

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA:

Eigen bijdragen

Het verraad van de
ziekenfondsen

**De laatste dagen van
de sociale geneeskunde**

Hoe regulier zijn de
alternatieve
geneeswijzen?

Ontwikkelingshulp

Versterking van
het bedrijfsleven

**Arbeidsmarkt en
bezuinigingen**

Paradoxen in de
verpleegkunde



... Of is het misschien psychisch?



Eigen bijdragen

Het verraad van de ziekenfondsen

De verzekerde moet maar eens weten hoeveel de gezondheidszorg kost. Dit idee lag ten grondslag aan het advies van de ziekenfondsraad aan staatssecretaris Dees. Het is verzekeringstechnisch mogelijk om door middel van onder andere eigen bijdragen de overheidsuitgaven terug te dringen. Het solidairheidsbeginsel dreigt daarmee voorgoed uit de gezondheidszorg te verdwijnen. In Amerika is het aantal onverzekerden al aanzienlijk. Hoe lang zal het duren voordat deze trend is overgewaaid?

Treco Waayer gaat in op het "technisch advies" en het verraad van de ziekenfondsen.

Pag 38

Hoe regulier zijn de alternatieve geneeswijzen?

Reguliere genezers zijn vaak zeer moralistisch, maar de alternatieven doen er nog een schepje bovenop. Wie "natuurlijk" leeft wordt niet ziek en erger nog wie ziek is heeft *niet* "natuurlijk" geleefd. Eigen schuld, dikke bult. De alternatieve geneeskundige beweging heeft haar wortels in Duitsland, reden voor Mechteld Buiker om de alternatieve geneeswijzen, aan de hand van recente Duitse literatuur, te vergelijken met de reguliere geneeskunde.

Pag 42

.. Of is het misschien psychisch?

- Begripsverwarring, onmacht
- en concurrentie
- in de hulpverlening.

"Psychisch, stress, overspannen, surmenage, het zullen de zenuwen wel zijn". Deze termen vallen al gauw als een arts geen lichamelijk aanwijsbare oorzaak voor de klachten kan vinden. Zowel voor "patiënten" als voor hulpverleners zijn psychische klachten moeilijke klachten.

Vragen die in dit thema aan de orde komen zijn: Wat noem je psychisch en wat psychosociaal? Wat gebeurt er *precies* in het consult? Wat is de rol van de hulpverlener in het "oplossen" van psychosociale problemen? Hoe verloopt de concurrentieslag tussen maatschappelijk werkers en psychologen? En waarom lopen buitenlanders met psychische klachten vaak vast in de hulpverlening?

Pag 20

Zijnde laatste dagen van de Sociale Geneeskunde geteld?

De sociale geneeskunde zou wel eens op haar laatste benen kunnen lopen, zo blijkt uit de analyse van Eddy Houwaart. In een terugblik op de ontwikkeling van het vakgebied, schetst hij de verwatering van de oorspronkelijke sociaal-geneeskundige doelstellingen. Meer en meer is men zich met de gezondheidszorg gaan bezig houden, inplaats van de rol van externe invloeden op de gezondheidstoestand centraal te stellen.

De oorzaken daarvoor liggen zowel bij de sociaal-geneeskundigen zelf, als bij meer externe factoren als een weinig actief beleid van de overheid (wel woorden, maar weinig daden) en de dominantie van de curatieve geneeskunde. Houwaart voorspelt dat de sociale geneeskunde alleen dan het hoofd boven water kan houden, als zij zich opnieuw op de wisselwerking tussen omgevingsfactoren en de gezondheidstoestand gaat richten.

Pag 12

'VERGRIJZING' PROBLEEM GEZONDHEIDSZORG



vergadering van de ziekenfondsraad

Foto: Willem Diepraam

<i>Theo Waayer</i>	Eigen bijdragen 6 Het verraad van de ziekenfondsen
<i>Harry Starren</i>	Arbeidsmarkt, opleidingen en bezuinigingen 9 Paradoxen in de verpleegkunde
<i>Eddy Houwaart</i>	Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld? 12
<i>Gerard Goudriaan</i>	Praatjes vullen geen gaatjes 18 Impressies van een congresganger

VIERDE JAARGANG, NR. 4, december '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 Herzog, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma, Boes Willemse.

redactieraad: Guus Bannenberg, Paul van den Berg, Annet Gerritsma, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermen, 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 Saleminck, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Rein Vos, Goof van de Wijngaart en de kernredactie.

ontwerp omslag: Frans Rodermans

montage: Frans Rodermans

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, 2500 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

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

abonnements m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50). Storten op 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
ISSN 0167 8647

... Of is het misschien psychisch?		THEMA
Annemarie Mol	Begripsverwarring, onmacht en concurrentie in de hulpverlening	20
Dick Willems	Het zal toch niet psychisch zijn? Over de moeilijkheid van het omgaan met spanningsklachten	22
Hugo Smeets Hans Spijker	"De psycholoog voor de rijken, de maatschappelijk werker voor de armen"	27
Abdallah Botros	Kultuurkloof Buitenlandse patiënten en hulpverleners	30
Hans Spijker Goof van de Wijngaart	De mijn uit, de WAO in Sociale problemen bij de huisarts	32
Annemarie Mol	"Huisartsen hebben niets te bieden dat zo leuk is dat je er misbruik van kan maken" Interview Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde	35
Erik Heydelberg	Van de steden en de zielen	39
Corinne Collette	Dokteren aan vrouwen Boekbespreking	40
Mechtild Buiker	Hoe regulier zijn de alternatieve geneeswijzen?	42
Thea Dukkens van Emden	De radicale dokter van de verloskamers De zaak Wendy Savage	45
Janita Janssen e.a.	De erfenis van Eegje Schoo Ontwikkelingshulp als versterking van het bedrijfsleven	48
	Boeken	52
Joost van der Meer	Het snijvlak	
jos Duie	Spanningen in de gezondheidszorg	54
	Kort en Goed	56

Eigen bijdragen

De verzekerde moet maar eens weten hoeveel de gezondheidszorg kost. Dit idee lag ten grondslag aan het advies van de ziekenfondsraad aan staatssecretaris Dees. Het is verzekeringstechnisch mogelijk om door middel van onder andere eigen bijdragen de overheidsuitgaven terug te dringen. Het solidariteitsbeginsel dreigt daarmee voorgoed uit de gezondheidszorg te verdwijnen. In Amerika is het aantal onverzekerden al aanzienlijk. Hoe lang zal het duren voordat deze trend is overgewaaid?

Theo Waayer gaat in op het "technisch advies" en het verraad van de ziekenfondsen.

Theo Waayer, beleidsmedewerker AZNO

Op 31 oktober 1986 stemde een ruime meerderheid van de Ziekenfondsraad in met het uitbrengen van het "technisch" advies aan Staatssecretaris Dees. In dit advies gaf men aan dat het invoeren van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering uitvoerbaar is. Uitsluitend de vakbeweging (F.N.V. en C.N.V.) stemde tegen. Alle voorstanders verontschuldigten zich met het argument dat het hier om een technisch advies ging. De staatssecretaris, zo stelde men, had hen namelijk niet gevraagd of men vóór of tegen de invoering van eigen bijdragen was. Staatssecretaris Dees heeft het meerderheidsadvies van de Ziekenfondsraad reeds doorgestuurd aan de Commissie Dekker. Deze commissie mag op haar beurt de staatssecretaris weer adviseren over de voorgestane bezuiniging van f 1,2 miljard op Volksgezondheid. Ik vind het een treurige zaak, dat de Ziekenfondsraad zich door de staatssecretaris laat gebruiken als boekhoudbureau dat het huidige kabinetsbeleid moet rechtvaardigen. Dit levert weer argumenten aan critici die stellen dat de Ziekenfondsraad maar beter opgeheven kan worden.

Het rekenwerk van de Ziekenfondsraad levert de volgende mogelijkheden op: een eigen bijdrage bij *ziekenhuisopname* (f 100,- per dag voor de eerste 3 dagen of f 48,- per dag zonder maximum. Geschatte opbrengst resp. ± f 290 en ± f 600 miljoen); *specialistische hulp* (f 10,- tot f 20,- per verwijs- of herhalingskaart. Geschatte opbrengst ± f 100 miljoen); *huisartsenhulp* (f 5,- per consult en visite. Geschatte opbrengst ± f 170 miljoen); *fysiotherapie* (f 5,- per zitting. Geschatte opbrengst ± f 95 miljoen) en handhaving van de *medicijnknaak* maar dan per aflevering. Geschatte meeropbrengst (f 90 miljoen).

Daarnaast ziet de Raad nog mogelijkheid het pakket wat op te "schoonen", zoals dat zo netjes heet. Daarbij noemt de Raad beperking van *tandheelkundige hulp* voor jeugdigen (± f 30 miljoen), *beperking van geneesmiddelen* (± f 5 miljoen), en van *esthetische chirurgie* (± f 10 miljoen).

Het verraad van de ziekenfondsen



Stop Het Eigen Risico

Dit advies aan de staatssecretaris heeft al heel wat onrust gewekt. Bij de behandeling ervan in de Ziekenfondsraad demonstreerde de Initiatiegroep Stop Het Eigen Risico. De Ziekenfondsraad kreeg een lading post van personen en organisaties. Zij riepen de Raad op het standpunt te herzien. Met name organisaties van ouderen, gehandicapten vonden dit advies naast de andere verslechtingen die deze groeperingen te wachten staan, toch echt te ver gaan.

Opmerkelijk leek dat de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) óók voor het uitbrengen van dit advies stemde. Voor de insiders was dit wat minder opmerkelijk, want er heeft zich bij de VNZ het afgelopen half jaar een drastische **beleidswijziging** voltrokken. Een beleidswijziging waarover de ziekenfondsen, laat staan de ziekenfondsverzekerden zelf, zich niet hebben kunnen uitspreken. Dit leidde dan ook tot het voor ziekenfondsverzekerden onvriendelijke standpunt van de VNZ in de Ziekenfondsraad. Dit tot grote verontwaardiging van onder meer het ziekenfonds AZIVO, dat de opstelling van de VNZ als "verraad ten opzichte van de ziekenfondsverzekerde" betitelde. Desalniettemin hield de VNZ vast aan haar standpunt, met het argument dat het invoeren van een aantal eigen bij-

dragen "het minst schadelijke is binnen de huidige politieke realiteit".

Terreinverlies

Hoe heeft het zover kunnen komen? Een belangrijke achtergrond is de opheffing van de vrijwillige verzekering per 1 april van dit jaar. Door de overheveling van 800.000 verzekerden naar de particuliere fondsen dunde het verzekerdenbestand van de ziekenfondsen fors uit. Toen gingen in Zeist, waar het bureau van de VNZ gevestigd is, de lampjes branden. Men werd wakker. Er werd geëvalueerd en gestudeerd. Men concludeerde dat de ziekenfondsen op de markt belangrijk terreinverlies hadden geleden. De opheffing van de vrijwillige verzekering in combinatie met een overheveling van vrijwillig verzekerden naar de "bovenbouw" (particulier verzekeraars met bestuurlijke invloed van ziekenfondsen) was overigens door de VNZ zelf gesuggereerd in eerdere beleidsnota's. Later nam men daar afstand van en organiseerde zelfs een demonstratie van verzekerden tegen de opheffing van de vrijwillige verzekering. Dat mocht niet baten.

Een ander gevaar dat op de VNZ af kwam was de dreiging dat het verzekerdenbestand nog verder beperkt werd. Na de opheffing van de vrijwillige- en bejaardenverzekering zou ook een groot aantal *verplicht* verzekerden

hun ziekenfondsverzekering in moeten ruilen voor een particuliere verzekering. Dat was de intentie achter een adviesaanvraag welke reeds door de vorige staatssecretaris was ingediend bij de Ziekenfondsraad. De ziekenfondsen dreigden ziele te verliezen. Dit moest koste wat het kost voorkomen worden. In Zeist begon het te bruisen van activiteit. Het door algemeen secretaris N. de Jong aangekondigde "nieuw elan" maakte zich meester van de medewerkers van de VNZ. Deze kregen de opdracht de "nieuwe" ziekenfondsverzekerde te ontwerpen, met een bijbehorend "Ziekenfonds Nieuwe Stijl". Kortom: alles wordt nieuw.

In april 1986 verscheen de discussienota "Het Ziekenfonds op Eigen Benen", i, kortweg Brugnota genoemd. Adviseur voor deze nota was dr. W.P.P.M. van der Ven, bekend van publicaties en onderzoeken over verschillen in consumptiegedrag tussen ziekenfondsen en particulier verzekerden. Hij is een pleitbezorger van Health Maintenance Organisation-achtige modellen in de Nederlandse gezondheidszorg. In de Brugnota omarmt de VNZ in navolging van Van der Ven het **marktmechanisme** zowel aan de aanbodzijde als aan de vraagzijde. Het wrange is echter dat met name op het invoeren van marktelementen aan de vraagzijde (de consument) de meeste nadruk gelegd wordt. De verzekerde moet maar eens wat kostenbesef bijgebracht worden. Door het hanteren van prikkels moet een zorgvuldig gebruik van voorzieningen bevorderd worden. Dat beleid werd ook direct operationeel gemaakt door het bovengenoemde stemgedrag van de VNZ in de Ziekenfondsraad.

In de Brugnota wordt een pleidooi gehouden voor **privatisering in het ziektekostenstelsel**. Keuzevrijheid, eigen bijdragen, nominale premies, marktgerichte benadering zijn de codewoorden waarmee deze nota doorspekt is. De Brugnota geeft een breuk aan met het denken van de ziekenfondsen tot aan het begin van de jaren '80. Toen streefde de VNZ nog naar een snelle totstandkoming van een volksverzekering via uitbreiding van de A.W.B.Z. of anderszins. Eigen bijdragen waren in principe uit den boze en voor beperkingen in het ziekenfondspakket kon men bij de ziekenfondsen ook weinig medestanders vinden.

In de Brugnota is de koers totaal verlegd. Daarin stelt het VNZ dat er onvoldoende prikkels zijn voor ziekenfondsverzekerden, aanbieders van zorg en ziekenfondsen om doelmatig te handelen. Een oplossing van deze knelpunten kan volgens de opstellers gevonden worden "via een *"beheerste"* privatisering en deregulering". "De Structuurnota '74", zo luidt de

conclusie, "is dan ook niet meer van deze tijd. In deze filosofie (van de Structuurnota) was geen plaats voor individuele voorkeuren van de verzekerden". Daarin wil de VNZ duidelijk verandering gaan brengen. Men wil een beperkt ziekenfondspakket hantieren, dat "de niet individueel draagbare risico's omvat, naar aard (cursief) ongeveer overeenkomstig het huidige ziekenfondspakket echter met inbegrip van een stelsel van evenwichtig over alle verstrekkingen gespreide eigen bijdragen".

Bonus-malus regeling

Teneinde de pijn enigszins te verzachten wordt voorgesteld de verzekerde de mogelijkheid te geven deze eigen bijdragen opnieuw te verzekeren via een aanvullende verzekering, tegen *nominale* premie. Als extra beloning stelt men voor om verzekerden een lagere premie te vragen, indien zij blijf hebben gegeven een zorgvuldig gebruik van de voorzieningen te maken. Zo niet, dan wordt de premie verhoogd. Dit zou de introductie van de bonus-malus regeling in de sociale ziektekostenverzekering betekenen. Het aanvullingsfonds wordt door de VNZ als "oplossing" gepresenteerd voor alle kwalen. De redenering is dat, wanneer er eigen bijdragen ingevoerd worden of verstrekkingen uit het pakket worden gehaald, dan hebben de verzekerden altijd nog de mogelijkheid deze risico's aanvullend te verzekeren via de aanvullende verzekering. Dat herverzekeren kan echter uitsluitend op vrijwillige basis. Dan treedt er echter risicoselectie op. Jonge gezonde verzekerden zullen zich niet herverzekeren. Verzekerden met een groot ziekterisico (andere zieken) zullen dat wel moeten doen. Het gevolg is dat vrijwel uitsluitend "slechte risico's" die aanvullende verzekering nemen, waardoor de aanvullende nominale premie fors zal stijgen. Ook hier is dan het solidariteitsbeginsel los gelaten. Zo ontstaat er een tweedeling in ziekenfondsland (analoog aan de particuliere verzekering) met aan de ene kant de zogenaamde "goede" risico's die minder premie hoeven te betalen en aan de andere kant de zogenaamde "slechte" risico's, die door een hogere premie of eigen bijdrage extra gestraft worden.

Opheffen contracteerplicht

Eén van de mogelijkheden om greep te krijgen op de aanbodzijde in de gezondheidszorg (artsen, ziekenhuizen etc.) is het opheffen van de contracteerplicht van de ziekenfondsen. Dit betekent dat de ziekenfondsen de vrij-

heid krijgen om uitsluitend met medewerkers of instellingen van hun keuze een contract af te sluiten. Medewerkers die een dergelijk contract niet krijgen kunnen geen patiënten voor rekening van het ziekenfonds behandelen. Op deze wijze krijgen de ziekenfondsen een machtig instrument in handen om de aanbieders van zorg aan te zetten tot doelmatig handelen. Het marktmechanisme, zo veronderstelt men, zal er voor zorg dragen dat hulpverleners zorg van hoge kwaliteit tegen een zo laag mogelijke prijs aanbieden. De ziekenfondsen geven alleen die hulpverleners en die instellingen een contract die het goedkoopst zijn en tevens zorg afleveren van hoge kwaliteit. (Hoe die kwaliteit te meten, is natuurlijk het probleem). De concurrentie zou dan verder zijn zelfreinigende, kostenbeheersende werk doen. De VNZ wil de mogelijkheid van het opheffen van de contracteerplicht serieus uit gaan werken. Ook buiten de ziekenfondsen zijn nogal wat pleitbezorgers voor dit uitgangspunt te vinden.

In het oktobernummer van dit blad geeft Guus Bannenberg¹, in navolging van anderen, aan het een goede zaak te vinden wanneer de ziekenfondsen de vrijheid krijgen om zelf contracten af te sluiten. Ik ben wat minder optimistisch. Allereerst werkt het systeem contracteervrijheid alleen, indien er sprake is van een overschot aan een bepaalde categorie hulpverleners. Zodra er een tekort ontstaat heeft de betreffende beroepsgroep weer een monopoliepositie ten opzichte van de ziekenfondsen. Een andere belangrijke belemmering, Bannenberg noemt het ook in het slot van zijn artikel, is de bestuurssamenstelling van de ziekenfondsen. De vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (artsen, apothekers, enz.) zijn nog rijkelijk vertegenwoordigd in de plaatselijke en landelijke bestuursorganen van de ziekenfondsen. Hoe kan men nu verwachten dat ziekenfondsen een tegenkracht (countervailing-power) vormen tegenover de aanbieders van zorg als deze zelfde groepering aan beide kanten van de onderhandelingstafel zit? De voormalig staatssecretaris mevrouw Veder-Smit (VVD) wees er terecht op dat de ziekenfondsen de consument in de gezondheidszorg niet kunnen vertegenwoordigen, omdat er zorgverleners in de ziekenfondsbesturen zitten. Het instrument contracteervrijheid kan zo ook verkeerd gehanteerd worden. Het kan uitsluitend de zittende, gevestigde hulpverleners tot voordeel strekken en nieuwkomers op de markt weren. Dit zal weer zijn effect hebben op de studenten stromen voor de gezondheidszorg, waardoor de gevestigde hulpverleners weer een monopo-

liepositie krijgen. Tegen die achtergrond is het maar zeer de vraag of de overheid bereid is via wetgeving de ziekenfondsen deze bevoegdheden te geven.

Guus Bannenberg stelt in zijn artikel dat "de overheid gefixeerd is 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 consumentenzijde te bevorderen". Bannenberg heeft gelijk. De aanbodzijde (artsen, gezondheidszorginstellingen) laat de overheid buiten schot. Dat is echter niet verwonderlijk gezien de huidige politieke samenstelling. Verwonderlijker is echter dat een belangenorganisatie van ziekenfondsen, de VNZ, blijkens haar standpunt in de Ziekenfondsradaad, dit overheidsbeleid ondersteunt. Een beleid dat de ziekenfondsverzekerden de komende jaren zwaar gaat treffen. Het is toch te gek om los te lopen, dat de VNZ in haar eigen informatiebulletin trots vermeldt dat tijdens de begrotingsbehandeling volksgezondheid in de Tweede Kamer de regeringsfracties CDA en VVD en de Staatssecretaris Dees veel waardering hadden voor de opstelling van de VNZ. Hier is voor mij de logica zoek.



Noten

1. Het ziekenfonds op eigen benen: Discussienota vanuit het secretariaat van de VNZ over het stelsel van ziektekostenverzekeringen in de komende jaren. Uitgave VNZ april 1986

2. Guus Bannenberg: Ziekenfondsen Nieuwe Stijl. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek nummer 86-3, pg 33-5.

Arbeidsmarkt, opleidingen en bezuinigingen

Nog altijd dezelfde problemen in de verpleegkunde: inservice-onderwijs versus dagonderwijs, overschot en krapte op de arbeidsmarkt, bezuinigingen en taakinhoud ...

Harry Starren, gaat in dit artikel in op de achtergronden en mogelijke oplossingen voor deze knelpunten. Hij voorspelt bijvoorbeeld dat de tekorten aan verpleegkundigen opgevangen zullen worden door goedkope ongeschoolde arbeidskrachten. Een schets van de zorgwekkende ontwikkelingen in de verpleegkunde.

Harry Starren, bestuurskundige en politicoloog, medewerker van "het Beterschap"

Een terugblik op de weg, die de verpleging in Nederland heeft afgelegd, is ontmoedigend en bemoedigend tegelijk. Ontmoedigend, omdat alles zo traag gaat en de inspanningen in geen enkele verhouding staan tot het behaalde resultaat. Bemoedigend, omdat er toch beweging is en er gestaag vooruitgang wordt geboekt. Er is al met al enige reden voor hopeloos optimisme. Wie twijfelt, telt zijn zegeningen. Die zijn niet gering. De verpleging professionaliseert. De opleidingen voldoen aan hoge eisen en kunnen de vergelijking met het buitenland in menig opzicht glansrijk doorstaan. In Maastricht levert de studierichting verplegingswetenschappen doctorandussen af, die betrekkelijk moeiteloos een baan vinden. De belangstelling voor verpleegkundige symposia en congressen is enorm. Elk jaar komt er een tijdschrift op het terrein van de verpleging bij en de nieuwsmidia besteden meer dan ooit aandacht aan de verpleging. Artsen zijn niet langer de enige beroepsbeoefenaren, die met zorgverlening in verband worden gebracht. En, last but not least, ook in de Haagse circuits groeit het besef dat de verpleging de aandacht verdient, die haar zo lang is onthouden.

Positie

In het licht van dit hopeloos optimisme lijkt een beschouwing over de positie van de verpleging op zijn plaats. Hoe staat de verpleging er in Nederland

Paradoxen in de verpleegkunde

voor? Welke bedreigingen en kansen zullen zich voordoen in de toekomst? Een kleine rondgang door een doolhof van paradoxen.

Het bestek van dit artikel dwingt tot een beperking. Uit een veelheid bespreek ik hier drie "hete hangijzers". Allereerst de overgang van inservice-onderwijs naar dagonderwijs: een onderwerp, dat al tien jaar zonder zichtbaar resultaat op de politieke agenda staat. Voorts het onderscheid, dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft aangebracht in de deskundigheidsniveau's in de verpleging. Tenslotte sta ik stil bij het nijpende personeelstekort en de implicaties daarvan voor de positie van de verpleging.

Dagonderwijs

Er is over weinig zóveel overeenstemming als over het onderwijs in de verpleging. Al sinds het einde van de jaren zeventig zijn veld en parlement het eens over de noodzaak van een vervanging van het inservice-onderwijs door het dagonderwijs. Opvallend is, dat deze **consensus** er tot dusverre niet toe heeft geleid, dat er iets van een ombouw van inservice- naar dagonderwijs tot stand is gekomen. Consensus is kennelijk niet genoeg. In de barre werkelijkheid heeft zich een tegengestelde ontwikkeling voorgedaan. Beroepsorganisaties (met uitzondering van Het Beterschap) en de overheid hebben de inservice-opleiding in de afgelopen periode eerder versterkt dan behoeftzaam afgebroken. Het WVC-Ieërlingenplan voorziet in capaciteitsuitbreiding van inservice-onderwijs, terwijl vermindering ten gunste van het dagonderwijs mocht worden verwacht. Buitenstaanders begrijpen er inmiddels niets meer van. Organisaties, die zeggen dagopleidin-

gen voor te staan, bouwen mee aan de versterking van een onderwijsvorm, die ze zeggen niet te willen. Een onderwijsvorm, die veldspecifiek opleidt, de dubbelrol van werknemer/leerling intact laat en zo een sta in de weg vormt voor de door ieder gewenste professionalisering. De krampachtig geconstrueerde verdediging (met een dubieuze verwijzing naar het Rapport-Wagner) dat theorie en praktijk in het inservice-onderwijs zo aardig worden overbrugd, is eerder door de nood dan door de rede ingegeven. Toch is de conclusie, dat hiermee de kans op een ombouw van inservice- naar dagonderwijs verkeken is, toch wat al te gehaast. Inmiddels is duidelijk geworden, dat de berekeningen van kosten die een ombouw met zich mee brengen, discutabel zijn. Voor wie werkelijk wil, kunnen ze in alle redelijkheid geen belemmering voor de ombouw zijn *3. Daarom dient het veld met meer nadruk dan ooit, duidelijk te maken wat het wil. De neiging van de overheid om ook op dit punt te dereguleren dient daarbij ten volle te worden benut om de keuzes te verwezenlijken die jaren geleden al zijn gemaakt.

Twee deskundigheidsniveau's

Het creëren van een samenhangend stelsel van dagonderwijs, waarbij de know-how van het inservice-onderwijs zoveel mogelijk wordt geïncorporeerd hangt direct samen met de discussie over de twee deskundigheidsniveau's. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft met zijn verpleegkundig beroepsprofiel een levendige discussie losgemaakt. Naast alle reserve over het in dit advies bepleite onderscheid in twee niveau's groeit in het veld en bij de overheid het besef,

dat een onderscheid onvermijdelijk is. Want laten we eerlijk zijn, in de praktijk bestaat een dergelijk onderscheid al jaren. Er is niets tegen *ongelijkheid* zolang *gelijkwaardigheid* gewaarborgd wordt. Wat dit betreft is er overigens wel enige reden voor ongerustheid. Vooral **ziekenverzorgenden** hebben alle reden voor argwaan. Het ontbreekt ziekenverzorgenden in de huidige setting immers vrijwel geheel aan reële doorstromingsmogelijkheden. De opleidingen sluiten niet op elkaar aan en voor wie ambitie heeft, ontbreekt vrijwel elk reëel perspectief. Zo kan het gevaar ontstaan, dat de verpleging zich op dezelfde wijze gaat opstellen tegenover de ziekenverzorging, als artsen dat tot voor kort deden ten opzichte van verpleegkundigen. Een splitsing binnen de verpleging, door sommigen toch al onvermijdelijk genoemd, zal dan leiden tot verdergaande vergruizing van de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg. Een **blijvende koppeling** tussen verzorging en verpleging, is dan ook van levensbelang voor de verpleging, ook al is het een koppeling op afstand. Niet in het minst voor de "kopgroep" van verpleegkundigen die het ideaal van de professionalisering het dichtst genaderd zijn. Het is een zaak van welbegrepen eigenbelang de binding met het grote "peloton" niet te verliezen, al was het maar om de macht van het getal.

Personeelstekort.

De macht van het getal. Wat is er mooier dan het tekort aan verpleegkundigen en ziekenverzorgenden dat thans ontstaan is? Na jaren machteloosheid is er reden voor een **voorzichtig optimisme**. Het personeelstekort, dat de wrange vrucht is van bezuinigen en al jaren falend personeelsbe-

leid, verschaft de verpleging kansen, die zij door haar extreem lage organisatiegraad moest ontberen. Want ook al werkt de wet van de schaarste hier minder doeltreffend dan in de marktsector, helemaal zonder effect blijft deze niet. Juist - en ook hier een paradox - het ontbreken van een CAO*5 zou hier wel eens merkwaardig kunnen gaan werken. Is het werkelijk zo ondenkbaar dat werkgevers het hoofd zullen buigen voor de wetten van vraag en aanbod? Lijkt het niet in de rede te liggen schaarse krachten beter te belonen, in geld of met betere werk-omstandigheden? Een andere mogelijkheid om op korte termijn iets aan de personeelstekorten te doen is er niet. Capaciteitsuitbreiding is afhankelijk van de animo opleidingen te gaan volgen. Ook al is die animo er, dan nog duurt het enkele jaren voor de uitstroom van gediplomeerden op het gewenste peil is. Verbetering van de arbeidsvoorwaarden ligt dan ook voor de hand. Ware het niet dat werkgevers geneigd zijn eerst de druk op het resterende personeel, dat werk moet verrichten voor collega's die er niet zijn (vacatures), op te voeren. Vervolgens gaan zij er maar al te vaak toe over om - als ook dát niet meer kan - ongekwalificeerd personeel in huis te halen onder het motto: "*beter iets, dan niets*". Het zal duidelijk zijn, dat het personeelstekort behalve kansrijk ook vol gevaren is. In Den Haag kan zo al te gemakkelijk de indruk ontstaan, dat het met lager gekwalificeerden ook wel lukt. Die kans wordt nog vergroot als vacatures, die onvulbaar blijken, gaan zorgen voorgeldreserves bij de instellingen. Er zal dan geld overblijven, dat geen besteding vinden kan. De overheid zal dan belang krijgen bij een "*selectieve waarneming*" en er een teken in zien, dat er nog "*lucht*" zit in de begrotingen. En dat, in een situatie,

waarin de verpleging geheel buiten adem is!

Paradoxen

Zo constateren we een reeks paradoxen. Het veld is het eens over de gewenste onderwijsvorm, maar de opleidingen ontwikkelen zich vooralsnog in tegengestelde richting. De twee deskundigheidsniveau's worden aarzelend aanvaard, passen in het perspectief van dagopleidingen, maar vergroten de tegenstellingen binnen de verpleging en verzorging zolang doorstromingsmogelijkheden ontbreken. Het personeelstekort schept kansen op het arbeidsvoorwaardelijk terrein, maar leidt wellicht tot een toevloed van ongekwalificeerde werkers. Deze zullen dan de voortschrijdende professionalisering ondergraven. Het ontstaan van structurele vacatures lokt de overheid wellicht uit tot verdere bezuinigingen. Maar het waren nu net de bezuinigingen, die er toe hebben geleid, dat vacatures konden ontstaan.

De uitgang van dit doolhof van paradoxen is alleen bereikbaar als de verpleging en de consumenten van gezondheidszorg hun maatschappelijke en politieke macht weten te vergroten. Verhoging van de organisatiegraad is daarvoor een eerste vereiste.

De organisatiegraad van de verpleging komt niet boven de 15% uit. Dat staat in schril contrast met de Nederlandse automobilisten, die in de ANWB een organisatiegraad van 50% weten te bereiken. Zou het werkelijk zo zijn, dat automobilisten een sterkere gemeenschappelijke identiteit hebben dan beoefenaren van hetzelfde beroep?

Ook een versterking van de positie van de afnemers van zorgverlening is gewenst. Alleen zij kunnen met recht en rede gekwalificeerde 'zorg afdwingen.

Zij hebben er recht op. Al was het maar, omdat zij ervoor betalen. ••

Noten

1. In 1986 verscheen het vaktijdschrift "Verpleegkunde" bij uitgeverij De Tijdstroom. In 1987 zal bij uitgeverij Samsom het weekblad "Verpleegkundig nieuws" gaan verschijnen.
2. Het WVC-leerlingenplan voorziet in 6500 extra banen. Of die ook gevuld zullen worden, is een heel ander verhaal.
3. Over de kosten van de gewenste ombouwoperatie bestaat verwarring. De commissie-Trip becijfert dat het structureel gaat om zo'n slordige miljard gulden. De incidentele kosten (bijv. bouw van nieuwe scholen) begroten zij eveneens op een miljard gulden. Een tegenrapport stelt inmiddels dat het ook zonder extra kosten mogelijk moet zijn. Zie: H. Starren, "Overgang inservice-dagonderwijs: Wie werkelijk wil kan zich niet laten tegenhouden door de cijfers, in: Het Beterschap, november 1986.
4. Zie: C. van der Kooy, HOGE bomen vangen veel WIND, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, nr. 3, oktober 1986.
5. Op dit moment (november 1986) zijn werknemers en werkgevers (NZR) het nog steeds oneens over een nieuwe CAO. Werknemers vragen feitelijk om niet meer dan handhaving van de door velen als slecht gekarakteriseerde CAO. Tot dusverre weigeren werkgevers aan deze eis tegemoet te komen.

"De sociale geneeskunde heeft verzuimd te tonen, dat zij een eigen ziel heeft. Dit is haar noodlotsfout, haar vitium originis. Wil de sociale geneeskunde haar plaats aan de universiteit vinden, dan zal zij een eigen wetenschappelijke kleur moeten krijgen. Anders verdwijnt zij in het grauw van het eigen stof dat zij heeft opgejaagd."
H.W. Julius, 1949.

De sociale geneeskunde als tak van wetenschap en als beroepspraktijk maakt moeilijke tijden door. Het is de afgelopen jaren bijvoorbeeld onmogelijk gebleken, de door pensionering vrijgekomen leerstoelen sociale geneeskunde (Nijmegen, Leiden, Vrije Universiteit, Groningen) met nieuwe hoogleraren te bezetten. Een pijnlijker bewijs voor stilstand is er niet voor een wetenschappelijke discipline. Verder zijn in het recente verleden alle pogingen om aan de sociaal-geneeskundige activiteiten een gemeenschappelijke theoretische en organisatorische basis te geven mislukt. Mede als gevolg daarvan is de beroepsvereniging van sociaal-geneeskundigen, de in 1930 opgerichte Algemene Nederlandse Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen, vorig jaar ter ziele gegaan, zij het formeel nog niet opgeheven. De bedrijfsgeneeskundigen, die de ANVSG voor een groot deel bevolkten, zagen nog maar weinig in een algemene vereniging en wensten hun eigen gang te gaan. Bovendien lijkt een volwaardige plaats van een sociaal-geneeskundige visie op gezondheid en ziekte in de medische wetenschap verder weg dan ooit, nu op de bestaande sociaal-geneeskundige instituten het vakgebied meer en meer is vervangen door epidemiologie. Bij dit laatste valt te denken aan onderzoek naar biologische risicofactoren van kanker en hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld hoge bloeddruk), of onderzoek naar asthma-risico's en dergelijke.

Paradoxaal genoeg is de regering de laatste jaren weer meer gaan verwachten van een sociaal-geneeskundige aanpak van de volksgezondheid. Sinds een aantal jaren zegt zij in ieder geval de preventieve sector van de gezondheidszorg te willen versterken in de vorm van "gezondheidsbeschermende" maatregelen en basisgezondheidsdiensten in de gemeenten. Ook in de onlangs verschenen "Nota 2000", van de hand van een regeringscommissie, wordt hoog opgegeven van een sociaal-geneeskundige benadering van de volksgezondheid. Maar het is nog maar helemaal de vraag wat hier van terecht komt. Het (financiële) beleid is namelijk allerm minst eenduidig, om niet te zeggen tegenstrijdig. Een voorbeeld: Binnen de gemeenten wor-

Zijn de laats de sociale gen.

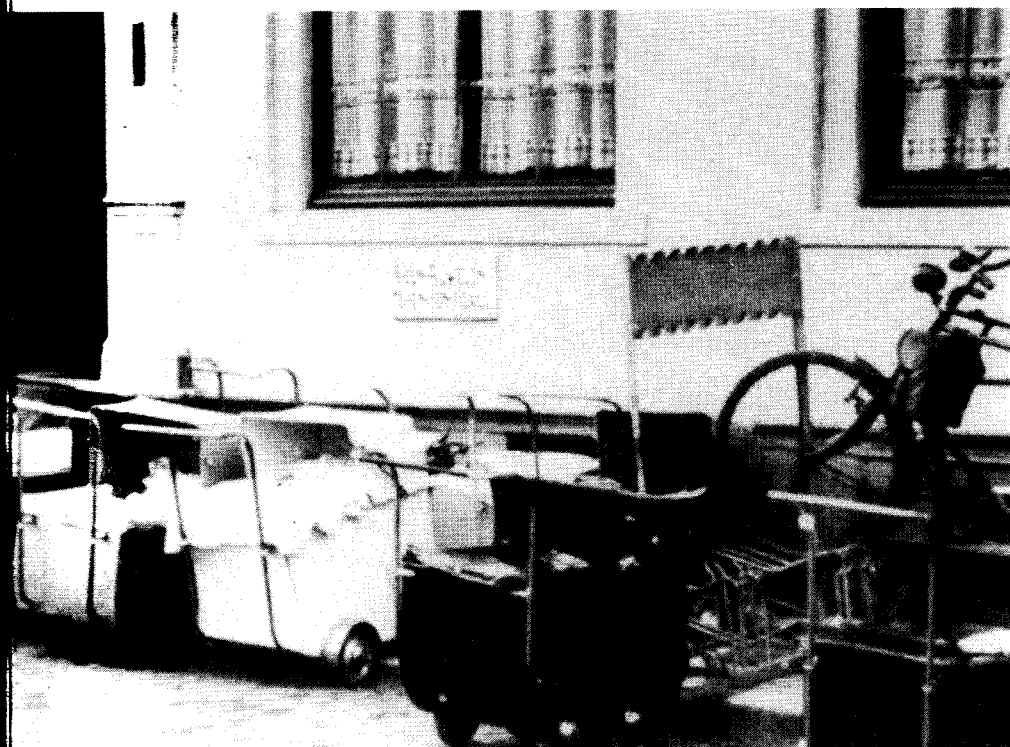


De sociale geneeskunde zou wel eens op haar laatste benen kunnen lopen, zo blijkt uit de analyse van Eddy Houwaart. In een terugblik op de ontwikkeling van het vakgebied, schetst hij de verwatering van de oorspronkelijke sociaal-geneeskundige doelstellingen. Meer en meer is men zich met de gezondheidszorg gaan bezig houden, inplaats van de rol van externe invloeden op de gezondheidstoestand centraal te stellen.

De oorzaken daarvoor liggen zowel bij de sociaal-geneeskundigen zelf, als bij meer externe factoren als een weinig actief beleid van de overheid (wel woorden, maar weinig daden) en de dominantie van de curatieve geneeskunde. Houwaart voorspelt dat de sociale geneeskunde alleen dan het hoofd boven water kan houden, als zij zich opnieuw op de wisselwerking tussen omgevingsfactoren en de gezondheidstoestand gaat richten.

Eddy Houwaart .

tedagen van eskunde geteld?



1941 - Een drukbezocht zuigelingensprekuraal bij de (particuliere) N.V. Onderlinge Poliklinieken in Den Haag. (Foto Polygoon/Gemeente-archief, 's-Gravenhage)

den Basisgezondheidsdiensten gevormd die zich bezig houden met hygiënisch toezicht, epidemiologie en Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, en het streven is om hier ook de bestaande G.G. en G.D. in onder te brengen. Het tegenstrijdige beleid blijkt uit het feit dat WVC extra geld voor deze Basisgezondheidsdiensten uittrekt en op hetzelfde moment maakt Binnenlandse Zaken de ontwikkeling van deze diensten onmogelijk door bezuinigingen op de gemeenten.

En hoe serieus moet men de zorg voor preventie nemen, wanneer staatssecretaris de Graaff een onderzoek naar de sociale gevolgen van de financiële positie van de laagste inkomensgroepen als overbodig van de hand wijst. Tenslotte komt er van het door minister Deetman ingestelde sti-

muleringsfonds extra-murale geneeskunde, dat onder meer de sociale geneeskunde in Maastricht en aan de VU had moeten bevorderen, vooralsnog weinig terecht. Kortom, de toestand waarin dit vakgebied verkeert, ziet er niet al te rooskleurig uit.

Sociale geneeskunde en collectieve preventie.

Wat is, of liever wat was sociale geneeskunde? Door het College voor Sociale Geneeskunde werd in 1969 een definitie gegeven, die sindsdien onveranderd is gebleven. Zij luidt als volgt: *"De sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde dat primair betrokken is op de wisselwerking tussen mensen en hun materiële en immateriële milieu, voor zover deze wisselwerking relevant is voor hun gezond-*

heid. De sociale geneeskunde wordt uitgeoefend door artsen in organisatorisch verband, veelal in nauwe samenwerking met beoefenaren van andere vakken".

De suggestie is duidelijk. Het biologisch en sociaal milieu beïnvloeden de gezondheid van mensen en het is de taak van sociaal-geneeskundigen na te gaan hoe en in welke mate dat gebeurt. Nu lijkt dit het intrappen van een open deur. Maar uit het feit dat het sinds 1969 nauwelijks is gelukt handen en voeten te geven aan deze definitie' blijkt wel dat het niet zo eenvoudig ligt. Blijkbaar is er iets aan de hand, dat 'operationalisering' van de definitie, althans in universitair verband, in de weg staat. Alleen door de moeilijkheden van de sociale geneeskunde tegen de achtergrond van politieke en algemeen-geneeskundige ontwikkelingen te plaatsen wordt ons dat duidelijk.

Problemen in de volksgezondheid zijn van geneeskundige zijde altijd op verschillende manieren tegemoet getreden. Drie categoriën laten zich onderscheiden. De eerste groep van oplossingen hield een strategie van curatieve, individuele behandeling van zieken of ziekten in. Zij was gericht op het wegnemen van een bestaande ziekte of symptomen daarvan, en op herstel van gezondheid. Men zocht naar oorzaken van afzonderlijke ziekten in het menselijk lichaam. De tweede groep oplossingen betreft een strategie van preventieve, veelal collectieve "behandelingen". Zij was gericht op bevordering van de gezondheid en verlenging van de gemiddelde leeftijd. Men zocht naar wetmatigheden in het natuurlijk en sociaal milieu, die de gezondheid van de bevolking gunstig beïnvloedden. Tenslotte was het mogelijk dat geneeskundigen - dat wil zeggen zij, die aan een universiteit waren opgeleid - gezondheidsproblemen niet zagen of gewoonweg negeerden. Deze werden aan de zorg van andere sociale groepen in de samenleving overgelaten. Voorbeelden daarvan zijn de verloskundige hulp tot omstreeks 1800 of kleine chirurgische ingrepen in de 19e eeuw. Van recentere datum is de onbekendheid van geneeskundigen met gezondheidsproblemen van bejaarden en hoog-bejaarden.

Telkens blijkt dat de aard van het gezondheidsprobleem (welke bedreiging vindt men ervan uitgaan), de technische mogelijkheden (in welke technieken zag men vooruitgang) en vooral de ideologische oriëntatie van de geneeskundigen (wat behoort tot onze taak) bepaalden welke van bovengenoemde drie „oplossingen" in de medische stand de voorkeur genoot. Beperken we ons tot de eerste twee, dan blijkt in Nederland in de tweede

helft van de 18e eeuw beheersing van het milieu door de overheid als vorm van collectieve preventie van de grote volksziekten, grote belangstelling te hebben gehad. In de eerste helft van de 19e eeuw stond de individuele benadering van zieken op de voorgrond. Het was de tijd van de Restauratie, waarin grote preventieve projecten ten behoeve van het hele volk weinig kansen maakten. De tweede helft van de 19e eeuw laat juist weer zien dat geneeskundigen veel verwachtten van collectieve maatregelen ter bestrijding van volksziekten en de hoge sterfte. Een verwachting, die tegen het eind van de 19e eeuw een extra impuls kreeg, doordat sociale misstanden (de "sociale quaestie") de politiek een tijdlang ging beheersen. Vanaf de tijd dat geneeskundigen zich intensief bemoeiden met maatschappelijke omstandigheden als bron van epidemieën, hoge zuigelingensterfte en sociale sterfteverschillen, was telkens het centrale probleem of overheidsorganen bereid waren mee te werken aan collectieve maatregelen. Of het nu ging om sanitaire hervormingen (waterleiding en riolering voor iedereen), betere huisvesting, goed voedsel voor iedereen, arbeidswetgeving of bescherming tegen radio-actieve straling, altijd was realisering ervan afhankelijk van de wil van politici hiervoor geld uit te trekken of wetgeving in te voeren. Het is in dit verband dan ook begrijpelijk dat de hoogtijdagen van collectieve, preventieve oplossingen vielen in de periode 1890-1940, toen onder leiding van radicaal-liberale en sociaal-democratische gemeentepolitici de besturen van de grote steden zich gingen inspannen voor een preventieve gezondheidspolitiek. Het was tevens de tijd van de eerste arbeidsgeneeskundige wetten.

De ontwikkeling van de sociale geneeskunde is altijd nauw verbonden geweest met de preventieve, collectieve strategie. Anders gezegd: zij was het wetenschappelijke resultaat van die strategie. Daarom ook is de maatschappelijke betekenis van de sociale geneeskunde, vroeger wel sociale hygiëne, openbare gezondheidsleer of staatsgeneeskunde genoemd, altijd sterk afhankelijk geweest van de politieke situatie en de ideologische conjunctuur van het moment. Nu geldt dit laatste ook voor de curatieve geneeskunde, maar deze heeft het voordeel dat bij ziekte altijd een beroep op een geneeskundige kan worden gedaan, die daarvoor een rechtstreekse vergoeding in het vooruitzicht kan worden gesteld. De aanbodzijde kent een gegarandeerde financiering, zij het in wisselende mate en ook al is het aanbod van zorg niet voor de gehele be-

volking bedoeld. Preventie en sociale geneeskunde scheppen gezondheid, op grond waarvan men geen declaraties kan indienen. Collectieve financiering is hier per definitie noodzakelijk. Reden, waarom juist de sociale geneeskunde zo veel meer afhankelijk is van de politieke omstandigheden. We moeten ons bovendien bedenken, dat ruim een derde van de totale kosten van collectieve preventie voor rekening van het bedrijfsleven komt in de vorm van arbeidsgeneeskundige maatregelen. Het behoeft verder geen betoog, hoezeer dat laatste beïnvloed wordt door de sociaal-ekonomische machtsverhoudingen.

Epidemiologisch onderzoek (statistiek, medische geografie) is altijd een belangrijke peiler geweest, waarop de preventieve, collectieve strategie rustte. Toen dit onderzoek nog voornamelijk de belangrijke infectieziekten en voedingsdeficiënties betrof, waren vele geneeskundigen er zelfs van overtuigd dat het een van de belangrijkste onderzoeksvormen van de gehele geneeskunde was. Men concentreerde zich steeds op drie problemen: welke veranderingen zijn waarneembaar in de volksgezondheid en hoe hangen die veranderingen samen met het fysisch, chemisch en sociaal milieu; hoe zijn verschillen in sterfte en ziekten tussen gemeenten, regio's of sociale groepen te verklaren, en welke vormen van arbeid zijn gevaarlijk voor de gezondheid? In een tijd dat de bacteriologie geen rol speelde en laboratoriumonderzoek geen uitsluitsel kon geven over de oorzaken van epidemieën, was dit onderzoek een bruikbare methode voor geneeskundigen om te komen tot praktische oplossingen voor problemen in de volksgezondheid. Zolang de therapeutische mogelijkheden beperkt bleven - en dat was het geval tot in de jaren dertig van onze eeuw - vormden de conclusies van dit onderzoek de belangrijkste aangrijpingspunten voor een volksgezondheidsbeleid. De woningwet, de sociale woningbouw, drinkwaterinstituten, een keuringsdienst van waren, arbeidswetgeving en gemeentelijke gezondheidsdiensten zijn slechts enkele voorbeelden van resultaten van een beleid, dat na 1900 de ongelijke kansen op gezondheid moest wegnemen. In het bijzonder de sociaal-democraten begrepen in de eerste helft van onze eeuw zeer goed, dat aanbevelingen van sociaal-geneeskundigen in hoge mate van belang waren voor de arbeidende klasse. In dit verband valt te noemen de arts L. Heyermans (1873-1938), die zeer grote populariteit onder de Amsterdamse bevolking genoot, juist omdat hij preventieve, gezondheidsbevorderende projecten

wist te realiseren. Het zou de moeite waard zijn aan deze man, die ook actief lid van de SDAP was, eens grotere bekendheid te geven.

Preventieve en curatieve geneeskunde: communicerende vaten?

Na 1945 veranderde de situatie in de geneeskunde en de gezondheidszorg ingrijpend. Door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering werd de gang naar de dokter voor een brede groep van de bevolking mogelijk, terwijl de geneeskunde zich steeds meer kon gaan beroepen op adequate geneesmiddelen en diagnostiek. Spectaculaire vooruitgang werd niet meer geboekt door middel van sanitaire hervormingen of vaccinatie, maar door middel van medicijnen en chirurgie. De medische held was niet meer degene, die het waterleidingbedrijf aanklaagde wegens verbreiding van cholera en typhus, een consultatiebureau oprichtte of een sanatorium leidde, maar Dr. Christian Barnard, die harten transplanteerde. Het was nu de anti-collectivistische ideologie van het curatieve model, dat de meeste aantrekkingskracht op ambitieuze medische studenten uitoefende. Terwijl het imago van de sociaal-geneeskundige er één werd van een bureau-craat, die bovendien de vrijheid van de zelfstandig werkzame arts miste.

Je kunt gerust stellen dat deze ontwikkeling de sociaal-geneeskundigen voor een machtsprobleem binnen de medische stand en wetenschap heeft geplaatst. Op de medische faculteiten hebben de "biologische" wetenschappen altijd al een overheersende positie ingenomen, dus dat was niets nieuws. Nieuw was wel dat het sociaal wetenschappelijk karakter van de sociale geneeskunde gaandeweg verloren ging. Ik kom hier later nog op terug. Bovendien werd voor 1940 de eenzijdige oriëntatie van het medisch-wetenschappelijk onderzoek op ziekten en genezing nog enigszins gecompenseerd door sociaal-geneeskundig onderzoek, gefinancierd door lagere en landelijke overheden. Als gevolg van wat we voor het gemak maar even de curatieve lobby noemen, werd het budget, beschikbaar voor preventieve en collectieve zorg inclusief het epidemiologisch onderzoek naar sociaal-ekonomische determinanten van gezondheid, teruggebracht tot een fractie van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg. Enkele cijfers kunnen het resultaat van deze ontwikkeling illustreren. In 1986 wordt ruim 50% van de rijksbegroting aan de intramurale sector, ruim 5% aan de specialisten, ruim 10% aan geneesmiddelen en iets meer dan 2% aan collectieve pre-

ventie uitgegeven. Onder het laatste vallen gezondheidsbescherming (drinkwater e.d.), basisgezondheidsdiensten en een deel van de bedrijfsgezondheidszorg. Er werken dit jaar bijna 260.000 mensen in de intramurale sector, ruim 7200 specialisten voornamelijk in ziekenhuizen en iets meer dan 8700 mensen in de preventieve sector. Van de totale uitgaven van de overheid voor "gezondheidsonderzoek" wordt alleen al aan kanker, aandoeningen van het zenuwstelsel en hart- en vaatziekten 40% uitgegeven. Slechts 0,4% van de uitgaven voor zogenaamde stimuleringsprogramma's is door de overheid uitgetrokken voor de sociale geneeskunde. Nu is het zeker niet de bedoeling hier meteen een waardeoordeel aan vast te knopen, maar de cijfers geven wel aan waaruit het machtsprobleem voor de sociaal-geneeskundigen bestaat. Het wordt nu duidelijk wat prof. H.J.J. Leenen bedoelde, toen hij onlangs zei *"dat machtige belangengroeperingen van de gevestigde orde een verschuiving van het accent van het beleid naar andere sectoren dan de gezondheidszorg (zullen) bevechten."* Dat dit geen loze krete is, bewijst het feit dat de afgelopen jaren de voorgenomen bezuinigingen in de intramurale sector, op de specialistische hulp en op het geneesmiddelenverbruik bij lange na niet zijn gehaald. Dit terwijl de bezuinigingen in de sfeer van de collectieve preventie (vooral de basisgezondheidsdiensten en gedeeltelijk de bedrijfsgezondheidszorg) nota bene hoger zijn uitgevallen dan de regering zelf wilde!

Blikken we terug op tweehonderd jaar volksgezondheidsbeleid, dan ontstaat het beeld van twee communicerende vaten: wanneer de aandacht voor een preventieve politiek en voor sociale oorzaken van ziekten het grootst is, is de populariteit van de curatieve geneeskunde het laagst en omgekeerd. Deze vergelijking is echter bedriegelijk, want ze gaat voorbij aan nieuwe problemen in de volksgezondheid en nieuwe ontwikkelingen in de (sociale) geneeskunde. Voor de periode na 1945 noemen we er enkele.

Veranderingen na 1945.

Allereerst waren de typisch sociaal-ekonomisch bepaalde volksziekten op het eerste gezicht verdwenen. Was het eerder met het blote oog al te zien dat cholera en tyfus vooral de armen troffen, na 1900 ging dit voor de tuberculose niet meer op. Wel hadden de meergegoeden natuurlijk gemakkelijker toegang tot herstellingsoorden. En sinds 1945 staan hart- en vaatziekten en kanker bovenaan als doodsoorzaken, waarbij van een sociaal-ekonomisch

mische distributie van deze ziekten geen sprake meer leek te zijn. Bovendien kwamen in de gezondheidszorg de acute ziekten steeds minder, en de chronisch-degeneratieve ziekten steeds meer op de voorgrond te staan. Een redelijk aantal klassieke sociaal-geneeskundige oplossingen waren juist voor deze problemen niet meer relevant.

Pas de laatste jaren blijkt weer dat vele gezondheidsproblemen in vóór-komen wel degelijk aan sociale klassen gebonden zijn. Het inmiddels veelvuldig aangehaalde Engelse Black-rapport getuigt hiervan. Voor Nederland is het echter nog een open vraag, of niet juist de mensen met de minste opleidingskansen en laagste inkomens grotere kansen hebben het slachtoffer te worden van de ons bekende ziekten. Niettemin kan men er niet omheen, dat sociaal-geneeskundige oplossingen die voor 1940 vooral voor infectieuze ziekten en voedingsdeficiënties hebben gegolden, minder goed kunnen worden toegepast op de "moderne" volksziekten. Ook in het Black-rapport wordt toegegeven dat er hierover tot nu toe weinig aan theorievorming is gedaan.

De verandering in het ziektepatroon heeft ook een verschuiving in de diagnostiek mogelijk gemaakt. De laatste dertig jaar is alle aandacht van de curatieve geneeskunde zich gaan richten op het allereerste begin van een ziektegeschiedenis, zelfs nog voordat er sprake is van ziekte in subjectieve zin. Men wil er zo vroeg mogelijk bij zijn, of het nu om borstkanker, genetisch onderzoek, prenatale diagnostiek of vroegdiagnostiek op populatieniveau gaat. Met andere woorden, in de curatieve geneeskunde heeft de aandacht voor een groot aantal ziekten zich naar de allereerste symptomen van een eventuele ziekte verplaatst, ten einde zo vroeg mogelijk te kunnen cureren. Het begrip preventie is daardoor fors van betekenis veranderd en althans een deel van de preventieve strategie is zo "geannexeerd" door de klinische wetenschappen.

Sociale geneeskunde als wetenschap van zorgstructuren.

In de tweede plaats is het antwoord op de problemen in de volksgezondheid na 1945 in de vorm van een stormachtige ontwikkeling van zorgstructuren, wetgeving, ziekenhuiszorg, medische technologie en curatieve mogelijkheden, geleidelijk aan zelf een deel van het probleem geworden. Niet alleen de kosten, maar ook de structurering en planning, het enorme medicijngebruik, het woud aan wettelijke voorschriften stellen hulpverleners, klanten en politici voor

grote problemen. De gezondheidszorg is een eigen leven gaan leiden en losgegroeid van de eigenlijke taak, namelijk dienstbaarheid aan het oplossen van gezondheidsproblemen in de samenleving, zoals Prof. Leenen begin dit jaar zei. Deze ontwikkelingen hebben sociaal-geneeskundigen in de loop der jaren tot hun onderzoeksobject gemaakt. Sinds de jaren zestig werd de oriëntatie op de gezondheidszorg merkbaar. Sindsdien werden medische wetgeving, medische sociologie, planning en effectevaluatie steeds vaker tot het vakgebied van de sociale geneeskunde gerekend. Nu is daar op zichzelf niet zoveel tegen in te brengen, maar deze ontwikkeling heeft zich op de medische faculteiten zo sterk doorgezet dat de oorspronkelijke doelstellingen van een leerstoel sociale-geneeskunde zijn ingeruild voor gespecialiseerde leeropdrachten met betrekking tot zorgstructuren en hulpverlening. Het is opnieuw Prof. Leenen, die ervoor pleitte dat de sociale geneeskunde juist niet meer primair bezig moest zijn met het stelsel van gezondheidszorg, maar alle aandacht weer moest richten op *gezondheid en oorzaken van gezondheid*.

Sociale geneeskunde, gedragswetenschappen en verwarring.

Er hebben zich nog een aantal andere veranderingen voltrokken. Zij vinden hun oorsprong in de eerste jaren na de Eerste Wereldoorlog. Toen werd het vertrouwen in de bacteriologie ernstig geschokt door de enorme sterfte in Europa als gevolg van de volslagen onverwachte Spaanse griep-epidemie. Door sociaal-geneeskundigen werd dit geschokte vertrouwen aangegrepen om de bacteriologische kennis in een sociale theorie van ziekteoorzaken op te nemen. Namen als A. Grotjahn in Duitsland en F.G. Crookshank en M. Greenwood in Engeland zijn aan deze ervaring van de sociale geneeskunde verbonden. In Nederland de eerder genoemde L. Heyermans, J. Baart de la Faille en C.B. Brenkman en de onlangs overleden medici P. Muntendam en B. Sajat. Maar in de loop van de jaren dertig en vooral tijdens de Tweede Wereldoorlog kwam men tot de conclusie dat lang niet alle gezondheidsproblemen konden worden begrepen met de eenvoudige oorzaak-gevolg-relaties van de bacteriologie. Men begon zich te realiseren dat de grote volksziekten plaats hadden gemaakt voor nieuwe "endemieën" als kanker, hart- en vaatziekten en de zogenoemde "multiple stress diseases" (maagzweren bijvoorbeeld). Met name de voormalige Engelse internist J.A. Ryle, die naar de

sociale geneeskunde was overgestapt, maakte het denkbeeld dat vele gezondheidsproblemen het gevolg van psychische stressfactoren waren, gemeengoed in de sociale geneeskunde. In Nederland was het na 1945 in het bijzonder de internist J.J. Groen, die deze nieuwe vorm van psychosomatiek onder woorden bracht. Bevolkingsonderzoeken in de jaren veertig en vijftig maakten vervolgens meer dan ooit duidelijk, dat de oude epidemiologische praktijk, die gericht was op infectieziekten, niet meer voldeed. Roken, voedingsgewoonten en stress werden nu aangevoerd als de grote boosdoeners van de nieuwe volksziekten. De klassieke sociaal-geneeskundige strategie (sociale woningbouw, sanitaire hervormingen e.d.) leek geen oplossing meer te bieden.

Hoe anders dan door middel van preventie, gericht op de levensstijl, konden deze ziekmakende factoren worden teruggedrongen? De collectieve, preventieve strategie werd eind jaren vijftig vervolgens effectief "geïndividualiseerd" door middel van voorlichtingscampagnes (G.V.O.). Vooral in de Engelstalige landen kwam het accent te liggen op adequaat sociaal gedrag, d.w.z. op de harmonieuze afstemming van persoonlijke wensen op de eisen van de omgeving, om zo oorzaken van lichamelijke instabiliteit weg te nemen. Gezondheid was niet meer iets dat passief door de sociale condities werd opgelegd, maar een product van functioneel handelen, dat een integraal onderdeel van een gezond sociaal leven uitmaakte.

Het was deze benadering die in de jaren vijftig en zestig in de sociale geneeskunde op de voorgrond kwam te staan. In Nederland noemde men dat "bevordering van aandacht voor het micro-milieu" of sprak men over "micro-sociale geneeskunde". In dezelfde jaren werd in de sociale geneeskunde steeds meer de noodzaak tot samenwerking met de kliniek benadrukt. Het werd de taak van de sociale geneeskunde een "sociale status" in aanvulling op de klinische status uit te werken, zo meende de invloedrijke Belgische sociaal-geneeskundige R. Sand. In dit teken stonden de grote epidemiologische onderzoeken uit de jaren vijftig en zestig naar onder meer vetspiegels in het bloed (o.a. cholesterol) en hoge bloeddruk. Al wat al was het epidemiologisch onderzoek zich volledig gaan concentreren op het voorkomen van syndromen en specifieke ziekten. Het merkwaardige is, dat er in deze jaren een onbedwingbare behoefte onder sociaal-geneeskundigen bestond tot definitiediscussies. In de loop van de jaren zestig had elke hoogleraar wel zijn eigen definitie en zijn persoonlijke opvatting over

de rol van de sociale geneeskunde in de samenleving, de gezondheidszorg en de geneeskunde. In 1972 noteerde Prof. A.C. Drogendijk tachtig tot negentig verschillende definities van sociale geneeskunde in Europa en de Verenigde Staten, waarvan alleen al in Nederland twintig. De definitiediscussies van de leidende sociaal-geneeskundigen verzandde in de jaren zeventig in totale verwarring en identiteitsloosheid van het vakgebied.

Uit een begin jaren zeventig gehouden enquête bleek dat elke hoogleraar sociale geneeskunde in West-Europa een verschillend onderwerp als belangrijkste onderzoeksobject beschouwde, terwijl bovendien onenigheid bestond over de vraag of de sociale geneeskunde nu wel een wetenschap was. Men zocht in de jaren zeventig een oplossing voor dit gebrek aan identiteit, door zich steeds meer te gaan oriënteren op de eigen beroepsgroepen, de zogenaamde takken binnen de sociale geneeskunde (bedrijfsgezondheidszorg, jeugsgezondheidszorg e.d.). Vervolgens werd de inhoud van het begrip sociale geneeskunde verengd tot een optelsom van de beroepen, die sociaal-geneeskundigen uitoefenden. Men wendde zich af van de vruchteloze definitiediscussies en het is begrijpelijk dat iedere tak zijn eigen weg ging. Onderwijl tekenden zich na 1970 oude en nieuwe sociale problemen in de volksgezondheid af, die niet door de klinische epidemiologie en niet door de gefragmenteerde sociale geneeskunde werden opgemerkt. We komen over dit laatste nog te spreken.

Geloofwaardigheid.

Tenslotte is er vooral de laatste tien jaar een moeilijkheid gerezen die van meer algemene aard is, maar die sociaal-geneeskundigen toch onder ogen moeten zien, omdat zij de geloofwaardigheid van de sociaal-geneeskundige praktijk kan aantasten.

Het gedachtengoed van de sanitaire hervormers in de vorige eeuw was een toonbeeld van optimisme en geloof in de redelijke vooruitgang. Ook de sociaal-geneeskundige politiek in de eerste helft van onze eeuw steunde volledig op het denkbeeld dat door middel van sociale hervormingen en verbetering van de leefomstandigheden van de bevolking de belangrijkste ziekten zouden verdwijnen. Na 1945 werd, zoals gezegd, dit optimisme steeds meer geprojecteerd op de vooruitgang van de farmacotherapie, de chirurgie, substitutietherapieën en technologische vernieuwing. Sinds een aantal jaren weten we dat deze ontwikkeling ook zijn keerzijde heeft. De geproduceerde kennis over preventie en genezing van ziekten en het

daarop gebaseerde gezondheidsbeleid, heeft ervoor gezorgd dat burgers in toenemende mate onderworpen zijn geraakt aan voorschriften van wetenschappelijke machtsgroeperingen. Bevordering van gezondheid betekende in het verleden dikwijls ook *modellering van burgers* naar de nieuwste wetenschappelijke inzichten, op een achteraf gezien soms discutabele wijze. Overigens is het nog wachten op historische studies die dit gegeven voor Nederland in de 20e eeuw nader uitwerken. Verder is in het algemeen het vertrouwen in de "maakbaarheid van de samenleving" geslonken. Het welhaast onbegrensde optimisme van sociaal-democratische politici en artsen uit het begin van deze eeuw over de mogelijkheden van een socialistisch gezondheidsbeleid lijkt bijna te zijn omgeslagen in het tegendeel. Vooral staatsinterventies zijn zowel door links als rechts wisselend bekritiseerd vanwege de bureaucratie, onoverzichtelijkheid, ineffectiviteit en verafhankelijkheid van het staatsapparaat die het met zich mee brengt.

Deze ideologische veranderingen brachten de sociaal-geneeskundige praktijk misschien niet in fundamentele moeilijkheden, maar een enkel voorbeeld illustreert dat zij toch wel enkele vragen deden rijzen. Preventie en vroegdiagnostiek bijvoorbeeld hebben ook belangrijke negatieve bijwerkingen, in de vorm van zinloze medicalisering van maatschappelijke problemen, of onrust onder de bevolking. Gezondheidsopvoeding en -voorlichting, een terrein waarop vele sociaal-geneeskundigen hun hoop hadden gevestigd, werd te betuttelend en moraliserend genoemd. Tot ieders verbazing bleken hierdoor de gezondheidsverschillen bovendien eerder groter dan kleiner te worden. Een goede landelijke registratie van sterfte- en ziektecijfers naar beroep en sociaal-ekonomische positie ingedeeld, stuit nog altijd op grote bezwaren vanwege de gevaren voor de privacy van burgers.

Nieuwe gezondheidsproblemen.

Verandering in ziektepatronen, een curatieve, geïndividualiseerde gezondheidszorg, een vakgebied dat onderhevig is aan middelpuntvliedende krachten, en een tanend geloof in gezondheidsbevordering door wetenschap en overheid, dat zijn de belangrijkste problemen waarvoor een collectieve, preventieve strategie en dus ook de sociale geneeskunde stond en staat. *"De sociale geneeskunde heeft in de laatste decennia oogkleppen opgezet. Het zijn niet de sociaal-geneeskundigen en hun organisaties die zich in die periode hebben beziggehouden*

met de grote maatschappelijke problemen", zo oordeelde nogmaals Prof. Leenen over de afgelopen jaren. Hij noemde vervolgens niet de organisaties die zich dan wel met de "grote maatschappelijke problemen" bezighielden. Wanneer we dat willen weten en terugblikken op de afgelopen vijftien jaar: dan moet worden geconstateerd dat de sociale geneeskunde als universitaire wetenschap inderdaad op dramatische wijze is voorbijgestreefd door nieuwe vakgebieden en maatschappelijke organisaties. Wat bijvoorbeeld te denken van de gezondheidsgevolgen van de ingrijpende veranderingen in het milieu en ruimtelijke ordening? Hoe staat het met een sociaal-geneeskundige visie op het beleid voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten? Waarom komt een ernstig probleem als vrouwenmishandeling niet in het sociaal-geneeskundig woordenboek voor? Hoe staat het met de nieuwe industriële ziekten als gevolg van de automatisering? Er zijn aanwijzingen dat het werken in de electrotechnische industrie aandoeningen bij arbeiders te weeg kan brengen, waarvoor de medische wetenschap nog niet eens een naam heeft. Wat weet men van de gezondheid van

de groeiende groep langdurig werklozen en ongeschoolden en hoe denkt men over de medische aspecten van oorlogs- en vredesvraagstukken? Over veel van deze gezondheidsproblemen kan men meer sociaal-geneeskundige visie terugvinden in de publicaties van belangenorganisaties of van bijvoorbeeld het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, dan in het eerste het beste sociaal-geneeskundige studieboek..

We moeten toegeven dat de genoemde voorbeelden een rijtje onsaamhangende onderwerpen vormen, die zeker niet alleen als een geneeskundig probleem kunnen worden gezien. Ook kan het falen, het is hier nog eens met nadruk gezegd, beslist niet alleen op rekening van de sociaal-geneeskundigen worden geschreven. Niettemin hadden juist sociaal-geneeskundigen de bestaande kennis over bijvoorbeeld de genoemde onderwerpen moeten verzamelen en uitbreiden, om die te synthetiseren tot een visie op de volksgezondheid in de zin van de definitie van 1969. Alleen dan kan men komen tot de ontwikkeling van parameters waar het gaat om de algemene gezondheidstoestand met

behulp waarvan een reëel preventief gezondheidsbeleid weer perspectief kan krijgen.

In een volgens artikel zal daarom nader worden ingegaan op de perspectieven van de sociale geneeskunde en op de vraag of zij als tak van wetenschap kan blijven voortbestaan. ••

Noten en bronnen:

- 1 - Muller F., Ongelijke kansen op gezondheid; In: Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, april '85, 22-25.
- 2 - Heydelberg, E. en F. Muller, Nota 2000. A Health Odyssey? In: Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, oktober '86, 6-9.
- 3 - Drogendijk, A.C., Sociale Geneeskunde en Ecologie. Afscheidscollege. Amsterdam, 1972.
- 4 - Leenen, H.J.J., Problemen op de weg naar gezondheidspolitiek en een pleidooi voor sociale geneeskunde. Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. Rotterdam. 1986.
- 5 - Staatsuitgeverij, Financieel Overzicht gezondheidszorg 1986.
- 6 - Staatsuitgeverij, Wetenschapsbudget 1987.
- 7 - Timmer, M. en J. Hansma, On the consensus regarding the object of socio-medical research. In: Tijds. Soc. Geneesk. 53(1975) Suppl. 1, 15-29.



1929- Medewerkers van de G.G. & G.O. proberen Hagenaars te overtuigen van het nut van vaccinatie tegen de, op pokken lijkende, Alastrim-ziekte.

(Foto Gemeentearchief, 's-Gravenhage)

Praatjes vullen geen gaatjes

Met een beetje planning hoefde de congresbeluste hulpverlener deze maand geen patiënt te zien. November is het hoogseizoen voor congresgangers: maar liefst vijf studiedagen over de "nota 2000", een congres over "thuiszorg" en zowel een symposium als een practicum over de commercie in de gezondheidszorg vormen zijn slechts een greep uit het programma.

Gerard Goudriaan bezocht een studiedag over de "nota 2000 en de eerste lijn" en het congres over "thuiszorg". Wat hem vooral opviel was de expansiedrift van de ziekenhuizen op het terrein van de eerste lijn.

Gerard Goudriaan, medisch socioloog

Im.pressies vaneen congresganger

De studiedag "Nota 2000 en de eerste lijn" was de eerste in een serie van vijf, die door het ministerie van WVC en de betrokken veldorganisaties (in dit geval het NIVEL) georganiseerd zijn. Deze studiedagen hebben tot doel de nota 2000 in breed verband te bespreken en op een kritische wijze voor een breed publiek toegankelijk te maken. In de Nota 2000 worden gezondheidsbeleid (gericht op de gezondheid van mensen) en gezondheidszorgbeleid (gericht op voorzieningen) polemisch naast elkaar gesteld. De achtergrond daarvan is het toenemende besef dat de gezondheidszorg als voornamelijk curatieve voorziening slechts een marginale invloed heeft op de gezondheidstoestand van de bevolking. Die gedachte is niet nieuw, maar wel de poging om dit idee als uitgangspunt te nemen voor het overheidsbeleid. Op de studiedag had met name prof. Idenburg, scheidend voorzitter van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, veel lof voor deze intenties van de nota. "De betekenis van de nota schuilt in het perspectief op de gezondheidszorg dat hier wordt gepresenteerd. De grote waarde van het perspectief is dat het de aandacht verlegt van de bedoelingen van gezondheidszorgbeleid naar de beoogde effecten ervan in gezondheid. Perspectief en beleid moeten goed worden onderscheiden. Een perspectief is geen beleid. Als je de nota als een beleidsnota gaat behandelen kom je met onzin".

Anders dan Idenburg, maar even sceptisch ten aanzien van de concrete beleidsvoornemens, relativeerde Van der Zee, medewerker van het NIVEL, het beleidsgedeelte van de Nota 2000. Bij het doorlezen van dit lijvige beleids-

document stuitte hij op het volgende zinnetje: *"Essentieel is dat het 'blijkbaar' in de gezondheidszorg moeilijk is om uitgangspunten om te zetten in concreet beleid"*. Blijkbaar is het beleid geen succes, zo stelde v.d. Zee, op grond van een uitspraak van één van de auteurs; van de Nota 2000, Evert Dekker. Deze stelde op persoonlijke titel dat beleidsvorming plaatsvindt bij de direct belanghebbenden in de gezondheidszorg. Van der Zee concludeerde daaruit het volgende: *"De auteur stelt dat het eigen departementale beleid zelfs van binnen uit wordt ondergraven in een eindeloze adviesprocedure tussen overheid en uitvoeringsorganen. Het 'blijkbaar' uit het net aangehaalde zinnetje zou wel op deze gang van zaken kunnen slaan. De onmacht om financiering en planning in één hand te kunnen krijgen is kenmerkend voor Nederland"*.

De discrepantie tussen een falend overheidsbeleid en het wonderschone perspectief van de Nota 2000 kwam pas goed naar voren bij de paneldiscussie op het eind van de studiedag. Hans van der Wilk, coördinator van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (als patiëntenvertegenwoordiger niet uitgenodigd om een inleiding te houden) stelde de organisatoren in het ongelijk door een haarscherpe schets te geven van de knelpunten in de gezondheidszorg:

- het versnipperde geheel van personen en instituties in de gezondheidsdienstverlening houdt zich teveel bezig met territoriumgevechten: een onderlinge strijd om de financiële middelen en met sectorsgewijze professionalisering en doelstellingenontwikkeling;
- het financiële systeem onttrekt zich aan maatschappelijke regulering;
- de patiënt/consument heeft als betaler en afnemer van de dienstverlening niets of zeer weinig te zeggen.

In de daarop volgende discussie hield Van der Wilk een fel pleidooi, ondersteund door applaus uit de zaal, tegen de Januskop van de overheid: *"De te verwachten beleidsmaatregelen, die nu voorbereid worden door de commissie Dekker, staan lijnrecht tegenover de ideeën van de Nota 2000. Er worden wel mooie verhalen geschreven, maar tegelijk snijden de actoren elkaar de keel af"*.

Naast deze forse uitspraken waarschuwde Hans van der Wilk ervoor dat de patiëntenbeweging de te verwachten stelselwijzigingen in de ziektekostenverzekering (600 miljoen aan eigen bijdragen/eigen risico's) niet geruisloos zal laten passeren. In een toelichtend gesprek bleek Van der Wilk te denken aan een veel hardere opstelling naar beroepsbeoefenaren en overheid. Over andere actiemiddelen liet hij zich

niet uit, maar het is niet onwaarschijnlijk dat de patiëntenbeweging zich beradert over "echte" actiemiddelen: een advertentiecampagne en misschien zelfs wel een boycotactie. Zal de patiëntenbeweging nu eindelijk eens een echte beweging worden? Een beweging die tegengas geeft aan de patiënt-onvriendelijke maatregelen, bijvoorbeeld tegen de eigen bijdragen, die het tweede kabinet Lubbers op het terrein van de gezondheidszorg dreigt te nemen?

Eerdere voornemens met betrekking tot de eigen bijdragen zijn met een sissers afgelopen. Van der Wilk vreest echter dat het nu echt menens gaat worden: de regering zal het karwei (en de patiënt? G.G.) afmaken.

Een ander "hot item" dat op de studiedag heftig bediscussieerd is, werd door C. Glerum, directeur van de Joint, de landelijke koepel van het maatschappelijk werk; aan de orde gesteld: ziekenhuizen zijn bezig een nieuwe markt binnen de eerste lijn te creëren. Wanneer de eerste lijn niet bedrijfsmatiger gaat werken en de autonomie van de beroepsbeoefenaren niet indamt, zal, zo luidde zijn stelling, de eerstelijnszorg de concurrentieslag met de tweede lijn gaan verliezen. Glerum signaleerde dat directies van ziekenhuizen steeds meer een blik werpen op de eerste lijn. Directies proberen effectieve strategieën te ontwerpen om de ruimte, die hen intern door de budgettering ontnomen wordt, elders te verwerven.

Oratio Pro Domo

Hoe dit inhoudelijk ingevuld kan worden werd duidelijk op het andere congres dat in november over de eerstelijns problematiek gehouden werd: *"Thuiszorg, droom of realiteit"*. Daar probeerde V. Baalman, beleidscoördinator bij het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), een inhoudelijk tegenwicht te vormen voor de verminderde politieke steun, waarmee ziekenhuizen in dit tijdsgewricht geconfronteerd worden. Hij sprak over de rol van de intramurale voorzieningen bij de ontwikkeling van thuiszorg en thuisverpleging, waarbij hij de gekunstelde scheiding, die de term tweedelijns gezondheidszorg suggereert liever overbrugt dan accepteert.

Beleidsmatig lijkt het volgens Baalman wel of ziekenhuiszorg niet meer mag. Waar hij zich zorgen over maakt is de vraag of de beleidsmatige opstelling ten opzichte van de ziekenhuiszorg niet eerder de thuiszorg schaadt dan baat.

"Tussen opname in liet ziekenhuis en thuiszorg bevindt zich namelijk nog een scala van zorgverleningsmogelijkheden die ziekenhuiszorg genoemd

worden, omdat het ziekenhuis als organisatie ze verleent, doch die qua vorm meer hebben van thuiszorg. Bijvoorbeeld deeltijdbehandeling en deeltijdverpleging, poliklinische zorgvormen, het verzorgen van maaltijden voor thuisgebonden. Kennelijk zijn ook de ziekenhuizen meegegaan met de ontwikkeling van de vraag naar nieuwe zorgvormen, vaak spontaan door de ontwikkelingen binnen een specialisme, soms gedwongen op zoek naar ontlasting van het instellingsbudget of de beperkte capaciteit".

Baalman's stelling is (begrijpelijk gezien zijn voorgaande verhaal en gezien de belangen die hij vertegenwoordigt) dat hoogwaardige thuiszorg alleen van droom naar realiteit kan geraken als de verschillende zorgvormen, verleend door intramurale, semi murale en extramurale voorzieningen als aanvullend en ondeelbaar worden gezien, ongeacht de organisatorische eenheid waarlangs financiering en personele afwikkeling plaatsvinden. Een hoogwaardige thuiszorg, zo was de boodschap van Baalman, is pas mogelijk als er één zorgcircuit is: één geheel van (semi-) residentiële voorzieningen gekoppeld aan thuiszorg. Het is duidelijk, en Baalman ontkende dit ook niet in het forum dat zijn inleiding een oratio pro domo is, een ziekenhuisverhaal dat gelanceerd wordt, omdat ziekenhuizen er belang bij hebben om aan te sluiten bij de maatschappelijke ontwikkeling naar meer thuiszorg. Als tegenwicht schetste Hans Achterhuis het gevaar van de medicalisering van de levensruimte via de thuiszorg: Artsen houden medisch-technisch toezicht tot in alle uithoeken van de maatschappij.

Hoewel op beide congressen de inhoud centraal stond, gaat het momenteel slechts om twee zaken: de centen en een zich bedreigd voelende intramurale gezondheidszorg die een begerig oog werpt op de terrein van de thuiszorg.

De mooie praatjes kunt u, als u wilt, binnenkort in de nog uit te brengen congresverslagen lezen, over de gaatjes (van Ruding en de ziekenhuisdirecties) bent u nu alvast geïnformeerd.

..

... Of is het misschien psychisch?

Begripsverwarring,
onmacht
en concurrentie
in de hulpverlening

"...of is het dan misschien psychisch?" luidt de titel van het laatste hoofdstuk van het boek "Dokteren aan vrouwen". Ingrid Baart wijst er in dat hoofdstuk op dat in verband met vrouwen het woord "psychisch" nogal gauw valt in de huidige gezondheidszorg.

Vervolgens gaat ze in op de dilemma's die dat voor de vrouwengezondheidsbeweging met zich meebrengt. Is het een vooruitgang, vergeleken met bijvoorbeeld het wegopereren van alsmat meer baarmoeders? Of zet zo, naast de medicalisering de *psychologisering* in, die het leven in psychologische termen giet en vrouwen op zichzelf en haar eigen (on)vermogens terugwerpt?

Niet alleen de vrouwengezondheidsbeweging stuit op dergelijke dilemma's. Op een telkens net andere, maar toch vergelijkbare wijze, hebben mensen er behalve als vrouw ook als werkeloze of overwerkte, als WAO-er of buitenlander, als scholier of ongeschoolde mee te maken. Daarbij is het voor de betrokkenen niet in de eerste plaats belangrijk wat nu volgens de hulpverleners bij wie ze aankloppen de *waarheid* over hun leven is, maar hoe ze *benaderd* worden. Tot welke hulpverlening geeft het begrip "psychisch" aanleiding? Hoe laveert die hulpverlening heen en weer tussen gesleutel aan het lichaam en gemorrel aan de samenleving?

In het nabije verleden zijn er markante voorbeelden te vinden van de gevolgen voor patiënten van de manier waarop hulpverleners over "de psyche" denken. Zo woedde er eind jaren veertig in de Nederlandse huisartsenwereld een bewogen discussie over de vraag of er al dan niet een "*ticket modérateur*" moest worden ingevoerd: een eigen bijdrage van de patiënt die een rem op het spreekuurbezoek zou zetten. De tegenstanders waren niet alleen van mening dat daarmee de tijdige onderkenning van ziektes schade zou lijden, maar hadden een tweede, zwaarwegend, argument. Er mochten dan veel mensen op het spreekuur komen bij wie, ook na "grondig lichamenteel onderzoek", geen afwijkingen te vinden waren, dat betekende niet dat die mensen gezond waren. Klagen is niet gezond. Ook wie klaagt zonder "anatomisch substraat" heette het, is ziek. Zo iemand heeft, om precies te zijn, een "neurose". Deze opvatting won een brede schare aanhangers en dat droeg er toe bij dat de discussies over het "*ticket modérateur*" gaandeweg verstomden, begin jaren vijftig. Alle zieke mensen moesten bij de huisarts terecht kunnen, ook "de brede groep der neurotici".

De manier waarop hulpverleners over "de psyche" denken, heeft vaak verstrekken gevolgen voor patiënten en die denkwijze verandert in de loop van de tijd. In de jaren zestig is het idee gaan tanen dat bange, treurige, opgejaagde mensen ziek zijn. Een van de vele factoren die daarbij een rol speelde, was dat dokters in hun Balint-groepen (waarin zij onder begeleiding van een psychiater met elkaar over hun werk praatten) "ontdekten" zelf ook wel eens last van dergelijke emoties te hebben. De geneigdheid tot psychisch lijden werd niet langer als een pathologische vervorming, maar als een algemeen menselijke aanleg beschouwd. De uitvinding van het epidemisch karakter van de neurose was aanleiding om niet langer over het ticket modérateur te soebatten. De afschaffing van het idee dat haast elke patiënt een neurose heeft betekende niet dat nu ook de eigen bijdrage weer van stal werd gehaald. Mensen die met problemen bij de dokter kwamen waren in de ogen van de huisartsen aan het einde van de jaren zestig namelijk geen profiteurs: zij waren *slachtoffers*. Zij waren slachtoffers van hun omgeving. Immers, als hun ellende niet voortkwam uit een afwijkende persoonlijkheidsstructuur, dan moest de omgeving er de oorzaak van zijn. De opvattingen over de aard van de sociale omgeving sloegen eind jaren zestig dan ook radicaal om. In plaats van een gemeenschap waar "wij allen" deel van uitmaken, ging men de samenleving zien als "de structuren" die ieder individu tegenover zich vindt. In plaats van het idee dat iedere mens de taak heeft zich zo goed mogelijk aan zijn of haar omgeving aan te passen, kwam het idee dat mensen door de structuren onderdrukt worden. Veel hulpverleners vonden dat daaruit volgde dat echte hulpverlening zich ook op de omgeving dient te richten, dat zij de maatschappij moet verbeteren. Dat wil echter niet zeggen dat dat de maatschappij ook verbeterd werd. De nieuwe opvattingen hadden wel gevolgen: bijvoorbeeld dat huisartsen enthousiast werden voor samenwerking met het maatschappelijk werk, waarvan ze deskundigheid met betrekking tot "de maatschappij" verwachtten. Of dat er "werkers" van de nieuw opgerichte gezondheidscentra in het actiecomité voor betere kinderspeelplaatsen zitting namen.

Halverwege de jaren zeventig raakte het idee dat hulpverlening heel de maatschappij veranderen moet al weer in de verdrukking. Het nieuwe toverwoord, medicalisering, bleek niet alleen geschikt om het oprukken van ziekenhuisbevallingen en screening op

hoge bloeddruk mee te kritiseren, maar ook om op sociale actie te gaan vitten. Maakte de bemoeienis van hulpverleners met het verbeteren van leefomstandigheden de mensen niet te afhankelijk? Het ideaal om over iedere patiënt de volle waarheid te achterhalen, kreeg een flinke deuk. De psychische achtergrond van somatiseringen hoefde niet langer ontmaskerd te worden en de maatschappij al evenmin. Huisartsen leerden dat ze zich niet af moesten vragen "wat mankeert deze patiënt?" maar "waarom komt deze patiënt hier en nu bij mij?" De hulpvraag diende centraal te staan in de methode van hulpverlening. Behalve het stellen van een vraag, wordt er gaandeweg van patiënten nog meer verwacht. Ze moeten wat doe! Zo komen we in de jaren tachtig. Mensen, heet het in de jaren tachtig, hebben problemen. Ze hebben veel en uiteenlopende problemen. En of die problemen nu door hun opvoeding, hun werk, de discriminatie die ze onder vinden of hun lastige echtgenoot komt: ze zullen er zelf iets aan moeten doen. Er duiken nieuwe voorstanders van eigen bijdragen op, die vinden dat mensen alleen iets moeten doen, dat ze voor zichzelf moeten zorgen en zich verder koest moeten houden. De meeste hulpverleners vinden dat mensen niet zomaar tot activiteit gemaand moeten worden, maar dat ze er zondig bij moeten worden geholpen. Maar *wat* moeten mensen die volgens hulpverleners "psychische problemen" hebben (leren) doen? Daarover verschillen de meningen. In dit themadeel komen een aantal van die meningen naar voren. Hulpverleners vinden dat mensen die psychische problemen hebben *keuzes* moeten maken - en de stap leren nemen bij hun alcoholische man die hen dwars zit weg te gaan. Ze vinden dat je psychische problemen soms op kunt lossen door je lichaamsbeheersing te *trainen* - zodat je niet langer hyperventileert. Ze vinden *praten* een mogelijke manier om met psychische problemen om te gaan; praten over conflicten met werkgevers en schoonouders: praten om zo je eigen beperkingen onder ogen te leren zien. Ze vinden dat het kan helpen om bij de fysiotherapeut op de bank te gaan liggen en *gemasseed* en *gestreeld* te worden. Ze vinden nog wel meer, of ze weten het niet: de meningen lopen uiteen.

Over "onderdrukkende structuren" hoor je in de jaren tachtig zelden meer spreken. Toch zijn veel hulpverleners de *sociale werkelijkheid* beslist niet vergeten. Over de verhouding tussen die sociale werkelijkheid en psychische problemen doen een aantal opvattingen de ronde. Nu eens wordt ge-

probeerd psychische en sociale problemen of aspecten van problemen uit elkaar te halen: spanning, heet het dan, is iets psychisch, slechte huisvesting iets sociaals. Dan weer zoekt men naar de sociale oorzaken van psychische problemen en stelt men zich de vraag of slechte huisvesting verantwoordelijk is voor de spanningsklachten van deze of gene patiënt. Deze benaderingen zijn heel verschillend: in de praktijk lopen ze dikwijls bont door elkaar. Het prachtige begrip "*psychosociaal*" wordt dan ook nu eens aan de ene, dan weer aan de andere benadering verbonden.

Wat moet er met "het sociale" dat problemen veroorzaakt of een probleem vormt, gebeuren? Ook daarover lopen de meningen van de hulpverleners die in dit thema deel aan het woord komen, uiteen. Een aantal van hen (maatschappelijk werkers) ziet de samenleving niet als een gemeenschap waar ieder mens deel van uit (hoort te) maken, en evenmin als de structuren waar elk individu tegenover staat maar als een jungle waarin ieder zich een pad moet banen. Zij beschrijven sociale problemen als de moeilijkheden die mensen hebben bij het vinden van een weg in het *doolhof* van regels, voorzieningen, opleidingen en rechten waaruit de maatschappij bestaat. De taak van de hulpverlening is dan om mensen te leren zich in dat doolhof te bewegen, hoe ingewikkeld dat ook is. Over "sociale actie" samen met de patiënten klinkt nog maar weinig enthousiasme. Dit, niet alleen vanwege het gevaar voor "medicalisering", menige hulpverlener heeft bovendien de hoop verloren dat er op dit moment iets te verbeteren valt. Wie alle bijdragen aan dit themadeelleest, merkt dat dat niet voor iedereen geldt. Sommigen zien voor zichzelf nog een rol in "de politiek" weggelegd.

Er zijn verschillende manieren om tegen de psyche aan te kijken en daar zitten verschillende manieren van hulpverlening aan vast. Wie over "neurotici" spreekt, is tegen een eigen bijdrage. Wie "somatiseren" als "aanstellen" beschouwt, zal niet vlug tot sociale actie overgaan. Enzovoort. Toch is het verband tussen het oordeel dat een hulpverlener over een situatie heeft en de handelingen die daaraan vast zitten, niet gegeven met het oude schema: klacht, daaruit volgt diagnose, daaruit volgt therapie. Op alle mogelijke manieren wordt van dat schema afgeweken, op "psychisch" gebied net zo goed als in de rest van de gezondheidszorg. Heeft die meneer hartklachten? Dat zal wel: hij is te dik, maar hij valt toch niet af, dus hij krijgt pillen. Heeft die mevrouw hoofdpijn?

Dat zal wel, haar bovenburen houden haar telkens uit haar slaap, maar die zijn niet uit hun huis te jagen, dus dan maar ontspanningsoefeningen. Wie wil begrijpen wat er in de hulpverlening gebeurt, komt er niet met het in kaart brengen van "patiënten" en "problemen". Er zijn nog series meer factoren om mee te rekenen.

Een van de vele factoren die mee bepaalt wat er in de gezondheidszorg met "psychische problemen" gebeurt, is de *strijd* om de *hulpverlening*. De organisatie van de gezondheidszorg is nu eenmaal geen resultante van de verstandige beslissingen van onpartijdige buitenstaanders, maar het product van een voortdurend terreinvecht. De vraag *welke* hulp er verleend gaat worden is immers gekoppeld aan de vraag *wie* er in *welke* setting hulp mag verlenen. Daarbij spelen tal van overwegingen een rol. Zijn "psychische problemen" glibberiger dan harde somatiek en boeiender dan formuleren invullen? Leveren ze genoeg geld op om de claim ze op te kunnen lossen, de moeite waard te maken? Wat er in de strijd om de hulpverlening voor patiënten ook te winnen en te verliezen valt, voor de huisarts en de maatschappelijk werk(st)ers, de psychologen en de psychiaters, de fysiotherapeuten en de wijkverpleging heeft die strijd ook met geld, macht en status te maken.

Het zal toch!

„Psychische klachten” zijn moeilijke klachten. Voor patiënten en voor hun dokters. Wanneer er op het somatische vlak geen afwijkingen gevonden kunnen worden, komen termen als „psychisch, spanningen, zenuwen, overwerktheid, stress of surmenage” al snel op tafel. Voor patiënten betekent dit vaak een bedreiging: „Heb ik dan schuld aan het ontstaan van mijn klachten of ben ik niet op z'n minst te zwak om me in m'n situatie staande te houden?”

Ook voor artsen zijn deze klachten een probleem. Alleen al omdat de overtuigingskracht van de „psychosociale” verklaring van de klachten het, in de ogen van veel patiënten en dokters, niet haalt bij die op grond van lichamelijke oorzaken.

Dick Willems verheldert aan de hand van praktijkvoorbeelden de problemen voor dokters en patiënten in het omgaan met deze klachten. Bieden de concepten uit de zeventiger jaren, als de „levensloopgeneeskunde” en de „gezinsgeneeskunde” een mogelijke uitweg uit dit moeilijk begaanbare terrein?

Dick Willems

Over de moeilijkheid van het omgaan met spanningsklachten

De heer De Vries is een gezonde der-tiger met een verantwoordelijke en, zoals hij zelf zegt, interessante baan in het bedrijfsleven.

Nooit klachten, altijd kerngezond. Op een nacht wordt hij wakker met hevig stekende pijn links in zijn borstkas, waarbij zijn hart snel en hard bonst. Hij schrikt flink, maakt zich klaar om een dokter te bellen, maar voelt dan de pijn langzaam wegtrekken en het hart rustiger worden. Voor hij de volgende ochtend zijn dokter bezoekt heeft hij weer zo'n aanval, maar in de spreekkamer is er niets meer aan de hand. Zijn huisarts kan niets vinden, maar vertrouwt het - blijkbaar - niet geheel: er moeten foto's en een ECG gemaakt worden. Ook dit levert niets op. In een volgend gesprek begint de huisarts over spanningen, drukte en dergelijke, hetgeen de heer De Vries resoluut van de hand wijst. Hij werkt al jaren zo hard, heeft er veel plezier in en nooit de minste last gehad. Als dat soort dingen de oorzaak van zijn klachten waren, dan was hij er zelf wel op gekomen, want hij weet in het algemeen goed wat er met hem aan de hand is; hij heeft al het één en ander meegemaakt, dus dat is toch erg onwaarschijnlijk. Zijn huisarts verwijst hem naar een cardioloog.

Mevrouw Van Es wordt al jaren gekweld door hevige buik- en rugpijnen, die het haar onmogelijk maken een normaal leven te leiden en die haar gezin beheersen. Al jaren is daar door een legertje artsen uitgebreid onderzoek naar gedaan, maar steeds zonder enig resultaat. Steeds weer wordt haar verzekerd, dat zij lichamelijk gezond is, waaruit zij konkludeert, dat de artsen eigenlijk bedoelen, dat het psychisch is. Eén van de huisartsen, die ze in de loop van de jaren heeft gehad, zei dat ook met zoveel woorden, hetgeen voor mevrouw Van Es een reden was om een andere huisarts te zoeken. Na enkele jaren bereikte zij de hoogste regionen van de Nederlandse specialistische geneeskunde, het AMC, en ook daar werd aanvankelijk niets gevonden. Een serie nierfoto's bracht echter een "wandele nier" aan het licht. "Wandelende nieren" geven in het algemeen geen klachten, zodat het zeer de vraag is, of de klachten van mevrouw Van Es hierdoor verklaard kunnen worden. Voor haar was het echter een grote opluchting, omdat ze langzamerhand het definitieve oordeel "psychisch" wel erg sterk naderbij voelde komen.

,niet psychisch zijn?

Twee verhalen van mensen, die er om verschillende redenen moeite mee hadden, dat hun klachten uit psychische oorzaken verklaard werden. Bij beide verhalen was ik als huisarts minstens gedeeltelijk betrokken en beide keren ging het voor mij om moeilijke problemen. Veel minder dan bij een simpel somatisch probleem, had ik in deze gevallen een techniek, een protokolof een beleid tot mijn beschikking.

Ik wil in dit artikel proberen enkele factoren te belichten, die "psychische klachten" voor patiënten en voor dokters tot moeilijke klachten maken en een aantal ideeën te ontwikkelen voor het werken aan deze moeilijkheid. Ik zal verschillende termen als synoniemen gebruiken, niet alleen uit zorg voor de leesbaarheid, maar ook omdat dat is de werkelijkheid weerspiegelt: artsen gebruiken voor klachten, waarvan zij denken, dat ze niet door somatische oorzaken alléén verklaard kunnen worden, een heel scala aan termen: psychisch, psychosociaal, spanningsklachten, stress, emotionele klachten e.d., tot aan duidelijk minachtende kwalificaties als "het zit bo-

ven de wenkbrauwen". Ik zal de eerste drie van deze termen door elkaar gebruiken.

Schuld en zwakte

Meneer De Vries krijgt in het tweede consult over zijn pijn op de borst ongeveer het volgende te horen: *"Uw hart slaat bij vlagen te snel, en als dat lang duurt geeft het een pijngevoel. De reden hiervoor is, dat U ongemerkt toch begint te reageren op de voortdurende stress van Uw beroep. Het is een teken, dat de spanning van het werk wat te veel aan het worden is, en dat U er niet in slaagt om die spanning op een gezonde manier te ventileren"*.

Een dergelijke "verklaring" (over de vraag, of dit een verklaring mag heten, hebben we het verderop) bevat twee belangrijke bronnen voor weerstand bij degene, die hem aanhoort. De eerste is, dat meneer De Vries in zekere zin zelf schuld heeft aan het ontstaan van zijn klachten. Hij gaat verkeerd met de spanningen om, die zijn werk met zich meebrengt. Al jaren kropt hij zijn ontevredenheid over bepaalde, klanten op en blijft tegen ze glimla-

chen, al jaren laat hij zich thuis door zijn werk achtervolgen. Dit, zegt de dokter, is fout. *U bent jaren fout met Uw spanningen omgesprongen, en daarvan krijgt Unu de rekening gepresenteerd*.

Het idee, dat het etiket "psychisch" heel vaak ook "eigen schuld" betekent, is een belangrijke reden voor mensen om zich tegen psychologische verklaringen van hun problemen te verzetten en een medische te prefereren. In een recent onderzoek naar de medicalisering van het overactieve en onhandelbare kind! komen we iets dergelijks tegen. Eén van de voornaamste redenen, waarom ouders het stellen van de diagnose Minimal Brain Dysfunction bij hun kind als een opluchting ervoeren, was, dat daarmee de schuld van hun schouders werd genomen. Een lichamelijke afwijking, en niet een gebrekkige opvoeding, bleek de oorzaak van het moeilijke gedrag van hun kind.

Er is nog iets anders aan de hand met de verklaring, die meneer De Vries voor zijn klachten krijgt. Hij heeft niet alleen fout gereageerd op de stress in zijn werk, maar ook is gebleken dat hij



Foto: Hollandse Hoogte Bob Bronshoff/fregen

... Of is het misschien psychisch?

op de lange duur niet bestand is tegen de eisen, die dat werk stelt. Hij is blijkbaar, hoe intelligent hij ook is, te **zwak** voor dit werk. Misschien is hij dat altijd geweest, heeft hij altijd op zijn tenen moeten lopen, misschien ook begint zijn spankracht langzaamaan terug te lopen en zijn deze klachten (aangenomen dat het klopt, wat zijn huisarts zegt) een teken, dat hij zijn top gehad heeft. Spanningen, die zijn collega's naar het schijnt goed aan kunnen, zijn teveel voor hem aan het worden. Ook hier leverde het MBD-onderzoek een soortgelijke resultaat: voordat zij "wisten wat er aan de hand was", voelden ouders het gedrag van het kind als een bewijs van hun onvermogen het naar behoren op te voeden. De diagnose MBD bracht de oplossing: kleine storingen in het functioneren van de hersenen van het kind verklaren zijn gedrag en maken het tot een moeilijk opvoedbaar kind, een kind, dat anders is dan anderen en daardoor andere, zwaardere eisen stelt aan zijn opvoeders. Niet het tekortschieten van de ouders is de oorzaak van de problemen, zo zegt de diagnose MBD, maar het haperen van de hersenen van het kind.

Is het toevallig, dat het thema "schuld", zoveel sterker op de voorgrond treedt bij "psychische" dan bij "somatische". klachten (omdat onderscheid nog maar even te gebruiken)? Niet, zolang wij het lichaam beschouwen als deel van de natuur, als iets wat je hebt; niet zolang iemand van zichzelf kan zeggen "Ik heb nu eenmaal een rottige rug, maar wat ik niet doe, is bij de pakken neerzitten". Aan het eerste is blijkbaar niks te doen, maar aan het tweede des te meer, dus als dat niet lukt is het eigen schuld. Daar komt bij dat in de westerse samenlevingen het individu aansprakelijk is voor wat hij doet, voor hoe hij reageert etc. De individualisering van de samenleving brengt een versterking van het idee van schuld met zich mee.

Bang voor niets

Meneer De Vries was angstig over de pijn die hij had. Op het eerste moment dacht hij dat hij dood ging en toen de pijn over ging hield hij het idee, dat er iets ernstigs met zijn hart aan de hand was. Bovendien was hij begrijperlijk-kerwijs doodsbenauwd, dat de pijn terug zou komen - het was immers begonnen toen hij rustig lag te slapen? Het bezoek aan de dokter stelde hem

niet bepaald gerust: deze zei wel, dat zijn bloeddruk goed was en dat hart en longen naar behoren functioneerden, maar er moesten toch - "voor alle zekerheid" - een EeG en een röntgenfoto gemaakt worden. Daarna duurde het een aantal dagen voordat de uitslagen bekend waren, terwijl hij in toeneemende mate aanvallen kreeg en het gevoel had, dat het aanvankelijk misschien wel onschuldig had kunnen zijn, maar dat zijn hart deze herhaalde aanvallen niet lang meer zou uithouden. De pillen, die zijn dokter hem had gegeven - naar deze zei, om het hart rustig te houden - hielpen niets, wat het vertrouwen in zijn verklaringen nog verminderde.

Begrijpelijk dat meneer De Vries er moeite mee had, toen zijn dokter hem vertelde, dat alles toch echt in orde was en dat hij zich dus voor niks zorgen had gemaakt. Dat betekende dat De Vries, die normaal gesproken niet bang was, zich anderhalve week voor een hersenschim doodsbenauwd had zitten maken, dat hij in een toestand van voortdurende paniek had verkeerd voor helemaal niets. De diagnose van zijn huisarts ("*een op zichzelf onschuldige reactie op psychische spanningen*") maakte achteraf gezien die gehele angstige periode volstrekt overbodig en daarmee in de ogen van De Vries enigszins belachelijk.

Hoewel het natuurlijk vrijwel iedereen in eerste instantie geruststelt, wanneer blijkt dat het hart goed functioneert, is het anderzijds voor veel mensen moeilijk te geloven, dat al hun angst en zorgen voor niets zouden zijn geweest. Blijkbaar hebben ze zich laten meeslepen door een absoluut niet gefundeerde angst. Dit gaat in tegen één van de eisen, die onze cultuur aan volwassen mensen stelt: dat je je gevoelens in de hand houdt. Meneer De Vries zou zich schamen, wanneer hij zich zo zou hebben laten gaan en in paniek zou zijn geraakt door een waande. Dit is één van de redenen, waarom hij de visie van zijn huisarts niet kan delen en vraagt om een verwijzing naar een cardioloog.

De heer De Vries is op een vrij gangbare wijze gerustgesteld: "*Niets ergs aan de hand*". Maar wat wil dat eigenlijk zeggen, "gerustgesteld"? Het lijkt neer te komen op de ontkenning van de last, die hij gehad heeft, en van de hevige pijn, die hij toch werkelijk gevoeld heeft. Hoe goed ook verpakt ("*dat wil niet zeggen, dat U geen pijn hebt gehad maar alleen dat het niet*

aan Uw hart lag"), toch blijft voor de heer De Vries deze geruststellende mededeling, een ontkenning van zijn lijden inhouden.

Tweederangs patiënt

Eén van de successievelijke huisartsen van mevrouw Van Es zei, nadat ze weer eens zonder resultaat door een specialist was onderzocht, dat nu toch wel alle mogelijkheden waren nagegaan en dat er nooit één enkele afwijking was gevonden. Het werd nu toch wel tijd om eens serieus na te gaan of er geen psychische oorzaken meespeelden. Dit is een niet ongebruikelijke, hoewel veel bekritiseerde gang van zaken: eerst worden lichamelijk afwijkingen uitgesloten, daarna gaat de deur open voor meer psychologische verklaringen. Zoals Van Aalderen herhaaldelijk heeft gezegd: het is in onze geneeskunde erger om een (lichamelijk) zieke ten onrechte gezond te verklaren, dan om een gezonde ten onrechte ziek te verklaren. Het wordt als een zwaardere fout beschouwd om klachten ten onrechte toe te schrijven aan psychische factoren dan om ze ten onrechte te verbinden met afwijkingen in het lichamelijk functioneren.²

Klachten als die van mevrouw Van Es worden vaak pas als spanningsklachten benoemd, wanneer na soms zeer uitgebreid onderzoek - waarbij de kans natuurlijk groot is, dat er uiteindelijk wel eens "iets" gevonden wordt, zoals nu bij mevrouw Van Es ook is gebeurd - gebleken is dat er geen ernstige lichamelijke afwijkingen achter zitten. "Psychische verklaringen" zijn met andere woorden vaak een **tweede keus**, het is het soort verklaringen, om het sterk uit te drukken, waar de dokter mee aan komt, als er helemaal niets anders meer te bedenken valt. Meneer De Vries en mevrouw Van Es voelen zich, nu ze met een tweederangsverklaring naar huis worden gestuurd, tweederangs patiënten. Nog afgezien van het feit dat lichamelijke afwijkingen maatschappelijk gezien een hogere status hebben dan spanningsklachten ("*liever een gebroken been dan hyperventilatie*") is dit dus ook vaak medisch het geval. Een "wandelende nier", dat is een ziekte waar je mee kunt verschijnen en waarvan het recht ontleend kan worden om je als zieke te gedragen; buikkrampen veroorzaakt door ontevredenheid met het leven zijn dat niet. Dat geldt zowel

voor mevrouw Van Es, als ze het haar gezin vertelt, als voor de dokter, als deze het haar vertelt.

De gevolgen

Stel meneer De Vries had te horen gekregen dat zijn klachten veroorzaakt werden door boezemfibrilleren en dat hij daarvoor de rest van zijn leven medicijnen moest gebruiken. Dit zou een ellendig vooruitzicht zijn en De Vries zou er waarschijnlijk veel voor over hebben om hieraan te ontkomen. Toch heeft deze verklaring één groot voordeel: medicijnen zullen de klachten doen verdwijnen en wanneer dat niet lukt is het in ieder geval deels de verantwoordelijkheid van de arts om daar iets aan te doen. De verantwoordelijkheid voor het verdwijnen van de klachten ligt dan in ieder geval deels bij een ander. Dit is niet het geval, wanneer spanningen de bron van de klachten zijn. Hoewel iedere arts het tot zijn taak zal rekenen om met een patiënt te praten over de mogelijkheden om die spanningen op te heffen, of ze van hun nadelige gevolgen te ontdoen, moet De Vries het uiteindelijk zelf doen. Mocht hij valium voorgeschreven krijgen, dan weet hij, tenminste als zijn huisarts hem dat heeft verteld, dat dit de oorzaak niet wegneemt, maar hoogstens even rust geeft voor de echte strijd begint. Mocht meneer De Vries bij de maatschappelijk werker terecht komen, dan begint die met te zeggen, dat hij wel steun kan geven, maar dat De Vries van hem zeker niet de oplossing voor al zijn problemen moet verwachten. Hoe kan het ook anders, wanneer de klachten eigenlijk zijn eigen schuld zijn, en het gevolg van zijn zwakheden en zijn fouten? De behandeling van psychische klachten, die er meestal op neer komt dat mensen ertoe worden aangezet om zelf iets aan hun situatie te veranderen, versterkt het idee dat het toch allemaal maar eigen schuld is. In de eerste jaren na de "ontdekking", dat veel somatische klachten een niet-somatische achtergrond hebben, was vaak de opvatting te horen, dat de meeste patiënten al geholpen zouden zijn, als ze maar eenmaal zouden weten wat de echte psychische of sociale achtergrond van hun klachten was. Kennis van de werkelijke achtergronden zou volgens dit idee het belangrijkste deel van de verandering zijn. Dit blijkt bij meneer De Vries niet zo te zijn: een deel van zijn verzet tegen een dergelijke

verklaring van zijn klachten komt juist voort uit de vrees, dat hij er maar weinig mee opschiet en er bepaald niet mee van zijn klachten af is.

De dokter

Voor haar huisarts hoort mevrouw Van Es bij de categorie van de moeilijke patiënten. Waarom? Omdat hij aan één kant precies denkt te weten wat er aan de hand is en wat er in ieder geval niet moet gebeuren: dat ze steeds verder in de tweede lijn verzeild raakt. Maar aan de andere kant slaagt hij er niet in om haar van deze mening te overtuigen. Met andere woorden: de arts en mevrouw Van Es hebben een tegengestelde visie op de achtergrond van haar klachten. De arts meent, dat zij lichamelijk goed funktioneert, dat het goed is als dat haar duidelijk gemaakt wordt, en dat haar klachten hun oorsprong hebben in een verborgen ontevredenheid met haar leven. Daarover, zegt hij, moeten we het hebben. Hij stelt dus bij herhaling de psychische en sociale kant van haar problemen aan de orde en maakt daarbij gebruik van de rijke terminologie die zich op dit gebied heeft ontwikkeld: spanning, angst, stress, onverwerkt verdriet en dergelijke - hij is zeker niet één van die huisartsen, die denken met de uitspraak "*het is psychisch*" de zaak opgelost te hebben. Mevrouw Van Es daarentegen blijft ervan overtuigd, dat haar lichamelijk iets scheelt en het gepraat van de dokters over spanningen ergert haar, omdat ze het gevoel heeft niet serieus genomen te worden, dat ze doen of het haar eigen schuld is, etc. De betekenis van de term "spanningen" is voor de huisarts en voor mevrouw Van Es totaal verschillend. Voor de arts is het een geruststellende term en is het de sleutel om iets aan de jarenlange problemen van mevrouw Van Es te doen. Voor haar is het juist een hinderpaal, die werkelijke aandacht voor haar kwaal en daarmee goede geneeskundige hulp in de weg staat. De gesprekken tussen haar en haar huisarts beperken zich zodoende tot discussies over de volgende verwijskaart.

Eén reden voor de moeilijkheid, die dokters ondervinden bij patiënten, wier klachten naar hun inzicht psychische achtergronden hebben, is dus het grote verschil in betekenis, wat door beiden aan termen als "psychisch", "stress", "spanning" en dergelijke wordt gehecht.

Er is echter nog een andere faktor in het spel, die spanningsklachten voor de dokter tot een moeilijke categorie maakt: er bestaat praktisch nooit een goede verklaring voor, tenminste niet een verklaring, die zich qua overtuigingskracht kan meten met "echte" medische verklaringen. Bijvoorbeeld: wandelende nieren zouden in theorie (zoals gezegd, in de werkelijkheid valt dat meestal nogal mee) buik- en rugklachten kunnen geven, zoals mevrouw Van Es ze ervaart. Dus gaat de dokter bij deze klachten op zoek naar één of twee wandelnieren, en wanneer die inderdaad gevonden worden op een röntgenfoto, dan zijn de klachten van mevrouw Van Es verklaard. Eventueel kun je nog zoeken naar een oorzaak achter de oorzaak (en zo door tot in het oneindige) maar in ieder geval is er een bevredigende en bruikbare oorzakelijke verklaring gegeven. Datzelfde lukt haast nooit bij spanningen. Er is geen specifieke relatie aange-toond tussen oorzaken en gevolgen bij spanningsklachten (bijvoorbeeld dat echtelijke spanningen in het algemeen tot buikpijn zouden leiden en een te grote werkdruk tot hartkloppingen). De meest recente poging om een dergelijk verband aan te tonen is die van Oosterhuis". Hij brengt de emoties angst, agressie en verdriet in verband met respectievelijk nekpijn, buikpijn en rugpijn. Het basisidee van dit onderzoek past naadloos in de medische benadering van klachten: bij iedere klacht hoort zonder aanzien des persoons eenzelfde oorzaak. Methodisch gezien is er teveel op aan te merken om te zeggen dat Oosterhuis een bewijs levert voor de door hem veronderstelde relaties.

Waarom is het zo moeilijk een sluitende oorzakelijke verklaring te geven voor spanningsklachten? Eén antwoord luidt, dat dit komt door de grote complexiteit: op iedereen werken zoveel psychische en sociale factoren in, dat het onmogelijk is om één of enkele van die factoren aansprakelijk te stellen voor het optreden van klachten. Een sluitende oorzakelijke verklaring voor spanningsklachten zou daardoor zeer ingewikkeld worden en zijn bruikbaarheid voor de praktijk verliezen. Een andere visie luidt, dat het niet alleen onmogelijk, maar ook onbelangrijk is om spanningsklachten vanuit hun oorzaken te verklaren; het gaat er veel meer om, te begrijpen, welke plaats een klacht in het leven van een patiënt heeft. Bij meneer De Vries zou

dat kunnen inhouden, dat de arts niet in eerste instantie zoekt naar de **oorzaak** van zijn hartkloppingen (ruzie met een klant, algehele overspanning, of een lichamelijke afwijking), maar met De Vries praat over de **betekenis** van zijn klacht: dat hij angstig wordt, zich realiseert dat ook hem iets ernstigs zou kunnen overkomen, dat hij de eerste tekenen van veroudering begint te merken, enz.

"De betekenis van de klacht". Het klinkt mooi, maar dat is vooralsnog alles. Niemand weet, hoe de betekenis van een klacht moet worden vastgesteld. Dokters hebben een uitgebreid en zich steeds verder ontwikkelend instrumentarium ter beschikking voor het vaststellen van somatische afwijkingen, die gelden als "de" oorzaak van sommige klachten, maar op het gebied van spanningsklachten staan zij met lege handen. "Psychische" klachten blijven dus moeilijke klachten. Dat is niet toevallig. Het heeft te maken met een fundamenteel probleem in de westerse geneeskunde en met het mensbeeld, dat daaraan ten grondslag ligt, waarin geest en lichaam twee verschillende "werelden" zijn. Het lichaam hoort tot de natuur, tot de biologie, en afwijkingen daarin ontstaan buiten de schuld van de zieke; het psychische daarentegen is datgene waar een mens (in onze cultuur) zelf verantwoordelijk voor is: hoe hij of zij leeft, denkt, omgaat met anderen, e.d. Deze fundamentele scheiding betekent dat dokters altijd weer voor de keus geplaatst worden: is het lichamenlijk of is het psychisch, met alle hierboven beschreven nadelen van dien. De ontwikkeling van alternatieven hiervoor is, gegeven de macht van de genoemde zienswijze, moeilijk. Er bestaan ideeën over, maar geen systematische praktijk. Bovendien lijkt de hoofdstroom van de huisartsgeneeskunde het probleem van de "psychische" klachten te willen oplossen door het te ontwijken en zich terug te trekken op problemen in het somatische werk van de huisarts. Protokollering, preventie en medische besliskunde passen binnen wat wel eens het **soma-tisch reveil** in de huisartsgeneeskunde genoemd is.

In de zeventiger jaren echter zijn ideeën gelanceerd, die het dilemma somatisch-psychisch ofwel uit de wereld zouden kunnen helpen, ofwel voor de geneeskunde een stuk minder belangrijk zouden kunnen maken. Ik doel op de levensloopgeneeskunde en de ge-

zinsgeneeskunde". Nogmaals, het zijn ideeën, die wellicht hier en daar het werk van individuele artsen beïnvloeden, maar die noch wetenschappelijk, noch praktisch tot een systematisch geheel zijn uitgewerkt. Met name de levensloopgeneeskunde is naar mijn idee een alternatief voor het dilemma psychisch-somatisch. De klachten, zo luidde de basis hiervan, die iemand in zijn of haar leven ontwikkelt, hebben altijd een plaats binnen zijn/haar levensloop en binnen deomstandigheden (gezin, maatschappij, milieu) waarin hij/zij leeft. Iedere klacht moet gezien worden als **onderdeel van een verhaal**; artsen zouden zich niet meten op die ene klacht moeten richten en bezig gaan met het opsporen van de oorzaak daarvan, maar ze zouden moeten proberen te begrijpen in welk verhaal die klacht een rol speelt. Ook hiervoor bestaat geen goede methode, en het begrip levensloopgeneeskunde, dat een mogelijke oplossing is voor de moeilijkheid van de psychische klachten, is tot nu toe een lege huls gebleven. Een verdere ontwikkeling van zoiets als een levensloopgeneeskunde zou de netelige vraag "is het dan toch psychisch" misschien niet uit de medische praktijk kunnen doen verdwijnen, maar haar toch een stuk minder belangrijk kunnen maken. ••

Literatuur

1. Vos, R. & D. Willems, Paden door een net van tekens, Scriptie RU Groningen, 1986
2. Aalderen, H. van, "Anders of steeds meer van hetzelfde", in: Hollenbeek Brouwer, J. (red), Vertrekpunten in de gezondheidszorg, Amsterdam 1982
3. Oosterhuis, W.W., Nelpijn, buikpijn, rugpijn, Utrecht, 1982
4. Es, J.e. van, Patiënt en huisarts, Utrecht 1980, P. 217 e.v.
5. Huygen, F.J.A., Family medicine, The medical life history of families, Nijmegen 1978
6. Good, B.J. & M.J. Good, "The Meaning of symptoms", in: Eisenberg, L. en A. Kleinman, (red.), The relevance of Social Science for Medicine, Dordrecht 1981

De deelnemers aan dit ronde tafel gesprek zijn *Marijke Hover, Marije Lubbers, Julia Royackers en Anneke Wubben*. Zij werken in verschillende basiseenheden van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de stad Utrecht. Ze zijn betrokken bij samenwerkingsverbanden met andere disciplines en hun werksituaties zijn in grote lijnen gelijk: ze werken alle vier in de meer achtergestelde delen van de stad Utrecht.

Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft het moeilijk. De wachtlijsten groeien en de bezuinigingen gaan ook in die sector niet ongemerkt voorbij. En..., er zijn kapers op de kust: de psychologen in de eerste lijn zijn in opmars.

Wat zijn de consequenties van deze ontwikkelingen voor de inhoud van de hulpverlening? Hugo Smeets en Hans Spijker spraken met vier maatschappelijk werkers uit de stad Utrecht. Lukt het hen, ondanks de bezuinigingen, de kwaliteit van de hulpverlening aan mensen met "psychische" problemen te handhaven? Houden zij zich alleen nog maar bezig met het oplossen van acute problemen of hebben ze ook nog tijd om het beoogde doel na te streven: het weerbaar maken van mensen.

Een openhartig vraaggesprek, waarin ingegaan wordt op de begripsverwarring rond de termen "psychisch" en "psychosociaal" en waarin ook de concurrentie met de eerstelijns psycholoog aan bod komt. De strijd rond de psychische hulpverlening in de eerste lijn is duidelijk losgebarsten...

Hugo Smeets
Hans Spijker

"De psycholoog voor de rijken, de maatschappelijk werker voor de armen"

Over de vraag wat nu precies een psychisch probleem is bestaan uiteenlopende opvattingen. Wat verstaan jullie onder een psychisch probleem?

..Als een vrouw zegt: 'Mijn man is al twee jaar werkloos, we zitten in de Bijstand, onze kinderen op de lagere school vragen steeds om speelgoed en kleding. Daar hebben we steeds ruzie over. Ik wil het ze geven en heb al bij Wehkamp besteld. Maar dan komt de rekening en die kan ik niet betalen. Daar word ik onzeker van.'

"Ja, als de mensen dat nu zo mooi formuleerden, dan was er nog niets aan de hand. Maar je krijgt vaak een stapeltje rekeningen op je bord en een vaag lang verhaal".

"Noem je dit een psychisch probleem?"

"Het is niet duidelijk psychisch, het is een probleem waar je de psychische kanten uit moet halen".

"Ik had vandaag nog een mevrouw die zat met een man die al twintig jaar aan de drank verslaafd is. Een vrouw van 48 jaar, die zich afvroeg wat ze verder met haar leven moest. Dan krijg je het hele proces van de keuze, het emotioneel gaan maken: dat is een psychisch probleem".

..O, ja? Ik vraag me dan eerder af, wat haar opleiding is.

Heeft ze geld, kan ze zich zelfstandig vestigen?"

"Maar dat zijn toch sociale problemen? Het zijn voorwaarden om tot een stap te kunnen komen. Als ze wil scheiden, dan komen al die zaken wel aan de orde".

"En als ze door 't ontbreken van geld en opleiding niet kan scheiden?"

"Dan blijft dat een sociaal probleem!"

"Er zijn heel veel vrouwen die zeggen, had ik het vroeger maar geweten. Tegenwoordig kun je naar het Blijf van mijn Lijf-huis en krijg je Bijstand. Dat was in mijn tijd niet. Dus bleven wij zitten, want waar moest je naar toe met de kinderen? Ik denk dat het zo reëel is als wat. Ik vind dat er een grote sociale component aan dit probleem zit".

"Eigenlijk doet zich zelden een geïsoleerd probleem voor. Bijna altijd is er ook een materiële basis. Als de vrouw, wanneer het "psychische" allemaal voorbij is, kiest voor een huis en een uitkering, dan kan dat geregeld worden.

"Maar zij voelt het wel als een persoonlijk probleem".

"Het hangt van de cultuur af die de vrouw u: af of zij het probleem brengt als puur psychisch. De cultuur bepaalt of er dieper ingegaan wordt op de factoren die maken dat die vrouw geen keuze kan maken".

"Dus de vrouw bepaalt of het psychisch is?"

"Nee, dat hangt van beiden af. Het zuiver psychische in jouw voorbeeld is helemaal niet zo duidelijk. Het maken van een keuze is een psychisch probleem. Daar kun je voor gaan zitten en iets voor bedenken. Maar wat je ook bedenkt - hoe je straks alleen verder moet, hoe vreselijk het is om in de Bijstand te zitten, waar je het geld vandaan moet halen - als je daar geen antwoorden voor weet, dan kun je ook weinig met die keuze".

... Of is het misschien psychisch?

De psychologen zouden de leuke klanten gaan doen en wij mochten ons bezighouden met de materiële problemen, de rot-klussen.

Ook binnen dit gezelschap van maatschappelijk werkers bestaan er verschillen van mening over wat nu een "psychisch" probleem is. Over één zaak zijn ze het echter roerend eens: psychische problemen staan zelden op zichzelf. Vaak liggen er maatschappelijke posities en materiële problemen aan ten grondslag.

Een andere beroepsgroep die zich met psychische problemen bezig houdt zijn de psychologen. Welke problemen komen op het bordje van de psycholoog terecht en welke op die van het maatschappelijk werk?

"Wanneer een hyperventilant binnenkomt doet de psycholoog er een aantal ventilatieoefeningen mee. Hij leert ook hoe je hyperventilatie moet afbouwen. Verder probeert hij ook het achterliggende probleem op te sporen. Maar hij stelt geen vragen over de positie in de maatschappij en over de materiële situatie. Het enige dat hij doet is iemand van hyperventilatie afhelpen".

"Sommige dingen kun je ook gewoon laten voor wat ze zijn. Wanneer de psycholoog de hyperventilatieklachten heeft gestopt, de directe aanleiding heeft opgespoord en de klant is tevreden, dan denk ik: prima. Het wordt anders als hij over een half jaar met dezelfde klachten opnieuw komt en een geheel andere achtergrond aangeeft. Dan word ik wel achterdochtig. Maar ik vind dat je kunt zeggen: er is een vraag en daar wordt een antwoord op gegeven. Het kan ook zuiver psychisch zijn. Je hoeft niet altijd te vragen naar de sociale achtergrond. Ik denk dat psychologen wat dat betreft prima werk kunnen doen.

De psychologen hebben hun intrede in de eerstelijns gedaan. Een groep maatschappelijk werkers stelt zich concurrerend op. Vinden jullie deze houding terecht?

"In het begin hadden we het gevoel dat we ons moesten waarmaken. De psychologen zouden de leuke klanten gaan doen en wij mochten ons bezighouden met de materiële problemen, de rotklussen. Gaandeweg verdween dat gevoel van concurrentie. We gingen werken vanuit wat wij konden. Ik werd zelfbewuster: "zij kunnen een heleboel dingen niet, wij kunnen veel meer". Psychologen hebben alleen maar de psychologische invalshoek, terwijl wij naast de materiële invalshoek ook nog begeleiding geven. Een ander belangrijk verschil is de financiering van de hulpverlening. Voor psychologen moeten mensen geld neerleggen en dat vinden wij een groot bezwaar. Wij vinden dat de eerstelijns hulpverlening kosteloos moet zijn. Wij hebben als doelgroep toch de mensen met de minste kansen. Als die dan moeten gaan betalen voor hulp, daar hebben we problemen mee. Iemand die in de eerstelijns werkt moet eigenlijk in teamverband werken; wij zijn niet zo enthousiast over eenmansbedrijfjes en vrije ondernemers".

"Ik heb bij die psychologen vaak het idee wat zeggen jullie het mooi. Ik bedoel hetzelfde, maar wat zeggen jullie het prachtig! Het is onze kracht dat we niet alleen naar de immateriële problemen kijken, maar ook iemands positie in de samenleving zien. We kunnen daardoor in een groot aantal gevallen ook adequater werken dan de psycholoog".



Foto: Ine van den Broek

"Ik merk ook dat er een soort schifting optreedt in het aanbod van cliënten. De lagere sociale milieus worden naar ons geschoven, wie er voor betalen kan gaat naar de psycholoog. Je kunt dat natuurlijk niet hard maken; er bestaan geen cijfers over. Ook spelen de wachtlijsten van het maatschappelijk werk een rol bij de verwijzingen. In ons gezondheidscentrum werken twee psychologen, zij hebben nauwkeurig een prijslijst gemaakt ... heel open. Maar iemand die Bijstand heeft, kan die bedragen niet opbrengen, dus die komt automatisch maar bij ons. De armere mensen gaan naar het maatschappelijk werk en de rijkere naar de psycholoog. De meer gespecialiseerde therapieën, waarin psychologen getraind zijn, komen zodoende alleen aan de rijken ten goede. Wat in de loop van de jaren duidelijk is geworden, is dat er een hele grote overlap is tussen psycholoog en maatschappelijk werk en dat het toch heel persoonsgebonden is met welke hulpverlener het klikt. Mensen worden door artsen gericht naar het Algemeen Maatschappelijk Werk of naar de psycholoog verwezen. Niet omdat er zoveel inhoudelijk verschil is tussen de hulpverlening, maar wel vanwege de verwachting dat het met de ene hulpverlener beter klikt dan met de andere. Maar dan heb je het over één, brede, categorie mensen. Ik kan me niet voorstellen dat artsen mensen met huisvestingsproblemen naar de psycholoog sturen. Er is aan beide kanten eigenlijk maar een hele kleine specifieke groep verwijzingen, die heel duidelijk bij de psycholoog of heel duidelijk bij ons moeten zijn".

De huidige bezittingen leiden tot maatschappelijke problemen van behoorlijke omvang. De vraag naar algemeen maatschappelijk werk neemt hierdoor flink toe. Tegelijkertijd wordt

ook het algemeen maatschappelijk werk geconfronteerd met bezuinigingen. Qfwel: met minder geld, en dus ook minder hulpverlening, moeten meer mensen geholpen worden. Wat zijn de gevolgen hiervan voor de inhoud van de hulpverlening? Ontstaat er een "armenzorg" met een eigentijdse formule?

"In principe probeer je de mensen zover te krijgen dat ze hun problemen zelf oplossen. Daar heb je tijd voor nodig, anders blijft het bij informatie en advies geven. Wanneer je minder tijd hebt voor hulpverlening, ben je geneigd even snel iets te regelen. Je kunt niet 18 mensen in een spreekuur van 2 uur duidelijk maken dat ze ook heel goed zelf een oplossing voor hun probleem kunnen vinden. Je komt steeds meer uit op een soort zorgfunctie. Preventief bezig zijn, mensen opduwen en weerbaar maken, daar kom je niet meer aan toe".

"Als klanten thuis van de daken zouden schreeuwen dat ze inderdaad zelfstandiger zijn geworden na de begeleidings-gesprekken, dan zou het er wel anders uitzien. Maar wat er gezegd wordt is dat die maatschappelijk werker iets voor hen geregeld heeft. Er wordt gezegd, *"een goeie maatschappelijk werker, want nou-heb ik een huis"*. Dat soort verhalen hoor je, maar niet, *"een goeie maatschappelijk werker want de volgende keer kan ik het zelf"*. "Neem nou de huisvesting. Alle overheidsinstellingen zijn door bezuinigingen onderbezet. Wij vangen daarvan de gevolgen op. Zo ontstaat er een discussie over: *hoe kun je nu van de eerste generatie buitenlanders verwachten dat ze het zelf leren!* Voor hen moet je gewoon de formulieren invullen".

Julie signaleren een overlap in de werkzaamheden van psychologen en maatschappelijk werkers. Is er überhaupt sprake van samenwerking tussen beide disciplines? Of blijft het bij een geïrriteerd afschermen van de eigen belangen?

"Wanneer ik in een overleg zou zitten, dat overheerst wordt door psychologen, dan zou ik juist de sociale kant van een probleem belichten. Maar ik heb toch ook de neiging om te kijken zoals psychologen kijken. Ik zou proberen tot overleg te komen over de aspecten, waarvan je na gezamenlijke analyse zegt: dat is voornamelijk psychisch. Als er weinig sociale en materiële componenten aanzitten, zou ik die problemen inderdaad aan de psychologen toewijzen".

"Als de psychologen naast de deur zitten ontstaat er toch een vervaging van grenzen. Ook al zou je met de psychologen overleg voeren, dan worden toch automatisch de niet interessante zaken naar het maatschappelijk werk afgeschoven. De huisartsen spelen natuurlijk een belangrijke rol in het maken van die keuze. Je merkt dat nu al: huisartsen vinden het overleg met het maatschappelijk werk pas de moeite waard als er ook een "RIAGG-figuur" bij zit".

"Wanneer je niet goed samenwerkt met andere disciplines blijven veel zaken onduidelijk. Dat leidt tot schimmige afspraken. Een tijd geleden bestond het idee dat dokters gezinstherapeuten moesten worden. Ik vind dat merkwaardig. Ik zeg toch ook niet tegen een dokter: "ik heb de bloeddruk opgemeten van die patiënt van jou".

Kortom: een strijd in de eerste lijn. Welke beroepsgroep kan het beste mensen met "psychische" problemen begeleiden? Van oudsher het terrein van het Algemeen Maatschappelijk Werk, nu zijner kapers op de kust: de psycholoog en zelfs de huisarts. Is het Algemeen Maatschappelijk werk in staat zich te handhaven in de eerste lijn?

"Lallogzaam maar zeker blijkt dat wij die plaats in de eerste lijn wel houden. Eigenlijk gaat het meer om de stijd: *"hoe werken we in de eerste lijn"*. Wij vinden dat de hulpverlening kosteloos moet zijn en in teamverband. Dat geldt

Huisartsen vinden het overleg met het maatschappelijk werk pas de moeite waard als er een "RIAGG-figuur" bij zit. Binnen de kortste keren krijg je kleine hulppostjes van de RIAGG in de wijk.

ook voor psychologen".

"De overheid kan zeggen: alleen psychologen in de tweede lijn, in de RIAGG bijvoorbeeld. De RIAGG heeft het laatste anderhalf jaar natuurlijk niet voor niets zo actief toenadering gezocht tot de eerste lijn. Binnen de kortste keren ontstaan er kleine hulppostjes van de RIAGG in de wijken, zoals in de schema's van het ministerie beschreven is. Dan wordt het voor het Algemeen Maatschappelijk Werk moeilijk om zich te handhaven in de eerste lijn".

"Dan ontstaat er een onderverdeling. Alles wat naar psychische problematiek ruikt gaat naar het RIAGG, de informatie en de puur materiële hulpverlening naar het Algemeen Maatschappelijk Werk. Op de lange duur zullen de psychologen vaste voet aan de grond krijgen. Op een gegeven moment is het een forse organisatie geworden en dan komen de eisen en belangen in het geweer. Net als met specialisten, die voeren een operatie uit en mobiliseren dan de publieke opinie om het betaald te krijgen. Straks is het maatschappelijk werk zo'n beetje van het veld geveegd. Als er dan meer hulpverlening moet komen, en dat is nodig gezien de ontzettend grote hulpvraag, waarom wordt er dan niet bij wijze van spreken aan *vrijgevestigde maatschappelijk werkers in de wijk* gedacht. Zo hou je het wel bij je eigenberoepsgroep".

"Sinds een jaar of vier ben ik gewoon ontzettend pessimistisch geworden. Zal het ooit verbeteren met die bezuinigingen? Ik heb altijd gevonden dat we niet met vrijwilligers moesten werken en dat we de psychologen uit de eerste lijn moesten weren. Ik ben echter zo pessimistisch dat ik nu vind dat ieder particulier initiatief dat zich een beetje profileert in de eerste lijn en wil samenwerken, welkom is. Ik kan er nauwelijks meer nee tegen zeggen, want, de problemen zijn zo ontzettend groot en de hulpvraag is zo gegroeid, dat je nauwelijks meer een politiek radikaal standpunt kunt blijven handhaven".

..

Kultuur kloof

De klachten van buitenlandse patiënten stellen hun dokters soms voor grote problemen. Dat speelt nog duidelijker wanneer de klachten psychisch van aard zijn. Abdallah Botros laat zien hoe belangrijk de kulturele achtergrond van de cliënt is. Twee voorbeelden illustreren Botros' stelling dat, alleen wanneer diagnostiek en behandelingsaanpak aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt, een adequate behandeling mogelijk is.

JlbdaUab Botros, psycholoog, RIAGG Centrum-West in Rotterdam

De komst van migranten naar Nederland bracht de gezondheidszorg in grote problemen. Wie de literatuur over migranten in de gezondheidszorg leest, constateert dat bij de beoordeling van de gezondheidstoestand van migranten zich vele problemen voordoen. Gezondheidsnormen variëren per cultuur, en dat geldt ook voor ziektebeleving en ziektegedrag. Griep is bijvoorbeeld in de ene cultuur een legitieme reden om in bed te blijven; in andere culturen weer niet.

De problemen zijn nog complexer wanneer het gaat om de beoordeling van de psychische toestand van migranten, zoals bijvoorbeeld de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid op psychische gronden. Hoe komt het bijvoorbeeld dat bij migranten zonder al

te veel moeite een depressie kan worden gekonstateerd, doch het vinden van een plausibele verklaring voor de depressieve toestand veel moeilijker - zo niet dikwijls onmogelijk - te vinden is.

Van magie tot psychotherapie

Welke rol speelt de cultuur van de beoordeelden en die van de beoordeelaar? Ter illustratie van dit probleem een voorbeeld uit het fascinerende boek van Schmidbauer: "Van magie tot psychotherapie".

"Een neger die regelmatig 42 kilometer moet afleggen naar zijn werk, het dichtstbijzijnde postkantoor, wordt door een buffel aangevallen. Hij kan zich slechts met moeite redden door zich in een greppel te verschuilen, hier doorleeft hij ogenblikken van doodsangst. Sedertdien lijdt hij aan een neurotische fobie. 's Nachts schreeuwt hij het uit, zodat alle mensen wakker worden en de honden beginnen te blaffen, dan rent hij rusteloos in het rond. Slaapmiddelen helpen niet, zodat de blanke werkgever de medicijnman laat komen. Deze hoort de ziekte aan en vraagt dan of er buffelhorens in het huis zijn.

Hij laat zich er een brengen en zaagt samen met de zieke een stuk van de punt van de hoorn af, stampet die voor zijn ogen fijn en geeft het hem in een kop thee te drinken. Daarbij neemt hij hem bij de handen en zegt: "de hoorns van de buffel kunnen je niets meer doen. Je zult het leven uit de hoornpunt drinken en alle vrees voor buffels zal dan verdwijnen".

De postbeambte drinkt, na een week meldt hij zich weer op zijn werk. Of hij dan niet meer bang is? Nee hoor, buffels kunnen mij niets meer doen.

Similia Similibus: soort geneest soort, is het principe dat de medicijnman hanteert, een belangrijk principe dat ook ethnotherapeuten hanteren. Het voorbeeld van de postbeambte laat zien hoe voortreffelijk *de diagnostiek bij de behandelingsmethoden aansluit* en voornamelijk de *aansluiting bij het wereldbeeld van de cliënt*, diens beleving van de werkelijkheid, zijn ziekte en de oorzaken er van.

Cultuur bepaalt de specifieke wijze waarop individuen hun omgeving in zich opnemen en beïnvloedt in sterke mate de psychologische aspecten van ons gedrag. Cultuur beïnvloedt bovendien de manifestaties en behandeling van psychische problemen en bepaalt de inhoud van geassocieerde symbolen. Ze zullen de oorzaken van depressie bij een allochtone cliënt meestal anders zijn, dan bij een autochtone, hoewel de symptomen hetzelfde kunnen zijn. De diagnose depressie zegt alleen iets over de toestand waarin iemand verkeert, niet over het waarom, wat nodig is om de depressie te kunnen begrijpen en vervolgens te behandelen.

Achmed

Hoe cultuur de inhoud en beleving van bijvoorbeeld depressie kan beïnvloeden, wil ik aan de hand van een praktijkvoorbeeld illustreren.

Achmed is een gelovige mediterrane man, die naar Nederland is gekomen om een academische graad te behalen. Zijn eerste jaren in Nederland verliepen zonder problemen. Hij leerde het Nederlands snel en behaalde zeer goede studieresultaten. Met aanpassing leek hij weinig moeite te hebben. Plotseling werd hij zeer depressief. Hij werd psychiatrisch onderzocht en de diagnose luidde: heimwee depressie. Toen gesprekstherapie weinig verandering in zijn situatie bracht, werd hij geadviseerd enkele maanden naar zijn geboorteplaats te gaan om tot rust te komen.

Deze therapeutische maatregel hielp echter niet, Achmed bleef depressief. Na zijn terugkeer naar Nederland werd hij in het kader van AAW/WAO opnieuw onderzocht om meer duidelijkheid over de achtergronden van zijn depressie te krijgen. Tijdens het onderzoek bleek, dat door de cultuur bepaalde, psychische con-

Buitenlandse patiënten en hulpverleners

flikten ten grondslag lagen aan de depressie van Achmed. Aanvankelijk weigerde hij over zijn emotionele leven te spreken. Want naar zijn mening kunnen emotionele problemen niet tot "ziekte" leiden. Hij beperkt zich tot het somatiseren van zijn klachten. Daar kwam nog bij dat hij niet gewend was over zijn gevoelens met vreemden te spreken. Nadat Achmed zijn schaamtegevoel overwonnen had bleek het volgende: hij werd tijdens zijn eerste studiejaren door een studiegenote geholpen bij het oplossen van allerlei praktische problemen. Hij interpreteerde haar steun bij het oplossen van zijn problemen, als interesse in hem en hij werd verliefd op haar. Achmed's emotionele leven was bepaald door wat hij in zijn jeugd geleerd had. Hij had namelijk geleerd dat er twee soorten vrouwen zijn, goede en slechte. Goede vrouwen vermijden volgens zijn opvoeding onnodige contacten met mannen, in het bijzonder wanneer zij aan een man beloofd zijn. Toen Achmed zijn verliefdheidsgevoelens aan zijn studiegenote kenbaar wilde maken, leefde hij echter in de veronderstelling dat zij hiervoor ontvankelijk zou zijn, zij was immers vrij. Hij had een ontmoeting met haar gearrangeerd en zich hier speciaal op voorbereid. Tijdens deze ontmoeting kreeg Achmed te horen, dat zijn studiegenote trouwplannen had. Hierop reageerde hij geschokt, vervolgens agressief en opstandig. Achmed dacht toen te ontdekken, wat hij niet eerder wist, namelijk dat alle vrouwen hier slecht zijn. Hieraan verbond hij de consequentie om zich dan ook anders te gaan gedragen: *"als het hier zo gaat, dan ga ik me ook anders gedragen"*. Hij bedoelde: ik zal andere mensen, voornamelijk vrouwen, niet meer serieus nemen. Vervolgens leidde hij een chaotisch, emotioneel leven, raakte aan de drank en bezocht prostitués. Deze levenswijze kwam in het geheel niet overeen met zijn zelfbeeld van een goede gelovige. De depressie, waaraan Achmed leed, begon echter pas na een droom, een symbolische droom waarin hij gewaarschuwd werd voor de gevolgen van zijn buitensporige leven. De volgende dag werd hij depressief, voelde zich schuldig en angstig. Hij realiseerde zich, dat hij buiten zijn referentiekader was getreden. Hij beschouwde zijn depressie, ofwel zijn ziekte, zoals hij het noemde, als een straf van god. Hij werd nu suïcidaal en wilde zichzelf straffen door een einde aan zijn leven te maken.

Zoals in het vorige voorbeeld de therapie aan de werkelijkheid van de pa-



tiënt werd gerelateerd, zo was het ook in het geval van Achmed belangrijk om de therapie te laten aansluiten op zijn werkelijkheid en zijn perceptie van de situatie. Door een goede daad te stellen zou hij de gemaakte overtreding, voornamelijk ten aanzien van zijn geloof, kunnen corrigeren. In zijn geval kwam het er op neer dat hij een offer bracht ten behoeve van de opbouw van een moskee. Hierna kwam langzaam een einde aan zijn depressieve toestand.

Uit dit voorbeeld wordt duidelijk dat veel kennis van kulturele achtergronden nodig is om psychische problemen van migranten te kunnen begrijpen en behandelen. In het bijzonder geldt dit voor de invloed van allerlei kulturele normen en waarden op het gedrag en hun invloed op het functioneren. In Achmed's beleving was zijn ziekte ontstaan door een overtreding van een kulturele norm. De gesprekstherapie was in zijn geval niet voldoende om hem te behandelen. Zoals wij ook uit het voorbeeld kunnen leren, kunnen schaamtegevoelens cliënten weerhouden om over hun emotionele problemen te spreken. Ook weten zij dikwijls niet wat de hulpverleners van hun verwachten. Het is daarom van belang, om voor de aanvang van de hulpverlening zoveel mogelijk informatie te geven over de aard en inhoud van de behandeling. Algemeen gesproken zijn er vier factoren aan te wijzen die de effectiviteit van een behandeling bepalen. Allereerst staat het vermogen van de therapeut

om de klachten en problemen van de cliënt te herinterpreteren in symbolen (waarden) die het meest aansluiten bij diens denkkader inzake zijn problemen. Dit wordt ook wel de "magie van het juiste woord" genoemd. Het betreft de mate van overeenstemming tussen therapeut en cliënt in het benoemen van de ziekte en de oorzaken er van. Ten tweede spelen de persoonlijke kwaliteiten van de therapeut een rol. In hoeverre zijn deze in overeenstemming met het ideaalbeeld dat de cliënt van een therapeut heeft? De cliënt verwacht dat de therapeut zich gedraagt volgens een bepaalde rol, en neemt op zijn beurt een specifieke cliëntenrol aan. Op de derde plaats komt de waarde die de cliënt aan de behandelingsmethode toekent en tenslotte speelt ook de verwachting van de cliënt ten aanzien van de behandeling een rol: positieve verwachtingen leiden tot het ontstaan van vertrouwen in de behandeling.

Hoewel de relatie tussen cultuur en psychische stoornissen minder zichtbaar is dan wel wordt aangenomen, is een ding toch duidelijk. De cultuur van de cliënt en zijn hulpverlener is een actieve participant in de hulpverlening. Wanneer de cultuurkloof tussen hen beiden groot is, is de kans op problemen in de hulpverlening sterk aanwezig. Zelfs binnen een en dezelfde cultuur kunnen sterke sub-kulturele verschillen tussen de cliënt en de hulpverlener, een goede diagnose en behandeling in de weg staan. ••

De rruijn uit,

Martin Vos werkte jarenlang als huisarts in het door mijnsluitingen geteisterde Hoensbroek.. Psychische problemen, die hun oorzaak vinden in sociale ontwikkelingen, te óver. De uitdaging van de zeventiger jaren om hierop grip te krijgen, nam ook in Hoensbroek de vorm aan van eerstelijns samenwerking in een gezondheidscentrum.

In dit interview blikt Martin Vos terug op het ongelijke gevecht tegen bijvoorbeeld "het dubbele misbruik van de WAO" en trekt weinig opwekkende conclusies over de rol die artsen kunnen spelen in het "oplossen" van sociale problemen.

de WAO in

Mijn voor-voorganger in Zuid-Limburg was in 1936 de eerste niet-katholieke arts. Dat betekende voor mij dat nog een heel groot deel van de praktijk bestond uit mensen - of nazaten van mensen - die in 1936 niet katholiek waren. Mensen die bijvoorbeeld in de twintiger jaren of in het begin van deze eeuw, toen er een malaise was in het veenbedrijf in Drente, Groningen en Friesland, massaal naar Limburg verhuisden. Een tweede grote groep waren de Friezen, die in het begin van deze eeuw wegtrokken naar Duitsland en van daar weer doorgingen naar Limburg. En dan waren er ontzettend veel Polen, Italianen en dat soort mensen, die na de Tweede Wereldoorlog waren blijven hangen. Tenslotte waren er natuurlijk een heleboel autochtonen die heel sterk in die autoritaire structuur zaten. Het was een autoritaire maatschappij, waar de dokter een autoritaire plaats innam. Het feit dat die dokter - in ons geval - van dat voetstuk afstapte, pikte men eigenlijk niet. Dat gaf weerstanden.

Het was ook een monocratische structuur, de domini aleen staatsmijnen regelden alles en een groot deel van het middenkader - en zeker van het hoger kader - was import. Toen het begon te knijpen waren dat ook de mensen die, je zou bijna zeggen krachtens hun geschiedenis, daar het makkelijkst mee omgingen: ze vertrokken. Daarmee verdwenen ze ook uit mijn gezichtsveld. De uittocht van die "import" was heel opvallend.

De autochtonen die in hun eigen cirkels rondtrokken. Ik heb het gevoel dat dat toch de groep is die het zwaarst is aangeslagen. Ik heb de indruk dat bij hen pas na de verkiezingen van '76 het bewustzijn doorbrak van wat er eigenlijk gaande was. Een verschuiving naar links was het gevolg.

Ontreddering

Psychisch-sociale klachten, tja ... Ik geloof dat dat je datgene binnenkrijgt waarvoor je open staat. Als je voor psychische klachten open staat, dan krijg je ze veel. We vonden het op een gegeven moment overstelpend.

Het is één van de grootste misvattingen geweest dat het denkbaar zou zijn om mensen die in de mijn goedbetaald en risicovol werk deden dat een beroep deed op onderlinge solidariteit, dat je die mensen à la de Chaplin-film *Modern Times* kon laten wennen aan een ander werkritme. De

"Op individueel niveau hebben de patiënten onze integrale benadering heel moeilijk aanvaard"

enige die je daarvoor kon krijgen waren de nieuwe geïmporteerden, de Marokkanen. De vestiging van DAF is bijvoorbeeld zo'n misvatting geweest. De gezellenhuizen waar vroeger de mijnwerkersleerlingen in gehuisvest waren, zaten nu vol met van de samenleving vervreemde vrijgezellen ... Marokkanen, Nederlanders die zich niet konden aanpassen. Het waren mensen die hun onwelbevinden niet konden vertalen in voor ons begrijpelijke terminologie. Dat geldt na tuur lijk ook voor een stad als Utrecht nu, maar in Limburg zag je het heel geconcentreerd. Allemaal mannetjes alleen, kleine kamertjes, geen gezin. Heel triest.

Als werkloze mijnwerkers de creativiteit niet opbrachten en bijvoorbeeld de vrouw een baan zocht, dan liep het heel vaak spaak.. Vooral omdat het ging om relatief jonge mensen, zo rond de 45 jaar. Ruzies, spanningen, het probe-

ren te handhaven van de autoritaire situatie waarin de man het geld binnenbracht en de vrouw er voor het huis houden was ... dat werkte natuurlijk op de zenuwen.

Op een wat breder niveau was de oorzaak eigenlijk niet alleen het sluiten van de mijnen, maar ook het binnenhalen van allochtonen en - vooral - het wegvallen van de kerk. Massale ontreding was het gevolg. Wat waren de oplossingen? Bijvoorbeeld een ontslagen mijnwerker werd omgeschoold door een metaalwerkgever (die daarvoor veel subsidie kreeg). Hij kon aan het werk in een metaalbedrijf en stond vervolgens na een jaar weer op straat omdat het bedrijf over de kop ging. Zwendel, zou ik bijna zeggen.

Ook bij jonge mijnwerkers ontstonden er problemen. Ze waren op relatief jonge leeftijd op de mijnschool in een bepaalde werkcadans gebracht. Nu, na twintig jaar (nog steeds op jonge leeftijd) moesten ze een hele andere werkcadans opbrengen. Dat veroorzaakte veel psychische problemen. "kan ik het?", "kan ik eraan wennen?". Een an-

Sociale problemen bijde huisarts

dere taal op de werkvloer, andere eisen, andere werkomstandigheden ... in die zin was de integrale benadering van ons gezondheidscentrum heel adequaat. Maar op individueel niveau is dat door onze patiënten heel moeilijk aanvaard.

Wezensvreemd

Het gezondheidscentrum was eigenlijk gebaseerd op de gedachte dat samenwerking tussen maatschappelijk werk, wijkverpleging en artsen een soort van integratie teweeg zou brengen, met name ten aanzien van een vraagstuk als de mijnsluiting. Het merkwaardige feit deed zich voor - en dat kwam misschien ook omdat de tijd ervoor nog niet helemaal rijp was - dat in de beleving van de mensen die integratiepoging juist een *tweeteling* tot stand bracht (als ik de wijkverpleging even buiten beschouwing laat): de maatschappelijk werker was er voor de sociale en maatschappelijke problemen en de huisarts voor de lichamelijke kwalen. Samenwerking had in Hoensbroek in eerste instantie een paradoxaal effect.

Zeker in aanvang was altijd de huisarts de ingang. Wij hadden de pretentie aan de hulpverlening wat toe te voegen door de aanwezigheid van een maatschappelijk werker. We hebben er twee à drie jaar over gedaan voor we überhaupt de taal van het maatschappelijk werk verstonden en hun methodiek een beetje begonnen te begrijpen.

De arts Martin Vos is directeur van de Utrechtse GG&GD. Na zijn studie en een korte periode in Loon op Zand was hij van 1972 tot 1984 huisarts in het gezondheidscentrum in het Limburgse Hoensbroek. Voor hij naar Utrecht kwam hield hij zich op het ministerie van WVC bezig met de relatie tussen volksgezondheid en milieu-verontreiniging.

In Hoensbroek maakte hij de laatste periode van de mijnsluitingen in Zuid-Limburg mee. Over die periode spraken wij met hem. Martin Vos voelt zich aangetrokken tot een holistische benadering van de mens. Daarom heeft hij moeilijkheden met een geïsoleerde benadering van „het psychische“.

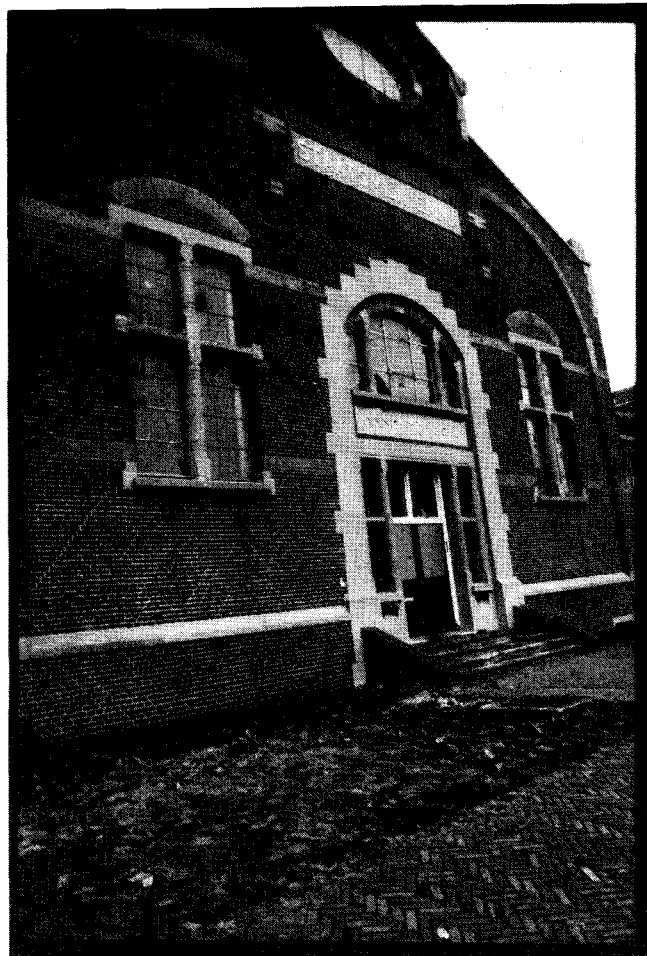


Foto: Reinier Gerritsen

Dat gold natuurlijk ook andersom. Het was ook zo wezensvreemd voor ons: de huisarts is toch geneigd om iedere dag zijn spreekkamer leeg te werken en minder gestructureerd een intake te doen. In de huidige opleidingen wordt dat beter geleerd, maar wij waren er toen helemaal niet voor geëquipeerd. De maatschappelijk werkers hadden toen ook nog een heel sterke eigen doctrine van waaruit ze werkten, terwijl de situatie in de samenleving een flexibele opstelling vereisten.

Je kunt niet op alle terreinen meester zijn. De eerste taak van de huisarts is dat hij geen somatische blunders maakt. Daarnaast moet hij begrip hebben en aandacht voor... maar het moeten natuurlijk geen praatdokters worden. De waarheid zal wel ergens in het midden liggen.

... Of is het misschien psychisch?



Foto: Hollandse Hoogte
Michel Pellanders/klieedruimte

WAO

We hebben ons best gedaan bij de individuele hulpverlening. Als gezondheidscentrum hebben we geprobeerd de mensen te mobiliseren. We hebben bijeenkomsten belegd, waar veel mensen kwamen die het hartroerend met ons eens waren (maar die vervolgens weigerden actie te voeren, omdat dat hun uitkering wel eens zou kunnen kosten). We hebben een patiëntenvereniging opgericht. In die activiteiten op mesoniveau hebben we veel geleerd. Bijvoorbeeld dat je mensen niet tegen hun eigen materiële belang kunt organiseren, dat de WAO voor velen geen ziek-zijn betekende, maar juist dat ziek-zijn relativeerde. De WAO bood meer zekerheid dan welke andere voorziening ook. Het was in de beleving van de mensen een gewone materiële kwestie, los van de emotionele aspecten van het verlies van werk. Men streefde naar een zo groot mogelijke materiële zekerheid, en dat betekende streven naar een WAO-uitkering. Veel mensen waren daar ook heel open in, daar was het goed bespreekbaar mee. Met een aantal mensen natuurlijk niet en dan kreeg je die eindeloze medische circuits, waar je alleen maar kon proberen de verwijzingen, die jetoeh niet tegen kon houden, in de beleving van de patiënten zoveel mogelijk te relativiseren. We hebben als samenwerkingsverband het dubbele misbruik van de WAO gesignaleerd. Aan de ene kant door de mensen, die bang waren voor de toekomst en in de WAO een zekerheid zochten. Aan de andere kant - en dat misbruik was veel ernstiger - van de bedrijven. Die vonden het veel prettiger dat de werknemers op die manier afvloeden, dan kostte het de bedrijven geen geld. Afkeuring via het bedrijf ging massaal en wij hebben dat aan de kaak gesteld, tot in de Tweede Kamer toe. Het betrof met name de categorie van 45- tot 55-jarigen. Een 55-jarige kon vroeger bij de mijn met pensioen, maar door de sluitingen viel hij daar buiten en de WAO was dan een goed alternatief. Hijzelf of het bedrijf kwam er dan om bij ons. Mensen van die leeftijd hebben na de mijn altijd wel wat aan hun bewegingsapparaat of hun longen. Als iemand in een harmonieuze situatie verkeerd, hobbelt hij daar rustig mee voort en kan hij ermee oud worden. Maar als er een worst (WAO) voor de neus gehouden wordt en er een stok (werkloosheid) achter de deur staat, dan krijg je natuurlijk versterking van de problematiek.

Politiek actief

Voor mezelf heb ik de consequentie getrokken dat ik op een gegeven moment de politiek ben binnen gestapt. De PvdA vroeg me in Hoensbroek bij de raadsverkiezingen. Ik stemde toe, mits ik op een onverkiesbare plaats op de lijst zou komen te staan. Ik werd echter met voorkeurstemmen gekozen en vond dat ik die zetel moest accepteren. Ik had daarbij voor ogen dat de gebeurtenissen rond de mijnsluitingen uiteindelijk politiek bepaald werden.

"Ik pleit ervoor dat meer artsen de politiek ingaan"

De aanleiding om politiek actief te worden was mijn heftige verzet tegen een onderzoek naar het welbevinden van de ex-mijnwerkers, uitgevoerd notabene door hun vroegere bazen, de vroegere opzichters. Zij kwamen als enquêteur langs de deuren en er kwam uit dat het allemaal goed ging met de mensen. Een slecht onderzoek!

Ik merkte dat de gemeenteraad niet het niveau is om die problematiek aan te pakken. Als ik het toen goed had willen aanpakken, dan had ik gestreefd naar kandidaatstelling voor de Tweede Kamer, maar dat was helemaal niet te rijmen met een huisartsenpraktijk.

Ik heb het een fascinerende tijd gevonden, maar van mijn oorspronkelijk doel (iets doen aan de verhouding werkwelbevinden) is op gemeentelijk niveau niets terechtgekomen. Toch een fascinerende tijd, al was het alleen maar om als huisarts te leren hoe de overheid functioneert. Wat dat betreft staan we meestal met lege, zo niet linker handen. Ik pleit ervoor dat meer collegae in de politiek gaan, ook in de behoudende politiek. Vroeger was het ook heel gebruikelijk dat een arts in de politiek ging. Als je kijkt naar de Gemeentewet van 1848, dan staat daar in dat ambtenaren niet in de raad mogen, behalve de gemeenteartsen. Die vertegenwoordigden de armen. Als je kijkt naar de Amsterdamse raad dan hebben daar de afgelopen honderd jaar zeer vooraanstaande artsen in gezeten. Dat is natuurlijk niet toevallig, want die zitten met hun neuzen bovenop de ellende.

Zorg en toewijding

Ik denk dat de bewustwording van het onvermogen van de huisarts alleen maar toeneemt en samenwerking ook de oplossing niet is. Als ik van één ding overtuigd ben geraakt, dan is het dat er maar één werkzaam agens is in een arts-patiënt-relatie en dat is zorg en toewijding. Daar draait alles om! Tot en met de werking van antibiotica toe, zou ik bijna zeggen. Als je met zorg en toewijding het juiste antibioticum kiest, of de juiste dosering, dan werkt dat ook niet. Zorg en toewijding bevordert je niet door met anderen samen te werken, maar dat kan je er niet bij helpen. Samenwerking kan wel je inzicht verbreden, maar datgene waar het werkelijk om gaat, tussen mensen, dat laat zich niet in structuren vangen. ..

Goof van de Wijngaart
Hans Spijker

Henk Lamberts maakte de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde in de zeventiger jaren van dichtbij mee. Alles bespreekbaar maken en samen met de patiënt tot op de bodem van de problemen gaan, waren toen hot items, ook in het gezondheidscentrum Ommoord. Lamberts nu, is veel gereserveerder: "We hebben nu *minder* het idee dat er van alles *moét* gebeuren", we dringen ook veel minder aan op een systeembenadering dan vroeger het geval was. "Toen was het ook veel belangrijker of je niet ook de verantwoordelijkheid had de situatie mee te veranderen. Nou je kunt niets meer veranderen". De RIAGG's als erfgenamen van het gedaéhtengoed van de "seventies", en de eerstelijns psychologen hebben in Lamberts dan ook geen hartstochtelijke bewonderaar.

Ondertussen vergroven de maatschappelijke verhoudingen: "Het staat mij *natuurlijk* en *omn* tegen. Dat de gezondheidszorg op zich nu ook de *sociale ongelijkheid* *op*, *at* versterken". Wat artsen daar tegen kunnen doen? "Ze moeten *altijd* protesteren" en een tegenwicht vormen tegen de onzalige plannen die momenteel gesmeed worden.

Anne Marie Mol

Interview Lamberts, hoogleraar huisarts geneeskunde

"Huisartsen hebben niets te bieden dat zo leuk is, datje er misbruik van kan maken"

Henk Lamberts is hoogleraar huisartsgeneeskunde in Amsterdam. Van 1969 tot 1984 was hij huisarts in een gezondheidscentrum in de Rotterdamse nieuwbouwwijk Ommoord, ongetwijfeld het best gedocumenteerde gezondheidscentrum in Nederland. Niet alleen de verrichtingen van de dokters A, B, C en D maar ook alle mogelijke samenwerkingsactiviteiten zijn er vroeger of later geteld. Nadat de getallen een aantal indrukwekkende bewerkingen hadden ondergaan, verschenen ze stevast in het tijdschrift Huisarts & Wetenschap, meestal met Lamberts als auteur of co-auteur. Een van de onderwerpen die hem na aan het hart ligt is het ontwikkelen van classificaties die in de huisartsgeneeskunde bruikbaar zijn. Hij legt er daarbij nadruk op dat niet alles waarmee patiënten bij hun huisarts komen als *ziekte* geclassificeerd hoeft te worden. Als huisarts en patiënt het erover eens zijn kan er ook sprake zijn van problemen en *probleemgedrag*. Dat betekent dat er volgens Lamberts naast "psychische ziekten" ook "psychische en sociale problemen" bestaan. In zijn inaugurale rede "Het huis van de huisarts, nu en straks", van maart 1985, zegt hij hierover: "Ieder jaar komt circa 20 procent van de ingeschreven patiënten op het spreekuur voor een leefprobleem, dat soms eerst in vermomming wordt aangeboden, alvorens het tot probleemgedrag komt. Hypochondrische bezorgdheid, depressieve reacties, surmenage en persoonlijkheidsproblemen staan voorop, samen met relatieproblemen, werkproblemen en problemen bij het verzorgen van een ziek gezinslid. Het gaat vooral om mensen tussen de 40 en 60 jaar, bij wie het grote aantal consulten begeleid wordt door een groot aantal verschillende episoden: een grote 'illness diversity'. Slapeloosheid, buikklachten, nek- en rugklachten, gebrek aan eetlust, misselijkheid en braken, bijwerkingen van geneesmiddelen en het vragen om verschillende schriftelijk verklaringen door de huisarts, het zijn vaak evenzovele vermommingen voorafgaand aan probleemgedrag". Begin novem-

... Of is het misschien psychisch?

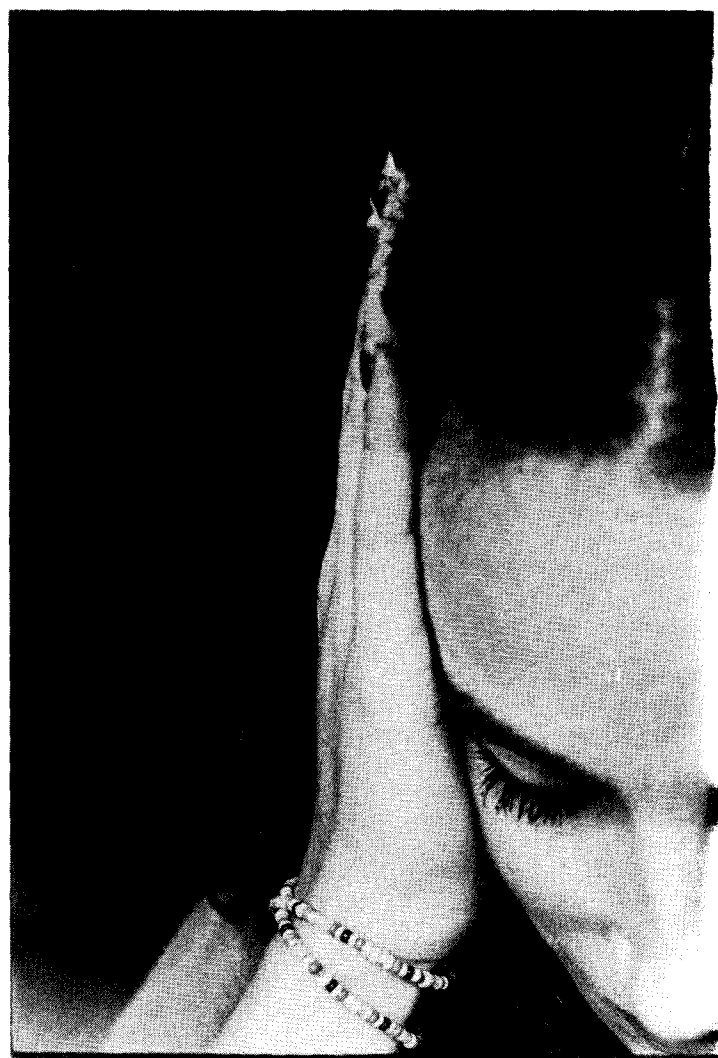
ber 1986 zijn we in zijn werkkamer-met-aquarium in de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam met Lamberts gaan praten. Zijnrelaas:

"Wij huisartsen hebben natuurlijk de afgelopen jaren met z'n vijf- à zesduizenden, en daar hebben wij in Om-moord zeker het nodige toe bijgedragen, de mensen, en vooral de wat pienterder mensen, er goed van overtuigd dat het leven ingewikkeld in elkaar zit. Dat je niet zomaar ordinair valium kan slikken en dat je niet zomaar ordinair allerlei lichamelijke afwijkingen kan hebben zonder dat je daar je verantwoordelijkheid voor neemt. Het moet allemaal duidelijk zijn en als het duidelijk is dan is het van-zelfsprekend dat je daar ook iets aan doet. Ik doe nu geen eigen praktijk meer en zo kom ik in praktijken van anderen. Dan valt het mij opnieuw op dat mensen met een soort trouwe hondeblik in de ogen zelf alvast maar iets bedacht hebben over hoe het wel in elkaar zal steken. Dat vind ik dan het "Avenue-syndroom"; niks dat simpel is kan ook simpel. Je bent zo uniek, je bent zo ingewikkeld, het is allemaal zo ingebed in de culturele context, je hebt recht op een geëngageerde arts die met je tot de bodem van je problematiek gaat en die je als hij zelf geen "Gestalt-therapie" kan doen moet doorverwijzen naar iemand die dat wel kan.

Nu, dat wordt weer minder bij de jonge generatie huis-artsen; die is anders, niet zozeer zakelijker, maar gewoner. Straighter zijn huisartsen nu, zeker niet minder aardig maar minder possessief, ze willen minder alles voor mensen bedisselen, zij zijn toleranter. We hebben steeds minder het idee dat er vanalles moet gebeuren, ook ten op-zichte van de klinische geneeskunde is dat een verande-ring. Er is bijna geen eind aan wat mensen kunnen verlan-gen van de klinische geneeskunde. Dat geldt zowel voor mensen met behandelbare kwalen als voor mensen met carcinomen. In de oncologie komt er geen eind aan - ja, be-halve als mensen gecremeerd worden - en dan zie je dat huisartsen steeds vaker de bondgenoten zijn van patiën-ten. Dat het gewoon genoeg is geweest en dat je je niet op je mieter moeten laten zitten door een kankerkliniek, dat het gewoon afgelopen is maar dat ook als je niet meer mee doet, je heus toch nog geholpen wordt. Ik vind dat een belang-rijke vooruitgang."

Onderhandelen

"In de jaren zeventig werd er van uitgegaan dat mensen steeds een diepgevoelde behoefte hebben om te worden ge-holpen en dat iedere hint die ze geven daarvoor ook een aanwijzing is. Dat is cultureel gezien wel belangrijk dat we dat ooit gedacht hebben, maar het is niet zo. In ieder geval is het nooit aangetoond dat het zo is. Wat ik graag wil is dat dokters, alle dokters, maar in elk geval huisdokters, eerst vragen aan een patiënt: waarvoor kom je nou eigenlijk.. En als die patiënt dan zegt: ik wil graag een recept voor slaap-tabletten, dan is er op voorhand geen enkele reden om aan te nemen dat-ie dat dan niet wil. Het gaat erom dat je in i-e-der geval strak vastlegt wat die patiënt wil, dus: ik heb hoofdpijn, ik wil graag dat je mijn bloeddruk meet. Dan *verhelder* je dat. Mensen kunnen ook zeggen: ik denk dat ik migraine heb, ik wil graag migrainetabletten, dat *verhelder* je. De volgende stap is dan dat je probeert uit te maken wat in jouw ogen de problematiek is. Soms is dat heel simpel. Als iemand niet slaapt, dan is de diagnose: slaapt niet. Dan ligt het voor de hand, maar dat hoeft hele-maal niet altijd, dat je vraagt: waarom is dat dan, is er dan iets gebeurd? Als de patiënt dan zegt: ik heb niet zo'n vre-selijk fijne tijd maar dat gaat wel over en ik wil er niet over praten, dan is voor mij de kous daarmee af. Maar het kan ook zo zijn dat iemand zegt: nou dit en dat is er aan de



hand, op het werk, ruzie met de schoonouders, en die pa-tiënt wil daar wel over praten. En dan praat je daar over.

Nu komt het ook voor dat de diagnose verschilt met wat de patiënt vraagt.. Neem die mevrouw met migraine, je kijkt haar eens goed na, en dan kun je tegen die mevrouw zeggen: luister eens, je hebt geen migraine. De reden voor haar komst is migraine, maar dat heeft ze niet, ze heeft iets anders. Dan probeer je uit te leggen dat dat zo is, dat het geen migraine is, maar wat anders, whatever, en datje daar ook wel wat aan kan doen.

Op de spreekuurformulieren die wij voor ons huidige on-derzoek gebruiken moet je dan als dokter invullen: a. waar die mevrouw voor komt, migraine, en dat heb je *verhel-derd*: b. hoe je het zelf *interpreteert* in ons jargon; en c. wat je *doet*. Nu blijkt uit ons onderzoek dat er inderdaad een gap is tussen wat mensen vragen en wat dokters interpre-teren. Maar dat de gap tussen wat mensen vragen en wat dokters doen minder groot is. De onderhandelingen gaan dan ook niet over de vraag of mijn diagnose juist is, de on-derhandelingen gaan over de relatie tussen wat de patiënt vraagt en wat ik doe. Neem die mevrouw met die migraine, ik vind een spanningsnek... Dan zou ik zeggen: luister nou eens, laten we daar een deal over maken. Ik geef je geen er-gotaminezetpillen, want dat is niet van risico ontbloot, dat doe ik niet. Maar ik geef je twee weken lang paracetamol, dat helpt bij beginnende migraine. Alle keren als je het voelt aankomen neem je er twee en je kunt er dan na een of twee uur nog een nemen. En dan houd je een lijst bij en je schrijft precies op hoe laat de hoofdpijn begon, hoe laat je de paracetamol hebt genomen, hoe lang de hoofdpijn heeft geduurd en of je misselijk bent geworden of hebt gebrakt.. Dan kan het zijn dat ze na twee weken terugkomt en het is

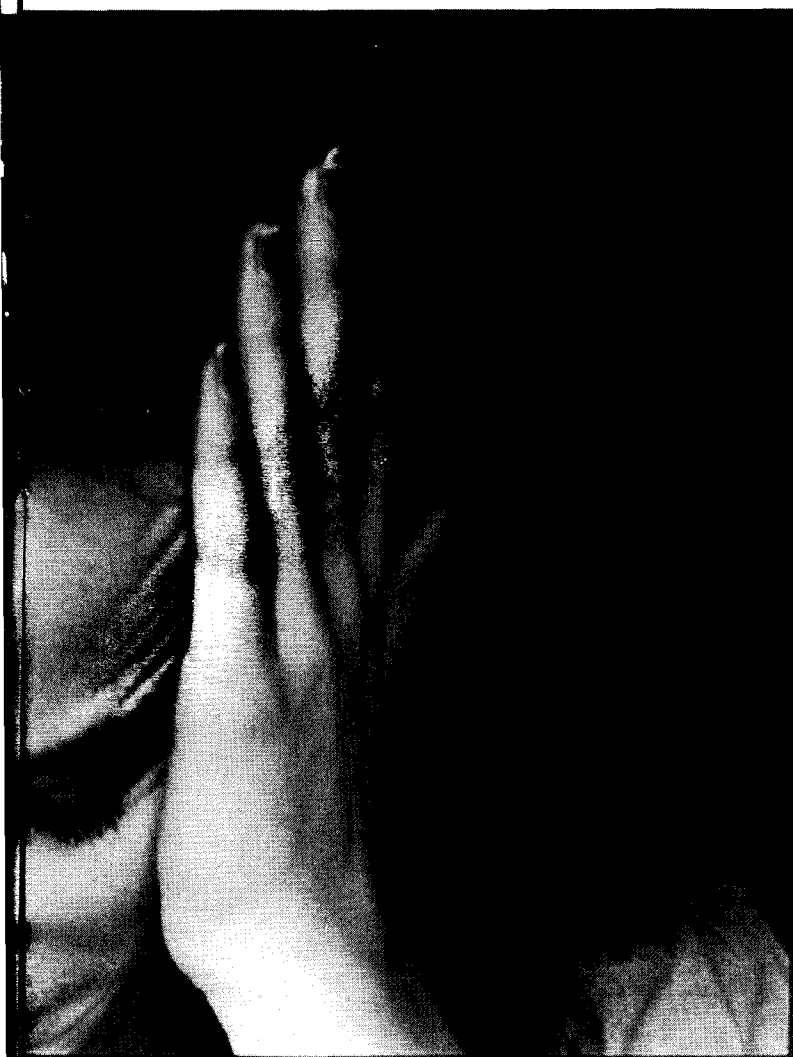


Foto: Hollandse Hoogte Muriël Agsteribbe/depressie

niet over en ze zegt: ik heb ook geen kalender bijgehouden want eigenlijk heb ik voortdurend hoofdpijn gehad. Dan zeg ik: nou, in mijn migrainebegrip past dat niet. Dan vraag ik ook: wat verwacht je dan nu? Als ze dan komt met zoiets lulligs als: dat weet ik niet, ik ben de dokter niet, dan hoeft je dat niet te nemen, ze moet zeggen wat ze wil. En als ze dan zegt: ik wil naar de neuroloog want ik denk dat ik een tumor heb, want mijn schoonzusje ... dan vervalt ook de spanningsnek als interpretatie.

Ze heeft nog wel een spanningsnek, natuurlijk, maar ze is vooral bang en ze wil verwezen worden. Dan is er weer een volgende deal: is er een mogelijkheid dat je van mij, op grond van nader onderzoek aanneemt dat het niet zo is, of zit dat er niet in.

Nou in de praktijk komt het meestal zover niet, omdat mensen, zeker mensen die angstig zijn, zo hard niet onderhandelen. Je moet behoorlijk stevig zijn wil je zo hard kunnen onderhandelen. Maar het kan ook zijn dat het ermee eindigt dat die patiënt verwezen wordt naar een neuroloog. Niet om nou zoveel diagnostiek te bedrijven, maar het kan gewoon zijn dat die vrouw alleen op die manier goed van haar angst afraakt".

Aardiger

"Ik heb ooit geschreven dat huisartsen geen psychotherapie doen. Wel: counselen, goed met mensen omgaan. Als je met iemand wilt praten over wat er aan de hand is, dan is dat bijna per definitie een benoemd probleem, want waar moet je anders over praten. Als iemand angstig of geïrriteerd is kun je er wel over praten onder welke omstandigheden en welk gewicht dat heeft. Maar als iemand op

school zit en thuis allerlei moeilijkheden heeft en huilbuien krijgt, dan hoeft je over die huilbuien niet zo te praten, dan praat je over die omstandigheden. Dat gaat nu toch ook anders dan vroeger.. Stel je praat nu met iemand over een in feite onoplosbaar probleem op het werk. Een 55-jarige politieagent bij de Amsterdamse politie. Zo komen we toch ook nog bij de maatschappelijke context. De omstandigheden, de werkomstandigheden van die man zijn, los van de vraag of hij daar nou voor honderd procent gelijk in heeft, of zelfs maar voor vijftig, voor hem in elk geval niet meer te behappen. Nu ben je veel meer gericht op zo'n man. Als voor hem de mogelijkheden om zich in die situatie nog enigszins aan te passen en dingen te slikken of een compromis aan te gaan op zijn, dan ben ik nu ook veel direkter, loyaler dan vroeger. Vroeger was de vraag ook veel belangrijker of je niet ook de verantwoordelijkheid had de situatie mee te veranderen. Nou, je kunt niets veranderen. Niks in onze maatschappij kan op dit moment ten goede gekeerd worden, bijna, door de politieke context waarin we verkeren. Dus ik ben eigenlijk veel aardiger tegen hem, veel meer geneigd ook om hem te adviseren, wat vroeger een doodzonde was. Te zeggen: ik zou me goed kunnen voorstellen als je dit en dat deed. Ja maar, krijg ik dan geen problemen later. En om dan te zeggen: ja, het is natuurlijk je eigen verantwoordelijkheid, maar waarom gooi je niet gewoon de handdoek in de ring? Dat was tien jaar geleden ondenkbaar. In die zin denk ik dat huisartsen sterker solidair zijn met hun patiënten als individu, en ook veel minder aandringen op een systeembenadering dan vroeger het geval was".

Verwijzen

"Ik denk dat die switch ook wel bij de maatschappelijk werkers gemaakt wordt, maar absoluut niet in de RIAGG's. De RIAGG's verwijderen zich met lichtsnelheid van wat ik in de eerste lijn van belang vind. Nou je kunt natuurlijk nooit voor de hele ambulante geestelijke gezondheidszorg in heel Nederland spreken en ik heb het dus niet over de psychogeriatric, de acute psychiatrie en ook niet over de SPD-functie. Maar als je naar de psychotherapie van relatieproblemen en naar de op persoonlijkheidsproblemen georiënteerde benadering kijkt, dan voel ik me daar steeds verder van verwijderd. Ik kan een patiënt niet meer redelijk uitleggen dat-ie die hele intake-procedure maar moet slikken, dat-ie daar beter van wordt. Of waarom die geweldige neutrale achtereisheid van wachtlijstprocedures en bellen en weer afbellen en de volslagen onduidelijkheid over welke hulpverlener hem zal gaan helpen, waarom dat allemaal zo goed voor hem is. Als het duidelijk is dat het iets is dat echt niet met het maatschappelijk werk kan, dan is de paradox dat je nu veel meer dan vroeger zoekt naar een gewone vrij gevestigde psychiater.

De psycholoog in de eerste lijn zie ik daarom volstrekt niet zitten. Ook al zou dat voor die groep een enorme werkgelegenheid bieden en kun je daar theoretisch vanalles bijverzinnen wat leuk is: ik ben daar mordicus tegen. Er is niks, echt niks, waarvoor een psycholoog in de eerste lijn, als professional, beter is toegerust dan een goede maatschappelijk werker. Het algemeen maatschappelijk werk is, als ze eenmaal los zijn van hun interne problemen en ook werkelijk kunnen werken, een essentiële peiler. Goede maatschappelijk werkers zijn volstrekt capabel om mensen met non-materiële problemen adequaat en bescheiden, to the point en niet-possessief te behandelen. Ik zal nog altijd veel moeite doen om een patiënt die je aardig vindt, waar je echt van denkt, nou je zit er gewoon klote tussen, je hebt het rot, en waar ik zelf weinig mee kan, om voor zo iemand een verwijzing naar een maatschappelijk werker te

regelen. En dan naar een maatschappelijke werker die ik ken en waarvan ik weet dat-ie de nadruk op werken heeft, en met zo iemand aan de slag gaat.

Als er psychologen in de eerste lijn zouden komen, dan verdrukt dat het maatschappelijk werk, en dan dreigt ook nog eens fixatie aan probleemgedrag. (Somatische fixatie bestaat waarschijnlijk niet, maar *fixatie aan probleemgedrag* geef ik een betere kans).

Het gevaar zou zijn dat mensen weer een nieuw Avenue-syndroom krijgen. Als je bij je huisarts niet snel binnen de criteria van zijn diagnostisch referentiesysteem past, dan schuift hij je door naar iemand die met jouw problemen aan de slag gaat.

Ik heb wel een toenemende belangstelling voor fysiotherapie. We zouden heel graag zien dat fysiotherapeuten ook meer gingen denken van wat wil die patiënt nou, waarvoor wordt hij verwezen. En als zijn interpretatie dan is "surmenage", dat-ie dat dan ook gewoon zegt en daarnaar handelt. Als iemand alsmáar pijn in nek en armen heeft en hele gespannen spieren en het komt niet van de airconditioning op het werk, nee, het komt omdat-ie op het werk gekleind wordt en het misschien eigenlijk niet aankan, maar hij moet er toch heen want er natuurlijk geen alternatief en hij kan niet zeggen: dan ga ik weg en dan doe ik iets anders, want er is helemaal niets anders. In dit kader kijk ik ook anders naar het vroegere ethos van de ontspanningsgroep. Zo iemand hoeft van mij niet meer zo'n ontspanningsgroep, waarbij hij met alle anderen praat over hoe de wereld in elkaar zit. Als hij dat nou echt graag wil help ik hem wel, maar het is vaak genoeg als een fysiotherapeut hem masseert en streelt en leert ontspannen, met hem praat en hem een aantal tips geeft. En dan niet omdat-ie een cervicobrachiaal syndroom heeft, maar gewoon, omdat hij op zijn werk zijn spieren spant. Nu verwijst je en schrijft je "cervico-brachiaal syndroom" en als dan de machtiging op is en je wilt hem eigenlijk toch verlengen, dan maak je een foto van zijn nekterwels en dan vind je best wat. Dan wordt het dus: "cervicale artrose C5-C6, versmalde discus, uitstralende klachten conform".

Sociale schuld

"In 1978 heb ik inderdaad in een artikel de vraag gesteld of probleemgedrag wel in de eerste lijn thuis hoort. Ik denk dat het er nu meer thuis hoort dan ooit. Als iemand klem zit in allerlei omstandigheden dan hoort de betrokkenheid daarbij in de eerste plaats in zijn omgeving thuis en zo gebeurt dat meestal ook. Maar het kan ook zijn dat de huisarts de enige is die beschikbaar is, die zich ook aanbiedt. Hij blijft dan een remplaceant. Huisartsen moeten er niet hun beroepsidentiteit van maken; als er een instantie komt die het beter kan moeten ze er weer zonder problemen vanaf kunnen. Maar er is nu vaak niets anders. En het wordt er niet beter op.

Problemen hebben vaak maatschappelijke oorzaken. Die sociale schuld is nu véél groter dan toen ik als huisarts begon. Eind jaren zestig ging de sociale schuld eigenlijk over dingen die nou, nou het zijn geen flutdingen, maar lang niet zulke essentiële zaken als nu. Kwesties van nieuwbouw, kwesties van inspraak, openbaar vervoer, kinderspeelplaatsen. Er lagen wel allerlei problemen onder, maar over die kwesties ging het. Die dingen hebben niet aan belang ingeboet, maar de *vergroving* van de *maatschappelijke verhoudingen* de afgelopen vijf jaar zijn nu zo doorslaggevend. Het is niet zonder meer de economische crisis, die kun je vaak nog wel relativeren, alleen niet voor iedereen op dezelfde manier. Maar het zijn de grove maatschappelijke verhoudingen: mensen volstrekt existentieel ecarteren, ze zonder meer opzij schuiven. De onmogelijk-

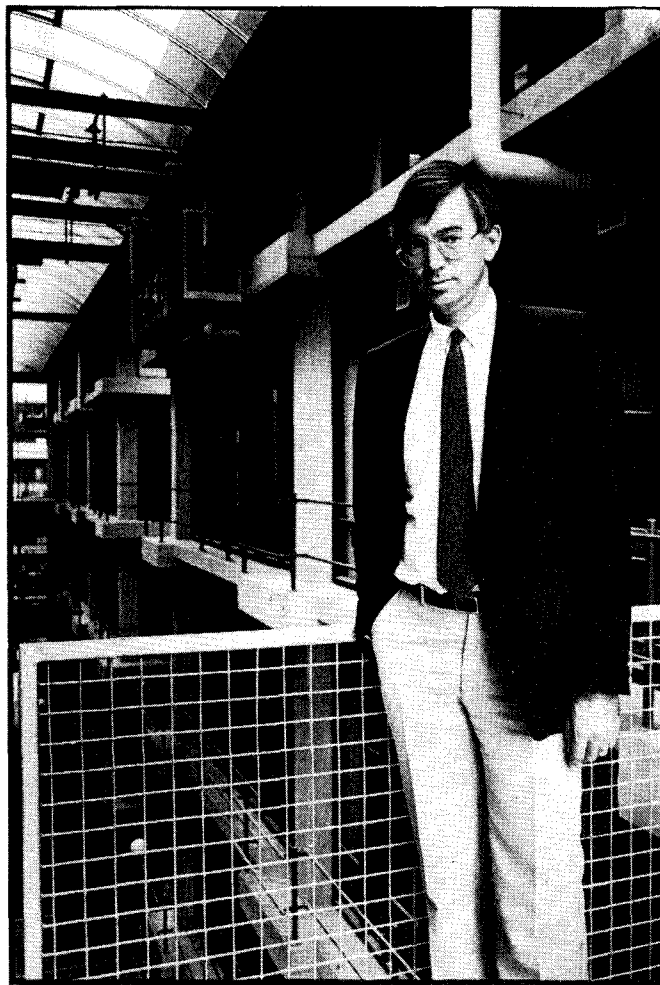


Foto: Henk Thomas

heid om nu nog tegen iemand te zeggen, van hoog tot laag, zich in problematische werksituaties te weer te stellen, dat maakt de sociale schuld veel groter.

Tot nu toe is de toegang tot de gezondheidszorg niet echt aangepakt, maar dat komt er nu aan. Als je de plannen ziet, als je ziet wat er bij de ziekenfondsradaar over tafel gaat, dan gaat binnenkort het al dan niet beschikbaar zijn van gezondheidsvoorzieningen bijdragen tot een grotere sociale ongelijkheid. Je zult nu gaan zien dat gewoon wijkverpleging, gewoon ziektekostenvergoeding, gewoon naar de specialist gaan, voor ziekenfondspatiënten, voor oude mensen, voor zieke mensen, voor domme mensen, slecht toegankelijk wordt. Dat staat mij natuurlijk enorm tegen. Dat de gezondheidszorg een politiek instrument wordt om de sociale ongelijkheid te vergroten. Daar zal de commissie Dekker ook niet veel aan veranderen. Aan die sociale schuld kunnen dokters vooral collectief iets doen. Je kunt je terugtrekken uit alle adviesorganen, maar ze vinden altijd wel een ander die daarin zitting neemt, dus dat maakt allemaal zo weinig uit. Ik ben daar erg pessimistisch over, ja.

In de jaren zeventig kon je iemand op zijn eigenverantwoordelijkheid wijzen. Dan kon je zeggen: als je alsmáar blijft klagen over hartkloppingen, doe er dan wat aan. Maar over die verantwoordelijkheid gaat het nu niet meer. Nu is het: als je een ziek gezinlid hebt, zie maar hoe je het voor elkaar krijgt. Als een van tweeën, van man en vrouw, echt ziek is en de ander werkt, en je woont ook niet zo dat je burens hebt waar je een beroep op kunt doen, dan manoeuvreer je mensen in de diepste ellende. Verantwoordelijkheid betekent dan dat ze zich volstrekt uit de naad zullen moeten werken en dat allerlei gewone dingen niet meer gebeuren. Dat je dan hartkloppingen hebt hale je de koek-koek. Dat is denk ik nu op gang gekomen".

DE STEDEN EN DE ZIELEN

De stad Insomnia bestaat uit drie huizen. Het *eerste huis* is het grootste en het meest doorleefde. Het is zo oud als de stad zelf. De miljoenen die er in talloze generatie-golven leefden en streefden, hebben allen hun eigen tekenen in de geschiedenis van Insomnia achtergelaten. Tot voor honderd jaar leefden ziekten en dood in dezelfde kamer als waar arbeid, energie, lust en leven de toon voerden. Vervolgens kwam de grote verandering tot stand die door de bewoners van Insomnia achteraf *de komst van "het moderne"* genoemd werd.

Waar zich eeret weiden en velden uitstrekten liggen nu fabrieken en zijn mijnen gedolven. Visrijke rivieren veranderden in trage gifstromen, voetpaden en trekschuiten maakten plaats voor banen van staal en beton waarover de bewoners van Insomnia zich met grote snelheid in krachtige vervoermiddelen gingen verplaatsen. En naarmate hun snelheid op allerlei terrein toenam, leek het ook wel of Insomnia een stad werd van alleenstaanden. Steeds meer werkte men alleen, woonde men alleen, sliep men alleen en stierf men alleen. Insomnia werd zo een stad van vooruitgang en versnelling, waar alleen de dood en het lijden zich steeds trager leken af te spelen.

Was het zo dat voor honderd jaar de generaties die Insomnia bevolkten hun korte levenscyclus beëindigden in het kraambad, in een cholera-epidemie, door een fatale negendaagse longontsteking, of met tienduizenden tegelijk in de talrijke loopgravenoorlogen, die men voerde. In het Insomnia van vandaag sterft men laat, langzaam en langdurig. Slechts een enkeling wordt kort en grondig vermalen tussen wielen, in tandraden, onder neerstortende betonblokken of in de resten van een verongelukt vervoermiddel. Verreweg de meesten zijn een aanzienlijk deel van hun leven ziek, en leggen tenslotte het loodje in een langdurig stervensproces. Moderne oorlogen, kern- en milieurampen leveren zeker zo veel verminkten en stervenden op als doden, CARA, reuma, kanker, hart- en vaatziekten, multiple sclerose, etc. etc.: men wordt oud genoeg om het te krijgen, en

de zorg is goed genoeg om er lang het leven bij te houden.

In de stad Insomnia bouwde men daartoe een *tweede huis* met talloze kamers, voorzieningen en deskundigen. Wet, moraal en angst zorgden dat gekken, zieken, arbeidslozen, invaliden en al wie zich verder moeilijk kon handhaven in dit tweede huis, hun eigen levenscyclus leefden. De grootste verdienste van het tweede huis in de stad Insomnia is de verlenging van het leven; de tol die het tweede huis van haar bewoners vraagt is onderschikking aan een medisch regiem, dat de boekhouder van een steeds trager lijden en sterven geworden is.

Zodra de kruitdampen van "het moderne" in het eerste huis, na bijna honderd jaar vooruitgang, wat optrokken, protesteerden sommigen tegen de wetten en werkingen van het tweede huis. "Wij willen onze ellende en onze sterfelijkheid niet in een apart huis, waar wijer niet van kunnen leren en er niet in kunnen leven" spraken zij. Zij die zo spraken streefden veel, ja zelfs zeer veel. Toen het tweede huis erg duur werd, werden zij ook gehoord. Er werden voorstellen gedaan voor een *derde huis*. Dat derde huis zag je hier en daar in het eerste huis al verrijzen. Al wat niet verklaard kon worden heette het "psychische" te zijn. In dat psychische ontstonden deskundigen. Die deskundigen meenden dat zij de mens konden begrijpen. Zo ontstond er in het eerste huis een derde huis in de geest van het tweede huis. Het werd een *glazen huis* dat zich richtte tot alle zielen van de stad Insomnia, hen begreep, onderschikte en voorhiel "je hebt recht op geluk". Hieraan moest ik erg denken toen ik las dat Prof. Dr. Diekstra (de profeet van het recht op professioneel begeleidde zelfmoord), meent miljarden guldens op de gezondheidszorg te kunnen besparen door de psychologische hulp in de eerste lijn uit te breiden.

Erik Heydelberg

[Vn] naar Italo Calvino: "De onzichtbare steden".

... Of is het misschien psychisch?

BOEKEN

DOKTEREN AAN VROUWEN

Dokteren aan Vrouwen: medicalisering van vrouwenlevens, onder redactie van Ingrid Baarten Marleen Baerveldt, uitgave SUA, 1986

Achter de schijn van objectiviteit en neutraliteit van de medische wetenschap gaan veel seksistische opvattingen schuil over lichaam en levens van vrouwen. Artsen zien vrouwen veelal slechts als moeders, verzorgsters, heteroseksuele partners. De vrouwengezondheidsbeweging levert kritiek op deze opvattingen en ontwikkelt eigen, nieuwe beelden waarmee andere aspecten van vrouwenlevens zichtbaar worden gemaakt. En niet zonder resultaat. Vrouwen werden mondiger, kregen meer inzicht in het functioneren van haar lichaam; ze eisten meer aandacht op voor haar kwalen, met als doel zelfbeschikking over lichaam en leven.

Tegenstelling

De vraag om meer aandacht voor haar klachten heeft echter vrouwen in veel gevallen juist meer *afhankelijk* gemaakt van artsen. De medische wetenschap, en vooral de farmaceutische industrie heeft veel belangstelling voor gebieden van het vrouwelijk lichaam. Inzake voorbehoedsmiddelen, voortplantingstechnieken, "vage klachten" ondergebracht onder begrippen als premenstrueel syndroom en de overgang, hebben zij de afgelopen decennia goed kunnen scoren. Althans, wat betreft medisch-technische oplossingen: hormonen (blijken wonderen te kunnen verrichten, in vitro fertilisatie (IVF, reageerbuisbevruchting) kent nog slechts enkele technische beperkingen. Vrouwen zijn nauwelijks betrokken bij ontwikkeling van deze kennis, maar krijgen deze medische, biologische oplossingen wel aangeboden als antwoord op haar klachten. Maar ondanks de grotere belangstelling voor vrouwen-klachten blijft het daarbij.

In het boek *"Dokteren aan vrouwen"* wordt geïllustreerd hoe er een tegenstelling dreigt te ontstaan: veel vrouwen zullen (op korte termijn) blij zijn met de nieuwe medische verworvenheden die soms haar klachten inderdaad "verhelpen". Vrouwen met een feministische visie zullen echter de medische overbemoeienis kritisch bekijken. Voorbehoeden, zwangerschap en bevalling, bevruchtingstechnieken bij ongewenste kinderloosheid leiden tot afhankelijkheid van (meestal man) dokters en hun technologie.

In het hoofdstuk over *Vrouwen en Kanker* signaleren de schrijfsters dat vrouwen nog veel te weinig betrokken zijn bij onderzoek naar oorzaken, vroege ontdekking en preventie van kanker; en dan vooral van kanker in borst, baarmoeder(hals) en eierstokken. De bundel is geschreven door vrouwen, de meeste actief in het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht, die op de betreffende onderwerpen haar deskundigheid hebben ontwikkeld.

Psv-experts

Vooral bij klachten van vrouwen wordt duidelijk dat lichamelijke, psychische en maatschappelijke processen niet los te zien zijn van elkaar. Dat men hiermee in de gezondheidszorg nog steeds niet uit de voeten kan, komt uitgebreid aan de orde in het laatste hoofdstuk met de titel *"Of is het dan misschien psychisch?"* Hoewel het goed is dat wordt erkend dat ook psychische factoren hun invloed hebben op hoe we ons lichamelijk voelen, bestaat al gauw het gevaar van psychologisering: indien geen zichtbare, "objectieve" oorzaak kan worden gevonden voor lichamelijke klachten, kan de oorzaak ook nog psychisch zijn. De "behandeling" moet dan ook maar in de psychische sfeer plaatsvinden.

Het gevolg hiervan is tweeledig. Er bestaat geen aandacht meer voor de lichamelijke kant van de zaak (want "het is toch psychisch"). Bovendien ben je als patiënte nu overgeleverd aan de volgende groep deskundigen: de psy-experts. Helaas zijn ook psy-experts er tot nu toe niet in geslaagd om verbanden tussen lichamelijke, psychische en maatschappelijke factoren te verklaren. Het ontbreken van kennis over en inzicht in deze verbanden heeft tot gevolg dat er "voor de vuist weg" verbanden kunnen worden gelegd tussen bepaalde lichamelijke klachten en psychische factoren, zonder dat het hoe en waarom van die verbanden duidelijk is. De arts of psycholoog kan ter verklaring van lichamelijke klachten onaangename ervaringen van vroeger, die dan waarschijnlijk naar het onbewuste verdrongen zijn, aanvoeren, zonder dat dit voor jou als patiënte begrijpelijk, laat staan aannemelijk hoeft te zijn.

Bovendien loop je het gevaar dat de arts jouw lichamelijke klacht psychisch verklaart, uitgaande van een bepaald beeld dat hij heeft over "de vrouw" en hoe zij idealiter zou moeten functioneren. Bij de benadering van premenstruele klachten bijvoorbeeld speelt de mannelijke opvatting een rol dat een vrouw opgewekt moet zijn en in staat tot het uitvoeren van alle haar toegedachte taken.

Waarom voelen veel vrouwen zich beroerd in de dagen voor haar menstruatie: hoofdpijn, buikpijn, kribbig, huilerig? Door het *hormonale* gebeuren in haar lichaam? Daar weet de farmaceutische industrie wel iets op: hormonale behandeling. Doordat ze haar *vrouw-zijn*, haar (potentiële) moeder-zijn niet accepteert? Dan is ze rijp voor de psychotherapeut, die haar mogelijk van deze individuele dwaling kan afhelpen. Doordat ze zich voelt falen, omdat ze in die dagen niet kan *voldoen aan de verwachting* van haar omgeving en van zichzelf over haar rol als moeder en vrouw? Dergelijke schuldgevoelens zijn redelijk efficiënt te onderdrukken met tranquillizers.

Alternatieven

Bovenstaande laat de noodzaak zien, die als een rode draad door de hele bundel loopt: Vrouwen moeten zelf alternatieven scheppen. Bijvoorbeeld door samen te zoeken naar eenvoudige, veilige en zelf te beheren middelen om haar lichamelijke klachten te verzachten of te doen verdwijnen. Of door ervoor te strijden dat goed, feministisch onderzoek naar oorzaken en behandeling van haar klachten wordt opgezet. Ook is het belangrijk zelf te zoeken naar verbanden tussen lichamelijke, psychische en maatschappelijke processen in het leven van vrouwen. Tenslotte is het van belang de beelden af te breken die er in de samenleving bestaan over hoe een vrouw moet zijn: jong, aantrekkelijk, opgewekt, zonder klachten, altijd beschikbaar voor man (sex) en kinderen (gezin, familie).

Als vrouwen gezamenlijk hierin slagen, kan verdere medicalisering en psychologisering, (het afhankelijk zijn van medici en psy-experts) worden tegengegaan.

Stimulans

Door dit boek ben ik als *huisarts*, weer eens kritisch op de vingers getikt. Hoe vaak laat ik het gemak van het uitschrijven van een recept voor hormonen en tranquillizers, of van een verwijzing naar een specialist (ondanks de wetenschap dat die ook niet veel zinnigs zal kunnen bieden) voorgaan boven de moeite om iemand over de drempel van bijvoorbeeld een VIDO-groep te helpen? Want dat kost vaak wel enige moeite: vrouwen (allen overigens die bij de arts komen) verwachten zelfmedische oplossingen van hun klachten. De verhalen uit de bundel hebben mij gestimuleerd om de andere draad weer op te pakken.

Als *wetenschappelijk medewerkster* werkzaam in een centrum voor bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker realiseerde ik me bij het lezen van het hoofdstuk over Vrouwen en Kanker, dat van een feministisch beleid daar nog geen sprake is. Hoewel het niet of pas laat krijgen van uitzaaiingen, en het later overlijden aan kanker dankzij vroege ontdekking, een verbetering van het leven betekent, zijn daarmee niet alle aspecten van het leven al belicht.

Voordat er wel sprake kan zijn van een feministisch beleid in de gezondheidszorg, is nog veel geld, goodwill en vooral veel vrouwkracht nodig. De bundel "*Dokteren aan Vrouwen*" laat zien wat medicalisering en psychologisering voor vrouwen betekent. Ik hoop dat dit boek een uitdaging is voor véél vrouwen (vooral ook artsen en onderzoeksters) om de gezondheidszorg zo te veranderen dat vrouwen in de toekomst wel de zelfbeschikking krijgen over haar lichaam en leven.

Corinne Collette

Discours

Een „discours” is een samenhangend geheel van wijzen van spreken, manieren van doen en daarbij horende zaken. Tot het medisch discours bijvoorbeeld, horen theorieën over wat ziek en wat gezond is, de manier waarop artsen zich tijdens het visite lopen rond het bed scharen, maar ook injectiespuiten en receptenbriefjes. Tot welk discours een uitspraak, handeling of voorwerp hoort, valt lang niet altijd in het algemeen te zeggen. Zo maakt handen wassen deel uit van het medisch discours als het gebeurd om bacteriën te verwijderen, maar niet als het gebeurd om te voorkomen dat die vuile handen vlekken achterlaten op de bladzijden van een tijdschrift.

Hoe regulier zijn de alternatieve geneeswijzen?

Reguliere genezers zijn vaak zeer moralistisch, maar de alternatieven doen er nog een schepje bovenop. Wie "natuurlijk" leeft wordt niet ziek en erger nog wie ziek is heeft niet "natuurlijk" geleefd. Eigen schuld, dikke buit. De alternatief geneeskundige beweging heeft haar wortels in Duitsland, reden voor Mechteld Buiker om de alternatieve geneeswijzen, aan de hand van recente Duitse literatuur, te vergelijken met de reguliere geneeskunde.

Mechteld Buiker, studente Geneeskunde

Er is de laatste jaren een toenemende belangstelling voor de alternatieve geneeskunde. Er verschijnen dan ook veel boeken over dit onderwerp op de markt. De oorsprong van de alternatieve beweging ligt hoofdzakelijk in Duitsland. De zich uitbreidende lezerskring kan kiezen uit titels als: "Eine andere Medizin", "Sa gesund wie möglich", "Die heile Welt des Heilens". De titels doen vermoeden dat de in deze boeken beschreven geneeswijzen sterk van de huidige allopatische geneeskunde verschillen. Maar is dit wel zo? Hoe alternatief zijn de alternatieve geneeswijzen. Hoe verhouden zij zich tot de allopatische geneeswijzen? Welke plaats nemen zij in in het medisch discours en daardoor in het maatschappelijke, politieke discours?

Natuurlijk evenwicht.

Onder het begrip "alternatieve geneeskunde" versta ik de **holistische** benadering, waarin de mens als een geheel gezien wordt, als een eenheid van lichaam, ziel en geest en waarin de toegepaste therapie op natuurgeneeswijzen gebaseerd is. Dit in tegenstelling tot de allopatische benadering: zij gaat uit van een scheiding van lichaam en geest. Toch beschouwen beide Hippocrates als hun grondlegger. In de allopatische geneeskunde wordt met de eed van Hippocrates de ethiek van de geneeskunde vastgelegd. In het boek "Sa gesund wie möglich" van P. en E. Masoth, is het volgende citaat van Hippocrates te lezen. "Ziektes komen niet zomaar uit de lucht vallen, maar

ontwikkelen zich uit de dagelijkse, kleine zonden tegen de natuur. Al deze zich opgestapeld hebben, duiken ziekten schijnbaar ineens op."

Dit citaat geeft de basisgedachte weer van de meeste alternatieve geneeswijzen: als de mens maar in **eenheid met de natuur** leeft, dan zal hij ook niet ziek worden; gezondheid en genezing worden gezien als het zich weer herstellen van een natuurlijk evenwicht.

L. en H. Peters on stellen bijvoorbeeld in hun boek „Für eine andere Medizin: "Gezondheid zou men kunnen definiëren als een natuurlijk evenwicht tussen prikkel en prikkel respons, als een harmonische relatie tussen mens en natuur, tussen mens en omgeving". Evenals in de allopatische geneeskunde wordt gestreefd naar het herstellen van een verbroken evenwicht. Eveneens gelijk aan de allopatische geneeskunde is de causale gedachten-gang die hierin wordt gevolgd. Alle moet een oorzaak hebben. Binnen dit denken is geen plaats voor een gebeurtenis die aan de kringloop 'oorzaak ~ gevolg - behandeling' ontsnapt.

De statistiek van het boek over alternatieve geneeswijzen "Der Ou.knigge" van R. Griesshammer geeft a:coholmisbruik als enige oorzaak voor

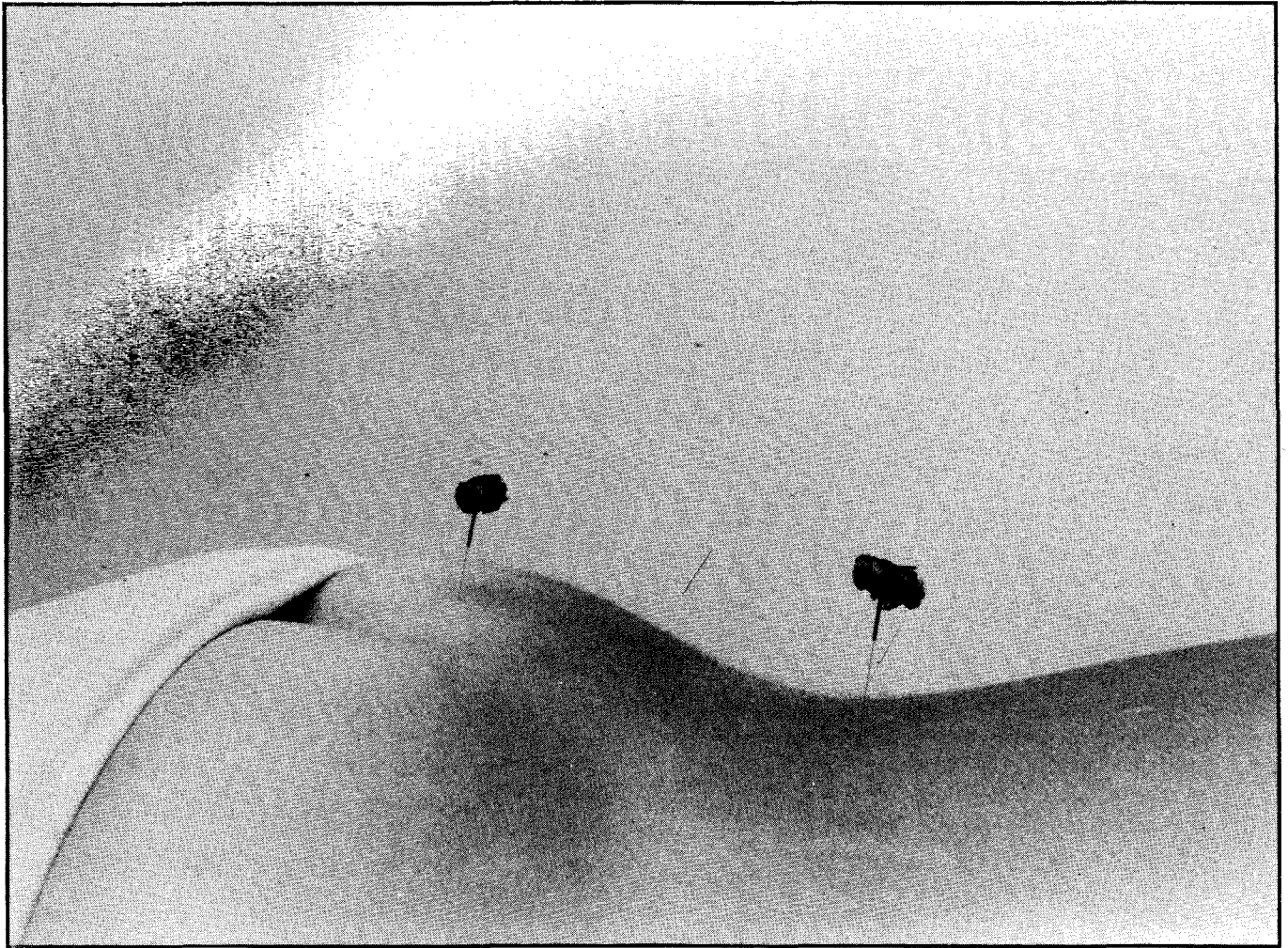


Foto: Ine van den Broek

levercirrhose aan. In de verkeerde omgang met de natuur waaraan de mens zich schuldig maakt, zoekt de alternatieve geneeswijze de oorzaak van de ziekte. In de allopatische geneeskunde wordt de ziekte vaak gezien als een onveranderlijk, plotseling optredende natuurgebeurtenis. De patiënt is slachtoffer van deze gebeurtenissen. Het overkomt hem. Bij de alternatieven is de patiënt zelf verantwoordelijk voor het ontstaan van de ziekte. De oorzaak van de ziekte is een individueel gebeuren. Door deze individualisering is de schuldvraag snel beantwoord: "De schuldigen voor deze beklagenswaardige toestand zijn makkelijk te vinden. Het zijn niet de anonieme machten (maatschappij, kapitaal...), maar wij allen zelf; wij die dit systeem scheppen en ook daarvan profiteren, maar wel zonder de consequenties te zien of te willen zien." (uit "So gesund wie möglich" van P. en E. Masoth).

Individualisering,

In de alternatieve geneeskunde gaan de begrippen natuur en gezondheid samen. Wat "natuurlijk" is is automatisch ook goed. Daar tegenover staat onze cultuur, onze beschaving. Vooral

de toenemende technologie wordt als bedreiging ervaren. Deze kan blijkbaar alleen maar negatieve invloeden op de mens hebben. Dit is de voornaamste kritiek op de allopatische geneeskunde: door de toenemende invloed van de technologie en de apparatuur gaat de eenheid van de mens verloren. Natuur wordt door de samenhang met gezondheid tot een mythe. Gezondheid wordt tot een ideaal!

Ik vind deze kritiek van de alternatieve geneeskunde op de allopatische geneeskunde nogal oppervlakkig. Men levert alleen kritiek op bepaalde vormen van het medische discours, terwijl het medisch discours zelf niet ter discussie staat.

De **vooronderstellingen** van het discours worden overgenomen en niet aan een nader onderzoek onderworpen. De basis van beide vormen van de geneeskunde is de *positivistische* beschouwing, die er vanuit gaat dat er een orde bestaat die met behulp van rationaliteit ontdekt kan worden. Alleen empirisch bewijsbare feiten worden geaccepteerd. Causaliteit speelt daarbij een belangrijke rol: wanneer de oorzaak gevonden en behandeld wordt is het mogelijk de oude orde weer te herstellen. Men gaat uit van

het kentheoretische niveau, dus van de schijnbare neutraliteit van de kennis. Omdat de kennis berust op empirische "feiten" wordt de kennis als neutraal beschouwd. De kennis wordt niet beïnvloed door de normen en waarden die op dat moment gelden. Ik vraag mij af of dit een juiste benadering is, want ook "feiten" en de "werkelijkheid" kunnen immers niet los gezien worden van het discours, van de vanzelfsprekendheden in onze samenleving.

Ook de alternatieve geneeskunde gaat uit van de neutraliteit van de kennis. Hierdoor eist zij het recht op, haar kennis als maatstaf te gebruiken, waarmee de patiënt gemeten wordt. Indien een dergelijke maatstaf wordt gebruikt is het volgens mij niet meer mogelijk om van eigen verantwoordelijkheid of mondige patiënten te spreken. Net zoals bij de allopatische geneeskunde vindt door het medisch contact een transformatie plaats: de mens met zijn eigen biografie verandert tot een casus, tot een patiëntengeschiedenis, tot een object. De mens wordt getransformeerd tot patiënt. De werkelijkheid van de allopatische geneeskunde wordt door de alternatieve geneeskunde verworpen. De alternatieve geneeskunde realiseert zich echter niet dat de alledaagse leefwereld

gemaakt wordt en dat de patiënt in een andere werkelijkheid leeft dan de arts. Een alternatieve werkelijkheid wordt de patiënt opgedrongen. De werkelijkheid vervult in de alternatieve geneeskunde dezelfde functie als in de allopatrische geneeskunde.

Door dit gemeenschappelijke uitgangspunt bestaat ook in de alternatieve geneeskunde een vergelijkbare arts-patiënt relatie, gekarakteriseerd door autoriteit, transformatie en machtsverhouding. Een machtsverhouding die waarschijnlijk nog sterker in het voordeel van de arts is: de schuldvraag wordt immers zeer eenduidig beantwoord! Dat het hierbij gaat om een zeer beperkt antwoord, wordt duidelijk in het voorbeeld van alcohol en levercirrhose: de oorzaak ervan is het alcoholmisbruik en beter worden is de opgave voor de patiënt. Waarom neemt het aantal alcoholisten toe? Welke maatschappelijke problemen spelen daarbij een rol? Dit soort vragen worden niet gesteld.

Deze zo typerende individualisering beperkt zich niet tot de medische wereld. Ook op maatschappelijk niveau vindt individualisering plaats. Maatschappelijke problemen worden net als bij de allopatrische geneeskunde zeer zelden in hun politieke context gezien. De alternatieve geneeswijzen houden de bestaande maatschappelijke orde in stand. De bestaande macht structuren worden niet aange- tast.

Nationaal Socialisme.

Ook in andere voorbeelden van therapieën en mogelijke oorzaken van ziekten, blijft de alternatieve geneeskunde een deel van het medisch discours met de in onze samenleving geldende vanzelfsprekendheden. Dit alles maakt duidelijk dat het medische, het culturele en het maatschappelijke discours niet los van elkaar gezien kunnen worden. Als je naar deze wederzijdse beïnvloeding kijkt, wordt de verandering duidelijk die zich in de laatste jaren parallel aan de vermindering van de politieke betekenis van het gezondheidssysteem ontwikkeld heeft: ziekte wordt minder verklaard vanuit de maatschappelijke context, de sociale situatie waarin de mens ziek wordt. Het wordt vaker individueel gezien, sociale oorzaken hebben aan betekenis verloren. Ieder moet bij zichzelf beginnen en er moeite voor doen om met zichzelf en de natuur in harmonie te leven. Deze benadering blijkt ook uit de mate waarin in de alternatieve geneeskunde voeding als oorzaak van ziekte wordt gezien, in plaats van bijvoorbeeld ziekmakende geluidsbelasting in een bedrijf. Ik wil niet beweren dat voeding geen invloed op ziekte heeft. Opvallend is echter

wel de belangrijke plaats die voeding toegewezen krijgt. Voedsel is namelijk bij uitstek iets waarvoor iedereen zelf verantwoordelijk is. Zo wordt de schuld naar het individu geschoven. Hierdoor staan de maatschappelijke structuren die aan een ziekte bijdragen niet meer ter discussie. Er worden geen vragen gesteld aan hen die de macht hebben en in belangrijke mate onze maatschappelijke orde bepalen. Een orde die gekenmerkt wordt door effectiviteit, prestatie en economische belangen. Door de eenheid van het medische en maatschappelijke discours moet gezondheid aan dezelfde principes onderworpen worden. Gezondheid wordt hierdoor tot een ideaalbeeld van onze maatschappij. Als je niet gezond bent, kun je niet goed functioneren. Gezondheid wordt als het normale gezien, als het natuurlijke. Zo is het ook niet verbazingwekkend, dat we het moeilijk hebben met mensen die niet in dit schema passen, die ons doen denken aan lijden en daardoor ook aan de dood. Bijvoorbeeld gehandicapten, chronisch zieken en oude mensen. Met ons fanatieke gezondheidsideaal maken wij hen tot buitenstaanders, zij zijn abnormaal. Ze staan immers buiten onze zo belangrijke productiviteit. De meeste gehandicapte centra staan niet voor niets buiten ons gezichtsveld, buiten de steden.

Deze ontwikkeling beangstigt mij, vooral als ik terugkijk in de geschiedenis. Ook binnen de geneeskunde van het Duitse nationaal-socialisme namen de natuurgeneeswijze en het extreme gezondheidsideaal een belangrijke plaats in. In het in 1936 verschenen boek van Karl Kötschau "*Gewaltfreie Medizin*" is te lezen: "De natuur zou onderscheid moeten maken tussen prestatievermogen en uitroeiing?". Gezondheid wordt tot plicht. In het in 1977 verschenen boek "*Naturmedizin in Lebensbilder*" van F. Asbach is de inleiding door dezelfde natuurgenezer Karl Kötschau geschreven. Velen zullen de verbinding tussen natuurgeneeskunde en de geneeskunde van het Nationaal-Socialisme te ver gezocht vinden, ik hoop maar dat zij gelijk hebben.

Ik vind dat de discussie over kunstmatig is slecht en natuurlijk is goed, ongenueanceerd en naïef gevoerd wordt. Het gevaar is dat de natuurlijke biologische geneeskunde van de sterken ondersteund wordt en bestaande verschillen in levensomstandigheden niet meer meetellen. ••

Citaten.

1. "Die Krankheiten befallen uns nicht au- heit eren Himmel, sondern entwickeln sich aus täglich kleinere Sünden wieder die Na- tur. Wenn diese sich gehäuft haben brechen sie scheinbar auf einmal hervor."
2. "Gesundheit könnte man definieren als ein natürliches Gleichgewicht zwischen Reiz und Reizbeantwortung als eine harmonische Beziehung zwischen Mensch und Natur, zwischen Mensch und Umwelt."
3. "Die Schuldigen für diesen beklagenswerten Zustand sind leicht aufzufinden: sind nicht die anonymen Mächte, Gesellschaft, Kapital ..., sondern wir allerselbst, die dieses System produzieren und auch davon profitieren oder allerdings die Konsequenzen zu sehen oder sehen zu wollen."
4. "Die Natur sollte unterscheiden zwischen leistungsfähigkeit und ausmerze".

Geraadpleegde literatuur

- Jan M. Broekman: *Medisch Discours en Medische Werkelijkheid*. VU Amsterdam 1985.
- Arko Oderwald: *Geneeskunde, kritiek en seminologie*. Acco Leuven, Amersfoort 1985.
- Asbeck, F.: *Naturmedizin in Lebensbildern*. Leer 1977.
- Griesshammer, R.: *Der Öko-Knigge*. Reil's beek 1984.
- Jäckle, Renate: *Gegen den Mythos Gan- heitliche Medizin*. Kontret Literatur Verlag, Hamburg 1985.
- Kötschau, K.: *Gewaltfreie Medizin*. Tritsch, Düsseldorf 1981.
- Massoth, P. en E.: *So gesund wie möglich*. Beltz, Weinheim 1984.
- Petersohn, L. en H.: *Für eine andere Medizin*. Fischer Verlag, Frankfurt 1981.

Doctors' fears over working with Savage

By Jill Sherman

Leading obstetricians at the London Hospital have said they will find it difficult to work with Mrs. Wendy Savage after the inquiry into her professional competence during which she was suspended for 16 months.

They have claimed that it would be impossible for her to be integrated back into the department immediately and have suggested that she is given a sabbatical post for a few years.

Last month an inquiry into the conduct of Mrs. Savage, then a senior lecturer at the hospital's medical school, of allegations of professional incompetence.

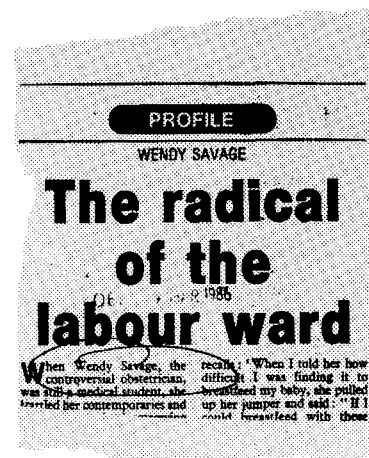
But a further point due to emerge before her return to work next month is "looking at the working arrangements within the obstetric department. The inquiry has exposed concerns over poor working relations."

De radicale dokter van de verloskamers

Begin september j.l. werd in Londen de gynaecologe Wendy Savage vrijgesproken van vijf aanklachten over foutief medisch handelen ("malpractice"), waarvoor zij gedurende de aanklacht, vijftien maanden geschorst was. De aanklachten tegen Savage waren in april '85 ingediend op initiatief van haar baas, professor J Grudzinkas, hoofd van de afdeling verloskunde van het opleidingsziekenhuis „London Hospital".

De volgende reconstructie van de affaire Wendy Savage ontleende Thea Dukkens van Emden aan een gesprek met de redacteur gezondheidszorg van de "Observer", aan een aantal artikelen, die verschenen in een aantal progressieve Engelse kranten, en aan artikelen uit "The British Medical Journal".

Thea Dukkens van Emden, arts



De zaak Wendy Savage

BRITISH ASSOCIATION

Wendy Savage urges women to break the control of male doctors over giving birth

5 SEP 1986

YORK obstetrician Mrs Wendy Savage yesterday called on women to take control of

Doctors had come to rely on technology and birth had been "medicalised". A nat-

terity grant could be increased by 10p a head, or midwives could be paid an

geboorteregeling en voor geslachtsziektenbestrijding. In de tussentijd kreeg ze 4 kinderen. Ze werd aan het London Hospital aangesteld als klinisch docent onder de toenmalige, progressieve hoogleraar Peter Huntingford, die in 1981 afscheid nam. Savage solliciteerde naar zijn functie, maar ze werd niet als serieuze kandidaat beschouwd. De, meer behoudende, Australiër J. Grudzinkas werd benoemd.

Vanaf het begin boterde het niet tussen die twee. Grudzinkas en Savage hadden verschillende visies op het verloskundig beleid. Savage was gevormd door haar ervaringen in Afrika, waar ze veel vrouwen had zien overlijden aan de gevolgen van illegale abortus. Ze vocht voor het recht van vrouwen om mee te mogen beslissen over de verloskundige zorg en was een overtuigd voorstander geworden van legale abortus op verzoek van de vrouw. Samen met Huntingford had ze een aantal vernieuwingen ingevoerd, zoals een poliklinische abortusvoorziening

Wendy Savage (1935) volgde haar medische opleiding in Londen. Tijdens haar studie trouwde ze met een West-Afrikaanse onderwijzer. Na haar arts-examen deed ze enige tijd onderzoek aan de Universiteit van Harvard in de Verenigde Staten. Daarna begon ze aan de opleiding gynaecologie/verloskunde in ziekenhuizen in Nigeria en Kenia. In 1969 keerde ze naar Londen terug om daar haar opleiding tot specialist af te maken. Ze werkte op eigen initiatief enige tijd bij klinieken voor

order in
for a woman to choose
her child should be
The obstetrician, who
inspired passionate sup-
port among family doctors
and mothers in the east
London community where
works but healthy and
ger among some of the
country's leading consultants,
awaits the outcome of
inquiry which could end
25-year career.

faces dismissal from
job at the London
from which she
ready been sus-
because of five
alleged malpractice
er colleagues claim
sured the safety of

as not only been
Wendy Savage
in the council
the North East
regional Health
she has made sure
opting for an
the public has
conduct its own
attitudes and
the medical

as highlighted a
the profession
ty care between
believe mothers
a greater say in
ad those who
decision should
ie hands of the
as polarised the
tween advocates
childbirth and
support the high
of the modern
ward. And it has
ow a local commu-
be at loggerheads
medical hierarchy in

more, the case has
the publicity-shy,
echelon of the pro-
a to criticism of its
ades towards women and
d questions about the
ods used to isolate
dissenters within its

ndy Savage is a name
d with distaste by many
hospital doctors, she is
a feminist voice and
source of unwelcome
d. One senior obstet-
n said last week: "She
I have been a good and
ble girl and made sure
of on with her."

If she had played her
ing a woman was to
stage and her male
es might have been
to do her more



Local mothers bring their babies in support of Wendy Savage (left), whose career hangs in the balance

SAINT OR SAVAGE?

● A split in the medical profession over the part doctors should play in childbirth has been highlighted by a public inquiry into the alleged malpractice of a consultant obstetrician. The Wendy Savage affair has aired much dirty linen and raised serious questions for the future.

Another leading obstetrician, Professor Ronald Taylor of St Thomas' hospital, recalled that Grudzinski had said, at the

care. She was con-
visiting GPs' clinics
patients while the
consultants prefer-
patal-based work. So
also fought to main-
hospital's MRCOG
where she was bas-
maternity centre
the entire operation
main Whitechapel
where the other co-
were based.

But while the
consultants were in
over management,
the GPs and con-
workers were anx-
before the inquiry
launched about the
disagreements were
on maternity care in
Savage's approach
ing support while
ous were attempt-

There is anger and
within the community
the Savage case and
Tower Hamlets
Health Authority
suspend her in sec-
with little consulta-
have been calls
resignation of its

The role of de-
fence bodies, do-
ctors in trou-
coming under
Savage's £100,000
would have been
Medical Defen-
she had been
these solicitors
chose to use her
have to pick
herself.

When Savag
pended thousand
midwives and
80% of GPs
objected and ca-
reinstatement. To
out that her reco-
deaths was no w
some cases was
that of her male
just after her susp-
was made a fello
Royal College of
tricians and Gyna-

The Tower Ham-
Health Authority
serves a popu-
of 150,000. It has
than-average birth-
largely due to a big
Bangladeshi. The num-
births in the area has
from 2,400 in 1976
in 1984 - an incre-
39% - with no corre-
increase in medical
Against that, Mrs.
Savage pioneered a
approach to ma-
care she encouraged
to discuss their pre-
and promoted a
involvement of GPs

voor de regio, en een wijkgebonden verloskundige dienstverlening. Ook deed Savage zwangerschapscontroles in de huisartsenpraktijken in de wijk, zodat de vrouwen niet naar de polikliniek van het ziekenhuis hoefden te komen. Haar strijd voor de rechten van vrouwen hield ook in dat ze met de aanstaande ouders overlegde over het wel of niet doen van een keizersnede. In Groot-Brittannië wordt gemiddeld 11% van de kinderen middels een keizersnede verlost, en in een afdeling van het London Hospital (Whitechapel) zelfs 15%. Bij Savage lag het gemiddelde op 7,5%. Dit nu, zou tegen haar gebruikt worden.

De sfeer tussen Savage en haar nieuwe baas verslechterde zienderogen. Grudzinski heeft op een gegeven moment alle medische dossiers van Savage's patiënten doorgenomen, waarna hij met de beschuldiging kwam dat zij in vijf gevallen ernstige fouten gemaakt zou hebben. In het eerste geval ging het om een baby die negen dagen na de geboorte overleed

Doctors' fears over working with Savage

By Jill Sherman

Leading obstetricians at the London Hospital have said they will back a petition to work with Mrs Wendy Savage after the inquiry into her professional competence during which she was suspended for 18 months.

They have claimed that it would be impossible for her to be integrated back into the department immediately and have suggested that she is given a different post for a few years.

Last month an inquiry team cleared Mrs Savage, who is also senior lecturer at the hospital's medical school, of allegations of professional incompetence.

But a further panel due to report before her return to work next month is now looking at the working arrangements within the obstetric department. The inquiry team expressed concern over poor working relationships between Mrs Savage and her colleagues.

The panel, chaired by Mrs Alison Munro, chairman of Chichester Health Authority, will determine how Mrs Savage will work with her four consultant colleagues.

Mr John Hargill, consultant obstetrician at London Hospital, said: "The fact that

Mrs Savage's "black" department, Professor Grudzinski, criticised her supporters for spreading misinformation about the department.

"A serious internal department matter which led to the suspension of Wendy Savage has been misrepresented as a gender struggle and a struggle between high technology and low technology, which is totally unrelated to this particular problem," Professor Grudzinski said. The mis-information had resulted in unnecessary anxiety to several patients.

The professor said he would accept the recommendations of the inquiry into the department, but he referred to reports that Mrs Savage had publicly said she would not work in the academic unit headed by himself. He also said that Mrs Savage had called for his resignation.

Mrs Savage's solicitor, Mr Brian Raymond, denied yesterday that Mrs Savage had at any time either called for the professor's resignation or said that she would not be prepared to work with him or any of her colleagues.

aan een hersenbloeding: Savage zou te laat een keizersnee hebben gedaan maar uit later onderzoek bleek dat het kind aan een bloedafwijking leed, en dat het allerminst bewezen was dat het verloskundige beleid de oorzaak van het overlijden was. De tweede beschuldiging betrof een intrauteriene vruchtdood bij achtentertig weken. Savage was in deze periode met vakantie, dus zij kon hier geen directe schuld aan hebben. In de overige drie gevallen ging het om geboortes waarbij Savage „te laat“ een keizersnee zou hebben gedaan. De betreffende kinderen waren evenwel gezond ter wereld gekomen, en de ouders waren heel verbaasd te horen dat er over die bevallingen een aanklacht was ingediend. Op grond van een summier onderzoek door een gynaecoloog, dr. Bourne werd Savage in april '85 opstaande voet geschorst. Professor Grudzinski werkte vroeger onder diezelfde dr. Bourne.

Protesten bleven niet uit. Meer dan driekwart van de lokale huisartsen en vijftienhonderd sympathisanten (OI--

ders van door Savage verlorene kinderen, feministes etc.) hielden een protestmars en eisten een grondiger onderzoek. In een van hogerhand ingesteld onderzoek, dat 300.000 pond kostte en dat onlangs werd afgerond, is Savage van alle beschuldigingen vrijgesproken. Maar ze is nog niet volledig terug aan het werk in het London Hospital. Professor Grudzinski vindt dat ze de sfeer zo verziekt heeft dat ze de eerstkomende drie tot vijf jaar maar in een ander ziekenhuis moet gaan werken. In de dagbladen schreef maar één journalist, van The Guardian, dat Grudzinski misschien beter zou kunnen verkassen. Inmiddels bracht in oktober '86 het "Munro-advisory panel" een rapport uit over het herstellen van normale werkverhoudingen op de afdeling.

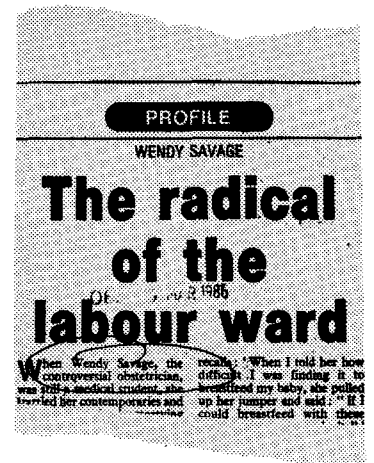
Wendy Savage lijkt door de hele zaak alleen maar strijdlustiger te zijn geworden. In een voordracht die ze na haar vrij spraak voor "The British Association for the Advancement of Science" hield, zei ze onder meer: "Vrouwen, neem het heft in eigen hand, en laat de verloskunde niet uitsluitend in handen van de door mannen gedomineerde medische professie. Vroedvrouwen in plaats van dokters horen normale zwangerschappen te begeleiden. Er moeten mogelijkheden komen voor meer thuisbevallingen, omdat bij de thuisbevalling de machtsverhoudingen tussen de vrouwen de verloskundige zijn omgekeerd. De kosten die bespaard worden doordat er minder (onnodige) keizersneden worden gedaan, kunnen gebruikt worden om het salaris van vroedvrouwen op te trekken en om de moederschapstoelage te verhogen. Er moeten geen routine echoscopieën meer gedaan worden, want het levert geen aantoonbaar nut op en het kost veel geld".

Commentaar

In Britse artikelen en commentaren is uitvoerig aandacht besteed aan de controverses binnen de medische wereld, die door deze zaak aan het licht kwamen. Zo zien we de tegenstelling tussen een verloskundige zorg waarin de moeders meer te zeggen hebben, versus een beleid waarbij de beslissing in handen van artsen is; de strijd tussen voorstanders van de "natuurlijke" en van de "high-tech." bevalling; verder vallen op de strijd tussen de plaatselijke gemeenschap en de medische hiërarchie, en de tegenstelling tussen een feministe en een wereld waar je "one of the boys" bent. De Britse medische vakpers heeft uitgebreid aandacht besteed aan de affaire Savage. In een redactioneel commentaar in het British Medical Journal van 2 augustus wordt de vraag opgeworpen waarom de gezondheidszorg-autoriteiten de procedure tegen Savage

überhaupt in gang hebben gezet. Daarnaast wordt geconcludeerd dat dit opnieuw duidelijk maakt, dat er binnen de National Health Service andere en betere methoden moeten worden ontwikkeld om conflicten tussen artsen op te lossen.

De situatie in Engeland is (gelukkig) niet te vergelijken met die in Nederland. In ons land vindt nog één derde van de bevallingen thuis plaats. Vroedvrouwen spelen hier een belangrijke rol. Slechts 6% van de kinderen komt met een keizersnede ter wereld. Toch rukt ook hier de "high-tech."-bevalling op. Tekenend voor het weer oplaaien van de discussie over de rol van de thuisbevallingen is een artikel van de statisticus Hoogendoorn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Hij presenteert cijfers, waaruit moet blijken dat de perinatale sterfte in ons land in de jaren 1983 en 1984 niet verder is afgenomen, en dat Nederland in een serie van 16 westerse landen niet langer op de 5e plaats staat, maar gezakt is tot de 8e plaats wat betreft perinatale sterfte. Hoogendoorn schrijft de ongunstige situatie, volstrekt ongefundeerd toe aan de grote aantallen thuisbevallingen in ons land. Gelukkig wordt hij hiervoor in een recent nummer van hetzelfde Tijdschrift door verschillende collega's bekritiseerd, omdat hij slechts een statistische correlatie kan aangeven en geen oorzaak bewijst.



Are our doctors too free with their scalpels?

PAUL BARKER on the implications of the case of Wendy Savage, the gynaecologist who was acquitted by a disciplinary panel

Noten

1. "The Observer" 9 maart '86, en 16 juni '85, "The Sunday Times" 9 maart '86, "The Times" 27 augustus '86 en "The Guardian" 5 september '86. In de British Medical Journal is de gehele procedure tegen Savage op de voet gevolgd.
2. D. Hoogendoorn: Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland; Ned. Tijdschr Geneesk 1986; 130; 1436-40
3. Ned. Tijdschr Geneesk 1986; 130; 1714-1715

De erfenis van Eegje Schoo

Bij het scheiden van de markt, schreef Eegje Schoo nog een notitie over het ontwikkelingsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg. Mogelijk komt deze notitie aan de orde in de Tweede Kamer bij de behandeling van de begroting van Schoo's opvolger, Bukman. Reden genoeg voor een kritische beschouwing van dit erfstuk.

De in deze notitie gehanteerde *uitgangspunten* lijken goed aan te sluiten bij het intertijd door Pronk ingezette beleid. Maar op het punt van de *beleidsvoornemens* klinkt een heel ander geluid: door ontwikkelingshulp kunnen ook de belangen van het Nederlandse bedrijfsleven gediend worden. De Medische Ontwikkelings Samenwerking-groep van WEMOS zet grote vraagtekens bij deze vermeende harmonie van belangen.

Frans Duym
Guite Bansma
Janita Janssen
Joost van der Meer
RoeI Melchers
Bart Wolf

In maart van dit jaar verscheen een regeringsnotitie over het Nederlands ontwikkelingsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg. Door de verkiezingen en de vervanging van minister Schoo door Bukman, heeft deze notitie in de publiciteit nooit veel aandacht gekregen. Inmiddels is het een officieel kamerstuk en het zal van de Kamer afhangen of het bij de besprekingen van de begroting van ontwikkelingssamenwerking op 16 en 17 december behandeld zal worden. Het regeringsbeleid zoals dat gevoerd werd door Lubbers 1, zal onder Lubbers 2 hetzelfde blijven. Minister Bukman sloot zich daar zaterdag 8 november op de CDA-bijeenkomst over ontwikkelingssa-

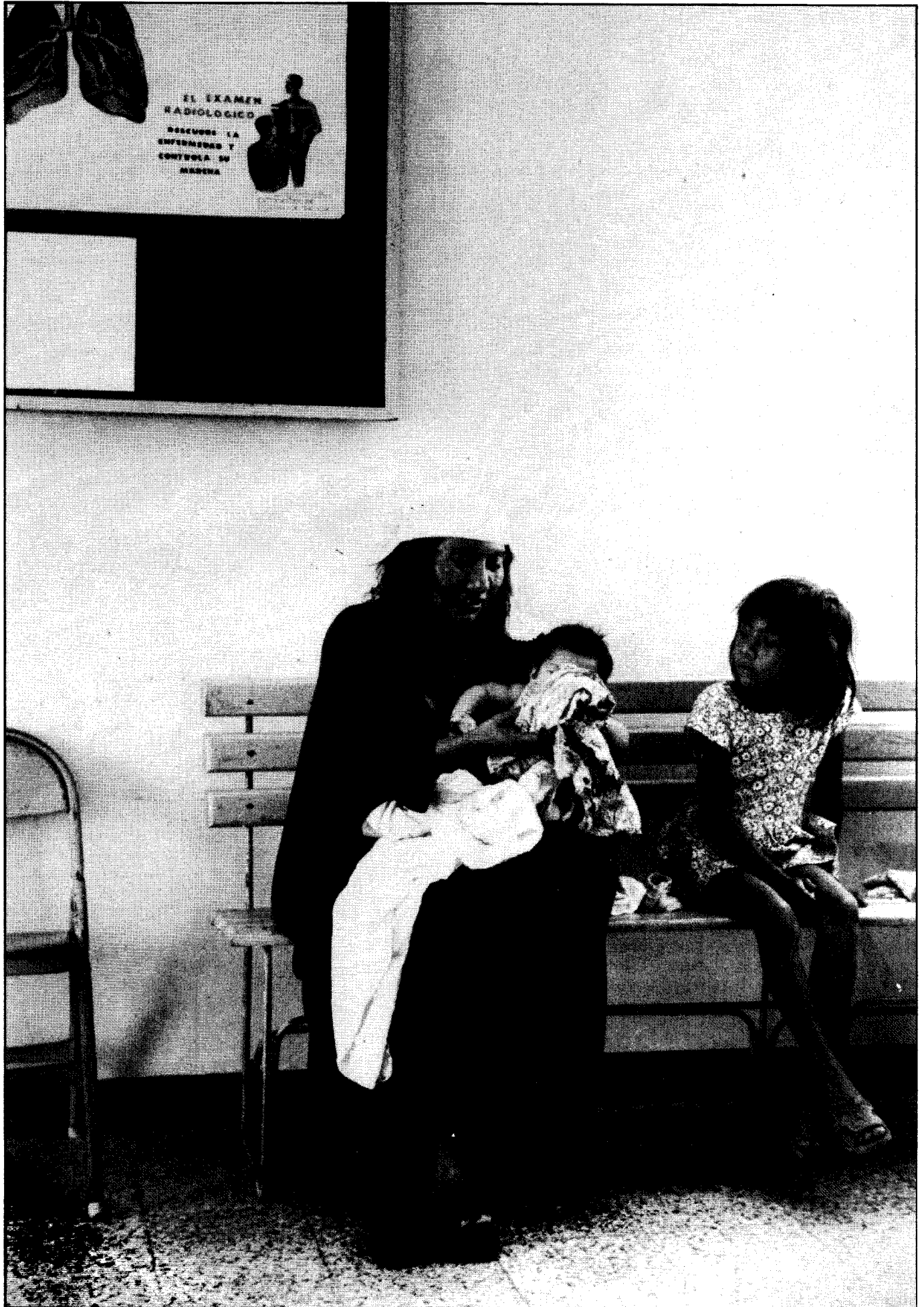
menwerking bij aan: ook op dit ministerie blijft het beleid ongewijzigd! In dat licht gezien is het interessant deze notitie wat nader te bestuderen, en dan komen we een aantal opmerkelijke tegenstrijdigheden tegen.

Uitgangspunten versus beleidsvoornemens

In 1975, nog beïnvloed door het beleid van Jan Pronk, verscheen de Nota Bilaterale Ontwikkelingssamenwerking. In deze nota werd het fundamentele recht op gezondheidszorg duidelijk omschreven. De in het eerste deel van de "notitie Schoo" genoemde *uitgangspunten* lijken daar ook geheel op aan te sluiten: Primary Health Care (PHC) en bestrijding van armoede zijn belangrijke punten voor de gezondheid van mensen in ontwikkelingslanden. De in het tweede deel van de notitie geformuleerde *beleidsvoornemens* lijken echter opeens weer meer geïnspireerd door de Nota Herijking Bilateraal Beleid, van de hand van Schoo. Deze nota veroorzaakte in 1984 in de wereld van solidariteitsgroepen en ontwikkelingsorganisaties veel opschudding omdat armoedebestrijding als hoofdpunt uit het beleid verdween. De belangen van het Nederlands bedrijfsleven en de Nederlandse werkgelegenheid werden opeens de belangrijkste oogmerken van het ontwikkelingsamenwerkingsbeleid. Om een meer "effectieve" hulp te kunnen garanderen werd ook het aantal zoge-

Ontwikkelingshulp als versterking van het bedrijfsleven

Medische Kliniek Venezuela
Fotoarchief WEMOS



naamde concentratielanden vermindert, waarbij de hulp aan Latijns Amerika geheel de boot in ging. Er werd een harmonie verondersteld tussen de belangen van het Nederlands bedrijfsleven en de behoeften van ontwikkelingslanden. Schoo veronderstelde dat als de hulp gericht zou worden op de middengroepen van een land, er een "doordruppeleffect" zou ontstaan naar de allerarmsten. In onze visie is niets minder waar: minder mensen worden er beter van en meer mensen slechter.

In dit artikel zullen we op enkele discrepanties in de "notitie Schoo" wat uitvoeriger ingaan.

In het begin van de notitie valt direct op dat het begrip gezondheid nogal pragmatisch wordt gedefinieerd. Hoewel gesteld wordt dat gezond zijn meer inhoudt dan de afwezigheid van ziekte (zoals ook in de definitie van de WHO staat), vinden de opstellers van de notitie vooral dat het beleid moeten richten op het voorkomen en bestrijden van ziekten. Ziekte in ontwikkelingslanden wordt daarmee weer een strikt medisch probleem, en zo ontstaat een excuus om medisch personeel te sturen, én de zo "broodnodige" Westerse gezondheidszorg.

Er wordt in de notitie wel degelijk een relatie gelegd tussen sociaal-economische ontwikkeling en niveau van de gezondheidstoestand, waarbij erkend wordt dat structurele armoedebestrijding een essentiële voorwaarde is voor verbetering van gezondheid. In de praktijk zal evenwel blijken dat dit loze constatering is, want in de *beleidsvoornemens en aanbevelingen* wordt met geen woord meer gerept over armoedebestrijding, stimulering van sociaal-economische ontwikkeling en betere verdeling van macht en middelen. Infecties en bevolkingsgroei als oorzaken van ongezondheid krijgen daarentegen ruimte aandacht. Oorzaken die zich makkelijk lenen voor medische interventie en mischien daarom extra benadrukt worden.

Ons insziens kunnen alleen door armoedebestrijding de vicieuze cirkels *infectieziekten-armoede-infectieziekten* en *overbevolking-armoede-overbevolking*, doorbroken worden. De gepropageerde bestrijding van infecties dient meer onze eigen medische export dan de opbouwen ontwikkeling van de betrokken landen. De nadruk op

het bestrijden van bevolkingsgroei legt de oorzaak van armoede waar ze niet hoort: bij arme vrouwen in ontwikkelingslanden. Zelfs de United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) heeft in 1984 op haar grote bevolkingsconferentie in Mexico moeten toegeven, dat de op zo'n grote schaal uitgevoerde (en door Nederland meebetaalde) „familyplanningsprogramma's" niet de gewenste daling van de bevolkingsgroei tot gevolg hebben."

PRE, emancipatie en bevolkingsgroei

In de beleidsvoornemens wordt een lage prioriteit toegekend aan de curatieve zorg en ziekenhuizen. Betekent dit dan ook dat het geld dat hier wordt bespaard daadwerkelijk wordt uitgegeven aan manieren om de bevolking zelf meer macht over lijf en leven te geven? In navolging van de WHO wordt inderdaad extra accent gelegd op de ontwikkeling van Primary Health Care, maar juist de *invulling* van dat begrip is van essentieel belang voor het uiteindelijk succes van dit soort hulp. In de beleidsvoornemens vinden we dit echter niet. Als doelgroepen voor PHe worden gekozen: vrouwen, kleine kinderen en de plattelandsbevolking, aangezien in deze groepen de morbiditeit en mortaliteit het hoogst is. Behandeling en preventie van ziekte staan centraal, en een aantal voor PHe essentiële begrippen als zelforganisatie en emancipatie, komen niet voor. Hierdoor wordt PHe ons inziens bevoegd van haar meest noodzakelijke kenmerken, en verliest het begrip haar inhoud.

Het gezondheidspeil en de levensverwachting is voor vrouwen in ontwikkelingslanden lager dan voor mannen, dit in tegenstelling tot de rijke landen. Vrouwen zijn vaak dubbel achtergesteld, niet alleen door de armoede waarin ze leven, maar ook door hun maatschappelijk ondergewaardeerde positie. De notitie erkent weliswaar deze achtergestelde positie maar denkt deze te kunnen verbeteren door het stimuleren van moeder-en-kind-zorg-programma's.

Rolbevestiging er *reproductie* krijgen meer aandacht dan emancipatie en opleiding, en dringen de vrouw daardoor terug in de hoek waar ze altijd al gezeten heeft. De aanbevelingen

die de notitie doet om de bevolkingschok in te dammen zijn eenzijdig en vooral gericht op reproductievermindering. Er wordt een sterk pleidooi gehouden voor uitbreiding van de financiële steun aan de UNFPA. Ook Bukman pleitte daar op 8 november weer voor. Deze organisatie wordt reeds voor 20% met Nederlandse gelden gesteund. In onze ogen benadrukt de UNFPA nog steeds geboortebeperking boven economische onafhankelijkheid en zelfbeschikking van vrouwen. Recente onderzoeken in Bangladesh toonden aan dat door verbetering van de sociaal-economische omstandigheden het kindertal daalt". De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is, dat ouders geneigd zijn te kiezen voor een kleiner kindertal als de overlevingskansen van de kinderen toenemen. Ook hier vinden we het spijtig dat bij het probleem van bevolkings-toename, niet in eerste instantie de armoedebestrijding als begin van een oplossing gezien wordt. Tenslotte wordt in de notitie gesteld dat overbevolking leidt tot ecologische vervuiling, zonder daarbij te noemen welke bijdrage daarvan geleverd wordt door de export van onze "vuile" (o.a. petrochemische) industrieën naar arme landen."

Wie participeert waar?

Op de hoofdpunten van haar beleid kent de notitie grote waarde toe aan gecentraliseerde, verticale programma's van WHO en Unicef. Actieve participatie van de lokale bevolking zal volgens ons echter niet daar, maar juist in primaire gezondheidszorgprojecten gerealiseerd kunnen worden. Die projecten hebben een kleinschalige, horizontale, gedecentraliseerde structuur. Hoewel in de notitie wel intenties worden geformuleerd over actieve deelname van de plaatselijke bevolking, zien we wonderlijk genoeg dat dit in de *beleidsvoornemens* leidt tot omvorming van medisch en paramedisch personeel tot "managers" van de primaire gezondheidszorg. Het staat er niet met zoveel woorden, maar waarschijnlijk gaan deze managers bepalen waar, welke gezondheidszorg wordt uitgeoefend.

Met betrekking tot onderwijs en scholing wordt eenzelfde inconsequent beleid gevoerd. Weliswaar wordt erkend dat de lokale bevolking en lagere kaders veel zinvolle activi-

teiten in de gezondheidszorg kunnen ontwikkelen, bij vorming en onderwijs zijn het opnieuw de "managers" en beleidsfunctionarissen die prioriteit krijgen. Over opleiding en vorming van lokale kaders vinden we in de aanbevelingen niets terug.

Ontwikkelingssamenwerking en gezondheidszorg

Het lijkt veelbelovend dat de notitie zich uitspreekt voor versterking van de PHe, terwijl tertiaire curatieve zorg niet meer op ondersteuning zal kunnen rekenen. In werkelijkheid blijkt de groei van PHe slechts schijn. Hoewel het percentage toewijzingen voor primaire zorg in de periode '75-'84 van 12% is toegenomen tot 34%, blijkt het absoluut besteedbare bedrag voor gezondheidszorg (in het kader van de bilaterale hulp) vanaf 1982 te zijn afgenomen van 7% naar 1%.

Op de begroting voor ontwikkelingssamenwerking is de gezondheidszorg nog slechts een marginale post geworden.

De *beleidsconclusies* in de notitie staan veelal lijnrecht tegenover de eerder genoemde *uitgangspunten*. Vooral armoede-bestrijding en onderwijs aan lokale kaders zijn in de aanbevelingen geheel uit het zicht verdwenen. Er wordt lippendienst bewezen aan de PHe-formule van de WHO, waarbij wezenlijke elementen van PHe als zelfbeschikking en participatie van de lokale bevolking gemakshalve onder de tafel worden geveegd. Het voorgestelde beleid dient onder andere de Nederlandse export van medische know how, en is onvoldoende gericht op eigen ontwikkelingsmodellen in ontwikkelingslanden.

Te vrezen valt dat de huidige regering zal volharden in het dogma van de vorige, dat onderontwikkeling op den duur vanzelf opgelost zal worden door het vertrouwde vrije spel der maatschappelijke krachten, daarbij geholpen door een handje vol deskundigen, die het spel en de spelregels komen uitleggen. In zo'n situatie blijft het scheidsrechtersfluitje voorlopig aan deze kant van de evenaar.

Literatuur

1. Notitie Nederlands ontwikkelingsbeleid op het gebied van de Gezondheidszorg; E.M. Schoo, Ministerie van Buitenlandse Zaken; 1986.
2. Nota Bilaterale Ontwikkelingssamenwerking, Minister van Buitenlandse Zaken; 1975.
3. Nota Herijking bilateraal beleid; E.M. Schoo, Ministerie van Buitenlandse Zaken; 1984.
4. Mexico-conferentie UNFPA; zomer 1984; Mexico-Stad.
5. State of the Worlds Children; Unicef; 1985.
6. Family planning in de Derde Wereld; Linda Hoyer, WEMOS; 1984.



Primary Health Care
P. Almasy/FotoarchiefWEMOS

BOEKEN

Het Snijvlak

SNIJVLAK. Gezondheidszorg tussen twee werelden. Vincent van Amelsvoort/Frits Muller. Uitgeverij: Macula, Boskoop. Deel 3 uit de reeks: Gezondheidszorg krities bekeken. Prijs f 17,-/ISBN90-6615-012-2.

"In een vooroorlogs affiche in voormalig Nederlands-Indië stond bij wijze van spreken slimme Javaanse Jan met 2 moeder-vette gezonde kinderen in stralend witte kleren afgebeeld als voorbeeld hoe je je kroost de juiste uitgebalanceerde voeding moest geven. Als afschrikwekkend contrast stond ter rechterzijde domme Piet, in rode vuile kleren, met een serie haveloze schamminkeltjes die helaas nooit de juiste voeding hadden gekregen. De boodschap die de gezondheidsvoorlichter wilde overbrengen was duidelijk, maar wat was het effect bij het publiek? De narigheid lag hierin, dat wit in de Chinese en Javaanse cultuur de kleur van het doodskleed is. De stralende kindertjes van Jan in hun witte pakjes zouden dus wel snel doodgaan, dus zo zie je maar weer hoe dat zogenaamde gezonde eten al niet tot rampen leidt: Nee, je volgt veiliger het voorbeeld van Piet".

Dit is één van de vele voorbeelden waarmee "Snijvlak" doorspekt is. Met vele andere voorbeelden laten de auteurs zien dat men 30 tot 40 jaar later vaak nog niet veel wijzer is. Kennelijk is het werken in een snijvlak tussen twee culturen, tegelijk ook nog eens het snijvlak tussen arm en rijk, tussen arts en patiënt, nog steeds een bron van misverstanden. Zelfs als het over schijnbaar eenvoudige zaken gaat. Niets nieuws denk ik, maar het kan niet vaak genoeg gedemonstreerd worden dat de arrogantie en kortzichtigheid waarmee destijds gekoloniseerd werd nog maar al te vaak hoogtij viert in het zogenaamde ontwikkelingswerk...

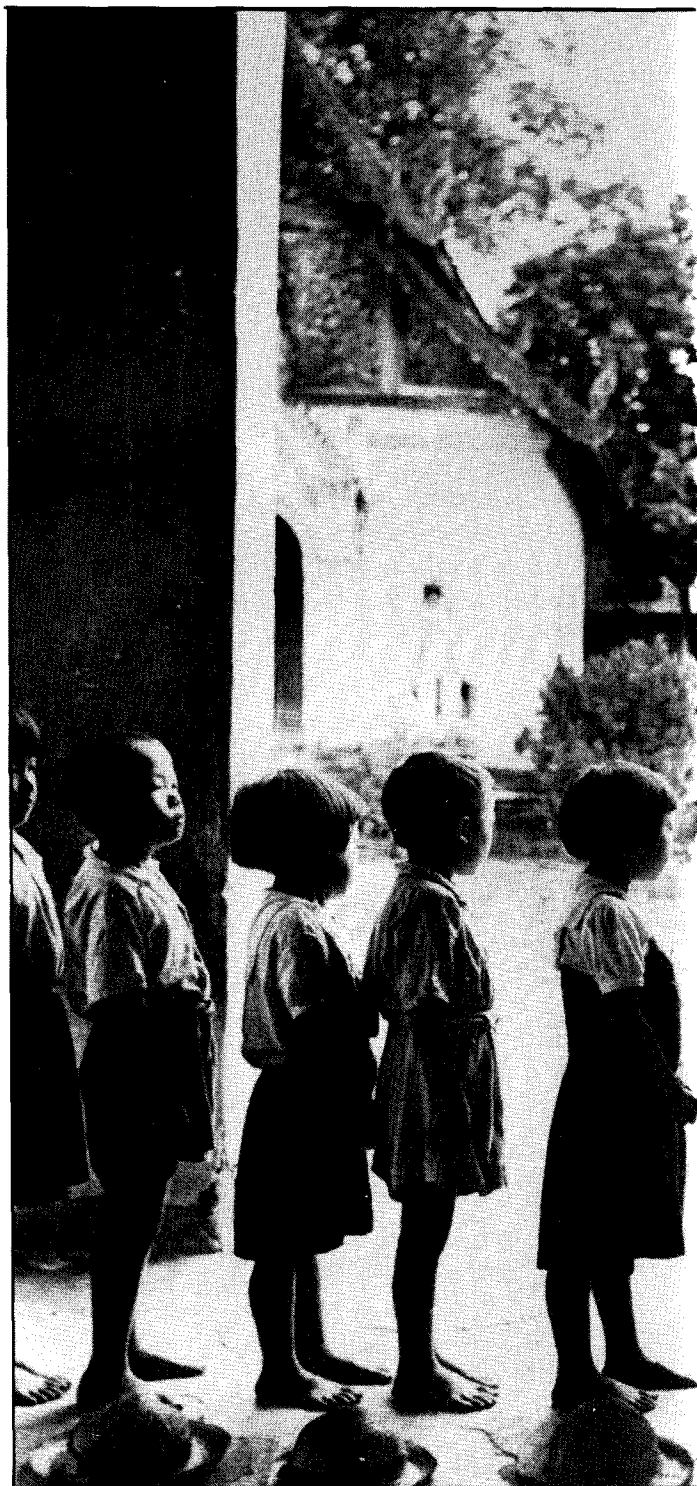
Dit boek gaat over gezondheidszorg tussen twee werelden en de auteurs willen het al-bekende in deze materie op een nieuwe wijze aanpakken. Zij richten zich niet alleen op (aanstaande) tropenwerkers maar ook op algemeen geïnteresseerden. Daarbij veronderstellen de auteurs enige voorkennis van de lezer omtrent de verschillende culturen en politieke situaties in ontwikkelingslanden. De lezer moet namelijk zelf kunnen nuanceren daar waar, ter wille van de duidelijkheid, generalisaties opduiken.

Het is een vlot leesbare, uit drie deeltjes bestaande bundel essays geworden, rijk aan voorbeelden. Lang niet altijd geven de auteurs oplossingen voor de aangesneden problemen. Dat kan ook niet, maar een bezwaar is dat hierdoor sommige opstellen wat in de lucht blijven hangen. De kwaliteit van de hoofdstukken wisselt daardoor nogal. Dit geldt ook voor het inhoudelijke deel van het geschrevene, hetgeen geleidelijk duidelijk wordt bij het lezen van de drie deeltjes.

"Indianen- hijger"

Het eerste deel bestaat uit een aantal medisch-anthropologische verkenningen, waarbij duidelijk wordt hoe verschillend over zaken als tijd, schuld, schaamte, en levensdoel gedacht wordt. Frits Muller spreekt in het eerste opstel niet eens over een snijvlak, maar zelfs over een gebrek aan raakvlak tussen twee dramatisch gescheiden werelden. Dit roept verwijfeling op: hoe kan je in hemelsnaam in deze situatie hulpverlening, respectievelijk gezondheidszorg bedrijven.

Wat te denken, als patiënten menen dat infusen er toe dienen om vet aan hen te onttrekken, waarna dit gestold en ingeblikt in de rijke landen als delicatesse gekonsumeerd wordt? Bijna inzien niet zo gek, ja zelfs getuigend van groot historisch inzicht...



Onderzoek naar malaria-verschijnselen bij schoolkinderen in Thailand

Muller pleit er voor je met mensen te verstaan, met nieuwsgierigheid, respect, en de bereidheid zelf te veranderen. Hij vervalt hierbij niet in adorerend antropologisch gefemel, en verrijkt, en passant de Nederlandse taal met een nieuw woord: de "indianenblijger" (dat is iemand die alles wat de indiaan doet zo geweldig fantastisch vindt). Hij vindt dat griezelig naïef en in sommige opzichten zelfs racistisch, want dit soort respect vergt niets van de ander en niets van jezelf. Helaas werkt hij dit thema te summier uit. Een spannend onderwerp voor een apart essay, duikt mij.

Bezwaarlijk in het eerste deel blijft echter de wel erg algemene toon die hier en daar klinkt. Goed, ik ben gewaarschuwd in het voorwoord: het verhaal moet immers prettig in het gehoor blijven liggen, maar daarmee hoeft het mijns inziens nog geen

muzak te worden. Over traditionele versus westerse gezondheidszorg beweert het boek dat *"de Afrikaan gebruikt maakt van wat hem zinvol voorkomt"*: "Ik vind dit een open deur. Immers ook *"de Aziat"* en zelfs *"de Europeaan"* lijden aan dit "eu-ver". Kijk maar in de statistieken over het gebruik van alternatieve geneeswijzen.

Door de beknoptheid en algemeenheid doen ook de voorbeelden in het opstel over schuld- (westerse) en schaamte (niet westerse)-kulturen verkramp en hier en daar zelfs kreupel aan. Van Amelsvoort beweert dat de medisch student aan het bed van een patient wordt uitgeoeterd zodat die zich *schuldig* zal voelen. Volgens mij zijn er echter wel meer redenen, bijvoorbeeld het opwekken van een schaamtegevoel bij de student..

Bevrijdende gezondheidszorg

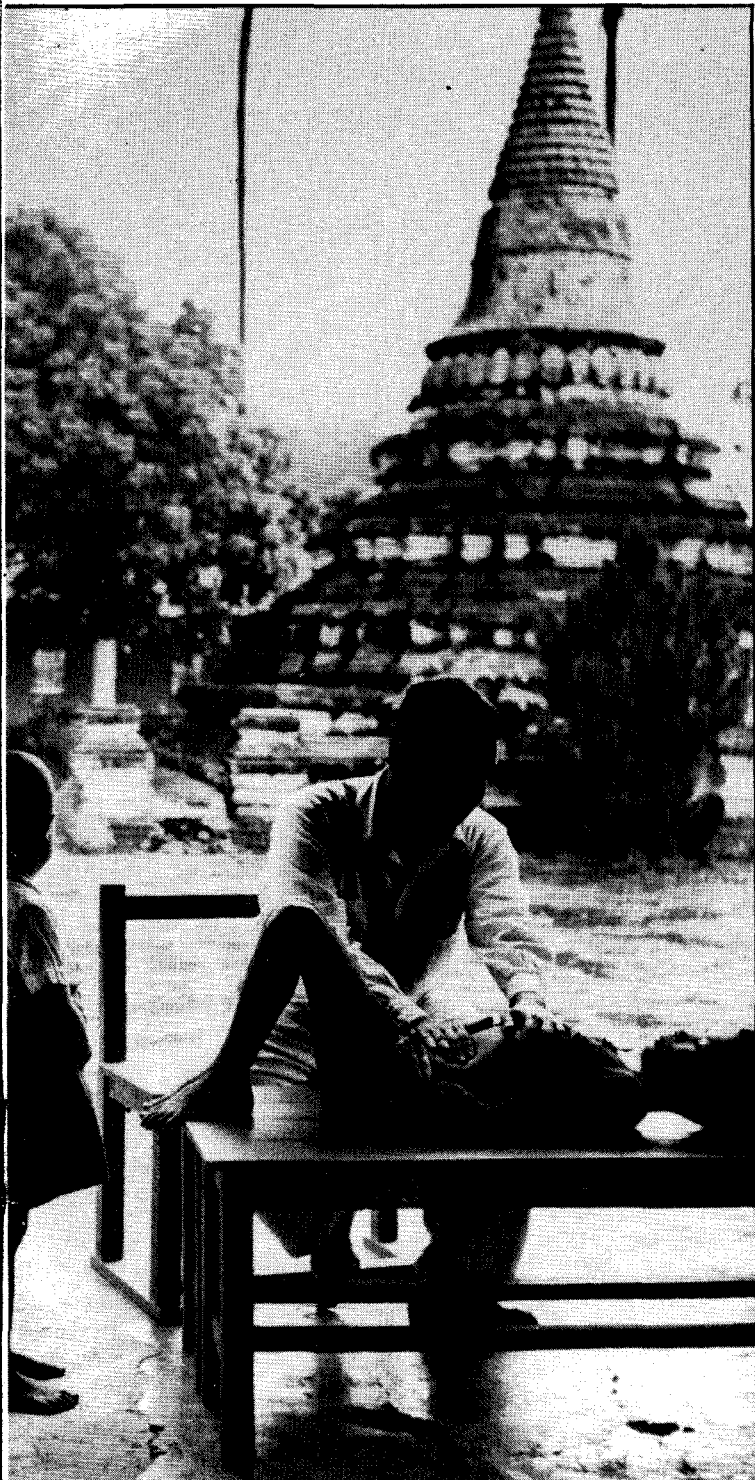
Over naar het tweede deel van het boekje, getiteld "politiek" en voornamelijk van de hand van Frits Muller. Muller kan bogen op uitgebreid onderzoek over en veel ervaring met bevolkingsparticipatie in gezondheidsprojecten in Latijns-Amerika en vanuit deze achtergrond ontwikkelde hij het concept bevrijdende gezondheidszorg. Aan dit concept wordt in dit tweede deel uitgebreid aandacht besteed. Bevrijdende gezondheidszorg is - en hier moet ik even generaliseren - een zorg die mensen de macht teruggeeft over hun eigen gezondheid. Daarnaast is het gekoppeld aan bewustwording en organisatie en heeft het ook aandacht voor de sociale oorzaken van ziekte en gezondheid.

In dit licht komen aan de orde: ongelijke kansen op gezondheid, machtsverschillen (noord-zuid, patient-arts) en de functie van de door de Wereldgezondheidsorganisatie gepropageerde Primary Health Care (PHC). Dit is een model van basisgezondheidszorg, waarbij participatie van de bevolking een essentiële rol speelt.. Muller ziet PHC als een impliciete en expliciete herverdelingsstrategie, dus ook als een vorm van bevrijdende gezondheidszorg. Dat is niet zo pretentieus als het klinkt; PHC kan zich alleen maar beperken tot veranderingen binnen dorpsstructuren en formele gezondheidszorgsystemen, aldus Muller. Tevens bevat dit deel een beknopt overzicht van de geschiedenis van de Medische Ontwikkelingssamenwerking in Nederland de laatste 20 jaar. De vertechnisering in de gezondheidszorg heeft ook de Medische Ontwikkelingssamenwerking niet ongemoeid gelaten. Frits Muller heeft enige alternatieven voor een goed en progressief beleid in petto.

Gemiste kans

Het derde deel tenslotte gaat over "de praktijk". Hierin worden kulturele verschillen behandeld in meer praktisch-medische zin aan de hand van voorbeelden als de betekenis van bloedtransfusies in een Afrikaanse cultuur, lijfstraffen, de rol van de arts, en Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding. Een gezondheidswerk(st)er uit de westerse cultuur kan voor fikse dilemma's komen te staan, bijvoorbeeld bij het tekenen van een gezondheidsverklaring voor gevangenen wanneer zij hun slagen moeten krijgen. Lijfstraffen zijn vanuit ons rechtsgevoel inhumaan. In Afrika echter worden dertig slagen met een rietje veelal geprefereerd boven enkele weken gevangenisstraf. Afgesloten en gescheiden van gemeenschap en familie, dat is pas inhumaan!

Een duidelijke omissie bij de vele voorbeelden is dat de paternalistische westerse kijk op gezondheidszorg nauwelijks wordt aangesneden. Er zijn legio schrijvende voorbeelden bekend van wat de gevolgen zijn voor vrouwen in ontwikkelingslanden wanneer zij gekonfronteerd worden met westerse gezondheidsprojecten. Voor hen betekent zoiets veelal een achteruitgang in onafhankelijkheid. Hierover rept deze bundel met geen woord. Een gemiste kans, die afbreuk doet aan wat de schrijvers voor ogen stond: zij wilden immers iets nieuws, iets anders?



Spreadstand

Na lezing van dit boek zal menig lezer wat in de war zijn geraakt, vrees ik. Niet door de besproken cultuurverschillen maar door iets anders. Wie net *Frits Muller* gelezen heeft over bevrijdende gezondheidszorg slaat even terug en vindt een passage over ontwikkeling en bevrijding van van Amelsvoort. "*Bij ons: bevrijding van externe natuurkrachten. Bij hen: bevrijding van lagere verlangens in de mens zelf, die de innerlijke vrede in de weg staan. Emancipatie niet alleen van armoede, ziekte, onwetendheid, uitbuiting en klassenonderscheid. Maar ook een geestelijke emancipatie als vrijheid van onzekerheid, eenzaamheid, vervreemding*". Gesuggereerd wordt, dat westerse gezondheidszorg meer sociaal bevrijdend zou zijn en traditionele gezondheidszorg meer geestelijk bevrijdend. Uit de hoofdstukken van Frits Muller blijkt echter, dat met bevrijdende gezondheidszorg iets heel anders bedoeld wordt. Kortom, in de kontekst van gezondheidszorg is gejongleer met de term. "bevrijdend" herhaaldelijke malen verwarrënd.

Van Amelsvoort was tot vóór kort hoogleraar Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden aan de Katholieke Universiteit in Nijmegen. Hij is een man met grote ervaring als arts in ontwikkelingslanden, en heeft ook door zijn latere functies veel meegemaakt van gezondheidszorg in niet-westerse culturen. Hij kan daar zinnige dingen over zeggen. Maar Van Amelsvoort is ook een meer traditionele (tropen)arts. Ik vermeld dit, omdat dit de merkwaardige spreadstand verklaart waarin dit boekje soms staat. Het is zelf een "suijvlak" tussen twee artsen-auteurs met een verschillende ideologische achtergrond en denkkader. Misschien interessant, maar voor wie zich daar niet van bewust is vooral onduidelijk.

Voor wie is dit boek nu eigenlijk bedoeld? De auteurs richten zich tot een publiek dat al enigzins bekend is met dit onderwerp, en juist zij zullen er naar mijn gevoel weinig verrassingen vinden.

Wie niet zo bekend is met het verschijnsel gezondheidszorg in andere culturen leest zinvolle zaken, vanuit wellicht nieuwe gezichtspunten. Deze niet ingevoerde lezer moet echter ook rekening houden met een blinde vlek en - vanwege de verschillende kijk van beide auteurs - merkwaardige dubbelbeelden.

Joost van der Meer

Spanningen inde gezondheidszorg

Bij de vaststelling van het beleid dat de overheid voert met betrekking tot de gezondheidszorg spelen **adviesorganen** een belangrijke rol. Dit hangt samen met het feit dat de gezondheidszorg in Nederland praktisch geheel in handen is van het particuliere initiatief. Om haar beleid uit te voeren is de overheid in belangrijke mate aangewezen op de medewerking van dit particuliere initiatief. Deze medewerking probeert de overheid te bevorderen door adviesorganen in te stellen waarin de organisaties van de instellingen voor gezondheidszorg en de beroepsbeoefenaren zijn vertegenwoordigd. Deze organisaties krijgen daardoor de mogelijkheid om in een vroeg stadium invloed uit te oefenen op de richting van het overheidsbeleid. Daar staat tegenover dat zij zich door hun adviezen ook in zekere mate aan dit overheidsbeleid binden. Bovendien worden de vertegenwoordigde organisaties met het oog op een zoveel mogelijk eensluidende advisering gedwongen om te proberen onderlinge conflicten tot een oplossing te brengen. Zowel de overheid als het particuliere initiatief hebben dus belang bij deze adviesorganen.

Te midden van de organen die adviseren over het beleid in de gezondheidszorg nam tot voor kort de **Centrale Raad voor de Volksgezondheid** een prominente plaats in. Deze raad werd op basis van de Gezondheidswet in 1958 ingesteld. Hij bestond, naast een neutrale voorzitter, voor de ene helft uit vertegenwoordigers van de overheid en voor de andere helft uit vertegenwoordigers van het particuliere initiatief (het zogenaamde *periteitsbeginsel*). De raad had volgens de Gezondheidswet de taak om door overleg de samenwerking te bevorderen tussen overheid en particulier initiatief. Bovendien was de raad bevoegd om de minister te adviseren omtrent alle onderwerpen die van belang zijn voor de volksgezondheid. Als gevolg van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is de Centrale Raad in 1982 samen met het College voor ziekenbuisvoorzieningen opgegaan in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Daarmee kwam een einde aan het bestaan van dit belangrijke adviesorgaan, dat in de Nationale Raad met de gewijzigde samenstelling en een ruimere taak zijn directe opvolger vindt. In zijn boek 'Spanningen in de gezondheidszorg' geeft dr. H. Festen een overzicht van (bijna) 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid. De auteur beschrijft daarin een geschiedenis die hij zelf mede vorm heeft gegeven. Van 1970 tot 1981 was hij voorzitter van de raad.

Na een korte uiteenzetting van hetgeen aan de totstandkoming van de Gezondheidswet van 1956 voorafging, behandelt Festen in een zestal hoofdstukken de zes zittingsperiodes van de Centrale Raad. Bepaalde kwesties keren regelmatig terug en vormen zo een rode draad door de verschillende hoofdstukken. Om er een paar te noemen: de onvrede binnen de raad over zijn paritaire samenstelling (voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is dit beginsel dan ook losgelaten en hebben de meeste overheidsvertegenwoordigers slechts een adviserende stem); de moeilijkheden bij het instellen van vaste commissies (het struikelblok werd gevormd door de pariteits-eis, die ook voor deze commissies gold); de slechte verhouding met het toenmalige departement van Sociale Zaken en Volks-

gezondheid; het vaak late stadium waarin door de overheid advies werd gevraagd; de korte tijd die doorgaans beschikbaar was voor het opstellen van een advies en de consequenties daarvan voor de werkwijze van de raad; de problemen rond de openbaarmaking van de raadsadviezen; de activiteiten van de raad op het gebied van de planning.

Interessant vond ik vooral de eerste en de vijfde zittingsperiode. In de eerste zittingsperiode (1958-1961) probeerde de raad onder de enigszins autoritaire leiding van voorzitter dr. J. Wester zich een erkende plaats te verwerven op het terrein van de beleidsvorming in de gezondheidszorg. Dit lukte voor wat betreft de adviserende taak; de overlegfunctie is nooit goed uit de verf gekomen. Vlak voor het begin van de vijfde zittingsperiode (1974-1977) trad op het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een nieuwe staatssecretaris aan, J.P.M. Hendriks. Hij was de eerste bewindsman die persoonlijk deelnam aan enkele raadsvergaderingen. Oude, slepende kwesties, zoals bijvoorbeeld de openbaarheid van de adviezen, werden in een ommezien opgelost. De euforie die daardoor ontstond, sloeg echter snel om toen bleek dat Hendriks door zijn grote haast de speelruimte voor de raad om met zijn adviezen het beleid te beïnvloeden, aanzienlijk verkleinde. Ook aan de opstelling van de befaamde **Structuurnota**, de blauwdruk voor de gezondheidszorg uit 1974, kwam de raad nauwelijks te pas.

Over het functioneren van adviesorganen die zijn betrokken bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg bestaat maar weinig literatuur. Voor informatie is men vooral aangewezen op de minder toegankelijke jaarverslagen die deze adviesorganen zelf uitbrengen. In dit opzicht kan 'Spanningen in de gezondheidszorg' als een aanwinst worden beschouwd. Tal van gegevens over de activiteiten van de Centrale Raad heeft Festen erin bijeengebracht. Helaas heeft hij daarbij een zeer *merkwaardige* aanpak gevolgd. Hij baseert zich in hoofdzaak op een aantal brieven en nota's en op de notulen van de vergaderingen van de raad (en van de bijeenkomsten van het Comité van Gelegeerden, dat deze raadsvergaderingen voorbereidde). De belangrijkste passages daaruit heeft hij, met verbindende teksten, min of meer achter elkaar gezet. *Conclusies* worden er nauwelijks getrokken. *Standpunten* worden niet ingenomen. Het boek wordt daardoor niet alleen moeilijk leesbaar, maar het verschaft bovendien weinig inzicht in de achtergrond van bepaalde problemen. Zo stelde bijvoorbeeld in de eerste zittingsperiode tijdens de rondvraag een lid van de raad een vijftal vragen aan de orde. De voorzitter vond de vragen evenwel dermate omvangrijk dat zij naar zijn mening niet thuishoorden in de rondvraag. Het lijkt in eerste instantie slechts een probleem van vergaderorde te zijn. Het verschil van mening tussen de voorzitter en de vragensteller mondt echter uit in een geweldige controverse.

Hoe deze, op het eerste gezicht nogal triviale kwestie zo uit de hand kon lopen, laat Festen verder in het midden. Hij vermeldt zelfs niet welk lid van de raad het betrof. Het lijkt te gaan om een vertegenwoordiger van de artsengorganisatie KNMG, die in de ogen van de voorzitter te nadrukkelijk voor de belangen van zijn achterban opkomt. Uit de inhoud van de vragen is dit laatste echter niet direct af te leiden. En wat dan nog? Het fijne van deze kwestie ontgaat mij volkomen. Dit voorbeeld illustreert de aanpak van Festen: hij presenteert de lezer zijn keuze uit het ruwe bronnenmateriaal. Moeten de feiten daarbij voor zich spreken? Festen had beter naast de feiten ook zijn visie daarop kunnen weergeven. Het is mij niet duidelijk geworden waarom hij niet meer afstand heeft willen nemen van zijn bronnen. Een verantwoording van zijn werkwijze geeft hij niet. Van iemand, die het reilen en zeilen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid door en door moet kennen, had ik meer verwacht.

Jos Dute

Dr. H. Festen, *Spenninegen in de gezondheidszorg, 25-jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid*. Te bestellen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer. Telefoon: 079-517644. Prijs: f 36,-.



PSYCHOSOCIAAL

Bij het Bureau Gezondheidszorg Buitenlanders is er een project gaande over "psychosociale hulpverlening aan migranten". In dat kader is er een naslagwerk gemaakt dat een overzicht geeft van personen die zich beschikbaar stellen om door middel van advisering, overname van behandeling of het leiden van intervisiegroepen andere hulpverleners van dienst te zijn, wanneer zij moeilijkheden ondervinden in hun hulpverlening aan migranten met psychische of psychosociale problemen, psychosomatische klachten of psychiatrische ziektebeelden. Deze wegwijzer is bij het Bureau te bestellen onder nummer B 7010, prijs f 17,50, maar wordt in de loop van 1987 geheel herzien.

Net nieuw is het rapport "Migranten in de Geestelijke Gezondheidszorg" dat het resultaat is van een onderzoek betreffende de psychosociale hulpverlening aan migranten in Utrecht. Alle lijnen zijn in het onderzoek betrokken. De aanbevelingen voor verbetering vormen een lange lijst. Daarbij staat voorop dat er meer migrantenhulpverleners in de algemene instellingen aangenomen zouden moeten worden, en dat de consultatiemogelijkheden verbeterd en beter gebruikt zouden moeten worden. "Zoals gewoonlijk", zegt het rapport, "lopen de veranderingen ver achter de problemen aan". Te bestellen onder nummer R 7000 voor 20,- zonder verzendkosten, tel. 03405-64844.

PROBLEEM-PILLEN PAKKET

In mei, net voor de opening van de eens in de twee jaar te houden vergadering van de Wereld gezondheidsorganisatie, hield Health Action International haar „Problem Drugs Pack" ten doop.

Het Problem Drugs pack is het resultaat van een onderzoek door de Engelse journalist Andy Chetley in het archief van een groot deel van de bij HAI aangesloten actiegroepen, en is de neerslag van een aantal jaren onderzoek naar gevaarlijke geneesmiddelen. Geneesmiddelen die voor Westerse mensen ongezond en hier soms niet eens meer op de markt zijn, maar die voor Derde Wereld mensen zo mogelijk nog gevaarlijker zijn omdat zij er geen goede informatie over kunnen krijgen.

Het Problem drugs pack is een aktiepakket, dat bestaat uit een 20 tal losse folders in een map die gesorteerd zijn op: anti-diarree middelen, pijnstillers, antibiotica, hoestmiddelen, anabolen, combinatiepreparaten, anticonceptie middelen, en middelen die gevaarlijk zijn tijdens de zwangerschap. HAI probeert het gevaar duidelijk te maken van irrationeel antibiotica gebruik, de nuttelosheid van medicijnen tegen diarree, de twijfelachtige werking van vitamines en tonica's, en het gevaar dat sommige geneesmiddelen of hormoonmiddelen juist voor vrouwen in zich kunnen dragen. Het pakket is bedoeld voor konsumentengroepen in de hele wereld die er hun klanten mee kunnen bedienen, het is uitermate geschikt als aktie en voorlichtingsmateriaal.

Tevens wordt duidelijk dat het door de WHO gepropageerde concept van „essential drugs" eigenlijk niet alleen voor Derde Wereldlanden moet worden gebruikt, maar ook buitengewoon zinvol zou kunnen zijn voor de Westerse markt. Ook hier zijn lang niet alle geneesmiddelen goed, goedkoop en relatief veilig. Volgens Chetley is tweederde van de geneesmiddelen die op de markt zijn, schadelijk of nutteloos of beide.

Het losbladige, mooi uitgevoerde pakket is te krijgen in het Frans, Spaans en Engels en kost f 20,- exclusief porto.

Het is te bestellen bij Health Action International, Emmastraat 9, 2595 EG Den Haag.

S.P.I.I. Noord-Holland

Hulpverleners uit Noord-hollandse Hometeams, gezondheidscentra en eerstelijns-overleggen kunnen verschillende cursussen of themabijeenkomsten volgen, die georganiseerd worden door S.P.E.L. (Service Platform Eerste Lijn). De onderwerpen variëren, voorbeelden zijn: het geven van ontspanningsoefeningen, communiceren met buitenlanders, werken met patiëntengroepen en bestuurlijk functioneren.

Datum en plaats kunnen in onderling overleg vastgesteld worden. Voor meer informatie: bel of schrijf naar het secretariaat van SPEL N-H, postbus 326, 2000 AH Haarlem, tel.: 023-383344, tst. 159.



IORI
G
GOED

IORI
G
GOED

Vóór verslagen, scripties, aankondigingen, oproepen en aanklachten die u in Kort & Goed terecht wilt laten komen is er een speciale postbus van het Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek, en wel nummer 275, postcode 3500 AG in Utrecht..

Stichting Vrouwen 40-80

97 vrouwen tussen de 40 en 60 jaar werden in 1985 door de Stichting Vrouwen 40-60 opgevangen. Zij waren in ernstige psychische knelsituaties geraakt.. Dit is te lezen in het jaarverslag van deze stichting. Via dit jaarverslag toont ze de noodzakelijkheid aan van de voortzetting van de subsidiëring. Het verslag is een beschrijving van de problemen van de vrouwen en de werkwijze van de stichting. Belangrijk is het werken vanuit eigen ervaringen en het aan de orde stellen van machtsverschillen tussen mannen en vrouwen in de maatschappij.

Een boeiend verslag, ook door de vele voorbeelden en beschrijvingen van situaties waarin de vrouwen terecht zijn gekomen. Het jaarverslag is te bestellen door storting van f 7,50 op gironummer 5501620 ten name van Stichting Vrouwen 40-60 in Amsterdam.

TRANQUILLISERS

Onder de titel "Achter de tralies van de tranquilizers; de zelfhulpgroep als ontsnapping?" heeft John Hoenen een literatuurscriptie geschreven, bij de vakgroepen Sociale Farmacie en Andragologie. Hij beschrijft hoe deelname aan een zelfhulpgroep verslaafden aan tranquilizers daadwerkelijk van hun verslaving af kan helpen. In deze groepen krijgt het stoppen met het gebruik relatief weinig aandacht.. Er wordt vooral geprobeerd inzicht te krijgen in de betekenis van het gebruik van kalmerende middelen. Hoe denken "tranquilizers" en hun naaste sociale omgeving over het geneesmiddel, hoe spreken zij erover en hoe gaan ze ermee om? Deze symboolfunctie wordt in de literatuurscriptie uitgediept.. Ook wordt aandacht besteed aan de discussie over de rol die hulpverleners moeten spelen in een zelfhulpgroep. Volgens de schrijver komt het zelfhulpprincipe door de professionele hulpverlener onder druk te staan.

De literatuurstudie is geschreven voor diegenen die met tranquilizers en de gebruikers ervan te maken hebben, die zelfhulpgroepen (willen) opzetten of begeleiden of theoretische interesse in de farmacie en het gebruik van geneesmiddelen hebben..

De scriptie is schriftelijk te bestellen bij de Vakgroep Praktische Farmacie, Sectie Sociale Farmacie, Croese straat 79, 3522 AD Utrecht, de prijs bedraagt f 12,50 inclusief verzendkosten.

KORT
G
GOED

KORT
G
GOED

KORT
G
GOED

Een verzakking

Bij veel vrouwen is er door beschadiging van de bekkenbodem te weinig steun voor de organen in het bekken: de blaas, de baarmoeder en de darmen verzakken. Het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht wil door middel van een folder over verzakking het misverstand uit de weg ruimen dat het altijd de baarmoeder is die een verzakking veroorzaakt.. Door dat misverstand vindt het weghalen van de baarmoeder vaak onnodig plaats.

In de folder wordt ingegaan op wat de vrouw zelf kan doen bij verzakingsklachten en op verschillende behandelingsmogelijkheden, zoals fysiotherapie, een ring of een operatie. Ook worden enkele alternatieve behandelingsmogelijkheden genoemd. De folder richt zich tot vrouwen met een verzakking en wil tevens hulpverleners informeren.

De brochure is verkrijgbaar in de (vrouwen)boekhandel of door overmaking van f 7,- (f 4,50 plus f 2,50 porto) op giro 5289687 t.n.v. VGC Brochures te Utrecht, o.v.v. Verzakingsbrochure.

Groene



Al 110 jaar in de oppositie

Uitgaven van de WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

Carla Verrips en Anna van der Zwan
Bijstand of vriend? f 12,50 (f 15,00)

Wat doe als je als bijstandsvrouw verliefd wordt op een man? Proberen iets van de relatie te maken met als risico dat je uitkering stopt op beschuldiging van economische eenheid. Of ban je je gevoelens uit om je financiële onafhankelijkheid niet op het spel te zetten? Vrouwen vertel/en in dit boek over dit door de huidige Bijstandswet opgelegde dilemma. Aan de orde komen de controlepraktijken van de sociale dienst, de invloed die van overheidszijde op je dagelijkse leven wordt uitgeoefend, de steun of juist de tegenwerking van vrienden en familie.

Maar ook hoe het anders moet, of zou kunnen. Het boek is gebaseerd op 14 interviews met bijstandsvrouwen en wil aantonen dat economische zelfstandigheid van vrouwen noodzakelijk en het streven hiernaar niet meer te stuiten is.

Jolanda Dooyeweerd,
Draagmoeders. 2de druk. f 10,00 (f12,50)
Inventarisatie van ontwikkelingen op het gebied van draagmoederschap.

Wil van Gijn,
'Ik heb zoveel te vertellen ...' f 10,00 (f 12,50)
Gedachten over hulpverlening aan oudere vrouwen.

WGU Cahiers zijn te koop in de boekhandel of te bestellen door het overmaken van het bedrag dat tussen haakjes staat (inclusief verzendkosten) op giro 5540505 tnv Stichting WGU te Utrecht o.v.v. gewenste titel(s).