

GEZONDHEID

& POLITIEK

TSJERNOBYL en NEDERLAND Regeringsmaatregelen doorgelicht

Nota 2000
A Health Odyssey?

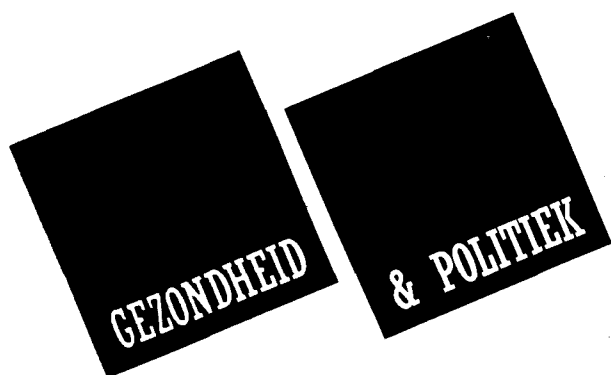
Thuiszorg:
Wijkzuster of
lekebroeder

Planning:
Radiotherapie

Vrouwen en dokters:
Een riskante relatie

Verpleegkundigen
Integratie dag- en
inservice onderwijs





Nota 2000

ABealth Odyssey?

Bet jaar 2000 zal een mooi jaar zijn. Het aantal hartinfarcten zal lager zijn dan in 1986. We openen een omgekeerde luchtbrug voor vaatlijdende Chinezen en Oost-Duitsers. Ook niet-boeren zullen in de verpleging werken en ieder, die kanker krijgt kan bestaand worden.

Bet jaar 2000 was tot voor kort nog uitsluitend internet voor kaartlezers, waarzeggers en andere falladen. Onder de verantwoordelijkheid van Van der Reijcken hebben nu ook de beleidsmakers van volksgezondheid zich op dit jaartal gestort.

Heydelberg en Frits Muller spreken hun waardering uit voor de brede opzet van de nota 2000. Zij signaleren echter ook grote onduidelijkheden en regelrechte fouten in de koppeling tussen analyse en beleid.

Pagina 6

Plannen is "in" en in-moeilijk

heropie als een voorbeeld

Bidden de B.V. Gezondheidszorg Nederland moeten we beter gaan plannen en managen", aldus de Nieuwe Kritiek op het gezondheidsbedrijf. Sigrid Sijthoff schets in gesprek met een planningsonderzoekster hoe het momenteel in de radiotherapie toegaat. De weg van concrete aanvraag van nieuwe bestaandingsapparatuur naar toewijzing is lang en onhegzaam. Procedures en toetsing van de aanvraag laten veel te wensen over. Het ministerie had zeven jaar nodig om een concept-planningsbesluit over uitbreiding van bestralingsapparatuur op tafel te leggen.

De minister en zijn adviescolleges ruziën over het gewenste aantal bestralingsapparaten. Daarbij rekent het ministerie uitgaande van de beschikbare hoeveelheid geld terug hoe groot de behoefte mag zijn.

Pagina 20

Vrouwen en dokters: een riskante relatie

Toen in december 1975 de Nederlandse vertaling van het "lijf-boek voor vrouwen" verscheen was de gehele oplage in één maand uitverkocht. Een duidelijk teken dat de vrouwengezondheidsbeweging ook in Nederland in opkomst was. Overal in het land ontstonden zelfhulpgroepen en vrouwengezondheidscentra. Ook probeerden vrouwen hun ideeën door te laten klinken in het reguliere medisch onderwijs.

Thea Dukkers van Emden werd in 1982 aangesteld bij de nieuwe vakgroep Vrouwenstudies Geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Met uitsluitend mannelijke collega's waren startproblemen niet te vermijden. In een afscheidsrede kijkt zij terug op haar moeilijke taak.

Pagina 24

Ziekenfondsen Nieuwe Stijl



Ziekenfondsen zijn in het defensief gedrongen door de recente opheffing van de vrijwillige verzekering en het verdwijnend perspectief van de volksverzekering.

Guus Bannenberg presenteert in dit artikel het Ziekenfonds Nieuwe Stijl. Hij ziet in een deregulering van de ziekenfondswet een goed instrument om de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg te wijzigen.

De auteur zet vraagtekens bij de fixatie in het overheidsbeleid op het invoeren van marktmechanismen aan consumentenzijde (eigen bijdragen en risico's). Hij pleit juist voor het introduceren van marktmechanismen aan producentenzijde.

Van centenschuivers naar prijsbepalers, van doktersfondsen naar consumentenbond.

Pagina 33

DE CENTRIFUGE ALS ULTIEME ANTI-CONCEPTIE

Het blijft tobben met de anti-conceptie, en het blijft een kwestie van zaad en eieren. Hoe te voorkomen dat Zaadje en Eicel versmelten, terwijl man en vrouw wel in elkaar opgaan... Via bijna alle mogelijke ingangen, aangrijpingspunten en methoden heeft men tot nu toe geprobeerd de Bevruchting te verwijderen. Grosso modo lukt dat aardig, wat nog niet wil zeggen dat de bestaande anti-conceptiemethoden ideaal te noemen zijn. Stuk voor stuk hebben ze hun bijwerkingen, bijvoorbeeld op beider (sex)leven of op haar lichaam.

Zo zijn er **condooms** die het zaad gevangen nemen, alvorens het zijn scheppende werk kan doen. Reuze veilig en zeer adequaat tegen ziektes, alleen... ze kunnen „knappen,” ze zijn meestal van de verkeerde lelijke kleur, en ze moeten „speels in het voorspel geïntegreerd” worden...

Crèmes die alle kleine hero's koelbloedig doden en daarmee Bevruchting onmogelijk maken, maar bij vrouw en man klevende vagina, handen en lid achterlaten. Bovendien schijnt er weliswaar geen kinderen en minder schimmel, maar wel kanker van te kunnen krijgen.

Pessaria die haar baarmoeder hermetisch de mond snoeren, waardoor ieder spermaatje de toegang tot een toekomst ontzegd wordt. Mits gecombineerd met genoemde kleefcrème. Het inbrengen is een precies karwei, en als je niet heel handig bent, nogal een getriemel. Bovendien moet je vinger intra-vaginaal, en dat hoort niet. De artsen, nog steeds moeilijk te omzeilen partners in de Zaak van de anti-conceptie, schrijven het pessarium - dan ook? - niet graag voor.

Ook kan hij **zingen in het kerkportaal** of samen **niet neuken**. Niet gezellig.

Of **de dagen tellen**, maar jij of je lichaam zullen zich eens vertellen...

En natuurlijk de **Chemie**, de **Hormonen**, de **pil**. In haast geen ander land is de pil zo populair als in Nederland. Vrouwen doen het er al jaren mee, en steeds meer zelfs: de Nederlandse vrouw eet de pil alsof het drop zou zijn. Gemakkelijk is de pil wel, zeker voor wie het dagelijks naar binnenwerken en niet-vergeten van een tablet geen crime is. Voor de bijwerkingen op lichaam en geest verwijs ik gemakshalve naar de bijsluiter, die buitenlandse vrouwen blijkbaar beter lezen dan wij.

Het **spiraaltje**, werkt als een fopspeen. Baarmoeder denkt, denken wij, „Ik ben al bezet en er zelfs lichtelijk ontstoken van geraakt. Wat mij betreft geen in-nestelingen meer.” Soms gooit ze het spiraal er weer uit. Met veel bloed en pijn.

Een nieuwtje op de markt zijn de **sponsjes**, die je in je vagina moet proppen. (In Nederland trouwens nog niet verkrijgbaar.)

Ze zijn een beetje doorlaatbaar voor zaad en daardoor een beetje veilig. Hier en daar worden ze gepropageerd als de oplossing voor weifelende dertiger-mevrouwen. Maar voor allen die niet *welles-nietes* een kind willen, geen goed idee.

Maar misschien komt het allemaal goed. De ideale manier van voorbehoeden is gevonden. En zoals het met de meeste geniale ideeën gaat, is ook dit idee eenvoudig. Het nieuwe voorbehoedmiddel heet: „**JONGETJE OF MEISJE, STRAKS VIA DE DROGIST TE REGELEN**” en is onder deze titel beschreven in *Hervormd Nederland* van 23 augustus 1986. Het schijnt met **centrifuges** te gaan, die binnen tien jaar bij de drogist te koop zullen zijn.

Het gaat als volgt: centrifugeer uit het zaad het **X-chromosoom**, dat voor de productie van een dochter zorgt. Gevolg is, dat in het zaad alleen nog maar **Y-chromosomen** zitten. Stop dit gecentrifugeerde zaad in een spuitje, insemineer jezelf ermee, en de geboorte van een zoon is gegarandeerd. In India centrifugerende ze al, is het gerucht.

Hervormd Nederland interviewde voor het genoemde artikel de bekende Utrechtse Hoogleraar gynaecologie, tevens voormalig zendingsarts op Java, **Arie Andries Haspels**, die - netjes - zegt alleen voor zulke methodes te zijn als ze ziektes voorkomen. (Bij sommige erfelijke ziekten wordt alleen het mannelijk familielid manifest ziek, maar is de vrouw - onzichtbaar - drager.) Maar even later zegt hij ook: „Het kan een geaccepteerde vorm van geboorteregeling worden dat 80% van de nieuwgeborenen jongens is. Het is een vorm van anti-conceptie als er minder vrouwen zijn.” ... Wat China betreft, zal het echter wel infanticide kunnen voorkomen.”

Vrouwen, daar gaan we. Zou de **centrifuge** aanslaan? Behalve dat eindelijk de meest sluitende vorm van anti-conceptie is gevonden, levert deze methode de jongens nogal wat voordelen op. Geen gezeik meer over „de relatie”'s nachts om vier uur als ze willen slapen. Lekker met de jongens onder elkaar, in welke vorm dan ook. Geen verwijten meer over de was, waar ze zo hun best op gedaan hebben, en die alleen maar een heel klein beetje lichtblauw is geworden. Niet meer iemand in hun buurt die regelmatig minstens even slim blijkt te zijn.

En wat een leven voor die ene baar moeder die nog over is...

Sigrid Sijthoff

INHOUD:

VERDE JAARGANG, NR. 3, oktober '86

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

kernredactie: Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma, Boes Willemsse.

redactieraad: Guus Bannenberg, Paul van den Berg, Annet Gerritsma, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermesen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Janita Janssen, Paul Juffermans, Joost van der Meer, Marloes Merkus, Annemarie Mol, Frits Muller, Marcel Post, René Purgay, Gerrit Salemink, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Rein Vos, Goof van de Wijn-gaart en de kernredactie

ontwerp omslag: Frans Rodermans
typografische adviezen: Victor Modderkolk
montage: KLUS, Groningen
foto's: Ine van den Broek
zetwerk: Fotozetterij Baptist, Groningen
drukwerk: Macula

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

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

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht, giro nr. 1461678

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

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

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

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

© Stichting Gezondheid en Politiek
Uitgeverij Macula
ISBN 0 167 8647

Sigrid Sijthoff	De centrifuge als ultieme anticonceptie	4
Erik Heydelberg Frits Muller	A Health Odyssey?	Nota2000 6
Wilma van Agthoven	Wijkzuster of lekebroeder	Thuiszorg 10
André Knottnerus	De sociale werkplaats wordt een bedrijf	L5-----
Gerard Goudriaan	De commercie in de houdgreep	18
Sigrid Sijthoff	Plannen is "in" en in-moeilijk	20
Thea Dukkers van Emden	Radiotherapie als voorbeeld	
Marianne Donker	Een afscheidsrede	24
Guus Bannenberg	Vrouwen en dokters: een riskante relatie	
Joost van den Meer	Reorganizing Mental Health Care	29
Cora van der Kooij e.a.	Kritiek op een analyse	
Wim Soppe	Ziekenfondsen Nieuwe Stijl	33
Tonny Horenberg	Het inwijdingsritueel	36
Renske Mast	Column	
Jos Dute	HOGE bomen vangen veel WIND	38
Gabrielle Verbeek	Verpleegkundigen analyseren arbeidsmarkt	
Ellen 't Hoen Hetty Zalmstra	, Tsjemobyl en Nederland	41
Herman van Aalderen	Regeringsmaatregelen doorgelicht	
Renée Bezing	Verpleegkundig onderwijs	44
	Integratie dag- en inservice opleidingen	
	Boeken	47
	Een trage ontsluiting	
	De Nederlandse gezondheidszorg	
	Kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg	
	Reacties	50
	Het verzetspotentieel van de vrouwengezondheidsbeweging	
	Geen verzetspotentieel in de patiëntenbeweging?	
	Beter Klachtrecht	
	Kort en Goed	54

Nota 2000

Het jaar 2000 zal een mooi jaar zijn. Het aantal hartinfarctpatiënten zal lager zijn dan in 1986. We openen een omgekeerde luchtbrug voor vaatlijdende Chinezen en Oost-Duitsers. Ook niet-boeren zullen in de verpleging werken en ieder, die kanker krijgt, kan bestraald worden.

Het jaar 2000 was tot voor kort nog uitsluitend interessant voor kaartlezers, waarzeggers en andere fantasten. Onder de verantwoordelijkheid van Van der Reijden hebben nu ook de beleidsmakers van volksgezondheid zich op dit jaartal gestort.

Erik Heijdelberg en Frits Muller spreken hun waardering uit voor de brede opzet van de nota 2000. Zij signaleren echter ook grote onduidelijkheden en regelrechte fouten in de koppeling tussen analyse en beleid.

Erik Heijdelberg, andragoog

Frits Muller, arts

Beide zijn werkzaam als adviseur maatschappelijke gezondheidszorg.

A health Odyssey?

Dit voorjaar verscheen, nog net onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris van der Reyden, de Nota 2000 "over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens". De Nota is een aanzet voor een inhoudelijk volksgezondheidsbeleid en sluit aan bij afspraken binnen de wereldgezondheidsorganisatie WHO, dat alle lidstaten zullen aangeven hoe men aan het WHO-doel "Health for All by the year 2000" denkt te voldoen.

Het lijvige werkstuk, bijna vierhonderd pagina's tekst, tabellen en modellen verdient om meer dan één reden aandacht en bespreking. We kunnen er niet omheen lovende woorden te spreken over het initiatief tot de Nota en de brede opzet ervan. Het gehanteerde model en het verband tussen analyse en concreet beleid vertonen daarentegen zulke grote onduidelijkheden en ook regelrechte fouten dat de vrees voor de zoveelste beleidsmatige blindganger niet ongegrond lijkt.

Afnemende meeropbrengst

Met de Nota 2000 is geprobeerd de verschillende zorginhoudelijke aspecten van het volksgezondheidsbeleid op één lijn te brengen. Een analyse van de

gezondheidstoestand van de bevolking en daarin te onderkennen trends en ontwikkelingen vormt hiervoor de basis.

Centraal in de nota is de constatering dat het na-oorlogse volksgezondheidsbeleid te veel op de zorgvoorzieningen is gericht. Er is te weinig uitgegaan van een brede visie op gezondheid en achterliggende factoren, de nota 2000 spreekt van "determinanten", die de volksgezondheid bepalen. Het beleid gericht op voorzieningen wordt geconfronteerd met een "afnemende meeropbrengst" van nieuwe technologie en voorzieningen in samenhang met een te sterke groei van de kosten.

De nota 2000 zoekt aansluiting bij een gezondheidsmodel dat onder invloed van de Canadese minister voor volksgezondheid Marc Lalonde, ontwikkeld en toegepast werd. Kernpunten van het gepresenteerde, iets aangepaste, model zijn vier factoren die de gezondheidstoestand van een bevolking beïnvloeden. Dat zijn achtereenvolgens biologische/erfelijke factoren, fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving en leefwijzen.

Volgens de nota 2000 moet een breed "gezondheidsbevorderend" beleid afgestemd zijn op een analyse van

deze vier factoren, die gezamenlijk de gezondheidstoestand "determineren". Dit beleid moet zich met name richten op bescherming en preventie en daartoe samenwerking zoeken met andere sectoren (en ministeries) zoals economie, milieu etc. teneinde tot "facetbeleid" te komen. In aansluiting op de gesignaleerde en te beïnvloeden gezondheidstoestand van de bevolking moet het gezondheidszorg systeem worden gezien. Een systeem dat in haar middelenvoorziening (personeel, gebouwen, programma's) zo nauw mogelijk moet aansluiten bij de wetenschappelijk vastgestelde, vraag van de bevolking. Dat is, zeer beknopt, de hoofdlijn van de Nota 2000, waarbij de schematische weergave van het model (zie afbeelding) fungeert als inhoudsopgave en rode draad van de nota.

Een lijn die bewondering afdwingt door de moedige ommezwaai van een sterk op de aanbodzijde gericht voorzieningenbeleid naar een oriëntatie op de vraagkant en de ontwikkelingen daarin. Daarmee geeft de nota een interessante inhoudelijke basis aan eerdere sterk op structuur en organisatie gerichte nota's als Structuurnota, Nota Basisgezondheidsdiensten en Schets Eerstelijnszorg.

De nota 2000, en dat is haar grootste verdienste, geeft voor deze inhoudelijke basis een buitengewoon gedetailleerde beschrijving van de gezondheidstoestand naar ziektecategorie, naar leeftijdsgroep en wat betreft specifieke gebieden als alcohol en gehandicapten. Wat ons nog "el van het hart moet is dat de nota slordig geredigeerd is. Er zijn veel overlappingsen en verschillende stijlen, begrippen worden soms niet, soms onduidelijk of met verschillende inhoud omschreven.

Trends in de gezondheidstoestand

De nota 2000 doet een aantal voorspellingen over het morbiditeitspatroon, de mortaliteit en de behoefte aan voorzieningen in het jaar 2000. Daarbij springt de verwachte vergrijzing van de bevolking in het oog. Dit zal er toe leiden dat in het jaar 2000 2,3 miljoen mensen (15%) ouder dan 65 zijn, waarvan circa 250.000 mensen ouder dan 85. Ten aanzien van de incidentie van kanker leidt deze vergrijzing bijvoorbeeld tot de voorspelling dat deze van 1980-2000 jaarlijks met 4 à 5% zal toenemen doordat de kans om aan kanker te sterven in de snelgroeende bevolkingsgroep boven de zestig het grootst is.

Dergelijke scenario's, gebaseerd op demografische ontwikkelingen en gesignaleerde trends in voorkomen en behandelingsmethoden van ziekten, vormen het hoofdbestanddeel van de nota.

Op grond van deze ontwikkelingen worden in een apart deel over het te voeren gezondheidsbeleid concrete aanbevelingen gedaan (bijvoorbeeld over het te voeren volumebeleid voor de voorzieningen).

Met de nota 2000 lijkt op het eerste gezicht een wedergeboorte van de sociale geneeskunde ingeluid. Omgevingsfactoren, breder geformuleerd dan directe werking van de gezondheidszorg, staan centraal. Collectieve voorlichting en preventie worden versterkt ten koste van zinloze, soms schadelijke en altijd kostbare curatie.

Hygiënisten uit de vorige eeuw als Sarphati en Coronel staan juichend op uit hun graf, om op het terrein van arbeid, educatie, milieuhygiëne en leefstijl (samen de determinant "maatschappelijke omgeving" in de nota) betere en gelijkere kansen op gezondheid voor allen te bereiken. Op bijna natuurlijke wijze wordt zo de gang naar kliniek en medicijn vertraagd of overbodig gemaakt. Dat is, nauwelijks gechargeerd, de belofte die de nota 2000 de lezer doet en die op een aantal punten om kritisch onderzoek vraagt.

Onvolkomenheden

In de eerste plaats is het de vraag hoe goed het gepresenteerde gezondheidsmodel zich leent voor de beloofde omslag van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. De te beïnvloeden factoren die de gezondheidstoestand bepalen worden in het model in vier clusters verdeeld: biologische (waaronder erfelijke) factoren, fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving en leefwijzen. Je zou verwachten bij elk van deze determinanten een uitgebreide risicoanalyse aan te treffen gevolgd door een profiel van haalbare interventies.

In de nota worden risico's van bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden en veranderingen in het fysieke milieu echter zeer globaal aangegeven. Duidelijke preventieve scenario's ontbreken. Anderzijds wordt er bij de determinant "maatschappelijke factoren" onderscheid gemaakt tussen arbeidsomstandigheden, educatie, recreatie en gezin en relaties. Een analyse van risico's vindt nauwelijks plaats maar meteen wordt naar het hoofdstuk strategie doorgegaan.

In de paragraaf educatie gaat het uitsluitend over vorming en gezondheidsopvoeding en -voorlichting (GVO). Er wordt niet stilgestaan bij het schoolmilieu als determinant voor suïcide, werkloosheid, alcohol- en druggebruik, en de kwaliteit van de arbeid, waarvoor wordt opgeleid. Elementen die verder in het rapport stuk voor stuk worden aangeduid als gevaarlijke trends of bepalende factoren voor de gezondheidstoestand van mensen. In de nota 2000 is de school

louter een milieu voor de vorming van gezondheidsbesef. De paragraaf "arbeid en gezondheid" richt zich uitsluitend op de gezondheidsrisico's van het "hebben" van arbeid en tipt, evenals in de rest van de nota de gezondheidsrisico's van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid slechts terloops aan. De enige concrete strategie is ook hier GVO binnen het bedrijf (in het kader van de AREO wet) en binnen de bedrijfsgezondheidszorg.

Opvallend bij de opsomming van maatschappelijke factoren is het ontbreken van die terreinen waarop GVO en preventie kennelijk géén voor de hand liggende strategieën zijn, maar waarvan, de gezondheidsbedreigende kanten wel bekend zijn. De integratie van allochtone groepen, de kwaliteit van huisvesting en woonomgeving, de mate van deelname aan maatschappelijke voorzieningen en de gezondheidsrisico's van niet deelnemen aan het arbeidsproces zoals drank- en

drugsgebruik, psychische problematiek etc. komen niet aan de orde. Grote afwezigheid in het gehanteerde gezondheidsmodel is daarmee een operationalisering van sociale ongelijkheid in de zin van ongelijke kansen op gezondheid. Daardoor blijft het op dat terrein bij, kras door de Nota verspreide, constatering als:

- alloctonen gebruiken meer drugs.
- lager geschoolden hebben meer ongevallen.
- in de laagste sociaal-economische klasse komt meer kanker en caravoor.
- vrouwen gaan vaker naar de dokter, maar leven langer dan mannen.
- Turkse en Marokkaanse kinderen hebben een grotere kans op brandwonden.

Opvallend is dat er op dit terrein, met uitzondering van het befaamde Amsterdamse vergelijkend buurtonderzoek, nog nauwelijks Nederlands onderzoek gedaan is.

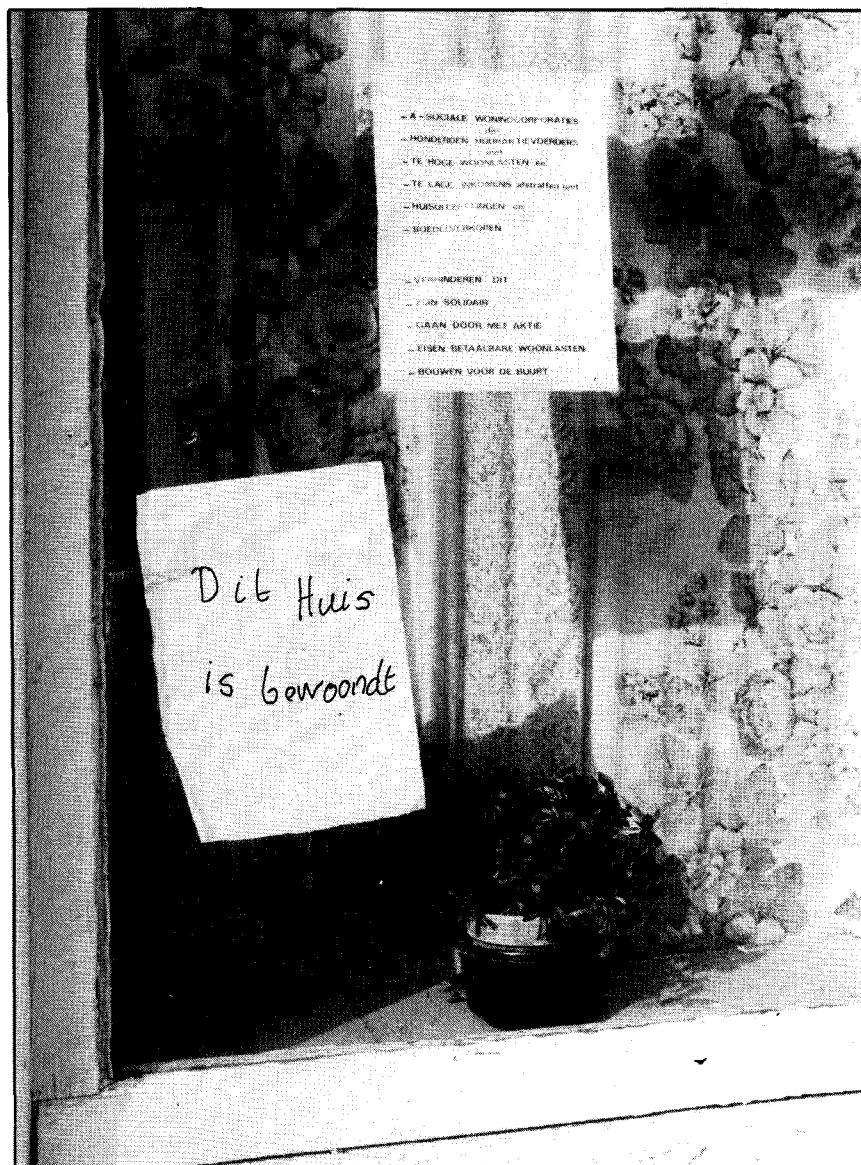
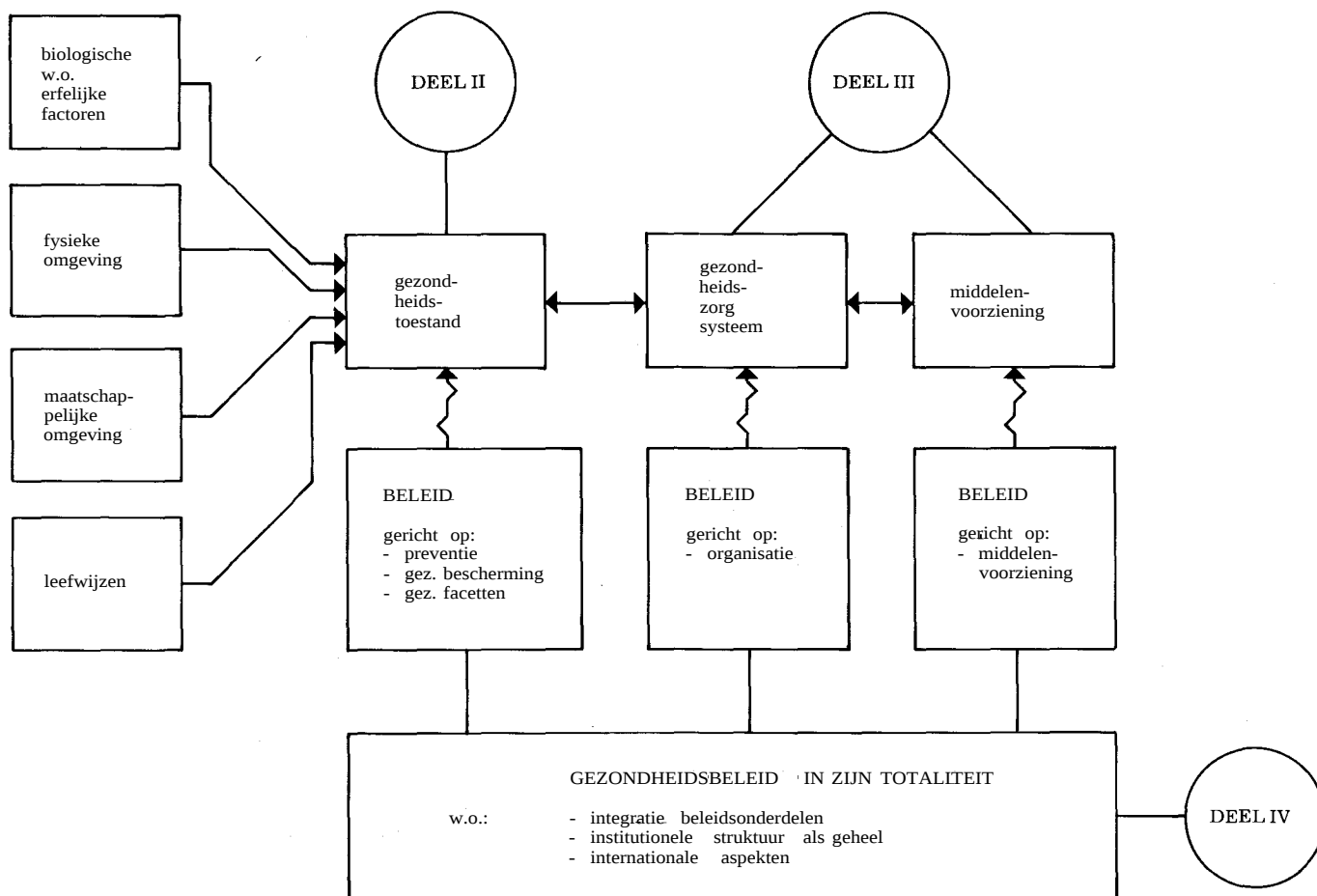


foto: Ine van den Broek



Het ontbreken van een duidelijke oriëntatie op (sociale) ongelijkheid komt in de nota tot uiting in het gehanteerde gezondheidsmodel. Dat dient (p. 19) "...als kader voor het in kaart brengen van onderlinge samenhangen...". En dat doet het nou juist niet. Het model beschrijft en vormt een palet van invloeden. Nergens biedt het inzicht in een hiërarchie, een onderlinge krachtsverhouding of ook maar de stroomrichting van onderlinge beïnvloeding. Veel van wat in het ene blokje van het model staat kan net zo goed in het andere blokje staan, terwijl pijltjes ontbreken daar waar ze zeker zouden moeten staan. Zo blijkt er uit het schema geen verband tussen maatschappelijke omgeving en leefwijzen terwijl bekend is dat er duidelijke verbanden zijn tussen bijvoorbeeld roken en drinkgedrag en sociale klasse. Ook is er geen pijltje te vinden tussen biologische factoren (man of vrouw zijn bijvoorbeeld) en maatschappelijke factoren. Terwijl toch een paar bladzijden verderop staat "...van de bevolking in de leeftijdsgroep 15 t/m 64 jaar werkt in ons land 52%, een percentage dat ver beneden het gemiddelde van alle geïndustrialiseerde landen ligt. De belangrijkste oorzaak hiervan is de beperkte deelname van vrouwen aan de officiële economie".

Door deze grondfouten mist het model de dynamiek van de relaties tussen

de determinanten en levert dus geen adequate analyse. Dat is misschien ook de verklaring voor het feit dat de onderlinge samenhang van gezondheidsrisico's vaak onduidelijk blijft en terreinen waarop meteen preventie of GVOstrategieën mogelijk lijken, overbelicht worden. Ook in de concrete beleidsaanbevelingen leidt het ontbreken van sociale ongelijkheid tot te globale strategieën. Wellicht is het voor bepaalde groepen zo dat de "wet van de afnemende meeropbrengst" van zorgvoorzieningen niet opgaat. Nu wordt echter uitgegaan van een gelijke verzadigingsgraad voor de gehele bevolking terwijl anderzijds gewezen wordt op de opvallende verschillen in de gezondheidstoestand. Bovendien is duidelijk, dat men de toegankelijkheid van veel voorzieningen voor bepaalde groepen (allochtonen, laag geschoolden) slecht kent.

Vragen zonder antwoorden

Tot zover de meest in het oog springende onvolkomenheden van het gehanteerde gezondheidsmodel. De nota 2000 roept ook vragen op. De grote vraag is in welke mate de voorgestelde verandering van de voorzieningen ten gunste van thuiszorg en eerste lijn politiek en organisatorisch haalbaar zal blijken. In deze bestaat er reeds een grote traditie van retoriek vanuit poli-

tieke onwil. Dit wordt mede gevoerd door de weerbaarheid van gevestigde professionele en commerciële belangen.

Ook is het niet precies duidelijk hoe men tot afweging en evaluatie van nieuwe technologieën denkt te komen. De nota spreekt van bezinning over ethische kanten van medisch ingrijpen en over de problematiek van "veranderende normaalwaarden" onder invloed van nieuwe beeldvormende diagnostiek (NMR, CT-scan etc.). Het ontwikkelen van maatschappelijke criteria blijft vooralsnog achterwege. Overigens staat dit in schrille tegenstelling tot het strenge evaluatie onderzoek dat GVO- en preventiecampagnes zou moeten beoordelen.

In het licht van hetgeen gezegd is over sociale ongelijkheid, vormen de veranderingen in het financieringssysteem (eigen bijdrage etc.) en in de voorgestelde toename van het marktmechanisme aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg een zeer onduidelijk punt. De Nota 2000 noemt onder andere ook het in de Verenigde Staten ontwikkelde model van de Health Maintenance Organisation (HMO). Ware c.s. schrijven in een recent onderzoeksverslag (The Lancet, 3 mei 1986) "Special provisions may be required, especially for the poor with health problems, to minimise the pos-

sibility that HMOs achieve cost-savings at the expense of health", Eigen bijdragen en commerciële gezondheidszorg kunnen tot zeer scherpe verschillen in kansen op gezondheidszorg tussen sociale klassen leiden. Aan dit gegeven gaat de Nota 2000 ten onrechte voorbij.

Een van de nadrukkelijke doelen van de WHO, waarbij de nota zegt te willen aansluiten, is een **Primary Health Care** benadering. Hierin is voor planning, uitvoering en controle duidelijk een rol weggelegd voor de bevolking zelf. In de gedachten over collectieve preventie die in de Nota 2000 ontwikkeld worden is weinig plaats voor invloed van de gebruiker van gezondheids-

voorzieningen. Over de patiëntenbeweging wordt niet veel gesproken, daarentegen des te meer over een informatiebeleid en het stimuleren van onderzoek. De politieke vraag wie deze informatie zal analyseren en gebruiken en met welk doel, wordt niet gesteld, laat staan beantwoord.

Deze vragen zonder antwoorden doen bij ons grote twijfel opkomen over de haalbaarheid van het voorgestelde gezondheidsbeleid. Zeker omdat het beleidsinstrument, facet-beleid, een nauwelijks uitgewerkt coördinatie-model is met andere ministeries en maatschappelijke sectoren waarvan wij in een tijd van deregulering en "no-nonsense" - beleid weinig ver-

wachten. De ervaringen met de Arbo-wet leveren ook weinig redenen tot vertrouwen op.

Onze voorlopige conclusie is dat de Nota 2000 een, veel te, lange termijn-analyse is, met weinig concrete hoop op samenhangende uitvoering van het voorgestelde beleid. Misschien biedt bespreking van het rapport in brede kringen van beleidsmensen, gezondheidswerkers en betrokken gebruikers wel enig inzicht in de grote manco's van de huidige gezondheidszorg: stijgende kosten, primaat van de technologie, bezuinigingen op de zorg en niet in de laatste plaats veel nota's met mooie maar erg wijdse vergezichten.



foto: Ine van den Broek

Thuiszorg

"Terug naar de Christelijke naastenliefde en de zorgzame samenleving. Het is goed om weer zelf voor onze zieke ouders, burens en familie te zorgen, pas in laatste instantie wordt professionele hulp in de arm genomen." Zo is het regeringsbeleid voor de thuiszorg samen te vatten.

Wilma van Agthoven laat zien dat dit een idealistisch en ongenueanceerd beeld is. Zij onderzocht de wensen van mensen die thuis hulp nodig hebben. Voor injecties en wondverzorging schakelt men de Wijkverpleegkundige in, terwijl het wassen en aankleden liever overgelaten wordt aan een huisgenoot. Familie en burens worden meestal pas bij hoge nood ingeschakeld.

Wilma van Agthoven ziet een flink aantal knelpunten in de thuiszorg. De regening Wildeze m experimenten gaan onderzoeken. Gezien de nieuwe benigingsronde in het de vraag of de thuiszorg eindelijk de steun zal krijgen die ze verdient of dat het bij experimenteren zal blijven.

Wilma van Agthoven

Mevrouw Bloem

Mevrouw Bloem is een 62-jarige alleenwonende vrouw die op zaterdagavond haar rechter pols breekt. Zij heeft hulp nodig bij het wassen en bij het aantrekken van haar step-in. Op zondag is ze daarbij geholpen door haar schoonzus, op maandag en dinsdag door een vriendin en op woensdag komt de wijkverpleegkundige. Mevrouw Bloem ervaart die hulp van de wijkverpleegkundige als volgt:

"Je bent erg onthand als je pas je pols gebroken hebt. Toen de wijkverpleegkundige kwam hebben ze me meteen geleerd om zelf wat te doen: revalideren! Voor de eerste dag vond ik dat rijkelijk vroeg, omdat mijn arm nog pijnlijk was. Het was van "doe-het-zelf", een beetje spartaans: meteen onder de douche alles zelf doen. De noodzakelijke hulp heb ik gehad. Méér eigenlijk niet. Ik heb ook wel eens een vervanger gehad: die zei "U hoeft niet te revalideren, u bent meer gebaat bij snelle hulp, wij komen u lekker even wassen en aankleden", en dat vond ik wel zo prettig. Daar was ik het zelf mee eens, omdat het iets voorbijgaands is en na een paar weken kan je nog altijd beginnen met revalideren".

De wijkverpleegkundige heeft het volgende verhaal:

"Van de huisarts kregen we bericht dat mevr. Bloem haar pols had gebroken. Op het briefje schreef de huisarts ook dat zij de toestand nogal overdreef. Zij vroeg dagelijks om algehele verzorging en hulp bij het aankleden. Die hulp hadden we kunnen geven, maar dat hebben we doelbewust niet gedaan. Op basis van de informatie van de huisarts: "mevrouw overdrijft de situatie" en een telefoontje van haar zelf waarin ze zei: "oh... heerlijk... dan kunnen jullie dit... en dit... en dat doen", hebben we van te voren gezegd: we bieden u dit aan! Anders zou ze ons meer claimen dan wij wilden. Het verpleegdoel was dus zo snel mogelijk zelfstandig en al gauw gaven we 2x per week een douchebeurt en hielpen we haar dagelijks met de step-in en kousen aandoen".

Wijkzuster of lekebroeder

De belangstelling voor het "zorgvermogen" van mensen is de laatste jaren toegenomen. Verschillende begrippen als zelfzorg, mantelzorg en zorgzame samenleving worden steeds vaker gehanteerd. Hieraan kunnen uiteenlopende motieven ten grondslag liggen: kostenbesparing, toegenomen vrije tijd die in zorg omgezet kan worden, en de bewustwording en zelfbeschikking van mensen in patiënten- of cliëntenorganisaties. De voormalige staatssecretaris van der Reijden heeft, naar aanleiding van vragen en een aangenomen motie in de Tweede Kamer, advies gevraagd omtrent de mogelijkheden van de thuiszorg aan de Ziekenfondsradaad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.¹

Op basis van die adviezen zullen er enkele experimenten worden opgezet om na te gaan in hoeverre de bestaande voorzieningen in de thuiszorg tekortschieten en of zij bijstelling of aanvulling nodig hebben. Ook zal bij het verschaffen van vergoedingen gekeken worden onder welke randvoorwaarden de uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bij-

zondere Ziektekosten (AWBZ) meer vrijheid kan worden geboden.²

De ex-staatssecretaris is dus teruggekomen op zijn notitie over de thuisverpleging van november 1983.³ Toen meende hij nog dat er voldoende mogelijkheden waren voor bepaalde vormen van thuisverpleging en wees hij een wijziging van de regelgeving op dit punt in de sociale ziektekostenverzekering en in de wetgeving van loonderwingsregelingen (WW, WWV, ZW, WAO en AAW) af. In de eerste regeerperiode van het kabinet Lubbers is het credo van de zorgzame samenleving blijven steken in een ideologisch pleidooi voor een mens- en maatschappijbeeld, waarin zorgzaamheid en zelfredzaamheid centraal staan. Thom Koot, werkzaam bij de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid heeft hierover terecht opgemerkt dat de overheid wel zorg kan garanderen, maar geen zorgzaamheid. "Zorgzaamheid is een kenmerk van relaties en laat zich niet waarderen tot een bestuurlijk vorm te geven principe".⁴ Hij slaat precies de spijker op de kop. De overheid kan een zorgzame samenleving slechts bevorderen door concrete maatregelen te treffen, die initiatieven van cliënten en hun informele zorgcircuit van familie, burens en kennissen direct ondersteunen.

De praktijk van de thuiszorg toont aan dat de afstemming van zelfzorg, informele en professionele zorg een gecompliceerd verschijnsel is, waaraan een algemeen ideologisch begrip als zorgzame samenleving voorbij gaat.

In dit artikel zal ik het verschijnsel thuiszorg nader analyseren. Hieraan liggen gegevens uit het onderzoek "zorg op maat: het afstemmingsproces

tussen wijkverpleging, cliënt en informele zorgverlening" ter grondslag.⁷ Het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit heeft in deze studie 43 zorgsituaties in Noord-Holland bestudeerd door gesprekken te voeren met wijkverpleegkundigen, cliënten en informele zorgverleners. Naar aanleiding van deze gesprekken zal ik in dit artikel eerst enkele zorginhoudelijke tegenstellingen noemen. Vervolgens wil ik praktische knelpunten uit de thuiszorg aan de orde stellen.

Tegenstellingen

Zelfzorg is het geheel van activiteiten dat elk mens persoonlijk ontplooit om zinvol in zijn omgeving te leven. Het houdt meer in dan praktische activiteiten als jezelf wassen en aankleden. Belangrijk van het begrip zelfzorg is de wil en de motivatie, het zelf verantwoordelijkheid dragen voor je leven en de keuzen die je maakt. Kortom de zeggenschap die ieder mens heeft over zijn eigen bestaan. Dat zelfzorg zo belangrijk gevonden wordt, heeft veel te maken met de onafhankelijkheid en de waardigheid van de cliënt. Uit de twee case-beschrijvingen blijkt hoe op verschillende wijzen met zelfzorg omgegaan kan worden. In het eerste voorbeeld heeft de wijkverpleegkundige het doelbewust en radikaal aangepakt. Meestal stimuleert de wijkverpleegkundige voorzigtiger. In de loop der jaren wordt het idealisme van de verpleegkundige wat getemperd. Het zwart-wit denken wordt grijs! De wijkverpleegkundige probeert meer vanuit de mensen te denken. Zelfzorg blijft het hoogste doel, maar de mate waarin dat lukt is bijvoorbeeld afhankelijk van de leeftijd van een cliënt. Jonge mensen kunnen het beter alleen redden, oudere mensen doen het vaak meer samen. Als wijkverpleegkundige wil je een cliënt zoveel mogelijk zelf laten doen, maar dat moet je voorzichtig aanpakken. Het eerste bezoek begin je er niet meteen over, want dan valt het verwachtingspatroon in duigen en dat vinden mensen niet leuk. Je probeert stap voor stap je doel te bereiken en af en toe kijk je hoever je bent.

Uit het voorbeeld van mevrouw Roos blijkt dat de verpleegkundige het heel voorzichtig heeft aangepakt. Mevrouw Bloem en mevrouw Roos werden op een verschillende manier gestimuleerd tot zelfzorg: mevrouw Bloem rigoreus en mevrouw Roos subtiel, stap voor stap. Hoe mensen omgaan met zelfzorg hangt nauw samen met de twee componenten die aan zelfzorg te onderscheiden zijn. Enerzijds onderscheidt men de beslissing of zeggenschap over datgene dat de cliënt wil doen, anderzijds het door de cliënt zelf uitvoeren van de zorg. Zelfzorg

moet beginnen bij de zeggenschap, met andere woorden bij de beslissing over zelfzorg als doel. Mevrouw Bloem heeft deze beslissing over zelfzorg niet genomen en zij voelt zich gedwongen activiteiten te ontplooiën waarvan zij de betekenis of de zin niet begrijpt. Als alléén de wijkverpleegkundige en niet de cliënt het stimuleren van zelfzorg als doelstelling van haar hulpverlening formuleert, wordt de zelfzorgideologie - hoe paradoxaal het ook klinkt - een bedreiging voor de onafhankelijkheid en waardigheid van de cliënt.

Mevrouw Roos daarentegen ontdekt - onder begeleiding van de wijkverpleegkundige - zelf wat zij aan kan en in hoeverre zij zelf de anus prenaturalis kan verzorgen. In dit voorbeeld zijn beide componenten van zelfzorg, zeggenschap en uitvoering van zorg, tot hun recht gekomen.

Informele zorg is de zorg die op grond van een persoonlijke relatie met de hulpvrager door mensen uit diens directe leefomgeving wordt verstrekt. Meestal is er één *centrale verzorger*,

een huisgenoot of een ander familielid, langdurig en intensief bij de verzorging betrokken. Hulp van overige familieleden, burens of kennissen kan deze centrale verzorger ontlasten, maar hier blijkt in de praktijk nauwelijks sprake te zijn. Cliënt en centrale verzorger zijn eigenlijk een "zorgkoppel". Zij willen het zoveel mogelijk samen redden en doen zonodig een beroep op professionele hulp. Familie, burens of vrienden langdurig om hulp vragen vindt men afschuwelijk: mensen doen het liever zelf dan dat ze om hulp vragen. Het stimuleren van hulp van buitenstaanders kan het zorgkoppel ontlasten, maar zal daarentegen de afhankelijkheid vergroten. Dit is een dilemma waaraan vaak voorbij gegaan wordt.

Een broer die samenwoont met een zieke zus en een groot deel van de huishouding voor zijn rekening neemt, verwoordt de spanning tussen enerzijds het zwaar belast worden en anderzijds de moeite met het vragen om aanvullende hulp aan buitenstaanders als volgt:

Mevrouw Roos

"De eerste kennismaking met mevrouw Roos had ik in het ziekenhuis. Ze zei dat ze het prettig vond als ik thuis elke dag even kwam kijken, omdat ze onzeker was over de verzorging van haar anus prenaturalis. In het ziekenhuis is het heel beschermd om met een a.p. te leven: alle materialen en deskundigheid heb je bij de hand. En het is niet alleen de a.p.-verzorging, er komt veel meer bij kijken. Ik dacht daar loopt ze wel tegenaan en dan grijp ik dat wel aan om er over te praten. In eerste instantie deed ze het helemaal zelf. Ik keek alleen maar. De tweede keer was er een ongelukje gebeurd en zag ze het niet zo zitten en heb ik het overgenomen. Alles wat ze aangaf dat wil ik zelf doen heeft ze gedaan, maar het werd steeds minder, omdat het best tegenviel. Toen heb ik het een paar weken helemaal van haar overgenomen. We zaten wat te rommelen met de materialen en er kwamen allerlei vervelende dingen bij, omdat haar man in die tijd overleed. Ze kon het niet meer aan en gaf ook zelf niet meer aan dat ze het wilde, het lukte haar gewoon niet en ze was 's morgens behoorlijk in paniek. Haar psychische gesteldheid belemmerde haar in de verzorging van de a.p. Als de a.p. 's nachts lekte dan kon ze die 's morgens ook niet goed verzorgen. Ging het met de a.p. goed dan ging het ook goed met haar: dan deed ze alles zelf en dan ging ik ook weg. Het was een wisselwerking: het lichamelijke sloeg terug op het psychische. Langzaam overwon mevrouw Roos haar

angsten: de angst om op visite te gaan, de angst om boodschappen te doen, de angst dat de a.p. zou lekken, dat iemand het kon ruiken, kon zien, kon horen borrelen!

Er werden materialen gevonden, die ze zelf makkelijk kon hanteren. Kortom mevr. Roos leerde er mee leven en langzaam nam ze de verzorging van de a.p. zelf weer over".

Mevrouw Rooservaart het als volgt: "In het ziekenhuis hebben ze me geleerd hoe ik het moest verzorgen. Toen ik thuis was kwam de wijkverpleegkundige kijken hoe het ging. De huid was nogal geïrriteerd en dat is wel een moeilijk punt voor je eigen om dat te verzorgen. Ik wilde het wel zelf proberen en zelf blijven doen, maar het zag er zo afschuwelijk uit. Ik durfde het niet alleen aan. Toen kwam de wijkverpleegkundige iedere dag en later om de dag als het er wat beter uitzag. Dus in het begin moest ze me nog een beetje helpen, dan zei ik: "doe jij het effe", dan vond ik dat even prettiger. Maar ik heb er mee om leren gaan en het geaccepteerd. Ik ben er nu zo overheen. Ik zei tegen de wijkverpleegster, moet je horen - het gaat zo prachtig - ik moet het weer meer zelf gaan doen. Jij hebt het ook druk genoeg. Het is wel haar werk, maar ik vond het pràchtig dat ik tegen haar kon zeggen: "kom morgen maar niet, sla maar een dag over". Zo is dat gaan groeien. Zo heb ik dat opgebouwd met haar. Op het laatst had ze een week vakantie en toen zei ze... die andere zuster komt". Toen zei ik: geef maar niet door, ik red mezelf wel!"

"Als je bij elkaar woont ben je op elkaar aangewezen. Hét is een kwestie van nemen en geven: samen iets doen of bereiken. Als er dan één wegvalt, dan valt de hêlft weg. Dan sta je voor alles... en dat is moeilijk. En je wilt niet zo afhankelijk zijn van je familie. Wat voor hulp moet de familie nou geven? Ik wil ze niet teveel belasten, want iedereen heeft zijn eigen beslommeringen. Zij komen meer voor de gezelligheid dan voor praktische hulp. Kijk.. iedereen wil zoveel mogelijk zelfstandig wezen, want je hebt wel een beetje het gevoel dat je een ander belast. Je moet vermijden dat het voor een buitenstaander te bezwaarlijk wordt. Alleen in noodgevallen moet je elkaar kunnen helpen. Het moet niet te zwaar opgelegd worden."

De mogelijkheden voor het verlagen van de draaglast van de centrale verzorger zijn beperkt. Daarom is het verhogen van diens draagkracht van groot belang voor de continuïteit van de thuiszorg. Meer aandacht voor de ondersteuning van de centrale verzorger - ook door professionele werkers - is gewenst. Het stimuleren van informele zorg is dus niet een kwestie van kwantiteit. Er moeten niet zoveel mogelijk mensen ingezet worden rondom

een hulpbehoevende cliënt, het gaat om kwaliteit van zorg. Hierin kunnen professionele werkers cliënten en centrale verzorgers ondersteunen.

Professioneel of informeel?

In de discussienota's van de Nationale Kruisverenigingen worden duidelijke prioriteiten gesteld in de zorgverlening.⁽⁸⁾ Op de eerste plaats moet zelfzorg zoveel mogelijk geactiveerd worden. De informele zorg steunt de zelfzorg en vult deze graag aan waar ze tekort schiet. De professionele hulp van het kruiswerk is in deze visie een aanvulling op zelfzorg en informele zorg en wordt als laatste ingeschakeld.

In het onderzoek "zorg op maat" is aan de cliënten gevraagd van wie men hulp of steun wil krijgen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen verschillende typen zorg: verzorging, verpleegtechnische handelingen, huishoudelijke activiteiten en psychosociale steun.

Bij verzorgende activiteiten als wassen en aankleden probeert men op de eerste plaats een huisgenoot in te schakelen. Lukt dit niet dan wordt bij

voorkeur een beroep gedaan op de wijkverpleging. Overige familieleden, burens en kennissen wil men niet confronteren met de intieme lichamelijke verzorging. Verpleegtechnische activiteiten, zoals wondverzorging en injecteren laat men sowieso liever aan een verpleegkundige over. Haar kennis van zaken boezemt veel vertrouwen in. Op de tweede plaats komt de huisgenoot. Familie en burens nemen een bescheiden derde plaats in. Bij huishoudelijke activiteiten nemen huisgenoten en gezinszorg een gedeelde eerste plaats in. Vervolgens wordt een beroep gedaan op familie of burens. In de praktische hulpverlening probeert men het eerst zelf te redden met behulp van huisgenoten. Vervolgens wordt professionele hulp ingeschakeld. Familie, burens en kennissen zijn er om in noodgevallen in te springen. Op hen kan niet voortdurend een beroep gedaan worden. Dat is belastend, zij hebben ook een eigen leven wat niet te lang verstoord kan worden door het zorgen voor een ander. Bij een langdurige hulpvraag zijn het dus niet de professionals die de gaten in de zorg moeten invullen, maar de informele zorgverleners. *De cliënten hebben bij praktische zorg andere ideeën over het*



foto: Ine van den Broek

inschakelen van professionele instanties dan het kruiswerk.

Op psycho-sociaal vlak past de prioriteitstelling van het kruiswerk beter. Professionele zorg wil men zo lang mogelijk uitstellen. De aard van de problemen is zodanig dat men deze bij voorkeur af voor zichzelf houdt of binnen de eigen vertrouwde kring wil oplossen. Over de rol van de wijkverpleegkundige in psychische begeleiding lopen de meningen trouwens sterk uiteen.

Samenvattend kan met stellen dat de vraag of de cliënt hulp wil van een professionele of een informele zorgverlener niet zonder meer te beantwoorden is. Het is afhankelijk van de soort zorg, de tijdsduur van de hulpbehoefte en van de relatie tussen degene die de hulp geeft en degene die de hulp ontvangt. Een algemene volgorde van op de eerste plaats zelfzorg, vervolgens informele zorg en tenslotte professionele zorg is in de praktijk een te globale en abstracte benadering van een complex verschijnsel. Beleid moet niet gebaseerd zijn op wenselijkheid, maar op realiteit. Dit werd door één van de respondenten uitstekend verwoord:

"Familie geeft hulp zolang er geen an-

dere (professionele) hulp is. Je familie voelt aan dat er nood is... en dan doen zij het. Het is zwaar voor hen, want zij hebben hun eigen business ook. Komt er andere hulp dan trekken zij zich weer terug. Het is voor hen ook een extra krachtsinspanning, maar zij doen het evengoed, hoor! Ik denk wel "dit moet niet te lang duren". Zij hebben altijd de gaten in de zorg opgevuld met veel plezier, maar ik was zelf weer blij als het niet meer nodig was. Ik hou er meer van als ze leuk weggaan, dan dat ze moeten zeggen dat ze het niet meer kunnen doen."

Knelpunten in de praktijk

Een goede analyse van inhoudelijke aspecten van de thuiszorg is belangrijk. Daarnaast bepalen een groot aantal praktische omstandigheden het succes van de thuiszorg. Helaas worden er vele knelpunten gesignaleerd. Matt Dings typeert deze problematiek treffend in de volgende zin: *"Thuisverzorging is in opkomst, maar het gaat hier toch om spitsafbijters, die taaie gevechten moeten leveren met de bureaucratie, hun eigen geduld en hun*

portemonnee'ti." In het onderzoek zorg op maat worden een aantal knelpunten gesignaleerd.

Een slagvaardig beleid inzake woningaanpassing wordt belemmerd door de volgende factoren:

- een aanvraag voor vergoeding van woningaanpassing is zeer omslachtig, zodat er lange tijd overheen gaat;
- als de kosten van woningaanpassing hoger zijn dan f 6000,- zal de cliënt het hele bedrag moeten voorfinancieren door middel van een lening. Voor ouderen kan dit grote problemen opleveren;
- aanpassingen die gerealiseerd worden, worden niet beoordeeld op hun functioneren. De Gemeenschappelijke Medische Dienst zou het effect van de woningaanpassing moeten beoordelen en hierin het advies van de cliënt, de wijkverpleegkundige, de gezinszorg of de huisarts dienen te betrekken.

De slechte bereikbaarheid van winkels is de meest gehoorde klacht op het terrein van de woonomgeving. Ouderen die slecht ter been zijn, zijn aangewezen op de dure "rijdende winkelier" of het tegen betaling laten thuisbezor-



foto: Ine van den Broek

gen van boodschappen, De aanwezigheid van buurtwinkels is van groot belang voor de zelfredzaamheid van cliënten, wiens mobiliteit gering is.

Voor opname in een intramurale instelling zijn financiële vergoedingen mogelijk. In de extra kosten bij de thuiszorg wordt echter in onvoldoende mate tegemoet gekomen. Het uitgangspunt dat de AWBZ hanteert is dat verstrekkingen in natura gegeven worden, dit betekent dat de verzekerde niet een som geld in handen kan krijgen, waarvoor deze zelf de benodigde hulp kan regelen. Voor de thuiszorg zal een financiële regeling getroffen moeten worden, waaruit extra kosten als aanpassingen, vergoeding voor een particuliere verpleegkundige, nachtverblijfkosten in een intramurale instelling, extra stookkosten of vervoerskosten vergoed kunnen worden.

Naast het oplossen van deze knelpunten zal er ook het nodige in de hulpverlening moeten gebeuren. Onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines in de eerstelijns (huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werk en dergelijke) is een voorwaarde voor het optimaal functioneren van de thuiszorg. De thuiszorg en de intramurale zorg zullen ook op elkaar afgestemd moeten worden zodat zij elkaar goed aanvullen. De intramurale zorg dient flexibel in te kunnen spelen op behoeften van de cliënt, diens centrale verzorger en de werkers in de eerstelijnszorg. Gefractioneerde opname in residentiële instellingen, dagbehandeling en nachtverblijfaccommodatie zijn belangrijke voorzieningen ter ondersteuning van de thuiszorg. Pas als de bovenstaande belemmeringen worden weggenomen zal er een gunstig klimaat voor de thuiszorg ontstaan.

Zorgzame samenleving?

Het begrip zorgzame samenleving is een nostalgisch begrip, dat herinnert aan vroegere tijden, waarin "mensen nog zoveel voor elkaar deden". Op het platteland wordt deze algemene zorgzame houding het beste benaderd, omdat daar de informele zorg van familie en buren groter is dan in de stad en verstedelijkte gebieden. Nieuwe tijden hebben echter bepaalde vormen van zorg sterk ontwikkeld: het zorgkoppel van cliënt en centrale verzorger, die eventueel ondersteuning behoeven van professionele werkers. In deze zorgverlening staan principes als zeggenschap en onafhankelijkheid centraal. Het begrip zorgzame samenleving is te grootschalig en te algemeen. Zorg geven en zorg ontvangen wordt door betrokkenen zeer genuanceerd afgewogen. Deze zorginhoudelijke

overwegingen en praktische knelpunten moeten in de komende experimenten centraal staan. Gezien de nieuwe bezuinigingsopdracht van 600 miljoen voor de collectieve uitgaven van de gezondheidszorg staat te bezien wat er terecht zal komen van een samenleving waar zorg, en niet alleen zorgzaamheid centraal staat. Voor het kabinet Lubbers 2 is zo'n zorgzame samenleving geen wet van Meden en Perzen.. Het is afhankelijk van bezuinigingen, dus meer een kwestie van "meten" en van "persen" ..

Noten

1. Motie nummer 17 vergaderjaar 1983-1984 Tweede Kamer van het lid Kamp (VVD); Vragen van de leden Mik en Wessel-Tuinstra (beide D'66) over vergoeding van thuisverpleging, nummer 993 vergaderjaar 1983-1984 Tweede Kamer.
2. Verzoek om advies door staatssecretaris WVCJ.P. van der Reijden aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad en het Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 16.11.1984, briefnummer 50530 DG Vgz/VTa:VE, Rijswijk.
3. Advies thuisverpleging van de Nationale raad voor de Volksgezondheid, 27.9.1985 Zoetermeer. Onder thuiszorg wordt verstaan: "Het geheel van verzorging, verpleging en behandeling van de patiënt in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en aanvullende professionele zorg vanuit de eerstelijns, die daarbij ondersteund wordt door de tweede-lijn en dat erop gericht is de patiënt in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie".
4. Brief van staatssecretaris van WVC gericht aan de Ziekenfondsraad, kenmerk DGVGZ/VTa/VE nr. 31331, 4.6.1986, Rijswijk.
5. Notitie inzake thuisverpleging van staatssecretaris WVC, kenmerk 157290, 15.11.1983, Rijswijk.
6. Thom Koot. Zorgzame samenlevingsdebat spitst zich toe op bestaanszekerheid en sociale gelijkheid in bulletin nr. 22 Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, maart 1986, Den Haag.
7. W.M. van Agthoven. ZORG OP MAAT: het afstemmingsproces tussen wijkverpleging, cliënt en informele zorgverlening. Instituut voor Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit, november 1985, Amsterdam.
8. Diskussienota's Nationale Kruisvereniging Alleen Samen (1976, Utrecht) en Contouren eerstelijns (gezondheids)zorg (1983, Bunnik).
9. Matt Dings. De Tijd, maart 1985.

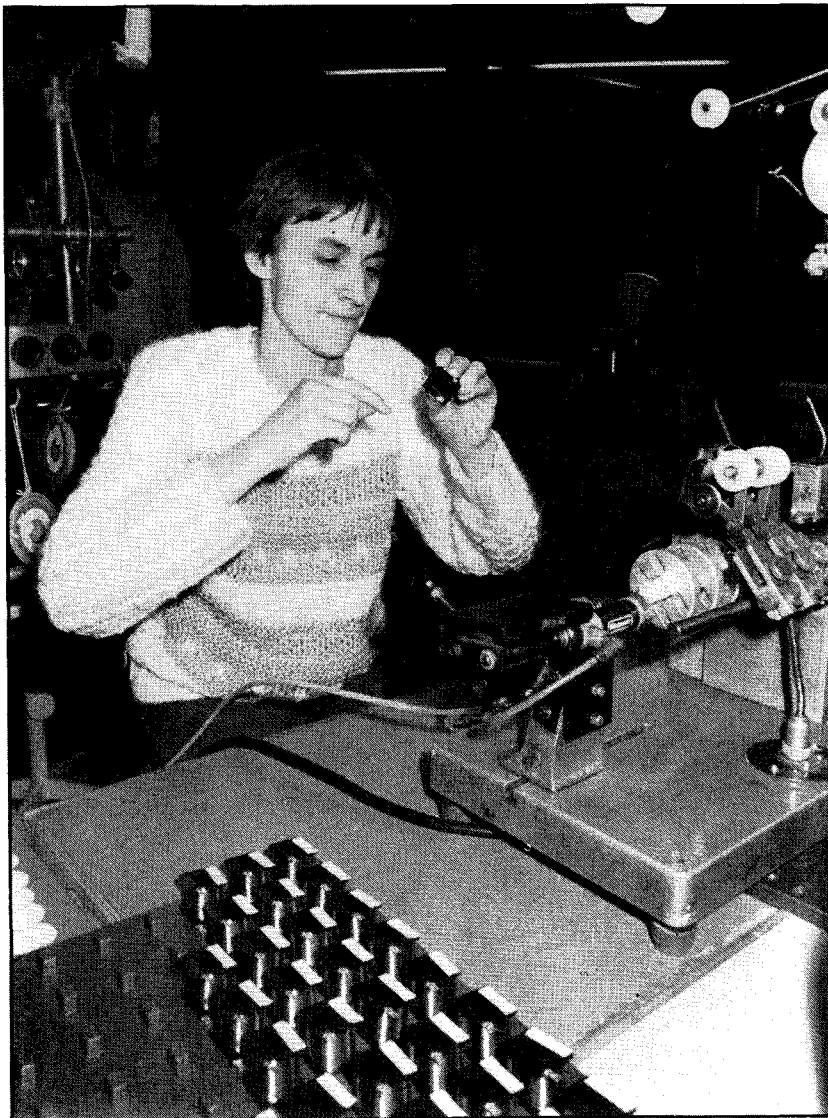
De sociale werkplaats wordt een bedrijf

De leden van dit kabinet hebben al te vaak bewezen dat zij uitmunten in het afknijpen van de zwakken in onze samenleving. Het wekt dan ook geen echte verbazing dat Staatssecretaris de Graaf zich nu in zijn bezuinigingsdrift op de Sociale Werkplaatsen heeft gestort. De Sociale Werkplaatsen zijn opgezet om Werk te bieden aan mensen die het om uiteenlopende redenen in de "gewone" bedrijven niet kunnen bolwerken.

André Knottnerus bekijkt het vervolg van het beleid van de Staatssecretaris en vraagt zich af hoe de toekomst van deze in commerciële bedrijven niet gewenste arbeidskrachten er uit zal zien.

André Knottnerus, arts te Maastricht. Bestuurslid van de Maastrichtse Toeleverings Bedrijven.

Dit artikel werd op persoonlijke titel geschreven.



Bij de mensen die in WSW-verband werken komt veel sociale problematiek tesamen:

- in de regel is er sprake van een ernstig gezondheids- of welzijnsprobleem;
- men heeft werkverlies geleden, of heeft zelfs nooit een kans gehad op de algemene arbeidsmarkt;
- de Sociale Werkvoorziening draagt een overwegend negatief gekleurd maatschappelijk etiket met zich mee;
- de inkomens zijn laag, er is vaak chronische financiële nood.

Het overheidsbeleid van de laatste jaren voegt hieraan twee nijpende problemen toe:

- de sociale uitkeringen en de inkomens van de WSW-werknemer worden bij voortduring op haast inventieve wijze gekort;
- het aantal arbeidsplaatsen in het kader van de Sociale Werkvoorziening wordt ingekrompen, terwijl er een sterke vraag naar is.

Deze ontwikkelingen gaan gepaard met groeiende sociale onzekerheid onder de werknemers. Daar komt nog bij dat het steeds moeilijker, zo niet onmogelijk, is geworden om mensen, die ervaring en (bij)scholing hebben opgedaan in WSW-verband, arbeidsmogelijkheden te bieden via de algemene arbeidsmarkt.

In dit artikel ga ik verder in op het volumebeleid dat de laatste jaren gevoerd is, en de consequenties van dit beleid voor de WSW-instellingen. Het zal duidelijk worden, dat het voortbestaan van een sociale voorziening in het geding is.

Inkomsten en bezuinigingen

In 1984 bepaalde de regering, dat in het kader van de algemene bezuinigingen, het aantal arbeidsplaatsen in de WSW teruggebracht moest worden; voorlopig met 2% per jaar. Eufemistisch werd gesproken van een zogenaamde "mingroei". Wat dit betekent wordt duidelijk aan de hand van de situatie in Maastricht.¹ Op een totaal van bijna 1100 arbeidsplaatsen dient een inkrimping van ruim 20 plaatsen per jaar te worden gerealiseerd. In 1985 stagneerde hierdoor de instroom van nieuwe werknemers. Verstandelijk gehandicapten konden vorig jaar praktisch niet geplaatst worden en de wachtlijst groeide aan. Ook bleek het niet mogelijk de herbezetting in het kader van de arbeidstijdverkortingswet in dat jaar te realiseren. Al met al werd er een fors verlies aan arbeidsmogelijkheden geleden. En dit, terwijl de orderportefeuille van de instelling al sinds jaren meer dan vol is. Landelijk gezien, bleek in juni 1986 het aantal werknemers in de B-categorie gedaald van 4200 tot ongeveer 3000. Over de oorzaak hiervan wordt gespeculeerd. De rijksconsulent voor de sociale zekerheid in Gelderland, J.T. Kwant, noemt bijvoorbeeld het niet voorradig zijn van geschikte werkzaamheden, een beter scholingsniveau van werknemers of een plaatselijk kleiner geworden aanbod van werknemers.² Het ligt voor de hand dat ook het ontmoedigingsbeleid van staatssecretaris de Graaf ten aanzien van de B-categorie hierbij een grote rol speelt.

De Tweede Kamer heeft in november 1985 over deze zaken gesproken. Ria Oomen (CDA) vroeg de staatssecretaris in een motie om het aantal werknemers in de Sociale Werkvoorziening in 1986 niet verder te beperken. Alleen de VVD stemde tegen. De motie Knol haakte in op het plan van staatssecretaris de Graaf om de nieuwelingen in de B-categorie eerst een jaar "scholing en training" te geven zonder salaris (met behoud van uitkering). Knol stelde voor met deze discussie te wachten tot het SER-advies over de organisatie van de SW bekend zou zijn. Hiermee wilde hij de Graaf de wind uit de zeilen nemen. Nu was de VVD wel voor, maar het CDA stemde tegen. Zowel Oomen als Knol verwachten dat de door hen aangevochten maatregelen niet nodig zijn, omdat voldoende bespaard zal worden bij een doelmatiger organisatie van de SW. Na overleg in het Kabinet liet de Graaf ijskoud weten dat hij deze (en andere) moties naast zich neer zal leggen. Hij wilde het inkrimpingsbeleid zelfs verscherpen: eind 1986 moet de omvang van de SW-bevolking met 5,6% gedaald zijn ten opzichte van de situatie in 1984: 0,6% méér dan oorspronkelijk de bedoeling was. De Graaf is alléén

Voor velen is de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) de enige mogelijkheid om betaalde arbeid te verrichten. ¹De wet is bedoeld om sociale zekerheid en aangepast werk te bieden aan mensen die als gevolg van een lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of andere handicap geen werkkring kunnen vinden. De WSW, waarvan de uitvoering gedelegeerd is aan gemeentebesturen, kent twee categorieën werknemers: A en B. Categorie A omvat werknemers die in staat zijn regelmatige arbeid te leveren. De hoeveelheid werk bedraagt tenminste 1/3 van hetgeen een werknemer in het vrije bedrijf met vergelijkbare arbeid aankan. De B-categorie omvat mensen voor wie indeling in de A-categorie niet of nog niet gerechtvaardigd is. Indeling in categorie A of B vindt plaats door het gemeentebestuur. In het algemeen geldt dat werknemers in de A-categorie meer verdienen dan werknemers in de B-categorie. In Nederland werken ongeveer 78.000 mensen in WSW-verband; 75.000 hiervan behoren tot de A-categorie.

bereid de vermindering van het aantal arbeidsplaatsen bij te stellen als de SW-instellingen zelf met alternatieve besparingen komen. Zonder bezuinigingen op de SW bespaart het Kabinet volgens hem 50 miljoen te weinig.

Inmiddels heeft de Graaf ook nagedacht over de toestand ná 1986. Voorlopig en vooralsnog vrijblijvend lanceerde hij het idee dat met ingang van 1987 het totale aantal SW-werknemers constant moet blijven. Op grond van aangetoonde plaatselijke behoeften kan in de ene plaats uitgebreid worden, uiteraard ten koste van andere plaatsen. Dit heet dan "gedifferentieerde invulling van het SW-beleid". Wat precies als plaatselijke behoefte wordt gezien is niet duidelijk. Op grond van het beleid van de laatste jaren vrees ik dat hierbij de begrippen arbeidsproductiviteit, concurrentiepositie en commerciële kansen van de sociale werkplaatsen zwaarder zullen wegen dan het sociale motief waarvoor de wet bedoeld was.

Commercieel of sociaal?

Hiermee ligt de centrale vraag op tafel: blijft de Sociale Werkplaats een sociale instelling, met nadruk op een brede toegankelijkheid voor mensen die willen werken maar elders niet terecht kunnen? Of wordt zij een, liefst self-supporting, semi-overheidsbedrijf waar men een laatste kans krijgt om alsnog te bewijzen dat men productief is?

Omdat de uitvoering van de SW aan de gemeenten is opgedragen is het interessant om na te gaan welke opvattingen er in deze kring bestaan. Het wordt duidelijk dat men zich tussen twee vuren voelt: die van het bedrijfsmatige model (ingegeven door de regering Lubbers) en die van het sociale model (ingegeven vanuit de positie van veel van de eigen werknemers). Zo wees de directeur van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (V.N.G.), G.J. van der Top, er onlangs op dat weliswaar binnen de SW gestreefd wordt naar een doelmatiger en bedrijfsmatiger optreden om de kosten te drukken, maar dat dit niet mag leiden

tot een geringere toegankelijkheid voor zwaarder gehandicapten.³ Daarbij zal men aan het bedrijfsleven moeten uitleggen dat het feit dat de SW wordt gesubsidieerd niet betekent dat er zonder meer sprake is van oneerlijke concurrentie. Men zal daarin mijns inziens niet te bescheiden hoeven te zijn. Immers, het bedrijfsleven creëert zelf in belangrijke mate de SW-problematiek. Indien de bedrijven een meer sociaal personeelsbeleid zouden voeren, zouden veel werknemers actief blijven buiten SW-verband. Doordat het bedrijfsleven zelf, te midden van een ruime arbeidsmarkt, de eisen zeer hoog opschroeft, is het redelijk en ligt het voor de hand dat men dit weer op het bord krijgt in de vorm van "concurrentie" van de kant van de SW. In de praktijk blijkt de verhouding SW - bedrijfsleven niet al te gespannen. Belangrijke delen van het SW-werk worden juist verricht in opdracht van commerciële bedrijven. Indien een meer bedrijfsmatige aanpak binnen de Sociale Werkvoorziening in de toekomst leidt tot een hogere prijs van de dienstverlening aan derden moet wel gevreesd worden dat er voor opdrachten van kleinschalige, minder draagkrachtige bedrijven hogere drempels gaan ontstaan.

Ondanks alle goede intenties heeft het streven naar een meer bedrijfsmatige aanpak onvermijdelijk zijn weerslag op de inhoud en het tempo van de werkzaamheden, en daarmee op het selectie- en plaatsingsbeleid. In een recent ronde-tafelgesprek tussen personeelsfunctionarissen bij SW-instellingen had men geen moeite dit toe te geven: "laten we eerlijk zijn, er bestaat een druk om mensen in dienst te nemen die zo goed mogelijk zijn, omdat je die nu eenmaal nodig hebt". Dit verschijnsel werpt ook zijn schaduw vooruit naar de aanmelding: "Wij hebben de indruk dat er mensen wegblijven voor wie de SW juist bestemd is. Zij durven zich dikwijls niet aan te melden".³

Wie zowel de doelmatigheid wil verhogen als de oorspronkelijke doelstelling wil handhaven - want dat zijn toch de doelen die bij die doelmatig-

heid horen - doet er goed aan het sociale schip niet achter zich te verbranden. De kunst is daarbij om de sociale doelen niet te verwarren met het, ook door de SW-werknemers zelf verfoeide, etiket van liefdadigheid. Het recht op betaalde arbeid is aan de orde, en men levert bovendien werk van kwaliteit en van een belangrijke omvang. Het is misleidend, een negatieve (charitatieve) interpretatie van de sociale doelstelling aan te wenden als motief voor commercialisering.

Vuist in ontwikkeling

De rechtstreekse invloed van de politieke verhoudingen op het SW-gebeuren is erg groot. De SW valt immers direct onder het ministerie van Sociale Zaken. De gemeenten fungeren daarbij in toenemende mate slechts als doorgeefluik voor slecht beleid. Het is daarbij beangstigend dat ook de persoon van staatssecretaris de Graaf van grote invloed lijkt op de uitgedragen opvattingen en het concrete beleid. Daartegenover is de vuist van de SW-werknemers in ontwikkeling. Dat is niet eenvoudig. De organisatiegraad is nog laag. Bovendien is het begrijpelijk

dat de weerbaarheid van werknemers met een dergelijke voorgeschiedenis minder is dan die in andere sectoren. Tenslotte is ook het stakingsmiddel problematisch voor mensen die worden geïntimideerd met de opvatting dat het kunnen werken voor hen louter een, overwegend inproductieve, gunst is. Er is al met al bijna sprake van feodale verhoudingen, met aan het hoofd de Graaf. Dat de vuist desondanks in ontwikkeling is, bleek onder meer op de landelijke actiedag van SW-werknemers op 22 januari, die met steun van de vakbonden ABVA/KABO en CFO gehouden werd. Er waren protestbijeenkomsten, werkonderbrekingen, protestbrieven en protesttelegrammen, en solidariteitsverklaringen van directies en besturen en ambtelijk personeel van SW-instellingen. Men keerde zich hierbij massaal tegen zowel het arbeidsvoorwaarden-beleid als het volumebeleid van staatssecretaris de Graaf. Deze beweging verdient de steun van welzijns- en gezondheidswerkers die direct (bijvoorbeeld als bedrijfsarts of maatschappelijk werker bij een SW-instelling) of indirect (bijvoorbeeld B-verpleegkundigen en revalidatie-artsen) met de

SW te maken hebben. Er staat een sociale voorziening op het spel van mensen met weinig of geen maatschappelijke alternatieven ...

Literatuur

1. De sociale gids voor Nederland. TeleboekBV Amsterdam, 1982.
2. Maastrichtse Toeleverings Bedrijven. Verslag over het jaar 1985.
3. SW-Journaal, nummers 1, 3 en 6 van het jaar 1986.



foto: Ine van den Broek

De 'commercie inde houdgreep

Het ziekenhuis als supermarkt.. Rinus Jongsma beschreef in het vorige nummer van dit tijdschrift een aantal toepassingen van het marktmechanisme in de gezondheidszorg.

Gerard Goudriaan nam met groeiende belangstelling kennis van Jongsma's ideeën over klantenbinding. Hij ziet erin volop mogelijkheden voor patiënten om nu eindelijk hun wensen ingewilligd te krijgen.

Maar het blijft oppassen geblazen ...

Gerard Goudriaan, medewerker Harmonisatieraad Welzijnsbeleid.

Mensen die al wat langer in de gezondheidszorg meelopen, reageren vaak ietwat meewarig als ze weer met een nieuwe *trend* geconfronteerd worden. Het najagen van trends wordt door hen vergeleken met de eenzame woestijnloper, die van de ene fata morgana naar de andere snelt of met een kudde schapen, die na de leeggevreten grazige weide naarstig op zoek is naar een andere sappige graasplaats. In de gezondheidszorg doet de hele kudde zich momenteel tegoe aan het lekkers dat onder noemers als "commercialisering", "marktgerichte benadering", "introductie van het concurrentieprincipe", "invoering van het HMO-concept" opgediend wordt.

De discussie over, wat ik maar zal noemen, invoering van financiële prikkels in de gezondheidszorg is duidelijk geïntensiveerd en de afgelopen jaren ook in de beleids sfeer getrokken. Ik wijs hierbij op de Nota 2000, waarin aangekondigd wordt dat experimenten in de richting van een Health Maintenance Organization (HMO) zullen worden gestimuleerd. Daarnaast heeft de nieuwe staatssecretaris voor de Volksgezondheid, Dees, ook een balletje opgegooid. Hij installeerde onlangs de Commissie Structuur en Functioneren van de gezondheidszorg, onder leiding van ex-Phi-

lips topman Dekker.. Deze commissie moet advies uitbrengen over 1.2 miljard aan bezuinigingen in de gezondheidszorg in de komende vier jaar. In zijn toespraak bij de installatie van de Commissie Dekker schetste Dees als belangrijke taak voor de commissie, het doen van voorstellen om een meer evenwichtige verhouding tussen overheidsregulering en marktwerking in de gezondheidszorg tot stand te brengen. In de polemiek, die nu rond de invoering van financiële prikkels plaatsvindt, staan voor- en tegenstanders lijnrecht tegenover elkaar. Voorstanders wijzen meestal op twee punten die voor hen essentieel zijn: efficiëntie en kwaliteit. Volgens hen werkt de marktbenadering efficiëntie in de hand, waardoor de kosten van de gezondheidszorg zo laag mogelijk worden gehouden. Bovendien wordt de kwaliteit van zorg op deze manier het beste gegarandeerd. Tegenstanders echter wijzen op de grote nadelen van deze commercieel getinte benadering in de gezondheidszorg. Er wordt een markt gecreëerd, waar het recht van de sterkste overheerst en waar het solidariteitsprincipe, dat ieder bij ziekte recht geeft op dezelfde behandeling, in de grond wordt geboord. Men vreest een tweedeling in de gezondheidszorg. Aan de ene kant zullen bloeiende commerciële voorzieningen rijke en jonge

patiënten optimaal verzorgen, terwijl aan de andere kant de niet-draagkrachtige, de medisch niet interessante patiënten in tweederangs instellingen terecht zullen komen. Deze patiënten zullen pap krijgen van laagbetaald en weinig gemotiveerd personeel en drooggehouden worden. Tegenstanders vrezen ook het verschijnsel van *patiëntendumping*: financieel niet aantrekkelijke patiënten krijgen geen hulp, voordat ze betaald hebben.

Jongsma Op het middenveld

In de discussie kunnen verschillende posities ingenomen worden, variërend van uitgesproken voor (enkele leden van de commissie Dekker, bijvoorbeeld van Praag) tot uitgesproken tegen (zoals een ander lid, bijvoorbeeld waarnemend voorzitter van de commissie, Dunning). Evenals in het hedendaagse voetbal speelt de strijd zich echter vooral af op het middenveld. Hier bevindt zich een grote groep (ook vanuit de linkerzijde) die een middenpositie inneemt. Zij putten uit het gedachtengoed van meer concurrentie en meer marktgerichtheid en een aantal elementen en passen deze toe op de Nederlandse situatie.

Een dergelijke positie wordt onder andere door Rinus Jongsma ingenomen. In het vorige nummer van dit tijdschrift wierp hij zich op als een voorstander van *marketing-principes* in de intramurale gezondheidszorg. Hij doelde daarmee op "systematisch onderzoek van de omgeving van het ziekenhuis, verwijzersgedrag, onderzoek van de redenen waarom consumenten wel kiezen voor het ene en niet voor het andere ziekenhuis... Het ziekenhuis kan zich juist door zo'n beleid te voeren onderscheiden van andere instellingen: het positioneert zich op de markt". Volgens Jongsma zorgt dit systeem van open concurrentie ervoor dat de hele organisatie prikkels ontvangt om de cliënt zo goed mogelijk van dienst te zijn: "het ziekenhuis wil zijn klanten graag houden". Onwillekeurig roept Jongsma's pleidooi eerbeeld van kortgeknijpte, dynamische jongemannen, en een enkele jongedame op, die hun op de HEAO verworven public relations kennis toepasbaal (en profijtelijk) achten voor de gezondheidszorg. Ook in Jongsma's pleidooi lijkt het belang van het ziekenhuis (klantenbinding door profilering toch voorop te staan, en speelt het *patiëntenbelang* een daaraan ondergeschikte rol. Er ontbreekt een strategische onderbouwing van Jongsma's verhaal.. En dat is zwak, want zo kal hij een speelbal worden van die krachten, die niet vies zijn van een gecommmercialiseerde gezondheidszorg waarin het belang van de patiënt al modieus trekkertje ingezet wordt.

Aan de andere kant leveren Jongsma's waarnemingen zowel voor verpleging als patiënten ongekende mogelijkheden op om - met de constatering in het achterhoofd dat het ziekenhuis zijn klanten graag wil houden - een sterke strategische positie op te bouwen. Want, en dat heeft Jongsma goed gezien, in de gezondheidszorg zal het steeds meer gaan om de gunst van de patiënt: *het lijfsbehoud van de instelling zal centraal komen te staan*. Hoe zullen de instellingen proberen het vege lijf te redden? Zullen zij zich vooral gaan richten op kwaliteit, die eventueel aangevuld met marketing-beleid zichzelf wel zal verkopen? Of storten ze zich op het verkrijgen van een uitgeroepen positief, opgepoetst image, waarmee het ziekenhuis beoogt nieuwe klanten te trekken? Als het alleen aan de instellingen overgelaten wordt ben ik bang dat de tweede optie dominant zal worden. Om de cliënt meer centraal te stellen dient met name de patiëntenbeweging in te springen op het ontluikende denken binnen ziekenhuizen. Het betekent dat een aantal essentiële aspecten van het commerciële denken (product- en cliëntgerichtheid, optimale kwaliteit) centraal gesteld dienen te worden. Zonder volledigheid na te streven wil ik een aantal mogelijkheden aangeven, die vanuit de patiëntenbeweging afgedwongen zouden kunnen worden.

Om te beginnen het opzetten van klachtenprocedures. Daarbij gaat het niet alleen om klachten over medische fouten, maar vooral om "kleinere zaken" als onheuse bejegening, patiënten eindeloos laten wachten, slechte kwaliteit van het eten of de verzorging. Vanuit de ziekenhuiswereld is hier nog veel weerstand tegen. Het is ook niet voor niets dat Jongsma in zijn "*patiënten vriendelijke*" verhaal op deze voor patiënten zo wezenlijke mogelijkheid om ergens gehoor te kunnen vinden en klachten kwijt te kunnen, totaal niet ingaat. Vanuit een markt-beleid, dat met de *patiëntenbril* op gevoerd wordt, zijn klachtenprocedures onontbeerlijk. Hopelijk zal het ook voor ziekenhuizen - vanuit concurrentie-overwegingen gezien - van essentieel belang worden. Immers, wanneer ziekenhuizen zich optimaal naar de cliënt willen presenteren en dus aan klantenbinding willen doen, zal het hebben van een goede klachtenregeling een belangrijke pré zijn. Als de marketingfunctionarissen niet goed weten hoe ze dit aan moeten pakken kunnen ze altijd nog het vorig jaar verschenen boek van Wim Blok "*Tussen artsenmacht en patiëntenklacht*" ter hand nemen. Blok beschrijft in dit boek minutieus hoe zorggebruikers in Zeeuws-Vlaanderen een klachtenproject opzetten en hoe doeltreffend dit gewerkt heeft. Ik kan dit boek aan de

marketing-afdeling van ieder ziekenhuis aanbevelen en ik hoop dat ze iets meer ruimte aan patiëntengroepen willen geven om zo'n project op te zetten, dan Wim Blok van de Zeeuws-Vlaamse ziekenhuizen kreeg.

Op het symposium van het Gemeenteziekenhuis Dordrecht "*Van patiënt naar consument*" heeft Hans van der Wilk een interessant principe geïntroduceerd. Hij stelde voor dat hulpverleners hun handelen zouden toetsen aan het criterium van de omgekeerde situatie. Dit houdt voor hulpverleners in: "bedenk wat u zou doen, zou vragen; wat zouden uw gevoelens of beweegredenen zijn, als u zelf in de situatie zou verkeren van de patiënt?" En ik zou hier nog aan willen toevoegen: "Zoudt u zelf uw diensten willen consumeren?" Van studenten hoorde ik nog wel eens dat ze nooit in hun eigen ziekenhuis opgenomen zouden wilden worden. En van Duitse artsen is bekend dat ze kankertherapieën, die ze hun patiënten voorschrijven, niet op zichzelf toepassen, als ze in die situatie verkeren. Het lijkt me in ieder geval een goed criterium van cliëntgerichtheid, dat ik niet in het marketing-verhaal van Jongsma tegenkwam en dat eerder van buitenaf dan van binnenuit geïntroduceerd lijkt te worden.

Guide Michelin

In september heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een discussienota het licht doen zien met als titel "*Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening*". Het interessante van deze nota is dat de patiëntenbeweging hiermee een goed instrument in handen heeft gekregen om handelingen van hulpverleners en instellingen te beoordelen. De nota is een zeer helder geschreven en tegelijk verhelderend kader waarmee de *kwaliteit van de beroepsuitoefening* gewogen kan worden. Inhoudelijk interessant is, dat het begrippenkader zich niet beperkt tot het methodisch-technisch handelen, maar dat er nog twee hoofdcategorieën aan toegevoegd zijn. Dat zijn de kwaliteit van de *attitude* van de beroepsuitoefenaar (o.a. respectvolle bejegening en informatiebereidheid) en de kwaliteit van de *organisatie* van de beroepsuitoefening. Met een dergelijk begrippenkader in de hand zou de patiëntenbeweging eens werk moeten maken (de marketing-ideologen zullen het niet doen) van een kwaliteitsvergelijkend onderzoek van ziekenhuizen in een bepaalde regio. De afgelopen maanden is hier al van verschillende zijden voor gepleit. De tijd lijkt rijp; de afdeling public relations van een ziekenhuis zal u, als we Jongsma mogen geloven, met open armen ontvangen en een dergelijk onderzoek

lijkt meer baat op te leveren dan de formele participatieroute.(3)

Misschien dat bij een kwaliteitsvergelijkend onderzoek ook met een schuin oog naar de horecasector gekeken kan worden. Het lijkt me een uitstekend idee om de kwaliteit van ziekenhuizen te beoordelen via een soort *Michelin-sterrenstelsel*, zoals dat nu op restaurants wordt toegepast. Het lijkt me dat dit in een meer op concurrentie gericht systeem een noodzakelijke voorwaarde is om consumenten echt inzicht in de markt te geven, waardoor zij een reële keuze kunnen maken. Het Michelin-sterrenstelsel, zoals dat in zijn huidige vorm op het restaurantwezen wordt toegepast heeft echter één groot nadeel. Vooral de exquise, exclusieve restaurants vallen hieronder, terwijl hele degelijke, goede maar wat eenvoudiger restaurants buiten de sterrenboot vallen. De vergelijking doortrekkend met de ziekenhuizen zit het gevaar er dus in, dat vooral ziekenhuizen met medisch-technische hoogstandjes beloond zullen worden, terwijl ziekenhuizen waar de hotelfunctie goed verzorgd is en waar de verpleging een bijzonder goed product aflevert niet aan de Sterrenslag kunnen deelnemen. Voor de verpleging zal de uitdaging voor de toekomst erin liggen dat ze de *hotelfunctie* van haar ziekenhuis waar kan maken en dat ze ervoor kan zorgen dat ze de zorg die ze verleent gelijkwaardig wordt aan de *medisch-technische behandelingen*, die vanuit een andere hoek geleverd worden.

Wanneer dit soort zorginnovaties gerealiseerd kunnen worden zal de "productgerichtheid" en de kwaliteit van een doorsnee ziekenhuis voldoende zijn en zal voorstanders van verdergaande commercialisering de wind uit de zeilen genomen worden. Het werken met dit soort strategieën lijkt op judo: soepel meegaan met je tegenstander, maar op het juiste moment het initiatief nemen en dan de tegenstander op de mat leggen: de commercie in de houdgreep. ••

Noten

1. Rinus Jongsma, Het ziekenhuis als supermarkt. In: TGP, 1986 nr. 2, pag. 6-9.
2. J. van der Wilk, Een kwestie van perspectief. In: Medisch Contact, 1985 nr. 37, pag. 1122-1124.
3. Zie "Interview consumentenbond" (Margriet Andela). In: TGP, 1985 nr. 4, waarin Andela stelt dat als er iets door de patiëntenbeweging is bereikt, dat niet via overleg is gebeurd.

Plannen is „in” en In- moeilijk

"Pappa, don't preach" zingt Madonna-nieuwe-stijl, lief naïef gekleed in een wit T-shirt, op het oog geleend van broer of buurjongen. Het is aardig te zien hoe iemand kan veranderen van black leather popster tot semi-onschuldig zangeresje; met volledig behoud van erotiek..

Ook de progressieve gezondheids criticus lijkt van koers veranderd. De hit van de afgelopen jaren: demedicalisering, deprofessionalisering, en andere lekkernijen, breed uitgemeten in de eerste jaargangen van dit tijdschrift, wordt langzamerhand van zijn plaats verdrongen door een nieuwe strijdkreet.. Die van marketing, public relations, planning, KMO's en genuanceerde commercialisering.. De discussie over de gezondheidszorg heeft een nieuw arrangement gekregen. Niet dat de kritiek op de medicaliserende invloeden van de gezondheidszorg heeft afgedaan, ze blijft een evergreen. Het blijkt alleen dat zij weinig praktisch hanteerbare instrumenten voor veranderingen levert. De *Nieuwe Kruik* beschikt niet zozeer over nieuwe analyses, maar gaat veeleer met de instrumenten in de weer. En zoals iedere stroming haar inspiratiebron heeft, is op dit moment de blik gericht op de V.S. Studiereisjes naar Amerika zijn weer en vogue. De daar opgedane ervaringen duiken stevast op in argumentaties pro Het Nieuwe Elan in de gezondheidszorg. Alleen kan niemand mij goed duidelijk maken waarin die Amerikaanse gezondheidszorg - volgens linkse maatstaven - nou zo geweldig is. "Miss, your credit card please. The nurse will show you the way to the emergency room." Wie weet analyseert iemand over tien jaar in dit tijdschrift de herleving van The American Dream eind jaren tachtig als een mooie en tragische uitdruktingsvorm van de Oude Wereld in crisis.

Hoe het ook zij: zowel links als rechts lijkt het er over eens dat de organisatie van de gezondheidszorg moderner moet.. Managen ("Mènedzje") moet, plannen ("Plènnè") moet.. In een omvangrijk bedrijf als de gezondheidszorg waar dermate grote (levens)belangen op het spel staan, moet de bedrijfsleiding weten wat ze doet en vooral: weten op welke manier ze het bedrijf wenst te ontwikkelen. Voor we het Amerikaanse plannen als idool binnenhalen, lijkt het me zinnig na te gaan hoe er op dit moment in Nederland gepland wordt en wat daarbij de problemen zijn. Plannen, wat is het meer dan overschotten en tekorten aan verpleegkundigen, organiseren, dikke nota's en voorgenomen WGM's die voorgenomen WVG's aflossen, die op hun beurt....

Eén van de sectoren van het gezondheidsbedrijf, waarvan de gebrekkige organisatie de afgelopen tijd nogal eens de kranten



Radiotherap:

"Binnen de B.V. Gezondheidszorg Nederland moeten we beter gaan plannen en managen", aldus de Nieuwe Kritiek op het gezondheidsbedrijf. Sigrid Sijthoffschetst in gesprek met een planningsonderzoekster hoe het momenteel in de radiotherapie toegaat. De weg van concrete aanvraag van nieuwe bestralingsapparatuur naar toewijzing is lang en onbegaanbaar. Procedures en toetsing van de aanvraag laten veel te wensen over. Het ministerie had zeven jaar nodig om voor een concept-planningsbesluit over uitbreiding van bestralingsapparatuur op tafel te leggen.

De minister en zijn adviescolleges ruziën over het gewenste aantal bestralingsapparaten. Daarbij rekent het ministerie, uitgaande van de beschikbare hoeveelheid geld, terug hoe groot de behoefte mag zijn.

Een blik op de schimmige reidans rondom het gouden kalf van de radiotherapie.

Sigrid Sijthoff



foto: Hans van den Boogaard

e als voorbeeld

haalde, is de radiotherapie. Kankerpatiënten van wie de arts zegt dat ze radiotherapie moeten krijgen, merken tot hun schrik dat ze in plaats van behandeld te worden, op een wachtlijst terechtkomen. Gezondheidsraad en Minister rekenen ons voor dat door gebrek aan apparatuur en bedienend personeel slechts 35% van de kankerpatiënten bestraald wordt, terwijl 50% er baar bij kan hebben. Bovendien blijkt dat dit tekort al sinds 1974 bekend is.

Bettie Eek is studente geneeskunde, zij onderzocht in het kader van een groter project over ondermeer

"besluitvormingsprocessen en planningsinstrumenten binnen de radiotherapie", hoe een radiotherapeutisch centrum en beleidsmakers te werk gaan bij de planning van nieuwe bestralingsapparatuur. Hiervoor ploegde zij beleidsnota's door en reconstrueerde zij, onder andere door middel van interviews, bij het Radiotherapeutisch Instituut Friesland, de periode voorafgaand aan de installatie van hun nieuwe apparatuur in 1982.

Bettie Eek: "Heel in het kort ziet de procedure rond de aanschaf van een nieuw apparaat er zo uit: Een radiotherapeutisch centrum mag pas nieuwe apparatuur kopen als het daarvoor toestemming heeft gekregen van het ministerie van WVC. Om die vergunning te krijgen, moet het centrum een aanvraag indienen, waarin het ten eerste duidelijk moet maken dat ze het apparaat echt nodig hebben; en ten tweede moeten ze aantonen dat de ziekenfondsen en ziekenhuizen uit hun verzorgingsgebied, achter hun aanvraag staan. Het ministerie op zijn beurt, moet toetsen of die *incidentele* aanvraag terecht is. Hierbij laat hij zich adviseren door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, en Gedeputeerde Staten. Dan zijn er nog twee organen, die het ministerie adviseren bij het maken van het *algemene* beleid inzake de radiotherapie: de Gezondheidsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.

De Gezondheidsraad signaleert blijkbaar al een jaar of tien dat er te weinig bestralingsapparaten zijn in Nederland. Waarom is er niet overgegaan tot het wegwerken van het tekort, in plaats van het instellen van vergunningen?

"De crux is - ook hier weer - het geld. Voor het Ministerie van WVC valt de radiotherapie binnen de categorie hooggespecialiseerde, zeer dure gezondheidsvoorzieningen. Net als de hart- en neurochirurgie, de intensieve zorg voor zieke

pasgeborenen, nierdialyse en niertransplantatie, nucleaire geneeskunde, postnataal chromosomenonderzoek en prenatale diagnostiek, hartcatheterisatie en computertomografie (CT-scan en NMR). Vanwege de kosten vond het ministerie dat niet zomaar iedere instelling deze voorzieningen binnen de muren mocht hebben. Ze werden verzameld in art. 18 wet Ziekenhuisvoorzieningen. Dit artikel regelt dat er een vergunning van de minister nodig is om één van de genoemde functies uit te oefenen, c.q. uit te breiden. Ook schrijft het voor dat er een *landelijke planningsprocedure* moet zijn. Omdat het ernaar uitzag dat de gewenste uitbreiding van de radiotherapie wel eens heel duur zou kunnen worden, werd in 1978 besloten dat ook de radiotherapie onder deze wet zou vallen. Het probleem van radiotherapie was dat er in die tijd nog weinig gedifferentieerde gegevens bekend waren over het voorkomen van kanker en de diverse therapieën. Bovendien verliep de wetenschappelijke ontwikkeling rond de radiotherapie in een razendsnel tempo. Het ministerie werkte met verouderde gegevens. Verwachtingen over het aantal apparaten dat er nodig zou zijn en het plannen daarvan, waren eigenlijk slagen in de lucht. De Minister besloot in 1981 dat allerlei gegevens opnieuw uitgezocht moesten worden en dat er op basis van die gegevens een planningsbesluit moest komen, met daarin precies de normen waaraan een centrum (zelfstandig of als deel van een ziekenhuis) moest voldoen om een vergunning te krijgen voor de aanschaf van apparaten. Nu, in 1986 ligt het concept van dit planningsbesluit pas op tafel. Het wachten is op het definitieve planningsbesluit, van belang om op een rationele en goedkope manier hoeveelheid en spreiding van radiotherapeutische voorzieningen te organiseren".

"Het geld" blijkt dus een belangrijke drijfkracht te zijn voor het ontwikkelen van beleid rond de radiotherapie. Welke rol spelen de financiën bij de uitvoering van het beleid, dus bij het kopen van een apparaat?

"Iedere keer dat de adviesorganen van het ministerie over een concrete aanvraag moeten oordelen, blijkt dat zij de financiën een secundaire rol toebedelen. Het *College voor Ziekenhuisvoorzieningen* is een van die organen; het adviseert zowel over de economische als de planmatige aspecten van een aanvraag. Nu blijkt dat dit College nog nooit een negatief advies heeft uitgebracht, omdat ze het niet eens waren met het economische deel van een aanvraag. Dus wanneer een centrum goed de noodzaak van de aanschaf van een apparaat, hoe duur ook, onderbouwd, heeft het er recht op en krijgt het apparaat. Trouwens ook het radiotherapeutisch centrum, wat ik onderzocht heb, lette minder op het prijskaartje van de apparatuur die ze wensten, dan op de medisch-technische mogelijkheden ervan."

Intussen proberen radiotherapeutische centra het tekort aan apparatuur op te lossen door bijvoorbeeld behandelingsschema's van patiënten te veranderen. Zo kun je iemand vijf weken lang vijf keer per week bestralen, maar het is ook mogelijk die patiënt vijf weken lang vier keer per week een iets hogere dosis te geven. Of het apparaat meer uren per dag te gebruiken. Volgens jou spelen de kosten van de apparatuur dus bij het aanvragen ervan, geen doorslaggevende rol. Wat is dan de reden van het tekort; die centra moeten toch dagelijks merken dat ze te weinig apparatuur hebben. Wat doen ze daaraan? Plannen ze wel, en zo ja, hoe?

"Het blijkt dat beleid dat niet tegelijkertijd gecombineerd wordt met besluiten over de uitvoering ervan, voor de praktijk veel vertragende onduidelijkheden oplevert. Het kan zelfs een praktijk opleveren die om het bedoelde beleid heenloopt, waar het ministerie vervolgens geen stokje voor steekt. Zo kreeg het centrum dat ik onderzocht vergunning van het ministerie, om een nieuw apparaat te kopen, waar ze gezien het aantal kankerpatiënten in hun regio recht op hadden. Uit geen van de stukken blijkt dat die aanvraag was opgezet volgens de procedures die het ministerie voor ogen had. Ook is nergens terug te vinden op welke wijze hun aanvraag door het ministerie getoetst is.

Een andere - opzienbarende - factor is, dat een radiotherapeutische afdeling al jaren weet dat hun apparatuur overbelast is en dat zij dit niet automatisch aanzwengelen bij hun directie of bestuur. Terwijl iedereen weet dat het wel *tien jaar* kan duren voordat je een nieuw apparaat in huis hebt, zeker als er voor gebouwd moet worden... Zo kon het centrum dat ik onderzocht, pas in 1982 met hun nieuwe apparatuur aan het werk, terwijl ze in 1974 de behoefte eraan al gevoeld hadden. Ik vermoed dat een belangrijke oorzaak voor deze *kortzichtigheid* is, dat de werkers die zich dagelijks met het bestralen bezighouden, - zoals de radiotherapeuten - niet geleerd hebben dat "plannen" een wezenlijk onderdeel van het werk is. Een hoofd van afdeling in een ander centrum vertelde me, dat zolang zij niet aan de directeur melden dat ze een nieuw apparaat nodig hebben, er natuurlijk niets gebeurt. De directeur komt niet naar hun toe met de vraag of ze het nog wel redden."

Dus het loopt niet zo hard met die aanvragen. Aan de ene kant komt dat omdat het ministerie weliswaar verordeneert dat centra vergunningen aanvragen, maar het voor die centra niet duidelijk maakt hoe ze dat moeten doen. Aan de andere kant lijkt het ook te ontbreken aan managers-kwaliteiten bij de centra zelf.

De indruk die "planning op papier" vaak bij mij achterlaat, is dat de cijfermatige onderbouwing van een plan van groot belang is. Hoe komen centra en beleidsinstanties aan hun getallen?

"Het Radiotherapeutisch Instituut Friesland keek bijvoorbeeld bij de cijfers waar ze een aanvraag mee onderbouwen, niet zozeer naar hun eigen regio, het gebruikte landelijke cijfers - zoals de Landelijke kankerincidentie - die ze modificeerden naar het aantal inwoners in hun gebied. De kankerincidentie, het aantal nieuwe ziektegevallen per jaar, is een getal dat in een bepaalde regio niet noodzakelijkerwijs gelijk hoeft te zijn aan het landelijke gemiddelde. Ze nemen dus de cijfers over, die op dat moment als landelijk gemiddelde gelden. En hoewel er sinds kort uniforme regionale kankerregistraties opgezet zijn, zeggen ze dat ze dat ook in de toekomst zullen blijven doen.

Aan de ene kant wordt het door het gekopieër van landelijke cijfers moeilijk voor de minister om een juist beeld van de praktijk te krijgen, aan de andere kant geeft het hem een handige mogelijkheid om met het vaststellen van officiële normen, die afwijken van de hem geadviseerde, het veld te beïnvloeden."

Een goed voorbeeld hiervan is de discussie die op dit moment speelt tussen de beleidsorganen over het percentage kankerpatiënten dat gebaat zou zijn bij radiotherapie. Een belangrijk getal, omdat er direct mee samenhangt hoeveel bestralingapparaten er in Nederland nodig zijn. Het ministerie

en de Gezondheidsraad berekenen op dit moment dat 60% van de kankerpatiënten in aanmerking komt voor radiotherapie, terwijl - door het tekort aan voorzieningen - slechts 36% daadwerkelijk bestraald wordt. In 1974 stelde men dit percentage op 46.

"De Gezondheidsraad zegt in haar nieuwste rapporten zelfs dat in 1990 55% van de kankerpatiënten bestraald moet worden; ze berekenen dat er dan 81 lineaire versnellers (het type apparaat dat centra het liefst gebruiken. red.) nodig zijn. De minister reageert hierop: "Sorry, dat kost me teveel geld; het percentage moet 50 zijn" en komt daarmee uit op 62 versnellers in 1990.

Waarop onder andere het College voor Ziekenhuisvoorzieningen op haar beurt in juli '86 de minister tot de orde roept: *een behoefte en de wijze waarop je in die behoefte wilt voorzien, zijn twee gescheiden zaken die gescheiden dienen te blijven.* Het is afwachten wat de volgende zet van het ministerie zal zijn."

"Er is nog een oorzaak voor het grote verschil in berekende aantallen apparaten. Bij het vaststellen van de capaciteit van een bestralingsapparaat gaat het ministerie uit van een 45-urige werkweek voor de radiotherapie. De adviesorganen vinden dat maatschappelijk onaanvaardbaar en houden het op 40 uur. Een werkweek van 45 uur betekent dat je weliswaar minder apparaten nodig hebt, maar meer bedienend personeel. Hoe centra in deze tijden dat extra personeel moeten regelen, laat het ministerie in het midden.

Al met al hebben zowel kankerpatiënten als het ministerie problemen. De Gezondheidsraad berekent dat er jaarlijks een stijging van de uitgaven valt te voorzien van 4,4 miljoen gulden om in de behoefte aan radiotherapie te voorzien. De paradox is dat de overheid voortdurend adverteert, dat ze wenst te bezuinigen, maar tegelijk met gigantisch veel geld over de brug moet komen, wil ze aan haar eigen plannen tegemoetkomen.

"Het is natuurlijk een veel algemener probleem. Voortdurend zijn er *nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen* die toegepast worden en waar vervolgens *behoefte* aan ontstaat en dus geld voor moet komen. Zoals die nieuwe therapie voor extreem dikke mensen die een ballonnetje in hun maag gestopt krijgen, zodat ze een verzadigd gevoel hebben zonder dat ze gegeten hebben. Daar ligt nu ook een aanvraag van op tafel voor vergoeding door het ziekenfonds."

Intussen houdt de groep waar het uiteindelijk om gaat, de kankerpatiënten, zich stil. Het Koningin Wilhelminafonds vecht voor de financiering van research, maar wie strijdt er voor luchtbruggen en "Houstons" voor kankerpatiënten?

"Ik heb dat niet onderzocht, maar ik denk dat er een groot verschil is tussen hartpatiënt zijn of kanker hebben.

Kanker kun je overal in je lichaam hebben en er zijn talloze therapieën: van chirurgie tot kruidendokter. Als kankerpatiënt moet je denk ik meer leren leven met het directe vooruitzicht van de dood, en dat maakt je er niet mondiger op. Ik zie een kankerpatiënt nog niet zo snel naar de USA vertrekken omdat daar meer versnellers zijn..."

„Plenne" ,moeilijk werk., Zou het er makkelijker of beter op worden, door het op z'n Amerikaans in plaats van op z'n Nederlands te doen? ••

Een afscheidsrede

De Universiteitsraad van de Vrije Universiteit heeft in 1981 een "pool" Vrouwenstudies ingesteld. Hieruit werden gedurende 4 jaar 8 projecten gefinancierd. Bij de Faculteit der Geneeskunde ging per 1 december 1982 het project "Vrouw-patiënt/man-huisarts" van start met 2 half-time medewerkers: Kathy Davis voor onderzoek en Thea Dukkers van Emden voor onderwijs. Hiermee had de V.U. een primeur: dit was het eerste Vrouwenstudies project aan een medische faculteit in Nederland, en waarschijnlijk ter wereld.

Na afloop van die 4 jaar moesten de faculteiten zelf formatieruimte leveren voor de continuering van Vrouwenstudies. Noch het Medisch Faculteitsbestuur, noch de Faculteitsraad hebben ooit veel belangstelling

getoond voor (de continuering van) dit project. Kathy Davis hoopt in 1987 haar onderzoek af te sluiten met een proefschrift. Haar aanstelling is het komende jaar gewaarborgd door financiering uit de Universiteire „Jcnelpuntenruimte". Het onderwijs zal - op beperkte schaal - doorgaan doordat 2 inmiddels aangestelde vrouwelijke huisartsen bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde (HAG) hiervoor elk een halve dag per week krijgen.

Thea Dukkers van Emden, jeugdarts, tevens werkzaam bij het Aletta (Jacobshuis (het Amsterdamse bureau van de Rutgersstichting).

Vrouwen en dokters:

een riskante relatie

Dames en Heren,

Ik zal het vanmiddag hebben over de beginfase van dit project, over mijn *ervaringen* met Vrouwenstudies, over de *plaats* van Vrouwenstudies binnen de medische faculteit en tenslotte over de *inhoud* van Vrouwenstudies Geneeskunde nu en in de toekomst.

Veel van mijn verhaal is persoonlijk gekleurd. Ik vind het belangrijk om over mijn persoonlijke ervaringen met dit werk te vertellen, omdat ik denk dat het voor een groot deel herkenbaar is voor andere vrouwen die met Vrouwenstudies bezig zijn, en omdat ik denk dat onze ervaringen op essentiële punten verschillen van die van andere docenten in het wetenschappelijk onderwijs.

Terug naar het begin van dit project. Ik herinner mij nog heel goed hoe verbaasd ik vier jaar geleden was, toen ik voor een sollicitatiecommissie verscheen die uitsluitend uit vrouwen bestond. Ik was sinds mijn artsexamen in 1970 niet meer aan een universiteit verbonden geweest en dacht (heel naïef zoals later zou blijken): "wat hebben vrouwen aan de universiteit veel macht gekregen!" Van het sollicitatiegesprek is me één vraag bijgebleven. Iemand vroeg me of ik mij als vrouw "onderdrukt" voelde. „O jee, wat een onzin", dacht ik, "onderdrukt, ik, welnee!" Ik heb nog steeds moeite met de term "vrouwenonderdrukking", maar ik ben er in de loop van de tijd wel anders over gaan denken.

Ik solliciteerde naar deze baan, omdat ik vond dat er iets niet klopte met de manier waarop er in de gezondheidszorg met vrouwen werd omgegaan. Vanuit diezelfde betrokkenheid had ik destijds meegedaan aan de oprichting van het *Amsterdamse Vrouwengezondheidscentrum*. Maar met mij **persoonlijk** had dit alles niets te maken: mij was immers nooit een strobreed in de weg gelegd. Ik hing het "*liberaal-feminisme*" aan: ik vond dat vrouwen gelijke kansen en een gelijke behandeling moesten krijgen als mannen. Maar ik vond dat je dit niet *los* van mannen moest bevechten, en waar mogelijk binnen bestaande instituten.

Ik was niet optimaal toegerust voor deze baan. Om te beginnen had ik geen enkele onderwijservaring. Als student was ik nooit erg actief geweest in onderwijscommissies of in beleidsorganen, ik was geen doorgewinterde lobbyist en ik had geen "Vrije Universiteit-verleden". Wel bracht ik een handicap mee: ik wilde aardig gevonden worden en waardering krijgen.

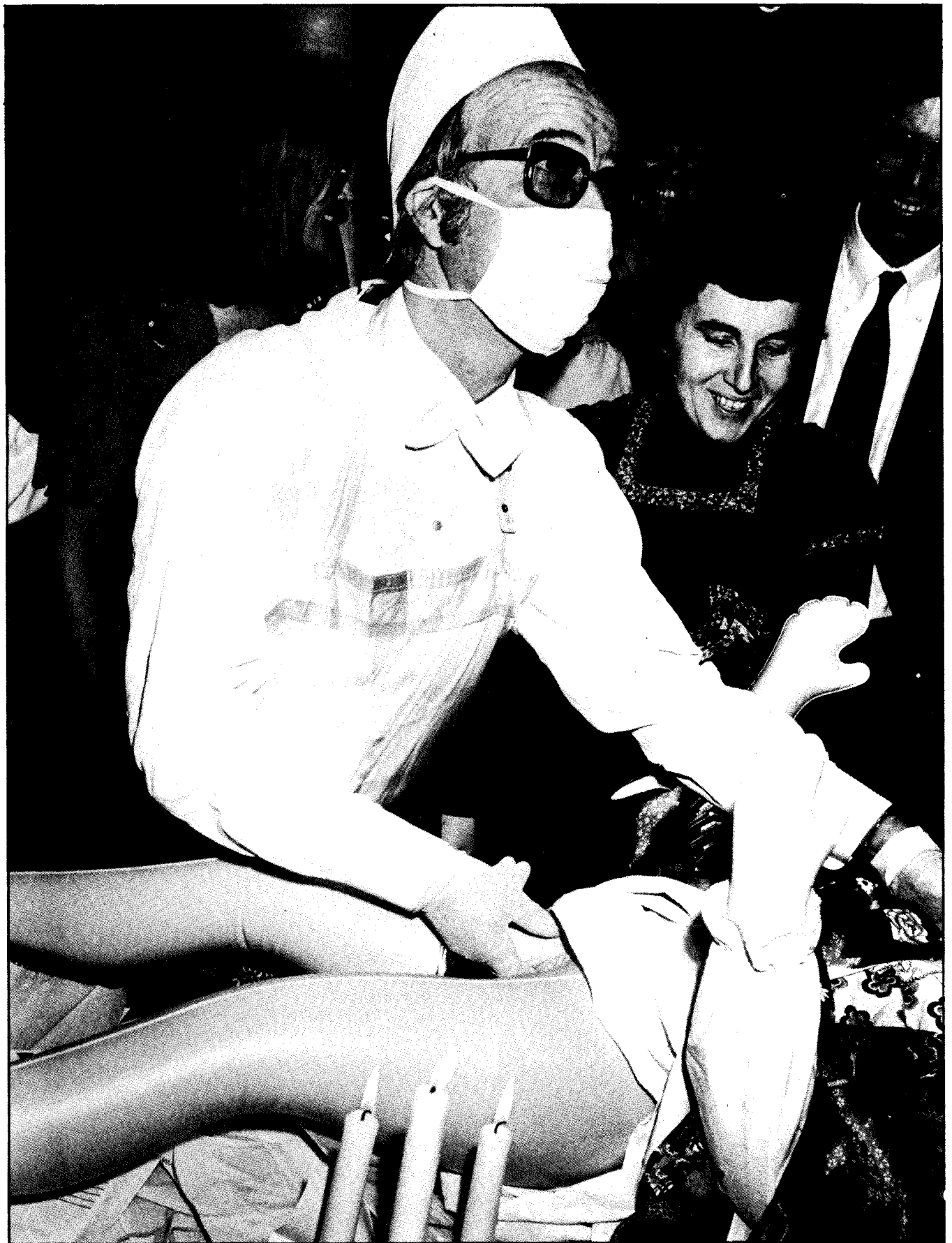


foto: Paul Babeliowsky (Hollandse Hoogte)

Ax's krijgt tijdens een receptie een opblaasbare pop waarbij in de vagina een kadootje verstopt zit. Plaats van handeling: abortus...kliniek Utrecht...Ax's demonstreert... zogenaamd de abortus methode.

Al snel merkte ik dat die wensen slecht te rijmen waren met een Vrouwenstudies-haan. Bepaald onvoorbereid was ik op de mannenwereld waarin ik terecht kwam. Pas nadat ik hier een poos werkte merkte ik hoe "verwend ik wat dat betreft geweest was in mijn andere banen: zowel bij de afdeling *Jeugdgezondheidszorg* van de GGD als bij het *Aletta Jacobshuis* werken voornamelijk vrouwen als arts en verpleegkundige - weliswaar in beide gevallen met een man als leidinggevend arts. Toch bepaalt een zo groot aantal vrouwen de sfeer op het werk en vooral de *vergadercultuur* op een manier die ik mij niet had gerealiseerd. Misschien speelde in mijn wat naïeve opstelling ten aanzien van deze baan in het begin ook mijn persoonlijke achtergrond mee: door de vroege dood van mijn vader ben ik opgegroeid in een vrouwengezin met een sterk geïdealiseerd manbeeld. Dat ideale manbeeld heeft de afgelopen jaren wel wat deuken en krassen opgelopen!

Zo niet

Ik kwam hier terecht bij een vakgroep waar ik wat betreft mijn vervolgopleiding niet direct thuis hoorde: ik ben geen huisarts, maar jeugdarts. Ik kwam in een omgeving waar nauwelijks vrouwelijke artsen werkten: niet één in het Basiscurriculum, niet één op de Onderzoeksafdeling en slechts twee bij de Beroepsopleiding Huisartsgeneeskunde, waarvan er één een jaar later alweer vertrok.

Ik ging een vak doceren dat niet bestond: *dit was de eerste Vrouwenstudiesplaats aan een medische faculteit in ons land*. Er was geen duidelijk omschreven leeropdracht, er waren geen leerboeken, en van het emancipatieniveau van de studenten wisten we ook niet veel. Wel kwam er een steungroep voor Kathy Davis en mij, bestaande uit 3 stafmedewerksters en de beide studenten die het project hadden aangezwengeld. Het enige dat vast lag, was dat er veel kritiek was van de vrouwenbeweging op de manier waarop vrouwen door dokters behandeld werden en dat hiervan iets dóór moest gaan klinken in de medische opleiding.

Het probleem was dat we voornamelijk wisten hoe het **niet** moest: vrouwen moesten niet betutteld worden, niet volgestopt met valium en bij voorkeur niet verkracht in de spreekkamer. Hoe het **wel** moest was de vraag: we hadden het pessarium occlusivum van zolder gehaald, de yoghurt kuur uitgevonden en daar vervolgens nog de knoflookteentjes aan toegevoegd, maar dat was het wel zo'n beetje. Geen stevige basis om je onderwijs op te bouwen!

De colleges die ik gaf, vielen dan ook niet allemaal in goede aarde. Medische studenten kunnen voortdurend kritiek op artsen niet aan. Zij zijn zelf nog vol goede bedoelingen, en kunnen en willen zich niet herkennen in die sexistische, vrouwonderdrukkende dokters die ik beschreef. Ze willen weten hoe je wel goed met vrouwelijke patiënten omgaat, en zijn niet geïnteresseerd in feministische maatschappij analyses. Soms reageerden ze ronduit vijandig, zoals die keer toen ik dia's van *sexistische geneesmiddelenreclames* liet zien.

Ik voelde me onzeker en bedreigd. Omdat ik zelf nog onvoldoende boven de stof stond, was ik vrij verkrampd in de presentatie. Ik was heel duidelijk bezig een **boodschap** over te brengen, en studenten reageren daar geprikkeld op. Ik kreeg ook - heel begrijpelijk - weinig steun van vrouwelijke studenten tijdens de colleges. Je maakt je niet populair door een docent die zo'n controversieel onderwerp behandelt, bij te vallen. Wel kwamen na afloop van het college wel eens studenten bij me om te zeggen dat ze er blij mee waren dat er zoiets als Vrouwenstudies was, wat ik erg steunend vond. De reacties van zowel mannelijke als vrouwelijke studenten op het keuzeonderwijs waren vaak enthousiast en bemoedigend.

Positie Vrouwenstudies

Hoe stond het met de positie van Vrouwenstudies binnen de faculteit?

Het **faculteitsbureau** leek ons geen erg warm hart toe te dragen. Het kostte Kathy en mij 2 jaar geleden de nodige moeite om een hoofdstukje over Vrouwenstudies in de Studiegids van '84/85 opgenomen te krijgen. Tussen de vakgroepen en het reguliere onderwijs mochten we natuurlijk niet; we kregen een plekje achterin tussen de studiezalen en het postacademisch onderwijs. Maar toch: *een hele bladzijde*, en we werden vermeld in de inhoudsopgave, dus hoorde je mij niet mopperen. Deze zomer gaf ik, vóór het ter perse gaan van de nieuwe studiegids enkele wijzigingen door. Ik deed dit op grond van de tekst uit '84, want de gids van vorig jaar had ik niet gekregen. Groot was mijn verbazing toen bleek dat Vrouwenstudies in de gids van '85 helemaal niet vermeld stond - zonder enige opgaaf van reden - en ook in de jongste gids is niets over Vrouwenstudies opgenomen.

Over de relatie met het **Faculteitsbestuur** kan ik kort zijn: Kathy Davis en ik zijn in December '84 één keer op audiëntie geweest bij het Bestuur om te pleiten voor een structurele plek voor Vrouwenstudies in de geherprofileerde faculteit. Dit bezoek kan het beste omschreven worden als een *tragikomische éénakter* voor twee dames en heel veel heren. Het Bestuur vroeg ons enkele malen of onze respectievelijke hoogleraren van Huisartsgeneeskunde en Gedragswetenschappen het wel goed vonden dat we bij ze op bezoek waren. De leden van het Faculteitsbestuur wisten kennelijk niet wat ze met ons aanmoesten en ze leken niet bereid zich daar langer dan 5 minuten het hoofd over te breken. Het Faculteitsbestuur heeft systematisch en stelselmatig de verantwoordelijkheid voor Vrouwenstudies teruggeschoven naar de beide "gastheer"vakgroepen: Huisartsgeneeskunde en Gedragswetenschappen. Onterecht, want deze vakgroepen hadden niet om ons gevraagd. Het was alleen aan het initiatief van de drie stafmedewerksters te danken dat Kathy en ik daar waren ondergebracht. De beide vakgroepen zijn binnen deze medische faculteit zwakke broeders, die moeite hebben het eigen hoofd boven water te houden. Het kwam hen politiek gezien dan ook niet goed uit zich sterk te maken voor een nog veel zwakkere zuster als Vrouwenstudies. Een begrijpelijke strategie, hoewel een andere politieke keuze óók denkbaar geweest zou zijn.

Mannenwereld

Ik heb eerder gezegd dat ik in een mannenwereld terecht was gekomen. Ik wil proberen uit te leggen wat dat voor een vrouw betekent. Het betekent bijvoorbeeld dat het mij pijnlijkt raakte toen één van de sprekers op het afscheidssymposium van een huisarts het uitsluitend had over de **mannen** in de huisartsenberoepsopleiding.

Vrouwen werden domweg niet genoemd. Het betekent dat ik mij erger, iedere keer opnieuw, als er gesproken wordt over de "*bemannings*" van het Basiscurriculum.

Ik was dan ook heel verheugd toen ik in het Sociaal Jaarverslag van de VU las dat deze Universiteit op aandrang van de Emancipatiecommissie besloten heeft vanaf 1 januari 1986 een stimuleringsbeleid te voeren om het aantal vrouwelijke personeelsleden te vergroten. "Beter laat dan nooit", zou je zeggen, als je niet wist hoe gevoelig dit punt hier ligt. Een klein aantal van de hier aanwezige vakgroepsleden zal zich de discussie binnen dit Instituut hierover in mei vorig jaar nog herinneren. Aanleiding was het aannemen van twee vrouwelijke huisartsen in het Basiscurriculum (de eerste sinds jaren!). De aanstelling van twee vrouwen leidde tot vragen op de vakgroepsvergadering en tot de volgende opmerking (ik citeer de notulen van de vakgroepsvergadering van 25

maart '85): "bij een volgende advertentie wordt niet meer aangegeven dat aan vrouwen de voorkeur wordt gegeven. Dan zal weer worden uitgegaan van een man, aldus een lid van het D.B." De 4 vrouwelijke stafleden pikten dit niet en stelden de numerieke M/V verhouding van de wetenschappelijke staf binnen de vakgroep ter discussie. Op de vakgroepsvergadering in mei vond hierover een emotioneel debat plaats, waarin over *discriminatie* van mannen werd gesproken, er werd gezegd dat dan ook andere minderheidsgroepen moesten worden vertegenwoordigd (*negers, joden, homofielen, bejaarden*). De strijd eindigde onbeslist.

Ik wil hiermee aanduiden hoe heftig de emoties oplopen, wanneer je het man of vrouw zijn in het werk ter sprake brengt. Het is alsof er onder het motto "we zijn allemaal mensen" niet over gesproken mag worden dat het uitmaakt of je hier als man of als vrouw zit. Maar het maakt wel degelijk uit, zolang er ergens van de ene mensensoort nog zoveel meer zijn dan van de andere. Je moet je als vrouw steeds wapenen tegen het gevoel dat je niet echt meetelt, dat je er eigenlijk niet hoort te zijn. Daarom val je over schijnbare kleinigheden zoals een opmerking over de "bemanning" van een afdeling.

Mannen, en dan bedoel ik in onze cultuur blanke, heterosexuele mannen, kunnen zich denk ik - hoe goedwillend ook - niet inleven in het gevoel dat je krijgt wanneer je, puur om het biologisch onloochenbare feit dat je een vrouw bent, niet voor vol wordt aangezien. Dáárom is het belangrijk dat er meer vrouwen komen werken, en dat ze in gelijkwaardige posities komen. En niet hier en daar een vrouw als bosje bloemen om het grauwe VU beton wat op te fleuren. Ik heb aan den lijve ondervonden hoe belangrijk het is om vrouwelijke collega's te hebben. Het is niet toevallig dat ik vorige zomer afknapte juist in de periode dat het enige andere vrouwelijke staflid van het Basiscurriculum, waar ik tevens de kamer mee deelde, op vakantie was.

Mijn ideeën

Mijn afwezigheid heeft me geholpen om van een afstand naar mijn werk te kijken. Ik ben veranderd door mijn ervaringen in de afgelopen vier jaar. Ik ben radicaler geworden, en raak steeds meer overtuigd van de noodzaak van emancipatoire veranderingen in het medisch onderwijs en in de gezondheidszorg.

Laat ik proberen iets van mijn ideeën weer te geven. Eerder vertelde ik dat het Vrouwenstudies onderwijs alleen bestond uit verhalen over hoe het niet moest. Er was echter ook ander onderwijs, bijvoorbeeld de colleges in het onderwijsblok "Voortplanting". Ik heb daar met veel plezier college gegeven over anticonceptie, "premenstrueel syndroom" en de overgang. Het afgelopen jaar had ik voor dat laatste onderwerp een VIDO vrouw uit Utrecht uitgenodigd. Beter en overtuigender dan ik het kan, vertelde zij haar verhaal: ze was op haar 42e jaar begonnen met overgangskiachten, ze werd depressief, onzeker en erg angstig. Niets klopte meer in haar leven. Ze wilde weten hoe dit kwam en ging naar haar, mannelijke, huisarts voor begeleiding. Deze zei dat haar hormonen van slag waren, dat ze zich vooral niet ongerust moest maken, en dat het wel weer over zou gaan. Toen ze om meer uitleg vroeg, zei hij dat dat niet goed voor haar zou zijn, omdat ze dan alleen maar meer zou gaan piekeren: "wat niet weet, dat niet deert", aldus de huisarts. De vrouw vertelde de studenten dat ze in haar leven drie kinderen had gebaard en grootgebracht, en dat ze haar eerste echtgenoot had verzorgd toen hij kanker kreeg en begeleid in zijn stervensfase. "Dat vond de dokter allemaal heel gewoon, dat ik dat aankon", zei ze, "maar nu ik zelf in de moeilijkheden zit en om hulp vraag, nu word ik behandeld als een onmondig kind." Ze is uiteindelijk bij de

Climacterium Poli (Polikliniek voor vrouwen in de overgang - red.) terecht gekomen, waar men haar uitvoerige informatie heeft gegeven over processen in de overgang. Dit, plus het contact met een VIDO groep, heeft haar door die moeilijke tijd heengeholpen.

Nog een voorbeeld, uiteen andere baan die ik tijdelijk heb: Ik ben op het ogenblik bij de Consumentenbond verbonden aan het Dalkonschildjeproject. Ik bewerk gegevens van vrouwen die ooit een Dalkonschildje hebben gehad en nu een schadeclaim willen indienen. Eén vrouw beschrijft hoe ze door pijn en bloedverlies geen zin meer heeft om met haar man te vrijen. Ze gaat naar de gynaecoloog om het schildje te laten verwijderen. Deze weigert "omdat het goed zit en erg betrouwbaar is". Voor haar seksuele problemen heeft hij echter wel begrip: "Mevrouw", aldus de gynaecoloog, "ik zal u een injectie geven en dan vindt uw man u vanavond een engel in bed". De injectie heeft niet het gewenste effect, en het lukt de vrouw uiteindelijk om het schildje eruit te laten halen. Dit is niet het enige, maar wel het meest opmerkelijke voorbeeld van autoritaire stompzinigheid dat ik tot nu toe in verhalen ben tegengekomen.

Er is zo langzamerhand maar één conclusie mogelijk: dokters kunnen soms verschrikkelijk DOM zijn. Mannen ook trouwens. Vrouwen niet, natuurlijk ...

Hoe komen sommige mannelijke dokters aan zo'n stompzinige houding tegenover vrouwen? Wat is de rol van de medische opleiding hierin?

Ook ik ben opgeleid door voornamelijk mannelijke artsen. Ik heb veel van ze geleerd en voor een aantal heb ik respect. Maar ik heb ook zoveel niet geleerd. Waarom is mij nooit verteld dat er bij vrouwen na een baarmoederverwijdering een verandering in hun seksuele beleving kan optreden? Waarom is mij niet verteld dat zij zelfs oestrogenen dervingsverschijnselen kunnen krijgen? Waarom moet ik dat 15 jaar na mijn artsexamen leren van de *Werkgroep Vrouwen Zonder Baarmoeder*? Waarom gaat men bij onderzoek naar effecten van geneesmiddelen op de libido alleen uit van de mannelijke sexualiteit en schakelt dit voor het gemak maar gelijk met de vrouwelijke sexualiteit?

In mijn opleiding leerden wij dat baarmoederhalskanker zelden voorkwam bij vrouwen van besneden mannen. De meest eenvoudige vorm van werkelijke primaire preventie van baarmoederhalskanker lag voor de hand. Maar is er toen ooit gesproken over het op grote schaal propageren van besnijdenis bij heterosexuele mannen? Niet dat ik weet. Waarom niet? Is de voorhuid van de man zoveel kostbaarder dan de baarmoedermond van de vrouw? Het kan toch niet zo zijn, zoals sommige stromingen binnen de vrouwengezondheidsbeweging suggereren, dat er een groot complot is van mannelijke dokters om vrouwen te controleren en eronder te houden? Ik wil het niet geloven, maar mijn achterdocht stijgt.

Gezien deze vragen had ik gehoopt bij de vakgroep *Gynaecologie* meer belangstelling te vinden voor Vrouwenstudies. Ookin de officiële medische vakpers is de laatste jaren aandacht besteed aan de problematische verhouding tussen vrouwen en gynaecologen. In het blok "voortplanting" is van deze discussie weinig terug te vinden. Het is alsof de geluiden uit de Vrouwengezondheidsbeweging niet doordringen binnen de muren van het Academisch Ziekenhuis. Heel opmerkelijk was de eerste reactie van de vakgroep *Gynaecologie* op de voorstellen voor een nieuwe vorm van gynaecologisch vaardigheidsonderwijs. Dat het eerste gynaecologisch onderzoek voor studenten een emotioneel beladen zaak zou zijn, en voor de patiënten vaak onaangenaam, leek de vertegenwoordiger van de vakgroep toen schromelijk overdreven. Gelukkig was in een later stadium diezelfde vakgroep wel bereid het plan voor het onderwijs met behulp van instructiepatiënten te steunen. Ik heb heel veel respect voor de 13 vrouwen die dit

onderwijs uitvoeren op een manier die door de studenten unaniem goed wordt geëvalueerd. Hopelijk krijgt dit onderwijs binnen de vakgroep Gynaecologie de aandacht die het verdient.

De toekomst

Hoe moet het nu verder met Vrouwenstudies Geneeskunde?

De vakgroep Huisartsgeneeskunde heeft 0,2 formatieruimte beschikbaar gesteld voor de continuering van het vrouwenstudies-onderwijs. Henriëtte en Anneke zullen dit onderwijs uitvoeren. Ik ben daar blij om: ze zijn beide lang actief bezig met vrouwenonderwerpen, en hun huisartsenervaring zal hen helpen het onderwijs die praktische invulling te geven die bij mij wel eens ontbrak.

Toch maak ik mij zorgen over de toekomst. Wie garandeert mij dat deze 0,2, dat is één dag per week, voor Vrouwenstudies gereserveerd blijven, zelfs als - onverhoopt - deze twee vrouwen vertrekken? En wie garandeert dat de formatieruimte écht aan vrouwenstudies besteed wordt en niet opgeslorpt wordt door de vele andere besommeringen binnen het Basiscurriculum? Het vakgroepbestuur is verantwoordelijk voor de bewaking van deze dag per week. Vrouwenstudies wordt te vaak gezien als de *privéhobby van een paar feministische dames*, maar het is een taak zoals elke taak binnen het onderwijs, en moet als zodanig behandeld worden.

Vrouwenstudies houdt *als apart project* op te bestaan, het is in het vervolg alleen nog maar een onderdeel van Huisartsgeneeskunde. Misschien, heel misschien is dit een *tactische meesterzet* van deze faculteit: het moet voor iedereen duidelijk zijn dat onderwijs over de positie en de be- andeling van vrouwen niet beperkt kan blijven tot Huisartsgeneeskunde. Het terrein is veel breder. Eigenlijk is het heel simpel: iedere docent moet zich bij wat hij of zij vertelt afvragen: geldt wat ik zeg voor mannen zowel als voor vrouwen?

Hoe moet het verder met vrouwelijke medicijnstudenten?

23% van alle artsen in Nederland is vrouw. De laatste jaren is iets meer dan de helft van de eerstejaars medicijnstudenten aan deze Universiteit vrouw. Een verheugende ontwikkeling die me tot voor kort hoopvol stemde: die vrouwen zullen zich in de toekomst wel over de verschillende artsfuncties verspreiden. Op den duur moeten er dus meer vrouwelijke huisartsen en specialisten komen.

Mijn hoop sloeg om in bezorgdheid toen ik kennis nam van een onderzoek uitgevoerd door de *Landelijke Vereniging voor Basisartsen*.⁽¹⁾ Zij enquêteerden basisartsen die tussen maart '84 en maart '85 waren afgestudeerd in Leiden en Amsterdam. Wat blijkt? Vrouwen komen véél vaker dan mannen terecht in banen als Assistent Geneeskundige Niet in Opleiding (AGNIO). Dit is een nieuwe vinding: sinds de sterke reductie van opleidingsplaatsen voor specialisten (AGIO)nemen deze AGNIO's het werk steeds meer over van de AGIO's. Ze doen inhoudelijk hetzelfde werk als de Assistent Geneeskundigen in Opleiding, maar komen daarmee *niet* in aanmerking voor registratie als specialist. Opleiders blijken volgens dit onderzoek een sterke voorkeur te hebben voor mannen als het gaat om AGIO-plaatsen, terwijl vrouwen heel geliefd blijken als AGNIO's.

Wanneer dit onderzoek representatief is voor het hele land betekent dit dat de sexe-gebonden arbeidsverdeling in het artsberoep nog ongunstiger zal worden voor vrouwen dan zij nu al is. Er komen twee soorten artsen: **eersterangs artsen : mannen en tweederangs artsen : vrouwen.**

Als de mannelijke specialistenopleiders hun houding tegenover hun vrouwelijke coll~ga's niet veranderen,

voorspelt dit weinig goeds voor hun houding tegenover vrouwelijke patiënten. Het één kan niet los gezien worden van het ander.

Ik neem met gemengde gevoelens afscheid van dit werk. Hoewel ik het geen gemakkelijke baan vond, was het leuk om onderwijs te geven, al had ik vaak het idee, dat ik meer bezig was met *vormingswerk* dan met wetenschappelijk onderwijs. Ik heb het gevoel dat ik nu pas een beetje boven "de stof" sta, en zou meer aandacht willen geven aan de *vorm* van het onderwijs. Er zou bijvoorbeeld veel meer audiovisueel materiaal moeten komen; ik volg dan ook met belangstelling de plannen aan de Universiteit van Amsterdam om een film te maken over menstruatie.

Een artikel over vrouwenstudies-onderwijs is verschenen in *Medisch Contact*, samen met twee artikelen over Vrouwenhulpverlening.⁽²⁾ Maar het karwei is niet nog niet af, ik heb het gevoel dat het nog maar net begonnen is. Er moet bijvoorbeeld onderzoek gedaan worden naar effecten van verschillende vormen van *Vrouwenhulpverlening*. Een afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde aan een Universiteit zou bij uitstek een plek kunnen zijn waar in samenwerking met Vrouwengezondheidscentra deze vormen van hulpverlening op methoden en effect zouden kunnen worden getoetst. Zoals het er nu uit ziet, zal dat voorlopig aan de Vrije Universiteit niet gebeuren. Misschien elders?

Toch zijn Vrouwenhulpverlening en ook Vrouwenstudies denk ik, voorbijgaande fasen in het proces van Vrouwenemancipatie. En dat proces moet naar mijn mening iedereen aan de Universiteit ter harte gaan.

Daarom wil ik tot slot drie uitgangspunten noemen:

Vrouwen zijn gelijkwaardig aan mannen

Mensen zijn mannen en vrouwen

En, honderd jaar na Aletta Jacobs helaas nog steeds niet overbodig:

Dokters zijn ook vrouwen.

Ik dank u voor uw aandacht.

Noten:

1. Basisarts en dan ...? Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1986, n~2, p.45.

2. Vrouwenstudies bij Geneeskunde, Med. Contact nr 34 22 aug '86, 1070-71.

Reorganizing Mental Health Care

De Amerikaanse hoogleraar Stephen Rose schreef onlangs een opmerkelijk rapport over de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Vlijmscherp analyseert hij de moeizame poging van de overheid om dit terrein ingrijpend te reorganiseren. Rose schetst het beeld van instellingen die als broedse kippen op de (gouden) eieren zitten, van navelstarende RIAGG's en van op expansie beluste inrichtingen die zich op de ambulante zorg storten.

Marianne Donker plaatst een aantal vraagtekens bij de vermeende objectiviteit van Rose. Trekt hij niet te snel algemene conclusies uit slechts enkele voorbeelden en spelen zijn vooringenomen standpunten hem geen parten?

Een methodologische kritiek op een opmerkelijke analyse.

Marianne Donker, projectleidster sectie onderzoek van het Nederlandse centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Kritiek op een analyse

In de tijd van economische vooruitgang na de Tweede Wereldoorlog ontstonden er steeds meer instellingen voor psychiatrische, psychotherapeutische en psycho-sociale hulpverlening. Termen als "wildgroei" en "lap-pendeken" zijn wel gebruikt om resultaten van die ontwikkeling aan te duiden. Er was immers geen sprake van enige coördinatie, met als gevolg dat er op veel plaatsen overlap ontstond in het hulpaanbod terwijl andere plaatsen te schaars bedeed bleven. Bovendien was er geen samenhangend verwijzingssysteem. Tot ongeveer 1970 oefende de overheid nauwelijks enige invloed uit op het complexe systeem voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Reorganisatie

Vanaf 1970 begon de economie terug te lopen. Dit betekende voor de overheid, dat de stijgende kosten van het gezondheidszorgsysteem (en dus ook van de GGZ) beteugeld moesten worden. Die noodzaak om de kosten terug te dringen werd de belangrijkste aanleiding voor de recente reorganisatie van het GGZ-systeem. Daarnaast werden er ook meer inhoudelijke doelstellingen aan de reorganisatie verbonden:

samenhang en samenwerking, coördinatie en efficiency, deconcentratie en kleinschaligheid, bereikbaarheid en preventie werden de toverwoorden.

Bij het zoeken naar mogelijkheden voor kostenbesparing richtten aller ogen zich onmiddellijk op de psychiatrische ziekenhuizen: zij vormden immers de grootste kostenpost en zij hadden in toenemende mate kritiek te verduren, omdat ze hospitalisatie van patiënten zouden veroorzaken, wat leidt tot chroniciteit. Beddenreductie werd een belangrijke beleidsdoelstelling. Daarnaast werden in het begin van de jaren tachtig de afzonderlijke voorzieningen voor extramurale GGZ verplicht te fuseren tot "RIAGG's". Zo'n RIAGG kreeg de verantwoordelijkheid voor een totaalpakket aan ambulante geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van een eigen verzorgingsgebied. Men hoopte daarmee samenhang en coördinatie van het hulpaanbod, efficiency en kwaliteitsverhoging te bereiken. Tot slot ontwikkelt zich op dit moment een semimurale sector, met als belangrijkste exponent de Beschermende Woonvormen. Deze zijn vooral bestemd voor chronische patiënten die op dit moment hun leven slijten op verblijfsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Gelijktijdig met een vermindering van bedden in psychiatrische ziekenhuizen steeg het aantal opnamen. Overigens is de toename van psychiatrische opnamen een bekend verschijnsel in tijden van economische teruggang of stagnatie (Brenner, 19'3). De ziekenhuizen reageerden op deze situatie met een vermindering van de gemiddelde opnameduur: patiënten werden steeds sneller ontslagen om op minder bedden meer opnamen te kunnen realiseren. Daardoor ontstond een nieuwe doelgroep voor de ambulante (en semimurale) hulpverlening: de ontslagen psychiatrische patiënten moesten opgevangen worden om heropname te voorkomen. Hier lag een belangrijke taak voor de nieuw opgerichte RIAGG's. Wanneer er immers geen adequate hulp voor deze mensen kwam buiten het ziekenhuis, zouden zij snel heropgenomen moeten worden. Het systeem zou zo zijn eigen "draaideur"-patiënten ereëren.

Belangeloze buitenstaander

Tegen dit decor hebben Stephen Rose en Nelly Steffens het afgelopen jaar onderzoek gedaan. De Amerikaanse hoogleraar Rose was op bezoek bij het *Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie* in Rotterdam. Hij heeft met een groot aantal sleutelfiguren uit de Nederlandse GGZ gesproken en op basis daarvan een rapport geschreven.

Steffens heeft hem daarbij geholpen. Het rapport heet "Reorganizing Mental Health Care in the Netherlands. An Interorganizational Analysis". Het verschijnt deze maand in (oktober).

Thema van het rapport is de poging van de overheid om de Nederlandse GGZ te reorganiseren. Rose gaat na in hoeverre die reorganisatie kans van slagen heeft: zal zij inderdaad de doelstellingen bereiken die men ermee voor ogen had? Welke factoren spelen een belemmerende rol en welke factoren kunnen de invoering van het nieuwe beleid positief beïnvloeden? Rose is natuurlijk een buitenstaander in het Nederlandse GGZ-wereldje. Zoals hij zelf signaleert, heeft dat nadelen maar ook een belangrijk voordeel: zijn blik zal minder door belangen gekleurd zijn, dan de blik van mensen die deel uitmaken van het systeem. Dat blijkt ook uit zijn rapport: hoewel de werkelijkheid die hij beschrijft grotendeels bekend is bij ingewijden in de GGZ, heeft hij de zaken scherp op papier weten te zetten. Hierdoor brengt de herkenning toch zo nu en dan een schok bij de lezer teweeg, ondanks het feit dat weinig echt nieuwe informatie wordt aangedragen.

Het karakter van het rapport wordt ook bepaald door het theoretische kader, dat Rose gebruikt om de gegevens te ordenen en te analyseren. Kort samengevat komt het erop neer, dat organisaties in het algemeen zeer getrukt en succesvol zijn bij het weerstaan van veranderingen, die hen van buitenaf worden opgedrongen. Organisaties zijn er voortdurend op uit, hun domein te beschermen en zo mogelijk uit te breiden. "Domein" is een centraal concept in de analyse van Rose. Het omvat, behalve een bepaald marktgebied en de toegang tot financierings- en legitimeringsbronnen, ook het paradigma van de organisatie, de visie op de werkelijkheid die haar activiteiten legitimeert. Dit *paradigma* is een zeer bepalend facet van een organisatie. Het behelst de definitie van de problemen waarvoor de organisatie zich verantwoordelijk acht, van de diensten die voor die problemen aangeboden moeten worden, van de personen die geschikt zijn om die diensten aan te bieden, en van de bevolking die recht heeft op die diensten. In tijden van verandering, zoals nu, zijn instellingen in voortdurende interactie en onderhandeling verwickeld om hun domein veilig te stellen of te vergroten.

Onbevangen?

Met dit begrippenapparaat heeft Rose de interviews geanalyseerd, die hij heeft gehouden met directeuren van GGZ-instellingen uit Rotterdam, Am-



sterdam en Maastricht, met gemeenteraadsleden uit die steden, nationale belangengroepen, koepels, financiers en het Ministerie van WVC. Dit interviewmateriaal is zijn belangrijkste informatiebron over de stand van zaken in de GGZ. Methodologisch principe van het rapport lijkt te zijn, dat "*de meeste stemmen gelden*". Dit wordt nergens verantwoord en komt wat vreemd over wanneer tegelijkertijd benadrukt wordt, dat de respondenten natuurlijk ieder een bepaald organisatiebelang binnen het totale GGZ-systeem vertegenwoordigen. Hun perceptie en weergave van de werkelijkheid zal daardoor vertekend zijn. Rose noemt dat verschijnsel enkele malen en heeft het bijvoorbeeld over "*rather typical selfinterested statements*". Toch worden die meningen veelvuldig als een adequate beschrijving van feiten weergegeven en dat is natuurlijk

vreemd: subjectieve percepties worden niet "objectief" wanneer ze door meerdere mensen gedeeld worden. Het is ook niet altijd duidelijk, waar de mening van de respondenten ophoudt, en de soms verstrekkende interpretaties en conclusies van Rose beginnen. Dit maakt het boek moeilijk leesbaar. Die verwarring tussen feiten en meningen hindert des te meer op de plaatsen, waar Rose zijn eigen sympathieën en voorkeuren nauwelijks verhuult, maar ook niet eerlijk naar voren brengt. Zijn hart gaat duidelijk uit naar de semimurale en extramurale sectoren (de Beschermende Woonvormen en de RIAGG's). Standpunten van de intramurale sector worden keurig vermeld, maar vaak op een wat denigerende, verdachtmakende manier. Bijvoorbeeld: de ziekenhuis-directeur die "*Lamented*" (oftewel jammerde, blz. 28), of de inrichtingen die "*osten-*



foto: Jan Lankveld (Hollandse Hoogte)

sibly" (dwz. zogenaamd, blz. 42) het belang van ontslagen patiënten voor ogen hebben wanneer ze poliklinische zorg en dagbehandeling ontwikkelen. Dergelijke vooroordelen van de auteur doen afbreuk aan de geloofwaardigheid van het rapport; de eigen stellingname van Rose is voortdurend voelbaar, maar wordt pas op de laatste bladzijden expliciet gemaakt en beargumenteerd. Voortdurend heeft de lezer het gevoel, dat de schrijver bepaald niet blanco of neutraal naar de Nederlandse GGZ is komen kijken, de aanwijzingen daarvoor zijn vooral in bijvoeglijke naamwoorden en toonzetting te vinden. En dat is, gezien de kracht van de boodschap, onnodig en irritant.

Sociale psychiatrie

Wat is nu die eigen mening van Rose? Samengevat komt het erop neer, dat

absolute prioriteit moet worden gegeven aan de "sociale psychiatrie". Rose verstaat hieronder een breed pakket aan ondersteunende activiteiten, die het ontslagen patiënten mogelijk moet maken zelfstandig in de maatschappij te leven zonder het risico van voortdurende heropnamen. Het gaat Rose om materiële en sociale ondersteuning, om contacten met het gezin, netwerkontwikkeling, outreaching activiteiten, buurtwerk en opbouwwerk. Met deze visie zet Rose zich scherp af tegen het medisch model, dat wat hem betreft niets te bieden heeft en zelfs schadelijk is voor patiënten. Dit medisch paradigma beschrijft en definieert hij overigens veel te mager. Wanneer een zo complex en beladen begrip een zo centrale plaats in een betoog inneemt, is het eigenlijk onfatsoenlijk om het nauwelijks te omschrijven en om bij de lezer de bezwaren ertegen bekend te

veronderstellen. Deze conceptuele vaagheid is overigens een manco van het hele rapport: slechts zelden wordt een poging gedaan om centrale concepten helder te beschrijven en van elkaar te onderscheiden. Niet alleen de ware aard van de "sociale psychiatrie" en het "medisch model" blijven onduidelijk, ook expliciteert Rose bijvoorbeeld nergens of de doelgroep waarop de RIAGG's zich eigenlijk zouden moeten richten (de ontslagen psychiatrische patiënten) nu dezelfde of een andere is als de doelgroep van de semimurale sector (de "chronische patiënten"). Aan begripsmatig zwaar geschat als het "horizontale" en het "verticale systeem" worden slechts twee regels gewijd, terwijl deze terminologie in het rapport wel een centrale plaats inneemt.

Het gat in de markt

De prognose van Rose is, dat de ontslagen psychiatrische patiënten in de toekomst topprioriteit zullen krijgen, en daarmee ook economisch interessant zullen worden voor GGZ-instellingen. De enige manier om blijvend kosten te besparen is deze mensen uit de inrichting te houden, en de enige weg om dat te bereiken is volgens Rose de sociale psychiatrie. Een kans voor de verschillende sectoren van de GGZ om hun domein uit te breiden. Rose denkt echter, dat de intramurale sector per definitie niet in staat is een adequate sociale psychiatrie op te bouwen, omdat zij onontkoombaar vastzit aan het medisch model. Alle hoop moet dus gevestigd worden op de RIAGG's en de semimurale sector.

Machteloze RIAGG's

Uit de interviews blijkt echter een totale onmacht van de RIAGG's om die taak op zich te nemen. Vrijwel alle respondenten waren het erover eens, dat de RIAGG's het veel te druk hebben met "interne consolidatie" om zich te kunnen bezighouden met het ontwikkelen van een goede sociaal psychiatrische praktijk. Gezien hun ontstaansgeschiedenis, de nog zeer recente fusie tussen zeer ongelijksoortige instellingen vindt Rose dat onvermijdelijk. Veel van de interne problemen van de RIAGG's worden geweten aan de psychotherapeuten: deze hebben wat salaris, status en werkomstandigheden betreft, de beste positie in de RIAGG's, maar zijn tegelijkertijd een hinderpaal voor het ontwikkelen van een sociaal-psychiatrisch aanbod. De eigenlijke taak van de RIAGG's ligt op het gebied van de sociale psychiatrie, daar is de behoefte het grootst en het meest urgent, en daar hebben zij een kans tot uitbreiding van hun domein. Maar in de praktijk blijken zij (volgens de meeste respondenten) niet

in staat deze uitdaging aan te gaan, en laten zij zich door de intramurale sector de kaas van het brood eten.

Bij deze analyse is het de vraag, in hoeverre zij vertekend is door het feit dat Rose vooral respondenten uit Amsterdam en Rotterdam geïnterviewd heeft: dat is namelijk wel een erg magere steekproef om te concluderen dat alle RIAGG's vooral met hun interne eenwording bezig zijn, en dat de aanwezigheid van psychotherapeuten daarbij het voornaamste struikelblok vormt. Feit blijft wel, dat uit het rapport van Rose een beklemmend beeld van *navelstarende en onmachtige RIAGG's* opdoemt, dat helaas populaire (voor?)oordelen bevestigt.

Vrijwel alle respondenten zijn het erover eens, dat de psychiatrische ziekenhuizen op grote schaal bezig zijn met een expansie van hun domein. Weliswaar moeten ze bedden inleveren, maar in ruil daarvoor gaan ze zich toeleggen op poliklinische (ambulante) zorg, dagbehandeling en beschermd wonen. Hun financieringssysteem, de AWBZ, maakt dat ook mogelijk. De intramurale sector springt gretig in het gat in de markt, maar heeft in feite niets te bieden. Weliswaar wordt door de ziekenhuizen nazorg ontwikkeld, maar die is gebaseerd op het medisch model en zal aldus de prognose van Rose - vooral heropnamen en *draaideurpsychiatrie* veroorzaken.

Financieringssysteem

Het financieringssysteem bevoordeelt, volgens Rose en een aantal van zijn respondenten, de intramurale sector bij zijn expansie. Het maakt het de RIAGG's daarentegen onmogelijk om echt adequate sociaal psychiatrische hulpverlening te ontwikkelen: het financieringssysteem voorziet immers niet in de materiële en sociale behoeften van patiënten. Hoewel Rose herhaalde malen dit systeem aandraagt als een van de oorzaken waardoor de RIAGG's geen sociale psychiatrie kunnen ontwikkelen, zien de meeste respondenten geen *externe* belemmeringen voor de RIAGG's. Het probleem ligt volgens hen vooral in de interne machtsstrijd, waar verschillende hulpverleningsparadigma's met elkaar op één lijn gebracht moeten worden. Het ligt waarschijnlijk ook dicht bij de realiteit, te veronderstellen dat de RIAGG's de mogelijkheden die hun financiering biedt niet optimaal benutten, dan er zonder meer vanuit te gaan (zoals Rose doet) dat het de financieringsgrondslag is die iedere andere benadering dan een strikt medische onmogelijk maakt. Tenzij Rose serieus meent, dat RIAGG's zich met

buurtwerk ("*neighbourhoodwork*") en opbouwwerk ("*community development*") moeten gaan bezig houden: dat zal inderdaad niet getolereerd worden en het is de vraag of dat onterecht is. Op dit punt wordt de onduidelijkheid van in het rapport gebruikte begrippen zeer hinderlijk. Storend is ook, dat de analyse van het feilen van de AWBZ op een buitengewoon hoog abstractieniveau plaatsvindt, zonder enige referentie aan concrete wetsformuleringen of uitvoeringspraktijken. De relatie tussen de algemene conclusies en de specifieke feiten die daaraan ten grondslag zou moeten liggen, is wel vaker zoek in het rapport.

Men kan soortgelijke kanttekeningen zetten bij de opmerking van Rose, dat de "*Nieuwe Nota*" (een beleidsnota van WVC uit 1985) de RIAGG's verbiedt psycho-sociale hulp aan psychiatrische patiënten te bieden. Hier blijkt toch zijn onbekendheid met de Nederlandse taal en situatie. De Nieuwe Nota doet immers geen uitspraken over de inhoud van de hulpverlening, behalve dat de RIAGG's prioriteit moeten geven aan de sociale psychiatrie en dat er onderzoek moet komen naar de gewenste inhoud van de nazorgfunctie. De Nieuwe Nota verzet zich vooral tegen behandeling door de RIAGG's van mensen met "*lichte psychosociale problematiek*"; wellicht komt daar de verwarring bij Rose vandaan.

Afschrikwekkend voorbeeld

De ontslagen patiënten blijven door bovengeschetste ontwikkelingen verstoken van het type nazorg waaraan zij werkelijk behoefte hebben. Rosé vindt het dan ook nogal ironisch, dat iedereen die hij in Nederland ontmoette onmiddellijk vertelde, dat men hier niet dezelfde fouten wil maken als in de Verenigde Staten. Daar heeft men namelijk het aantal psychiatrische bedden verminderd zonder gelijktijdig het ambulante aanbod aan te passen en uit te breiden. Rose ziet in Nederland eveneens een grote groep patiënten ontstaan, die - door het systeem chronisch gemaakt - in de draaideur van voortdurende heropnamen terecht komen, verkommeren en verstoken blijven van echte hulp. Dat dat risico aanwezig is, wordt in het rapport aannemelijk gemaakt. Maar hoe hoog het risico is en hoe onontkoombaar wordt niet duidelijk. De afbouw van psychiatrische bedden gaat tot nu toe heel geleidelijk; de kosten van de GGZ zijn in de afgelopen jaren nog steeds gestegen, ook relatief ten opzichte van de somatische gezondheidszorg (zie Ketting, 1986); en er heeft zelfs enige verschuiving plaatsgevonden van de intramurale naar de semi-murale en extramurale sector. Lang-

zamerhand ontstaan er toch steeds meer beschermende woonvormen en dagbehandelingsplaatsen en waarom zouden de fusieperikelen van de RIAGG's niet van tijdelijke aard kunnen zijn? Hoewel de toekomst er niet onverdeeld zonnig uitziet, is het niet waarschijnlijk dat er in Nederland dermate grote gaten in het hulp aanbod vallen als indertijd in de Verenigde Staten. Rose suggereert dit wel, maar mijns inziens gaan veranderingen hier te geleidelijk.

Herkenbaar

Mijn opmerkingen bij het rapport betreffen vooral *het methodische aspect*: het is voor de lezer zelden inzichtelijk, hoe de schrijver tot zijn conclusies gekomen is. Dit neemt niet weg, dat veel van de gesignaleerde tendensen zeer herkenbaar zijn. Het rapport van Rose schetst een aantal gevaren voor de Nederlandse GGZ, die zeker bezinning waard zijn. Zo is het gebrek aan gezamenlijk optreden van RIAGG's en Beschermende Woonvormen opmerkelijk, en een gemiste kans: beide sectoren "zien" elkaar nauwelijks. Ze zijn ieder voor zich vooral bezig met de strijd tegen de intramurale sector en lijken de mogelijkheid tot coalitievorming over het hoofd te zien. Evenzeer wordt uit het rapport de noodzaak duidelijk, eens terdege na te denken over de manier waarop de sociale psychiatrie vormgegeven moet worden, er welke belemmeringen in het overheidsbeleid of de financieringsstructuur daartoe uit de weg geruimd moeten worden.

Ondanks alle kanttekeningen, die we bij de studie kunnen zetten, verdient het rapport toch de aandacht van iedereen, die zich verantwoordelijk voelt voor de Nederlandse GGZ. Het rapport draagt genoeg discussiemateriaal aan, en je hoeft het niet over, mee eens te zijn om toch waarschuwingen op hun realiteitswaarde en consequenties te overdenken. Het lijkt de moeite waard, een poging te doen Rose's meningen en indrukken in feiten te onderbouwen.

Literatuur:

Brenner, M.H., *Mental Illness and the Economy*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1973.

Ketting, E., GGZ in getallen 1984. I. Patiënten/cliënten, menskracht, capaciteit, kosten en spreiding van voorzieningen de geestelijke gezondheidszorg, Utrecht juni 1986, NcGv-reeks nr. 85.

Reorganizing Mental Health Care in Netherlands. An Interorganizational Analysis. Stephen M. Rose, Nelly D. Steffr (Instituutpublicatie nr. 71).

Het rapport kost f 10,- en is als schriftelijk te bestellen bij: Instituut Preventieve en Sociale Psychiatrie, tentie van Marina Smit, Erasmusuniversiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Ziekenfondsen Nieuwe Stijl

Ziekenfondsen zijn in het defensief gedrongen door de recente opheffing van de vrijwillige verzekering en het verdwijnend perspectief van de volksverzekering.

Guus Bannenberg presenteert in dit artikel het Ziekenfonds Nieuwe Stijl. Hij ziet in een deregulering van de ziekenfondswet een goed instrument om de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg te wijzigen.

De auteur zet vraagtekens bij de fixatie in het overheidsbeleid op het invoeren van marktmechanismen aan consumentenzijde (eigen bijdragen en -risico's). Hij pleit juist voor het introduceren van marktmechanismen aan producentenzijde.

Van centenschuivers naar prijsbepalers, van doktersfonds naar consumentenbond.

Guus Bannenberg, medewerker Instituut Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit van Amsterdam.

In de discussie over marktmechanismen in de gezondheidszorg zijn in dit tijdschrift inmiddels verschillende posities betrokken ^{1,2,3,4}. Op vingerwijzingen naar het concept van Health Maintenance Organizations (HMO's) in de Verenigde Staten na zijn de verschillende auteurs echter niet erg concreet geworden. Ook de stellingname van Martien Bouwmans e.a.; (coalities van patiëntenorganisaties, politieke partijen en progressieve artsen- en verpleegkundigenorganisaties,) moet eerder gezien worden als een intentieverklaring dan als een pasklaar concept ⁵.

In deze bijdrage wijs ik op de rol die de ziekenfondsen kunnen spelen in de kostenbeheersing en kwaliteitsbewa-



foto: Hans van den Boogaard

king in de gezondheidszorg daarbij gebruik makend van marktmechanismen. Ik ben van mening dat kostenbeheersing zeker in het belang van de consument is. Als marktmechanismen daarin een rol kunnen spelen moeten die serieus overwogen worden. Voorwaarden voor toepassing van marktmechanismen zijn echter dat de kwaliteit van de zorg niet aangetast wordt en dat de toegankelijkheid en de financiële solidariteit van het huidige ziekenfonds systeem gehandhaafd blijven.

Verbazing

Recente voorbeelden maken duidelijk dat de ziekenfondsen (en ook de particuliere ziektekostenverzekeraars) in het machtspeel van de gezondheidszorg weinig in te brengen hebben. Vrijwel machteloos hebben de ziekenfondsen moeten toezien hoe hen door van der Reyden 800.000 klanten afhandig werden gemaakt en deze zonder noemenswaardige tegenprestaties cadeau werden gedaan aan de particuliere ziektekostenverzekeraars. Ook bij de ondertekening van het Convenant met de huisartsen en het Generaal Akkoord met de specialisten mocht de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen vanaf de zijlijn toekijken. De volksverzekering is eenvoudigweg door van der Reyden onder tafel geveegd. De overheid reguleert veel en dereguleert zeer weinig in de gezondheidszorg. De geringe invloed van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg moet eigenlijk verbazing wekken gezien de aard van de huidige kostenontwikkeling. Zoals bekend vinden kostenoverschrijdingen met name plaats in de tweede lijn: de specialistische en diagnostische verrichtingen, de geneesmiddelen en de medische apparatuur. Overheid zowel als ziekenfondsen hebben onvoldoende greep op deze budgetoverschrijdingen. De voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), Albada, concludeerde recentelijk *dat voor artsen en instellingen nog ~nvoldoende financiële prikkels bestaan om de zorg tegen zo laag mogelijke kosten te leveren*". Hij acht het *"van groot belang dat een fundamentele herbezinning op gang komt over de financieringsstructuur"*.⁸

De Nederlandse gezondheidszorg is in feite sterk gereguleerd. Zo sterk dat van marktmechanismen nauwelijks sprake is. Zeker niet aan de zijde van de producenten in de gezondheidszorg (artsen, gezondheidszorginstellingen). Zij bepalen immers de kosten in de gezondheidszorg, doordat de kosten direct gekoppeld zijn aan de verrichtingen. De invloed van de ziekenfondsen is in de huidige situatie gereduceerd tot het uitbetalen van declaraties. Het

ontbreekt de ziekenfondsen aan wat genoemd wordt *"countervailing power"*. Ze bezitten geen **onderhandelingspositie** tegenover de artsen en gezondheidszorginstellingen.

Slechts door een enorm wettelijk raamwerk op te bouwen (Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) ter beheersing van de prijzen, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) ter beheersing van het volume, inmiddels in de ijskast geplaatst) slaagt de overheid er enigszins in de kostenexplosie in te dammen. De verwachtingen ten aanzien van overheidsregulering moeten echter niet te hoog gespannen zijn. Uit dezelfde doos komen ook plannen als de introductie van eigen risico's en eigen bijdrages en het overhevelen van meer groepen verzekeren van de ziekenfondsen naar de particuliere verzekeraars (privatisering). Dus marktmechanismen aan consumentenzijde met als doel de vraag af te remmen. Deze maatregelen tasten echter de financiële solidariteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan. Ik wijs daarom marktmechanismen op deze plaats beslist af. De budgettering, voorkomend uit de WVG, heeft weliswaar de kostenstijging tot staan gebracht, maar heeft binnen de instellingen geleid tot ongewenste effecten, zoals het bezuinigen op verpleegkundige zorg terwijl de financiële positie van de artsen onaangetast bleef. Waarom is niet besloten de ziekenfondsen in een betere onderhandelingspositie te brengen tegenover de artsen en gezondheidszorginstellingen?

Ziekenfondsen "nieuwe stijl"

Wettelijke regulering (Ziekenfondsbesluit, 1941, later de Ziekenfondswet 1964) heeft marktwerking tussen ziekenfondsen en artsen en gezondheidszorginstellingen uitgesloten. In een periode van opbouw in de jaren '50 en '60 leverde dat geen problemen op. Nu financiële grenzen in zicht zijn is het hinderlijk dat de ziekenfondsen niet over instrumenten beschikken om de kostenontwikkeling te beheersen. Ik vind dat de ziekenfondsen die instrumenten wel in handen moeten krijgen. De ziekenfondsen zijn beter dan de overheid in staat de kostenontwikkeling te beheersen onder behoud van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de financiële solidariteit van het verzekeringsstelsel.

Het gaat om de volgende instrumenten:

- ziekenfondsen moeten **zelf** artsen in dienst kunnen nemen en gezondheidszorginstellingen **beheren**. Bijvoorbeeld wanneer daardoor een kwalitatief gelijke of betere zorg geleverd kan worden tegen lagere kosten;

- ziekenfondsen moeten de vrijheid hebben **geen contracten** te hoeven afsluiten met artsen en gezondheidszorginstellingen. Bijvoorbeeld wanneer deze teveel verrichtingen declareren, te duur zijn of kwalitatief onder de maat werken;
- de prijsafspraken gemaakt in het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) moeten uitsluitend als **maximumtarieven** gelden met de mogelijkheid dat in directe onderhandelingen eventueel lagere prijzen worden overeengekomen;
- om de onderlinge concurrentie tussen ziekenfondsen te bevorderen worden de beperkingen ten aanzien van het werkgebied van de ziekenfondsen opgeheven.

Bepalingen die beslist gehandhaafd moeten blijven zijn de onvoorwaardelijke acceptatieplicht en de premie naar inkomen (dus procentueel en niet gekoppeld aan het gezondheidsrisico). Daardoor blijft de toegankelijkheid en de financiële solidariteit van het huidige ziekenfonds stelsel behouden.

Ten aanzien van de omvang van het verstrekkingenpakket wordt wel gesuggereerd de **"keuzevrijheid"** van de consument te vergroten. Zo stelt de VNZ, in de onlangs uitgebrachte Brugnota, voor het verstrekkingenpakket in te perken en de consument aanvullende verzekeringen af te laten sluiten. Ik wijs deze **"pakketdifferentiatie"** af. Immers, een rationele keuze voor een aanvullende verzekering kan alleen gebaseerd zijn op een inschatting van het **eigen gezondheidsrisico**. Dat betekent bijvoorbeeld dat alleen mensen die verwachten de huisarts vaak nodig te zullen hebben een aanvullende verzekering daarvoor zullen afsluiten, waardoor deze relatief duurder zal worden dan wanneer de verzekering voor de huisarts opgenomen zou zijn in het basisverstrekkingenpakket. Een tweede bezwaar is dat aanvullende verzekeringen in principe nominaal zijn en de premie niet gerekend wordt naar inkomen. Dit is een aantasting van de financiële solidariteit. De ziekenfondspremie hoeft slechts aan een maximum gebonden te zijn. Onderlinge concurrentie tussen ziekenfondsen zal ongetwijfeld de ziekenfondspremie omlaag drukken, waardoor de kostenbeheersing in het voordeel van de consument gaat werken.

Door de voorgestelde maatregelen worden de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg in belangrijke mate gewijzigd. Organisaties van artsen en gezondheidszorginstellingen worden gedwongen te onderhandelen met ziekenfondsen om tot prijsafspraken en contracten te komen. De overheid kan zich uit deze onderhandelingen grotendeels terugtrekken. Tevens zullen door deze maatregelen de artsen en gezondheidszorginstellingen onderling

gaan concurreren. Het hechte blok dat deze groepen altijd gevormd hebben zal ongetwijfeld haarscheuren gaan vertonen. In dit kader is het van belang nog eens te wijzen op de noodzaak de instroombeperkingen in de vervolgoopleidingen van artsen snel op te heffen opdat de markt goed kan werken.⁴

De onderhandelingspositie biedt ziekenfondsen niet *alleen* de mogelijkheid om de kosten, maar *ook* de kwaliteit van de zorg te beheersen. Kostenbeheersing door de overheid via bijvoorbeeld budgettering biedt deze mogelijkheid niet of nauwelijks. Beoordeling van de kwaliteit van de zorg kan zo een rol gaan spelen bij het al dan niet aangaan van contracten. De ziekenfondsen hebben daar de gegevens voor: gegevens aantallen en soorten verrichtingen en klachten van consumenten over gezondheidszorginstellingen en artsen. Irritatie is het dan ook een goede zaak dat ziekenfondsen de laatste tijd meer aandacht besteden aan klachten van consumenten en overgaan tot het oprichten van klachtenbureaus zoals blijkt uit VNZ-plannen¹⁰.

Opmerkelijke stellingname

Om deze maatregelen te realiseren zijn enkele wijzigingen in de Ziekenfondswet en de Wet Tariaen Gezondheidszorg noodzakelijk. Voor wat betreft de Ziekenfondswet kan dit zelfs via een Algemene Maatregel van Bestuur gerealiseerd worden.

Uit de Brugnota van de VNZ blijkt dat de ziekenfondsen zelf ook in deze richting denken. De ziekenfondsen zijn nogal in het defensief gedrongen door de opheffing van de vrijwillige verzekering en het verdwijnend perspectief van de volksverzekering. De Brugnota moet de vitaliteit van de ziekenfondsen aantonen door mee te gaan in het marktdenken ("ziekenfondsen nieuwe stijl"). De VNZ gaat daarin iets verder dan ik. Zij stelt voor het verstrekkingspakket in te krimpen om daarmee de keuzevrijheid van de consument te vergroten via aanvullende verzekeringen.

De positie van de overheid in deze discussie is onduidelijk. Vooralsnog wordt het beleid van de overheid gekenmerkt door een fixatie op de rol van de consument in de kostenontwikkeling. Met eigen bijdragen en eigen risico's en een voortgaande privatisering van het ziekenfonds is de overheid op weg marktmechanismen aan consumentzijde te bevorderen. Het gebrek aan initiatief bij het introduceren van marktmechanismen aan producentzijde, zoals de relatief eenvoudige deregulering van de Ziekenfondswet, wekt op zijn minst de indruk dat de over-

heid de rol van artsen en gezondheidszorginstellingen in de kostenontwikkeling *niet serieus* wenst aan te pakken. Een opmerkelijke stellingname van de overheid in een kabinetsbeleid dat gekenmerkt wordt door deregulering en bevordering van de marktwerking.

Mogelijk verkrijgt de overheid zich op de brede politieke overeenstemming die er aan het ontstaan is over de rol van de ziekenfondsen. Zo stelt bijvoorbeeld Laffr e, secretaris sociale zekerheid van de Vereniging van Nederlandse Ondernemers VNO, in een recent interview: *"De ziekenfondsen moeten naar onze mening een belangrijke rol spelen in de besteding van gelden. Als de ziekenfondsen louter uitvoeringsorganen worden, wordt geen recht gedaan aan de historie van de ziekenfondsen en ook niet aan de beleidsbepalende rol die de ziekenfondsen steeds meer zijn gaan vervullen"*¹¹). Hoewel ik niet wil beweren dat VNZ, VNO en de vakbonden op één lijn zitten, zijn er beslist gemeenschappelijke punten die de overheid en de politieke partijen te denken moeten geven. Het is verstandig dat ook consumentenorganisaties stelling gaan nemen in deze discussie vóórdat de consument de dupe wordt van een overheidsbeleid dat vooral de consument wil laten opdraaien voor de kostenstijgingen in de gezondheidszorg.

Democratisering

Eén belangrijk punt is nog niet genoemd, en dat is de invloed van de consument in de ziekenfondsen. Hoewel de ziekenfondsen aanvankelijk opgezet zijn om de belangen van consumenten te dienen, zijn ze inmiddels geworden tot logge bureaucratische instellingen. Ze worden in meerderheid bestuurd door artsen die ironisch genoeg zelf hoofdzakelijk particulier verzekerd zijn! Wanneer consumenten de premies betalen, moeten consumenten (of hun vertegenwoordigers) ook de meerderheid uitmaken van de ziekenfondsbesturen. Ook dit punt moet in de Ziekenfondswet geregeld worden. Pas dan kunnen de ziekenfondsen weer echte consumentenorganisaties worden, opkomend voor wat in het belang van consumenten is: kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs.

Noten:

1. Erik Heydelberg: Crisis en de vrije markt. TGP (3): 34-36 (1983).
2. Paul Juffermans: Hellend vlak van de afnemende solidariteit. TGP (3) 36-39 (1983).
3. Erik Heydelberg: Planning en competitie. TGP (4): 10-13 (1985).
4. Hein Raat: Marktmechanisme, een gevoelige plek van links. TGP (1): 44-46 (1986).
5. Hein Raat: Gezondheidszorg is ook een kwestie van zakendoen. Volkskrant, 28 december 1985.
6. Martien Bouwmans, Andrée van Es en Gerard Goudriaan: Concurrentie onder artsen, van de nood een deugd maken. TGP (3) 6-9 (1985).
7. Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986. Staatsuitgeverij 1986.
8. W. Albeda: Herwaardering van het marktmechanisme. Inzet (2): 14-15 (1986).
9. Brugnota VNZ. Samenvatting in Inzet (4): 23-34 (1986).
10. Volkskrant, mei 1986.
11. Interview met C.R.J. Laffr e in Inzet (4): 41-43 (1986).

HET INWIJDINGSRITUEEL

Voordat mensen tot een bepaalde groep worden toegelaten, moeten zij in veel gevallen een **inwijdingsrite** ondergaan. Bij veel volken gebeurt dat bij de overgang van kind naar volwassene. Voor jongens in Botswana gaat dat bijvoorbeeld zo: de kandidaten worden in kleine groepjes verzameld. Ze krijgen kleding en traditionele werktuigen mee, waarna zij de bush worden ingestuurd. Daar moeten zij zich een voorgeschreven aantal dagen zien te redden, onder leiding van een reeds ingewijde. Voedsel moeten zij zelf zoeken en klaarmaken, kleding zelf repareren. Het belangrijkste voor het voortbestaan is echter, dat men de onderlinge samenhang van het groepje niet verstoort en bij elkaar blijft. Men moet zich gedragen als een waardig lid van de gemeenschap. Als de voorgeschreven periode voorbij is, keren de jongens terug naar de stad. Ze worden met spanning opgewacht en feestelijk onthaald. Ze zijn *volwassen* geworden.

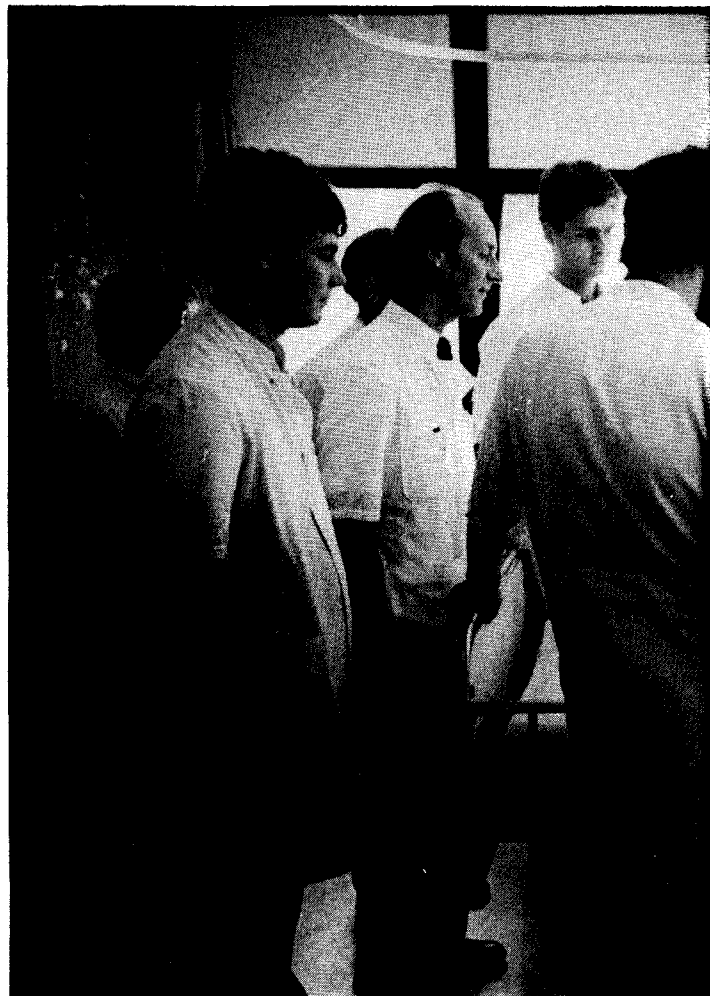
Het is een misverstand te denken dat inwijdingsrituelen zoals deze alleen in verre landen bestaan. In het westen komen initiatiëriten ook voor. De inwijdingsrituelen in deze contreien lijken echter voorbehouden aan enige bevolkingsgroepen zoals **priesters, militairen, corpsballen en dokters**. Priesters worden gewijd, militairen moeten in hun blote kont in de kou staan om te tonen dat ze later kruisraketten durven af te schieten, en corpsballen dienen zich te bezatten ter voorbereiding op latere zakenlunches bij de betreffende multinational. Op de dokters kom ik terug.

Al eerder vroeg ik mij in deze kolommen af, waarom dokters zo vreselijk graag naar de tropen willen. Een eigenschap trouwens, die ze gemeen hebben met priesters, militairen en corpsballen. Opeens was het mij zo helder als glas: dokters voelen zich daar thuis met hun hele wezen. Zij zijn immers niks anders gewend dan inwijdingsrituelen en wetten van de jungle!

Neem nu het inwijdingsritueel. Na een grondige voorbereiding wordt de student uitgerust met het rituele gewaad en de traditionele werktuigen. De student heet dan co-assistent. Vervolgens wordt hij of zij een voorgeschreven periode *het bos ingestuurd*, waar de co zich, onder leiding van een reeds ingewijde, dient te redden. In het begin is het puur overleven: bepaalde plekken moet je beslist kunnen vinden (de kantine, het lab, de röntgen). Maar ook is het belangrijk, bepaalde plekken beslist te mijden, zoals De Stoel waar altijd Het Hoofd van De Afdeling zit tijdens Het Rapport.

Gemiddeld iedere twee maanden wordt de co-assistent een nieuw bosje ingestuurd met andere, soms sterk lokaal gekleurde tradities. Elke keer moeten nieuwe **overlevingsstrategieën** worden aangeleerd. Pas na enkele weken in het nieuwe bosje kan de noviet iets anders doen dan wegrennen voor enge slangen en slechts het noodzakelijke eten. De jonge dokter kan dan, eventueel, vaardigheden opdoen.

Dat de noviet werkelijk iets leert is lang niet zeker. Er is vaak



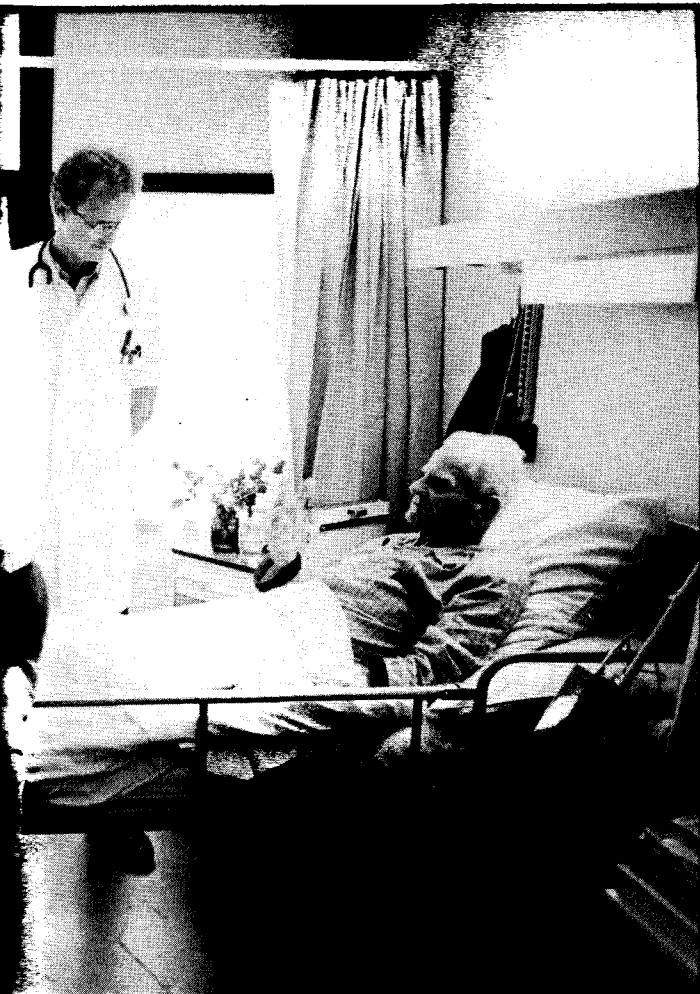


foto: Werry Crone (Hollandse Hoogte)

geen goed leerplan, het ontbreekt aan les- en oefenmateriaal. Wat de co-assistent leert is sterk afhankelijk van het ziekenhuis, opleiders (jazekeer!), assistenten, andere co-assistenten, laboranten en natuurlijk de dokter-in-spé zelf. Van systematische kennisoverdracht, onderwijs dus, is weinig sprake. Ondertussen tekent hij/zij formulieren, prevelt ingewikkelde toverformules en bekijkt met een geleerde blik röntgenfoto's, alsof er nooit iets anders bestaan heeft. Kortom, de nieuweling beheerst reeds één van de belangrijkste wetten van de jungle, die ook geldt in de witte: **afschrikking door groter te lijken dan je bent. Ofwel: bluffen.**

Ook een andere belangrijke junglewet blijkt opvallend snel aangeleerd, namelijk het verschijnsel *mimicry*. Zoals een zweefvlieg het uiterlijk van de wesp imiteert, zo lijken soms specialist, assistent en co-assistent beangstigend veel op elkaar. Dezelfde glazige blik die belangrijke bezigheden doet vermoeden in de ogen. Het haar netjes, doch niet te modieus. Hetzelfde lijzige toontje („U mag zich hier uitkleden, hoor meneer“) gelardeerd met hetzelfde boertige grapje (patiënt: „Hoe is de uitslag, dokter?“, antwoord: „Als van een jonge meid, mevrouw“).

Er is wel eens gesuggereerd, dat een belangrijke gemeenschappelijke karaktereigenschap van medisch studenten hun vermogen tot aanpassing is. Aanpassing door identifikatie. Dat lukt perfect, zo blijkt uit onderzoek. Scoren eerstejaars medicijnstudenten hoog wat betreft hun belangstelling voor het wel en wee van hun medemens, aan het eind van de studie doen de toekomstige dokters het in dit opzicht beduidend slechter dan bijna-afgestudeerden van andere vakken. Mensen, patienten, zijn de spreekwoordelijke blindedarmen en galblazen geworden. Aan het eind van de rit is de student medicus geworden en ingewijd. Ingewijd, volgens mijn woordenboek:

1. bekend gemaakt met (de tradities van de witte jungle)
2. plechtig ingezegend (zowaar, er komt ook nog een eed aan te pas)

Ondertussen is eventuele kritiek in de hitte van de overlevingsstrijd verdampt. Het voortbestaan van de groep loopt geen gevaar.

U begrijpt nu, waarom artsen zich zo goed thuisvoelen in de tropen. Wat echter niemand begrijpt - zelfs priesters, militairen en corpsballen niet - is, dat co-assistenten zich onbetaald afbeulen, en daar zelfs nog **collegegeld** op toe leggen. Collegegeld betaal je als je hoger wetenschappelijk onderwijs geniet. Na mijn beschrijving van dit ritueel weet u, dat een co-schap soms al weinig met „onderwijs“ te maken heeft. Laat staan met „*hoger wetenschappelijk*“.

Co-assistenten, betaal geen collegegeld, tot de Brink- en Deetmannen plaats maken voor gezondheidszorg-respectievelijk onderwijsvernieuwing.

Joost van der Meer

HOGE bomen vangen veel WIND

De econoom Frits Hogewind van het N.Z.I. uitte onlangs zijn bezorgdheid over het nijpend tekort aan verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Hij wijt dat tekort vooral aan de ontslaggolf van 1982, het hoge verloop (de verzorgingsdrift richt zich immers óók op het nageslacht - aldus Hogewind - en dit zorgt voor slechts korte carrières), het slinkend aantal jongeren waaruit geput kan worden, de arbeidstijdverkorting en de toenemende behoefte aan verzorging als gevolg van de vergrijzing.

Hogewind ziet oplossingen deels in het terugdringen van het verloop door het werken aantrekkelijker te maken (crèches, taakroulatie, opfrissingscursussen), deels in het aanboren van een groter arbeidsreservoir. Door het werk meer te differentiëren (verschillende deskundigheidsniveaus, specialisatie en taakverdeling) kunnen "anders"-geschoolden worden ingeschakeld. Bovendien kan men het herintreden

In de Volkskrant van 16 augustus verscheen een interview met Frits Hogewind, hoofd economische zaken van het Nationaal Ziekenhuis Instituut. Ondanks zijn latere verontschuldigingen voelde menig een zich op de ziel getrapt door zijn uitspraken over verpleegkundigen (vaak van boeren-komaf) en hun werk. De eerste reactie van onderstaande vijf verpleegkundigen varieerde van een berustend "hij is niet wijzer" tot hevige verontwaardiging.

In dit artikel stellen zij hun analyse van de verpleegkundige arbeidsmarkt tegenover die van Hogewind, om zo de discussie op een politieke en wetenschappelijke niveau te tillen.

Cora van der Kooij, verpleegkundige en historica

De analyse is een co-productie van:

Elly Bouter, hoofd stafbureau verplegingsdienst

Hanny Giebing, projectleider kwaliteitstoetsing

Cora van der Kooij, verpleegkundig onderzoeker

Truus Spijker, stafdocent Academie voor Gezondheidszorg

Marie-José Willernse, adjunct-direkteur Sociale Academie.

Verpleegkundigen analyseren arbeidsmarkt



van oud-verpleegkundigen stimuleren door bijscholing.

Hoewel de redenering van Frits Hogenwind de nodige tegenstrijdigheden bevat en dus prikkelt tot weerlegging en nuancering, geven wij er de voorkeur aan om onze probleemanalyse *tegenover* die van hem te stellen. Dit met waardering voor de wijze waarop hij zich in de Volkskrant van 6 september heeft verontschuldigd.

Actueel of structureel

Er is een actueel tekort aan verplegend personeel en het is niet de eerste keer dat deze situatie zich voordoet. De eerste keer dat dit probleem zich aandeede, was in de jaren vlak na de Eerste Wereldoorlog. Er werd een tekort aan verplegend personeel verwacht en enigszins paniekerig werd in 1920 "De Vereniging tot Opwekking voor de Verplegingsarbeid" opgericht. In 1923 echter verschenen er al berichten dat pas gediplomeerden ontslagen werden

en in Amsterdam werd hen het aanbod gedaan om een jaar te blijven doorwerken op het hoogste leerlingensalaris. In de jaren dertig was het overschot aan verplegend personeel zo groot dat de opleidingsziekenhuizen van de Inspectie het advies kregen geen mannelijke leerlingen aan te nemen, het aantal leerlingen te beperken met 10 à 20 procent en particuliere verpleegsters in dienst te nemen op een derde-jaars salaris. De ziekenhuizen vonden dit laatste idee te duur.

Na de Tweede Wereldoorlog was er opnieuw een tekort aan verplegend personeel. In 1956 werd een stichting in het leven geroepen "tot algemene voorlichting over het beroep van verplegenden" (als voortzetting van het in 1954 opgerichte Florence Nightingale Herdenkingscomité). In de jaren zestig was het tekort zo groot dat een groter appel op mannen werd gedaan om dit beroep te kiezen. Thans is er weer een tekort aan verplegend personeel. Het

nieuwe van de huidige situatie is, dat het tekort zich voordoet in een periode van grote werkloosheid.

Het probleem is naar onze mening niet zo zeer het tekort aan verplegend personeel op zichzelf, maar een *gebrek aan kennis omtrent de factoren die de arbeidsmarkt voor verplegend personeel beïnvloeden*. Het gevolg is steeds korte termijn beleid en ad hoc maatregelen. Prognoses worden gebaseerd op onvoldoende onderbouwde hypothesen, en niemand kan voorspellen hoe het over vier jaar zal zijn.

Vraag en aanbod

De arbeidsmarkt voor verplegend personeel bestaat uit een vraagzijde (instellingen die personeel nodig hebben) en een aanbodzijde (mensen die zich beschikbaar stellen voor dit werk). Aan de vraagzijde is altijd behoefte geweest aan een zekere mate van aanbod-elasticiteit. Dat wil zeggen: directies van instellingen houden hun vaste personeelsbestand zo krap mogelijk, en hebben behoefte aan een arbeidsreservoir waaruit zij naar believen kunnen putten. In vroeger tijden bedachten de instellingen zelf de meest creatieve arbeidscontracten. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig is deze functie langzamerhand overgenomen door **uitzendbureaus**. De uitzendbureaus voldoen ook aan een behoefte die aan de aanbodzijde bestaat. Er zijn nogal wat verpleegkundigen die liever niet in vaste dienst werken.

Eén van de redenen voor verpleegkundigen om losse dienstverbanden te prefereren is dat na een aantal jaren het enthousiasme voor het werk verdwijnt; het zogenaamde **burnout** syndroom is een veel voorkomend verschijnsel onder verpleegkundigen." Burnout doet zich voor in banen die een grote psychische inzet vergen, zoals bij verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, onderwijzend personeel. Verpleegkundigen dragen de volle last van de problemen van de patiënten, problemen waarvoor artsen dikwijls wegllopen. Verpleegkundigen moeten riskant werk doen, verantwoordelijk werk, fouten kunnen levensbedreigend zijn. Na een aantal jaren haakt de geëngageerde hulpverlener af, hij of zij moet zichzelf in bescherming nemen. Het uitzendbureau biedt de mogelijkheid wat meer op afstand aan het arbeidsproces deel te nemen. Zo vindt er een scheiding plaats binnen het hulpverlenend potentieel. Enerzijds ontstaat via het arbeidsbureau eert seriële arbeidskracht: iemand die willekeurig waar inzetbaar is om al het voorkomende routinematige werk te verrichten. De emotionele last komt terecht bij de andere groep, het personeel in vaste dienst dat vroeg of laat ook verschijnselen gaat vertonen van burnout.



foto: Reinier Gerritsma

Deskundigheid

De verhouding tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt hangt samen met de omvang van het arbeidsreservoir: het aantal personen dat potentieel inzetbaar is. De omvang van het arbeidsreservoir hangt samen met de mate van (gelegaliseerde) deskundigheid die nodig is in het desbetreffende beroep. Hoe minder deskundigheid er nodig is, hoe minder scholing, hoe groter het arbeidsreservoir. De mate van deskundigheid (dus het vereiste scholingsniveau) is afhankelijk van de maatschappelijke (h)erkenning daarvan. De omvang van het arbeidsreservoir van verplegend personeel hangt dus samen met de mate waarin de deskundigheid van de verpleegkundige en ziekenverzorgende maatschappelijk wordt erkend. Indicaties voor deze erkenning zijn de toekenning van exclusiviteit voor de uitoefening van het beroep (titel-bescherming), en de ruilwaarde (datgene wat de maatschappij als tegenprestatie biedt), -zoals salariering, rechtspositie, 'autonomie' en mogelijkheden tot bijscholing."

Wat is nu precies de deskundigheid van een gediplomeerd verpleegkundige of ziekenverzorgende? Frits Hogewind slaat deze deskundigheid niet hoog aan. Verpleegkundigen die verdwijnen kunnen worden vervangen door maatschappelijke dropouts en door verpleegkundigen die zich uit het arbeidsproces hebben teruggetrokken om voor hun gezin te zorgen. De communicatie met demente bejaarden, de opvang van psychotische mensen, de omgang met zwakzinnige kinderen, de begeleiding van stervende mensen en hun familieleden, de verpleging van iemand met een hartinfarct en van patiënten na een operatie, dit alles vergt slechts de aangeboren vrouwelijke zorgzaamheid, en het overwicht dat met de jaren komt. Vrouwen die vroeger verpleegster zijn geweest moeten wel worden bijgeschoold in de nieuwe medische technieken, en in de vernieuwingen op organisatorisch gebied, maar voor de rest is hun vrouwelijke zorgzaamheid nog even goed of zelfs beter ontwikkeld dan in hun jonge jaren.

De opvatting dat zorgzaamheid een aan vrouwen aangeboren eigenschap is, stamt uit de Victoriaanse tijd: "Waar toch heeft de vrouw zich beter en nuttiger kunnen ontwikkelen dan bij het verzorgen en verplegen van haar lijdende medemens?" ... "Immers ik aarzel niet te zeggen dat naast en na het moederschap geen enkele werkring in onzen maatschappij is op te noemen waarvoor de vrouw krachtens aanleg en overgeërfdde eigenschappen zo uitnemend past als die van pleegzuster". Ook werd toen al zo nu en dan

de gedachte geopperd om verplegen als vrouwelijke dienstplicht in te voeren."

Zolang de opvatting dat zorgzaamheid eigenlijk een aangeboren vrouwelijke eigenschap is nog de overhand heeft, bij beleidsmakers en geldschieters, zo lang is het arbeidsreservoir vrijwel onuitputtelijk. Vraag en aanbod zullen op elkaar blijven reageren als de voortdurende beweging van eb en vloed. Ook zullen ze even onbeïnvloedbaar blijven.

Arbeidsverhoudingen

Een aspect dat mede bepalend is voor de werking van de arbeidsmarkt wordt gevormd door de arbeidsvoorwaarden en de arbeidsverhoudingen. De arbeidsvoorwaarden voor verplegend personeel zijn niet goed, maar matig tot slecht. Het salaris dat men verdient door de onregelmatigheidstoeslag gaat ten koste van mogelijkheden tot ontplooiing van het privéleven. Wie bovendien carrière maakt raakt deze toeslag kwijt, waarna een tamelijk mager salaris overblijft. In vergelijking met het bedrijfsleven, wordt de verantwoordelijkheid die (coördinerend) hoofdverpleegkundigen en praktijkopleiders dragen slecht betaald. De vergelijking met het inkomen van specialisten leidt helemaal tot diepe treurnis. Toch verdienen specialisten dat inkomen onder meer bij de gratie van een goed draaiende verplegingsdienst. Maar de opbrengst van de arbeid (in geld), de vereiste creativiteit voor het werk (de invoering van nieuwe methoden en therapieën) en het resultaat (de genezing) worden door de specialisten gemonopoliseerd. De arbeidssatisfactie van verpleegkundigen wordt daardoor in negatieve zin beïnvloed. Zij moeten het doen met de dankbaarheid van de patiënten (een taart bij de koffie) en met de solidariteit van collega's. Het komt neer op de vanzelfsprekendheid van de vrouwelijke zorgzaamheid en de voldoening die deze met zich meebrengt. Daarom ook gaat de zogenaamde "wet van de schaarste" - die behelst dat bij krapte van het arbeidsaanbod de beloning stijgt - hier niet op.

Oplossingen

Ons inziens is een structurele oplossing nodig voor dit *structurele probleem*. Deze moet gebaseerd zijn op onderzoek naar de factoren die het arbeidsmarktmechanisme voor verplegend personeel beïnvloeden. Wij vermoeden dat de oplossing kan worden gezocht in enerzijds maatregelen ter verhoging van de arbeidssatisfactie en ter voorkoming van burnout, anderzijds in het bevorderen van carrièreplanning.

De arbeidssatisfactie kan groter worden door invoering van het systeem van patiënttoewijzing in plaats van taaktoewijzing. De deskundigheid kan benoembaar worden door het uitvoeren van verpleegkundig onderzoek en door kwaliteitscriteria op te stellen. Bij het verpleegkundig onderzoek worden aspecten van het verpleegkundig handelen geëvalueerd of op hun effectiviteit getoetst. Daadwerkelijke invloed op beleidszaken die in instellingen aan de orde zijn leidt zeker ook tot verhoging van de arbeidsmotivatie en -satisfactie.

Loopbaanbeleid en carrièreplanning dragen naar onze mening eveneens structureel bij aan het oplossen van de problemen. Het percentage 18- tot 24-jarigen is in de verpleegkundige beroepsgroep extreem hoog, en om hierin verandering te brengen moet het vrouwen makkelijker worden gemaakt om moederschap en werk te combineren. Geen individuele maar structurele oplossingen, bijvoorbeeld langer zwangerschapsverlof, de mogelijkheid van verlof bij ziekte van een kind, en verlof tijdens de schoolvakanties. Dan kunnen vrouwen écht op een andere manier over hun toekomst denken. Een andere mogelijkheid is het creëren van deeltijdbanen ook op het niveau van management en organisatie. Dat zou ook aan mannen die dat wensen de mogelijkheden bieden om werk en ouderschap te combineren.

Tenslotte lijkt het ons noodzakelijk om de opleidingsweg voor verpleegkundigen radicaal te wijzigen. Het systeem van inservice-onderwijs is een te opportunistisch en ad hoc-instrument gebleken om de arbeidsmarkt voor verplegend personeel adequaat te hanteren.

Noten

1. Cora Bakker-van der Kooij, "De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880-1940", Tijdschrift voor Geschiedenis 96 (1983) 454-475.
2. A. Roelens, "Burnout in de Verpleging", Acta Hospitalia 1986/2.
3. Marie-José Willemse, "Beroepsinnovatie en maatschappelijke ontwikkelingen", Tijdschrift voor Ziekenverpleging 38 nr. 6 (1985).
4. Cora Bakker-van der Kooij, Mara. Pleegzuster zijn. Ontwikkelingen in de ziekenverpleging en de organisatiepogingen van verpleegsters in Nederland, 1870-1920", Tweede Jaarboek voor Vrouwengeschiedenis, Nijmegen, 1981.
5. Truus Spijker en Victor van Gemert, "Verdichtsel en Werkelijkheid. Een verkennende studie van de ambivalentie ten aanzien van zorgen en verzorgen in de verpleging", Lochem 1982.
6. Hannie Giebing, "Een afdelingsgebonden toetsing voor het verpleegkundig handelen, een methode voor kwaliteitsbewaking en bevordering", Tijdschrift voor Ziekenverpleging 39, nr. 20 (1986).

Tsjernobyl en Nederland

Murphy's Law is een algemeen bekende "natuurwet", die luidt: "Anything that can go wrong, will go wrong". De ramp met de kernreactor in Tsjernobyl heeft dit op een tragische manier aangetoond. Bij de Nederlandse bevolking ontstond onrust en angst, waarop de overheid reageerde met maatregelen.

Wim Soppe geeft zijn visie op de zin en onzin van dit beleid en filosofeert over de gevolgen van een vergelijkbare ramp op Nederlandse bodem. Laat ondanks alle officiële kansberekeningen één ding duidelijk zijn: in dat geval blijven we nergens!

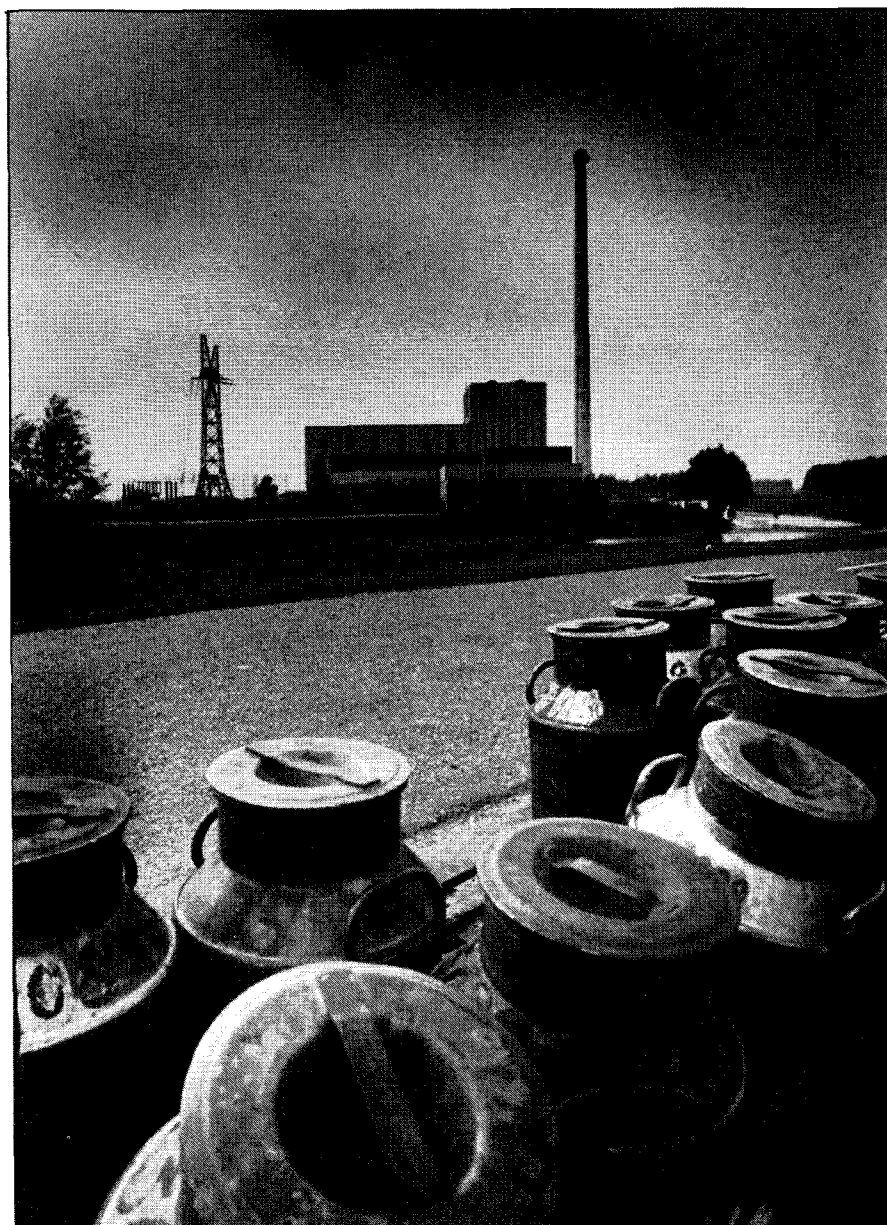
Wim Soppe, werkzaam bij het laboratorium voor Vaste Stof Fysica aan de R.U. Groningen.

Regeringsmaatregelen doorgelicht

Over de oorzaken van dit ongeluk kan op dit moment alleen maar gespekuleerd worden. De veronderstelling dat dit type kernreactor relatief onveilig is in vergelijking met andere types reactoren, is voorbarig. De reactor in Tsjernobyl, een grafiet gemodereerde, lichtwater-gekoelde kokend-water reactor, was er één uit een serie van veertien. Met identieke reactoren is in de Sovjet Unie al ruim 10 jaar ervaring. Het reaktortype is uitgevoerd met uitgebreide veiligheidsvoorzieningen. Ook in West-Europa en de Verenigde Staten staan soortgelijke reactoren opgesteld. Deze worden echter niet voor de opwekking van electriciteit maar voornamelijk voor de produktie van plutonium voor atoombomben gebruikt.

Volgens officiële schattingen is de kans op een ernstig ongeluk met een kernreactor klein. Per reactor vindt slechts één keer in de honderdduizend tot miljoen jaren een dergelijk ongeluk plaats." De gevolgen van zo'n ongeluk zijn echter rampzalig. Ten gevolge van Tsjernobyl zijn er nu ongeveer vijftig mensen gestorven. De lange termijn effecten zullen deze "acute gevolgen" echter gruwelijk overschaduwden. In de Oekraïne en Wit-Rusland zullen de komende dertig jaar naar schatting enkele duizenden à tienduizenden mensen leukemie of kanker krijgen. Voor de rest van Europa wordt eenzelfde aantal verwacht."

Vanwege radioactieve besmetting zullen tientallen vierkante kilometers decennia lang volstrekt onbewoonbaar zijn en een veel groter gebied zal langere tijd onbruikbaar zijn voor landbouw of veeteelt.



Gevolgen voor Nederland

Ook in ons land heeft de ramp gevolgen gehad, hoewel ze nietig zijn in vergelijking met de gevolgen voor de directe omgeving van Tsjernobyl.

De brand in de reactor op 25 april veroorzaakte een radioactieve wolk die na een omzwerving via Noord- en Noordwest-Europa, op 2 mei Nederland bereikte."

Door regenval kwamen deze radioactieve stoffen op de bodem, op de gewassen en in het oppervlaktewater terecht. Daar waar het op 2 en 3 mei niet regende was de bodembesmetting geringer. Dit verklaart de grote verschillen tussen metingen op verscheidene plaatsen in Nederland. De hoeveelheden neergeslagen jodium-131 varieerden bijv. tussen de 1000 en 20.000 Bq/m².

Bij de nederlandse bevolking ontstond grote onrust over de mogelijke gevolgen van de ramp. In de eerste weken van mei raadpleegden dagelijks ongeveer 15.000 mensen hun huisarts. De vragen betroffen in hoofdzaak de voeding, maar hadden ook betrekking op het gebruik van jodium, naar buiten gaan en reizen."

Uit de ongerustheid bij de bevolking en de manier waarop de overheid, "deskundigen" hierop reageerden kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- de overheid was nauwelijks voorbereid op deze ramp en heeft *improviserend maatregelen genomen* en aan voorlichting gedaan;
- er heerst bij de bevolking grote angst voor en grote onbekendheid met het begrip radioactiviteit;
- het beleid van de overheid was er vooral op gericht de ongerustheid bij de bevolking te sussen. De manier waarop zij daarbij te werk ging kan met recht paternalistisch worden genoemd.

Hieronder zal ik deze drie conclusies toelichten.

Geïmproviseerd beleid

Het weinig rechtlijnige overheidsbeleid in de eerste meidagen vergrootte de onzekerheid bij de bevolking. Op vrijdag 2 mei kondigde minister Winsemius aan dat de stralingsbelasting weliswaar hoger was dan verwacht, maar dat er geen enkele reden was om bijvoorbeeld de koeien van het land te halen. De volgende dag bleken de omstandigheden plotseling zo gewijzigd (het had geregend) dat de boeren verplicht werden het melkvee op stal te zetten. Vier dagen later, op 8 mei werd het graasverbod weer opgeheven. Diezelfde dag echter werd op de veiling spinazie doorgedraaid, vanwege te hoge concentraties radioactieve stoffen." Op 5 mei stelt het ministerie de norm voor jodium-131 in melk vast op

500 Bq/liter; voor bladgroenten is de norm 1000 Bq/kg. Per 23 mei verlagen enkele EG-lidstaten, waaronder Nederland deze normen tot 125 Bq/kg voor melk en 250 Bq/kg voor bladgroenten." Het is vooralsnog onduidelijk of deze verlaging in het belang van de volksgezondheid of in het belang van de internationale handelspolitiek tot stand gekomen is.

Angst en onbekendheid

Stralingsdeskundigen hebben de neiging om angst voor straling weg te wuiven, door te wijzen op harde cijfers:

- de gemiddelde dosis die een Nederlander opliep ten gevolge van Tsjernobyl is tot nu toe ongeveer 5 mrem. Onder andere door bodembesmetting zal de jaarlijkse dosis de komende decennia ongeveer 10 mrem/jaar zijn. Dit is weinig ten opzichte van de natuurlijke achtergrondstraling (± 200 mrem/jaar).
- de extra stralingsbelasting zal in Nederland tot enkele tientallen kankersterftes leiden. Deze vallen in het niet bij de ruwweg 30.000 mensen die sowieso jaarlijks aan kanker sterven.
- effecten van radioactieve straling zijn veel beter onderzocht dan effecten van ontelbare chemicaliën die ook schadelijke gevolgen kunnen hebben. Er zijn meer dan 80.000 wetenschappelijke artikelen verschenen op het gebied van door straling veroorzaakte effecten op de gezondheid.

Deze harde cijfers gaan echter voorbij aan psychologische achtergronden voor de angst voor straling. In de ogen van veel deskundigen zijn deze subiekief en dus verwerpelijk:

- straling is onzichtbaar, niet voelbaar en men kan het niet ruiken. De menselijke zintuigen schieten tekort om voor het gevaar van straling te waarschuwen.
- mogelijke gevolgen van blootstelling aan straling (leukemie en kanker) boezemen de mensen meer angst in dan andere doodsoorzaken, zoals een hartinfarct of een verkeersongeluk.

De onmogelijkheid om deze psychologische factoren op een mathematische wijze mee te tellen in een risicoafweging mag echter geen reden zijn deze factoren te ontkennen.

Struisvogelpolitiek

Hoewel de voorlichting van de Nederlandse overheid zeer gunstig afstak tegen die van de Franse of Belgische overheid, probeerde men ook in Nederland de problemen te bagatelliseren. Een voorbeeld van Nederlandse struisvogelpolitiek is de brief van 5 mei van het Ministerie van Volksge-

zondheid aan artsen. De Minister raadde artsen af om straling te meten bij mensen die terug kwamen uit Oost-Europa omdat "het onwaarschijnlijk is dat een inwendige besmetting is opgetreden" en "omdat bij gebleken besmetting geen enkele therapie of maatregel te adviseren is".7

Een ander voorbeeld is het presenteren van normen voor concentraties radioactieve stoffen als absolute grenzen van goed en kwaad. Melk met een jodium-131 concentratie van 500 Bq/liter of meer moest vernietigd worden. De overheid vertelde echter niets over de risico's van het drinken van melk met 499 Bq/liter, welke wel voor consumptie vrijgelaten werd en wekte daarmee de suggestie dat dat absoluut veilig zou zijn.

Het is echter een algemeen geaccepteerd wetenschappelijk gegeven dat elke hoeveelheid straling, hoe klein ook, schadelijke effecten kan veroorzaken. Uit het oogpunt van de volksgezondheid kunnen stralingsnormen dientengevolge het beste gelijk aan nul zijn. Elke stralingsnorm ongelijk aan nul is dus in laatste instantie een politieke grootheid. Zij is tot stand gekomen na een kosten-baten analyse waarin het belang van de volksgezondheid is afgewogen tegen economische en politieke belangen (in het geval van de melk: de belangen van de boeren). Hierbij moet worden aangetekend dat officiële deskundigen die de Nederlandse overheid van advies dienen over de normen van la~ stralingsdoses, volledig voorbijgaan aan de wetenschappelijke controverse die er op dit gebied heerst."

Volgens verschillende wetenschappers, schatten officiële instanties het risico van straling een factor 10 à 20 te laag in. Uitgaande van een veilige benadering zouden de huidige stralingsnormen dus ook minstens met een factor 10 verlaagd moeten worden.

Tenslotte wil ik opmerken dat de overheid in haar voorlichting vrijwel geen melding maakt van de grote plaatselijke verschillen in radioactieve bodembesmetting. De verschillen in de hoeveelheden neergeslagen jodium-131 zijn in de rest van Europa in extremere mate opgetreden dan in Nederland. In dit licht is het zeer verwonderlijk dat de overheid in een circulaire met adviezen voor reizen naar het buitenland de globale schatting van de extra stralingsdosis ten gevolge van een verblijf van drie weken in de Oostbloklanden (exclusief Rusland) voor volwassenen op 40 mrem stelt, zonder hierbij onzekerheidsmarges aan te geven. De werkelijke doses waren in de maanden juni/juli in deze landen tussen 10 mrem en 1000 mrem per drie weken; een grotere nauwkeurigheid is niet aan te geven.

Een overheid die uitgaat van mondigheid van haar burgers vertelt bij haar voorlichting over straling hoe de normen tot stand gekomen zijn. De leden van de bevolking kunnen dan een *persoonlijke afweging* van risico's maken aangaande het al dan niet eten van verse groentes of het reizen naar het buitenland. Een dergelijke eerlijke voorlichting na Tsjernobyl had veel onzekerheid bij de bevolking weg kunnen nemen.

De gevolgen van de ramp in Tsjernobyl zijn voor Nederland relatief gering geweest. Het optreden van de Nederlandse overheid in deze kwestie was niet zo overtuigend als enkele bewonderaars van ex-minister Winsemius suggereerden. Ondanks de hierboven besproken manco's, heeft het beleid niet veel kwaad kunnen doen (en niet veel goed kunnen doen) omdat de radioactieve besmetting in Nederland erg beperkt bleef.

Moderne Westerse kerncentrales

Hoe anders echter zal de situatie zijn als er in Nederland, of vlak over de grens, een ernstig ongeluk met een kernreactor plaatsvindt?

Direkt na de ramp in Tsjernobyl vertelden reactordeskundigen dat een dergelijk ongeluk in West-Europa is uitgesloten. De argumenten waren:

- hier worden voor stroomopwekking geen grafiet-gemodereerde, maar water-gemodereerde reactoren gebruikt.
- de meeste reactoren in West-Europa hebben een extra veiligheidsomhulping die er in veelongevalssituaties voor zorgen dat de radioactiviteit zich niet buiten de centrale kan verspreiden.

Deze argumenten verhullen echter niet, dat er in moderne westerse kerncentrales wel degelijk ongelukken mogelijk zijn die tot een even grote radioactieve uitstoot leiden als de ramp in Tsjernobyl. In een rapport van de Gezondheidsraad¹ staat een schatting van radioactieve lozingen, ook wel "bronterm"¹¹ genoemd, bij een zogeheten "middelgroot ongeval" met een moderne westerse kerncentrale. Wanneer we deze lozingen vergelijken met de geschatte totale lozingen van Tsjernobyl zien we dat beide hoeveelheden in orde-grootte goed met elkaar overeenkomen.¹² Met andere woorden: ook met moderne westerse kerncentrales zijn *catastrofes à la Tsjernobyl* niet uitgesloten.

In een rapport van de TH Twente¹³ is berekend wat de gevolgen zijn van een ernstig reactorongeval voor de lokaties Borssele en Moerdijk. De resultaten van deze berekeningen zijn als volgt: binnen dertig dagen sterven er maximaal 6300 mensen die in korte

tijd een zeer hoge dosis straling hebben ontvangen (ongeval bij Moerdijk, noordenwind over Zevenbergen). Op langere termijn varieert het aantal gevallen van genetische schade en sterfgevallen ten gevolge van kanker tezamen tussen 500 en 17.000. Afhankelijk van het weer en de lokatie moeten 100 tot 270.000 mensen onmiddellijk evacueren. Uitgaande van de officiële stralingsnormen (maximale dosis 0.5 rem/jaar) moet 140.000 km², dat is een gebied dat viermaal zo groot is als Nederland, gedurende een jaar ontruimd blijven. Een gebied van 7.500 km² dient 30 jaar ontruimd te blijven; dit komt overeen met éénvijfde deel van ons land.

In het kader van de Planologische Kernbeslissing "Vestigingsplaatsen van nieuwe kerncentrales" achten regering en parlement de door de Gezondheidsraad geschatte risico's aanvaardbaar. Op dat moment waren de brontermen en risico's niet meer dan theoretische cijfers. Nu deze cijfers in de Sovjet Unie tot leven zijn gekomen mag men zich afvragen of regering en parlement zich indertijd voldoende gerealiseerd hebben welke ramp ze daarmee acceptabel hebben verklaard.¹⁴

Noten

1. J. de Haas, R.J. Heijboer, *Energiespectrum*, 6/7, juli 1986.
2. Gezondheidsraad, "Advies inzake de bronterm van kerncentrales en volksgezondheid (BKEV)", Den Haag, 1984.
3. *Physics Today*, juli 1986.
4. De belangrijkste splijtingsprodukten in de wolk waren: jodium-131 (halveringstijd 8 dagen), tellurium-132 (halv.tijd 78 uur), strontium-90 (halv.tijd 28 jaar) en cesium-137 (halv.tijd 30 jaar).
5. F. v.d. Berg e.a., "Tsjernobyl, een ramp voor Nederland?", *Natuurkundewinkel*, Groningen, juli 1986. (Dit boekje kan worden besteld door f 5,- over te maken op giro nr. 826171 t.n.v. R.U. Groningen, onder vermelding van 310009 'Tsjernobyl').
6. *Nieuwblad van het Noorden*, 12 mei 1986.
7. H. Dijkstra, R. Wolters, *Intermediair*, 25 juli 1986.
8. D.W. van Bekkum e.a., "Straling en radioactiviteit", TNO/Friese Pers, mei 1986.
9. Op de omslag van het TNO-boekje "Straling en radioactiviteit" staat "Radioactiviteit is een natuurkundig verschijnsel, zoals de zwaartekracht dat is". (...)
10. Gezondheidsraad, "Advies inzake stralingsbescherming in Nederland", Den Haag, 1984.
11. Bronterm is de letterlijke vertaling van het Amerikaanse woord, 'source term'. Het is de karakteristiek voor de lozing van radioactieve stoffen bij een ongeval in een kerncentrale.
12. F. Aldenkamp e.a., "Het debat over reactorveiligheid", IVEM rapport nr. 14, Groningen, juni 1986.
13. W.A. Smit e.a., "Kerncentrale ongevallen. De brontermdiscussie", Boerderijcahier 8501, TH Twente, 1985.

Verpleegkundige opleidingen

De basisopleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden in de vorm van het huidige "in-service" onderwijs mag als achterhaald beschouwd worden. Al tien jaar geleden werd geadviseerd deze opleidingen om te bouwen tot regulier MBO-en HBO-onderwijs. Momenteel is de opleidingssituatie echter nog steeds een onontwaarbare kluwen. De ombouw is nog niet in zicht, over integratie wordt nagedacht, hier en daar spreekt men van herstructureren ...

Tonny Borenberg, verpleegkundige, is stafdocente van de kaderopleiding aan de Aemstelhon (Amsterdam) en beleidsmedewerkster van "Het Beterschap" (Utrecht).

Integratie dag- en inservice onderwijs

Inservice opleiding

Deze instellingsgebonden semi-bedrijfsopleidingen staan onder toezicht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De leerlingen hebben een rechtspositionele band met de instelling die de opleiding verzorgt: een leer- en arbeidsovereenkomst.

Op 1 september j.l. ging het leerlingenplan van WVC van start. Het voorziet in een uniforme beroepsvoorbereidende periode van zeven maanden (23 theorie- en 4 stage- weken) voor alle inservice opleidingen (algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, zwakzinnigenzorg of verpleeghuiswezen). De leeftijdsgrens voor toelating tot de opleiding werd met een half jaar verlaagd, tot 17 jaar. In deze beroepsvoorbereidende periode ontvangt de leerling een *zakgeld* van f 400,-.

Daarna volgt het betaalde gedeelte van de opleiding. In drie jaar tijd kruip het salaris op van f 1200,- naar f 1750,- bruto, exclusief onregelmatigheidstoeslag. Voorwaar een mager loon voor hard werken en pittig studeren! Afhankelijk van de gekozen richting duurt deze fase 100 tot 169 weken, waarvan 10 tot 21 weken theoretische „blokweken" zijn. Het resterend praktisch gedeelte wordt onderscheiden in een „leergedeelte" en een „produktief gedeelte". Tijdens het werken op de afdeling vindt begeleiding plaats zowel door de afdeling als door de opleiding.

De jonge inservice-leerling heeft het allerm minst gemakkelijk. Hij of zij zal zich waar moeten maken ten opzichte van de patiënt, de gediplomeerde beroepsgenoten en de andere disciplines. De verantwoordelijkheid (en aansprakelijkheid) voor het eigen handelen drukt zwaar op tengere, 17-jarige, schouders.

In de gezondheidszorg wordt te veel gebruikt gemaakt van de werkkraft van de leerlingen. Samen met de, ten gevolge van bezuinigingen, verhoogde werkdruk schept dit geen ideale voorwaarden voor een optimale leersituatie. Een leerling heeft nauwelijks de ruimte om stil te staan bij de patiënt, zichzelf en het eigen leerproces. De „leer-uren" van het praktisch gedeelte, die zo fraai ogen op papier, worden al snel gewone produktie-uren; de werkbegeleiding van de afdeling komt - gegeven de situatie - al snel in de verleiding werkbelangen boven onderwijsbelangen te stellen. De pedagogische kwaliteiten van de begeleiding zijn bovendien niet vanzelfsprekend gegarandeerd.

Vraag een willekeurige verpleegkundige naar haar genoten opleiding en je bent verzekerd van een geanimeerd verhaal over hoe slecht het wel niet was. Vooral de opleidingen binnen de instellingen, het zogenaamde "inservice-onderwijs" moeten het ontgelden. Daar deugt niet veel van, zo lijkt het ...

Vorm en inhoud van opleidingen voor verpleegkundigen houden de gemoederen sinds jaar en dag flink bezig. De kritiek, die zich vooral toespitst op de inservice opleidingen, heeft ertoe geleid dat er in een tijdsbestek van 15 jaar maar liefst 3 nieuwe vormen van dagonderwijs gecreëerd werden. Maar ook het inservice onderwijs ontkomt niet aan de veelvuldig bepleite veranderingen: per 1 september jongstleden trad het WVC-leerlingenplan in werking. Dit omstreden geesteskind van Abva/Kabo-bestuurder Peter Hijzen moet, naast een flink aantal arbeidsplaatsen voor jonge mensen, de broodnodige verbetering van het inservice-onderwijs opleveren.

Wie denkt dat nu eindelijk de rust aan het onderwijsfront is weergekeerd, komt bedrogen uit. Er valt nog veel te veranderen. Zo zijn er verpleegkundigen die vurig pleiten voor het volledig afschaffen van het inservice-onderwijs. Anderen wijzen juist op de veldgebonden functie: jonge mensen



foto: Ioe van den Broek

worden zeer gericht opgeleid in hun eigen instelling. De stellingen lijken betrokken, een ordinaire loopgravenoorlog is niet ondenkbaar. En de hamvraag blijft: hoe moet het nu verder met het verpleegkundig onderwijs?

Flexibel

Het is jammer dat er zo'n scherpe scheiding bestaat tussen deze twee onderwijsvormen. Eigenlijk is het beter te streven naar een meer flexibele onderwijsvorm. Bijvoorbeeld door middel van een **integratie** van beide opleidingstypen. Het gaat dan om afstemmen op elkaar, nog niet over afbouwen of ombouwen.

Voorwaarde bij deze omvangrijke **ombouwoperatie** is dat de instellingen hiervoor voldoende mensen en middelen ter beschikking krijgen zodat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg er niet onder lijdt. Uiteindelijk zal het gehele inservice-onderwijs moeten worden vervangen door MDGO of HBO-onderwijs. Daarbij zullen alle betrokken partijen één doel voor ogen moeten hebben: kwaliteit van opleiding en zorgverleners realiseren door middel van dagonderwijs.

Om de procedure vlot te laten verlopen zal er een *Commissie Ombouwen* en een *Commissie Beoordeling* gevormd

moeten worden. In beide commissies dienen vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties, de betrokken ministeries en de onderwijsbelangenorganisaties te zitten. De Commissie Ombouw moet de opdracht krijgen de ombouwprocedure te begeleiden en te ondersteunen inzake financiële, personele en organisatorische aspecten.

De Commissie Beoordeling dient aan de hand van criteria vast te stellen of een inservice-opleiding omgebouwd moet worden tot middelbaar of tot hoger beroepsonderwijs. De criteria kunnen onder andere gevonden worden in het aantal leerlingen en hun vooropleidingsniveau, in de kwaliteit en de eindtermen van het betreffende

Dagopleiding

De dagopleidingen vallen onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en kennen de faciliteiten van het studiefinancieringsstelsel. Deze Middelbare en Hogere Beroepsopleidingen leveren breed inzetbare generalisten af, die na een gedegen inwerkperiode als professionele beroepsbeoefenaren hun verantwoordelijkheid kunnen dragen. Tijdens de opleiding wordt in alle velden van de gezondheidszorg stage gelopen en wordt in het dienstrooster van een afdeling niet met de werkkraft van de stagiaires rekening gehouden. Dit schept betere voorwaarden om gedegen aan leerdoelen te kunnen werken. De begeleiding door een docent van de opleiding is intensiever dan bij de inservice-opleiding. Wel is de afstand tussen werkveld en opleiding groter: het vergt heel wat overleg om het onderwijsprogramma goed af te stellen op de stageverlenende instellingen.

Tien jaar geleden al adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in de richting van een geleidelijke overgang van het inservice-onderwijs naar dagopleidingen.

Momenteel zijn er 7 instellingen van Middelbaar Dienstverlenend en Gezondheidszorg Onderwijs die opleiden tot de titel verpleger/verpleegster (MDGOvp) - de vroegere MBO-V's (Middelbare Beroeps Opleiding tot Verpleegkundige). Een nogal verwarring scheppende, afgestofte titel uit de oude doos. Daarnaast zijn er zestien HBO-V's (Hogere Beroeps Opleiding tot Verpleegkundige).

Ombouw en integratie

Het verbaast dus niet dat bij veel verpleegkundigen verontrusting bestaat over de huidige onzekere en onoverzichtelijke situatie. Wil je als verpleegkundige daadwerkelijk een goede zorgverlening (blijven) garanderen, dan zal een gedegen 4-jarige opleiding op HBO-niveau noodzakelijk zijn. Maar uit het oogpunt van planning van menskracht, financiële begrenzingsen en onderwijskundige kaders, zullen we de 3-jarige MDGO moeten accepteren.

inservice-onderwijs, vergeleken met MDGO en HBO, en in de aanwezigheid van een MDGO of HBO in de directe omgeving.

Wanneer de ombouw operatie op korte termijn begint, dan hoeft er minder energie gestoken te worden in de integratie. Wel is voorspelbaar dat de overgang van het ministerie van WVC naar het ministerie van O&W niet geruisloos zal verlopen. De noodzakelijke "adoptie" van de regionale scholen door één van de clusters van Hogescholen - binnen het op gang gebrachte fusieproces van HBO-instellingen - zal de nodige moeite kosten. De opleidingen die voorlopig niet voor ombouw in aanmerking komen, zullen meer aandacht moeten besteden aan integratie, bijvoorbeeld door met *thema's* of *modulen* te gaan werken, waaraan een puntenkwalificatie verbonden is. Als dat ook op de dagopleidingen gebeurt, zal dat de mogelijkheden tot horizontale doorstroming tussen de verschillende basisopleidingen verbeteren. Een leerling kan dan aangeven welke modules afgerond zijn en

hoeveel punten in totaal reeds behaald zijn. Bijvoorbeeld zou men binnen de inservice-opleiding en het MDGO maximaal 50 punten kunnen behalen en vervolgens op het HBO met 70 punten de opleiding af kunnen sluiten.

Kosten geen koopje

Wanneer de regionale scholen vlot worden omgebouwd tot dagopleidingen zal dit *kostenbesparend* werken. Natuurlijk kan de gehele ombouwoperatie niet budgettair neutraal plaatsvinden. Goed onderwijs kan niet op een koopje. De "Commissie Trip" heeft de kosten van de verschillende varianten van ombouwoperaties berekend en kwam tot de conclusie dat kostenneutraliteit een onhaalbare optie is. Welis het zo, dat hoe langer politiek Nederland de besluitvorming nog uitstelt, des te duurder de overgang van inservice-onderwijs naar dagopleiding zal worden. Aan het creëren van een goede verpleegkundige opleiding valt heel wat eer te behalen; wie *durft* er met die eer te gaan strijken? —

BOEKEN

Een trage ontsluiting

Lidy Schoon, "Een trage ontsluiting, vrouwengeneeskunde politiek doorgelicht". Gezondheidszorg kritisch bekeken, deel 1. Uitgeverij: Macula, Boskoop, 1985.
Prijs f 20,-. ISBN 90-6615-010-6.

De meeste faculteiten voerden rond 1975 Vrouwenstudies in, de eerste medische faculteit startte pas in 1983 met Vrouwenstudies Geneeskunde. De groei van vrouwelijke artsen bedroeg de afgelopen 10 jaar slechts 5 procent, terwijl bijna 50 procent van de eerstejaars studenten medicijnen vrouwelijk zijn. Het idee over vrouwelijke patiënten is nog steeds, dat zij veel medische zorg vragen voor vage klachten. Volgens dit zelfde idee brengt een baarmoederverwijdering voor haar slechts positieve effecten. Het personeel in algemene ziekenhuizen bestaat voor 73 procent uit vrouwen, zij bevolken vooral de lagere functies; de wetenschappelijke staven bestaan voor 75 procent uit mannen. Hoe zijn deze gegevens te verklaren?

Eind vorig jaar verscheen het boekje "Een trage ontsluiting, vrouwengeneeskunde politiek doorgelicht" van Lidy Schoon, het eerste deel van de serie "Gezondheidszorg kritisch bekeken" van uitgeverij Macula.

Vanuit haar betrokkenheid met de gezondheidszorg - eerst als leerling-verpleegkundige, later als patiënte en medewerkster aan het Zwartboek Gynaecologische Praktijken (1980) - stortte de schrijfster zich op de medische literatuur over vrouwen en vrouwengeneeskunde, en met name die over de gynaecologie. Het resultaat is een verhelderend overzicht van 100 jaar "vrouwengeneeskunde". Het boek is doorspekt met voorbeelden van de onluisterende behandeling door medici van vrouwen, als patiënten en als medewerkers in de gezondheidszorg.

Het eerste deel van het boek beschrijft de ontwikkeling van de huidige geneeskunde. Het verschil met andere analyses over medicalisering en technologisering van de gezondheidszorg, is het expliciete aantonen van de grote negatieve gevolgen juist voor vrouwen. Te beginnen met de uitsluiting van vrouwen van de universiteiten en dus - volgens de wet van 1865 - van "het beoefenen van de geneeskunde", tot de late start van de vrouwenstudies geneeskunde, wordt duidelijk dat de inbreng van vrouwen systematisch genegeerd wordt. Voorbeelden van de **economische belangen** waar juist vrouwen de dupe van worden, zijn er te over: de strijd om de „plaats" van de bevalling, farmacologische blunders zoals met DES, Softenon en het Dalton-schildje, de hausse in baarmoederoperaties. De rol van de vrouwelijke werkers in de gezondheidszorg komt mijns inziens te kort aan de orde. Eén paragraaf behandelt de discriminatie van vrouwelijke artsen in traditioneel mannelijke bolwerken („Wilt u chirurgie gaan doen, jui(r)uw?") door de lange werktijden en het gebrek aan parttime-opleidingen.

De laatste 10 jaar is de totale groep vrouwelijke artsen nauwelijks in omvang toegenomen. Met name onder de huisartsen (stijging sinds 1971 van 3,7 naar 5,3 procent) en de specialisten (van 12,8 naar 14,2 procent) blijven vrouwen sterk in de minder-

heid. In 1978 werkten in de specialisatie verloskunde/gynaecologie slechts 9,7 procent vrouwen; in de orthopaedie en neurochirurgie ontbraken zij geheel en binnen de vakgebieden urologie en hart- en vaatchirurgie waren in totaal twee vrouwen werkzaam. Relatief hoog scoren vrouwen in de "ondersteunende" specialismen, zoals anaesthesiologie (25 procent) en revalidatie (23 procent). Verreweg de grootste groep vrouwelijke artsen valt onder het kopje „overige geneeskundigen", hier maken zij ruim een derde van het totaal uit. Helaas ontbreekt in het boek een overzicht van de positie van verpleegkundigen, een toch zeer grote groep binnen de vrouwelijke werkers in de gezondheidszorg.

Het tweede deel van het boek richt zich op het specialisme gynaecologie. De opkomst van dit specialisme kenmerkt zich enerzijds door de verwoede strijd tegen de vroedvrouwen, anderzijds door de psychische betekenis die wordt toegekend aan de vrouwelijke geslachtsorganen. De beschrijving van het beeld van de "onverzadigbare baarmoeder" die tot histerie kan leiden en de rol van de eierstokken die de vrouw tot een waarlijk onberekenbaar wezen transformeert, is bijna **vennkelijk**, ware het niet dat de gevolgen van deze denkbeelden tot nu toe doorwerken. In een uitgebreide analyse van de redenen van baarmoederverwijdering, laat Lidy Schoon zien, dat slechts 10 procent van deze operaties medisch te verantwoorden is. In 44 procent blijken de redenen van de ingreep onduidelijk en 46 procent kan als overbehandeling worden beschouwd. De relatie met het verrichtingenstelsel blijkt uit vergelijkingen tussen verschillende landen: in Zweden (genationaliseerde gezondheidszorg) verwijderen gynaecologen 126 baarmoeders per 100.000 vrouwen, de Nederlandse collega's deden het 371 keer en in Canada (vergoeding per verrichting) bleken 619 baarmoeders het verwijderen waard. De cijfers dateren uit 1976 en inmiddels is de groep gynaecologen verder gegroeid.

Een apart hoofdstuk behandelt de visie van gynaecologen op de **vrouwelijke seksualiteit**. De citaten uit de medische literatuur zijn zeer verhelderend over het beperkte inlevingsvermogen van de veelal mannelijke artsen. De toegepaste behandelingen bij bijvoorbeeld vaginisme spreken boekdelen: de verruimende operaties, ingenaaide namaakpenissen en oprekende pelottes zijn allen bedoeld om de "voor de echtgenoot bijzonder onplezierige situatie" te verbeteren.

In deel drie komt het cliché van de vrouwelijke patiënt aan de orde. Het beeld is bepaald door enkele gezaghebbende onderzoeken, zoals dat van de arts van de Velde in 1971. Vrouwen bezoeken de dokter vaker dan mannen, consumeren meer zorg en medicijnen en hebben vaker psychosomatische "vage" klachten. Ingrid Baart en Marianne Derks bekeken in 1981 hoe deze cijfers in het van de Velde-onderzoek tot stand waren gekomen. Ze ontdekten dat van de Velde alle consulten die niet direct de vrouw zelf betroffen, toch op haar conto had geschreven. Zonder alle consulten rond anticonceptie, seksuele problemen en medische vragen die de kinderen of het hele gezin betreffen, blijken vrouwen aanzienlijk minder zorg voor zichzelf te vragen dan tot nog toe was aangenomen. Meer onderzoek door vrouwen zal ongetwijfeld het beeld van de vrouwelijke patiënt drastisch wijzigen.

Het laatste deel van het boek verkent de mogelijkheden tot veranderingen. Lidy Schoon noemt zelf een paar punten. Artsen moeten leren heldere taal te spreken, zonder gebruik te maken van het verhullende medisch jargon. Voldoende voorlichting is een tweede voorwaarde, waarbij ook de informatieuitwisseling tussen vrouwen onderling belangrijk is. De schrijfster waarschuwt voor de tendens in een aantal ziekenhuizen die het verschijnsel zelfhulpgroepen handig aanwenden om artsen te ontlasten van de emotionele problemen die zijn ontstaan door hun ingrepen. In 1981 ontstonden vrijwillige begeleidingsgroepen van vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan. Na de operatie worden zij opgevangen door streng geselecteerde vrijwilligsters: hun borstoperatie moet al enige jaren geleden zijn, ze moeten de ingreep goed verwerkt hebben, evenwichtig

en bescheiden zijn en veel tijd hebben. Het principe van vrouwen in eenzelfde situatie die elkaar steunen, wordt hier grof geweld aangedaan. Het heeft er meer van weg dat vrouwen gebruikt worden om - onbetaald - **het lastige werk** op te knappen.

Bij het zoeken naar alternatieven komen enkele gynaecologen middels citaten uitgebreid aan het woord. Prof. Lammes pleit voor een "sociale gynaecologie", die begrip moet tonen voor de moeilijke positie van de vrouw, afhankelijk als zij is van haar hormonen, man en kinderen. Van Hall is voorstander van het "androgyniemodel". Hij bedoelt hiermee de integratie van mannelijke en vrouwelijke eigenschappen in één persoon, waardoor een gelijkwaardiger relatie kan ontstaan tussen de (mannelijke) arts en de vrouwelijke patiënt. Het boek eindigt met de aanbeveling dat gynaecologen moeten leren zich te identificeren met hun vrouwelijke patiënten, zich ten dienste stellen van vrouwen zonder *"het gevoel dat daarbij hun man-zijn in het geding wordt gebracht"*. Hoe dat zou moeten, vermeldt de schrijfster helaas niet: het is precies het probleem waar het al eeuwen om draait.

Het is jammer dat - met name in het laatste deel van het boek - de mannen het hoogste woord blijven voeren. Dat de inbreng van vrouwen in de geneeskunde systematisch genegeerd wordt, heeft de auteur overtuigend aangetoond. Reden te meer om in het hoofdstuk *"Over verandering gesproken"* nu eens vrouwen het voortouw te laten nemen. Lidy Schoon heeft daar zichtbaar moeite mee. Ze beschrijft enkele controversen in de vrouwenbeweging, en signaleert duidelijk medicaliserende tendensen uit feministische hoek. Een goed voorbeeld is de strijd rond de behandeling van de postnatale depressie (PND) en het premenstrueel syndroom (PMS). Steeds meer vrouwen verklaren de klachten - na de bevalling en aan het eind van de menstruele cyclus - puur hormonaal en wensen medische erkenning en hormonale therapie voor deze "syndromen". Andere vrouwen wijzen juist de medische inmenging af en zoeken sociale en emotionele oorzaken voor de klachten. Dergelijke controversen liggen er op het terrein van de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker, de pijnloze bevalling en de in vitro-fertilisatie.

Een angstaanjagend toekomstbeeld doemt op in het laatste hoofdstuk *"de definitieve verlossing"*: "Nu werkt de gynaecoloog mee aan de emancipatie van de vrouw. Hij biedt een vrouw verlossing van de baringspijn, menstruatiepijn, overgangspijn en zelfs van de baarmoeder kan hij haar afhelpen. Met zijn hulp kan de vrouw definitief verlost worden van alle vrouwelijke ellende, geneesheren maken haar *meer mans*." Dit spookbeeld had een tegenwicht kunnen vinden in een overzicht van de activiteiten die vrouwen op het gebied van hun eigen gezondheid ontplooiën. Ongetwijfeld zijn positieve effecten te vinden in de werkzaamheden van de vrouwengezondheidscentra, de zelfhulpgroepen en de toenemende kennis van vrouwen over haar lichaam. Met een analyse van die ontwikkelingen in de vrouwengeneeskunde had Lidy Schoon haar boek kunnen uittillen boven het niveau van een literatuurstudie.

Afgezien van de afgrijselijke spelling ("gynekologies") en het weinig perspectiefvol einde, is dit een zeer leesbare studie. Door de talloze voorbeelden leest het boek als een vlotte roman. Nadeel van deze speelse opzet is de zwakke structuur, waardoor een rommelig geheel ontstaat en terugzoeken veel tijd kost. De waarde van het boek ligt vooral in de enorme hoeveelheid informatie die het bevat, aangevuld met veel cijfermateriaal, een indrukwekkend notenapparaat en een 30 pagina's tellende literatuurlijst. Het is daarmee zeer geschikt als eerste oriëntatie op het gebied van de vrouwengeneeskunde. Het is te hopen dat Lidy Schoon haar studie voortzet met de recente ontwikkelingen binnen de vrouwengeneeskunde. Zeker iets om naar uit te kijken!

Renske Mast

De Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse Gezondheidszorg. JM. Booten MHJM. Knapen. Aula Paperback 123, Het Spectrum, Utrecht, 1986 (vierde, gewijzigde druk). ISBN 90 274 6276 3. Prijs: f 34,90.

In 1983 verscheen van de hand van de sociologen J.M. Boot en M.H.J.M. Knapen de pocket *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Daarmee kwam voor minder dan twee tientjes een goed overzicht van de voorzieningen voor gezondheidszorg in Nederland beschikbaar. Blijkbaar voorzag het in een behoefte want het is inmiddels aan zijn vierde druk toe. Bij deze gelegenheid is het overzicht geactualiseerd, op enkele plaatsen uitgebreid en als paperback uitgegeven. Gezondheidszorg wordt door Boot en Knapen ruim gedefinieerd. Zij rekenen daartoe ook de maatschappelijke dienstverlening (gezinsverzorging, maatschappelijk werk) en niet-professionele zorgvoorzieningen. Bovendien komt het overheidsbeleid in de gezondheidszorg uitgebreid aanbod.

Het werk bestaat uit drie delen. In het eerste deel gaan Boot en Knapen in op een aantal gegevens over de opbouw van de gezondheidstoestand van de bevolking, riskante leefgewoonten en verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid. Vervolgens worden niet-beroepsmatige zorginitiatieven beschreven zoals zelf- en mantelzorg (zorg door de naaste omgeving), het vrijwilligerswerk en patiëntenorganisaties. Het tweede deel behandelt de professionele zorg, waarbij vooral de wijze van hulpverlening, de omvang, de financiering en het feitelijk gebruik van de diverse voorzieningen veel aandacht krijgen. De wettelijke instrumenten van de overheid om de gezondheidszorg te ordenen, met name de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* en de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*, en de belangrijkste beleidsnota's staan in het derde deel centraal. Leidende gedachte daarbij is de toenemende politisering van de gezondheidszorg. Tot slot wordt in sneltreinvaart aandacht besteed aan medicalisering, zorgvernieuwing, gebruikersbeleid en machtsverhoudingen in de gezondheidszorg. Nieuw in deze druk zijn enkele paragrafen over samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg en, als bijlage, een vergelijking met de Belgische gezondheidszorg.

De Nederlandse Gezondheidszorg geeft een goed en redelijk kritisch houvast in de enorme berg literatuur, wetgeving en nota's die er inmiddels over de gezondheidszorg bestaat. Boot en Knapen hebben een groot aantal bekende gegevens en opvattingen in handzame vorm bijeen gebracht en daarmee voor iedereen toegankelijk gemaakt. Zij pretenderen niet nieuwe feiten en standpunten te geven. Opvallend is de sterk beleidsmatige en vooral cijfermatige benadering. De overvloed aan namen, getallen en afkortingen doet je af en toe wel duizelen. Een register was zeker op zijn plaats geweest. Hier en daar lijkt het boek in elkaar geflanst, wellicht mede omdat de auteurs niet één bepaald standpunt verdedigen. De toegevoegde vergelijking met de Belgische gezondheidszorg is volstrekt overbodig want zij verschaft geen enkel inzicht. Niettemin blijft *De Nederlandse Gezondheidszorg* een interessante tegenhanger van een soortgelijk boek als *Bouwen Werking van de Gezondheidszorg* in Nederland onder redactie van E.W. Roscam Abbingo.

Tot slot, een uitgave als *De Nederlandse Gezondheidszorg* veroudert snel en moet regelmatig vervangen worden. Daarom is het jammer dat zij nu als paperback is uitgebracht, want dit heeft de prijs verdubbeld. Mooier papier en een grotere letter staan daar echter weer tegenover.

Jos Dute

Kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg

Kosten en kwaliteit in de intramurale gezondheidszorg. Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen. De Tijdstroom, Lochem, 1985
ISBN 90-352-1087-5

Het bolwerk van de intramurale gezondheidszorg voelt zich onder druk gezet. Door de budgetfinanciering hebben ziekenhuizen en andere intramurale instellingen tegenwoordig in theorie meer mogelijkheden om een eigen beleid te voeren. Deze ruimte blijkt echter in de praktijk ingeperkt door beddenreducties en budgetkorting. Wanneer de overheid in de toekomst nog mindes financiële middelen beschikbaar stelt en het beroep op intramurale zorg in omvang gelijk blijft, zullen de instellingen moeten zoeken naar mogelijkheden om toch voldoende kwaliteit te leveren. Bovendien zal er van hun een grotere openheid verlangd worden over het niveau van de zorgverlening en de daaraan verbonden kosten.

Deze problematiek stond centraal op het symposium "Kwaliteit en kosten in de intramurale gezondheidszorg", dat op 3 en 4 mei 1985 in Eindhoven werd gehouden. Kortgeleden verscheen het verslag van dit symposium, waarin achttien voordrachten zijn gebundeld. De voordrachten zijn gegroepeerd rond vier thema's: de medische kwaliteit, de verpleegkundige kwaliteit, de managementaspecten van kwaliteit en de kostenkant.

Opvallend is de oppervlakkige, ad hoc-achtige benadering van kwaliteit in de medische bijdragen. Zeker wanneer je die vergelijkt met de voordrachten over verpleegkundige kwaliteit. Door de medici wordt gesproken over kleine verbeteringen in de kwaliteit van bloedkweken en het bloedtransfusiebeleid voor operatiepatiënten; de verpleegkundige bijdragen behandelen tenminste wat bredere aspecten van de beroepsuitoefening, zoals introductie van meer systematiek in de verpleegkundige zorg en de invoering van verpleegkundige intercollegiale toetsing.

Kwaliteitsbewaking

Op het symposium werd verder uitgebreid aandacht besteed aan de kwaliteitsbewaking door het management. Het is interessant om te zien hoe managers de gezondheidszorg denken te beïnvloeden met behulp van bedrijfskundige beheersprincipes. Zo wordt in het verhaal van Peters een bepaald type planingscyclus in een ziekenhuis beschreven, Management by Objectives. Hierbij gaat men uit van centraal vastgestelde verzorgingsdoelstellingen, die op afdelingsniveau vertaald worden in concrete prestatienormen. Voor de leiding is het van het grootste belang (geworden) om exakt te omschrijven wat er nu precies in het ziekenhuis bereikt moet worden.

Ook worden pogingen ondernomen om de bewaking van de kwaliteit in het ziekenhuis uit de sfeer van de groepsgroepen naar het managementniveau te trekken, zoals blijkt uit de bijdragen van Bedaux en Dubbelboer, die een beschrijving geven van respectievelijk de (totale) ziekenhuistoetsing en de toetsing van de aangewende middelen (TAM) in het ziekenhuis. Beide auteurs stellen dat de ziekenhuizen primair zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteitsbewaking en dat met name het management hierin een belangrijke rol moet spelen. Ver-

zellenbergsluit zich aan met een theoretisch model voor kwaliteitsbewaking in instellingen, gebaseerd op kwaliteitskringen (KK's): kleine groepen medewerkers aan de basis, die vrijwillig bijeenkomen om na te gaan hoe fouten plaatsvinden en hoe die voorkomen kunnen worden. Deze kwaliteitskringen zijn in het model verankerd in de gelaagde structuur van het ziekenhuis. Verzellenberg heeft er ook een prijskaartje voor bepaald: een ziekenhuis met een begroting van f 90 miljoen zou f 500.000,- kwijt zijn aan personele kosten voor kwaliteitsbewakers, kwaliteitscommissies en dergelijke.

Het is van belang te bedenken dat de **bedrijfskundige** benaderingen van kwaliteit andere principes hanteren dan die van de **professies**. In de optiek van de manager lopen de kwaliteitsvraagstukken van doelmatigheid en doeltreffendheid van zorg dwars door alle diensten en beroepsgroepen heen. Dit argument wordt door het management dan ook gebruikt om een belangrijk aandeel te claimen in de kwaliteitszorg: alleen de managers kunnen het hele zorgproces overzien; de beroepsbeoefenaren overzien alleen het eigen smalle vakgebied. Misschien lukt het het management nieuwe beheersinstrumenten in handen te krijgen. Een botsing tussen management en professies is bijna niet te vermijden wanneer de scherp geformuleerde planningsdoelstellingen van de manager direct het zorgproces beïnvloeden.

Patiëntenenquête

Hoewel managers zeggen dat zij de kwaliteit van de zorg voor de patiënt goed kunnen waarborgen, krijgt die patiënt bij hen maar een **marginale** plaats toebedeeld. Dit blijkt uit het verhaal van Bokma over de mogelijkheden om de patiëntenenquête als managementinstrument te gebruiken. Hij vindt de patiëntenenquête geen geschikt middel om de kwaliteit van de zorg te evalueren. Deze is niet meer dan een ritueel dat bij patiënten tot hoge tevredenheidsscores leidt. Ze zeggen weinig over de daadwerkelijk verleende kwaliteit. En enquêtes die de "patiëntvriendelijkheid" van verschillende afdelingen vergelijken, zouden al snel een bedreigend karakter krijgen en defensieve reacties bij de medewerkers oproepen. De auteur stelt dat de patiëntenenquête het beste gebruikt kan worden om aanknopingspunten te vinden voor kwaliteitsverbetering; men moet er geen nieuwe informatie van verwachten. Het merendeel van de gegevens uit een dergelijk onderzoek is in feite oude koek, de ziekenhuismedewerker kent ze al en zelfs veel gedetailleerder. Wel zullen in een enquête op zich bekende gegevens kleur krijgen, wat verhelderend kan werken op de bedrijfsblindheid die in een ziekenhuis dikwijls bestaat.

Overigens zorgt Bokma er in zijn eigen enquête al bij voorbaat voor dat niet alle relevante informatie naar boven komt. Naar zijn idee moeten er namelijk geen vragen in worden opgenomen over zaken die niet te veranderen zijn. Als de ruimte voor verbetering er niet is of niet komt, zou het geen zin hebben om de patiënt naar bepaalde problemen te vragen. Verder stelt de auteur nadrukkelijk dat het nodig is belangrijke personen in het ziekenhuis bij de procedure van de enquête te betrekken. Hiermee vermindert het bedreigende karakter van het onderzoek, zo stelt hij. De enquête verandert misschien ook... Al met al is het geen wonder dat de patiëntenenquête van Bokma slechts aanleiding geeft tot weliswaar realistische, maar weinig ingrijpende veranderingen in de patiëntenzorg.

Voor degene die overweegt het symposiumverslag aan te schaffen nog de volgende opmerkingen. Bij de inhoud van het boek zijn allerlei kanttekeningen te plaatsen. Er worden bijvoorbeeld wel allerlei voorstellen gedaan voor kwaliteitsbewaking, maar visies op kwaliteit ontbreken over het algemeen. Dit komt vreemd over. Ik vraag mij af of het wel zo zinvol is om bij afwezigheid van visies op wat goede zorg is, toch over te gaan tot het ontwerpen van kwaliteitsmethodieken die pretenderen tot goede zorg te leiden. Het resultaat is dat een ieder uiteindelijk probeert om op het eigen niveau de kwaliteitsproblemen op te lossen, waardoor alleen vrij incidentele kwaliteitsverbeteringen tot stand kunnen komen.

Verder is het symposiumverslag opgebouwd uit losse fragmenten. Er is weinig verband (aangebracht) tussen de verschillende voordrachten. Ook is het verslag moeilijk leesbaar, onder meer vanwege het "technische" karakter van een aantal voordrachten. Voor sommige onderwerpen - bijvoorbeeld intercollegiale toetsing - is voorkennis beslist noodzakelijk.

Toch is het boek duidelijk bestemd voor een breder publiek. De waarde ervan is vooral dat het één van de weinige boeken over kwaliteit is, waarin een breed scala van actuele onderwerpen en problemen aan bod komt. Op dit moment is het misschien wel het enige overzicht op de kwaliteit in de Nederlandse gezondheidszorg. Ik hoop dat er binnenkort een meer toegankelijk overzicht van kwaliteitsvraagstukken verschijnt.

Gabriëlle Verbeek

REACTIES

Het verzetspotentieel van de vrouwengezond- heidsbeweging

In het vorige nummer van dit tijdschrift (jaargang 1986, nr. 2) geeft Fred Mutsaers een discussie weer tussen Erik Heydelberg en Jozef Keulartz over het verzetspotentieel van de patiëntenbeweging. Deze discussie lezen wij met bijzonder veel belangstelling, omdat zij inzicht geeft in essentiële dilemma's voor de gezondheidsbeweging. Tijdens het lezen van het artikel groeide onze belangstelling maar ook onze verbazing. In het vier pagina's lange verslag van dit debat over de gezondheidsbeweging komt het begrip vrouwengezondheidsbeweging niet voor. Ook nauwkeurige bestudering nam bij ons de indruk niet weg dat het fenomeen vrouwengezondheidsbeweging bij de discussiepartners niet erg bekend is. Dit verwondert ons, omdat de vrouwengezondheidsbeweging een veelomvattende beweging is en omdat ze karakteristieken heeft, waardoor de genoemde discussie niet zonder meer te extrapoleren is naar de vrouwengezondheidsbeweging.

De vrouwengezondheidsbeweging is ontstaan uit kritiek op seksisme in de gezondheidszorg, vertechnologisering van me-

disch handelen en medicalisering van levensprocessen.¹ Dit laatste heeft juist voor vrouwen verstrekking gevolgen: zelfs zonder ziek te zijn is het voor vrouwen nauwelijks mogelijk niet met medisch handelen geconfronteerd te worden. De beheersing van gezonde processen als reproductie, anticonceptie en seksualiteit komt steeds meer in handen van de door mannen gedomineerde medische professie. Veel vrouwen verzetten zich hiertegen en sluiten zich bijvoorbeeld aan bij vrouwengezondheidscentra, zelfhulpgroepen, VIDO-groepen, Vrouwen zonder Baarmoeder, Stichting DES-Actiegroep, FINRRAGE, Vrouwen en Medicijngebruik, Stichting Beter Bevallen, Karakteristiek voor de vrouwengezondheidsbeweging is dat de nadruk niet ligt op het ziek/patiënt zijn, maar op de specifieke positie die vrouwen innemen als gebruiksters van de gezondheidszorg.

De vrouwengezondheidsbeweging staat los van de gezondheidszorg, stelt zich kritisch op en zoekt naar alternatieven. Door verschillende groepen worden structurele wantoestanden van het medisch systeem aan de kaak gesteld, zoals het onterecht verwijderden van baarmoeders, medicalisering van zwangerschap en bevalling en het op grote schaal voorschrijven van hormonen, zonder gedegen onderzoek naar werkzaamheid en bij-effecten. Bij veel groepen in de vrouwengezondheidsbeweging gaat zelfhulp, informatieverstrekking en opvang hand in hand met actie voeren. Wanneer Heydelberg stelt dat er bijna geen zelfhulptegenbeweging is die los staat van de gezondheidszorg en systematische kritiek formuleert, ziet hij duidelijk de vrouwengezondheidsbeweging over het hoofd.

Dit betekent niet dat de dilemma's die in de discussie tussen Heydelberg en Keulartz aan de orde komen niet voor de vrouwengezondheidsbeweging op gaan. Integendeel, we noemen hiervan twee voorbeelden. Het eerste gaat over de DES-actiegroep. Eén van de successen van deze groep is dat er een grotere bekendheid met en meer aandacht voor het DES-probleem is ontstaan. Tegelijkertijd schuilt hierin het gevaar dat "DES-vriendelijke" artsen het DES-probleem naar zich toetrekken en er bijvoorbeeld voor pleiten dat DES-dochters in het ziekenhuis moeten bevallen: een advies waar geen rationele argumenten voor zijn. De DES-actiegroep is zich bewust van dit soort "neveneffecten". Zij verzet zich hiertegen en betreft dit in de voorlichting aan DES-vrouwen die zich, gewapend met informatie, kritisch en mondig opstellen in het contact met hun arts.

Een tweede voorbeeld is dat zaken als menstruatie en menopauze mede door inspanningen van de vrouwengezondheidsbeweging uit de taboesfeer zijn gehaald. Dit is een positieve en bevrijdende ontwikkeling voor vrouwen. Tegelijkertijd is het de basis geworden voor het afzetten van geneesmiddelen. De farmaceutische industrie brengt onder het motto "eindelijk kun je er nu over praten" een scala preparaten op de markt voor deze „vrouwenklachten“. Het spreekt voor zich dat de vrouwengezondheidsbeweging deze ontwikkeling niet toejuicht. De vrouwengezondheidscentra leveren kritiek op de medisch-technische "oplossingen" en zoeken naar alternatieven die het streven naar "macht over eigen lijf" kracht bij zetten.

Elke tegenbeweging heeft onbedoeld onderdrukkende neveneffecten, ook de vrouwengezondheidsbeweging ontkomt hier niet aan. Het kenmerk van een goed functionerende tegenbeweging is ons inziens dat zij zich dit dilemma constant realiseert. Men moet zich steeds afvragen wat de onderdrukkende en wat de bevrijdende aspecten van elke strategie of handeling zijn. De vrouwengezondheidsbeweging geeft regelmatig blijk van dit bewustzijn doordat zij niet blijven steken in belangenbehartiging, noch in individuele hulpverlening al dan niet in alternatieve sfeer. Zij komt met concrete acties, gebaseerd op een feministische analyse.³

De vrouwengezondheidsbeweging heeft een groot verzetspotentieel, omdat de medicalisering voor vrouwen zich verder uitstrekt dan alleen het ziek/patiënt zijn. Ziek zijn is een tijdelijk lot, maar vrouw-zijn een permanent "lot".

Y.Boen
J. V. Zalmstra

Heiden werkzaam bij de Stichting DES-Actiegroep te Utrecht.

IWeB:

1. Baart, Ingrid. Macht over eigen lijf. Opkomst en uitbouw van het VrouwenDgezondheidscentrum Utrecht. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek september 1983, p. 42 e.v.
2. Zalmstra, Hetty, Ellen 't Hoen en Adriaan Visser. Is kennis angst of macht? Invloed DES-Aktiegroep onderzocht. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, april 1986, p. 6 e.v.
3. Baart, Ingrid en Marleen Baerveldt. Dokteren aan Vrouwen. Medicalisering van vrouwenlevens. SUA Amsterdam, 1986

Geen versetspotentieel in de patiënten beweging?

In het juli-nummer van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek las ik het artikel van Fred Mutsaers waarin Erik Heydelberg en Jozef Keulartz over het versetspotentieel van de patiëntenbeweging discussiëren. Als je dit vraaggesprek leest moet je wel tot de conclusie komen, dat het droevig gesteld is met de patiëntenbeweging. Zelf werk ik sinds enige jaren midden in deze beweging en ik vraag me af: "*Klopt deze conclusie?*". Ik maak totaal andere dingen mee. Meer en meer kom ik tot de overtuiging, dat het artikel van Mutsaers aangevuld moet worden. Vandaar deze bijdrage.

In het vraaggesprek wordt vooral door Heydelberg een redenatie gebruikt rondom de theorieën van Foucault, die op het ogenblik erg "in" is, maar die slechts de halve waarheid onthult. Keulartz hanteert een aantal bekende maar onterechte stereotypen over de patiëntenbeweging en haar politieke betekenis. Bovendien wordt er in het artikel met geen woord gerept over een zo belangrijk fenomeen als emancipatie.

Foucault

Heydelberg gaat uit van disciplineringstheorieën van Foucault. Er is rondom gezondheid en ziekte op het ogenblik van alles aan de hand: patiënten, die zich verenigen rondom hun ziekte, zelfhulpgroepen, alternatieve geneeskunde, maar ook stromingen als psychosynthese en co-counselen. Hij gelooft niet in de zin van al deze bewegingen. En in het voetspoor van Foucault is hij van mening, dat al deze bewegingen denken dat ze iets anders doen, maar ze doen in wezen hetzelfde. Hij zegt: „Op een gegeven moment is alles onvolkomen en onnatuurlijk, er is een soort levenslange therapie”. Hij is van mening dat wanneer je de bewegingen als maatschappelijke ontwikkeling bekijkt: je tot de conclusie moet komen, dat de bewegingen „...alleen een 'normatieve bewerking' van allerlei levensterreinen”

bewerkstelligen. ... Ze hebben "een sterke gerichtheid op wat 'goed' en wat 'slecht' is".

Heydelberg vindt, dat het alternatieve circuit een politieke strategie mist. "En waarom? Omdat je de structuur van de professionele, institutionele zorg - die sterk curatief gericht is - ook terugvindt in het holistische circuit".

Aan het eind van het artikel komt hij dan ook tot de uitspraak: „Ik zeg niet dat er alleen maar gedisciplineerd wordt: ik zeg dat die disciplineringsmechanismen zo sterk zijn dat ze door wat ik aan alternatief circuit gezien heb, niet veranderen". (onderstreping Hv.A.)

Wat Heydelberg hier doet is de laatste jaren zeer gangbaar bij linkse critici. Nieuwe bewegingen worden getoetst volgens de maatstaven van - wat ik maar gemakshalve noem - het Foucaultse beheersingsprincipe. Vervolgens doorstaan ze deze toetsing niet. De beweging denkt nieuw te zijn, maar niks, hoor: ze zijn er ingestonken. Ondanks zichzelf zijn ze verlengstukken geworden van de heersende macht en ze versterken alleen maar het discours! van de machthebbers. Het gevolg is, dat ze binnen de kortst mogelijke tijd zijn ingepakt en dat ze meedoen aan "steeds meer van hetzelfde" en - ongewild - vazallen worden van bijvoorbeeld christendemocratische begrippen als zelfzorg en mantelzorg.

In dit soort redeneringen suggereren schrijvers en sprekers, dat zij zelf wel buiten de gangbare discours kunnen gaan staan en van daaruit kunnen denken en spreken. Hun strategieën zijn dan ook altijd gericht op het abstracte politieke niveau (Heydelberg: "Wat je zou moeten doen, is proberen greep te krijgen op het systeem via het normale(!) politieke circuit - en je niet laten verleiden dat als patiënt te doen"). Maar dat is koren op de molen van de machthebbers. De tegenbeweging vecht in het normale politieke circuit en zij (de machthebbers) bedrijven politiek en disciplinerend via onze slaapkamers en onze w.c.'s (hygiëne b.v.).

Foucault heeft ons heel veel geleerd. Hij heeft met name laten zien, dat macht en beheersing niet iets tegenover ons is, maar in ons. Wij zijn samen met de machthebbers onderdeel van het discours. Samen ontkomen wij niet aan het denken, spreken en handelen van dat discours. Wij zijn er de slachtoffers van, maar reproduceren het tegelijkertijd. Die wetenschap moet ons voortdurend waakzaam doen zijn; het moet ons wantrouwig maken ten opzichte van onszelf en ten opzichte van allerlei nieuwe ideeën, die opkomen. In alles wat wij denken, spreken en doen is het huidige discours aanwezig en waar mogelijk moeten we dat onderkennen.

Maar dat betekent niet, dat het dus in zijn geheel waardeloos of contra-productief is. Als dat wel zo was dan zou dat betekenen, dat er niets meer mogelijk is; dat alles al bij voorbaat mislukt is en dat het doemdenken van de Jaren 80 volledig terecht is. Het zou betekenen, dat we onontkoombaar slaven zijn van het huidige discours en dat wie anders denkt een dwaas is, die Foucault nog maar eens goed moet bestuderen.

Naar mijn stellige overtuiging is dit de wereld op zijn kop zetten; het is een ontkenning van de creativiteit van de mens en het is een ontkenning van het feit, dat er altijd weer mensen zijn, die in staat zijn om te zeggen: "En toch..." en die bereid zijn om daarvoor de brandstapel op te gaan.

De patiëntenbeweging

In het artikel wordt ook over de patiëntenbeweging gesproken. Daarbij wordt een stereotype indeling gehanteerd, waarbij impliciete waardeoordelen een rol spelen. Voorbeeld: "Hij (Keulartz) is van mening, dat de gezondheidsbeweging een divers scala omvat van losjes met elkaar verbonden netwerken van gebruikers en werkers, met als twee uitersten enerzijds groepen, die streven naar 'meer van hetzelfde', en anderzijds groepen die alles anders willen...". Keulartz: Tot het eerste type behoren de 'categorale patiëntenverenigingen', zoals de hartpatiëntenvereniging, die jij noemde. Die groepen bestaan uit patiënten met een bepaalde ziekte of handicap en hun familieleden... (....) Daarnaast zijn er de 'algemene patiëntengroepen' (....). Deze groepen beperken zich niet tot belangenbehartiging

gmg - in termen van meer en betere voorzieningen - maar streven ook naar meer gelijkwaardige verhoudingen in de gezondheidszorg en ze proberen inhoud te geven aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt".

Vanuit mijn ervaring met categorale en algemene verenigingen wil ik hierbij een paar kanttekeningen plaatsen. Veel mensen binnen de categorale verenigingen hebben vanuit hun ziekzijn en het tegen de muur lopen binnen de gezondheidsvoorzieningen een ontwikkeling doorgemaakt: op micro- (wat hun zelf betreft), meso- (wat hun directe omgeving betreft) en macro- (wat het geheel van voorzieningen betreft) niveau hebben zij een **inzicht en een ideeënrijkdom** gekregen, waarbij menig linkse progressieve criticus beter zou doen om te zwijgen en te luisteren.

Juist binnen de categorale verenigingen maakt men zich sterk om het woord "gezondheidszorg" te vervangen door "gezondheidsvoorzieningen". Juist binnen het categorale circuitervaart men het woord gezondheidszorg als betuttelend en ongelijkwaardig. Men streeft naar een mondigde, gelijkwaardige opstelling van patiënten. Men wil geen zorg, die over ons is uitgestrekt, maar **voorzieningen**, die ten dienste staan van de patiënt en waarvan deze met behulp van zijn termen gebruik kan maken.

Menig lid van de algemene patiëntenverenigingen heeft heldere ideeën over wat er fout is binnen de geneeskunde en binnen de voorzieningen. Op macroniveau kunnen ze soms goed aangeven wat er allemaal moet veranderen. Op individueel niveau weten ze echter in veel gevallen niet waar ze het over hebben. Met alle goede bedoelingen is hun kritiek doorgaans niet "doorleefd". Om die reden zijn zij een **risicogroep** wat betreft de besmetting met ideeën van het gangbare discours.

'Samenspraak van mensen uit categorale en algemene verenigingen leidt naar mijn ervaring tot verrassende resultaten. Doorgaans staan ze diametraal tegenover elkaar vanuit beider idee, dat zij de echte vertegenwoordigers van de patiënt zijn en dus het beste weten wat er moet gebeuren. Als er een **samen-spraak** tot stand komt, ontdekken ze dat ze veel meer gemeen hebben dan ze aanvankelijk dachten en dat ze veel van elkaar kunnen leren.

Bij de meeste patiëntenverenigingen zijn de leden slachtoffers van het huidige discours. (d.w.z. steeds meer van het zelfde; doctor knows best; kennis - wat dat ook is - maakt macht; mijn machine (mijn lichaam) komt op de eerste plaats. Maar in beide typen verenigingen is er een sterk, maar vaak nog verborgen besef van "en toch - ...". Dit besef biedt de mogelijkheid tot een **verruiming van het bewustzijn**, wanneer het tenminste niet op zijn plaats wordt gehouden door professionelen op het gebied van theorieën, die het zo goed (?) weten. Als er ergens ruimte is voor emancipatie dan is het wel bij mensen uit de patiëntenbeweging, die een diep besef van onderdrukking hebben.

Emancipatie

De afgelopen tien jaar is er een toenemende kritiek op gang gekomen op de geneeskunde en op de gezondheidsvoorzieningen. De werken van Foucault hebben daarbij een onschatbare betekenis gehad. Hij heeft onder andere laten zien, dat wat er binnen de geneeskunde plaats vindt een verbijzondering is van wat er binnen het burgerlijk discours in het algemeen plaats vindt. Mensen als Illich, de antipsychiaters, de Swaan en Achterhuis hebben laten zien wat er mis is en hoe complex deze „misse" situatie is. Als er één ding dankzij hen duidelijk geworden is dan is dat wel dat de huidige situatie niet vlotjes door meer kennis, een aantal maatregelen, een goed politiek concept of deelname aan beleidsorganen door mensen uit de tegenbeweging is om te buigen. Wij - en daarmee bedoel ik de machthebbers én de onderdrukten - zijn gevangen in denkpatronen; in axioma's (op normen en waarden stoelende veeroordelen); in taalconstructies en gedragspatronen, waar wij ons slechts met de grootste moeite uit kunnen losmaken. Wil verandering kans van slagen hebben dan zal deze dienen plaats te vinden op een aantal terreinen.

- Verandering in het denken over gezond en ziek zijn.

Arts en patiënt zitten gevangen in een mytisch natuurwetenschappelijk **vooruitgangsgeloof**. Binnen dit geloof is ziekte een (uit te bannen) incident. Het lichaam is de zetel van de ziekte. Slechts door verder natuurwetenschappelijk onderzoek kunnen we achter de dingen komen, die we nu nog niet weten. We zullen ons met elkaar moeten trachten te ontworstelen aan deze vergaande reductie, waarbij over ziekte alleen maar wordt gedacht in termen van oorzaak en gevolg binnen ons lichaam. In ons denken, spreken en handelen zullen we vertrouwd moeten raken met het besef, dat ziekte en leven bij elkaar horen; dat ziekte geen incident is, maar een proces dat alles te maken heeft met ons leven en onze levensomstandigheden; dat de geneeskunde maar ten dele behulpzaam kan zijn bij ziekteprocessen en dat het antwoord van onszelf op onze ziekte en van onze samenleving op onze ziekten minstens zo belangrijk is.

- De machts- en beslissingsstructuren van de gezondheidsvoorzieningen dienen grondig veranderd te worden, zodat deze niet meer het exclusieve terrein van artsen en financiers zal zijn. Gezondheidsvoorzieningen zullen onderworpen moeten zijn aan dezelfde democratische beslissingsstructuren als ieder ander terrein van onze samenleving.
- We zullen moeten leren te voorzien, dat het een mythe is om gezondheid als hoogste doel na te streven. Gezondheid is één van de voorwaarden voor leven, maar kan nooit een doel op zichzelf zijn.

Op dit moment dreigt er een scheiding te ontstaan over de vraag langs welke weg de bovenstaande doelen kunnen worden bereikt. Veel groepen zijn van mening, dat deze verandering tot stand kan komen wanneer mensen individueel anders omgaan met ziekte. In deze stroming treffen we veel alternatieve geneeswijzen aan, zoals antroposofie, homeopathie, acupunctuur e.d. Zij zijn over het algemeen minder geïnteresseerd in structurele problemen en machtsvraagstukken. Niet zelden treft men bij deze stroming een houding aan van "*politiek lost toch niets op, daar doen we niet aan mee*".

Andere groepen verwachten de verandering veel meer vanuit de hervorming van de structuren. Analyse van de maatschappelijke situatie, politieke druk en omverwerping van de bestaande machtsverhoudingen staan bij hen hoog in het vaandel. Zij staan wantrouwig tegenover al die individueel gerichte "zachte" groeperingen. Zij zijn ervan overtuigd, dat deze groepen door hun politiek onbenul vroeg oflaaf door de machthebbers met boter en suiker worden ingepakt. Naar mijn overtuiging is deze tegenstelling oneigenlijk, heilloos en bovendien onnodig.

We zullen ervan moeten uitgaan, dat we in een **onderdrukkende situatie** leven. Bovendien is deze onderdrukkende situatie complex. In de huidige maatschappij zijn de onderdrukkers niet eenduidig aan te wijzen. Daarbij komt, dat het vaak niet eenvoudig is om het onderdrukkende van een situatie te herkennen. Veel onderdrukkende situaties worden gekenmerkt door vriendelijkheid en ogenschijnlijke keuzevrijheid. Daarnaast bevinden wij ons praktisch allemaal in een situatie waarin we tegelijkertijd de onderdrukker als de onderdrukte zijn. Een voorbeeld hiervan is de verpleegkundige in het ziekenhuis. In de hiërarchische ziekenhuisstructuur wordt zij onderdrukt en heeft vrijwel niets te zeggen. Tegelijkertijd bevindt zij zich herhaaldelijk in de rol van de onderdrukker tegenover de patiënt. In het merendeel van de situaties is zij zich van noch het een, noch het ander bewust. Het wordt steeds moeilijker om jezelf als onderdrukte te herkennen. Hoeveel vrouwen verklaren niet met overtuiging, dat er ten aanzien van hen op geen enkele manier van onderdrukking sprake is. Vandaar dat Freire er op gewezen heeft, dat er geen verandering kan plaatsvinden zonder verandering van bewustzijn. Volgens hem is daartoe in de eerste plaats noodzakelijk, dat de situatie en het bewustzijn van de onderdrukte als uitgangspunt wordt genomen. Het gaat er om, dat wij met elkaar moeten trachten om deze situatie te **problematiseren**. Vanuit deze problematisering kan een an-

der bewustzijn ontstaan, wat weer mogelijkheden biedt voor verdere problematisering en een verdere verandering van het bewustzijn.

Het is volkomen begrijpelijk, dat veel categorale patiëntenverenigingen streven naar steeds meer hetzelfde. De chronische of ernstig zieke patiënt zit in een beroerde situatie en hij hoopt op snelle verandering. Doorgaans heeft hij niet meer tot zijn beschikking als het discours van de machthebbers, dat wil zeggen: *"Mijn benarde positie heeft één oorzaak en de Wetenschap heeft daar een antwoord op als ze' maar hun best doen en aandacht voor me hebben"*. Het gaat er niet om dit bewustzijn af te wijzen, maar om deze situatie en dit bewustzijn als uitgangspunt te nemen en door dialoog en vragen open te breken.

Eén van de dingen, die ik de afgelopen jaren heb geleerd bij het werken met patiëntengroepen is, dat het mogelijk is om mensen andere vragen te laten stellen. Dat is pas mogelijk, als ik van hun situatie uitga en mijn ideeën naar de achtergrond verplaats. Het uitleggen van hun situatie aan de hand van mijn theorieën is doorgaans zinloos.

Politiek begint dichtbij, bij de eigen situatie. Pas door geleidelijke verandering van het bewustzijn komen verder afgelegen situaties in zicht. Het is een lange weg om door te hebben wat ziekte te maken heeft met wetgeving, budgettering en vestigingsbeleid. Daar heb ik zelf toch ook vele jaren voor nodig gehad. Waar het mij om gaat is, dat we elkaar niet verketteren, maar dat we op zoek gaan naar waar we van elkaar gebruik kunnen maken: de categoralen, de algemenen, de structuuranalysten en de politieke gerichten. We hebben meer van elkaar te leren dan we doorgaans denken.

Hennan van Jhalderen

1. Het begrip discours is moeilijk te vertalen. Het kan omschreven worden als het geheel van denken, spreken en handelen waaraan we onderworpen zijn, maar dat we vervolgens ook zelf produceren...

2. Onder problematiseren wordt verstaan, dat een situatie, die door mensen als vanzelfsprekend wordt ervaren door vragen en dialoog wordt ontgaan van hun vanzelfsprekendheid. Dan ontstaat er ruimte om op andere wijze tegen de situatie aan te kijken.

3. Dit verketteren is overigens ook vanuit macht en disciplineren te begrijpen. Als de macht ver weg en moeilijk grijpbaar is, gaan de machtelozen onderling vechten. Hieruit komt bijvoorbeeld het fenomeen voort dat in Amerika de haat het grootste is tussen de armste blanken en de negers. Zou dit fenomeen ook betrekking hebben op de vaak heftige onderlinge strijd tussen kleine linkse radicale groeperingen?

Beter klachtrecht

In het vorige nummer van dit tijdschrift (jaargang 1986, nr. 2) schreef Hans van der Wilk het artikel "Beter klachtrecht". Hij stelt daarin de weinig stimulerende invloed van de centrale overheid op de ontwikkeling van het klachtrecht aan de kaak. Vervolgens doet van der Wilk een aantal voorstellen om tot verbetering van deze situatie te komen.

Renée Bering, coördinator van het klachtenburo gezondheidszorg te Haarlem, reageert hierop. Zij plaatst enige kanttekeningen bij het artikel van van der Wilk en gaat op diens voorstellen in.

Het artikel "Beter klachtrecht" is in meer dan één opzicht verhelderend. Toch is het mijns inziens op enkele punten onvolle-

dig en onduidelijk. In het artikel vermeldt van der Wilk alleen hoe de centrale overheid de patiëntenorganisaties de afgelopen jaren financieel ondersteunde. Om een indruk te krijgen van het beleid van de overheid, dient men ook het provinciale en gemeentelijke beleid in het betoog te betrekken. Dit is geen makkelijke opgave aangezien de centrale overheid, de provincies en gemeenten een weinig samenhangend beleid lijken te voeren. Zo is bijvoorbeeld de centrale subsidiëring van het Informatie- en Klachtproject van de Algemene Vereniging voor Patiëntenbelangen in maart 1986 wegens geldgebrek gestaakt. Tegelijkertijd opende de gemeente Haarlem haar beurs en verstrekte subsidie aan het Klachtenburo Gezondheidszorg te Haarlem.

Nadat van der Wilk in zijn artikel de weinig stimulerende invloed van de centrale overheid op de ontwikkelingen van het klachtrecht aan de kaak stelt, licht hij het werk van het landelijk patiënten/consumenten platform toe. Vervolgens beschrijft hij de toename van het aantal klachten met de daarbij behorende problematiek en poneert hij de volgende voorstellen om tot een verbetering van de bestaande situatie te komen:

- het instellen van een patiënten-contactpersoon
- verbetering van het functioneren van de Inspekties
- verandering van het Burgerlijk Wetboek.

Het voorstel om een patiënten-contactpersoon in te stellen suggereert dat een dergelijke instelling nog niet bestaat. Mijns inziens zijn dergelijke instellingen wel degelijk hier en daar van de grond gekomen (het klachtenburo te Haarlem bestaat al vijf jaar), alleen laat officiële erkenning in veel gevallen op zich wachten. Het tweede voorstel omschrijft van der Wilk als volgt: "De inspectie moet, veel meer dan tot nu toe, gebruik maken van haar bevoegdheid klachten aanhangig te maken bij het Openbaar Ministerie en de Tuchtcolleges ...". De Inspectie voor de Volksgezondheid is een instantie die door de klager desgewenst gepasseerd kan worden. Om een zaak aanhangig te maken bij het Tuchtcollege of bij het Openbaar Ministerie, kan een klager zich rechtstreeks tot die instellingen wenden. De rol die de Inspecteur in de hele gang van zaken heeft is uiterst onduidelijk. Zowel het Medisch Tuchtcollege als de strafrechter dienen een zelfstandig onderzoek in te stellen naar de gang van zaken. De Inspecteur heeft niet zozeer de bevoegdheid om zaken door te spelen naar het Openbaar Ministerie of naar het Tuchtcollege, veeleer kan hij een patiënt aan- of afraden gebruik te maken van die mogelijkheden. Het laatste voorstel van van der Wilk ter verbetering van de huidige situatie is verandering van het Burgerlijk Wetboek, waarin "de bewijsrechtelijke positie van de patiënt aangepakt moet worden". Krachtige taal maar mijns inziens enigszins gespeend van realiteitszin. Het Burgerlijk Wetboek verandert je niet één, twee drie. Dit blijkt duidelijk uit de al jaren vergende invoering van het Nieuwe Burgerlijke Wetboek. Niet alleen juridische, maar ook beleidsmatige ontwikkelingen lopen vaak achter bij ontwikkelingen in de samenleving. Wetgever en overheid zullen het belang van gezonde regelgeving en een stimulerend beleid ten aanzien van klachtenprocedures pas inzien, wanneer er vanuit de samenleving een duidelijke vraag naar klinkt. Wanneer patiënten op grotere schaal voor hun rechten opkomen, zal het verschijnsel maatschappelijk gewicht in de schaal leggen en zullen overheid en wetgever hierop reageren. Hans van der Wijk draait de zaak om. Niet de overheid en wetgever moeten verandering inzetten, het zijn de patiënten die toonaangevend zijn.

De hedendaagse tendens in de gezondheidszorg is veel gemopper en kritiek in de wandelgangen en verrassend weinig concrete klachtenprocedures. Naar mijn mening bestaan er een aantal facetten die de kloof tussen veel ontevredenheid enerzijds en weinig werkelijke klachten anderzijds verklaren:

- onbekendheid met de mogelijkheden
- onwennigheid om in de gezondheidszorg de rol van kritische consument aan te nemen
- weerszin tegen het ophalen van verdriet
- opzien tegen spanningen die een procedure met zich meebrengt
- kostenaspect.

Het ophalen van verdriet, de bijkomende stress en kosten, zijn aspecten waardoor menigeen afziet van verdere stappen. Het gebeurde is niet terug te draaien en een proces levert vaak meer ellende dan geluk of genoegdoening op. Persoonlijke overwegingen weerhouden mensen er op begrijpelijke wijze van te strijden voor een algemeen doel: verbetering van de medische hulpverlening. Klagen is niet leuk en het levert, zeker in de gezondheidszorg, materieel gezien, meestal niets op. Toch is het in het kader van kwaliteitsverbetering van de geboden zorg en vergroting van de mondigheid van de patiënt een goede zaak wanneer patiëntenverenigingen zich voor verbetering van het klachtrecht, blijven inzetten.

Concreet moet dit in eerste instantie neerkomen op het wegnemen van de onbekendheid met diverse mogelijkheden, en tegelijkertijd het verminderen van de bestaande onwennigheid. Wanneer patiëntenorganisaties daarin slagen is dat een belangrijke verdienste. Dit kan een toename betekenen van het aantal mensen dat gebruik gaat maken van de bestaande klachtenprocedures.

Renée Bering

Migrantenkader

Steeds meer wordt er voor groepen migrantenvrouwen gezondheidsvoorlichting gegeven, op buurthuizen, consultatiebureaus, vormingscentra enz. Tot nu toe zijn er maar weinig buitenlandse vrouwen die deze voorlichting in de eigen taal van de betrokken groep kunnen geven. Daarom starten er in het najaar van 1986 op 5 plaatsen kadercursussen: in Amsterdam voor Marokkaanse vrouwen, in Vlaardingen voor Turkse en voor Palestijnse en Marok-

kaanse vrouwen, in Rotterdam, Den Haag en Nijmegen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen. Eén keer per week, gedurende anderhalf jaar krijgen de cursisten de kennis en vaardigheden aangereikt die voor het geven van goede voorlichting nodig zijn. Er is een toets aan het eind, en een landelijk certificaat. Let echter op: er zitten geen full-time banen, maar slechts free-lance mogelijkheden aan vast. Informatie algemeen: Maria Drewes, 03405-64844.

KORT & GOED

Geef meer bekendheid aan uw activiteiten, geschriften, invallen, vragen, folders, belevenissen en andere zaken waar anderen belang in kunnen stellen: stuur ze allemaal op naár Kort & Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

KORT
&
GOED

Mannen

De kop op de voorpagina van de Mannenkrant van september 19-86 is veelbelovend: "Waarom worden mannen donor?" Wie verwacht op deze vraag een diepgravend antwoord in de krant te zullen vinden, wordt teleurgesteld. Het artikel dat aan KID wordt gewijd blijft steken in een weergave van enkele gesprekken die de schrijver voerde met donoren en bij KID betrokken hulpverleners.

"Omdat je er een ander zo makkelijk mee helpt," zo beantwoorden de aanstaande vaders van tien hen onbekende kinderen de vraag naar hun motieven. En toch is het lef/leuk dat temidden van al het gekrakeel over juridische regelingen van het vaderschap in een tijdperk vol reproductieve technologie de onbekende vaders aan het woord worden gelaten. (De Mannenkrant is te vinden in kritische kiosken. Informatie: 050-422110).

Profiel

Profiel is de roepnaam van de Stichting Noordelijk Platform voor Verpleegkundige Beroepsontwikkeling, een platform voor het ontwikkelen van goede ideeën en initiatieven op het gebied van de verpleegkundige beroepsontwikkeling. Alle verpleegkundigen in de Noordelijke regio zijn welkom op de symposia, gespreksgroepen en thema-avonden die Profiel organiseert en komen bovendien in aanmerking voor adviezen wanneer ze zitting - willen - nemen in (beleids)commissies, zodat de stem van de verpleegkundigen in de gezondheidszorg beter gehoord kan worden. Voor de komende tijd staan er een aantal thema-avonden op het programma (verpleegkundig dossier, verplegen anders bekeken, de vragen die de patiënt stelt maar de verpleegkundige niet kan/mag beantwoorden). Ook zijn er een aantal cursussen over "kwaliteit van zorg" .. Wie er meer over weten wil: schrijf of bel naar Profiel, postbus 4057, 9701 EB Groningen, tel. (na 18 uur): 050-343401.

Manipuleren

De Biologische Raad van de Koninklijke Academie voor Wetenschappen en de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij organiseren samen een symposium getiteld: „Bio-Maatschappij”. De veelbelovende ondertitel luidt: "Manipuleren is menselijk". In de ochtend wordt een overzicht gegeven over de stand van de technische mogelijkheden om in landbouw, veeteelt en bij de mens in te grijpen in genen. 's Middags gaat het

over de gevolgen die hier aan vast zitten voor mens en maatschappij. Dit alles speelt zich af op vrijdag 7 november a.s. in de Aula van de Vrije Universiteit te Amsterdam, en u kunt zich opgeven door overmaking van f 9,- (toegangskaat, koffie en thee) of f 24,- (inclusief de lunch) op giro-nummer 79250 t.n.v. Biologische Raad van de K.NAW., Kloveniersburgwal 29 te Amsterdam, graag vóór 30 oktober.

COMMERCE

De Stichting Panacee organiseert dinsdag 11 november a.s. het Jan Veltkamp-symposium '86, over commercie en marktorientatie binnen het ziekenhuisbestel.

De Stichting Panacee bestaat ter ere en ter nagedachtenis van Professor Jan Veltkamp, en beoogt zijn ideeën en initiatieven te doen voortleven. De inspanningen van Professor Jan Veltkamp waren er steeds op gericht de medische studenten in nauwer contact te brengen met de maatschappij in het algemeen en met de gezondheidszorg in het bijzonder. In navolging hiervan is het organiseren van Jan Veltkamp-symposia een belangrijke activiteit van de Stichting.

De Nederlandse gezondheidszorg is in beweging. Na de "Structuurnota Gezondheidszorg" (1974), de nota „Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen" (1983), en het meest recent de "Nota 2000", gaan er vele stemmen op, om de ordening binnen de gezondheidszorg meer te laten bepalen door het marktmechanisme. Het is de bedoeling dat het symposium de deelnemers inzicht geeft in wat termen als "marktorientatie" en "commercie" voor de gezondheidszorg kunnen betekenen, hoe een experimenteel commercieel ziekenhuis in Nederland kan worden opgezet, hoe de kwaliteit van de zorg bewaakt kan worden, en welke rol de overheid en artsen binnen zo'n experiment dienen te spelen.

Het symposium zal worden ingeleid door een aantal sprekers, die de verschillende aspecten van het onderwerp zullen belichten. Daarna volgt een forumdiscussie naar aanleiding van een aantal stellingen. Participatie aan de discussie van uit het gehoor, zal worden aangemoedigd.

Studenten geneeskunde en gezondheidswetenschappen, artsen en overige geïnteresseerden kunnen deelnemen aan dit symposium op dinsdag 11 november 1986 van 19.00 tot 23.00 uur, op het "Leidse plein", gebouw 1, Academisch Ziekenhuis Leiden.

Voor meer informatie: Onno R Guicherit, 071-262475/143459, of Huibert A. Tjabbes, 071-133035. Stichting Panacee, postbus 11058, 2301 EB Leiden. U kunt zich laten registreren voor dit symposium door 1-5,- over te maken op Amrobank Leiden, rek.nr.: 48.33.90.003, bankgiro 9200, onder vermelding van uw adres, zodat nadere informatie aan u kan worden toegezonden.

KORT
&
GOED

Menstruatie

De vrouwengezondheidscentra van Amsterdam en Utrecht hebben gemeenschappelijk een brochure uitgebracht over "Menstruatieklachten, de dingen die voorbijgaan ...?" Daarin is veel van de door hen opgedane kennis over menstruatieklachten verzameld.

Wat kun je allemaal zelf aan menstruatieklachten doen met oefeningen, massages, watertherapie, kruiden en voeding; wat kun je verwachten van huisarts en gynaecoloog; welke werking hebben pijnstillers en andere middelen; wat behelzen alternatieve behandelingen zoals homeopathie, bindweefselmassage en acupunctuur.

Verkrijgbaar in de (vrouwen)boekhandel of door 19,- (incl. porto) over te maken op giro 2304135 t.n.v. Vrouwengezondheidscentrum Amsterdam of giro 2304135 t.n.v. Vrouwengezondheidscentrum Utrecht o.v.v. "menstruatieklachten".

Atlas

Gezondheidszorgvoorzieningen zijn ongelijk over Nederland verspreid. In Limburg en Utrecht zijn er per hoofd van de bevolking meer dan het landelijk gemiddelde, in Friesland en Zuid-Holland minder. De Stichting voor Ruimtelijk Advies, Beleid en Onderzoek heeft er overzichtelijke kaartjes van gemaakt, waarop per kerndiscipline de dichtheid is ingekleurd. Het boeiende aan de atlas waarin die kaartjes staan afgebeeld, is dat daarin ook de spreiding van een aantal minderheden is opgetekend. De vergelijking van beide tellingen leert: "Over het algemeen worden de minderheden minder goed verzorgd dan de totale bevolking in de onderscheiden provincies en steden." (p. 35). Dit "minder goed" is uitdrukkelijk slechts kwantitatief gemeenten. Wie het allemaal op tabellen, staafdiagrammen en bovengenoemde kaarten bij elkaar wil zien kan contact opnemen met STRABO, Herengracht 498, 1017 CB Amsterdam, tel. 020-271958/260817, de atlas is te koop.

Begrijpen en ontspannen

Ten behoeve van de voorlichting aan migranten (groepen) met weinig scholing is er door het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders een map uitgebracht met basisinformatie over biologische en sociale aspecten van het goed functioneren van het menselijk lichaam. Deze map, "Begrijp je lichaam", is geschikt voor algemene voorlichting over het lichaam, maar ook kunnen onderdelen ervan gebruikt worden als het om

specifieke thema's - zoals voeding of zwangerschap - gaat.

Een heel ander resultaat van de inspanningen van het Bureau is een tweetal cassettes waarop (in respectievelijk Turks en Marokkaans) ontspanningsoefeningen zijn ingesproken, die wellicht een bijdrage kunnen leveren aan het verlichten van psychosomatische klachten.

Inlichtingen over prijzen en wijze van bestellen: tel. 03405-64844.

KORT
&
GOED

Ondersteuning

Het organiseren van nieuwe initiatieven en het meewerken aan de vormgeving van de gezondheidszorg is er met alle decentralisering niet eenvoudiger op geworden. Op verschillende niveaus zijn er dan ook organisaties die ondersteuning bieden. Het Landelijk Overleg van Plaatselijke en Regionale Ondersteuningsorganen heeft er een brochure over uitgebracht. De beschikbare hoeveelheid ondersteuning is op dit moment erg gering, wordt daarin gesteld, en: "Tegen de achtergrond van de onder 1. genoemde beleidsontwikkelingen kan eveneens geconstateerd worden, dat een decentraal aanbod van ondersteuning noodzakelijk is, wil er van de versterking van de eerste lijn en een versterking van de rol van de consumentenorganisaties iets terecht komen." Wie de precieze tekst van deze slag in de strijd om de ondersteuning na wil lezen kan de brochure bestellen bij de Stichting Kontakt, Stationsstraat 11, 9401 KV Assen, tel. 05920-18018. De prijs bedraagt f 3,50 (incl. porto).

KWALITEIT

Met veel lovende woorden is de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in haar septembervergadering accoord gegaan met de discussienota "Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening", die was opgesteld door een onderafdeling van deze raad, de Kamer voor Beroepsvraagstukken. Alle belangengroepen in de gezondheidszorg hebben zitting in de Nationale Raad, en in deze nota wordt een poging gedaan om een vocabulaire ontwikkelen waarin zij onderling over zoiets ingewikkelds als de kwaliteit van de beroepsuitoefening kunnen praten. Het bleek daarbij onmogelijk een alomvattend kwaliteitsbegrip te hanteren, en daarom wordt voorgesteld verschillende deelaspecten van de beroepsuitoefening apart te beoordelen. Door het werken met deelaspecten komt tot uiting dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt bepaald door een samenspel van factoren, die niet voor alle beroepsgroepen hetzelfde gewicht hebben.

Er wordt een opdeling gemaakt in drie categorieën en van elk van die drie worden vervolgens een aantal aspecten onderscheiden. Dat ziet er zó uit: 1. "kwaliteit van tiets methodisch-technisch handelen" met als aspecten: doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, veiligheid, zorgvuldigheid; 2. "kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar" met als aspecten:

respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie, verantwoordingsbereidheid; 3. "kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening" met als aspecten: continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, integrale zorg. Aan de hand van ontwikkelingen in het veld en in de wetgeving worden deze kwaliteitsaspecten in de nota nader uitgewerkt. Nu mogen alle loftuitingen enigszins gerelativeerd worden - in de toelichting op de deelaspecten "veiligheid" en "zorgvuldigheid" wordt bijvoorbeeld helemaal niet ingegaan op de iatrogene aspecten van de beroepsuitoefening.

Toch verdient deze nota de aandacht van iedereen die actief is in de hulpverlening, de opleidingen, de patiëntenbeweging of het vergadercircuit en die een kader zoekt dat het mogelijk maakt de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een zinvolle manier te bespreken en/of te toetsen. Ook de Nationale Raad is daarvan overtuigd en daarom zal deze discussienota worden voorgelegd aan het hele veld van de gezondheidszorg. Zij die niet willen afwachten of ze binnen de mailing van de Raad vallen, kunnen de discussienota bestellen bij: Afdeling Externe Betrekkingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer, tel. 079-517644.

Adviesorganen

Bij het maken en uitvoeren van gezondheidszorg beleid is in Nederland in de loop der jaren een omvangrijke adviesstructuur tot stand gekomen. Er zijn landelijke adviesorganen ontstaan zoals de Gezondheidsraad, de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het College van Ziekenhuisvoorzieningen en het Centraal Orgaan Taakverdeling Gezondheidszorg.

Over de structuur en het functioneren van deze adviesorganen vindt op 19 november a.s. in Maastricht een studiedag plaats. Doel van de dag is een inzicht te krijgen in het belang van het adviescircuit. De dag begint met een politiek-economische en een politiek-bestuurlijke kijk op de adviesorganen. Vervolgens zullen A. van Dam (voormalig secretaris van het College van Ziekenhuisvoorzieningen) en L. Marselis (voormalig secretaris van de Ziekenfondsraad) ingaan op de praktijk van de adviesorganen als intermediair tussen overheid en particulier initiatief. De toekomst van de adviesstructuur staat ter discussie in een forum ter afsluiting van de dag.

"Het grijze circuit" is de titel die de dag heeft meegerekregen en de organisatie is in handen van de capaciteitsgroepen Beleidswetenschap en Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidswetenschappen.

Deelnemerskosten f 95,-; voor studenten f 40,-. Voor informatie en inschrijving kan men telefonisch contact opnemen: mw. Grummer 043-254550, tstd. 12.

Draagmoeder

De ondertitel van de nieuwste uitgave van de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht luidt: "Een inventarisatie van ontwikkelingen op het gebied van draagmoederschap". De

titel kortweg "Draagmoeders".

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op ideeën over moederschap en de veranderingen die de vrouwenbeweging daarin heeft gebracht. Het tweede hoofdstuk vertelt de geschiedenis van het verschijnsel draagmoeder in de afgelopen tien jaar. In het derde hoofdstuk worden een aantal ontwikkelingspsychologische theorieën op een rij gezet en met de praktijk van het draagmoederschap vergeleken.

Niets, zo constateert de schrijfster, is in deze echter bewezen. Haar conclusie, tenslotte, is weinig jui-chend: "Zelf heb ik het idee dat het draagmoederschap meer problemen kan opleveren dan de kinderloosheid zelf." (p. 32) Of die problemen zich ook werkelijk voor zullen doen, weet nog niemand. Zij die van plan zijn daar over een jaar of wat - tegen de tijd dat de kinderen om wie het gaat wat ouder worden - onderzoek naar te doen (maar ook andere geïnteresseerden) kunnen het boekje bestellen door f 12,30 (incl. porto) over te maken op giro 5540505 t.n.v. Stichting WGU te Utrecht o.v.v. "Draagmoeders".

lorg in 2015

Probeer de jongste beleidsnota van het departement vooruit te blikken tot het jaar 2000, het Haagse Groene Kruis denkt - met ieder die maar komen wil - op 21 november 1986 al vast na over "De zorg in 2015". Onder die titel vindt er dan een "uniek nationaal symposium" plaats in het Congresgebouw in Den Haag. Een foyer vol met de nieuwste technische snufjes op zorggebied en een serie uiteenlopende sprekers zullen, aldus de organisatoren, voor sommigen wellicht een "Juture shock" betekenen. Naast een robotisering van de samenleving, verwacht men tegen die tijd zowel een strijd tussen the have and have-nots, als een zorg die minder op gezondheid en meer op welzijn gericht is en waarvan de cliënt bepalend is en niet langer slachtoffer. Wie erbij wil zijn op die 21e november van 14.00 tot 17.00 uur, kan zich inschrijven door f 50,- over te maken op giro 63588 t.n.v. Groene Kruis Den Haag, o.v.v. Symposium. Informatie: D. de Winter, te. 070-469799.

Patiënten-rechten

Hoe denken huisartsen en patiënten over patiëntenrechten en hoe gaan ze erin de praktijk mee om? Het NIVEL en de Consumentenbond hebben dat gezamenlijk onderzocht, waarbij ook aspecten van het patiëntenrecht die niet op de nominatie staan om in het burgerlijk wetboek te worden opgenomen, onder de loep genomen zijn. De belangrijkste resultaten worden samengevat in een brochure (eerder als artikel verschenen in Medisch Contact), te bestellen voor f 4,- bij het NIVEL. Ook het uitgebreide rapport is daar te koop voor f 16,-. Inlichtingen 030-319946.

Cadeau:

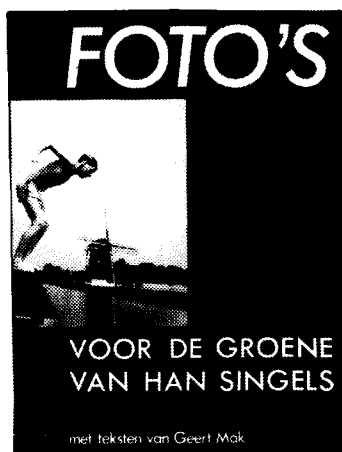
Het Grote Fotoboek van Han Singels als u nu abonnee wordt op De Groene

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

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

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

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



DE GROENE - bekend elke week kleur

..... ~~~111~

Ik abonneer mij op De Groene. Het abonnementsgeld betaal ik

IOper kwartaal (f 33,-) O per halfjaar (f 63,-) O per jaar (f 122,-)

I 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.

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 h-' verschijnsel draagmoederschap. Tot ru, 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.

Wil van Gijn

Ik heb zoveel te vertellen ...

Gedachten over hulpverlening aan oudere vrouwen.
(f 12,30)

Interviews met vier oudere vrouwen: over hun leven, over ouderdom en alleen zijn, over hulpverlening aan ouderer

Drie uitgaven van de Hoge Bloeddrukgroep Overvecht:

Geneesmiddelen bij hoge bloeddruk (f 7,25)

Zelfhulp bij hoge bloeddruk (f 7,75)

Je hebt het bijna in je eigen hand, vijf jaar ervaringen met hoge bloeddrukgroepen in Overvecht (f 8,50)

- 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 fondslisjt aan te vren.
- gen.