeld vraagstuk: wanneer moet je nou ophouden, wanneer niet? Welke technische vondsten gebeuren er; die hele indicatiestelling, dát ligt voor ieder terrein weer helemaal anders. Dus het is een uitermate moeizaam proces.

Het is toch een moeilijke zaak geweest, omdat er allemaal dokters zelf in zitten. Wie moet iets over die diagnostiek zeggen? Dat is het probleem. Leg je die vraag aan de dokters zelf voor, dan zeggen ze dat alles goed is wat er gebeurt. Die gaan gaan over zichzelf niet zeggen dat ze het niet goed doen. Als je de vraag aan anderen stelt, dan blijken ze er niets over te kunnen zeggen, omdat het technisch een ongelooflijk gecompliceerde, moeilijk beoordeelbare materie is.

Ik zou er niet teveel op rekenen, dat hier iets uitkomt, waarde politiek veel mee kan doen. Hier in huis is ook een beetje de druk van de ketel af, omdat het ziekenhuis die ontwikkelingen van de diagnostiek nu toch zelf moet betalen uit zijn budget."

Overleg is een mooi ding om pijnlijke beslissingen en ingrepen uit de weg te gaan. Maar als je medici, als belanghebbenden, laat overleggen over inperking van het eigen werk - en dus verdiensten - dan is de de karikatuur compleet en de gang van zaken eigenlijk zeer voorspelbaar. Wie benieuwd is hoe deze commissie ambtelijk uitgeluid wordt kan terecht bij de antwoorden van Staatssecretaris Van der Reijden op de vragen 274 en 275 naar aanleiding van de Begroting Volksgezondheid 1986.

"De Commissie Diagnostische Verrichtingen is ingesteld vanuit de zorg, die uit overwegingen van kwaliteit en doelmatigheid bestond over de grote toename in diagnostische

verrichtingen ... De complexe materie heeft niet tot een snelle voortgang van de werkzaamheden van de commissie geleid. Daarbij kwam dat in oktober 1984 de voorzitter van de commissie om redenen van lichamelijke aard zich uit de commissie terugtrok; begin 1985 nam de (ambtelijk) secretaris bij het Ministerie ontslag.

Deze ontwikkelingen en de stand van zaken met betrekking tot de werkzaamheden van de commissie hebben ertoe geleid, dat binnen het departement overwogen is op welke wijze het meest effectief de beoogde beheersing op lokaal niveau kon worden nagestreefd ... Op dit moment wordt ambtelijk overleg gevoerd tussen het ministerie van WVC en vertegenwoordigers van de stichting BAZIS, het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, het Nationaal Ziekenhuis Instituut en de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg over een samenhangende aanpak van (...twee) projectvoorstellen. Het is de bedoeling dat deze aanpak leidt tot een ziekenhuisinformatiebeleid gebaseerd op de behoeften van professie en ziekenhuismanagement, waardoor een geïntegreerde aanpak met betrekking tot professioneel en bedrijfsmatig handelen op lokaal niveau beter mogelijk wordt. Ik hoop begin 1986 hierover duidelijkheid te krijgen".

Commentaar overbodig: overleg, om bang van te worden.

#### Noten:

- 1) Handelingen, 8 nov. 1979, pag. 1034
- 2) Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16400 Hoofdstuk XVII, nr. 9, pag. 37
- 3) Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17100 Hoofdstuk XVII, nr. 29, pag. 15
- 4) Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600 Hoofdstuk XVII, nr. 10, pag. 43
- 5) Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18100 Hoofdstuk XVI, nr. 9, pag. 48

# Schaarste en medische macht

In het Antoniusziekenhuis te Nieuwegein staan maar liefst vierhonderd patiënten op de wachtlijst voor een hart-operatie; in de toekomst zal er onvoldoende apparatuur zijn om alle patiënten die bestraald willen worden, te behandelen. Een willekeurige greep uit de dagelijkse berichten over de gezondheidszorg maakt duidelijk dat "de koek op is". Voorzieningen en behandelingen worden "schaars", wat er nog is moet verdeeld worden onder de belanghebbenden.

Hans Achterhuis, als filosoof bekend door zijn kritische doorlichting van de expansieve groei van de welzijnszorg, analyseert in dit artikel de relatie tussen deze schaarste en de medische macht. Wie denkt dat de toenemende schaarste - minder zorg - leidt tot een afnemende medische bemoeienis met het leven van alledag, heeft het mis. Meer dan ooit slaagt de gezondheidszorg erin haar normen op te dringen, bijvoorbeeld bij het aanleggen van selectie-criteria voor wie wel en wie niet voor behandeling in aanmerking komen. Hierdoor ontstaat een situatie waarbij niet de kwaliteit van het leven maar een wens tot overleven centraal staat.

Tot slot richt Hans Achterhuis een hartekeer aan de patiëntenbeweging. Waag u niet op het gladde-selectie-ijs: "Schaarste verdwijnt niet vanuit participeren ... maar eerder vanuit een houding die ik bij gebrek aan beter als "niet meedoen", zelfs als onmacht zou willen beschrijven".

Hans Achterhuis, filosoof

## Een onafscheidelijk paar

"Wie verkoopt er nee aan de patiënt?" Aldus luidde het congres-thema, waarover de Amsterdamse Specialisten Vereniging (ASV), zich ter gelegenheid van de viering van haar tachtig jarig bestaan op 29 november 1985 boog. "Bezuinigen op de gezondheidszorg", aldus de congreskrant, "betekent onvermijdelijk keuzes maken. Welke behandeling kunnen en willen we nog wel financieren en welke niet?" Het tekort aan financiële middelen ten behoeve van de gezondheidszorg, voor het welzijn en de gezondheid van de patiënt, werd des te meer betreurd omdat de medische technologie juist tegenwoordig steeds meer mogelijkheden biedt. Deze mogelijkheden kunnen helaas niet alle benut worden, er is gewoon geen geld voor. Een simpel voorbeeld uit de congreskrant maakt het probleem duidelijk. "Een ziekenhuis dat in 1982 honderd pacemakers installeerde, kan, al-

dr. Stevens, de voorzitter van de ASV, "in 1985 ten gevolge van budgettering en bezuinigingen, nog slechts 97 patiënten helpen. De achtennegentigste moet maar wachten tot 1 januari 1986".

Op het specialistencongres hield een Philipsdirecteur een lezing waarin hij verdere technische innovatie in de gezondheidszorg bepleitte. Daarnaast werd er gesproken door een patiënt, die een bewogen beroep deed op de specialisten in de zaal "hem niet in de steek te laten". Beiden kregen de handen van de aanwezigen langdurig op elkaar. Dat was niet het geval bij de interventie van een aanwezige huisarts, die vroeg of "de specialist niet te vaak op de loop ging met de patiënt, die eindelijk intercollegiaal wordt doorverwezen en onderzocht?". Het antwoord van röntgenoloog Kastelein, oudvoorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging, sprak boekdelen.

"Zo zijn de jongens nu eenmaal opgeleid, die onderzoeken alles, die willen elk risico uitsluiten". Om dat laatste mogelijk te maken, opperde Stevens tenslotte dat de Nederlandse bevolking best bereid zou zijn om "meer geld aan de gezondheidszorg te besteden dan de dertig miljard die we nu uitgeven". Hij bepleitte, buiten de politieke beslissingscircuits om, een groot onderzoek om deze bereidheid te peilen.

In mijn korte weergave van dit congres! zitten bijna alle themata op het terrein van-schaarste en medische macht verborgen, die ik hier aan de orde wil stellen. De schaarste die ontstaat ten gevolge van de medische mogelijkheden tot levensverlenging, van de wens om risicoloos te leven en van het gegeven dat gezondheid en overleven de hoogste waarden voor de huidige mens zijn, wordt hierin duidelijk zichtbaar. Dat deze interne schaarste

binnen de gezondheidszorg ook met een bredere, maatschappelijke schaarste is verbonden, werd tenslotte ook beklemtoond. Het pleidooi om meer geld aan de gezondheidszorg te besteden, behelst in elk geval de mogelijkheid dat er minder geld naar andere voorzieningen gaat.

Voordat ik systematisch op de vragen rond schaarste en medische macht en hun relatie met het begrip "kwaliteit van leven" inga, geef ik eerst nog enkele korte illustraties om de problematiek, die het hier betreft, te illustreren. Ze zijn alle ontleend aan vrijwillekeurige kranteknipsels uit de tijd dat ik aan dit artikel werkte. De specialistenacties en het euthanasiedebat heb ik dan nog niet eens bij mijn knippen betrokken.

*"Kankerpatiënt niet optimaal behandeld"*, luidt de kop van een artikel uit "De Volkskrant" van 7 februari. Daarin rekent dr. Engel, de secretaris van de Gezondheidsraad ons voor dat duizenden patiënten niet de best mogelijke behandeling krijgen.

Slechts 35% van de kankerpatiënten wordt bestraald, terwijl 50% er baat bij zou kunnen hebben. Het ministerie van WVCweigert, aldus Engel, genoeg geld beschikbaar te stellen voor de aanschaf en bediening van megavolt-apparaten. Zaterdag 15 februari volgde hierop prompt een ingezonden stuk van M. van Keeken-Koers, dat de emoties die door de schaarsteproblematiek worden opgeroepen, duidelijk laat zien. "Angst" stond er in dikke letters boven. Ik citeer het in het geheel. "Deze week stond in de krant een klein bericht dat één-derde van de kankerpatiënten niet bestraald wordt wegens gebrek aan apparatuur. Aan welke criteria moet je voldoen om wél bestraald te worden? Bij kanker spreek je namelijk over overlevingskansen en mijn woede komt voort uit de vraag wie bepaalt dat ik die kans krijg! En met mij dus vele andere patiënten. Ik sta als eerste op de wachtlijst. Is dat omdat ik blauwe ogen heb of omdat ik circa zeventig percent kans heb om te overleven? Of omdat ik nog geen veertig jaar ben? Welke criteria worden gehanteerd? Ik weet het niet! Wie maakt uit dat je verder kunt leven en dat die kans wordt vergroot door bestraling?"

*Ik kan me de grote angst voorstellen van veel mensen die wel aan kanker zijn geopereerd en tegen wie is gezegd dat bestraling niet nodig is. Hoe moet je dat nu nog geloven?"* De vraag naar criteria om de kwaliteit van leven te beoordelen, duikt hier al onontkoombaar op.

Nog een bericht uit de Volkskrant van 5 februari met als kop "Cardioloog dient klacht in na overlijden vrouw". Het ging hier om de Roermondse cardioloog A. Mattart, die bij de inspectie voor de Volksgezondheid in Limburg

het overlijden meldde van een hartpatiënt die op de wachtlijst stond om te worden geopereerd... Hierdoor wilde hij er met nadruk op wijzen dat de operatiecapaciteit in Nederland veel te klein is. Mattart rekende uit dat er minstens zo'n 40 patiënten per jaar aan een hartziekte overlijden, die door een tijdige operatie gered hadden kunnen worden. Al voor deze actie van de Roermondse cardioloog had het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein een overeenkomstige noodkreet laten horen. Er bestond hier maar liefst een wachtlijst van 400 patiënten. Het afgelopen jaar waren er 21 mensen die op de wachtlijst stonden, overleden. Het antwoord op deze schaarsteproblematiek was van twee kanten gelijkloënd. Dr. de Jong, de ziekenhuisdirecteur, zag "meer geld van de over-

heid als de enige oplossing". En voorzitter P. van Overveld van de Nederlandse Hartpatiënten Vereniging wees met nadruk weer op de mogelijkheid dat hartluchtbruggen naar Houston en Londen binnenkort gefinancierd zouden moeten worden. Uit deze voorbeelden, die ad libitum aangevuld zouden kunnen worden, blijkt dat het huidige debat over de gezondheidszorg vooral rondom de schaarste draait. Meer middelen, een andere verdeling van de middelen, selectiecriteria, budgettering, efficiëntie, kostenbeheersing, normering, planning, men heeft er de mond van vol. Wie ministers en kamerleden over gezondheidszorg hoort praten, merkt tot zijn schrik dat er alleen maar over schaarsteproblematiek wordt nagedacht. Inhoudelijke vragen komen niet of nau-

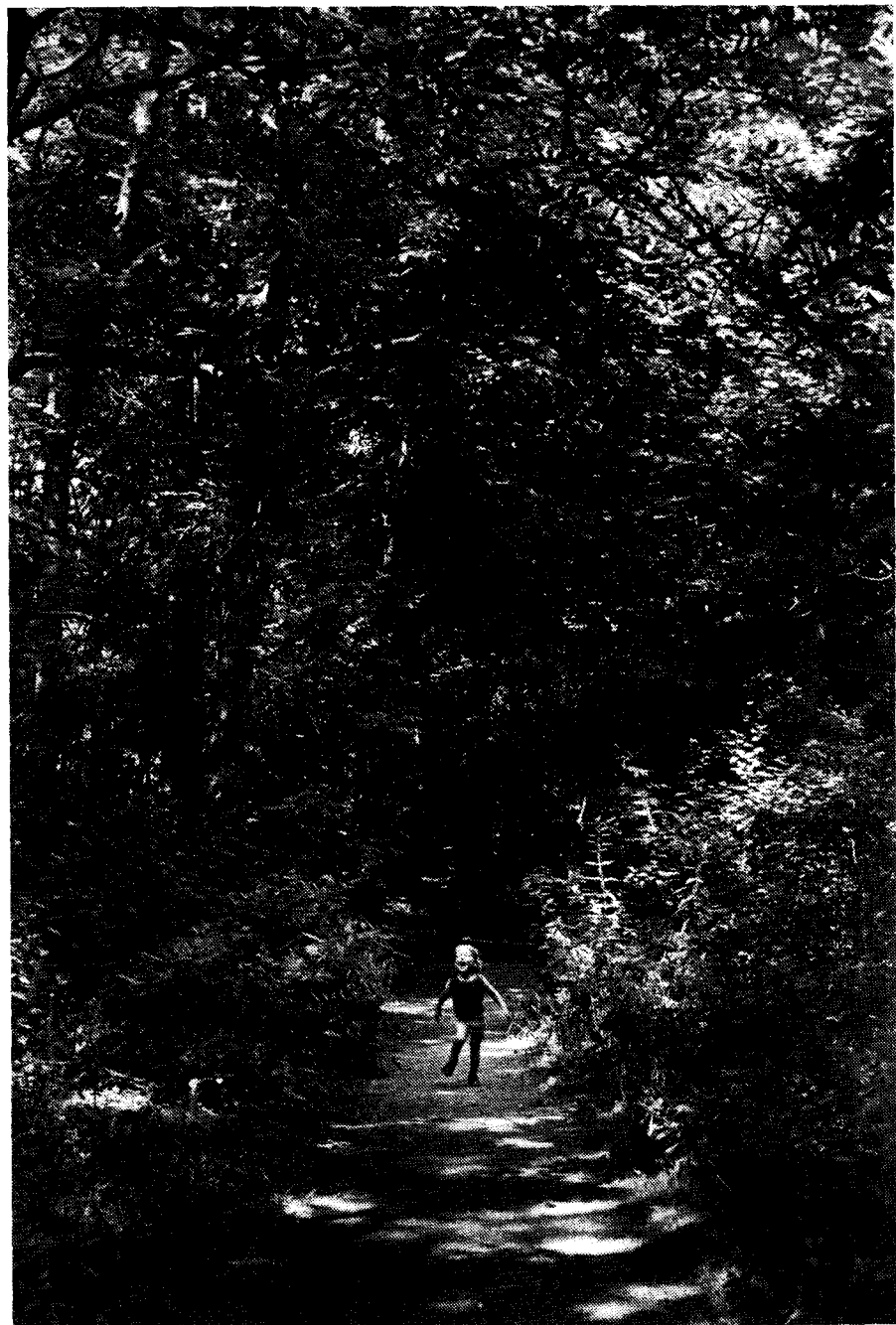


Foto: Iae van den Broek

welijks aan de orde, zelfs niet bij de specialisten in de Tweede Kamer. Ik geef een laatste voorbeeld uit een kamerdebat van eind november 1985 om dit te illustreren.

Het betrof het gehandicaptenbeleid." Staatssecretaris van der Reyden wees toendertijd elke inhoudelijke discussie hierover als irrelevant van de hand. Er was volgens hem toch nergens geld voor. Niet voor hulp aan gezinnen die hun gehandicapt kind thuis wilden houden, niet voor verbetering van de toegankelijkheid van schoolgebouwen of van het openbaar vervoer. "Om de gehandicapten of de gezinnen met een gehandicapt kind te kunnen helpen, moeten we geld hebben. Om dat te krijgen, moeten we het oplossen van hun problemen prioriteit geven", zei de staatsecretaris. "Als ik geld aan

wijd ik een korte beschouwing aan het probleem van de medische macht en de participatie en inspraak van de patiënt. Tenslotte kijk ik of de discussie over kwaliteit van leven, die al enkele jaren in de V.S. gevoerd wordt en die nu ook naar ons land overgewaaid is, een antwoord verschaft op de door mij gesignaleerde problemen op de eerste twee terreinen.

Misschien is mijn keuze van filosoof om de moderne geneeskunde en gezondheidszorg kritisch door te lichten, op het eerste gezicht vreemd. Min of meer kritische, historisch-filosofische analyses van de huidige gezondheidszorg starten, net als ik doe, ook meestal rond de zeventiende eeuw. Maar ze kiezen andere filosofen om te illustreren welke ontwikkelingen sindsdien hebben plaats gevonden en

ken, gekoppeld aan nog vele andere, steeds weer tot macht herleid. Ik beperk me tot het geven van enkele voorbeelden. "Succes is macht, want hierdoor krijgt iemand de reputatie van wijsheid of goed geluk, zodat men hem vreest of steun bij hem zoekt ... "Welsprekendheid is macht; want deze wekt de schijn van beleid en voorzichtigheid ... Als we een ander in de strijd om een bepaald goed de voorrang geven of plaats voor hem maken, eren we hem; want hiermee erkennen we dat zijn macht groter is". Aan de basis van elk maatschappelijk verschijnsel weet Hobbes de machtscomponent te ontdekken. Hierbij doet hij vaak verrassend modern klinkende uitspraken. In het licht van de recente acties van de specialisten met hun zeventigjarige werkweken en hun overvolle wachtkamers lijkt de volgende uitspraak van Hobbes heel toepasselijk. "Het feit dat men het druk heeft is een teken van macht". Hobbes kent twee definities van macht. Volgens de eerste bestaat "de macht van een mens" ... "uit de middelen waarover hij op een gegeven oogenblik: beschikt, om in de toekomst een kennelijk goed te verwerven". Eén zin na deze neutrale, individueel gericht definitie van macht voert Hobbes echter al direct de medemens als vergelijkingsmateriaal in. Hij stelt dan dat we van "natuurlijke macht" spreken "als iemand zich onderscheidt door bijzondere lichamelijke of geestelijke vermogens". Hier is macht comparatief geworden, ze ontstaat vanuit een vergelijking tussen mensen. Doelen worden hier door de mens niet meer om zichzelfswil nagestreefd, maar omdat de ander ze ook wil bereiken. In deze machtsvorm die bij Hobbes centraal staat, hebben we te maken met een triangulaire relatie. Steeds wordt de directe relatie tot het "kennelijke goed" dat men wil verwerven of bereiken, via de medemens bemiddeld.

Vanuit dit triangulaire principe ontstaat bij Hobbes de maatschappelijke machtsstrijd. "De wedijver om rijkdom, eer, gezag en andere vormen van macht leidt tot twist, vijandschap en oorlog. Want een mededinger kan alleen bereiken wat hij begeert door de ander te doden, te onderwerpen, te overtreffen of te verdrijven". Dat de maatschappij één grote zero-sumgame is, wordt hier duidelijk. Wat de één bereikt gaat altijd ten koste van de ander. De macht, waarop volgens Hobbes, de mensen "gesteld zijn" is steeds "macht over anderen", macht ten koste van anderen. Of, om het tenslotte in de terminologie van dit artikel te zeggen, juist anweg de triangulaire relatie wordt bijna alles in het universum van Hobbes een schaars goed. Per definitie kan er nooit genoeg van zijn. De grote Leviathan is fundamenteel

---

*"Wie ministers en kamerleden over gezondheidszorg hoort praten, merkt tot zijn schrik dat er alleen maar over schaarsteproblematiek wordt nagedacht. Inhoudelijke vragen komen niet of nauwelijks aan de orde, zelfs niet bij de specialisten in de Tweede Kamer."*

---

de gehandicapten geef, moet ik het bij andere groepen weghalen. En die hebben het ook al niet voor de aardigheid gekregen ..." "Stel dat ik de problemen van deze groep op korte termijn oplos. Dan moeten andere Nederlanders langer wachten op hun harttransplantatie. Of moet ik de moeder die al twee kinderen heeft, het recht ontzeggen om een derde kind met behulp van de reageerbuis-methode geboren te laten worden?" De verbaasde vraag van diverse kamerleden op deze ontboezemingen. "Hebben gehandicapten straks speciale politiebescerming nodig, omdat andere Nederlanders hen uit afgunst bedreigen?", zou wel eens reëler kunnen zijn dan ze zelf misschien dachten. Want in een universum dat door schaarste beheerst wordt, is, zoals duidelijk zal worden, afgunst één van de overheersende emoties.

## Hobbes

Aan de hand van een vluchtige beschouwing over de zeventiende-eeuwse Engelse filosoof Thomas Hobbes geef ik een korte filosofische doordenking van de schaarste problematiek. Deze werk ik vervolgens op twee terreinen uit naar de gezondheidszorg. Allereerst kijk ik naar de vragen van dood, leven en gezondheid. Daarna

waar de fundamentele vragen vandaag aan de dag liggen. In ons land is dit bijvoorbeeld gedaan door Metz in "Het verschijnsel Pijn" en door Verbrugh in "Geneeskunde op doodspoor", en buiten onze landsgrenzen door Ivan Illich in "Medical Nemesis".<sup>3</sup>

Al deze denkers schetsen de triomf van de natuurwetenschap vanaf de zeventiende eeuwen de filosofische basiskeuzes die deze mogelijk maakten. De filosofische aartsvaders die in de genoemde boeken steeds aangeropen worden zijn vooral Francis Bacon en René Descartes. Waarom wijk ik hier vanaf? Waarom ga ik van Thomas Hobbes uit? Dat heeft vooral te maken met het feit dat ik de sociaal-filosofische kant van de grote culturele en wetenschappelijke revolutie uit de zeventiende eeuw wil beschrijven. Welnu, niemand heeft deze aspecten beter via een maatschappijbeeld uitgedrukt dan Hobbes in zijn meesterwerk "Leviathan". Dit maatschappijbeeld, waarin de schaarste centraal staat, zal ik nu kort belichten. Hobbes ziet elke maatschappelijke structuur geworteld in macht. Alles in de samenleving kan hiertoe herleid worden. "Rijkdom, kennis en eer zijn slechts verschillende soorten van macht". In het tiende hoofdstuk van "Leviathan" "Over Macht, Waardigheid, Eer en Geschiktheid" worden de laatste drie kenmer-

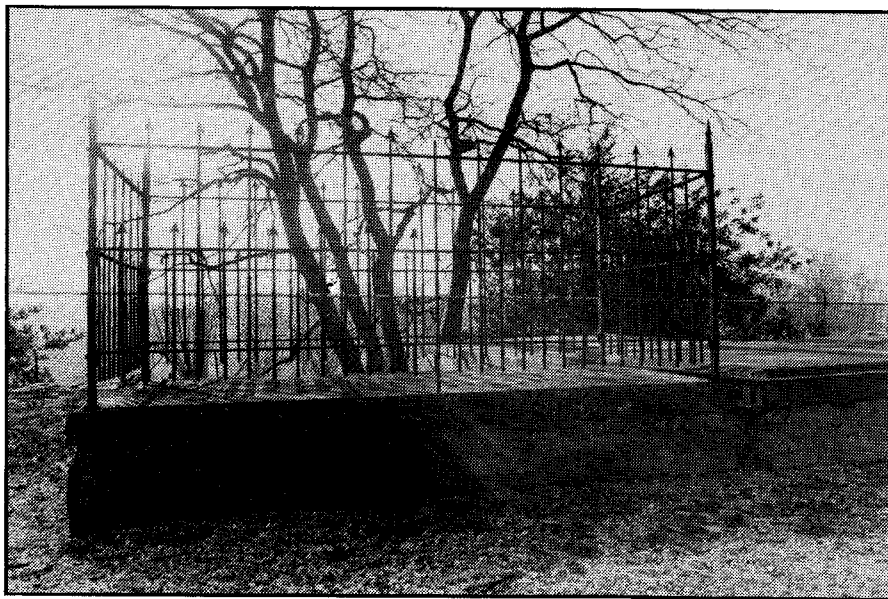


Foto: lue van den Broek

menteel "het rijk" van de schaarste.

Dat de maatschappij van Hobbes in wezen door de schaarste wordt gekenmerkt, heeft alles te maken met de nadruk die hij tegenover de traditie, tegenover het hiërarchische wereldbeeld van de middeleeuwse scholastiek, op het gelijkheidsprincipe legt. Als eerste moderne denker beklemtoont hij voortdurend de gelijkheid van alle mensen. *"De natuur heeft alle mensen in gelijke mate met lichamelijke en geestelijke vermogens beedeeld"*. Wanneer deze gelijkheid eenmaal vastgesteld is, volgt daaruit voor Hobbes in zijn triangulaire logika automatisch de totale machtsstrijd. *"Uit het feit dat wij gelijke mogelijkheden hebben, volgt dat wij gelijke hoop kunnen koesteren om onze doeleinden te verwezenlijken. Daarom worden twee mensen elkaars vijanden, als zij dezelfde zaak begeren, waarvan zij niet beiden tegelijk kunnen genieten"*. Alle zaken worden schaars, object van een machtsstrijd.

De filosofie van Hobbes kan gezien worden als het beginpunt van één groot vertoog over de schaarste dat in de westerse filosofie via Locke, Smith, Rousseau en Marx tot aan Sartre en Foucault doorloopt. Ik wil de eerste denker uit deze vertooggemeenschap nog kort opvoeren om het schaarstebegrip te verduidelijken. John Locke<sup>1</sup> verwijst namelijk in een verborgen discussie met Hobbes over "de natuurstaat" van de mens, naar de oermythe van de schaarste. In hoofdstuk 38 van zijn "Second Treatise" voert hij Kaïn en Abel ten tonele. Hij stelt daar, geheel in overeenstemmingen met zijn schilderingen van de natuurstaat, dat men in die tijd geen schaarste kende. *"Kaïn kon in den beginne zoveel land als hij kon rechtmatig eigendom nemen als hij kon bewerken en toch genoeg overlaten voor Abel om zijn kudde op*

*te weiden"*. In die gouden begintijd van de mensheid bestond er volgens Locke geen schaarste, er was een overvloed voor iedereen.

De verwijzingen van Locke op dit punt naar de natuurstaat zijn duidelijk bedoeld om Hobbes' ideeën over een fundamentele schaarste, die ook in de natuurstaat zou bestaan, te weerleggen. Helaas kiest hij daarvoor het meest ongelukkig voorbeeld dat zich denken laat. Want volgens het oudtestamentische verhaal slaat Kaïn Abel nu juist dood vanwege een schaars goed dat hij wil hebben. Het ging om de aandacht van Jahweh, de god aan wie bieden een offer brachten. God gaf alleen aandacht aan het offer van Abel en op dat van Kaïn "sloeg hij geen acht". Voor Kaïn was het ondraaglijk dat Abel iets kreeg wat hij niet had. Hij sloeg Abel dood. Deze oermythe van de schaarste laat goed uitkomen dat schaarste een relationeel begrip is. Het gaat altijd om een verhouding tussen subjectieve behoeftes en begeerten en de mogelijkheden deze te bevredigen. Schaarste is niet, zoals Locke suggereert, een objectief economisch feit, een simpel tekort.

Natuurlijk mag het verhaal van Kaïn en Abel in dit verband ook weer niet gesubjectieerd worden. Schaarste kan niet teruggevoerd worden op zoiets als "de slechtheid" van de mens, op naijver en afgunst als eigenschappen van een eeuwige onveranderlijke menselijke natuur.

Hobbes denkt eerder vanuit een maatschappijbeeld dan vanuit een mensbeeld. Hij schetst het menstype dat logischerwijze thuishoort binnen de moderne op bezitsindividualisme gebaseerde schaarstemaatschappij. Hij construeert deze maatschappij niet vanuit al of niet slechte natuurlijke eigenschappen van de mens als begeerte en afgunst. De lezing die Mac

Pherson" op dit punt van "Leviathan heeft gegeven, is overtuigend. Hobbes blijkt nergens van een universele menselijke natuur uit te gaan. Steeds onderstreept hij dat er bepaalde mensen zijn die er eigenlijk geen zin in hebben om mee te doen aan de universele strijd om erkenning en macht. Ter illustratie citeer ik hier uitgebreid de meest beroemde passage over de machtsbegeerte van de mens. Ze stamt uit hoofdstuk 11.

*"Ik stel daarom één eigenschap voor uit die alle mensen gemeen hebben: een aanhoudende en rusteloze begeerte naar macht en nog meer macht die pas eindigt met de dood"*. Hier laten veel commentatoren het citaat eindigen. Het gaat echter als volgt verder: *"Dat dit zo is, komt niet omdat ieder een altijd hoopt op meer genot dan hij al heeft, of omdat mensen niet met een matige hoeveelheid macht tenredes kunnen zijn, maar omdat we de macht en de machtsmiddelen die voor een behoorlijk bestaan nodig zijn onmogelijk zeker kunnen stellen als we niet steeds meer macht verwerven"*. Mensen streven niet uit zichzelf, vanuit hun natuur, naar meer macht. Neen, het zijn de andere mensen, de maatschappelijke instituties die hen hietoe dwingen om op straffe van ondergang aan de concurrentiestrijd mee te doen. Het gaat bij schaarste dus zowel om een maatschappelijk als een anthropologisch mechanisme. Vanuit de oermythe van Kaïn en Abel kunnen we hoogstens stellen dat schaarste een voortdurende anthropologische mogelijkheid is. Steeds dreigt de schaarste in menselijke relaties de kop op te steken. Volgens Ilich is nu het grote verschil tussen traditionele en moderne maatschappijen dat de instituties in de eerste soort samenlevingen de schaarste-zoveel mogelijk probeerden uit te bannen terwijl moderne instituties de schaarste juist oproepen en verheerlijken. Met name hierdoor is de schaarste, die incidenteel in het verleden ook als dreigende mogelijkheid aanwezig was, in de moderne tijd permanent en structureel geworden. Dat dit in de eerste plaats voor de wetenschap van de economie, waarvan Hobbes wel als de aartsvader beschouwd wordt, geldt, zal duidelijk zijn. Maar ook andere moderne maatschappelijke instituties als gezondheidszorg en onderwijs, welzijnswerk en het kerngezin verspreiden schaarste. Kenmerkend voor de werking van dit soort instituties is, zoals Hobbes scherp opmerkt, dat zij samen dwingen tot participatie, tot deelname aan de grote machtsstrijd in het rijk van de schaarste. HOewel de schaarstemechanismen in de gezondheidszorg werk zal ik nu aan de hand van de ideeën van Hobbes uitwerken.

## Zekerheidsbehoefte

Fundamentele schaarste is gebaseerd op de vooronderstelling van oneindige, nooit helemaal te bevredigen behoeften.

Op elk terrein, kan op deze wijze, onder andere door de mechanismes van vergelijking en afgunst, schaarste ontstaan. Er is dan in principe nooit genoeg van een bepaald goed.

Eén van de hoofdterreinen, waarop schaarste ontstaat, ontspringt aan wat de Duitse politicologe Marianne Gronemeyer<sup>1</sup> de zekerheidsbehoefte noemt. Deze behoefte manifesteert zich maatschappelijk meer en meer, wanneer in de moderne tijd de dood ophoudt een geïntegreerd aspect van het menselijk bestaan te vormen. Naarmate de dood wordt verdrongen en weggedrongen, wordt het leven van minuut tot minuut meer bedreigd geacht. Leven in de vorm van overleven, langer dan anderen leven, wordt dan een hoge maatschappelijke waarde.

Deze zekerheidsbehoefte is in drie opzichten onverzadigbaar en dus schaarsteverwekkend. Dit is in de eerste plaats het geval omdat mensen hierin iets nastreven, dat nooit verkregen kan worden, namelijk een van de dood afgescheiden leven. In de tweede plaats is deze behoefte nooit te bevredigen, omdat de risico's waaraan het menselijk leven blootgesteld is, oneindig zijn. Volledige zekerheid en bescherming zijn in principe onbereikbaar. Tenslotte is deze behoefte onverzadigbaar, omdat ze op vergelijking, op langer willen leven dan anderen, berust. Het vergelijkende principe drijft deze behoefte in een eindeloze jacht voorwaarts, een jacht die de heerschappij van de schaarste niet bestrijdt, maar juist meer en meer bevestigt.

Heel het universum van Thomas Hobbes is rond de zekerheidsbehoefte opgebouwd. Het wordt gekenmerkt door angst voor de dood, afgunst en de wens om zo lang en zeker mogelijk te overleven. Het fundamentele motief, waarop alle handeling van de mens volgens Hobbes terug te voeren zijn is "*de wens om voort te leven en de dood te vermijden*". Op de angst voor de dood en het streven om koste wat kost voort te leven, zijn volgens Hobbes zelfs de natuurwetten gebaseerd. Om het in de hedendaagse termen te zeggen: het idee dat er een kwaliteit van leven is, die men zo belangrijk vindt dat men het leven in de waagschaal stelt of opoffert, als die kwaliteit niet bereikt wordt, is voor Hobbes onvoorstelbaar. Het leven is de hoogste waarde en men mag letterlijk alles doen om het te behouden.

Zelfs de gehoorzaamheid aan de soeverein, voor Hobbes de pijler van zijn

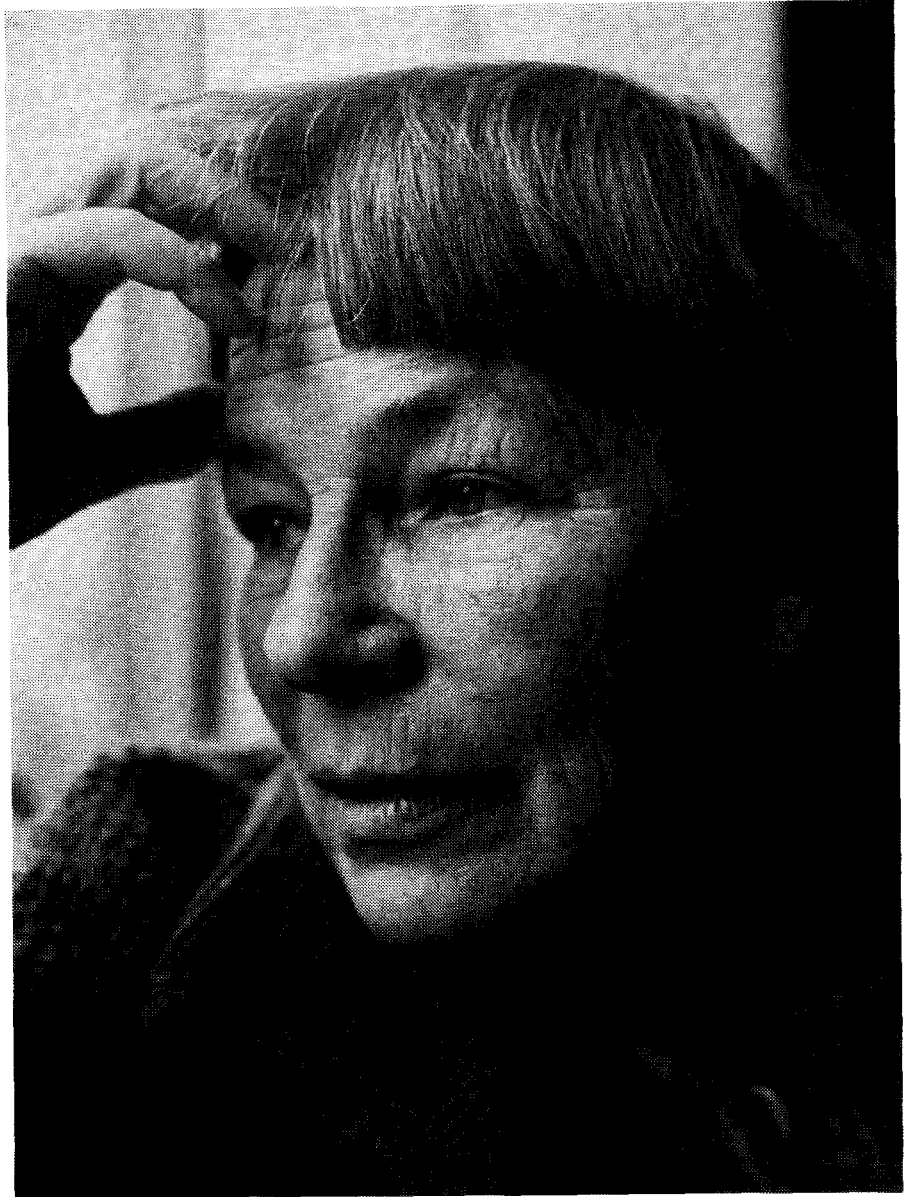


Foto: Ine van den Broek

staatsleer, mag opgezegd worden als het leven van de onderdaan op het spel staat. Heel de klassieke en middeleeuwse ethiek met de vier klassieke deugden, verdwijnt onder tafel. Als je het leven erbij kunt behouden, zo stelt Hobbes letterlijk, is lafheid verre te verkiezen boven moed. Ethiek wordt door hem uitdrukkelijk gereduceerd tot distributieve rechtvaardigheid, tot verdeling van de per definitie schaarse levenskansen, en de wens om te overleven.

Hiermee zijn we in feite al in de huidige discussies over de gezondheidszorg beland. Want ik signaleerde al dat het daarin ook vooral om verdeelingsproblematiek gaat, terwijl daarnaast het enige probleem waar mensen emotioneel bij betrokken zijn de vraag rond het overleven is. De discussies

rondom abortus en euthanasie spreken in dit opzicht boekdelen. Het hedendaagse gezondheidsdebat, de hedendaagse medische ethiek, draait rondom deze vraagstukken. Sla maar een willekeurig boek erover op, luister naar een willekeurig kamerdebat. De vraag naar "het goede leven", die vanaf Hippocrates en Gallenus in de medische ethiek en de geneeskunde centraal stond, is versmald tot die van het overleven. Hiermee zijn we definitief in het rijk van de schaarste beland. De stelling dat niet alleen de economie, maar ook de moderne medische wetenschap op het filosofische fundament van de schaarste is gebouwd, zou de moeite van het uitwerken waard zijn. In dit artikel laat ik het echter bij een aantal historische en actuele illustraties van deze stelling.

## De derde taak

Pas in de moderne tijd ontstaat de idee dat de arts het leven van mensen kan verlengen, hun dood kan uitstellen. De Engelse filosoof Francis Bacon, was de eerste die in de verlenging van het leven een aparte, nieuwe taak voor de arts zag. Hij verdeelde de geneeskunde in drie delen: "ten eerste het bewaren van de gezondheid, ten tweede het genezen van ziekte en ten derde het verlengen van het leven". Hij preeft voor "het deel van de geneeskunde", waarbij hij overigens goed beseftte dat hij hiermee iets nieuws formuleerde. "Dit is een nieuwe taak en ondanks haar tekortkomingen, de allerredelste". Wanneer deze taak zich verder zou ontwikkelen, aldus Bacon, "zullen de geneesheren niet alleen geërd worden omdat zij nodig zijn, maar als uitdelers van het grootste geluk dat stervelingen op aarde ten deel kan vallen". De arts als cultuurheld van de moderne tijd, kondigt zich hier al duidelijk aan.

Langer leven, het leven verlengen wordt na Bacon de nieuwe culturele opdracht voor de medische wetenschap. Verbrugh situeert het begin van de moderne geneeskunde inderdaad bij de boven genoemde uitspraken van Bacon. Het is belangrijk ze hier nog eens te onderstrepen. Vaak wordt gesuggereerd dat we eigenlijk tegen wil en dank door de geweldige groei van de medische technologie in de huidige schaarsteproblematiek zijn beland. Dit is op z'n hoogst een halve waarheid. Want juist de verwijzingen naar Bacon en Hobbes laten zien dat het niet zo simpel ligt. De medische kennis en technologie die de levensverlenging mogelijk maken, zijn op z'n minst ook de vrucht van een groot cultureel en geestelijk veranderingsproces dat vanaf de zeventiende eeuw langzaam heeft plaats gegrepen.

Binnen het tegenwoordig absoluut geachte leven moet de dood zo lang mogelijk afwezig blijven. De illusie van een risicoloze zekerheid moet zo lang mogelijk hoog gehouden worden. Hobbes gaat ervan uit dat "mensen voor de duur van hun hele leven "security", zekerheid, veiligheid verlangen". Onzekerheid, zich manifesterend in pijn, ziekte en dood moeten weggehouden worden. In "Broeder Ezel" stelde Dunning al enkele jaren geleden dat "de wachtkamers worden bevolkt door mensen die niet ziek zijn, maar ziekte vrezen of hopen te vermijden".

Deze uitspraak van Dunning wordt aangehaald door de Amsterdamse kinderarts Leendert Krol in een interview over zijn recente proefschrift "De consument als leidende voorwerp in de gezondheidszorg". Het is de--

heid van de patiënt, gekoppeld aan die van de arts, aldus Krol, die de gezondheidszorg doet groeien en al op deze manier, voeg ik eraan toe, bydraagt tot het creëren van een fundamentele zekerheid de arts niet te verwijten. Ze ligt in de aard van het vak. Geneeskunde is nu eenmaal geen natuurwetenschap. Maar de arts heeft in zijn opleiding niet geleerd om te gaan met onzekerheid. Daardoor heeft de patiënt, bewust of onbewust, veel invloed op de beslissingen van de arts.

Krol onderzocht bij huisartsen en ouders om welke reden een kind was doorverwezen naar de kinderarts en wie daarop aandrang had uitgeoefend. De verrassende uitkomst was dat in bijna de helft van de gevallen de ouderlijke wens om de kinderarts te raadplegen voor de huisarts de doorslag had gegeven.

De patiënt wil, aldus Krol, absolute zekerheid. Pas een onderzoek door de specialist lijkt de geruststelling te kunnen geven. De gezondheidszorg dreigt op deze wijze tot "een geryststellingsindustrie" uit te groeien, waar "diagnostiek" wordt bedreven niet om ziekte aan te tonen, maar uit te sluiten. Krol wees in dit verband op televisie-

---

**"Het soort macht dat op schaarste gebaseerd is, berust in principe op gelijkheid en participatie van mensen."**

---

programma's als "vinger aan de pols" of medische artikelen in dag- en weekbladen, die bedoeld zijn om de patiënt over ziekte en gezondheid voor te lichten. "Na iedere uitzending worden de wachtkamers weer bevolkt door patiënten die nu denken te weten wat ze hebben, die hun eigen tweede diagnose hebben gesteld".

Een laatste, min of meer concluderende opmerking in dit verband. Bacon wist dat de nieuwe taak van de geneeskunde "veel tekortkomingen" telde. Pas in deze eeuwen eigenlijk pas in de laatste twintig jaar heeft de geneeskunde de vlucht genomen die wij thans vanzelfsprekend vinden. In 1969 signaleerde bij ons van den Berg voor het eerst de toegenomen medische macht.<sup>1</sup> In de jaren, en zeker in de eeuwen daarvoor, was hiervan veel minder sprake. Ziekenhuizen waren vroeger geen plaatsen om te genezen, ze stonden in een kwade reuk. Pas recentelijk, in onze eeuw heeft de gezondheidszorg zich ontwikkeld van

een marginaal en alom gewantrouwd instituut tot het hoog aangeschreven apparaat dat het thans is. Pas recentelijk de derde taak van Bacon goed succesvol aangepakt.

Daarom zijn we ook pas de laatste jaren echt beland in het door Hobbes al geschilderde rijk van de schaars. De kosten van de gezondheidszorg dragen bijna tien procent van het nationale inkomen, een bedrag dat in afgelopen 10 jaar ondanks alle pogingen tot kostenbeheersing, verdrievoudigd is. We zijn definitief in de schaarse beland, één procent meer of minder, een paar miljard meer of minder doet hier niets aan af. Zolang deze geschetste mechanismes zullen blijven bestaan, zal de schaarste blijven bestaan. Door meer financiën wordt niet overwonnen. Maar misschien kan het nieuwe begrip "kwaliteit van leven" in plaats van gewoon overleven de schaarste opheffen? Voordat ik daar naar ga kijken, wil ik eerst nog het thema van de medische macht en patiëntenparticipatie aan een kort onderzoek onderwerpen.

## Participatie

"Wat om te beginnen opvalt, is het samenvallen van de ontdekking van de mondige patiënt met een tot dan toe ongekende uitbreiding van het medische en sociale hulpverleningsapparaat. Tussen 1961 en 1981 verdubbelde het aantal specialisten, het aantal huisartsen bleef ongeveer gelijk, maar ook het aantal sociaal-geneeskundigen en "overige geneeskundigen" verdubbelde in die periode". Aldus Erik Heydelberg in "De ontdekking van de mondige patiënt",<sup>1</sup> een al bijna klassiek artikel, zo vaak wordt er naar verwezen.

"Toeval?" staat in het kopje boven de hier geciteerde uitspraken. Ik vind dat dit geen toeval is. De recente uitbreiding van de medische macht en de gezondheidszorg loopt parallel aan, is verbonden met de ontdekking van de mondige patiënt, met de opbouw van gezondheidsvoorlichting, preventie, zelfhulp, patiëntengroepen en patiëntenparticipatie en het patiëntenrecht op zelfbeschikking. Al deze ontwikkelingen staan niet in tegenstelling tot de recente groei van de medische macht en de gezondheidszorg, zoals bijna iedereen - ikzelf in het verleden inclusief - dacht, maar vormen er juist de voorwaarden voor.

Om dat duidelijk te maken moet ik nog iets meer zeggen over het soort macht dat bij schaarste hoort, dat vanuit schaarste ontstaat. In het kader van dit artikel ga ik hierbij van Hobbes uit, maar de goede verstaander zal opmerken dat ik in mijn Hobbes-interpretatie ook het nodige



Foto: Ine van den Broek

te danken heb aan de moderne machtstheorieën van Michel Foucault."

Het soort macht dat op schaarste gebaseerd is, berust in principe op gelijkheid en participatie van mensen. Die gelijkheid is nodig opdat iedereen gelijkelijk een norm, bijvoorbeeld op het gebied van ziekte en gezondheid kan nastreven, en op participatie omdat de norm door iedereen omhelsd moet worden. Iedereen moet meedoen, anders werkt het principe van de schaarste niet en heeft de macht geen zeggenschap. Pas als iedereen als gelijken dezelfde norm nastreeft, kunnen schaarste en macht zich wederkerig uitbreiden. Terwijl de macht in de voor moderne tijd op ongelijkheid was gebaseerd, op standsverschillen, op hiërarchie en status, is ze in het universum van Hobbes op gelijkheid en participatie gebouwd.

Deze theoretische analyse van het machtsbegrip bij Hobbes kan toegelicht worden door de ontwikkelingen

in de laatste twintig jaar binnen de gezondheidszorg. Als voorbeeld verwijst ik hier nog een keer kort naar het al eerder gememoreerde "Medische Macht en Medische Ethiek" van den Berg uit 1969.

Wat bij herlezing hiervan opvalt is dat van den Berg de oude status-macht van de arts afbreekt om die door een nieuwe machtsvorm te vervangen. Op meeslepende wijze gaat hij tekeer tegen *"de arts die de autoriteit is, die als autoriteit optreedt, en die als autoriteit denkt te kunnen helpen, zelfs te genezen"*. Zo liggen de zaken, aldus van den Berg niet meer. *"Arts en patiënt zijn gelijken. Zij staan naast elkaar, waardoor het betamelijk is dat zij overleggen, dat is tezamen bezien hoe de kansen liggen, en wat er precies moet gebeuren"*. Vroeger, bij de autoritaire macht was de patiënt afwezig. *"De patiënt praat niet mee"*, schrijft van den Berg, *"de patiënt heeft geen stem. Zo weinig als de wasmachine stem heeft aan het adres van de techni-*

*sche restaurateur die de motor nakijs"*. Dat moet voorbij zijn. De patiënt moet mondig worden. Arts en patiënt moeten spreken op voet van gelijkheid. *"De arts is genoodzaakt de patiënt in zijn overwegingen te betrekken ... hij kan onmogelijk nog de autoriteit zijn van weleer"*.

Van den Berg heeft school gemaakt. Volgens Dupuis en Thung in het inleiding in de gezondheidsethiek<sup>1</sup> is sinds 1969 de mondigheid, emancipatie en zelfbeschikking van de patiënt niet van de lucht. Het ene symposium volgde op het andere, themanummers van tijdschriften werden eraan gewijd, preventie en voorlichting kwamen van de grond, de rechten van de patiënt werden uitgebreid geformuleerd.

Met als enig - paradoxaal - gevolg dat de medische macht zich steeds verder uitbreidt, dat de schaarste ons hele leven bepaalt, de afhankelijkheid van de gezondheidszorg met de dag toeneemt en de medische consumptie ongekende hoogten bereikt. Het al eerder genoemde proefschrift van Krol laat zien hoe dit mechanisme concreet werkt. *"De gezondheidsvoorlichting die wordt gepresenteerd met het oogmerk de mondigheid van de consument/patiënt te versterken"*, aldus Krol leidt tot een voortdurende groei: *"in feite heeft het niets met mondigheid te maken, want de machtsverhouding tussen arts en patiënt wordt er niet gelijk door"*. Bij de recente specialistenacties klaagen de specialisten (De Volkskrant 3-3-1986) over *"de patiënt die steeds mondig wordt"*. Mondigheid werd door hen gelijkgesteld met de wens om en het recht op *"het beste van het beste en van veel daarvan"* te krijgen.

Naarmate de normen van de gezondheidszorg - overleven, zekerheid en gezondheid - meer nagestreefd worden, naarmate mensen meer mee gaan doen in de jacht op de per definitie schaarse voorzieningen om deze waarden te bereiken, neemt de medische macht en de afhankelijkheid van de patiënt toe. Waarbij ik, met Foucault, aanteken dat deze nieuwe vorm van macht veel diffuser is dan de oude macht van de arts, die zo ongeveer zijn persoonlijk bezit was. De nieuwe medische macht is ongrijpbaar en alomtegenwoordig, arts en patiënt zijn er beiden, zij het in zeer verschillende vorm, de gevangenen van.

## „Levenswinst"

In zijn boek over "De Staat",<sup>15</sup> voert Plato een zekere Heriodicus ten tonele, die geneeskunde en gymnastiek combineerde *"tot kwelling van zichzelf in de eerste plaats en later ook van massa's anderen"*. Hij deed dit *"door zijn dood zo lang mogelijk te rekken. Want*



door zijn ziekte steeds maar van dichtbij te volgen, een ziekte die dodelijk was, was hij toch niet in staat die te genezen, en hij had ook geen tijd om iets anders te doen, zodat hij zijn hele leven lang slechts aan zichzelf zat te dokteren steeds vol angst dat hij ook maar een duimbreed zou afwijken van zijn gewoon dieet. Volgens Plato gebruikte deze Heriodicus "al zijn geleerdheid slechts om zichzelf het sterven lastig te maken".

De ware geneesheren, de echte "zonen van Asclepius", beoefenden dit soort geneeskunde niet. Ze wisten dat "in goed geordende staat ieder één eigen taak gekregen heeft, die hij noodzakelijk moet vervullen en dat dus niemand tijd vrij heeft om zijn hele leven lang te sukkelen en te dokteren". Een handwerksman zou bijvoorbeeld een levenslange leefregel om continu op zijn gezondheid te letten, snel afwijzen, zijn antwoord zou luiden dat hij geen tijd heeft om ziek te zijn en dat hij het nut van zo een leven niet inziet, als men steeds maar op zijn ziekte moet letten, zonder bezig te kunnen zijn met het werk dat men onder handen heeft".

De overdragen zorg voor de gezondheid wordt door Plato nog sterker afgewezen voor vrije mannen die de deugd willen beoefenen. Zij staat elke bezigheid in de weg, elke vorm van studie of zelfoverweging, zelfs het besturen van een huishouding. "Altijd is ze beducht voor hoofdpijn hier, duizelingen daar. Ze maakt dat wij altijd menen ziek te zijn en onophoudelijk lichamelijke pijnen voelen".

Uit deze modern aandoende Platonetext - ik kan zo in mijn omgeving voorbeelden van mensen vinden waar de tekst op van toepassing is - moeten we niet concluderen dat de klassieke Grieken geen leefregels voor hun gezondheid kenden. Wie het tweede deel van Foucaults "Geschiedenis van de Seksualiteit" gelezen heeft, weet wel beter. Aan de hand van Hippocrates' "Epidemieën" beschrijft Foucault deze leefregels uitgebreid. Ze betroffen onder andere gymnastische oefeningen, de voedingsmiddelen, de dranken, de slaap en de seksuele omgang. Men kwam, vaak in overleg met een arts, tot vrij strenge leefregels voor ieder persoonlijk. Maar bij Hippocrates zijn al deze leefregels steeds onderdeel van een levensstijl waarin de beoefening van de deugd centraal staat. Het dieet, de leefregel, had, aldus Foucault, "nooit het doel het leven zo lang mogelijk voort te zetten ... maar eerder om het binnen de grenzen die eraan gesteld zijn, nuttig en gelukkig te maken".

Ik heb naar deze klassieke teksten verwezen, omdat met name uit de bespreking die Foucault ervan geeft, het beeld van een levensstijl oprijst, die ik zou willen duiden met het begrip "kwaliteit van leven". Mensen zijn

## "Het niet meedoen, het zich onttrekken aan de werkingen van de macht kan soms meer uitwerken dan het vormen van participerende tegenmacht."

llierin, steeds ingebed binnen hun cultuur, verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen leven en dus ook voor hun gezondheid. Dat laatste dan nooit als een absoluut en hoogste goed, maar als een vanzelfsprekend onderdeel van het goede, in de zin van Pirsig<sup>17</sup> kwaliteitsvolle, leven. Aan het menselijk leven zijn grenzen gesteld, oneindige behoeften naar zekerheid of lang overleven worden, dat laten de woorden van Plato zien, scherp afgevoerd. De grootste zonde voor de Griek is de hubris, de mateloosheid, het willen overschrijden van de menselijke grenzen. Het ontstaan van schaarste werd mede hierdoor in deze klassieke levensstijl vermeden.

In de hedendaagse discussies wordt "kwaliteit van leven" echter op een tot andere manier gebruikt. Het begrip dankt zijn ontstaan, zoals Prof. Leenen scherp heeft opgemerkt; aan het probleem van de schaarste binnen de gezondheidszorg. Het is er niet op gericht de bijdrage "van de gezondheidszorg aan de kwaliteit van het leven" van mensen te beschouwen, maar het hoort thuis in de context van bijvoorbeeld "de selectie van kankerpatiënten en van mensen die in aanmerking komen voor een orgaantransplantatie". Het begrip "kwaliteit van leven" is de schaarste te beschouwen, maar ik zal tot slot laten zien dat het er ons nog meer verstrikt doet raken dan thans al het geval is.

Bij mijn betoog volg ik in eerste instantie een uitgebreid interview met prof. dr. F.S. Sturmans, hoogleraar epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Limburg en voorzitter van de in 1985 opgerichte Werkgemeenschap Gezondheidsonderzoek<sup>18</sup>. Sturmans pleit hierin voor onderzoek naar kosten en baten in de gezondheidszorg. Een gemeenschappelijke noemer die als objectieve maatstaf zou kunnen gelden voor de kwaliteit van de gezondheidszorg ligt voor hem in het begrip "kwaliteit van leven". Hij stelt voor dat we steeds de levenswinst berekenen, die een medische beschaving op kan leveren. Levenswinst dan niet alleen in termen van aantallen gewonnen levensjaren, maar ook van gewonnen kwaliteit. Want tenslotte is, aldus

Sturmans, een levensjaar waarin de patiënt volledig actief kan zijn, een grotere winst dan een jaar met veel pijn en klachten. De levenswinst van bijvoorbeeld een operatie wordt dus berekend door het aantal gewonnen levensjaren te vermenigvuldigen met een correctiefactor voor de kwaliteit.

Er is zelfs al een wetenschappelijke term voor dit objectief geachte begrip. Het wordt QALY (Quality Adjusted Life Years) genoemd. Het zal duidelijk zijn dat deze term uit de Verenigde Staten stamt, waar QALY's al gebruikt worden om tussen mogelijke behandelingen voor patiënten te kiezen. Voor de volksgezondheidspolitiek van de overheid acht Sturmans de QALY's ook van groot belang. De overheid kan door van verschillende behandelingsmethoden het aantal QALY's uit te zetten tegen de gemaakte kosten, de prijs per gewonnen levensjaar vaststellen. Met deze prijskaartjes kunnen dan nierdialyses tegen kunstheupen of voorlichtingscampagnes worden afgewogen. Van der Reyden zou in het kamerdebat dat ik eerder citeerde, niet meer met de mond vol tanden hebben gestaan, maar objectief de QALY's van de betrokken groepen met elkaar hebben kunnen vergelijken.

De grote vraag die natuurlijk opkomt is: hoe bepaal je in een QALY de correctiefactor voor kwaliteit van leven. Sturmans heeft hier geen moeite mee. Dit mag niet autoritair door de geneeskunde gebeuren, nee de patiënt moet erbij betrokken worden. Overleg met de patiënt, enquêtes naar subjectieve welzijnsbelevingen van mensen, ze kunnen er allemaal toe bijdragen de QALY als een objectieve maatstaf voor de verdeling van schaarse middelen en voor het kiezen van behandelingen, in de toekomst mogelijk te maken.

Ook Dupuis en Thung<sup>19</sup> zijn in hun inleiding in de gezondheidsethiek, waarvan het laatste deel helemaal aan vraagstukken van de schaarste is gewijd, enthousiast over het nieuwe begrip "kwaliteit van leven". Zij menen dat de schaarsteproblematiek er in principe mee opgelost kan worden. Het begrip kwaliteit van leven verschaff hun een maat tot vergelijking, een schaal om mensen voor behandeling te beoordelen en te selecteren. In een eenheid van deze schaal zou bijvoorbeeld permanent lichte hoofdpijn gelijk zijn aan drie maal daags ernstige misselijkheid of een stijve knie. Zo ontstaat voor hen, net als bij Sturmans een "gezondheidsindex", waarop de te verwachten levenswinst uiteindelijk in economische termen kan worden uitgedrukt.

Het idee van simpelweg overleven wordt zo door hen via onderzoek naar de welzijnsbeleving van mensen eendeloos verrijnd. Ook door hen wordt de patiënt "als beoordelaar" hierbij be-

trokken. Hij mag meepraten, allerlei vragen rondom zijn tevredenheid en zingeving zelf beantwoorden, ja zelfs zijn eigen toestand en aspiraties inschatten. Dupuis en Thung hopen en verwachten dat over zo'n 20 jaar behandelingsalternatieven en mogelijkheden in de gezondheidszorg allemaal met QALY's beoordeeld zullen worden. De Hobbesiaanse vraag "wie krijgt voorrang", waar ook volgens hen de discussie om draait, zal dan eindelijk elegant opgelost zijn. Zal het dan soms overal zo toegaan, vraag ik kritisch, als nu in Engeland, waar bij patiënten boven de zestig geen nierdialyses meer plaatsvinden? Hun QALY, hun gezondheidsindex, is kennelijk te laag, behandeling is voor hen te kostbaar.

Mijn kritische vraag laat zien hoe we met het begrip kwaliteit van leven nog midden in de schaarste blijven zitten. Juist via dit begrip breidt de medische macht zich steeds verder over de meest intieme en persoonlijke onderdelen van het menselijk leven uit. Elk aspect van het leven dreigt vanuit medische normen beoordeeld te worden.

## Onmacht

Tenslotte: hoe kun je je praktisch verhouden tot de door mij geschetste problematiek. In het laatste nummer van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek staat een interview met een medewerkster van de consumentenbond<sup>1</sup>. Zij kiest er uitdrukkelijk voor om mee te doen binnen de selectieproblematiek. Ze erkent dat het bij schaarste een dilemma is of je moet meewerken aan het uitwerken van selectiecriteria, maar ze kiest toch voor het zoveel mogelijk meepraten en meebeslissen. "Bij de selectie zit je met de vraag wat je nu eigenlijk wilt. Je hebt te maken met solidariteit; je raakt specifieke groepen. Dure kunstharten afschaffen? Of bezuinigen op minder levensbedreigende zaken; een wachtlijst voor hartoperaties? ... Of je nu wel of niet meewerkt, met selectie krijg je toch te maken. ... Dan kun je beter meewerken aan het opzetten van een goed selectiesysteem". In deze optiek van meewerken, van participatie, wordt de fundamentele schaarste en de erop berustende medische macht aanvaard. Er is geen oplossing voor, ze zal zich als een olievlek verder over de maatschappij uitbreiden. De laatste uitspraken uit dit interview zijn wat dit betreft onthullend. "Ook al maak je de hele gezondheidszorg gratis, mensen blijven toch steeds meer willen. En het blijft oneerlijk verdeeld".

Zelf betwijfel ik of meedoen op deze manier de enige mogelijkheid is. Participeren versterkt de heerschappij van de schaarste. Schaarste verdwijnt niet vanuit parti-

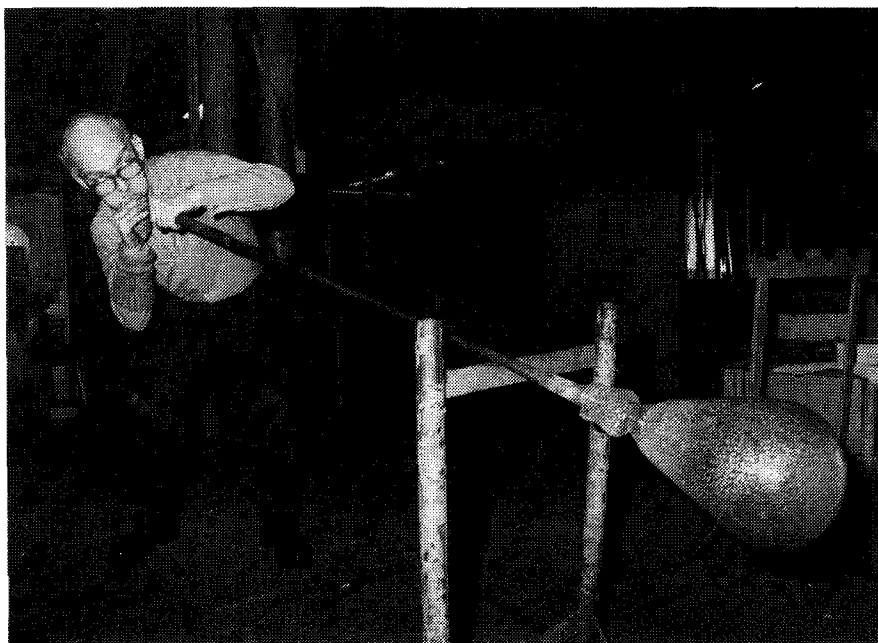


Foto: Ine van den Broek

ciperen of vanuit het vormen van een tegenmacht om mee te praten, maar eerder vanuit een houding die ik bij gebrek aan beter als "niet meedoen", zelfs als onmacht zou willen beschrijven. Onmacht, waarin je de normen van de heersende instituties niet overneemt, ze ook niet via participatie en tegenmacht iets wilt veranderen, maar ze gewoon niet voor je laat gelden. Het niet meedoen, het zich onttrekken aan de werkingen van de macht kan soms meer uitwerken dan het vormen van participerende tegenmacht. Met macht "is het precies zoals met een vuur dat van een vonkje groeit en steeds groter wordt zolang het hout vindt om te branden. En zonder dat er water op is gegooid om het te blussen, maar alleen doordat er geen hout meer bij wordt gedaan, verteert het vuur zichzelf - omdat het niets anders heeft om te verteren - en verliest het alle kracht en is geen vuur meer".<sup>2</sup> Deze woorden van de Franse filosoof Etienne de la Boétie zouden, ook wel eens voor delen van de medische macht kunnen gelden. Zijn opmerkingen over de verhoudingen van tirannen tot macht gelden tenslotte ook voor de relatie van schaarste en macht. Ik paraphraseer: "Hoe meer de schaarste dingen verwoest en vernietigt, hoe meer men zich eraan onderwerpt. Hoe, meer men haar dient, des te sterker wordt zij-en steeds machtiger en brutaler om alles te vernietigen. En als men haar niets geeft, als men haar niet gehoorzaamt, wordt zij zonder slag of stoot naakt en verslagen en bestaat niet meer; zoals een wortel die geen vocht vindt een dorre tak wordt en sterft".

Vertaald naar het thema "kwaliteit van leven" zou dit kunnen betekenen dat het aanvaarden van de dood, het kunnen leven met onzekerheid, belangrijker is voor de kwaliteit van iemands leven en een grotere uitdaging aan de medische macht dan het participeren aan het vaststellen van de normen, die officieel en objectief iemands

[ levenskwaliteit heten uit te drukken.]

Noten:

1. Vooral ontleend aan besprekingen van Erik Heydelberg in "De Groene Amsterdammer" van 11-12-85 en van Irwin Kraal in "Het Parool" van 29-11-85
2. De Volkskrant 26-11-85
3. Dr. W. Metz, "Het Verschijnsel Pijn", Methode en Mensbeeld der Geneeskunde", Haarlem 1964
4. H.S. Verbrugh, "Geneeskunde op doodspoor", Rotterdam 1972
5. Ivan Illich, "Grenzen aan de Geneeskunde", Baarn 1978
6. Thomas Hobbes, "Leviathan", Meppel 1985
7. John Locke, "Two Treatises of Government", Londen 1982
8. e.B. MacPherson, "The political Theory of possessive Individualism", Londen 1962
9. Ivan Illich, "Shadow Work", Boston, London 1981, p. 123, 124
10. Marianne Gronemeyer, "Bedürfnisse, Gegenbedürfnissen, Bedürfnislosigkeit", Witten 1985
11. Dr. L. Krol, "De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg", Amsterdam 1985. Interview in "De Volkskrant" 12-9-85
12. Prof. dr. J.H. van den Berg, "Medische Macht en Medische Ethiek", Nijkerk 1969
13. Erik Heydelberg, "De ontdekking van de mondige patiënt" in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek" 1984, nummer 1
14. Hans Achterhuis, "De markt van welzijn en geluk", Baarn 1979, hoofdstuk 10
15. Michel Foucault, "Twee typen Macht" in "Te Elfder Ure", nr. 29, Nijmegen 1981
16. Heleen M. Dupuis, P.J. Thung, "Voor- delen van de twijfel, een inleiding in de gezondheidsethiek", Alphen aan de Rijn, Brussel 1983, p. 22 evv.
17. Plato, "De Staat" boek 3,406-410
18. Michel Foucault, "Het gebruik van de lust", Nijmegen 1984
19. Robert M. Pirsig, "Zen en de kunst van het motoronderhoud", Amsterdam 1977
20. Prof. dr. H.J.J. Leenen, "Kwaliteit van het leven een onbruikbaar begrip voor juristen", in "Het Ziekenhuis" nr. 10, 16 mei 1985
21. "De Volkskrant" 28-12-85
22. Heleen M. Dupuis en P.J. Thung, o.c. p. 111 evv.
23. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek" december 1985 p. 20-24
24. Etienne de la Boétie, "De Vrijwillige slavernij", Haarlem 1980, p. 15, 16

In oktober 1985 bekritiseerde ik in de Volkskrant het door de overheid afgekondigde vestigingsbesluit voor huisartsen dat op 1 februari van dit jaar inging. Ik vroeg me af hoe linkse politici het in hun hoofd haalden om zo'n vestigingsbeleid te steunen. Deze discussie hierover past binnen het bredere thema van *commercialisering* in de *gezondheidszorg* dat in dit blad al eerder aan de orde kwam.<sup>2,3</sup> Dit is een verfrissende, pikante, maar vooral verwarrende discussie. Commercialisering en vrije markt horen immers bij het kapitalisme, het maatschappelijk systeem dat sinds de vorige eeuw door de progressieve bewegingen wordt bestreden. Overigens spreek ik zelf liever over "*verbetering van de marktwerking*": commercie (handel) is er genoeg in de gezondheidszorg. Ik wil verbeteringen van de markt waar die commerciële plaats vindt.

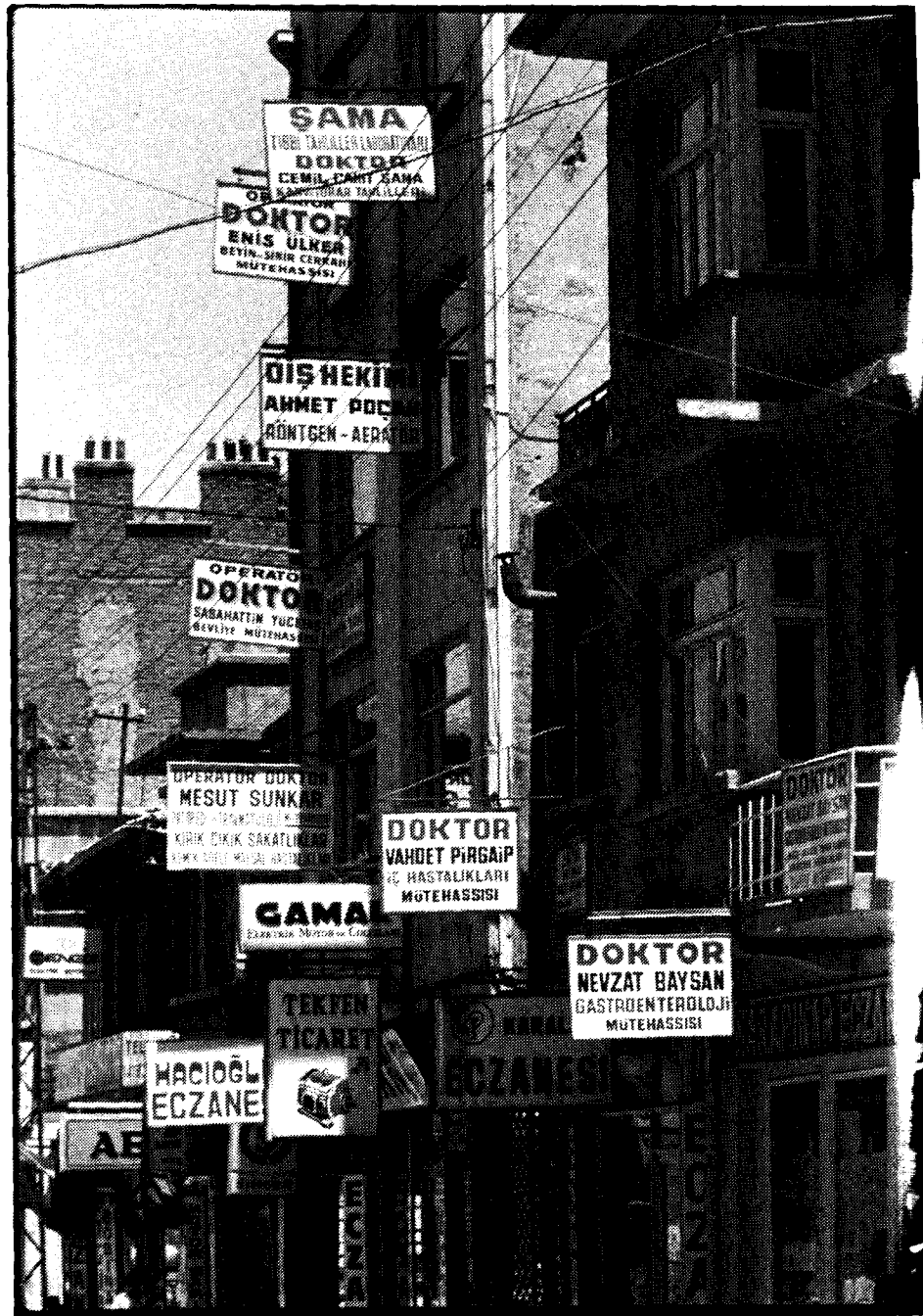
Behalve dat links nog nauwelijks heeft nagedacht over het gebruik van markelementen, komt hier nog een (emotioneel) probleem bij. Midden in de tachtiger jaren zijn het vooral de rechtse, meer reactionaire krachten die deregulering en privatisering voorstellen. Moet links daar ook aan mee doen? Ja! Want zoals van Zweden schrijft: "Naar mijn mening is er iets vreemds in de discussie geslopen als rechts wel mag wat links niet meer mag: rechts mag de economie ingrijpend hervormen, links moet er met zijn handen afblijven".<sup>10</sup>

## Strategie

Het gaat hier om een strategiediscussie: hoe bereik je de gezondheidszorg die je voor ogen staat. Het is terecht dat Erik Heydelberg in het vorige nummer van TGP benadrukt wat progressieve doelen zijn: solidariteit, democratisch beheer, preventie, kostenbeheersing, nadruk op de thuissituatie en het voorkomen van overzorg en medicalisering. Toch maakt zo'n rijtje nog niet duidelijk of je bijvoorbeeld vóór of tégen een vestigingsbesluit moet zijn. Daarvoor is een verdergaande analyse nodig. Wat zijn grootste problemen op dit moment, welke machtsblokken houden die problemen in stand en hoe kunnen deze jarenlange bestaande situaties doorbroken worden? Zo kom je van een doelstellingendiscussie op een strategiediscussie.

Waarom prijs ik de marktwerking aan als onderdeel van een progressieve politiek? Een aanleiding om marktwerking niet principieel af te wijzen is de confrontatie met beperkingen van reguleringsstrategieën. Overheidsmaatregelen kunnen ineffectief zijn doordat ze gewoon niet worden opgevolgd en het onmogelijk is dit af te dwingen. Vaak zijn er allerlei achter-

# Markt- mechanisme een gevoelige plek van links



Per 1 februari 1986 is de instroom van jonge huisartsen drastisch beperkt. Door de invoering van een wettelijk vestigingsbeleid zullen reeds gevestigde huisartsen van concurrentie verschoond blijven.

Een gunstige ontwikkeling? Hein Raat opende met een ongezouten bijdrage de discussie hierover in de Volkskrant. De reacties lieten ook in dit tijdschrift niet lang op zich wachten.

Hein Raat stelt dat er weinig kan veranderen zolang de artsen de sleutelpositie in de gezondheidszorg bekleden. Regulering van staatswege zal dit machtige bolwerk niet veranderen.

In dit artikel gaat Hein Raat dieper in op de verwerking van het marktmechanisme in de gezondheidszorg.

**Hein Raat, werkzaam bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde W Amsterdam.**

deurtjes: wanneer bijvoorbeeld de vergoeding voor een ingreep wordt verlaagd, gaat men meer of andere verrichtingen doen. De samenleving is zó gecompliceerd dat het gewoonweg onmogelijk is om alle aspecten ervan in detail te reguleren. Bureaucratisering kan negatieve bijeffecten hebben. Het overheidsapparaat wordt zelf een machtsfactor die moeilijk te controleren valt. Dit alles wil niet zeggen dat regulering uit den boze is, maar dat er een bewust gebruik van gemaakt moet worden. Dit standpunt wordt wel voor "rechts" versleten, maar dat is het volgens mij niet. Enerzijds getuigt het van een soort realisme; anderzijds verscherpt het de strategie.

## Problemen

De Nederlandse gezondheidszorg functioneert redelijk goed. Maar er zijn ook een aantal grote problemen. De enorme kosten (bijna 10% van het Bruto Nationaal Product) vormen een economisch probleem. Daarbij komt dat bijna iedereen vindt dat het resultaat niet in overeenstemming is met de prijs die ervoor gevraagd wordt (G.J. Schieber).<sup>1)</sup> Vraag en aanbod van zorg zijn niet adequaat op elkaar afgestemd. De voorzieningen zijn met name gericht op acute ziekten terwijl de chronische aandoeningen en langdurige verzorging maar matig aan bod komen. Er zijn grote machtsongelijkheden in de gezondheidszorg; patiënten staan in de schaduw van hulpverleners en onder de hulpverleners nemen de artsen een onredelijk overheersende positie in. De dominante, ongecontroleerde, autonome positie die de medische professie zich heeft verworven sinds de vorige eeuw is in belangrijke mate oorzaak van deze problemen. Dit moet niet worden opgevat als het aanwijzen van een zondebok. Het is het signaleren van een structureel fenomeen dat een verstrekkende invloed heeft op het functioneren van de gezondheidszorg. In een interessant rapport van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven wordt deze stellingname eveneens uitgewerkt.<sup>2)</sup> Er wordt geconstateerd dat het aanbod in de gezondheidszorg in overheersende mate de omvang en richting van het gebruik bepaalt; de arts vervult hierin als belangrijkste beslisser een centrale rol (pag. 8).

Uit zo'n standpunt volgt dat strategieën ter verbetering van het functioneren van de gezondheidszorg in belangrijke mate rekening moeten houden met de autonome positie van de medische beroepsgroep. Ik denk dat het niet onmogelijk, maar wel zeer problematisch is om een belangengroep met zo'n sterke positie in de samenleving, in de gezondheidszorg en



foto: Rob Huibers

ook binnen het overheidsapparaat, via regelgeving te normaliseren. De professionele autonomie van artsen is het resultaat van een diffuus krachterspel waar moeilijk grip op valt te krijgen.

De medische professie heeft haar positie veroverd, o.a. door het creëren van een monopoliepositie en daardoor een kunstmatige schaarste. Zo is er een toetredingsbeperking voor nieuwe beroepsgenoten. Via controle van de professie over haar eigen opleidingen en de nieuwe vestigingen beperkt zij de toetreding van nieuwe beroepsgenoten. Onderlinge concurrentie is geminimaliseerd door een verbod op reclame en door vaste prijzen. Concurrentie van derden (onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde) is sinds de vorige eeuw verboden (al is een nieuwe regeling op komst).

Ook het professionele karakter van de dienstverlening houdt de monopoliepositie van artsen in stand. De consument kan aard en omvang van de werkzaamheden of zelfs de kwaliteit van de geleverde diensten niet beoordelen. Al deze factoren leiden tot ernstige verstoringen in de marktwerking. Regulering heeft de gevolgen daarvan niet kunnen opheffen. Erger nog: de overheid heeft deze situatie maar al te vaak gelegitimeerd of versterkt.

Wanneer de problemen in de gezondheidszorg op zo'n wijze worden ontleed, wordt het duidelijk waarom "verbetering van de marktwerking" in het progressieve instrumentarium moet worden opgenomen. Een goed voorbeeld van deze gedachtengang is het rapport "Advies inkomensvorming vrije beroepen" van de Sociaal Economische Raad.<sup>1</sup> Doel van dat advies is te komen tot normalisering van de inkomens bij vrije beroepen (zoals medici). Enige tijd geleden nog zou dan snel de roep om inkomensmaatregelen zijn ontstaan; daarvan is echter bekend geworden dat ze op de lange duur weinig effect hebben (van Hulst).<sup>5</sup>

De vakbeweging heeft het aangedurfd om het over een andere boeg te gooien. Ze steunt het advies van de SER waarin ferme taal staat, als die tenminste serieus wordt genomen (pag. 47): "Het beleid dient zich primair te richten op verbetering van de marktwerking via een mededingings/bronnenbeleid. Voor zover de beroepsgroep de marktwerking bemoeilijkt is een overheidsoptreden gericht op slechting van de barrières op zijn plaats via onder meer beïnvloeding van de tariefstelling, beperken/wegnemen van vestigingsbeperkingen en het versterken van counteravailing power (tegenwicht, red.), in de gezondheidszorg onder meer van de zijde van de ziekenfondsen. Indien de marktbelemmeringen voortkorpen uit overheidsmaatregelen, dienen deze te worden heroverwogen en dient te worden bezien of deze maatregelen nog wel te billijken zijn vanuit de optiek van het algemeen belang".

De belangrijkste inhoudelijke reden om toch tot een vestigingsregeling te besluiten zou volgens sommigen zijn, dat artsen onder de concurrentiedruk teveel aan de eisen van de patiënten zouden toegeven; dat zou uiteindelijk tegen de bestwil van de patiënt zijn. Het spijt me, maar een meer betuttelend standpunt heb ik zelden gehoord uit de mond van progressieve hulpverleners en politici. Het is zeer de vraag of patiënten wel zo dom zijn als hulpverleners graag geloven. Verbetering van de marktwerking betekent ook dat het monopolie op professionele kennis moet worden opgeheven; patiëntenorganisaties en ziekenfondsen moeten alternatieve informatiebronnen worden.

## HMO's

Health Maintenance Organizations (HMO's) worden her en der genoemd als een alternatieve organisatievorm voor de Nederlandse gezondheidszorg. Een belangrijk kenmerk van de HMO's is de koppeling van ziektekostenverzekering en gezondheidszorginstelling, in een en dezelfde organisatie. HMO's in de Verenigde Staten leveren betere kwaliteit voor 10 tot 40% lagere kosten (Schut en van de Ven).<sup>9</sup> Dit is een gevolg van verbeterde marktwerking, en wel op verschillende niveaus.

Ten eerste wordt de autonome positie van medici doorbroken. In Nederland hebben de financiers (m.n. de ziekenfondsen) nauwelijks iets te vertellen over het functioneren van de medische specialisten. Zij werken als kleine zelfstandigen in ziekenhuizen en krijgen betaald wat ze maar declareren. Bij een HMO komt de arts in dienst van de financier en dit leidt tot een wereld van verschil: plotseling blijkt professioneel management over het medisch handelen mogelijk te zijn. Artsen worden op hun kwaliteiten geselecteerd o.a. door niet-medici. Er wordt een informatiesysteem opgezet dat leidt tot efficiënte interne planning en controle.

Ten tweede is het inkomen van de artsen niet afhankelijk van het aantal verrichtingen, maar ook niet onafhankelijk van hun prestaties. Hoe beter het gaat met de HMO in kwalitatief en financieel opzicht, hoe beter de medewerkers beloond worden. Het is een kwestie van smaak hoe dat gebeurt - Erik Heydelberg bepleit extra beloningen in de vorm van onderzoeksfaciliteiten, bijscholing en dergelijke, terwijl in de Verenigde Staten gewoon cash wordt uitbetaald - het principe is gelijk.

Ten derde wordt bij HMO's in de V.S. de concurrentie bevorderd doordat patiënten kunnen kiezen tussen verschillende HMO's of andere vormen van ziektekostenverzekering en gezondheidszorg.

## Nepconcurrentie

Degenen die zeggen dat een progressieve strategie in de gezondheidszorg zowel moet berusten op regulerings- als marktmechanismen nemen geen middenpositie in, maar trappen een open deur in. Want het is overduidelijk dat overheidsregulering onontkoombaar en noodzakelijk is. Het gaat so wies om "verbetering van de marktwerking" als aanvullende strategie.

Wat ik wel als een tussenpositie beschouw - overigens een weinig elegante - is het standpunt dat Martien Bouwmans e.a. vorig najaar beschreven in TGP. Volgens hen kan concurrentie in de gezondheidszorg functioneren als een hefboom om progressieve idealen te verwezenlijken. Daadwerkelijke competitie zou echter te ver gaan. Werkloze artsen mogen van Martien Bouwmans en consorten nog niet echt aan de slag. Wel kunnen ze benut worden als een belangengroep in het politieke krachterspel om "wettelijk structurele maatregelen" (zoals verkleining van de normpraktijk) af te dwingen. Dit is wel een zeer mager afzetkruis van verbeterde marktwerking. Concurrentie zonder concurrentie; een standpunt dat het CDA niet zou misstaan. Je wilt (op onderdelen) gebruik maken van de marktwerking of je wilt het niet. Doe je het wel, wees dan niet bang voor concurrentie of het feit dat iemand die het goed doet wel eens winst zou kunnen maken. Als het gaat om progressieve politiek is er aan tussenposities geen behoefte. ••

### Literatuur en noten

1. Advies inkomensvorming vrije beroepen. Sociaal Economische Raad Publicatie nr. 2,15 februari 1985.
2. Martien Bouwmans, Andree van Es, Gerard Goudriaan, Concurrentie onder artsen - van de nood een deugd maken. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 3 (1985) nr. 3 pag. 6-9.
3. Erik Heydelberg, Planning en competitie - linksaf met het marktmechanisme? Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 3 (1985) nr. 4 pag. 10-13.
4. J. Hofland, P.J.M. Wilms, Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Onderzoeksreeks nr. 14 Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven. 's-Gravenhage oktober 1984.
5. N. van Hulst, De effectiviteit van geleide loonpolitiek in theorie en praktijk. Wolters-Noordhoff Groningen 1984.
6. Hein Raat, Vrije artsenmarkt lijkt taboe voor linkse politiek. Volkskrant 22-10-1985.
7. Hein Raat, Gezondheidszorg is ook een kwestie van zaken doen. Volkskrant 28-12-1985.
8. George J. Schieber, Health spending - its growth and control. OECD Observer nr. 1379-12-1985.
9. F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven, Health Maintenance Organizations - een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg. ESB pag. 1111-1117 6-11-1985.
10. A.F. van Zweeden, Modernisering en maakbaarheid van "de samenleving". NRC 30-10-1985.

# Tussenwijk

Van dertig overleggende huisdokters, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten kijken we allang niet vreemd meer op. "Samenwerking" is immers het alom aanbevolen wondermiddel tegen de vele kwalen van de gezondheidszorg.

Minder vanzelfsprekend is de samenwerking tussen hulpverleners van de eerste en tweede lijn. En bijna uniek is het als verpleegkundigen uit ziekenhuis en wijk zich gezamenlijk rond de tafel scharen om de gemeenschappelijke knelpunten van de zorgverlening te bespreken.

In de nota "Continuïteit in de praktijk" wordt deze ontluikende samenwerking beschreven. "In de toekomst moet het een normale gang van zaken zijn dat een wijkverpleegkundige een patiënt voor opname naar een ziekenhuis verwijst", aldus Aaf van Essen, een van de samenstellers van het rapport.

Raakt de huisarts hiermee zijn positie als enige verwijzer naar het ziekenhuis kwijt?

**Gerard Goudriaan**

**Frans Oostrik**

Beiden zijn stafmedewerker van de Sociale Academie de Aemstelhom te Amsterdam.

## en ziekenhuis

Begin 1985 bracht de Harmonisatie-raad Welzijnsbeleid het signalement "Herverkavelen in de gezondheidszorg" uit. Het rapport baarde in het beleidswereldje van de gezondheidszorg nogal opzien: er wordt afgerekend met het idee dat versterking van en samenwerking in de eerste lijn op zich zouden kunnen leiden tot een verschuiving van 2e lijns- naar 1e lijnsgezondheidszorg. De nota constateert onder andere als essentieel feit dat het aantal verwijzingen door huisartsen alleen maar toegenomen is zijn, ondanks de pogingen deze terug te dringen. "De samenwerking van de huisarts met anderen concentreert zich nu op de overige disciplines in de eerste lijn, terwijl de overlap in patiëntenbestand betrekkelijk gering is. De samenwerking tussen huisarts en specialist krijgt aanmerkelijk minder aandacht, terwijl de overlap in patiëntenbestand betrekkelijk groot is" (pag. 17). Dit nauwelijks verholen pleidooi voor meer samenwerking tussen 1e en 2e lijn in het algemeen en huisarts en specialist in het bijzonder staat niet op zichzelf. In de afgelopen twee jaar is in Medisch Contact een stortvloed van artikelen verschenen, waarin de rela-

## verpleegkundigen werken samen

tie huisarts-specialist onder de loep genomen werd.

Ook de aanwijzing van de medische faculteiten van de Vrije Universiteit en de Rijks Universiteit Limburg als 1e lijns speerpunten heeft tot een toenemende bedrijvigheid geleid. Op de VU is nu een groots opgezet project "samenwerking 1e-2e lijn" gestart met als doel het ontwikkelen van samenwerkingsmodellen tussen 1e en 2e lijn door middel van deelprojecten. En in april 1985 heeft het Amsterdams Innovatieproject Gezondheidszorg zich via een goed georganiseerde en enthousiast ontvangen werkconferentie, die voor een belangrijk deel over de samenwerking tussen de 1e en 2e lijn ging, in bredere kring gepresenteerd.

## Voorbeeldfunctie

Anders dan eertijds wordt dit soort vernieuwende initiatieven niet meer alleen vanuit de medische invalshoek opgezet. Ook de verpleging doet nu mee. Een goed voorbeeld hiervan is de discussienota "Continuïteit in de praktijk" over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis. Deze nota is het product van de werkgroep W.G. (Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam) - S.A.K. (Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen).

De werkgroep Samenwerking Wilhelmina Gasthuis - Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen is in 1981 gestart met haar werkzaamheden. Het initiatief tot de oprichting van de werkgroep is genomen door Aaf van Essen, op dat moment verpleegkundig sectorhoofd van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam. Toen is een werkgroep gevormd van verpleegkundigen uit het Wilhelmina Gasthuis en wijkverpleegkundigen van omringende basiseenheden. De vraagstelling waarmee de werkgroep startte luidde: "Hoe kan de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen op zo'n manier verbeterd worden dat de continuïteit van de verpleegkundige zorg gewaarborgd is?"

De werkgroep had als uitgangspunt te komen tot het aangeven van een kader dat verpleegkundigen in wijk en ziekenhuis een houvast kan bieden bij de bevordering van continuïteit van zorg en de afstemming van de eerste- en tweedelijnszorg. Nadruk werd gelegd op het gemeenschappelijke van wijk- en ziekenhuisverpleging in de beroepsbeoefening in plaats van het aanscherpen van verschillen of het benadrukken van competitie-gevoelens.

Dat was de essentie van wat de werkgroep geprobeerd heeft: het formuleren van uitgangsvizies over verpleging, die zowel buiten als binnen het ziekenhuis gelden. Vanuit de gedachte "wij zijn allemaal verpleegkundigen" wilde men dat in de eigen beroepsgroep meer nagedacht werd over samenwerking en afstemming van zorg. Tegelijk moest het een manifestatie naar de buitenwacht worden: de verpleging als één beroepsgroep naast andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Zoals het verpleegkundigen betaamt werden er prachtige uitgangspunten op papier gezet: "de patiënt vormt als mens een ondeelbaar geheel" "de zorg dient te harmoniëren met en als het ware een continue lijn te vormen parallel aan het leven van de patiënt". Voor niet-kenners van de verpleegkundige wereld ongelooflijke open deuren, maar voor de verpleging nog

Een patiënt wordt door de huisarts verwezen naar de polikliniek longziekten. Na veel onderzoek wordt de diagnose longkanker vastgesteld. Zowel onderzoek als behandeling vinden plaats op de polikliniek waar de longarts en de polikliniekverpleegkundige hem regelmatig zien.

De longarts heeft in overleg met de huisarts de patiënt en diens familie op de hoogte gesteld van de diagnose. De vrouw van de patiënt wil hem zolang mogelijk thuis verzorgen. De polikliniekverpleegkundige neemt daarop contact met de wijkverpleegkundige op om te bezien hoe zij haar in het gezin kan introduceren. De relatie die de polikliniekverpleegkundige met het gezin heeft opgebouwd, maakt het mogelijk met hen na te gaan welke zorg de wijkverpleging in brede zin kan bieden. De patiënt en diens familie krijgen zo duidelijke informatie over de wijze en het tijdstip waarop de wijkverpleegkundige kan worden ingeschakeld en bemiddeling daarbij van de polikliniekverpleegkundige.

Een oudere dame wordt met een ingegroeide teennagel verwezen naar de polikliniek chirurgie. Voordat de ingreep wordt verricht, gaat de polikliniekverpleegkundige na of de patiënt familie of kennissen heeft die haar de eerste twee dagen kunnen helpen bij het maken van een zeepbadje tweemaal per dag en het opnieuw verbinden van de teen. De patiënte is reumatisch dus die hulp is wel nodig. Er blijkt een buurvrouw te zijn die 's avonds kan helpen. In overleg met de patiënte, polikliniekverpleegkundige en de wijkverpleegkundige wordt afgesproken dat de wijkverpleegkundige de eerste paar dagen de wond zal controleren, het zeepbadje verzorgen en in de gaten zal houden of er nog voor verdere hulp gezorgd moet worden.

bron: discussienota "Continuïteit in de praktijk"

steeds uitgangspunten, die in het dagelijks getrippel rond het bed van de patiënt in de verste verte niet gehaald worden.

Bezien vanuit de dagelijkse praktijk: van de verpleegkundige is het een nobel streven om het methodisch werken in de verpleging te benadrukken en hiermee een verbinding te leggen met de overdracht van zorg van wijkverpleegkundige naar ziekenhuisverpleegkundige en omgekeerd. Want in de praktijk verlopen, zoals ook in het rapport gesteld wordt, noch het methodisch werken noch de overdracht erg ideaal. De praktijk van alledag is een te grote spelbreker. Niet alleen de alledaagse drukte staat de fraai gefor-

muleerde doelstellingen in de weg, ook het onvoldoende geïnformeerd worden door artsen over opname of ontslag is een grote hinderpaal. Naast deze algemene problemen worden in het rapport ook achtergronden genoemd, specifiek voor wijkverpleging, polikliniek- en ziekenhuisverpleegkundigen, die verklaren waarom met name de overdracht niet of gebrekkig functioneert.

De wijkverpleegkundige aarzelt soms een polikliniek- of ziekenhuisverpleegkundige in te schakelen omdat ze bang is dat de patiënt te afhankelijk van het ziekenhuis zal worden. Ook komt het voor dat ze denkt bekritiseerd te worden door poli- en- ieken-

huisverpleegkundigen, omdat deze van mening zijn dat een patiënt te laat wordt doorgestuurd.

Vaak werkt men in het ziekenhuis nog op een wat ouderwetse (autoritaire) manier terwijl wijkverpleegkundigen meer nadruk leggen op de emancipatorische kant van de zorg. "Veel goede dingen die een wijkverpleegkundige in haar contacten met bijvoorbeeld chronische patiënten opbouwt kunnen door de manier van werken in ziekenhuizen afgebroken worden", aldus Aaf van Essen, verpleegkundige en werkzaam bij de dienst voorlichting van het AZUA. "Ook voor een wijkverpleegkundige is het altijd maar weer een gok waar "haar" patiënten terecht komen".

De polikliniekverpleegkundige heeft vaak een gebrekkig inzicht in de achtergrond van de bezoekers. Het behandelen en het telkens terug laten komen van de patiënt is dan vaak eenvoudiger dan het organiseren van wijkverpleegkundige zorg en het nagaan of de patiënt thuis verder verzorgd kan worden.

De ziekenhuisverpleegkundige tenslotte ziet zich nogal eens voor het probleem geplaatst dat patiënten zelf niet zo'n behoefte hebben aan het mee-organiseren van een goede nazorg. Bovendien is het voor hen vaak niet duidelijk wat er in de thuiszorg allemaal mogelijk is. De afscheiding tussen de verschillende soorten verpleging blijkt in de praktijk nog steeds erg groot te zijn.

Wat houdt de samenwerking concreet in?

Aaf van Essen: "In de nazorg van bijvoorbeeld kankerpatiënten is een goede samenwerking tussen wijk- en ziekenhuisverpleegkundigen belangrijk. Maar ook in de dagbehandeling in de polikliniek kan een ingrijpende gebeurtenis zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld wanneer in de loop van onderzoeken op de interne poli duidelijk wordt dat er sprake is van een ernstige aandoening. Momenteel gebeurt er weinig aan een gezamenlijke begeleiding van deze patiënten. Maar in de voormalige Voorpost Ganzenhoef was er wel degelijk ruimte voor begeleiding en gezamenlijk bespreken van de verdere hulpverlening.

Ook is het veelal organisatorisch onmogelijk dat een wijkverpleegkundige een poliklinische behandeling bijwoont; bijvoorbeeld wanneer een zwakzinnige nog thuiswonende jongen een kleine operatieve ingreep aan zijn teen moet ondergaan. Om deze jongen te ondersteunen en om eventueel te overleggen over de nazorg zou het goed zijn als de wijkverpleegkundige "er bij is"."



Foto: Ine van den Broek

## Vertrekpunt

Dit door de werkgroep uitgebrachte rapport kan een voorbeeldfunctie voor verpleegkundig Nederland vervullen. Het geeft een lijn aan, die niet eerder is uitgetoetst en het geeft praktische mogelijkheden om in de buurt te komen van het zo vaak afgesmeekte, maar nog niet bereikte, ideaal van eenheid in de beroepsgroep. Twee verpleegkundigen, die nauw betrokken waren bij de oprichting en het functioneren van de werkgroep (Aaf van Essen en Hanneke Hillman, adjunct-directeur verpleegkundige zaken bij het AZUA) zijn duidelijk niet ontevreden; met dit resultaat: "Het heeft lang geduurd voordat het uiteindelijke rapport er is gekomen, maar dat heeft alles te maken met het feit dat verpleegkundigen zo praktisch ingesteld zijn. Ze kwamen eerst niet verder dan het niveau van elkaar leren kennen en het maken van praktische afspraken met elkaar. Het was moeilijk om tot echte goede inhoudelijke discussie te komen. En om dat ook nog op papier te krijgen en dat te verkopen aan je organisatie, dan vraag je van praktisch ingestelde werkers nogal veel."

Dit rapport moet je zien als een vertrekpunt voor zowel de wijkverpleging als de ziekenhuisverpleging. Nu zal het geoperationaliseerd moeten worden. Als je dat niet doet, heb je er niets aan. De conclusies en aanbevelingen dienen in het beleid van de organisaties opgepakt te worden; aan de basis kunnen ze dienen als uitgangspunt voor discussies over samenwerking".

Het rapport is geschreven door en voor praktisch werkzame verpleegkundigen. Theoretisch gezien is het rapport dan ook mager. Problemen als medicalisering, verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn, gebrek aan contact tussen verpleegkundigen in wijk en ziekenhuis worden oppervlakkig behandeld. Een sterk punt van de rapportage is het onderdeel waar mogelijkheden van samenwerking en continuïteit via casuïstiek onderbouwd worden. Hierbij valt op dat de overdracht van wijk naar ziekenhuis veelal gefingeerd is. Daarentegen zijn nazorgcasussen levensecht weergegeven. De kracht van het rapport ligt dan ook duidelijk in de praktische handvaten, die aangereikt worden. Daarnaast kunnen organisaties die werkelijk de samenwerking tussen wijk- en ziekenhuisverpleging van de grond willen krijgen veel hebben aan de conclusies en aanbevelingen, waar niet minder dan 17 pagina's van de brochure aan besteed zijn. Samenwerking tussen 1e en 2e lijn, een sprong voorwaarts voor de verpleging? Van Essen en Hillman geloven er wel in:

*"Deze nota kan aan de rest van verpleegkundig Nederland aangeven dat het wel lukt met die samenwerking tussen de 1e en 2e lijn. We zullen dat ook zichtbaar moeten maken met het vervolg erop. Maar het kan ook lukken, omdat in het AMC er nog veel verpleegkundigen doelbewust in de polikliniek gehandhaafd zijn. Dat is op zich al uniek in Nederland, want de uitverkoop van verpleegkundigen in poliklinieken is gigantisch geweest. Als de overheid het echt meent met de versterking van de 1e lijn, dan zullen verpleegkundigen terug moeten van de kliniek naar de polikliniek. Want daar kunnen verpleegkundigen invloed hebben op de toegang van de 1e naar de 2e lijn en daar zijn veel verpleegkundige mogelijkheden voor de continuïteit van zorg. Het sociaal-maatschappelijke aspect van verplegen is sterk geconcentreerd in de polikliniek en zorgt voor veel contactpunten met de wijkverpleging. Op de*

*poli gaat zich steeds meer afspelen. Dan zul je ook het accent van de verpleegkundige zorg hierop toe moeten spitsen. Dat is een vergeten stuk binnen de nederlandse verpleegkundige zorg".*

Een belangrijk doel is dat er meer direct overleg tussen wijk en ziekenhuisverpleegkundigen ontstaat. Maar ontstaat er niet tegelijkertijd een nieuwe circuit in de gezondheidszorg, een wijkverpleegkundige die een patiënt verwijst naar een ziekenhuisverpleegkundige? Aaf van Essen: "Nog niet zo lang geleden zijn in het Academisch Medisch Centrum een aantal patiënten opgenomen die door wijkverpleegkundigen aangemeld waren. Deze verpleegkundige opnameverwijzing heeft veel stof doen opwaaien, vooral omdat er niet zozeer sprake was van een medische indicatie maar juist van een zorg indicatie".

Het rapport en ook de toelichtende op-



Foto: Ine van den Broek



merkingen van van Essen en Hillmann laten zien dat er iets is losgemaakt in de samenwerking tussen wijk- en ziekenhuisverpleging. Zoals te begrijpen valt levert het onontgonnen terrein van de samenwerking ook nog veel discussiepunten op. In de nota worden er dan ook heel wat opgelepeld. Enkele saillante punten daaruit zijn:

- de voorkeur voor thuiszorg, die zo lang mogelijk gaande gehouden moet worden. Eén en ander in verband met de te fragmentarische hulpverlening in het ziekenhuis;
- coördinatie van zorg wordt te zeer ondermijnd door een veelheid aan "specialisten" in wijk en ziekenhuis. Betrekken van verpleegkundigen bij opname en ontslag van patiënten zou een mogelijke verbetering van de coördinerende positie in kunnen houden. Evenals de verduidelijking van samenwerkingsafspraken ;
- de privacy van patiënten moet goed bewaakt worden. Die komt te snel in het geding bij overdracht van de ene naar de andere verpleegkundige;
- de polikliniek zou in zekere zin model moeten staan voor coördinatie en continuïteit van zorg;
- slechts bij nazorg vanuit de kliniek is er sprake van gegroeide samenwerking.

### Tegengestelde belangen

We nemen aan dat deze discussiepunten niet opgenomen zijn om het voorgaande in de nota te ondermijnen. Jammer is echter wel dat de discussie in de betreffende hoofdstukken niet grondiger is gevoerd. Zo is de voorkeur voor thuiszorg wellicht een gemeenschappelijk gedeeld standpunt, maar naar ons inzicht vanuit tegengestelde belangen benaderd. Voor de wijkverpleging is het van belang de patiënt in zijn eigen omgeving te houden, terwijl het ziekenhuis het belang van thuiszorg vooral ziet als er extra project-subsidies verworven kunnen worden. Kortom, het hulpverleningsbelang van de wijkverpleging tegenover het financiële belang van het ziekenhuis. Nog duidelijker komt deze tegenstelling aan het licht, wanneer het om coördinatie van zorg gaat. Op dit punt wordt het strijdbijltje tegen huisartsen en specialisten terecht opgenomen. De voorgestelde verbeteringen gaan echter niet ver genoeg. Samenwerking tussen wijk- en ziekenhuisverpleging zal door de huidige versnipperde, door medici gedomineerde gezondheidszorgstructuur ernstig belemmerd worden. Het ideaal van continuïteit van zorg is daarom niet alleen een interne verpleegkundige aangelegenheid, zoals de samenstellers suggereren, maar raakt de structuur en het functioneren van de gehele gezondheidszorg. Het alleen maar hameren

op de beroepsidentiteit en het verontachtzamen van de machtsverhoudingen binnen de gezondheidszorg kunnen de mooi geformuleerde idealen ernstig frusteren.

Uit de bezorgdheid om de privacy van de patiënt blijkt eens te meer dat verpleegkundigen, wat die privésfeer betreft, dicht bij het vuur zitten. Overdracht is een kernbegrip geworden, ook al wordt die in nota en toelichting gerelativeerd. Wij pleiten voor het betrekken van patiënten bij het opstellen van overdrachtsprotocollen.

Ook de rol van de polikliniek roept vraagtekens op en maakt ons bewust van de problemen die samenwerking tussen 1e en 2e lijn ondervindt. Het overheidsbeleid lijkt erop gericht gemakkelijk toegankelijke en relatief goedkopere poliklinieken veel werk van ziekenhuizen te laten overnemen. Echter ook hier zal vermoedelijk het financiële belang van de verrichtingsmachine het winnen van het belang van samenwerking tussen 1e en 2e lijn, met inbegrip van de thuiszorg.

Optimisten als verpleegkundigen zijn, zullen ze zich door dit soort gedachten niet laten weerhouden om te werken aan de hele serie aanbevelingen die de werkgroep geformuleerd heeft. Maar dat de samenwerking afhankelijk is van voorwaarden, die vanuit instellingen en instanties geschapen moeten worden, heeft de werkgroep goed begrepen. Het laatste hoofdstuk van de nota eindigt dan ook met een paragraaf gericht tot nieuw op te richten werkgroepen op het terrein van de continuïteit van zorg. En terecht, want alles staat nog in de kinderschoenen.

Continuïteit in de praktijk

Redactie Lucy Schmitz; Amsterdam mei '85

Verkrijgbaar bij SAK (020-767722)  
AZUA (020-5663240)  
SGZ (020-904313)



# Sociale geschiedenis Engelse geneeskunde

Er is de laatste tien jaar een groeiende belangstelling waarnaar voor de sociale en politieke geschiedenis van geneeskunde en gezondheidszorg in Europa. Het beseft dat het moderne westers cultuurpatroon mede een product is van gezondheidsinstellingen, zal daar zeker toe hebben bijgedragen. Maar ook de twijfels van het laatste decennium over de hoogtechnologische geneeskunde doen bij velen blijkbaar de vraag rijzen hoe het allemaal zo is gekomen. Het zoeken naar verdwenen tradities in de geneeskunde helpt sommigen bij het zoeken naar alternatieven nu. Onderzoeken, die volksgezondheid en geneeskunde als culturele, sociale of economische fenomenen weten te beschrijven, zijn daarbij van belang. Dan wordt zichtbaar gemaakt hoe samenlevingen reageren op gezondheidsproblemen, hoe gezondheid en ziekte reageren op veranderingen in de samenleving en ook hoe gezondheid en ziekte verweven zijn met belangentegenstellingen en politieke macht.

Eddy Houwaart introduceert in dit artikel een engelse vereniging waarbinnen deze problemen regelmatig aan de orde komen.

## Society for the social history of medicine

Een organisatie die zich sinds 1969 ten doel stelt sociaal-historisch vragen te bestuderen, is "The Society for the social history of Medicine" in Engeland. Zij onderhoudt nauwe banden met de Wellcome Unit for the history of medicine in Oxford. De Wellcome foundation is een internationaal werkzaam farmaceutisch bedrijf, dat al zo'n zeventig jaar een, inmiddels, zeer groot, medisch-historisch instituut in Londen beheert. De medewerkers van de society zijn afkomstig van verschillende historische, sociologische en polytechnische instituten in Engeland, maar enkelen zijn ook werkzaam in basisgezondheidsdiensten of ziekenhuizen. Samen staan ze garant voor een indrukwekkende hoeveelheid studies en conferenties, waarvan samenvattingen halfjaarlijks in het tijdschrift van de society verschijnen.

Regelmatig terugkerende aandacht krijgt natuurlijk de situatie in de Engelse gezondheidszorg. Zo is door Thomas Acton de laatste jaren onderzocht hoe na 1945 de oorspronkelijke doelstellingen van de "19de eeuwse" public health langzaam uit het zicht zijn verdwenen. De zogenoemde medical officers of health en community physicians (een soort preventiewerkers) hebben sterk aan prestige ingeboet en moesten plaats maken voor een onstaatbare opmars van de klinici. De sinds 1900 door deze officieren ontwikkelde sociologie van gezondheid werd na 1950 ingevuld voor een sociologie van ziekten. Dat wil zeggen, het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar het eventueel gezondheidsbedreigend fysiek en sociaal milieu ging zich dienstbaar maken aan de behoeften van de kliniek om bepaalde ziekten in de samenleving te inventariseren.

De public health kreeg sinds 1945 te maken met een geringere politieke en wetenschappelijke waardering, met bezuini-

gingen en opheffing van diensten. Deze aftakeling van de public health bracht de society ertoe in 1984 een conferentie te organiseren, waar geprobeerd werd de sociaal-historische wortels van de openbare gezondheidszorg te traceren. Daarnaast werd getracht de invloed ervan op de ziekte- en sterftecijfers en de volksgezondheid in het algemeen vast te stellen (environmental health: airs, waters, places).

Niet alleen de public health heeft een negatieve ontwikkeling doorgemaakt, ook het vak huisartsgeneeskunde (the family-doctor) is geleidelijk steeds meer uitgehold. Niet zo verassend, daar de engelse huisarts van oudsher een bijzondere positie bekleedt in het netwerk van preventieve gezondheidszorg, die zoals gezegd in betekenis is afgenomen. De veranderingen in de engelse huisartsgeneeskunde in de 20e eeuw ontsnappen dan ook niet aan de aandacht van leden van de society, zoals Margot Jefferys (Re-thinking general practice) en David Armstrong. Van de laatste is eerder in dit tijdschrift het boek Political anatomy of the body besproken.

## Industriearbeid en werkloosheid

Hoe reageren gezondheid en geneeskunde op sociale en sociaal-economische veranderingen, is natuurlijk een vraag die dikwijls door medewerkers van de society wordt gesteld. Vele studies zijn verricht naar verbanden tussen industriearbeid en tuberculose of hart- en vaatziekten, maar ook naar de politieke strijd, die in het verleden heeft plaats gevonden rond het begrip "bedrijfsongeval". De uitkomst hiervan is belangrijk geweest voor de vraag wat als oorzaak van ziekten onder arbeiders mag worden gezien en of arbeiders recht hadden op ziekteuitkeringen. Opvallend zijn hier de bijdragen van Duitse zijde, vooral mogelijk gemaakt door de vakbondsgevoelige universiteit van Bremen (Dokumentation zur Soziogenese der Arbeitsmedizin und deze Betriebswesens in Deutschland ab 1835). Een dozijn studies op dit gebied is eind vorig jaar onder redactie van Paul Weindling (Oxford) gebundeld tot een boek, onder de titel "The social history of occupational health". Verder is in samenwerking met het "Centre for economic Policy research" in 1985 een conferentie georganiseerd over werkloosheid en gezondheid.

Een onderwerp dat alleen daarom al in Engeland uitvoeriger kan worden onderzocht, omdat de registratie van sterfte- en ziektegegevens daar zoveel beter is geregeld dan in ons land. Een belangrijk discussiepunt op deze conferentie was welke effecten van (extra) gezondheidsvoorzieningen konden worden verwacht en waaraan een sociale politiek moest bestaan, gezien de moeilijk aan te geven relatie tussen de groeiende werkloosheid en het dalende gezondheidspeil van bevolkingsgroepen. In dit verband spande men zich eerder al in om samen met de overkoepelende Britse vakbondsorganisatie TUC te komen tot een herdefiniëring van de National Health Services. Daaruit bleek eveneens dat men zich ter linkerzijde zeer goed bewust was van de crisis, waarin zowel de genationaliseerde gezondheidszorg als de public health verkeert.

## Women and Health

Heel anders benadert bijvoorbeeld Charlotte Mackenzie de betekenis van sociale veranderingen voor de geneeskunde. Zij liet in een lezingencyclus "Women and Health" zien hoe in het laat-Victoriaanse Engeland de eerste vrouwelijke psychiaters probeerden te komen tot een andere diagnosestelling met gebruik van geheel andere begrippen dan onder manlijke dokters gebruikelijk was. Voor de zogenaamde hysterische patiënte maakte het rond 1900 nogal eens uit of ze door een vrouwelijke of een manlijke dokter werd onderzocht. Onder het hoofd Women and Health circuleren verder over het algemeen studies naar geboortebepaling in het verleden, die onder meer zouden hebben geleid tot een grotere greep van politiek en (medische) wetenschap op het leven van vrouwen.

Engeland kent een lange traditie van koloniale geneeskunde. In tijden dat het nog een wereldmacht was, kon men over de

hele wereld Engelse artsen aantreffen, die in de koloniën zowel onderzoek onder de plaatselijke bevolking verrichtten als probeerden de gezondheid van die bevolking op peil te houden. Dit laatste niet zelden omdat de Engelsen zelf daar baat bij hadden. Hun activiteiten zijn natuurlijk niet zonder gevolgen gebleven. Zij hebben een begin gemaakt met de aanwezigheid van de westerse geneeskunde in Azië en Afrika. Dit jaar zal de society een conferentie aan dit thema wijden door middel van lezingen over o.a. de koloniale geneeskunde in India, de public health in Belgisch Congo en epidemieën in Rhodesië (het huidige Zimbabwe).

Al eerder, in 1983, werd in samenwerking met de African Studies Association een studie-dag gevuld over de vraag hoe in het verleden gezondheidsprogramma's hebben bijgedragen aan de introductie van een Westers regeringsapparaat in het binnenland van Afrika. Bijzondere aandacht heeft ook de situatie in Zuid-Afrika, die wat betreft de bestrijding van epidemieën slechter wordt genoemd dan vroeger. Zotoonden bijvoorbeeld mijn directeuren zich tussen 1880 en 1940 uit welbegrepen eigenbelang heel wat zorgzamer voor de gezondheid van de zwarte bevolking dan het huidige racistische regiem. Terwijl vroeger epidemieën onder de zwarte bevolking in ieder geval gedeeltelijk werden bestreden, worden grote epidemieën van de laatste vijfjaar (polio, cholera, typhus) door de regering Botha vrijwel doodgezwegen.

Slechts een kleine greep uit de grote hoeveelheid activiteiten van de society laat al zien hoe vruchtbaar het verband tussen gezondheid en politiek kan worden verhelderd; hoe actuele politieke discussies kunnen worden onderbouwd. Voor de volledigheid noem ik nog projecten rond ouderdom en popularisering van medische kennis, maar degene die er echt meer van wil weten, schrijve naar:

Adrian Allen, University Archives, Arts Reading room, P.O.Box 147, Liverpool L 69 3BX.

**Eddy Houwaart**

# BOEKEN

## Ziektekosten - verzekering

Mw. Prof. Mr. H. Roscam Abbingen Prof. Dr. F.F.H. Rutten, **Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringstelsel in Nederland**. Een economisch-juridische studie. Serie Gezondheidsrecht nr. 15, Kluwer, Deventer, 1985. Prijs: f 36,25.

De pas benoemde algemeen secretaris van de Ziekenfondsenraad P. Beintema stelde in een interview in de Volkskrant dat een volksverzekering tegen ziektekosten niet alleen goed is, maar ook onvermijdelijk. Onvermijdelijk of niet, er is op dit moment helaas weinig uitzicht op zo'n volksverzekering. Voorstellen en rapporten zijn er genoeg. Verschillende adviesorganen en belangengroepen hebben zich de laatste jaren voor een volksverzekering in één of andere vorm uitgesproken. Ook in het parlement kan een volksverzekering tegen ziektekosten op enige steun rekenen. Müller-van Ast (PvdA) en Lansink (CDA) houden er in ieder geval op gezette tijden een pleidooi voor. Zelfs CDA-staatssecretaris Van der Reijndervond het enige maanden geleden nodig om aan de Tweede Kamer zijn persoonlijke denkbeelden (nadrukkelijk niet die van het kabinet) te ontvouwen over een mogelijke volksverzekering. Maar tegelijkertijd dreef hij wel zijn plan door de Kamer om de vrijwillige en de bejaarden-ziekenfondsenverzekering op te heffen, waarmee een volksverzekering bepaald niet dichterbij werd gebracht.

Kortom: veel geschreeuw en weinig wol. Tegen deze achtergrond moet het nieuwe voorstel worden beschouwd, dat H Roscam Abbingen FFH Rutten hebben gedaan in hun vorig jaar verschenen "Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringstelsel in Nederland". Dit voorstel vormt het sluitstuk van deze economisch-juridische studie. De aanloop daartoe bestaat uit een drietal hoofdstukken over de geschiedenis, de werkingssfeer en de solidariteits-elementen van het huidige stelsel van ziektekostenverzekering, afgewisseld door twee hoofdstukken over de financiering en de planning van de gezondheidszorg. De auteurs, beiden hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Limburg in respectievelijk het gezondheidsrecht en de economie van de gezondheidszorg, concluderen na een historisch overzicht van de wetgeving (svoorstellen) dat met name praktische problemen de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering in de weg hebben gestaan. Dit historisch overzicht voegt naar mijn oordeel niets toe aan wat al bekend was uit andere literatuur; het biedt ook geen totaaloverzicht van deze literatuur en het bevat evenmin een politieke analyse van de historische ontwikkeling.

Met hun conclusie hebben Roscam Abbing en Rutten de problematiek rond de ziektekostenverzekering van zijn politieke kanten ontdaan, zodat de weg is vrijgemaakt voor een technocratische oplossing. Geheel in de geest van de jaren tachtig wordt deze oplossing gezocht op de markt. Zostellen de auteurs vast dat prikkels om de gezondheidszorg goedkoop te houden in de huidige structuur ontbreken. Daarom moeten concurrentie en een eigen bijdrage worden ingevoerd. Met enkele tabellen wordt gedemonstreerd dat iedereen tegenwoordig zoveel verdient, dat men in staat moet zijn om een deel van zijn inkomen te reserveren voor uitgaven in de sfeer van de gezondheidszorg. Een verplichte verzekering hoeft daarom in de ogen van de beide auteurs niet alle ziektekosten te dekken. De planning van de gezondheidszorg kan volgens hen beter worden overgelaten aan de financiers dan aan de provincies en de gemeenten, zoals is geregeld in de Wet Voorzieningen Gezond-

heidszorg. Dit soort overwegingen leidt uiteindelijk naar het laatste hoofdstuk, waarin een voorstel wordt gedaan voor een verplichte verzekering tegen ziektekosten, waarin de gehele bevolking is opgenomen (volksverzekering). Premieheffing geschiedt naar draagkracht (tot een bepaald maximum). Op grond van deze verzekering kan iedereen aanspraak maken op een beperkt pakket medische voorzieningen. Beperkt, want elke voorziening die niet strikt noodzakelijk is, die men ook wel zelf kan betalen, die niet rechtstreeks de gezondheidszorg betreft (bijvoorbeeld taxivervoer, tandartsenbulp (b)) of die direct voortvloeit uit een persoonlijke keuze (bijvoorbeeld kraamzorg, anticonceptie) valt buiten het pakket. Voor het gebruik van elke voorziening moet tot een bepaald maximum een eigen bijdrage worden betaald. Voor voorzieningen, die niet in het pakket zijn opgenomen, kan men zich zonodig op de markt bijverzekeren.

De uitvoering van de volksverzekering komt in handen van de ziekenfondsen. Zij worden gebonden aan een bepaald budget. Daar staat tegenover dat zij de vrijheid krijgen om zelf te bepalen met welke hulpverlener of instelling zij willen contracteren (nu moeten zij elke hulpverlener en instelling binnen hun verzorgingsgebied accepteren.) De tarieven voor medische verrichtingen worden voortaan niet meer landelijk gefixeerd, maar slechts aan een maximum gebonden, zodat de ziekenfondsen in zee kunnen gaan met degenen die de laagste prijs vragen. Zo ontstaat concurrentie tussen de hulpverleners. Maar ook de ziekenfondsen gaan met elkaar concurreren. De keuze van de patiënt voor een bepaald ziekenfonds, krijgt namelijk gevolgen voor de premie die hij moet betalen. Hij zal zich dus aansluiten bij het ziekenfonds dat het goedkoopst werkt. Dit zijn de hoofdlijnen van het voorstel, waarop enige variatie mogelijk is.

Getallen ontbreken, maar als we de auteurs mogen geloven vinden er geen grote inkomensverschuivingen plaats, gaan de lagere inkomensgroepen er niet op achteruit, krijgt de patiënt meer keuzevrijheid, vermindert de medische consumptie en wordt de gezondheidszorg goedkoper. Het is te mooi om waar te zijn. Ik beperk mij hier tot drie kanttekeningen.

In de eerste plaats wilden de auteurs een oplossing geven voor praktische problemen, maar hun voorstel zelft roept er een groot aantal op. Zo kunnen gespecialiseerde medische voorzieningen nauwelijks met elkaar concurreren, omdat vaak maar één instelling binnen een bepaalde regio zo'n voorziening aanbiedt. Ziekenfondsen worden door fusie steeds groter, zodat concurrentie tussen hen ook niet goed denkbaar is. Algemene eigen bijdragen leiden tot grote technische en administratieve problemen. In de tweede plaats lijken mij de politieke mogelijkheden voor een volksverzekering in deze vorm gering. De auteurs lopen wel erg ver vooruit op de voorzichtige discussie die is gestart over de introductie van marktelementen in de gezondheidszorg. Het heeft geen zin om klakkeloos Amerikaanse voorbeelden zoals de Health Maintenance Organizations naar Nederland over te planten. Hier wreekt zich waarschijnlijk het feit dat een (historisch-)politieke analyse in het boek ontbreekt. In de derde plaats is het effect op de volksgezondheid volstrekt niet te overzien. Wat heeft concurrentie tussen hulpverleners voor effect op de inhoud van de zorg? In hoeverre leiden eigen bijdragen er toe dat men geen gebruik maakt van een medische voorziening terwijl dat absoluut noodzakelijk is? Zal men zich inderdaad gaan bijverzekeren voor voorzieningen die niet in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen en zo nee, dat zijn daarvan de gevolgen? Op deze vragen gaan de auteurs niet in. Zij laten zich voorstaan op hun multidisciplinaire aanpak, maar economie vormt de hoofdmoot. Het lijkt weop dal Roscam Abbing en Rutten meer zijn geïnteresseerd in een w goedkoop mogelijke gezondheidszorg dan dat zij de toegang tot een kwalitatief goede gezondheidszorg voor iedereen gelijkelijk willen waarborgen. En om dit laatste gaat het toch bij een volksverzekering tegen ziektekosten.

# KORT & GOED

## BROCHURE

Bij Het Beterschap liggen stapels brochures klaar: er zijn maar liefst vijf nieuwe drukwerkjes verschenen. Om te beginnen is er "Dwang in de B, wat doe ik ermee", over de dagelijkse dwangtoepassing in de psychiatrie. Die gebeurt openlijk, subtiel, bewust, onbewust, therapeutisch ... ook door verpleegkundigen en verzorgenden. Wat doe je ermee? (kosten: f 8,50 voor leden van Het Beterschap en f 10,- voor niet-leden). Dan is er een brochure van de Vaste Commissie Levensbeschouwing getiteld: "Doodsbenauwd, ook verpleegkundigen en verzorgenden zijn betrokken bij euthanasie". Het onderwerp euthanasie wordt daarin belicht vanuit leensbeschouwelijke, ethische en juridische zijde en vanuit de beroepspraktijk van verpleegkundigen en verzorgenden. (kosten: f 8,50 leden, f 10,- niet-leden). De werkgroep Zwakzinnigenzorg maakte de brochure "De Z de bel aanbinden", die ingaat op taken, opleidingen en wettelijke regelingen voor verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg. Er wordt ook aandacht besteed aan de gezondheidsvoorzieningen die er in Nederland voor zwakzinnige mensen zijn. (kosten opnieuw f 8,50 leden, f 10,- niet-leden). De Werkgroep Verpleegkundigen in de psychiatrie boog zich over de vraag naar de nog-niet-ingevoerde wet BOPZ en stelde daarop uit eerder verschenen artikelen de brochure samen "De BOPZ doet wat met ons". (kosten: f 6,- leden en f 8,50 niet-leden). Tenslotte is er een informatiemap van de Werkgroep Schoolverpleegkundigen "Verpleegkundigen in de Jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen" uitgebracht.. Bij het samenvoegen van verschillende schoolartsendiensten tot één afdeling Jeugdgezondheidszorg van een Basisgezondheidsdienst stuit men vaak op uiteenlopende werkwijzen en disciplines. Daarnaast is er de druk van bezuinigingen. Wie daarover informatie en denkstof wil, kan in deze map vast iets vinden. (kosten: f 8,50 leden en niet-leden).

Voor alle brochures geldt dat ze besteld kunnen worden door de genoemde bedragen over te maken op giro 2487360 ten name van Het Beterschap in Utrecht, onder vermelding van de gewenste titel..

## Opmaat

De provinciale raden voor de volksgezondheid hebben ter gelegenheid van hun 25-ste verjaardag een boekje uitgebracht waarin stafmedewerkers van de raden bijdragen leveren. Tien hoofdstukken zijn er, en de titels variëren van "Hoe overleven wij het jaar 2000" tot "Het verpleegtehuis, een historische vergissing?" en "Gezonde advisering in de provincie". Te bemachtigen via de provinciale raad in uw provincie.

Nu hebt u iets in handen dat iedereen die zich druk maakt over de gezondheidszorg zou moeten lezen! Nu organiseert u een bijeenkomst waar vast veel mensen als ze het wisten belangstelling voor zouden hebben! Nu hebt u iets meegemaakt dat u kort en goed wereldkundig wilt maken! Stuur het op naar postbus 275, 2500 AG in Utrecht..

## Vergrijzen

Bij Het Beterschap zouden ze graag zien dat vergrijzen niet zo tobberig gezien wordt.. Dat betekent wel dat verpleegkundigen en verzorgenden plannen moeten maken over hoe zij bij kunnen dragen aan een prettig leven voor ouderen. Vrijdag 25 april 1986 is er daarom een congres met als titel "Onbezorgd Vergrijzen". Nadere informatie: Het Beterschap, Ganny Boer of Annemiek van der Linden, Koningslaan 6, 3583 GB Utrecht, tel.. 030-512321.

## Weten- schappers

"Nieuwe wetenschappers voor de gezondheidszorg" heet het boek; het is een verzamelbundel van artikelen gebaseerd op afstudeerwerkstukken Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg. Het zijn weergaves van de resultaten van de onderzoeken die de auteurs als doctoraalstudent hebben ondernomen. De terreinen waar het vak "gezondheidswetenschappen" in Maastricht in 1980 mee van start gegaan is, beleid en beheer van gezondheidsvoorzieningen, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en verplegingswetenschap, zijn vertegenwoordigd. De gepresenteerde onderzoeken blijken nogal "klassiek" van opzet, veel sporen van radicaliteit en vernieuwing in de sociale wetenschappen dragen ze niet.. Dat neemt niet weg dat onderzoek als dit in het rommelige gezondheidszorgwereldje een "progressieve kracht" kan vormen. Lees het er zelf op na. Het boek is te bestellen bij het secretariaat Gezondheidswetenschappen, mw. Tonnaer, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel.. 043-888700. Prijs inclusief verzendkosten f 12,50.

# MAASTRICHT

"Jongste Medische Fakuliteit ter vernieuwing der gezondheidszorg te Maastricht" heet de eerste Folia in een reeks van vier, die allemaal als inzet hebben een bijdrage te leveren aan de discussie over de toekomst van de zorg. De auteur, L. van der Maessen, beschrijft de motieven voor de vestiging van een nieuwe medische opleiding in Maastricht, in de tijd dat in Limburg net de mijnen gesloten waren. De nieuwe faculteit zou vertrekken vanuit de extra-murale zorg. Die zou het belangrijkste terrein vormen om in op te leiden en om wetenschappelijk onderzoek in en voor te verrichten. Zo zou de faculteit een stimulant kunnen zijn in het proces van omvorming van de gezondheidszorg in Limburg, een proefregio voor de invoering van de WVG. Het is in de tien jaar die volgden anders gelopen. Het Medisch Regionaal Centrum, dat het kruispunt van intra- en extramurale zorg moest ontwikkelen, faalt. De medisch specialisten weten het internationale gezelschap, dat was aangetrokken om de "basisfilosofie" van de faculteit te verwezenlijken, weg te pesten. Zij krijgen gaandeweg de overhand. Politieke en maatschappelijke organen spelen daarin een duidelijke rol. Zo verkiest een partij als de PvdA de werkgelegenheid boven vernieuwingen in de gezondheidszorg. Met behulp van de FNV en de Provinciale Staten wordt de bouw van een Academisch Ziekenhuis, zo modern als maar kan, doorgedrukt. De "basisfilosofie" verdwijnt nagenoeg van het toneel en van bezorgdheid daarover is weinig te merken. De kritiek van het eerste en enige gezondheidscentrum in Limburg, in Hoensbroek, is een uitzondering. Elders in de eerste lijn ziet men leidzaam toe en wordt ingelijfd in het technologisch festijn. Van der Maessen zet het helder op een rij - alleen de en-passant-rol van zakenman Melchior bij de (lobby voor de) nieuwbouw is hij vergeten ... Wèl worden er voorstellen gedaan voor instrumenten waarmee een beleid gevoerd kan worden dat veranderingen in de zorg iets succesvoller dichterbij kan brengen. Zouden ze dat op het ministerie lezen?

Als u zich erover wilt buigen: de Folia is uitgegeven door Somso, en voor f 15,- te bestellen bij het SISWO, Oude Zijds Achterburgwal 128, 1012 OT Amsterdam, tel. 020-240075.

## Bewegen

Hoe zal de zorgvraag van oude mensen die problemen hebben met hun "bewegingsapparaat" er in de toekomst uitzien? Welke zorg zal er op dit gebied naar de vergrijzing toeneemt, moeten worden aangeboden? Hierover wordt gesproken op vrijdag 23 mei 1986 in Nijmegen, op een symposium dat wordt gehouden ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de St. Maartenskliniek, een orthoedisch en reumathologische kliniek, tevens revalidatiecentrum. De titel luidt: "Vergrijzing en Bewegen: een zorg voor de toekomst". Inlichtingen: congresbureau Van Namen & Westeralen, Postbus 1558, 6501 BN Nijmegen, tel. 080-234471.

## Arbeid ft gezondheid

Van 22 tot en met 25 april 1986 vindt in de RAI in Amsterdam voor de derde maal het tweejaarlijkse ARBO'congres plaats. De organisatie is in handen van een hele rits verenigingen en instellingen die iets van doen hebben met "veiligheid, gezondheid en welzijn in verband met arbeid" (Van het Gemeenschappelijk Begeleidingsinstituut Ondernemingsraden tot de Nederlandse Vereniging van Veilig-

heidsdeskundigen.) Vier dagen lang zullen er parallel lezingen, discussiebijeenkomsten, paneldiscussies, workshops, films en informatiemarkten plaatsgrijpen. De congresgangers kunnen daar telkens vrijelijk hun keuze uit maken. Inlichtingen: ARBO 86 Congres, p/a Organisatie Bureau Amsterdam, Europaplein 12, 1078 GZ Amsterdam.

## Verloskunde

De Werkgroep Verloskunde zoekt nieuwe medewerkster. Deze werkgroep maakt deel uit van het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht en volgt de ontwikkelingen op het gebied van de verloskundige zorg vanuit het perspectief van vrouwen als belanghebbenden en als consumenten. Ze documenteert, onderzoekt en organiseert activiteiten voor vrouwen over zwangerschap en bevalling in de regio Utrecht. Ook wordt er intensief samengewerkt met andere consumentengroepen in Nederland. Zin om mee te werken? Nadere inlichtingen: tel. 030-340472.

KORT  
f  
GOED  
KORT  
f  
GOED  
KORT  
f  
GOED

## Voorlichting buitenlanders

Bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders ligt weer het een en ander te wachten op bestellingen. Een gids "Buitenlandse patiënten in het Ziekenhuis". Hierin treft u praktische en beleidsgerichte adviezen aan betreffende patiëntenzorg, patiëntenvoorlichting, bijscholing, opleiding en organisatieaspecten. Bovendien: belangrijke adressen, literatuur en onderzoeksgegevens. Over het thema "Buitenlandse Patiënten in Algemene Ziekenhuizen" is ook een onderzoek verricht, waarvan een onderzoeksverslag beschikbaar is. In het Turks-Nederlands en in het Arabisch-Nederlands zijn er vijf folders uitgebracht waarmee aan Turkse en Marokkaanse patiënten/cliënten duidelijk gemaakt kan worden hoe met geneesmiddelen om te gaan. Er is een algemene folder die probeert een bijdrage te leveren aan een betere omgang met geneesmiddelen, en er zijn er vier met informatie over specifieke toedieningsvormen, te weten: -tabletten/capsules/poeders; -dranken; -vaginale en rectale preparaten; -middelen voor oog/oor/neus. Gericht op Turken en Marokkanen is er ook een voorlichtingspakket over voeding. Tot slot is er een brochure gemaakt over "Surinamers in de Nederlandse Gezondheidszorg". Wie iets wil bestellen kan terecht bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlander, tel.. 03405-64844.

## UIA AIDCHT

Het SIneO, de Stichting Interventie en Onderzoek op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, heeft in opdracht van het Centrum voor Dienstverlening in Rotterdam een onderzoek gedaan naar de problematiek van weglopen en de rol van het wegloophuis. „Dwaalzucht in Rotterdam" heet het kleine boekje waarin het onderzoeksverslag verschenen is. De titel is ontleend aan een uitspraak die één van de geïnterviewde hulpverleners ontglipte: "En verder zie je dat weglopen voort kan komen uit een symptoom als dwaalzucht bijvoorbeeld; mensen die voortdurend op weg willen zijn, en vandaaruit onbedoeld weglopen". Uit het onderzoeksverslag rijst toch een iets ander beeld van de "problematiek van het weglopen". Bestellen kan, maak f 6,60 (incl. porto) over op giro 3583601 t.n.v. SIneO Utrecht, o.v.v. „Dwaalzucht".

Overigens hoeft de kennismaking met SIneO daar niet bij te blijven. De Stichting, die zich te doel stelt onderzoek te doen en initiatieven en alternatieven te stimuleren en ontwikkelen, heeft meer in petto. Zij wil van alles voor u doen: onderzoek verrichten, adviezen en voorlichting verzorgen, cursussen en andere bijeenkomsten (helpen) opzetten, publicaties verzorgen en verspreiden, en contacten in binnen- en buitenland organiseren. De kosten zijn in onderling overleg vast te stellen.

Inlichtingen: SIneO, Postbus 503,3500 AM Utrecht, tel. 030-318961.

## NA UE INRICHTING

"Het Leven na de Inrichting" heet het verslag van een "onderzoek naar uitgangspunten voor de ontwikkeling van Beschermd Wonen Nieuwe Stijl". In deel 1 geeft Henny Pries de achtergronden van het beschermd wonen weer: het ideaal "wonen" en „behandelen" in de psychiatrie niet langer aan elkaar te koppelen. Hoe kan de "woon component" ondergebracht worden waar ze hoort, bij huisvesting? Hoe kunnen (toekomstige) bewoners bij hun huisvesting betrokken worden? "Mijn verhaal is te beschouwen als een pleidooi om het proces van verandering, dat moet zorgen dat cliënten kunnen (blijven) wonen in plaats van verblijven, een goed doordacht en uiterst beweeglijk proces te laten zijn", schrijft ze. Het tweede deel van het boek is een beschrijving van een dagcentrum in de Londense wijk Camberwell. Een goed dagcentrum - waar niet ontkend wordt dat de mensen die er komen "patiënt" zijn, maar waar andere identiteiten de nadruk krijgen - is immers een voorwaarde voor het slagen van de scheiding "wonen"/"behandelen". Egbert van der Poel deed daarom ideeën op in Londen. Ten slotte vertellen in deel 3 Ans ter Laak en Doortje Kal over de manier waarop in de praktijk van de democratische psychiatrie in Italië mensen begeleid zijn die de inrichting verlieten na er jaren te hebben doorgebracht. Het geheel wordt afgesloten door drie bladzijden aanbevelingen.

"Het leven na de inrichting" is een uitgave van het Platform GGZ Amsterdam. Te verkrijgen door overmaken f 12,50 op giro 4926480 ten name van St. Ondersteuningsplatform GGZ, Amsterdam, o.v.v. de titel..

## Spraak- waterval

De ondertitel van het boekje "Spraakwaterval" luidt: "heeft de patiënt wat te vertellen?" In tien korte hoofdstukken wordt deze vraag beantwoord met een hoopvol "ja". Aan de hand van het proefschrift van Mary Fahrenfort, "Een doktersroman", wordt verteld dat patiënten in de spreekkamer meer in te brengen hebben dan pessimisten ons willen doen geloven. Vervolgens komen patiëntenverenigingen, klachtenbureaux, tuchtrecht, vrijheid van artskeuze, zelfhulpgroepen en vrouwengezondheidscentra ter sprake. In de inleiding wordt onder het kopje "wij en de gezondheidszorg" geconstateerd dat de ideale situatie nog lang niet is bereikt. Daar valt wat aan te doen, heet het dan. Werkgroep 2000 heeft deze bundeling van initiatieven die patiënten (kunnen) nemen uitgegeven, het is een bewerking van een radio-serie. Te bestellen bij Werkgroep 2000, tel. 033-13910. De prijs is f 6,75.

## ACTIVITEITENVERSLAG

In een mooi grijs koftje, met gele streep, hebben het Vrouwengezondheidscentrum en de Stichting Aletta uit Utrecht een verslag uitgebracht van de activiteiten die ze van 1983 tot in 1985 hebben ontplooid. Het is geen droge opsomming geworden van namen en data, maar een verhaal waarin de meer algemene en de dagelijkse bezwaren, idealen, vragen, vondsten en besommeringen ter sprake komen. In deel I worden de achtergronden en doelstellingen van het vrouwengezondheidszorgproject, dat het VGC en de daaraan gekoppelde huisartsenpraktijk Aletta vormen, beschreven. De ideeën worden als evenzovele in de loop van de tijd gedane "ontdekkingen" op een rij gezet. In deel II wordt aandacht besteed aan de opgebouwde organisatiestructuur en komen de werkzaamheden ter sprake. Over de werkgroepen, de serviceactiviteiten en de huisartsenpraktijk wordt een boekje opengedaan. Het project lijkt niet zo hypergefixeerd op haar subsidie dat de dilemma's en problemen verdoezeld worden. Zo lezen we: "De tekortkomingen die vrouwen in de gezondheidszorg hebben ervaren, samen met de tekortkomingen in de rest van hun leven, leiden soms tot erg grote verwachtingen van, en ook wel teleurstellingen in, de feministische huisarts" (p 49). Door zulke opmerkingen gewoon te maken, is dit een leerzaam verslag geworden van deze "kristalisatiepunten van de vrouwengezondheidsstrijd".

Het verslag is te bestellen door overmaking van f 7,50 (f 5,- plus f 2,30 porto) op giro 75651 t.n.v. Crediet en Effectenbank Utrecht, o.v.v. rek.nr. 69.92.15.919 "act. verslag".

## Platform

Het Landelijk Patiënten/Consumenten platform heeft een folder uitgebracht waarin haar doelstelling, deelnemers, activiteiten en structuur kort zijn aangegeven. Het is handig en overzichtelijk. Nog veel bruikbaar is een andere uitgave van het platform. Dit heet "Schema Klachtenopvang". Het is een enorm groot vel, dat een plaats aan de muur van iedere patiëntengroep en trouwens ook van iedere wachtkamer verdient. Verticaal staat een lijst van instanties die zich met klachten in de gezondheidszorg bezighouden uitgezet. Horizontaal zijn kopjes gemaakt: als "taakomschrijving", "onafhankelijkheid", "sancties". Zo wordt van traditionele en experimentele, interne en externe, wettelijke en buitenwettelijke klachten procedures in de hokjes die het vel vullen informatie gegeven. Bovendien is aan het schema een grote lijst van relevante adressen toegevoegd. Inlichtingen: Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, Lt. Gen. van Heutszlaan 6, 3743 JN Baarn, tel. 02154-22130.

## Congres

Deze lente bloeien de congressen. Ook de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen organiseert er één. Het gaat over de relatie tussen overheid en particulier initiatief in de gezondheidszorg. 's Morgens "een theoretisch kader, een visie uit het veld en een visie van de kant van de overheid". 's Middags "zullen voorbeelden van particulier initiatief worden gepresenteerd waarbij duidelijk de wisselwerking met de overheid op positieve of negatieve wijze tot uitdrukking zal komen". Dit speelt zich af op 30 mei in de blauwe zaal van het Transitorium I, De Uithof Utrecht, van 10.00 tot 17.00 uur. Inlichtingen: C. van Kassteel, tel. 030-533550.

## I.V.G.

In plaats van een boek, hebben ze bij de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie (Bijhouwerstraat 6, Utrecht) een documentatiecentrum over de W(et) V(oorzorg) G(ezondheidszorg) gemaakt. Allerlei rapporten, documenten en onderzoeksverslagen liggen daar bij elkaar. Via een trefwoordenlijst kunt u er zo vinden wat van u gading is. Dinsdag 15 april wordt de zaak geopend, van dan af kunt u er van maandag t/m donderdag van 13.30-16.30 uur terecht.

## Ethiek, Recht ft lorg

Een volle dag wordt het op 25 april in het gebouw van de VU in Amsterdam. De stichting Sympoz organiseert daar een symposium over "Ethiek, recht & zorg", ondertiteld "grenzen en wensen van artsen en verpleegkundigen van nu en straks". Centrale vragen voor deze dag zijn: „-Welke verschuivingen aanzien van normen en waarden zijn zichtbaar? - Waar liggen de grenzen van en tussen verpleegkunde en medische beroepen? -Zijn er verdergaande wettelijke maatregelen nodig? Hoe kunnen we ethische vraagstukken zó benaderen dat er meer zekerheid en bescherming ontstaat voor medici en verpleegkundigen?“, 's Morgens krijgen hierover 9 mensen twintig minuten of een kwartier het woord, 's middags zijn er drie parallelsessies met telkens 4 inleiders en een forumdiscussie. Het geheel wordt door een plenair forum afgerond. Dan zijn intussen euthanasie, aids, het begin van het leven en de grenzen van de zorg besproken en zijn er visies op de plaats van recht en ethiek in de gezondheidszorg gepresenteerd. Inlichting: Stichting Sympoz, tel. 020-431499.



## VROUWEN

Gezondheidscentrum

"Het Vrouwengezondheidscentrum" in Utrecht zoekt feministische medewerksters (onbetaald) uit Utrecht of omgeving, voor min. 12u p.w. gedurende min. 1 jaar. Ervaring in werken met vrouwen en/of gezondheidszorg is gewenst. Info: di. avo en wo. mi. 030-312850. stuur je brief binnen 14 dagen naar Maliesingel 46 - 3581 BM Utrecht.

EEN EIGENZINNIG TIJDSCHRIFT

### PSYCHOLOGIE&MAATSCHAPPIJ

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

#### P&M 34, maart 1986: DE KLEUR VAN DE VERGRIJZING

Sociale factoren bij het ouder worden: afzetten tegen de middengeneratie. Oud in het jaar 2(X). Zelfbeeld en beleving van ouderen. Interview met Keesje Ruizeveld.

Verder aandacht voor Pierre Bourdieu en voor RIAGG-hulpverlening aan vrouwen. *Diskussie:* het boze en de burgerij. Mannen over verkrachting. *Opinie:* Moet Hitler in analyse?

#### P&M35, juni 1986: PSYCHOLOGIE EN MENTALITEITSGESCHIEDENIS

P&M, 150 blz. voor f 16,50  
Abonnement: 4 x P&M voor f 48,50 (of f 38,50)  
Opgeven bij Uitgeverij SUN, tel. (080) 22 1700  
Voor snelle beslissers twee gratis nummers uit 1983 of 1984.

# Cadeau:

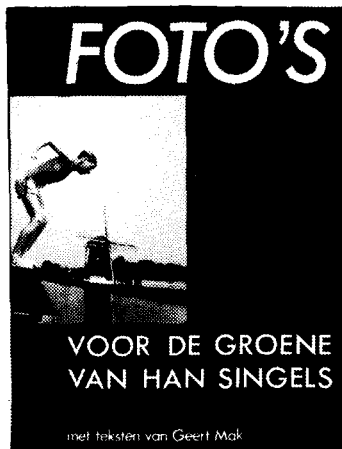
Het Grote Fotoboek van Han Singels als u nu abonnee wordt op De Groene

Han Singels, fotograaf van Drenthal 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 welkomsgeschenk.



VOOR DE GROENE  
VAN HAN SINGELS

met teksten van Geert Mak

DE GROENE - bekend elke week kleur

Ik abonneer mij op De Groene. Het abonnementsgeld betaal ik  
0 per kwartaal (f33,-) 0 per halfjaar (f63,-) 0 per jaar (f122,-)  
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.

K  
A  
T  
I  
J  
F  
F  
E  
M  
I  
N  
I  
S  
T  
I  
S  
T  
I  
C  
H  
R  
I  
F  
T

### In KATIJF nr. 31:

... Seks, la seka ala er aeks... op ataat  
De SM-Interventie In de vrouwenbeweging, het  
betere, beste orgasme, porno voor vrouwen:  
Waarvoor dit alles?

- Wie weet de weg ...  
K. rriër, zonder str...
- feminisme In Spanje  
Het kongres. In Barcelona  
De felle strijd
- interview met Peule Marshall

~ nra. J 5,25  
Een Monument kost. / 30,- per l.ar,  
s. o. o. op g. w. 1741515ln.Y. KATIJF,  
P.O. bus. 16572, Aotsterdam...

Geschenk: bundel met zwarte achtergrond,  
KA T.I.J.F.-uitgave.

## Uitgaven van de WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

Jolanda Dooyeweerd,  
Draagmoeders.

Een inventarisatie van de ontwikkelingen op het gebied van draagmoederschap.

WGU-Cahier 3. Uitgave i.s.m. Uitgeverij Trezor--  
Utrecht. (f 12,30)

Er wordt veel aandacht besteedt in de media aan het verschijnsel draagmoederschap. Tot nu toe was er echter nog geen overzichtswerk waarin de recente ontwikkelingen op het gebied van draagmoederschap in binnen- en buitenland (m.n. de Verenigde Staten) op een rijtje worden gezet. Naast deze praktische informatie geeft het boek ook juridische informatie en adressen van instellingen waar men met vragen omtrent draagmoederschap terecht kan.

Hans Verbraeck,  
Junkies.

Een etnografie over oude heroïnegebruikers in Utrecht.

WGU-Cahier 2. Uitgave i.s.m. Uitgeverij Trezor--  
Utrecht. (f 17,30).

'Dit boek kan boeiend zijn voor jeugdwerkers en mensen die regelmatig in contact komen met drugverslaafden. Het is niet saai om te lezen en geeft een duidelijk beeld van de wereld van de drugverslaafden'. (G.O.-Nieuws, Brussel).

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 in de regio Utrecht.

Bestellen door overmaken van het bedrag (inclusief porto) naar gironummer 5540505 van de Stichting WGU, postbus 9060, Utrecht onder vermelding van gewenste titel.  
Op dit adres is ook een volledige fondslijst aan te vragen.