

GEZONDHEID

& POLITIEK

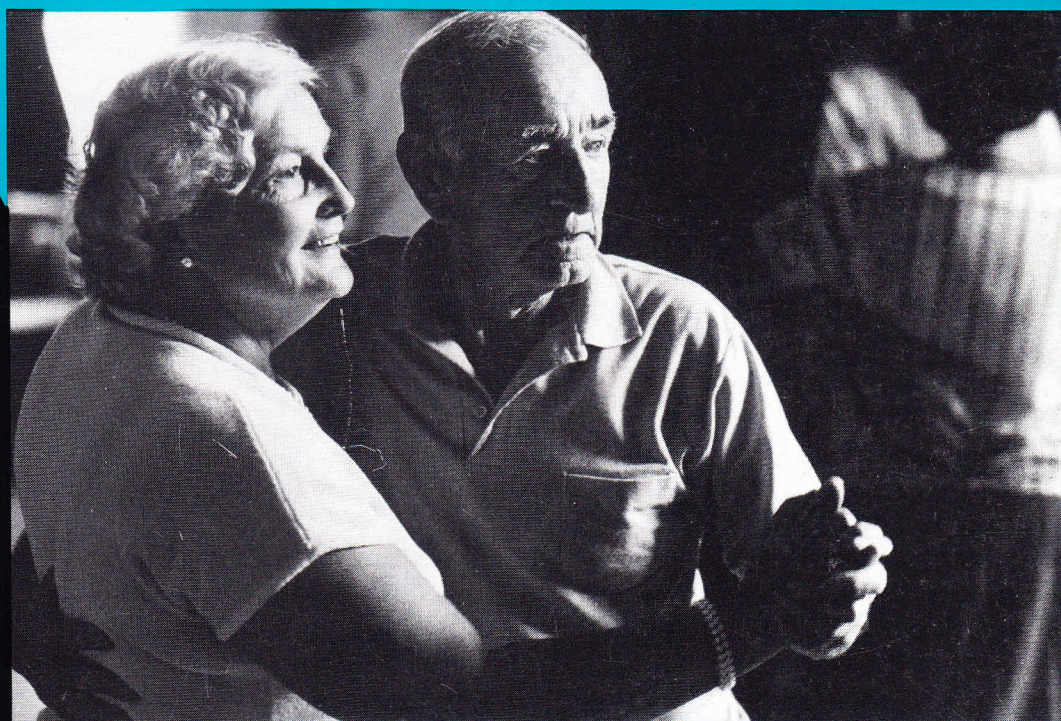
## Voorzieningen voor ouderen

**Boerema** en de  
zeepbellenfabriek

**Emancipatie van  
zwakzinnigen**  
Het plaatsvervangend  
streven naar geluk

**Bezuinigen in  
ziekenhuizen**  
Patiëntenselectie op  
werkvloer of in de  
Tweede Kamer?

**Thuiszorg**  
Medicaliseren van  
levensruimte



De mythe rond de  
onzorgvuldige  
grootverbruiker



# Bezuinigen in ziekenhuizen

Patiëntenselectie op de werkvloer of in de Tweede Kamer?

De grenzen aan de zorg komen snel dichterbij. Wordt hierover op politiek niveau nog omzichtig gefilosofeerd, in de ziekenhuizen, sinds 1983 aan budgetfinanciering onderworpen, worden de keuzes snel concreter.

Die keuzes gaan in de ziekenhuissituatie meer en meer tussen de post medische middelen, door specialisten noodzakelijk geacht voor de behandeling van patiënten, en de post personeelskosten. Oftewel: de keus tussen het aantal pacemakers en kunstheupen enerzijds en het aantal verpleegkundigen op zaal anderzijds.

Zo leidt de budgetfinanciering tot machtsstrijd op de werkvloer; het hoeft geen betoog dat deze strijd tussen medici en verpleegkundigen een ongelijke is. Hoe moeten de keuzes eigenlijk gemaakt worden, en waar?

Yvonne van Geenhuizen verkent het slagveld. Hoe te selecteren is voor alle betrokkenen onduidelijk, we zijn dat immers niet gewend. Waar selectie plaats moet vinden, of beter: door wie. Dat is onderwerp van verkenning. Het voorstellen van draconische bezuinigingen in de gezondheidszorg is de laatste jaren een driftig beoefende bezigheid. Maar als het aankomt op het maken van daardoor noodzakelijk geworden pijnlijke keuzes zoals bijvoorbeeld het afbouwen van medisch specialistisch handelen, blijft het voorlopig lafhartig zwarte-pieten.

Pag. 22



# Thuiszorg

Medicalisering van levensruimten

Het stimuleren van thuiszorg heeft hoge prioriteit. "Langdurig zieke mensen horen niet in een instelling maar thuis", dat lijkt de achterliggende "inhoudelijke" gedachte.

Die gedachte is niet nieuw. Al ten tijde van de Franse revolutie werden ziekenhuizen op grond van deze ideeën gesloten. Hans Achterhuis beschrijft hoe dit "historisch" experiment verliep en wijst tevens op de mogelijke gevaren van de hedendaagse thuiszorg.

Pag. 34

VIJFDEJAARGANG, NR. I, maart '87.

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

**kemredactie:** Yvonne van Geenhuizen, Annet Gerritsma, Kees Hertog, Renske Mast, Dirk Soeters, Jaap Talsma, Boes Willemse.

**redactieraad:** Guus Bannenbergh, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermesen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Janita Janssen, Paul Juffermans, Joost van der Meer, Marloes Merkus, Annemarie Mol, Frits Muller, Marcel Post, René Purqay, Gerrit Salemiak, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Dehard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Janneke van Vliet, Rein Vos, Goof van de Wijngaart en de kernredactie

**ontwerp omslag:** Frans Rodermans  
**zetwerk:** Fotozetterij Baptist, Groningen  
**drukwerk:** Macula

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

**advertenties:** Uitgeverij Macula, Postbus 244, 2770 AE Boskoop, Nieuwstraat 26, tel. 01727-4381

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

**abonnementen:** m.i.v. komend nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).  
abonnementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer op f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).

Storten op giro nr. 5441758t.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 11,00 (incl. porto) aan Uitgeverij Macula. Oude nummers f 7,50 (incl. porto), daarbij aangeven welk nummer gewenst wordt.

**adres:** Stichting Gezondheid en Politiek, Postbus 1584, 6501 BNNijmegen.

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

© Stichting Gezondheid en Politiek  
Uitgeverij Macula  
ISSN 0 1678647

---

# Boerema en de zeepbellenfabriek

Medisch Diagnostisch Centrum Nijmegen

"Het is een slechte zaak geld te verdienen aan de ellende van anderen", aldus een ferme Ina Müller van Ast. "Een innoverend initiatief in de gezondheidszorg dat een kans verdient", aldus staatssecretaris Dees, tenminste volgens Boerema, de uroloog die de commerciële knuppel in het toch al zo onrustige hok van de gezondheidszorg gooide.

Waar gaat het nu eigenlijk om? Een voor de regio Nijmegen welkome aanvulling op het arsenaal aan gezondheidszorgvoorzieningen? Of een luchtkas-teitje waar je je voor veel geld kan laten keuren voor de voetbalclub? Hoe dan ook, Boerema houdt

de gemoederen behoorlijk bezig. Reden voor Boes Willemse zich ter plaatse op de hoogte te stellen.

Uitkontakten met Boerema's organisatie, de plaatselijke huisartsen, de ziekenhuiswereld en het ziekenfonds komen allerlei intrigerende begrippen naar boven. Kostenbesparing bijvoorbeeld, en versterking van de eerste lijn, preventie. Maar ook gepensioneerde oogartsen, onnodige extra schakels, stapels niet gehonoreerde verwijskaarten.

Een schets van de situatie. Vast staat dat de aanhangers van het ontwikkelen van op commerciële leest geschoeide Health Maintenance Organizations in Nederland niet vrolijk zijn. Ze zullen zich bij het aangaan van de discussie een beter voorbeeld wensen dan de Boeremakliniek. Daar doen de comfortabele wachtruimte, de voor de patiënt aanwezige ochtendjas en het telexapparaat niets aan af.

Pag. 6

---

## Voorzieningen voor ouderen



Foto: Ine van den Broek

---

## Een gezonde kereL ..

Gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen

Volgens de mythes in onze maatschappij zijn vrouwen vooral behept met "roze" eigenschappen en mannen vooral met "blauwe". Mannen zijn strijdlustig, doelbewust, logisch zelfverzekerd, objectief en besluitvaardig. Helaas is het nastreven van deze eigenschappen verre van gezond.

Nico van Oosten en Hans Knegtering zijn verbaasd dat de Nota 2000 niet ingaat op het gezondheidsverschil tussen de sexen. Rond de eeuwwisseling zullen er jaarlijks twee keer zoveel mannen als vrouwen sterven. Mannen zijn en blijven ongezonder. Het facet-en preventiebeleid, zoals wordt beschreven in de nota 2000, kan daaraan weinig veranderen. Van Oosten en Knegtering stellen dat de overheid er beter aan doet in plaats van een vaag leefstijlbeleid vergaande arbeidsduurverkorting te stimuleren. Ook verwachten de beide auteurs het nodige van sexe-specifieke hulpverlening.

Kunnen de "ongezonde" kerels nog vóór het jaar 2000 hun heil zoeken bij het eerste mannengezondheidscentrum?

Pag. 44

De mythe van de onzorgvuldige grootverbruikers

De publicatiestroom op ouderengebied is onthutsend in omvang en diversiteit. Nota's over krimpscenario's, sociale netwerken en periodiek geneeskundig onderzoek voor ouderen. De kranten pulsen uit en de televisie produceert stromen bewogen woorden van wetenschappers en politici over onze arme ouderen. Hoe zal de oudere zich voelen onder deze twijfelachtige belangstelling? Tegelijkertijd namelijk worden de ouderen als groep afgeschilderd als onzorgvuldige grootverbruikers van dure voorzieningen, een echte grijze plaag dus.

Piet Dries schetst de situatie rond de voorzieningen en de problemen bij het bepalen van de behoefte daaraan. Brinkman's appèl op de zorgzame samenleving lijkt weinig hout te snijden. Hij kan zijn zaken beter met Ruding regelen.

Pag. 17

# ZUUR

De televisie waakt over uw gezondheid. Niet alleen Ria Bremer houdt haar vinger aan uw pols, maar ook de reclame. Daarbij blijkt het tegenover de zogenaamde leek nog verleidelijker om te liegen dan tegenover artsen wanneer het over gezondheid en geneesmiddelen gaat. Een ordinair aspirientje blijkt ineens uw hersenpan van binnen te kunnen douchen. Een andere oude pijnstillers (Buprofen) blijkt plots „nieuw ontwikkeld”, ja zelfs van een „Nieuwe Generatie”. En nou laat ik nog even daar hoe verschrikkelijk gezond het hele planetarium aan gevulde repen zou zijn, of dat het konsumeren van al of niet meervoudig onverzadigde vetten regelrecht tot de verlichting schijnt te voeren.

De **STER** houdt zich ook met aardse zaken in het gezondheidswezen bezig, en bekommert zich daarbij bijzonder over het wel en vooral wee van uw maag. Twee reclamefilmpjes spotten op dat gebied met alle regels van goede smaak. De eerste gaat als volgt: in het interieur van een moderne jet komen zojuist de passagiers binnen. Eén van de stewardessen komt in beeld. Zij is, zoals het een goede stewardesse betaamt, tegen iedereen vriendelijk. Natuurlijk ook tegen lastige passagiers, ook tegen de gezagvoerder die haar in de billen knijpt, al laat de spot dit niet zien. Ze heeft het zo druk dat het eten erbij inschiet. Snel propt zij iets ongetwijfeld meervoudig onafatsoenlijks naar binnen. Ze krijgt vervolgens, hoe kan het ook anders, last van haar maag. Maar op dit ongemak is onze luchtvaartheldin voorbereid... Snel slikt zij een *Rennie*. Dit wonderdje van farmaceutische techniek lost alles in één klap op, waardoor zij - letterlijk - alles en iedereen weer kan opvangen. De (mannen-)stem adviseert vooral *Rennie* te nemen als je maag moeite heeft je tempo bij te houden. Het perfecte voorbeeld om de konsument te verleiden tot verkeerd medicijngebruik. Wonderwel geslaagd bovendien, als u zich bedenkt dat heel Nederland rond Kerst en Oud en Nieuw massaal een run doet op zuurbinders, ontstoppers en katerverdelgers, waarvan de werking op zijn minst dubieus is.

De tweede spot is al van wat oudere datum. Het met strijklucht belichte, ontblote lichaam van natuurlijk weer een vrouw. De

kamera glijdt over het lichaam naar beneden tot waar het nog net kan. U denkt nog even aan een reclame voor badschuim met zuidvruchten, gevriesdroogde koffie of een nieuw soort tochtstrip, maar u blijkt abuis. De *Nederlandse Lever-Darm Stichting* vraagt uw aandacht. U voelt zich gezond? Daar is geen enkele reden voor. „Veel ongelukken gebeuren op een weg door ons lijf”, meldt een zalvende stem. 20% van alle ziektes betreffen het maagdarmkanaal, 17% van alle operaties worden uitgevoerd in dat gebied. Twee miljoen Nederlanders hebben galstenen. En dan die lever... Oh, u drinkt niet? Geeft niet hoor, want veel leverziekten hebben niets met alcohol te maken. Vraag de folder, want óók u...

Nu is dit de bekende redeneerstijl van zulke ziekeverenigingen, maar zo zout gegeten (oh pardon!) als bij de *Lever Darm Stichting* heb ik het nog nooit. Het lichaam is zwak, ziek en misselijk, en veel, heel veel kostbaar, o zo kostbaar onderzoek is nodig om ons tot in het merg weigerachtige lichaam met behulp van de medische wetenschap toch nog tot een enigszins aanvaardbaar functioneren te krijgen. De *Lever Darm Stichting* helpt graag verder, zegt ze, maar blijkbaar vooral zichzelf: de wetenschappelijke raad wordt gedomineerd door maagdarmartsen en levertransplanteurs. En u, bedreigd door maagzweren en oprispingen, moet maar storten.

Intussen bevat uw voedsel het hele Europese Rijkswegennet aan hulpstoffen, kunt u van het Rijnwater auto-onderdelen smeden, en wordt bederfelijke waar gewoon eventjes in de buurt van Tsjernobyl of een vergelijkbare stralingsbron gelegd om het kiemvrij te maken, en als uw maag dat niet kan bijbenen moet u maar *Rennies* slikken. Gek toch, dat de *Lever-Darm Stichting* dat vergeet.

Ik weet zeker, dat als dit soort filmpjes niet meer op de TV verschijnt, de *Lever-Darm Stichting* en *Rennies* overbodig worden. Daarvan krijg ik tenminste het zuur.

**Joost van der Meer.**

# I N HOU D

<i>Joost van der Meer</i>	Column	<b>Zuur</b>	<b>4</b>
<i>Boes Willemse</i>	<b>Boerema en de zeepbellenfabriek</b> Medisch Diagnostisch Centrum Nijmegen		<b>6</b>
<i>Evelyne de Leeuw</i>	<b>Health Maintenance Organizations in Nederland</b> Polarisatie of socialisatie?		<b>12</b>
<i>Piet Driest</i>	<b>Pensioengenieters en randgroepouderen</b> Column		<b>16</b>
<i>Piet Driest</i>	<b>Voorzieningen voor ouderen</b> De mythe rond de onzorgvuldige grootverbruiker		<b>17</b>
<i>Yvonne van Geenhuizen</i>	<b>Bezuinigen in ziekenhuizen</b> Patiëntenselectie op de werkvloer of in de Tweede Kamer?		<b>22</b>
<i>Goof van de Wijngaart</i> <i>Jacques van Lankveld</i>	<b>Emancipatie van zwakzinnigen</b> Het plaatsvervangend streven naar geluk		<b>28</b>
<i>Hans Achterhuis</i>	<b>Thuiszorg</b> Medicalisering van Levensruimten		<b>34</b>
<i>Cor van der Weele</i>	<b>Genen beter maken</b> Is de medische genetica eugenetisch?		<b>36</b>
<i>Nico van Oosten</i> <i>Hans Knegtering</i>	<b>Een gezonde kerel...</b> Gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen		<b>44</b>
<i>Hugo Smeets</i> <i>Denhard de Smit</i>	<b>"Van successen en mislukkingen in de ene regio wordt elders niets geleerd"</b>		<b>48</b>
<i>Guus Bannenbergh</i>	<b>De crisis in de sociale geneeskunde</b> "Back to the roots"		<b>51</b>
<i>Sjaak van der Geest</i>	<b>Boeken</b> Pharmaceuticals among the Sunrise Industries		<b>56</b>
		<b>Kort en Goed</b>	<b>57</b>

# Boerema en de zeepbellenfabriek

## Medisch Diag- nostisch Centrum Nijmegen

*"Voorkomen van ziekte is belangrijk in de huidige samenleving en u hebt een verantwoordelijkheid ten opzichte van u zelf en uw gezin en uw bedrijf om gezond te blijven. Het Medisch Diagnostisch Centrum kan u helpen dit doel te bereiken met een periodiek geneeskundig onderzoek."*

Met deze wervende tekst op een prachtige folder in meerkleurendruk probeert de Nijmeegse uroloog Boerema in het Medisch Diagnostisch Centrum (MDAC) gezonde mensen over te halen om zich één keer per jaar te laten onderzoeken voor een bedrag van rond de 1000,- gulden.

Het doen van **cheque-ups** bij voor ziekte vrezende particulieren is op dit moment nog (bijna) de enige activiteit in het MDAC. Maar als het aan de heer Boerema ligt, zal het daarbij niet blijven. Hij heeft zijn plannen, die fi-

*"Het is een slechte zaak geld te verdienen aan de ellende van anderen", aldus een ferme Ina Millier-van Ast. "Een innoverend initiatief in de gezondheidszorg dat een kans verdient", aldus staatssecretaris Dees, tenminste volgens Boerema, de uroloog die de commerciële knuppel in het toch al zo onrustige hok van de gezondheidszorg gooide.*

Waar gaat het nu eigenlijk om? Een voor de regio Nijmegen welkome aanvulling op het arsenaal aan gezondheidszorgvoorzieningen? Of een luchtkasteeltje waar je je voor veel geld kan laten keuren voor de voetbalclub? Hoe dan ook, Boerema houdt de gemoederen behoorlijk bezig. Reden voor Boes Willemse zich ter plaatse op de hoogte te stellen.

Uit de contact en met Boerema's organisatie, de plaatselijke huisartsen, de ziekenhuiswereld en het ziekenfonds komen allerlei intrigerende begrippen naar boven. Kostenbesparing bijvoorbeeld, en versterking van de eerste lijn, preventie. Maar ook gepensioneerde oogartsen, onnodige extra schakels, stapels niet gehonoreerde verwijskaarten.

Een schets van de situatie. Vast staat dat de aanhangers van het ontwikkelen van op commerciële leest geschoeide Health Maintenance Organizations in Nederland niet vrolijk zijn. Ze zullen zich bij het aangaan van de discussie een beter voorbeeld wensen dan de Boeremakliniek... Daar doen de comfortabele wachtruimte, de voor de patiënt aanwezige ochtendjas en het telexapparaat niets aan af.

*Boes Willemse*

nancieel gesteund worden door Vindex International, in de media breed uitgemeten. De bedoeling is dat er tien centra verspreid over Nederland uit de grond gestampt worden, waar huisartsen patiënten naar kunnen verwijzen voor onderzoek. Specialisten beoordelen daar of het door de huisarts aangevraagde onderzoek geschikt is of dat bij deze klacht een ander onderzoek noodzakelijk is. Verder volgens worden de patiënten terugverwezen naar de huisarts met advies voor de te volgen behandeling of wordt de huisarts geadviseerd naar welke specialist in het ziekenhuis nu moet worden verwezen. Voordeel voor de patiënt zou een geringe wachttijd en een snelle diagnostiek zijn. Enorme besparingen, in de orde van grootte van vele miljoenen, zouden ontstaan doordat tijdrovende

routinehandelingen in ziekenhuizen komen te vervallen en doordat patiënten niet meer rond dwalen door de tweede lijn.

Dit lijkt een veelbelovende aanpak, zeker in de huidige tijd waarin politiek en ziektekostenverzekeringen schreeuwen om vermindering van kosten in de gezondheidszorg. Overigens is Boerema niet de enige die de commercie in de nederlandse gezondheidszorg wil introduceren. Tot zijn medestanders mag hij de Amsterdamse projektontwikkelaar dhr. Leutscher rekenen. Laatstgenoemde probeert een keten van geprivatiseerde ziekenhuizen en zogenoemde "zietels" op te zetten. Zijn plannen bestaan echter alleen nog op papier, en onlangs werd een vergunning voor uitvoering afgewezen. Boerema pakt het brutaler aan. Zijn centrum staat

## Contactlenzen geven het natuurlijke zien weer terug!

Van de niet brilldragende jonge mensen ziet 30% onvoldoende, terwijl 40% van de wat oudere mensen een bril moeten dragen. Een bril heeft nogal wat nadelen.

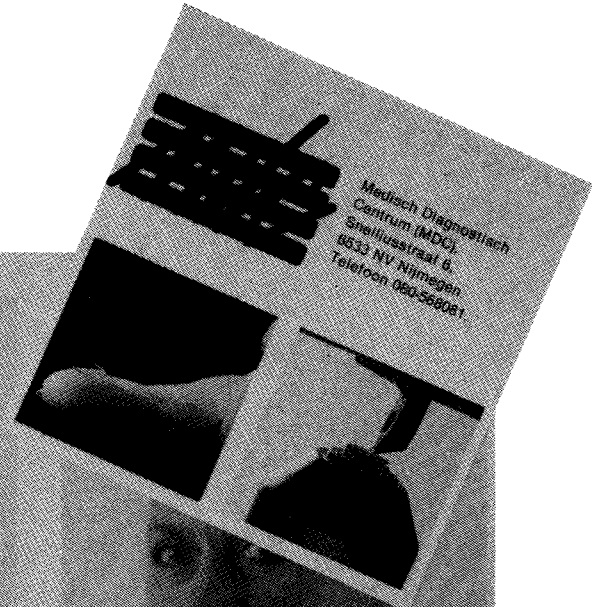
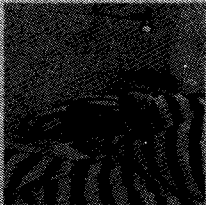
Bij sporten en uitgaan draagt U liever geen bril, maar goed zien is wel belangrijk.

De ontwikkeling van contactlenzen bevindt zich momenteel in een stroomversnelling.

Tegenwoordig kan de specialist veel meer mensen contactlenzen aanmeten, omdat er voortdurend nieuwe typen beschikbaar komen, die steeds beter te verdragen zijn. Ook indien U vroeger minder succesvol contactlenzen heeft gedragen, kan dit met de nieuwe typen wellicht worden opgelost.

Ook ouderen met een leesbril kunnen geholpen worden.

Er zijn zelfs lenzen die 24 uur per dag gedragen kunnen worden.



Medisch Diagnostisch  
Centrum (MDAC)  
Sneliusstraat 6  
6533 NV Nijmegen  
Telefoon 060-564081

er al, vergunning is er niet (zal er waarschijnlijk ook niet komen) en patiënten zijn er maar mondjesmaat.

Is Boerema met zijn centrum een aanwinst voor de gezondheidszorg? Hoe werkt hij, wat betekenen zijn ideeën voor de inhoud van de zorg en hoe reageren de betrokken omstanders? Kortom: wat stelt het MDAC voor?

### Een onverbeterlijke „fantast“?

Sinds de zomer van 1985 verschijnen er regelmatig kranteberichten over dit centrum. Zo werd in een artikel in Elsevier Magazin beweerd, dat een groot aantal traditionele instellingen zelf al contact met het centrum hadden opgenomen voor het oprichten

van een samenwerkingsverband. Welke instellingen dat zijn is niet te achterhalen. Een groot aantal particuliere ziektekostenverzekeraars zou "het licht op groen hebben gezet", meldt dit zelfde artikel. Wanneer ik verschillende belangrijke ziektekostenverzekeringen met deze uitspraak confronteer blijkt dat ze allen nog nooit één cent aan Boerema betaald hebben. Zelfs de als "Boerema-sympathisant" bekend staande *Goudse Verzekeringen* niet.

Ongeveer drie weken nadat het MDAC geopend is zegt Boerema in de NRC van 4 juli 1986: "er is door ambtenaren van WVC wel met enige scepsis naar onze plannen-gekeken, maar zij hebben uiteindelijk toe moeten geven dat wij met onze activiteiten in een grijs gebied zitten, waarvoor geen regelgeving is." Op 26 juni stuurde de

staatssecretaris Boerema een brief waarin hij hem maande om binnen vier weken een vergunning aan te vragen in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Ook als je er van uitgaat dat hij ten tijde van het interview deze brief nog niet had ontvangen, vraag je je af waarop Boerema's bewering berust. Is het domheid?

In dit zelfde artikel wordt ook beweerd dat specialisten tegen betaling in het Radboudziekenhuis terecht kunnen voor onderzoek waarvoor Boerema niet over de benodigde apparatuur beschikt. "Er is nooit enige samenwerking met de heer Boerema geweest. Het was op een gegeven moment wel zo dat men van het MDAC onderzoek bij ons laboratorium aanvraagde. Dat is stopgezet", aldus dhr. C. Al, directeur algemene en sociale za-

ken van het St. Radboudziekenhuis.

De poging om te ontdekken wat er nu werkelijk in het MDAC gebeurt strandt steeds bij het Public Relations kantoor te Reeuwijk. Een speciale man is belast met de relaties en publiciteit, rond het MDAC en Boerema. Volgens de secretaresse van Boerema op het kantoor van het Medical Research Bureau is dit zo geregeld omdat men slechte ervaringen heeft gehad. *"Er kwam hier eens iemand heel vrolijk binnenhuppelen, en die heeft later heel slechte dingen geschreven, die niet eens waar waren. Vandaar dat nu alle gesprekken van de heer Boerema met de pers plaatsvinden met een p.r.-man erbij."* Helemaal is de persoon in kwestie moeilijk te bereiken. Na 3 weken regelmatig bellen heb ik hem eindelijk aan de lijn. *"Een gesprek met de heer Boerema zelf is op dit moment niet mogelijk. Hij is in drukke onderhandelingen en besprekingen over de toekomst. Over een week kan hij meer zeggen. Belt u dan nog eens."* Maar ook als de Vendex-bemoeienis uitgebreid in de kranten gestaan heeft blijkt het moeilijk Boerema zelf te spreken te krijgen.

Wat er precies in het centrum gebeurt, is niet gemakkelijk boven tafel te krijgen. De juffrouw achter de balie meldt dat het de laatste tijd wel erg druk is. Dat betekent dat er ongeveer vijf mensen per dag komen. Maar waarvoor? *"Het wordt tamelijk overdreven, wat daar gebeurt"*, volgens de heer Al, directeur van het Radboud ziekenhuis. *"Er werken 5 à 6 specialisten uit ons ziekenhuis. De tijd dat ze daar werken varieert van enkele uren zo nu en dan tot een middag of een avond per week. Uit de gesprekken die ik met de betrokkenen heb gehad, heb ik begrepen dat het hoofdzakelijk om keuringen en cheque-ups gaat. We denken er trouwens over om het onze specialisten te gaan verbieden."*

Gezien de declaraties bij het Nijmeegse ziekenfonds BAZ ingediend, is het vooral de (overigens gepensioneerde) oogarts die er iets doet. *"Daarmee heeft hij ook wel een gat in de markt gevonden"* aldus dhr Raymakers, directeur van het BAZ. *"Het is hem overigens verboden door de staatssecretaris om zich met therapie bezig te houden in afwachting van zijn vergunning."* Er zijn echter bewijzen dat hij zich daar niet strikt aan houdt. Die zijn ook naar de staatssecretaris opgestuurd.

## De Nota 2001

"Gelukkig" heeft Boerema een nota uitgebracht waarin hij zijn ideeën over gezondheid (zorg) uiteenzet. Zonder hem te spreken kan ik

toch kennis nemen van zijn filosofie: de Boeremafilosofie. Hij vindt dat zijn Medisch Diagnostisch en Advies Centrum niet valt onder de eerste of tweede lijn. *"Het is een nieuwe structuur in de gezondheidszorg, een privé-initiatief. Het kan de overheid helpen zonder kwantiteitsvermindering, beter doelmatiger en goedkoper gezondheidszorg te bieden."* Hoe hij dat wil verwezenlijken moge blijken uit het volgende: *"Het MDAC beoogt binnen het kader van de anticiperende gezondheidszorg een zogenaamde zeeffunctie te hebben, hetgeen wil zeggen, dat de patiënt die wordt verwezen door de huisarts naar het MDAC, niet in de tredmolen komt van het academische of periferieer circuit".* De versterking van de positie van de huisarts is een belangrijk doel van de opzet van centrum. *"In het basis takenpakket van de huisarts wordt aangeraden aanvullende diagnostiek tot het noodzakelijke te beperken. Het vervaardigen van ECG's en Röntgenfoto's wordt naast eenvoudig laboratoriumonderzoek 'tamelijk compleet' genoemd".* Boerema stelt hierna dat de huisarts zich met zo'n taakwysie excentrisch opstelt in de gezondheidszorg en hij vraagt zich af of de huisarts nog wel zo geschikt is om nog langer centraal coördinerend en begeleidend op te treden.

Combineer je deze visie op de taak van de huisarts met de preventieve aanpak die het centrum voorstaat (die bestaat uit cheque-ups en keuringen) dan wordt duidelijk dat van besparingen weinig sprake kan zijn. Preventie van somatische fixatie en medicalisering behoren vast niet tot de resultaten van deze aanpak. Boerema wil gezondheidszorg waarbij flink gebruik gemaakt wordt van de technische mogelijkheden om diagnostiek te verrichten.

Als reactie op het concept advies van de distriktcommissie van de Gelderse Raad voor de Volksgezondheid, waarin de vrees dat Boerema's aanpak leidt tot verdergaande medicalisering, geuit wordt, schrijft hij letterlijk *"medicalisering hoeft niet meer te ontstaan. Het is er al"* om te vervolgen met *"Cheque-ups en algemene keuringen, waar veel mensen behoefte aan hebben, kunnen beter in een goed geutiliseerd centrum geschieden"*. Karakteristiek voor Boerema is dat hij doet alsof over het doen van cheque-ups geen verschillende inzichten bestaan en of mensen zomaar vanuit zichzelf hieraan behoefte hebben. Mensen willen cheque-ups omdat ze geldwolven geloven, die met angst voor ziekte en dood hun voordeel doen. Omdat ze geloven dat, zoals Boerema beweert, *"vroegtijdige opsporing van aandoening leidt tot grotere mogelijkheid tot af-*

*doende behandeling."* Dit is maar in zeer beperkte zin waar. Het geldt in elk geval niet voor de cardiologie-onderzoeken die in het MDAC gebeuren bij mensen zonder klachten. Het is bekend van deze onderzoeken dat ze nodeloze ongerustheid en veel extra onderzoeken veroorzaken. Maar hierover later meer.

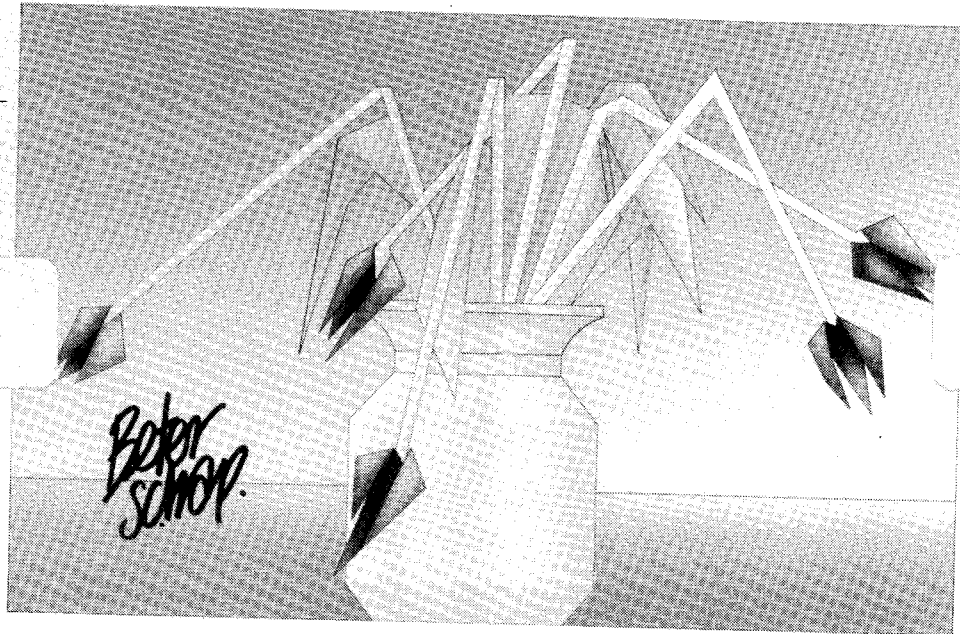
Het wekt waarschijnlijk geen verbazing dat *"een extra-murale, multifunctionele unit ten behoeve van anticiperende gezondheidszorg, te noemen een Medisch Diagnostisch en Advies Centrum, dient te worden opgezet met inachtneming van het volgende criterium: Het dienen van het economische belang van zowel patiënt, als werkgever, verzekeraar en behandelend arts."* Boerema wil dat zijn centrum een trendsetter is voor privatisering van de gezondheidszorg én het signatuur draagt van een commercieel bedrijf, zonder voorbij te gaan aan de ethiek, de intercollegiaal geldende normen en de bescherming van de patiënt.

Tot de Boerema-filosofie behoort kennelijk ook een nogal merkwaardige organisatiestructuur. Het is in onze wetgeving verboden aan een rechtspersoon, die het behalen van winst tot haar oogmerk rekent, een instelling in de gezondheidszorg te exploiteren. Het MDAC is dan ook een stichting. De voorzitter van de stichting is mevr. Dirksen, anaesthesiste en vrouw van Boerema. Secretaris en penningmeester is Boerema zelf. Het MDAC heeft het beheer overgedragen aan de B.V. Medisch Specialisten Centrum. Deze B.V. bleek oorspronkelijk als stichting opgezet te zijn, zodat het concept "oprichtingsstatuten" bij de Kamer van Koophandel te verkrijgen is. In dit concept is Boerema als medeoprichter vermeld. De B.V. Medisch Specialisten Centrum behoort samen met de B.V. Medical Research Bureau, waarvan Boerema directeur is, en de B.V. Farma Unit Nijmegen tot de overkoepelende B.V. Medical Nijmegen Beheer. Bij de opzet van dit B.V.-netwerk is kennelijk even aan de ethiek voorbijgegaan.

## Krenten uit de pap

In Nijmegen en ook daarbuiten is men niet onverschillig onder de initiatieven van de heer Boerema gebleven. De indruk bestaat dat er veel tegenstanders zijn en een paar voorstanders. Welke motieven hebben de voorstanders? Bij de zes specialisten uit het Radboudziekenhuis die bij het centrum werken, heeft de heer Al drie motieven gesignaleerd. Bij twee specialisten speelt de krappe arbeidsmarkt een belangrijke rol. Eén heeft een tijdelijk en de ander een part-





# Waarom heeft U een jaarlijks geneeskundig onderzoek nodig?

Voorkomen van ziekte is belangrijk in de huidige samenleving en u hebt een verantwoordelijkheid ten opzichte van u zelf, uw gezin en uw bedrijf om gezond te blijven.

Het Medisch Diagnostisch Centrum kan u helpen dit doel te bereiken met een periodiek geneeskundig onderzoek

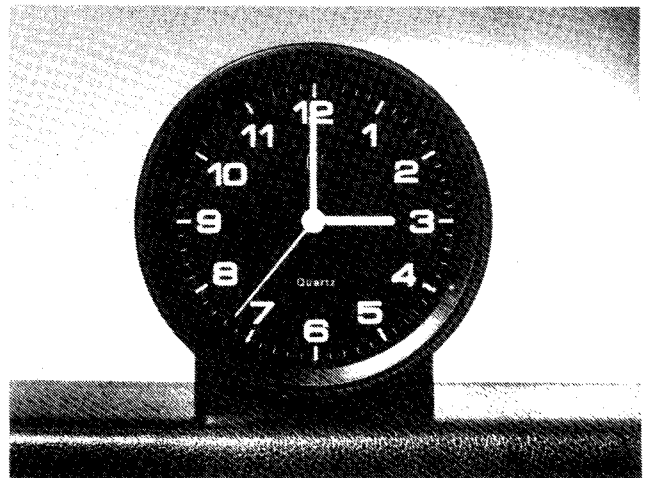


Alle onderzoeken bestrijken het hele gebied van de preventieve gezondheidszorg, met aandacht voor de voornaamste ziekten - hart- en vaatziekten - kanker - diabetes en glaucoom. Met name deze ziekten kan men in een vroeg stadium ontdekken.

**Medische staf.** Door het MDC te kiezen voor uw jaarlijks geneeskundig onderzoek bent u verzekerd van de beste zorg.

Onze staf bestaat uit ervaren specialisten en verpleegkundigen. De medische staf bestaat uit specialisten in interne geneeskunde, hart-vaat ziekten, longziekten, maag-darm ziekten, oogheelkunde en röntgenologie/echografie. De nieuwste diagnostische apparatuur staat ter beschikking.

**1. tijdsduur.** Het gemiddelde onderzoek is afgerond in 3 uur, een minimum aan tijd om in uw toekomstige gezondheid te investeren.



Indien nodig verwijzen wij de cliënten naar andere specialisten voor aanvullend onderzoek of consultatie.



time dienstverband. De anderen denken dat de commercialisering door zal zetten en zij willen graag een vinger aan de pols houden. En daarnaast is er natuurlijk het financiële aspekt. Het is natuurlijk ook goed mogelijk dat de betrokken specialisten hopen dat het circuit, dat door het MDAC ontstaat, niet aan de budgettering gebonden is. In dit circuit zou de specialist zijn verrichtingen op peil kunnen houden.

Een andere voorstander is de Goudse Verzekeringsmaatschappij. Deze particuliere ziektekostenverzekering heeft, als eerste bekend gemaakt dat rekeningen door het MDAC bij hen ingediend, vergoed zullen worden. Dit is tot op heden nog niet gebeurd, weet dhr. van Vliet van de marketing afdeling. De Goudse vindt de serviceverlening van het MDAC een goede zaak. Ook de versterking van de eerste lijn, die door dit centrum zou ontstaan, spreekt de Goudse bijzonder aan. Verder zien zij grote voordelen in het automatiseringsproject: huisartsen krijgen via de computer rechtstreeks beschikking over de diagnostische gegevens van het MDAC. Dit is zeer efficiënt en voorkomt dat onderzoeken bij verwijzing gedaan moeten worden. Hoe men daar bij komt, weet mijn informant niet te vertellen. Saillant detail is dat tot op heden geen enkele Nijmeegse huisarts aan dit project meedoet.

De heer Al is veel minder positief. *"De gezamenlijke Nijmeegse ziekenhuizen vinden het geen goede zaak. Het betekent een extra schakel, die ongetwijfeld tot meer diagnostisch werk zal leiden. De huisarts heeft bij ons en ook in het Canisius ziekenhuis volledige faciliteiten. Dat diagnostisch onderzoek hoeft niet overgedaan te worden. Ik denk dat het een verkeerde zaak is te doen alsof het beoordelen van uitslagen geen mensenwerk is, maar een onpersoonlijk verstrekken van informatie. Daarnaast is het evident dat Boerema alleen de lichtere gevallen van diagnostiek van ons zal overnemen. De krenten uit de pap. Snelle goed-omschrijf-bare onderzoeken. Vanzelfsprekend kun je die diensten dan ook goedkoper leveren. Om het bedrijfsmatig uit te drukken: in een eenvoudige organisatie, waar je weinig verschillende onderzoeken doet kun je het productieproces stroomlijnen en daardoor kun je goedkoper werken. Maar de ingewikkelde diagnostiek blijft voor ons. Het is dus niet zo dat zo'n centrum echt functies van ons overneemt. Mocht hij erkenning krijgen dan gaat een deel van het budget voor de regio Nijmegen naar hem. Daar zullen we zeker tegen protesteren. Ju-*

*ridisch lijkt me dat trouwens ook nog niet zo eenvoudig."*

Behalve een aan het centrum verbonden huisarts, zijn er in Nijmegen geen huisartsen te vinden die met het MDAC samenwerken. Ook dhr. Vries, secretaris van de PHV kent er geen één. *"Wat hij wil is veel te klinisch. Het sluit niet aan bij hoe huisartsen werken"*.

Behalve inhoudelijke bezwaren blijken bij de verschillende Nijmeegse instanties ook concurrentieoverwegingen een rol te spelen. De ziekenhuizen zijn de meest bedreigden. Deze concurreren natuurlijk al eniszins met elkaar, maar Boerema gooit hele sterke prikkels in de strijd. Uitgesproken patiëntvriendelijke benadering: korte wachttijden en een beleefde en voorkomende benadering. En voor de huisartsen extra service: snelle berichtgeving en een computerverbinding met het MDAC staan op stapel. Volgens de heer F. Raymakers van het BAZ ziekenfonds is Boerema's benadering een leuke prikkel voor de ziekenhuizen. *"In het begin waren de ziekenhuizen ook bang dat de ziekenfondsen Boerema's verrichtingen zouden vergoeden om de concurrentie wat aan te wakkeren. Maar die vrees is beslist onterecht, hoewel ik de prikkel beslist niet on aardig vind"*.

De "Boeremaprikkel" werkt wel, want in het Canisius-ziekenhuis overweegt men een avondspreekuur in te voeren en bij het St. Radboud-ziekenhuis spreekt men van mogelijke serviceverbetering aan de huisartsen.

Het gevaar voor de huisartsen is, dat onder het mom van versterking van de eerste lijn, het MDAC hen van het gezondheidszorgtoneel probeert te verwijderen. Tot de preventieve taak van het MDAC rekent men darmscopie met proefexcisie en echocopie van de bovenbuik, zo blijkt uit declaraties bij ziekenfondsen ingediend. Als dit ook de manier is waarop men zal proberen patiënten uit de tweede lijn te houden, voorspelt dat weinig goeds voor de huisartsen. De invloed van de huisarts zal zeker niet toenemen bij zo'n klinisch ingestelde benadering. Maar pas als Boerema zo ver is dat hij een "HMO" kan beginnen, wordt het MDAC ook financieel een concurrent voor huisartsen en ziekenfondsen. Voorbarig heeft hij het ziekenfonds BAZ, dat in hetzelfde pand gevestigd is als zijn Medical Research Bureau, al eens met overname bedreigd.

## Preventie?

Boerema krijgt voor het exploiteren van het MDAC waarschijnlijk

geen vergunning. Staatssecretaris Dees meldde in het NRC van 18-2-'87 dat *"Boerema helaas te vroeg"* is met zijn commerciële kliniek. Het is de vraag of het ontbreken van de verplichte vergunning Boererna ervan weerhoudt zijn werk voort te zetten. Boererna heeft lef en hij weet zich gesteund door tenminste dertig miljoen gulden van Vendex-International.

Boererna kan proberen juridisch aan te vechten dat hij onder de Wet Voorzieningen Ziekenhuizen valt. Hij heeft tenslotte onder druk van de staatssecretaris een vergunning aan moeten vragen. Maar wanneer je de diagnostische verrichtingen in ogenschouw neemt, waarvan Boererna zelf de rekeningen aan de ziekenfondsen stuurt, dat moet het MDAC toch wel als een ziekenhuisvoorziening beschouwd worden.

Tegen het o.a. door het College van Ziekenhuisvoorzieningen aangevoerde argument, dat zijn voorziening niet in het ziekenhuisplan voor de regio Nijmegen past, lijkt mij weinig in te brengen. Boererna schijnt echter gesteund te worden door zeer slimme juristen. Als zijn adviseur noemt hij zelf prof. van der Grinten, ex-formateur van het kabinet van Agt.

Een andere mogelijkheid is dat het MDAC mag blijven "opereren" zoals het nu doet. Dat betekent cheque-ups en preventieve onderzoeken. Dat is ook geen elegante oplossing. Het is zeer waarschijnlijk dat men zich in de MDAC hieraan niet zal houden en via langzame uitbreiding een "gewoonterecht" zal proberen te verkrijgen. Dat is één kant van de medaille. De andere kant is dat cheque-ups voor de meeste zieken niet helpen. Het Canadese "Task Force", waaraan deskundigen van de gehele wereld deelnemen heeft in 1980 en in 1984 opnieuw een uitputtend advies uitgebracht over zin en onzin van *"periodic health examination"*. In hun beoordeling hebben zij van zo'n 128 aandoeningen de effectiviteit van de beschikbare behandelingsvormen en de mate waarin behandeling in vroege stadia een beter resultaat zou kunnen opleveren dan behandeling in latere stadia betrokken. Ook de sensitiviteit en aanvaardbaarheid van de beschikbare diagnostische procedures ter opsporing van de aandoening waren onderwerp van onderzoek. Telkens werd een afweging gemaakt van de voor- en nadelen voor de te verwachten gezondheidswinst, mate van belasting en medicalisering. Zo kwamen de deskundigen tot een beoordeling van het nut van vroege opsporingen bij de verschillende aandoeningen. Tot de zinvolle categorie behoren de in ons land al bij pre- en post-

natale zorg, consultatiebureaus, school en basisgezondheidsdienst ondergebrachte preventieve onderzoeken. Aangevuld met de vroegere opsporing van hypertensie, borstkanker, kindermishandeling en de preventie van ongewenste zwangerschap.

Voor de opsporing van deze aandoeningen is het MDAC niet opgericht. De "markt" van het MDAC begint bij de opsporing van aandoeningen waaraan meer "draagkrachtige" mensen kunnen lijden. De werking van preventie van o.a. blaaskanker, huidkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker door middel van jaarlijkse cheque-ups is zeer twijfelachtig. Boerema heeft een merkwaardige opvatting over preventie van ziekten. Een treffend inzicht in die opvatting geeft de aanpak van het "preventieve programma" van de cardioloog in het MDAC. Het preventief onderzoeken van mensen zonder klachten om afwijkingen aan de kransslagaders te vinden met behulp van een inspannings-ECG en een CCG in rust (zoals verricht in het MDAC voor f 1.100,-) wordt door het "Task Force" als tamelijk zinloos beschreven. Vooral als je de mogelijkheid wordt geboden om via telex met je werk in contact te blijven, doet het denken aan een duur windei. Stress is een bekende risikofactor voor hart- en vaatlijden. Wie niet gedurende de tijd die hij in zijn toekomstige gezondheid investeert, kan denken: "zonder mij redden ze het ook wel op de zaak" is met één preventief onderzoek per jaar niet gerecht...

## Medisch Diagnostisch Centrum



Bladnummer:

### TARIEVEN\*

Programma I: Algemeen onderzoek. fl. 800,--

Gesprek met internist  
Lichamelijk onderzoek  
Volledig bloed- en urine-onderzoek  
X-Thorax  
Longfunctie-onderzoek  
Electrocardiogram  
Echografie van de buikorganen  
Audiogram - visusonderzoek

Programma II: Maagdarm-onderzoek. fl. 950,--

Gesprek met internist  
Lichamelijk onderzoek  
Bloedonderzoek  
Ontlastingonderzoek  
Echo galblaas, lever, pancreas  
Endoscopisch onderzoek van slokdarm en maag  
of: endoscopisch onderzoek + röntgenonderzoek van de dikke darm.

Programma III: Hart- en bloedvatenonderzoek. fl. 1.000,--

Gesprek met cardioloog  
Lichamelijk onderzoek  
Echocardiogram  
Electrocardiogram in rust  
Electrocardiogram bij inspanning  
Longfunctie-onderzoek  
X-Thorax  
Bloedonderzoek: cholesterol  
triglyceriden  
HDL  
LDL  
bloedsuiker

### Aanvullende diagnostische procedures:

Cervixuitstrijk (PAP) fl. 45,--  
Sputumcytologie fl. 125,--  
Urinecytologie fl. 125,--  
Punctiecytologie fl. 125,--

\* Per 1 November 1986. Prijswijzigingen voorbehouden.  
Inclusief ontbijt-lunch, koffie, thee e.d.

# Health Maintenance Organizations in Nederland

Health Maintenance Organizations (HMO's) zijn organisaties die ziektekostenverzekering en gezondheidsvoorzieningen onder één dak verenigen. Het verschijnsel HMO mag zich verheugen in een toenemende belangstelling van wetenschappers, ziekenfondsen en politici. Naar verluidt is de ziektekostenverzekering "Het zilveren kruis" druk in de weer een dergelijke organisatie naar Amerikaans voorbeeld in Nederland op te zetten.

Evelyne de Leeuw plaatst vraagtekens bij het kritiekloos overnemen van het Amerikaanse HMO-model. Ze stelt dat de sociaal-kulturele kontekst waarin de HMO ontwikkeld is van belang is voor het "succes" dat de HMO's hebben.

Aan de hand van ervaringen met HMO-praktijken in Californië-USA toont Evelyne de Leeuw aan dat er aan het HMO-concept veel haken en ogen zitten.

## **Evelyne de Leeuw**

GVO-beleidsonderzoeker aan de Rijksuniversiteit Limburg

## Polarisatie of Socialisatie?

Het verschijnsel Health Maintenance Organization (HMO) staat recentelijk zeer in de belangstelling. HMO's zouden *snel* werken, *goedkoop* en *efficiënt* zijn en tot grote tevredenheid van de konsument leiden. In de Verenigde Staten, zo hoort men in Nederland, maken HMO's dankzij hun grote populariteit een explosieve groei door. Redenen genoeg om ook voor Nederland invoering van HMO's te overwegen.

De standpunten bij die overwegingen liggen nu al vast. Het *bedrijfsleven* ondersteunt invoering van HMO's van harte, ongetwijfeld in de hoop dat het er nog eens van mag komen dat Nederland een *'for profit'* gezondheidszorg zal hebben. Op die lijn zitten ook de confessionele en liberale volksvertegenwoordigers, hoewel hun standpunten wat minder compromisloos geformuleerd zijn. De *vakbeweging* daarentegen lijkt een tegenstander van HMO's, hoewel men niet ontkent dat pas na voldoende experimenteren een weloverwogen be-

sluit genomen kan worden. Zoals te verwachten sluiten de progressieve partijen zich hierbij aan.

Gemengde gevoelens vinden we bij *ziektekostenverzekeraars*, *ziekenfondsen*, *beroepsbeoefenaren* en *beleidsmakers*. Velen van hen zouden graag HMO-achtige organisaties in Nederland zien, maar bijna allemaal zijn zij zich er van bewust dat er nogal wat obstakels in de plannings-, regulerings- en financieringswetgeving weggewerkt moeten worden voordat de eerste zuivere HMO van start kan gaan.

De *wetenschap* tenslotte weet cijfers en argumenten zo te gebruiken dat we daar zowel fervente voorstanders als tegenstanders vinden. De discussie spitst zich op dit niveau toe op het al dan niet toepasbaar zijn van de concurrentiegedachte voor de gezondheidszorg. En op zich is dat vreemd, want de Verenigde Staten is de enige geïndustrialiseerde natie waar geen vorm van nationale sociale gezondheidszorg bestaat, en juist in

dat land zijn de verschillen in mortaliteit en morbiditeit tussen sexen, bevolkingsgroepen en staten zo groot dat zelfs sommige Amerikanen spreken van 'ontwikkelingsproblematiek'. Terwijl in de sloppenwijken van Los Angeles en Oakland (Californië) tientallen mensen jaarlijks de hongerdood sterven melden ziekenhuismanagers opgetogen dat hun bedrijf over het boekjaar 1985/1986 de grootste winst aller tijden gemaakt heeft.

## Variatie en differentiatie

Waar komen dan die enthousiaste berichten over de Health Maintenance Organization vandaan? Om die vraag goed te kunnen beantwoorden is inzicht in de sociaal-demografische structuur van de Verenigde Staten en enig idee van wat een HMO nu precies is van belang. Het sleutelwoord bij beide is differentiatie.

Elders is al in meer detail uiteengezet wat een HMO is'. Het blijkt dat, ondanks de eisen die de HMO-wet in Amerika stelt, er een grote verschei-

biëdt het bedrijf waar men werkt het pakket van slechts één HMO aan.

Overigens is ook de populariteit van HMO's betrekkelijk: minder dan 10% van de Amerikaanse bevolking is lid van zo'n organisatie. Het is wel zo dat het aantal leden stijgt. Het meest populair lijkt de HMO in Californië te zijn. De grootste HMO, *Kaiser Permanent Medical Care Program* heeft daar haar hoofdkwartier. De twee miljoenen leden wonen voor het grootste gedeelte in de staat Californië, waar het Kaiser-concern tijdens de tweede wereldoorlog door haar activiteiten in de staalbranche en met name door de bouw van Liberty-schepen enorm floreerde. Ook de sociale dienstverlening nam vanwege het bedrijf sterk toe; arbeidsongeschiktheidsuitkeringen werden geïntroduceerd, er was een sterke nadruk op sociale woningbouw (er werd voor duizenden zwarte arbeiders uit het zuiden zelfs een nieuwe stad om de werf heengebouwd) en ook de Kaiser Permanente HMO vond in die tijd haar oorsprong. Ik wil in dit artikel voornamelijk de aandacht vestigen op de Californische situatie.

---

## *De populariteit van HMO's is betrekkelijk. Minder dan 10% van de Amerikaanse bevolking is lid van zo'n organisatie.*

---

denheid aan dergelijke organisaties bestaat. Of het nu een PGP (Prepaid Group Practice, een zogenaamde gesloten panel organisatie), IPA (Individual Practice Association, waarbij verstrekkers vrij gevestigd blijven maar op kontraktbasis werken), PPN (Primary Care Network, eerstelijns- en doorverwijzings-HMO) of PPO (Preferred Provider Organizations, waar verstrekkers, waaraan de voorkeur wordt gegeven, kortingen bieden) is, de HMO biedt haar leden voor een vaste jaarpremie een duidelijk omschreven pakket gezondheidszorg. De leden kunnen erop vertrouwen dat daarvoor de organisatie ook zal proberen een gezond management te voeren. Dat uit zich dan in voor de konsument relatief lage kosten en veel aandacht voor preventieve of gezondheid bevorderende activiteiten. Binnen de HMO is er sprake van een vrij sterk *solidariteitsprincipe*. Tussen HMO's echter is er sprake van zware concurrentie. Toch kan niet gezegd worden dat potentiële leden vrij zijn in hun HMO-keuze, of wel aan 'doctor-shopping' kunnen doen. In de Verenigde Staten verzorgen de werkgevers de ziektekostenverzekeringen voor hun werknemers; veelal

Die aandacht voor één der Verenigde Staten is niet zonder reden. Het is niet langer zo dat de Verenigde Staten beschouwd kunnen worden als een 'melting pot'. Dit ideaalbeeld van de Amerikaanse samenleving stelt - met de functionalist Talcott Parsons<sup>17</sup> - dat er een consistent stelsel van waarden en normen bestaat waaraan alle, uiteindelijk gelijkgekleurde, Amerikanen voldoen. Dit idee is inmiddels vervangen door het beeld van de 'tossed salad': in de pot zitten wel veel ingrediënten, maar deze blijven niettemin zichtbaar; met andere woorden: segregatie in plaats van integratie.

Het beeld dat wij hebben van de Californiaan (zoals versterkt door de daar geproduceerde films en televisieseries), zijnde een gebronsde blonde vrouw of man, klopt absoluut niet meer. In 1990 zal volgens de verwachtingen de niet-blanke minderheid een *meerderheid* zijn geworden. Toch zijn de HMO's Ieden overwegend blank. Om de reden hiervan te doorgronden en ook te begrijpen waarom een relatief gering percentage van de Amerikaanse bevolking voor de HMO kiest, moeten we ons verdiepen in cijfermatig materiaal.

## Kosten-effectiviteit

De Californische gezondheidsindustrie blaakt van welstand en doet het financieel uitstekend, stelt een ziekenhuismanager zonder bliken of blozen. Dat er inderdaad goed geld verdiend wordt in deze business blijkt uit de volgende cijfers: bedroegen de totale uitgaven per patiëntdag in 1980 nog \$ 430,04, in 1985 was dit bedrag al opgelopen tot \$ 711,58. Het beddenpromillage is van 3,85 promille (1975) via 3,48 promille (1980) teruggelopen tot 3,28 promille in 1985. Het marginale proportionele verschil is niet toe te schrijven aan beddenreductie; de bevolking van de staat Californië groeit snel en er is dan ook zelfs sprake geweest van een absolute groei in het aantal bedden in de afgelopen tien jaar. De totale operationele budgetten voor de Californische ziekenhuizen in het eerste kwartaal van 1985 bedroegen \$ 3.633.755.000 terwijl in diezelfde periode de inkomsten maar liefst meer dan 5 miljard dollar bedroegen. Klaarblijkelijk werkt men inderdaad bijzonder kosten-effektief, vooral in de grote for-profit gezondheidszorgketens als Humana Inc. (deze HMO houdt zich ook bezig met het implanteren van kunsthart), National Medical Enterprises, en Summit Health Care System. Charles White, vice-president en ster-Iobbyist van de California Hospital Association zegt: *'Ziekenhuizen zijn nu nog iets nieuws in de zakenwereld. Toch is het hele punt dat we patiënten moeten werven. Financiële planning, marketing en forecasting waren vaardigheden die in de gezondheidszorg tot voor kort niet nodig waren, dus er waren niet veel mensen die dat konden; maar nu zie je dat de nieuwe generatie ziekenhuisdirecties geen dokters meer bevat. Het zijn zakenlieden, mensen met een graad in Business Administration'*.

## 'Does-in-the-Box'

De patiëntenwerving wordt zowel in non-profit als in for-profit HMO's met voortvarendheid aangepakt. Dat gebeurt dan met name via zogenaamde 'catchman'-instituten. Deze voorzieningen zijn erop gericht om letterlijke klanten te vangen. De 'catchman'-voorzieningen zijn uiterst laagdrempelig, snel en goedkoop. In principe wordt er in deze polikliniek-achtige voorzieningen konstant betaald voor verleende diensten, tenzij men kan aantonen lid te zijn van de betrokken HMO. Solvabiliteit van de prospectieve klant moet voor de verleende dienst worden aangetoond door middel van bijvoorbeeld een credit-card. 'Catchman'-voorzieningen zijn bijvoorbeeld FEC's (Fast

Emergency Care Units, drive-in poliklinieken), PCC's (Primary Care Clinics, winkelachtige huisartspraktijken die kleine verrichtingen doen en naar het moederbedrijf doorverwijzen) en andere poliklinische, ambulante, voorzieningen die in de volksmond al wel 'Docs-in-the-Box' (dokter in het doosje) worden genoemd. Overigens is niet iedereen gelukkig met deze ontwikkelingen. Artsen zelf spreken soms liever over 'Quacks-in-the-Shack' (kwakzalvers in het hutje).

## Onrust onder artsen

Dit geeft al aan dat het echt niet allemaal koek en ei is in de Amerikaanse gezondheidsindustrie. Een vreemde paradox treedt daarbij op: artsen die in loondienst werken van de op commerciële leest geschoeide, marktgerichte, gezondheidsbedrijven vinden dat zij in te grote mate beperkt worden in hun rol op de vrije markt.

Sinds het Flexner-rapport dat in het begin van deze eeuw de basis legde voor de technokratische, competitieve benadering van gezondheid en gezondheidszorg in de Verenigde Staten, beheersten artsen door hun professionalisme de markt. Een vrije markt, die toch netjes afgebakend was binnen de professie. Artsen konden praktisch doen en laten wat ze wilden.

Daarin kwam verandering na de invoering van de Medicare- en Medicaid-wetgeving. In de eerste tien jaar na invoering van deze beperkte volksverzekeringen (Medicare verzekert bejaarden, Medicaid verzekert arme mensen) explodeerden de kosten van de gezondheidszorg: het percentage van het Bruto Nationaal Product bestemd voor gezondheidszorg schoot met 40% omhoog. In 1972 werden de eerste beperkingen geïntroduceerd, in 1982 volgde tenslotte een radicale koerswijziging met de invoering van de *Diagnoses Related Groups*, op basis waarvan een standaardprijs werd toegekend aan iedere kwaal. Surplus kosten die over de standaard heen gaan moeten worden gedragen door ziekenhuizen en de professionals die bij hen in dienst zijn.

Voor artsen een steeds onverklikkelijker zaak. In het prestigieuze Amerikaanse tijdschrift *The New England Journal of Medicine* stonden het afgelopen jaar steeds vaker artikelen die ageerden tegen de trend in de richting van competitie, ondernemerschap en gezondheidskartelvorming. Artsen gaven uiting aan hun wrevel over de beperkingen die hen door de korporatieve competitie en loondienst werden opgelegd, veelal in

de vorm van artikelen die twijfelden aan moraliteit, integriteit, en efficiëncy van zulke trends. Er werd zelfs aan getwijfeld of het nog wel zo'n voorrecht was om arts in de Verenigde Staten te zijn<sup>4,5</sup>. Opeens komen er, vreemd genoeg, vanuit de medische professie zelf geluiden dat het medisch-industrieel complex (nu geleid door professionele managers) zeer scherp in de gaten moet worden gehouden.

Overigens komen er niet alleen klagende geluiden vanuit de medische stand. Ook *verpleegkundigen* lijken niet langer het hoofd te kunnen bieden aan het efficiënte, produktgerichte beleid, waarbij zelfs sociale activiteit en worden uitgedrukt in termen van rendement met betrekking tot ontslagratio's en beddenbezetting.

## De konsument

Hoe het ook zij, zeggen de voorstanders van de op deze basis werkende HMO's, de konsument is er uiteindelijk bij gebaat. Niets lijkt echter minder waar. Weliswaar is er bij HMO-

risatie optreedt tussen leden en niet-leden. Zelfs de meest optimistische voorspellingen over het aantal HMO-leden stellen dat in 1993 slechts 50 miljoen Amerikanen (minder dan 20% van de bevolking) bij een HMO aangesloten zullen zijn<sup>6</sup>. Nu is dat nog minder dan 10%. Dat betekent dat op dit moment 90% van de Amerikaanse bevolking ofwel een vrije ziektekostenverzekering heeft (hetgeen duur of beperkend is), ofwel is aangewezen op de Medicare of Medicaid programma's die vaak alleen aangeboden worden in bepaalde ziekenhuizen in de eigen 'county' (provincie). Bovendien blijkt dat mensen met weinig inkomen zich niet kunnen veroorloven toe te treden tot een HMO. De 90% die aangesloten is bij een vrije ziektekostenverzekering bepaalt echter wel in belangrijke mate hoe de gezondheidsbusiness reilt en zeilt. De kosten in de niet-HMO-sectoren worden vooral opgejaagd door verschijnselen als 'patient-dumping' of 'ambulance-chasing'. In een HMO kunnen deze verschijnselen niet optreden (leden worden immers altijd geholpen) zodat het voor HMO's mogelijk is hun tarieven scherp te kalkuleren.

---

*Bij de GVO in de V.S. gaat het niet om het welzijn van de mens maar veeleer om het kennelijk kostenbesparende effect van dergelijke activiteiten.*

---

leden onderling een bijzonder grote mate van financiële solidariteit en hoge kwaliteit van voorzieningen. HMO-leden lijken over het algemeen tevreden over hun gezondheidsonderhoud-organisatie. Tot op zekere hoogte is dat echter een *schijntevredenheid*. Enerzijds worden de HMO-leden in slaap gesust en zoet gehouden met een veelheid aan activiteiten en interventies die de leek als gezondheidsbevorderend ziet. De vanwege de HMO verstrekte aerobicstrainingen en halfjaarlijkse check-up (onderhoudskontrolle) zijn hiervan goede voorbeelden. Het voorbeeld van de check-up is zelfs wat wrang: epidemiologisch onderzoek bij Kaiser Permanente heeft aangetoond dat deze controle een groter gebruik van andere diensten in de hand werkt. Een controle maakt immers niemand gezonder, afgezien van de financiële situatie van de gezondheidsorganisatie.

Anderzijds lijken de voorstanders van HMO's uit het oogte verliezen dat weliswaar voor leden onderling de HMO socialiserend werkt, maar dat daarentegen een steeds grotere pola-

*Ambulance-chasing* is een voorbeeld van een prijsopdrijvende activiteit: hulpadvokaten zitten in snelle auto's, uitgerust met een 'bakkie' voor de politiebepand, te wachten op ongevalsmeldingen. Zodra zich een ongeval voordoet spoeden zij zich naar de plaats des onheils. Daar aangekomen pogen de advokaten het slachtoffer ervan te overtuigen dat deze er goed aan zou doen het advocatenkantoor X de opdracht te geven (door snel ter plekke een formulier te ondertekenen) om het ziekbed te begeleiden. In feite betekent dit dat de betrokken advocaat alles in het werk zal stellen om onregelmatigheden op te sporen tijdens het ziekbed, en op basis daarvan zo veel mogelijk personen en instanties voor de rechter te slepen voor smartegeld etc. De 'deal' is dat de advocaat de helft van de som geld in zijn/haar zak kan steken en de andere helft ruimschoots voldoende moet zijn om de ziektekosten te dekken. Mocht dat laatste niet lukken, dan gaat de overeenkomst niet door. Voor de konsument is het voordeel overduidelijk: je spant een gerechtelijke procedure aan tegen alles wat

los en vast zit en hoopt daarmee de hoge kosten te dekken. Voor de producent heeft deze handelwijze alleen maar nadelen.

'Patient dumping' is een verschijnsel met soortgelijke gevolgen. Formeel gezien hebben alle gezondheidszorginstanties de plicht in noodgevallen te helpen. Als echter de ernst van een geval twijfelachtig is, of de solvabiliteit van de konsument niet vaststaat (als de patiënt bijvoorbeeld verzuimd heeft zich voor Medicare of Medicaid in te schrijven, wat nogal vaak voorkomt), kan de patiënt geweigerd worden. Dit noemt men 'dumping'. Met name bij zwangerschapscomplicaties bij vrouwen in lagere sociale klassen komt op deze manier nogal wat 'dumping' voor. Het is niet voor niets dat de 'infant morality rate' in zwarte ghetto's tot drie à vier maal de hoogte van welvarender wijken kan oplopen, een niveau waarover menig ontwikkelingsland zich nog druk zou maken.

## Health Promotion

Een van de belangrijkste wapenfeiten van de HMO lijkt echter wel de sterke nadruk op GVO, preventie, revalidatie en health promotion te zijn. En hoewel dat nog steeds niet onomstotelijk is vastgesteld, is de belangrijkste overweging om dit soort voorzieningen in het pakket op te nemen opnieuw financieel. Het gaat niet om het *welzijn* van de mens, maar veeleer om het kennelijke *kostenbesparende* effect van dergelijke activiteiten. Een wrang voorbeeld komt van een kleine HMO in Seattle, het Group Health Collective<sup>7</sup>. In één van de bedrijven die zich kollektief aangesloten had bij deze HMO werd geld uitgelooft voor ieder mensdag dat er niet gerookt werd. Of dit nu al dan niet GVO in optima forma is leek niet belangrijk, want het aantal rokers nam dramatisch af, en - wat natuurlijk veel belangrijker was - de produktiviteit van het bedrijf nam evenredig toe. Reden tot tevredenheid, totdat een evaluatierapport van de Rand Corporation aantoonde dat de geestelijke gezondheid van de werknemers in de thuissituatie er allerm minst beter op was geworden. De *marktgerichte*, winst-maximerende benadering van GVO, preventie en health promotion wordt duidelijk als we de oriëntatie van het begrip health promotion in de Verenigde Staten vergelijken met die welke in Europa door de WHO wordt gepropageerd<sup>8</sup>. Health promotion in de *Verenigde Staten* is een 'top-down' activiteit, professionalistisch en reductionalistisch, waarbij de absolute individuele zelfbeschikking voorop staat. Health

promotion in *Europa*, daarentegen, is 'bottom-up', holistisch en vanuit een structureel maatschappij-kritische benadering. De beide benaderingen sluiten vrijwel naadloos aan bij het beeld van de gezonde mens op de verschillende continenten.

## Geen HMO's in Nederland

We hebben gezien dat het niet allemaal rozegeur en maneschijn is met de Amerikaanse HMO's. Factoren die daarbij een rol spelen zijn de sociaal-demografische differentiatie in de Verenigde Staten, de gevarieerdheid van het HMO-aanbod, het prestige-verlies van artsen en produktie stress van andere gezondheidswerkers, de kommerciële, winstmaximerende korporatieve benadering van gezondheid, wantoestanden in Medioaire- en Medicaid-wetgeving, en het mensbeeld in de Verenigde Staten dat persoonlijke vrijheid als allerhoogste goed ziet. Een rechtstreeks antwoord op de vraag of ook in Nederland HMO's opgericht zouden moeten worden moet mijns inziens dan ook 'nee' luiden. Maar als het dan toch moet, dan hoogstens 'nee, tenzij...'

De voorwaarden onder dat 'tenzij' zijn dan samen te vatten onder het kopje '*Gebruik het idee, maar bedenk zelf de uitvoering*'. Wanneer de Nederlandse overheid kan garanderen dat het solidariteitsprincipe door invoering van HMO-experimenten niet nog verder geweld wordt aangedaan, en wanneer deze HMO's daardoor geen polarisatie in het Nederlandse gezondheidsland bewerkstelligen, kunnen we een voorzichtige poging wagen.

Maar de plannings- en financieringswetgeving is waarschijnlijk te weinig dynamisch en flexibel om een HMO volgens het Amerikaanse recept in Nederland in te voeren. Als we dan ook nog protesten van onze gezondheidsprofessionals in het verschiep hebben is het misschien beter om te zeggen 'Ho, HMO!' ..

### Literatuurciteringen

1. Schut, F.T. Health Maintenance Organizations. Lochem, De Tijdstroom. 1986.
2. Parsons, T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: Patients, Physicians and Illness. A sourcebook in behavioral science and health. Jaco, E.G. (ed.), hoofdstuk 7, p. 120-1H.
3. Leeuw, E. de. Public Health in the US and the Netherlands: comparative observations. Berkeley, University of California, 1986.
4. Eisenberg, C. It is still a privilege to be a doctor. New England Journal of Medicine 314, 1113-1114, 1985 (+ reacties daarop: Mulligan, W.L. A.P. Zelicoff et al. Is it still a privilege to be a doctor?. New England Journal of Medicine 315, 1097-1099, 1986).
5. Hillman, A.L., D.E. Nash, W.L. Kissick & S.P. Martin. Managing the medical-industrial complex. New England Journal of Medicine 315, 511-513, 1986.
6. Andersen, P. Rx for hospitals: business therapy. PSAMagazine July 1986, 36-120.
7. Group Health Collective. A smoke-free workplace: it can be done. GHC. Seattle. 1985.
8. Leeuw, E. de. Health promotion: een nieuw gezondheidsparadigma. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1,4, 14-18, 1986.

# PENSIOENGENIETERS EN RANDGROEPOUDEREN

In een ver land bestond eens een prachtig wegnet. Iedereen kon daarvan gebruik maken en de regering zorgde voor onderhoud en voor de aanleg van nieuwe wegen. Automatisch betaalde iedereen die een auto had een keer per jaar een vast bedrag waarmee de regering haar taak kon uitvoeren. Toen er alsmaar meer auto's kwamen, kon het weleens gebeuren dat het onderhoud van de weg wat achterliep of dat er file's ontstonden, vooral op die wegen waar velen gebruik van wensden te maken. Daar kwam bij dat de regering het geld dat eigenlijk voor de wegen bedoeld was, liever besteedde voor iets anders, het onderwijs, het leger, de industrie.

Op een dag staken een aantal zakenmensen de koppen bij elkaar en besloten om superdeluxe privé-autobanen aan te gaan leggen. Het waren prachtige achtbaans: snelwegen met weinig bochten, maar wie er gebruik van wilde maken moest er apart een kaartje voor kopen. Eventjes was iedereen tevreden, rijke mensen hadden een superweg en de gewone wegen kregen minder auto's te verwerken. Toch begonnen langzaam maar zeker de gewone wegen in verval te raken. De belangrijke mensen interesseerden er zich niet meer voor, die betaalden wel voor de superbaan. De regering ging steeds minder onderhoud plegen, van aanleg van nieuwe gewone wegen was al helemaal geen sprake meer en de arme mensen die wel gebruik moesten maken van de openbare wegen hadden nauwelijks recht van spreken, want ze waren immers arm en mochten blij zijn dat ze überhaupt nog konden rijden. Op den duur sprak men wat schampertjes over de "bijstandswegen", die in gebruik waren bij de bijstandsmoeders, bij werkelozen, bij bejaarden zonder pensioen en natuurlijk bij buitenlanders die eens wat pittoreske en ouderwetse avonturen wilden beleven.

Hetzelfde gaat er in Nederland wellicht met de zorgvoorzieningen gebeuren. Langzaam maar zeker komen er opstoppingen, omdat de capaciteit niet meer aangepast wordt aan de behoefte. En ook in ons land zijn er zakenmensen die particuliere zorg gaan verstrekken voor de mensen die het betalen kunnen. De overheid vindt het wel prima want het ontlast de bestaande voorzieningen. (Een van de eerste pogingen, een alarmeringssysteem b.v. werd zelfs door Brinkman pontificaal geopend). In een van de rijkere streken van Nederland is de eerste geprivatiseerde gezinsverzorging, kruiswerk, alarmeringssystemen, warme maaltijd verstrekking al opgericht. In een gladde taal richt "Lifeline" zich tot de goede ouderen en biedt ze een nieuwe manier van leven aan. Geen wachtlijsten, discrete zorg op maat, goede kwaliteit en personeel dat doet wat de oudere zelf vraagt en zich niet hoeft te beperken tot de taakomschrijving die vanuit de instelling is opgelegd. Stilletjes aan, zonder enige discussie, zonder enige stellingname van wie dan ook, wordt de bijl geslagen in de wortels van het voorzieningssysteem.

Het is te voorzien dat er in de toekomst een tamelijk scherpe tweedeling in de oudere bevolking zal optreden: aan de ene kant de ouderen met pensioen en anderzijds de AOW-trekkers die steeds verder onder het minimumloon zullen wegzinken. En als er niets gebeurt zullen er ook twee soorten huishulp komen. Naast het geprivatiseerde en voor de pensioengenieters bestemde circuit komen er "bijstandsvoorzieningen" voor de armere ouderen. Voorzieningen waarvan de betalende van een hoge eigen bijdrage weggezogen worden naar de zorg-b.v.'s,



Foto: Reinier Gerritsma

waarvan het betere personeel overstapt naar het goed betalende, „bedrijfsleven" (zoals nu reeds het geval is in andere collectieve sectoren, zoals de belastingdienst). Voorzieningen die net als hun cliënten verpauperen en die op moeten draaien voor de randgroepouderen. De voorzieningen voor ouderen was wellicht het laatste terrein waar het collectieve nog geen commerciële pendant kende. Vervoer, recreatie, onderwijs, veiligheid, overal kom je het geprivatiseerde tegen, maar ook overal was het collectieve sterk genoeg om zich teweerge te stellen of had het verdedigers, die voldoende maatschappelijk aanzien hadden. Deze sector is echter al behoorlijk verzwakt, de cliënten zijn nauwelijks in tel, terwijl de volksvertegenwoordigers de schijn wekken er als geïnteresseerde buitenstaanders naar te staan kijken. Tegen de tijd dat ze oud zijn, schrijven ze zich in bij de thuiszorg-b.v.

Misschien kan het geen kwaad om bescheiden experimenten op te zetten in de richting van een meer geprivatiseerde vorm van ouderenvoorzieningen; de volstrekt ongeïnteresseerde manier (tenzij je de overheid in deze van een welwillende houding uit bezuinigingsoverwegingen zou willen betichten) waarop iedereen deze nieuwe ontwikkeling gadeslaat, is echter ronduit verontrustend.

I.P.F. Driest



# Voorzieningen voor ouderen

Er bestaan nogal wat vraagtekens rond het verschijnsel dat gemakshalve steeds vaker als grijze plaag wordt aangeduid. Bestaat dé oudere eigenlijk wel, of is er sprake van een misplaatste grove categorisering. Is het probleem van de dreigende aantasting van de zelfstandigheid van ouderen niet vooral een financieel-economisch probleem. Hoe zit het met het inconsequente overheidsbeleid: aan de ene kant wordt driftig afgebroken met als alibi het beroep op de zorgzame samenleving. Tegelijk moeten miljoenen vrijgemaakt worden ter bestrijding van deze plaag terwijl niemand precies aan kan geven ten nutte van welke positieve ontwikkeling dit noodzakelijk is.

Wordt de oudere niet juist in zelfstandigheid bedreigd door de opgeroepen sfeer van zorgzaam samenleven? Ook op het terrein van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bestaan de nodige mistigheden. Wie gaat er in de eerste lijn de zelfstandigheid van ouderen versterken? Wordt het verzorgingshuis (psychogeriatrisch) verpleeghuis onder leiding van dokters of een facilitair centrum voor zelfstandig wonenden in de wijk? Hoe zit het met innoverende vormen van zorg. Maar vooral: welke zorg denken ouderen zelf nodig te hebben?

Schrijven over voorzieningen voor ouderen en over het gebruik dat ouderen van deze voorzieningen maken begint onderhand een ingewikkelde zaak te worden.

Je zou het gebruik van voorzieningen en de behoefte eraan kunnen relativeren door te wijzen op de situatie in andere landen waar ouderen vaak met minder voorzieningen van een bepaald type uitkunnen en waar bovendien de vergrijzing al verder is voortgeschreden dan in Nederland. Je zou kunnen wijzen op het feit dat de vergrijzing in de eerste helft van deze eeuw net zo groot was als hij in de tweede helft zal zijn. En tenslotte kun je aanvoeren dat de toekomstige ouderen gaan profiteren van het feit dat vooral in de 50-er en 60-er jaren vele pensioenvoorzieningen zijn gestart en zij dus, voorzover ze in het

## De mythe rond de onzorgvuldige grootverbruiker

De publikatie stroom op ouderengebied is onthutsend in omvang en diversiteit. Kilo's nota's over krimpscenario's (wéér een synoniem voor bezuinigen), sociale netwerken en periodiek geneeskundig onderzoek voor ouderen. De kranten puilen uit en de televisie kan niet meer aangezet worden zonder risico op bewogen woorden van wetenschappers en politici over onze arme ouderen. Hoe zal de oudere zich voelen onder deze twijfelachtige belangstelling. Tegelijkertijd namelijk worden de ouderen als groep afgeschilderd als onzorgvuldige grootverbruikers van dure voorzieningen, een echte grijze plaag dus. Hoe staat het met de ouderen als politieke factor in deze bewogen dagen?

Piet Driest schetst de feitelijke situatie rond de voorzieningen en de behoefte die daar nu en in de toekomst aan zou kunnen bestaan. Er zijn namelijk de nodige problemen en ondoorzichtigheden bij het bepalen van die behoefte. Brinkman's appèl op de zorgzame samenleving lijkt weinig hout te snijden. Hij kan zijn zaken beter met Rudinçr gaan regelen.

P.F. Driest, is directeur van de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid.

productieproces waren opgenomen, een betere financiële situatie zullen kennen.

Je zou aan de andere kant de noodzaak voor meer ouderenvoorzieningen zwaar aan kunnen zetten, kunnen wijzen op de onafwendbare pensionering van de na-oorlogse geboortegolf. Op de individualisering van de samenleving, waardoor de mantelzorg en het vrijwilligerswerk in belang zullen afnemen. Op het achterblijven van de sociale voorzieningen, waardoor steeds meer ouderen op een minimumniveau zullen moeten leven en dus eerder op zorg van anderen aangewezen zijn. Je kunt binnen deze optie laten zien dat de vergrijzing vooral een zaak zal zijn van die groepen ouderen die statistisch als grootgebruikers gekenmerkt kunnen worden, namelijk de alleenstaanden, de hoogbejaarden en de vrouwen, waar-

bij vooral het aantal alleenstaande, hoogbejaarde vrouwen relatief erg toeneemt.

Ook aan deze optie kleven bezwaren. Het algemene vooroordeel dat oud onlosmakelijk koppelt aan gebrekkig, ziek en hulpbehoevend wordt erdoor versterkt. Bovendien wordt er op deze manier een eenzijdig beeld gegeven van die voorzieningen die voor ouderen van belang zijn. Slechts een klein deel der ouderen maken gebruik van de zorgvoorzieningen, veel meer hebben behoefte aan mogelijkheden om in de samenleving te participeren aan onderwijsvoorzieningen, aan ondersteuning in hun emancipatiestreven.

### Het gebruik van voorzieningen

De derde mogelijkheid die het simpelste lijkt, het doorberekenen op basis van de demografische ontwikkeling van het huidige gebruik of de huidige behoefte, is vrijwel onmogelijk omdat het huidige gebruik "ontsierd" wordt door onjuiste normering of door onjuiste beslissingen in het verleden en omdat behoefteonderzoek bij ouderen meestal geen goede gegevens oplevert.

Toen de overheid in de eerste helft van de 70-er jaren tot de ontdekking kwam dat er toch wel erg veel 65-plussers in verzorgingstehuizen woonden (toen ruim 13%), is op basis van een enkel plaatselijk onderzoek de 7%-norm ingesteld. Dat er voor 7 van de 100 bejaarden een plaats moest zijn in een tehuis, is tot heilig beleidsstreven gemaakt en momenteel een onwrikbare pilaar van het Nederlandse ouderenbeleid. Dat deze norm onwerkbaar is door zijn ongenueanceerdheid heeft daar geen verdere invloed op. Van de leeftijdsgroep 65-70 bijvoorbeeld is 0,7% opgenomen, van de 90-plussers meer dan 45%. Amsterdam heeft een afnemende groep 65-plussers en daarin een stijging van het aantal hoogbejaarden en komt dus hopeloos in de knel, omdat het op basis van de 7%-norm bedden moet inleveren. Deze en andere oorzaken maken dat er een tamelijk ongelijke verdeling van voorzieningen in Nederland is. In het verleden zijn in bepaalde delen van Nederland de voorzieningen gebruikt ter bevordering van de werkgelegenheid.

Zo kan de capaciteit van de gezinsverzorging verschillen van 28 personeelsleden per 1000 65-plussers (Arnhem) tot 61 in Emmen. Het doet dan ook vreemd aan dat in een recente studie de ontwikkeling van de vraag voorspeld wordt op basis van het huidige aanbod. Uit die studie blijkt bijvoorbeeld dat de vraag naar gezins-

verzorging in Arnhem tussen 1985 en 2000 maar met 8% zal toenemen en in Emmen met 58%.

*Alarmeringssystemen* zijn in enkele jaren een rage geworden. Met graagte grijpen overheden, plaatselijke werkers en bedrijven naar dit wondermiddel om ouderen langer zelfstandig te laten blijven wonen. De vele lokale behoefte-onderzoeken die ernaar gedaan zijn, geven behoeftepercentages die uiteen lopen van 5 tot 50%. Als de suggestie gedaan wordt dat het een schaars artikel betreft en bovendien eenvoudigweg gevraagd wordt of men er behoefte aan heeft, dan geeft meer dan de helft der ondervraagden de wens te kennen zo snel mogelijk een aansluiting te wil-

len. Als echter gezegd wordt dat er apparaten genoeg zijn, dat er op ieder moment een geplaatst kan worden, dan zakt de interesse al behoorlijk en bij een (zelfs symbolische) eigen bijdrage komt de gepeilde behoefte niet boven de 10% uit.

Bekend is ook het experiment van een verzorgingstehuis dat bewust voor leegstand zorgde en daardoor de wachtlijst in zijn geheel zag verdwijnen. Kennelijk is de garantie om onmiddellijk opgenomen te kunnen worden dermate geruststellend en zekerheidgevend dat ouderen besluiten om het nog maar even te proberen (een dergelijk experiment kan niet veralgemeniseerd worden, want de overheid straft leegstand financieel



af en ook besturen houden niet van leegstand).

### Vergrijzing en voorzieningen

Zoals eerder gezegd is de vergrijzing niet een verschijnsel waar Nederland pas de laatste jaren mee te maken heeft. In 1930 was 6% van de bevolking ouder dan 65 jaar, in 1950 was dat 8%, in 1980 11% en rond de eeuwwisseling zal dat ongeveer 13,5% zijn. Een geleidelijke stijging vanaf het begin van deze eeuw, waarbij pas tegen 2010, het pensioneringsjaar van de na-oorlogse geboortegolf, deze geleidelijkheid doorbroken wordt door een eenmalige sterkte toename.

Overigens daarnaast is ons land nog steeds een van de jongste landen van West-Europa. Het percentage 65-plussers dat rond de eeuwwisseling in Nederland zal wonen ( $\pm$  13%), wordt nu reeds overtroffen door West-Duitsland (16%), Engeland (15%) en Frankrijk, Italië, België en Luxemburg (14%). De beroepsbevolking tussen 20 en 64 jaar blijft constant, in 1950 was dat ongeveer 57% van de bevolking en in 2030 is dat nog steeds hetzelfde percentage. Wel zal er binnen de beroepsbevolking een verschuiving plaats vinden van jongvolwassenen naar ouderen, van de groep 20-45 jarigen naar de groep 45-65 jarigen. Het percentage jeugdigen loopt sterk terug, nl. van 37% in 1950 tot

20% in 2030.

Natuurlijk heeft deze verschuiving binnen de bevolking grote gevolgen voor het gebruik van voorzieningen. De collectieve uitgaven met betrekking tot de gezondheidszorg zijn per 80-plusser 10 maal zo hoog als voor een jeugdige. Ouderen brengen per persoon 4 maal zoveel dagen in het ziekenhuis door als de onder de 65-jarigen. Van het kruiswerk komt bijna 70% en van de gezinsverzorging is bijna 75% van de hulpverlening ten gunste van ouderen. De contacten van ouderen met hun huisarts maken ongeveer 30% van al zijn contacten uit. Het is dus evident dat het percentage ouderen de vraag naar voorzieningen doet toenemen. Temeer als we beseffen dat binnen de toename van het aantal ouderen de alleenstaanden, de vrouwen de hoogbejaarden relatief sterker stijgen en juist deze kenmerken een directe relatie hebben met het gebruik.

Toch is het ten ene male onterecht om over onbetaalbaarheid of zelfs maar over een te groot beslag op de collectieve middelen te spreken. Dat soort kwalificaties worden gebezigd op politieke gronden en niet op objectieve. Vrijwel niets is onbetaalbaar; de vergrijzing net zo min als de Walrussen, de Delta-werken of de Olympische Spelen. Het hangt er maar van af waar men het geld voor over heeft om zijn belangen en verlangens kracht bij te zetten. En wat dat betreft bevinden ouderen zich in een vrij machteloze positie. Nederland lijdt aan een collectief Veronica-syndroom: je bent jong en je wilt wat. Ouderen kunnen niet staken, voelen er niets voor om te demonstreren, laat staan om geweld te gebruiken en veroorzaken geen publieke overlast. En helaas moet je het op kracht van argumenten of moreel gelijk in onze samenleving afleggen tegen groepen die de eerdergenoemde middelen wel gebruiken. Daar komt bij dat de collectieve verschuiving van jeugdvoorzieningen naar ouderenvoorzieningen extra moeizaam verloopt, omdat de belangrijkste sector van die jeugdvoorzieningen, het onderwijs, hecht georganiseerd is, vele verbindingen met de 6verheid en de Tweede Kamer kent en in een roemrucht verleden geleerd heeft om voor de centen te vechten. Het valt voor de sector zorgvoorzieningen niet mee om daar geld los te krijgen. En al helemaal niet zolang die sector intern verdeeld is. Er worden maar al te graag collega-voorzieningen aangewezen waar nog bezuinigd zou kunnen worden. Bovendien heeft men te kampen met de opvattingen van Brinkman, dat het allemaal zo'n vaart niet loopt, als iedereen



Foto: Werry Crone/Hollandse Hoogte

maar eens voor zijn eigen moeder zou willen zorgen.

### Vrijwilligerswerk

Als we het over vergrijzing en voorzieningen hebben, is het vrijwel onmogelijk geen aandacht te besteden aan de zorg en hulp die mensen buiten het professionele circuit elkaar geven en aan het belangrijke aandeel dat ouderen in tweeërlei opzicht daarin hebben. Ook hier is het weer zinnig om de ouderen niet als een categorie te beschouwen, maar te spreken over de ouderen onder de 70 tot 75 jaar, die in beeld komen als hulpgever en over de hoogbejaarden die voornamelijk ontvanger van hulp zijn.

In de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar verricht 36% van de mannen en 31% van de vrouwen vrijwilligerswerk voor familie of bekenden en 22% resp. 15% voor organisaties. De helft van die leeftijdsgroep is dus op een of andere manier onbetaald bezig voor anderen. Juist ouderen verrichten het meeste vrijwilligerswerk in de categorie "hulp aan zieken, bejaarden en gehandicapten". Bovendien is er in deze leeftijdsgroep een aanzienlijk potentiële van mensen die graag iets zouden willen doen. Nieuwe initiatieven van ouderen worden met veel enthousiasme en in ruime mate door leeftijdsgenoten overgenomen. Het fiscaal aftrekbaar maken van kosten die met vrijwilligerswerk samenhangen, zou de groep vrijwilligers aanzienlijk kunnen vergroten. Datgene wat Brinkman tegen de samenleving zegt, kan hij beter richten tot zijn ambtsgenoot Ruding.

Maar niet alleen het verlenen van vrijwillige hulp is voor ouderen belangrijk, ook blijkt dat er nog steeds zeer veel hulp in de vrijwillige sfeer aan hen gegeven wordt. Meer dan de helft van de hulp die ouderen nodig hebben, komt uit de kinderen-, buren- en vriendenkring. Van de mensen van 80 jaar en ouder krijgt 24% (vrij) geregeld hulp van de kinderen, ruim 9% van de overige familie, ruim 12% van buren, kennissen en vrijwilligers, ruim 20% van eigen personeel (werkster), 16% van de gezinsverzorging en ruim 7% van het kruiswerk. De overheid hoeft zich niet zo in te zetten voor het stimuleren van een zorgzame samenleving, maar zich eerder moeten verbazen over wat er nog van bestaat en zich moeten afvragen hoe het bestaande behouden kan blijven.

Nog een verrassend hoog percentage ( $\pm 15\%$ ) van de ouderen woont samen met hun kinderen en zelfs 12% van de Bii-plussers vormt nog een huishouden met hun vaak al gepensioneerde zonen en dochters. In de praktijk betekent dit dat nogal wat oudere (schoon-)dochteren voor hun

ouders zorgen. Terwijl in bijna alle West-Europese landen deze vorm van zorg daadwerkelijk gestimuleerd wordt door financiële toelagen, belastingaftrek en makkelijk te verkrijgen tijdelijke professionele hulp, wordt in Nederland ondanks de gloedvolle betogen door de Minister van W.V.C. weinig tot niets gedaan om deze vorm van hulp te steunen. Het toppunt is wel het feit dat het bij elkaar wonen van bejaarde ouders en hun kinderen valt onder de voordeelregeling en dat hier dus zonder meer van een ontmoedigingsbeleid sprake is. Hierboven zagen we ook al dat vooral Ruding zich de verhalen over de zorgzame samenleving zou moeten aantrekken; hij doet teniet

wat in de praktijk moeizaam wordt opgebouwd.

### Toekomstig gebruik

Over het gebruik van voorzieningen door ouderen is veel geschreven en gerekend; tot twee cijfers achter de komma is bekend wat het gebruik nu is en wat het in de toekomst zal zijn op grond van de veranderende bevolkingscijfers. Dat het gebruik onvermijdelijk zal toenemen is logisch; maar daarmee is ook ongeveer alles wat zeker is gezegd. De dynamiek van vraag en aanbod, in het bijzonder bij ouderen, is nog vrijwel niet onderzocht. Er zijn eerste pogingen om toekomstscenario's op te stellen en uitgebalanceerde modellen te beproe-



ven. Wat veel meer zou moeten gebeuren is onderzoek naar het gebruik van voorzieningen in relatie tot de ontwikkeling van de maatschappelijke positie van ouderen, van hun inkomens, pensioenopbouw en vermogensopbouw en van de algemene economische ontwikkeling. Daarnaast is van belang onderzoek te verrichten naar de ontwikkelingen in de relatievormen, informele netwerken en alternatieve voorzieningen. Als je tenslotte iets wilt kunnen zeggen over het toekomstige gebruik, dan zul je nieuwe vormen van zorg meer en systematischer moeten evalueren. In de WVC-nota Flankerend Ouderenbeleid uit 1983 is geprobeerd om nieuwe, aanvullende en alternatieve voor-

zieningen voor ouderen te stimuleren met als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Voorbeelden daarvan zijn de 7x24 uurs verzorging en de nachtopvang. Het is veelzeggend om te moeten constateren dat in de Nota geen aandacht wordt gevraagd voor het evalueren of zelfs maar centraal rapporteren van eventuele vernieuwingen.

Het belang dat de overheid toekent aan gerontologisch onderzoek wordt wel het best geïllustreerd met de gang van zaken rond de SOOM. De Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens is in 1982 ingesteld en kent een looptijd van 5 jaar. Begin 1987 is de SOOM met haar activiteiten gestopt zonder dat er

door de betrokken ministers ook maar de minste aanwijzing is gegeven hoe zij de stimulering van dit soort onderzoek in de toekomst gedacht hadden of op welke wijze er continuïteit verkregen kan worden voor die universitaire vakgroepen die met geld van de SOOM enige gerontologische deskundigheid hebben verworven.

### Tenslotte

De AOW heeft door de jaren heen de bezuinigingsstormen relatief goed doorstaan. De uitkering had een aureool van onaantastbaarheid, het was een ereschuld van de samenleving aan hen die de crisis van de 30-er jaren, de Tweede Wereldoorlog, de wederopbouw en de bestedingsbeperking hadden meegemaakt. Langzaam maar zeker begint dit tij te keren en wordt de morele plicht ten opzichte van de ouderen veranderd in een zware last op de schouders van de arbeidsactieven. Ouderen worden steeds vaker afgeschilderd als onzorgvuldige grootverbruikers van de voorzieningen. Zij laten zich maar raak verplegen en verzorgen. Doordat de ouderen zo'n groot beslag leggen op de collectieve voorzieningen, wordt onze economische groei geremd en ten slotte zijn zij er de oorzaak van dat Nederland een ongewone, zelfs ongezonde bevolkingspyramide gaat krijgen. Dit soort aantijgingen, zij het dan subtieler en verholener geuit, zorgen ervoor dat er een klimaat is ontstaan waarin zelfs de AOW niet meer veilig is. Dat de oude Drees dat nog mee moet maken! ••



Foto: Werry Cronel/Hollandse Hoogte

# Bezuinigen il

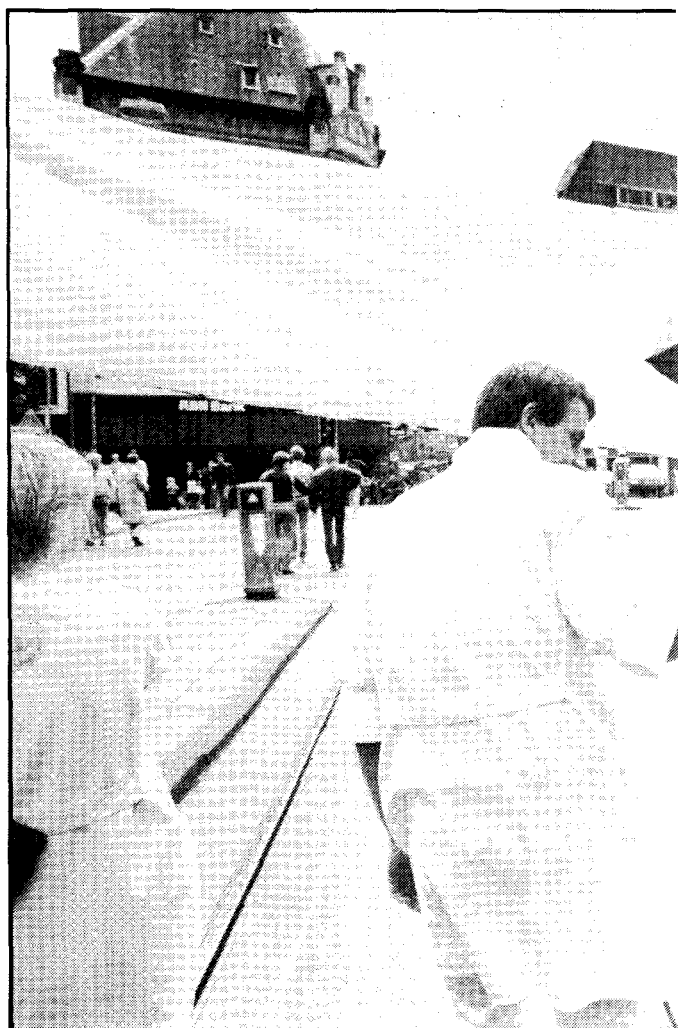
De grenzen aan de zorg komen snel dichterbij. Wordt hierover op politiek niveau nog omzichtig gefilosofeerd, in de ziekenhuizen, sinds 1983 aan budgetfinanciering onderworpen, worden de keuzes snel concreter.

Die keuzes gaan in de ziekenhuizen meer en meer tussen de post medische middelen, door specialisten noodzakelijk geacht voor de behandeling van patiënten, en de post personeelskosten. Oftewel: de keus tussen het aantal pacemakers en kunstheupen enerzijds en het aantal verpleegkundigen op zaal anderzijds.

Zo leidt de budgetfinanciering tot machtsstrijd op de werkvloer; het hoeft geen betoog dat deze strijd tussen medici en verpleegkundigen een ongelijke is. Hoe moeten de keuzes eigenlijk gemaakt worden, en waar?

Yvonne van Geenhuizen verkent het slagveld. Hoe te selecteren is voor alle betrokkenen onduidelijk, we zijn dat immers niet gewend. Waar selectie plaats moet vinden, of beter: door wie. Dat is onderwerp van verkenning. Het voorstellen van draconische bezuinigingen in de gezondheidszorg is de laatste jaren een driftig beoefende bezigheid. Maar als het aankomt op het maken van daardoor noodzakelijk geworden pijnlijke keuzes zoals bijvoorbeeld het afbouwen van medisch specialistisch handelen, blijft het voorlopig lafhartig zwarte-pieten.

*Yvonne van Geenhuizen*



**Patiëntenselectie  
op de werkvloer  
of in de  
Tweede Kamer?**

Tegen het einde van 1986 tekende de ramp zich langzaam maar zeker duidelijk af. Met veel omhaal presenteerden de anders zo publiciteits-schuwe directies van ziekenhuizen de voorlopig "rode" cijfers over dat jaar. Bij een eerste inventarisatie bleek dat maar liefst 70% van de ziekenhuizen er niet in geslaagd was de kosten binnen het daartoe beschikbare budget te houden. Beroering alom: "Zorgwekkende toestanden van de gezondheidszorg", "Moeilijke tijden voor ziekenhuizen", zo luidden enkele krantekoppen. Ook overhaaste maatregelen ~ voorgesteld om de tekorten in de toekomst te voorkomen ~ waren niet van de lucht. Zo dreigde de directie van het Sophia-ziekenhuis in Zwolle met het sluiten van afdelingen, hun collega's van het Radboudziekenhuis in Nijmegen gingen nog een stapje verder. Zij besloten dat de afdeling experimentele neurologie opgeheven kon worden, maar ze werden (on)aangenaam verrast door een opvallende weerbaarheid van patiënten, dokters en zelfs van de politiek. En natuurlijk waren daar de acties van de werkers in de gezondheidszorg. Staatssecretaris Dees kreeg maar liefst 11.000 "nieuwjaarskaarten" voorzien van het opschrift "uitgeknepen, nog niet uitgeblust" aangeboden door verontruste

# ziekenhuizen



Foto: Heuk Thomas/Hollandse Hoogte  
Demonstratie verplegend personeel tegen bezuinigingen

medewerkers van instellingen uit het "zuinige" Noorden des Lands.

Uiteindelijk moest zelfs de "M.P." er aan te pas komen om de gemoederen enigszins tot bedaren te brengen. In december, tijdens een bijeenkomst van de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR), verzekerde Lubbers zijn aandachtig gehoor dat de ziekenhuizen de komende tijd "ontzien" zouden worden. Zijn zalvende woorden brachten ogenschijnlijk rust aan het nog prille front. In elk geval een rust van tijdelijke en mogelijk bezinnende aard.

Wat ging er mis in 1986 en voorgaande jaren? Wat zijn daarvan de gevolgen voor de inhoud van de zorgverlening en voor de arbeidsomstandigheden van de werknemers in de gezondheidszorg?

## Medische middelen

In 1983 onderging de financiering van de gezondheidszorg een wezenlijke verandering. Was het tot dan toe gebruikelijk dat instellingen vergoed kregen wat ze daadwerkelijk uitgaven (output-financiering), na 1982 krijgen de instellingen een vast bedrag per jaar. Dat bedrag is gebaseerd op

de uitgaven van 1982. Van dit bedrag moeten de instelling niet alles, maar wel veel betalen. Zo vallen bijvoorbeeld de kosten van de medische middelen (nieuwe heupen, pacemakers, maar ook materiaal voor laboratorium- of Röntgenonderzoek) en de personeelskosten (salaris van verpleegkundigen en overige medewerkers in dienstverband) binnen dat budget. Daarentegen behoeven de loonkosten van de vrij-gevestigde medisch specialisten niet van dat budget betaald te worden.

De budgetfinanciering is voornamelijk ingevoerd om meer greep te krijgen op de kosten. Alhoewel de kosten in de instellingen toegenomen zijn, worden de budgetten nog steeds vastgesteld op grond van de uitgaven in 1982. Uiteraard wordt er ook bezuinigd. In 1985 is een korting van 2% en in 1986 een korting van 2,5% aan de ziekenhuizen opgelegd. Deze bezuinigingen zijn voor een groot deel gerealiseerd. "De creativiteit is enorm", zo stelt dhr Bruintjes, voorlichter van de NZR, "men heeft bezuinigd op waskosten van linnengoed, tuinonderhoud, schoonmaakkosten, materiaalkosten - bijvoorbeeld goedkoper bestek, want dat wordt erg veel gejat - portokosten en openbaar vervoer van personeel". Ofwel: de luxe kantjes zijn wat bijgeschaafd, de bezuinigingen zijn gehaald zonder noemenswaardige problemen. Niets is echter minder waar ...

Wat is er nu precies aan de hand? Ik legde deze vraag aan de financiële commissie van de ondernemingsraad van het RKZ te Groningen voorl. Dit ziekenhuis heeft in 1986 1 miljoen gulden te veel uitgegeven. De financiële commissie heeft uitgezocht hoe dit "gat" ontstaan is. "Het tekort wordt voornamelijk veroorzaakt door een overschrijding van de post "medische middelen". Wanneer je de kostenontwikkelingen binnen het budget bestudeert dan zie je dat de post "medische middelen" nog altijd een stijgende lijn vertoont. De post personeelskosten daarentegen blijft echter al jaren op hetzelfde niveau". Ook elders uit den lande komen gelijklopende berichten. Gerben Welling is intensive-care-verpleegkundige en lid van de ondernemingsraad in het OLVG te Amsterdam. Hij meldt dat "de post medische middelen in de begroting 1987 van het ziekenhuis stijgt van 16 naar 18 miljoen gulden. Het totale budget daalt echter met 2 miljoen gulden. Ik verwacht, dat de directie het verschil, zo'n 4 miljoen gulden, uit de personeelssector wil financieren; net als andere jaren zie je dat het aantal formatieplaatsen in de verpleegsector blijvend terug loopt."

De directie van het RKZ in Groningen heeft, om een deel van de overschrijding voor het volgende jaar te voorkomen, al aangekondigd dat er structureel tien arbeidsplaatsen ingeleverd moeten worden. De ondernemingsraad vindt dit niet acceptabel: "Bezuinigingen moeten ingevuld worden dáár waar de kostenoverschrijdingen plaats hebben: de medische middelen en activiteiten".

## Werkdruk

Er veranderde veel de afgelopen jaren. Bijvoorbeeld de werkdruk op de verpleegafdelingen. Een nogal omvangrijk complex van veranderingen veroorzaakt toenemende drukte rondom het ziekenhuisbed. Een toename van het aantal opnames gecombineerd met een daling van de gemiddelde verpleegduur (van 14,43 naar 12,52 dagen) en een stijging van het percentage oudere vaak zorgintensieve patiënten (21,5%, naar 25,5%) karakteriseren het beeld van

de toenemende werklast per verpleegdag". Van een gelijkmatige toename van het aantal verpleegkundige formatieplaatsen is echter in het geheel geen sprake. Sterker nog, regelmatig komt het voor dat de *extra* gelden ten behoeve van de personeelskosten juist aangewend worden voor het opvullen van gaten in de begrotingen. Zo zijn de nabetalingen van personeelsgeld over 1985 en eerder (de zogenoemde anciënniteitsgeld) veelal regelrecht op de post "reserve" geboekt. Deze reserves worden nu gebruikt om de tekorten ten gevolge van het overschrijden van de post medische middelen aan te zuiveren. Geld voor broodnodige personeelsuitbreiding wordt op deze wijze in menig ziekenhuis gebruikt voor geheel andere - blijkbaar meer belangwekkende - doeleinden.

De toenemende werkdruk en onderbezetting weerhoudt beleidsmakers in ziekenhuizen er niet van te snijden in de personele sector. Want hoe je het ook wendt of keert, schrappen in de post medische middelen is taboe! Liever zet men, onder het mom van "wij kunnen niet anders", andermaal het mes in de personeelsformatie, uiteraard met veel tegenzin, met beschuldigende vingers richting Den Haag.

## Truccendoos

Waarom is het zo moeilijk de kosten voor de medische middelen in de hand te houden? Heeft de NZR ooit een methode bedacht waarmee medische middelen gebudgetteerd kunnen worden? Dhr. Rosendaal van de sectie ziekenhuizen van de NZR laat desgevraagd weten dat een dergelijke methode nooit ontwikkeld is: *"De verzekeren hebben recht op toepassing van alle medische middelen die de stand van de medische wetenschap op dat moment kan bieden. Goedkoper werken betekent wellicht ook dat de dienstverlening onvoldoende adequaat is. Er bestaan vele soorten kunstheupen van verschillende kwaliteit, de duurste heup is veelal ook de beste"*. De NZR bedacht, vreemd genoeg, wel methodes voor het budgetteren van personeelskosten. Blijkbaar hecht de NZR minder waarde aan het recht van de verzekerde op goede verpleegkundige basiszorg. Ook in dit dilemma tekent zich de aloude strijd tussen artsen (verstrekkers van medische middelen) en verpleegkundigen af. Net als altijd delven de laatstgenoemden het onderspit. Artsen bepalen de noodzaak van een ingreep: *"De medisch specialist kan op enig moment beoordelen wat voor zijn patiënt het beste is"*, aldus dhr. van der Heyden, voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)<sup>3</sup>Hij geeft hiermee aan dat medische specialisten voor een groot deel de omvang van de post medische middelen bepalen.

De indruk bestaat dat **medisch specialisten** zich regelmatig bezondigen aan het plegen van niet echt noodzakelijke verrichtingen. Alhoewel deze beschuldiging nog nooit aan een degelijk onderzoek onderworpen is - de daartoe ingestelde Tweede Kamer Commissie Diagnostische Verrichtingen blijkt inmiddels zonder een eindrapport uitgebracht te hebben, te zijn opgeheven" - wordt ze toch als "waar" aangemerkt. Veelal verwijten ziekenfondsen en politici de specialisten het gemak waarmee zij (uit eigen financieel gewin) onderzoek na onderzoek aanvragen en uitvoeren. Een dergelijk ongenueanceerd verwijt gaat onder andere geheel voorbij aan de rol die de patiënt speelt in het "medisch verkeer". Gedwongen door angstgevoelens wenst de patiënt binnenste buiten gekeerd te worden met behulp van de nieuwste medische technologie, zodat elke kwaal direct gevonden of uitgesloten kan worden. Die angst is heel begrijpelijk; onbegrijpelijk is het dat medisch specialisten er niet in kunnen slagen deze angst te verminderen zonder de hele technologische truceendoos open te trekken. Ook de onzekerheid van de medisch specialist leidt tot een toename van het gebruik van medische middelen. De angst voor het missen van een diagnose en het ver-

lies van overzicht op vele nieuwe onderzoeksmethodes moeten niet onderschat worden.

Mag van **patiënten** enige terughoudendheid verwacht worden? *"Er zijn patiënten die elke dag een bloedonderzoek willen, sommige zwangere vrouwen willen drie weken na hun eerste echo-scopie een tweede, want het is zo leuk om het kindje nog eens te zien..."* Bezinning van patiënten op de noodzaak van gewenste onderzoeken en ingrepen lijkt op zijn plaats.

Uiteraard spelen er talloze andere factoren een rol bij het toenemend gebruik van medische middelen. De **industrie** bijvoorbeeld stimuleert het gebruik ervan. Alhoewel de Gezondheidsraad van mening is dat er in Nederland plaats is voor slechts twee niersteenvergruizers, zijn er momenteel zeven van deze verdienstelijke maar dure apparaten (aanschaffkosten bedragen twee miljoen gulden, exploitatiekosten bedragen 350 duizend gulden per jaar!) in bestelling. De nimmer aflatende energie van vertegenwoordigers in medische apparatuur, de vernieuwzucht van de hoogleraren en wellicht de nonchalant aangeboden "presentjes" voor de beslissingsbevoegde medewerkers zullen daaraan zeker debet zijn.

Eén niersteenvergruizer staat sinds 1985 in Rotterdam, het gevecht over waar de tweede zou moeten staan - Groningen of Nijmegen - is nog in volle gang. Desondanks besloten onlangs de directies van de twee amsterdamse academische ziekenhuizen buiten alle overlegorganen om, over te gaan tot de aanschaf van een "mobiele" niersteenvergruizer". De betrokken ministeries van O & W en van WVCh hebben achteraf met dit besluit geen moeite *"als de aanschaf en exploitatie budgettair neutraal verlopen"*. Dit standpunt wekt bevreemding. De Gezondheidsraad besloot immers, na gedegen onderzoek, dat de Nederlandse bevolking met twee niersteenvergruizers toe kan. De verantwoordelijke ministeries negeren dit advies: *"Als het ons maar geen geld kost"* lijkt het motto. En daarmee helpen ze het werk van de maatschappelijk georiënteerde Gezondheidsraad zonder al te veel scrupules om zee. De betrokken ziekenhuizen moeten binnen hun budget meer dan 1 miljoen vrijmaken voor de aanschaf en exploitatie van de niersteenvergruizer. Het laat zich gemakkelijk raden waar dat geld vandaan moet komen.

De **toegankelijkheid** van geavanceerde medische technologie speelt eveneens een rol. Was het amper zeven jaar geleden nog zo dat bijvoorbeeld "coronair-angiografie" in zeer uitzonderlijke gevallen in academische ziekenhuizen als diagnostisch middel gehanteerd werd, tegenwoordig schrijft de specialist in de periferie bij mensen met *"pijnklachten in de borst"* - en dat zijn er heel wat - routinematig dit onderzoek voor. De hamvraag is of dit toenemend gebruik van deze technologie ook daadwerkelijk leidt tot een betere gezondheidstoestand van de nederlandse bevolking. De deskundige meningen zijn daarover in elk geval zeer verdeeld.

Ondanks dit alles worden er toch pogingen ondernomen de kosten van medische middelen te beheersen. De LSV en de NZR ontwierpen een verklaring waarin medisch specialisten beloofden geen groter beroep op ziekenhuisfaciliteiten te doen als in het voorafgaande jaar". De vraag blijft of het ondertekenen van een dergelijke intentieverklaring voldoende garantie biedt voor het beheersen van die kosten. De praktijk wijst vooralsnog anders uit.

Desondanks neemt de druk van het management op de medisch specialisten gestadig toe. De ondernemingsraad van het RKZ te Groningen bijvoorbeeld eist dat de directie op korte termijn met een plan komt waarin haalbare beperkingen aan het budget medische middelen opgelegd worden. Beter laat dan nooit, maar het is twijfelachtig of de vrijgevestigde medisch specialisten vrijwillig hun doen en laten door het management willen laten beheersen. Naast de professionele autonomie wordt daarmee natuurlijk ook de praktijkvoering aan banden gelegd. Dat lijkt voldoende



voor een hevige strijd tussen management en specialisten en tussen specialisten onderling.

## Selectie

Langzamerhand krijgt de discussie over het beperken van medisch handelen binnen het ziekenhuis vorm. Maar is die discussie daar wel op zijn plaats? Hulpverleners zijn gedwongen te kiezen voor het beperken van bijvoorbeeld de open hart-operaties, het aantal in te brengen heupprothesen of het toepassen van In Vitro Fertilisatie. Valt hun keuze op betere heupprothesen of op meer In Vitro Fertilisaties?

Bezuinigen betekent in veel gevallen dat de kwaliteit van zorg achteruit gaat. Nog afgezien van de vraag of het huidige management en specialisten voldoende toegerust zijn

het Medisch Centrum Leeuwarden. De Raad stelt dat "het planningsbesluit voor computertomografie een ongenueanceerd sterke financiel-economische inslag heeft. Een toekomstige inhoudelijke visie op de ontwikkeling van computertomografie en onderzoeksmethoden ontbreekt praktisch volledig". Klare taal van de Friezen. Helaas heerst er niet altijd duidelijkheid over planning van apparatuur. Momenteel discussiëren bijvoorbeeld ziekenhuizen en ministerie over de vraag in hoeverre aanschaf van een niersteenvergruizer onder de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg valt. Zolang er nog geen bindende uitspraak is kunnen ziekenhuisdirecties - net als in de twee amsterdamsse academische ziekenhuizen - hun gang gaan.

Het is te precair en dus ongewenst om de beslissingen over welke *selectiekriteria* gehanteerd worden bij het kiezen voor behandelingen, aan medici over te laten. Alho-

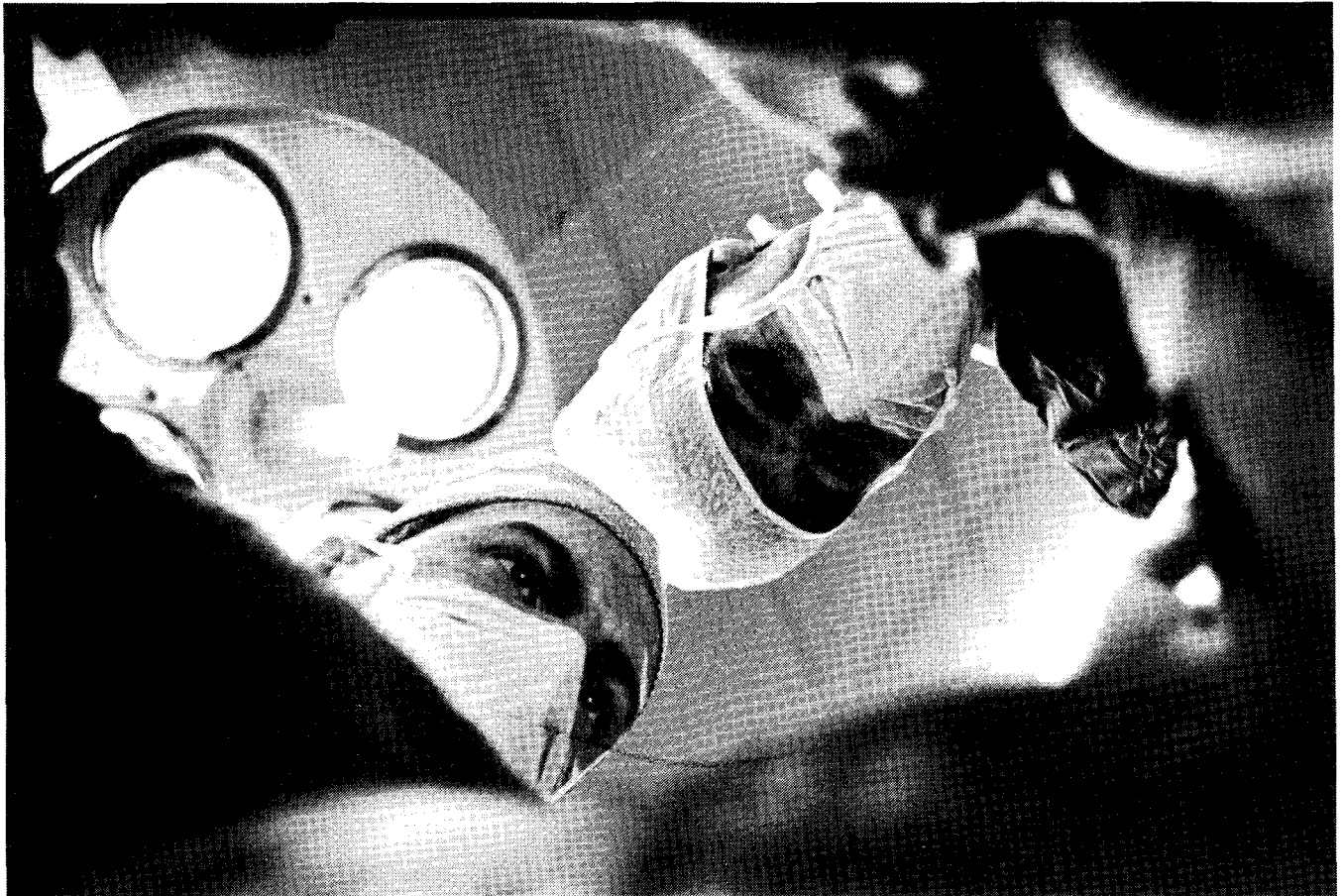


Foto: Werry Cronel/Hollandse Hoogte

om die discussies naar behoren te kunnen voeren, rijst de vraag of het gewenst is dat die discussies over selectie van patiënten en therapieën zich voor een groot deel aan het maatschappelijk oog onttrekken. Moeten dokters met hun medische criteria de inhoud van onze gezondheidszorg beperken?

Het beoordelen van gebruik van *verouderde onderzoeken en ingrepen* kan het beste binnen het ziekenhuis plaatsvinden. Het gaat daarbij immers om zorgvuldig en adequaat medisch handelen.

De beoordeling van de *aanschaf van dure medische apparatuur* geschiedt onder andere door de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Soms geeft zo'n Provinciale Raad een negatief advies. In Friesland bijvoorbeeld tekende de Provinciale Raad bezwaar aan tegen de aanschaf van een tweede apparaat voor computertomografie voor

wel zij gewend zijn autonoom te beslissen over verdergaande medische ontwikkelingen vind ik dat bij forse beperkingen in de gezondheidszorg het maatschappelijk toetsen van die keuzes op zijn plaats is. Ook de Gezondheidsraad sprak zich recentelijk in haar rapport "Grenzen aan de zorg" uit voor het ontwikkelen van *„openlijk en geformaliseerde maatstaven die gehanteerd moeten worden bij het selecteren van patiënten voor een behandeling.“*

Voor het zover is moet er nog heel wat water door de Rijn stromen. In afwachting van de rapportage van de commissie Dekker hult „de politiek“ zich in angstvallig stilzwijgen. Toen kort geleden de directie van het Radboudziekenhuis de afdeling experimentele neurologie sloot haastten de kamerleden Terpstra (VVD), Borgman (CDA) en Muller van Aalst (PvdA) zich hierover vragen aan d'l staatssecretaris Does te stellen. Hand in hand met de kersverse Actie-

groep Verontruste ex-patiënten eisten zij de garantie dat het onderzoek naar oorzaken en behandeling van multiple sclerose wordt voortgezet." Deze handelwijze, uiteraard onder druk van een coalitie van gedupeerde patiënten en hulpverleners (toch goed voor zo'n 20.000 stemmen), voerspelt niet veel goeds. Diepgewortelde angst voor het maken van pijnlijke keuzes, gevoegd bij het feit dat nederlandse politici (getuige de slepende euthanasie-wetgeving) volstrekt falen in het voeren van ethische discussies, wekken de indruk dat er vanuit deze hoek weinig constructieve bijdragen te verwachten zijn. En dat is beroerd. Streven naar 1, 2 of meer miljard bezuinigen in de gezondheidszorg en tegelijkertijd niet thuis geven wanneer er wezenlijk beperkende beslissingen genomen moeten worden, getuigt van een lafhartige en onverantwoordelijke houding.

Van wie valt het heil dan te verwachten? Als het aan professor van der Mijn, hoogleraar gezondheidsrecht, ligt, komen er adviescommissies van medici, verpleegkundigen, juristen en ethici". Deze commissies moeten er op toezien dat artsen criteria voor selectie zo zorgvuldig mogelijk toepassen. Medische motieven liggen ten grondslag aan de keuze van wie voor de schaarse behandeling in aanmerking komt. En, in gelijkwaardige gevallen, beslist het lot, want dat is *"goed beschouwd het eerlijkste selectie criterium, omdat dan ieder dezelfde kansen heeft"*, aldus de professor, die ook adviseur van de KNMG is. Nog afgezien van de onwerkbaarheid van een dergelijke procedure, vinden de beslissingen op het individuele niveau plaats. Ze blijven onzichtbaar en ongrijpbaar voor diegenen die niet direct bij gezondheidszorg betrokken zijn. In een goed geventileerd kamertje wordt door zeer kundige mensen beslist of juist u nog wel in aanmerking komt voor een levensverlengende operatie. Mag je van individuele hulpverleners verwachten dat ze dergelijke beslissingen nemen? Mag je van individuele patiënten verwachten dat zij gelaten afwachten wat het lot hen brengt?

Er valt niet aan te ontkomen. Volgens mij is er maar één manier waarop discussies over selectie kunnen plaats hebben en dat is op het niveau waar die discussies altijd plaats hebben: de Tweede Kamer. Het komt nu wel aan op akelige concrete uitspraken over bijvoorbeeld inperken van het voorzieningspakket, de dames en heren die voortdurend pleiten voor het verminderen van het financieringstekort, moeten maar eens met de billen bloot. Laat hen maar eens kiezen. Wat willen ze, minder bestralingen, minder hartoperaties, een uitgekilde zwakzinnigenzorg en geen In Vitros Fertilisatie ...?

## Budgetteren medische verrichtingen

Binnenkort komt de commissie Dekker met voorstellen hoe er 1,2 miljard gulden bezuinigd kan worden. Het is te hopen dat deze commissie niet schroomt enkele concrete uitspraken te doen over welke verrichtingen niet meer binnen het verstrekkingenpakket zullen vallen. Betrokkenen in de gezondheidszorg, zowel patiënten als hulpverleners zijn gebaat bij een openbare discussie over de verstrekkingen. Voor werkers is het ondoenlijk om voortdurend op grond van verhullende criteria aan patiënten nul op het request te moeten verkopen. Het siert de commissie wanneer zij de stoute schoenen aantrekt en een aanzet tot die discussie geeft.

Het is echter maar zeer de vraag of de commissie die grote stap vooruit doet. Naar verluidt zal een deel van het te bezuinigen bedrag opgebracht moeten worden door het onderbrengen van de medische verrichtingen (de loonkosten van de medisch specialisten) binnen het ziekenhuisbudget. Met alle gevolgen van dien. Net als bij het budgetteren van medische middelen zal de discussie over selectie

zich in achter-af-kamertjes voltrekken. De strijd tussen dokters en verpleegkundigen zal oplaaien en ook nu lijkt de uitkomst vast te staan: liever en eerder snoeien in de personele (verpleegkundige) sfeer dan in de posten medische middelen en verrichtingen. Ook patiënten zijn niet gebaat bij dergelijke maatregelen, krijg maar eens helder boven tafel waarom in jouw geval niet tot operatie over wordt gegaan ...

En zo blijft het zwarte-pieten; politici, overtuigd van de noodzaak tot bezuinigen, durven de daarbij behorende pijnlijke beslissingen niet te nemen. Hulpverleners laten zich, als ze verstandig zijn, niet misbruiken door de lafhartigheid van de politiek. ...

### Noten

1. Met dank aan Annet Oud Ammerveld, Johan de Groot, Arie Meerman en Jur Teernstra, allen lid Ondernemingsraad RKZ te Groningen.
2. Open Brief Werkgroep Verpleegkundig Management. November 1986. Secretariaat: p/a Diaconessenhuis, Händellaan 2, 2101 CW Heemstede.
3. Congresverslag "De financieel-economische begrenzing van de Gezondheidszorg", onder redactie van J.H. Hagen e.a. Tijdstroom 1987.
4. De Volkskrant 05/02/87.
5. De Volkskrant 06/12/86.
6. De Volkskrant 20/01/87.
7. Algemeen Dagblad 10/01/87.
8. Leeuwarder Courant 09/12/86.

# HEALTH CARE BOULEVARD



# Emancipatie van zwakzinnigen

*"Het woonwijkje De Hafakker op het terrein van de zwakzinnigeninrichting Sint Bavo in Noordwijkerhout bestaat uit een blok van een paar kleine straten met eengezinshuizen. Een uniek buurtje in Nederland, met alternatieve gezinssamenstellingen. Op nummer drie wonen bijvoorbeeld negen "kinderen" met zeven vaders en moeders, dat zijn verzorgers, die bij toerbeurt aan hun verplichtingen voldoen. Terwijl de burens op de hoek een gezinnetje van vader, moeder en dochter vormen..."*

De inhoud en vorm van zorg voor zwakzinnigen is sinds jaren aan forse veranderingen onderhevig. Nog niet zo gek lang geleden werden zwakzinnige mensen als regel ver weg gestopt in een inrichting. Onder invloed van bijvoorbeeld de "affaire Dennendaal" - 1974 - brak een tijdperk aan van zoeken naar andere vormen en andere inhoud van zorg. De recente officiële opening van De Hafakker is daarvan een tastbaar bewijs.

Goof van de Wijngaart en Jacques van Lankveld beoordelen deze ontwikkelingen. De invalshoek van hun evaluatie is de vraag in hoeverre er een "emancipatie van zwakzinnigen" is opgetreden. Hebben de "vernieuwers" hun doel bereikt? *"De ideeën van de jaren '60 hadden in de jaren '70 verwezenlijkt moeten worden. Het door afgedwongen concessies verminkt ideaal is in de jaren '80 voor een belangrijk deel achterhaald"*. Een wrange conclusie. Door gebrek aan flexibiliteit van de overheid zijn heel wat enthousiaste vernieuwers murw geslagen ...

Ook in andere velden van de gezondheidszorg proberen hulpverleners de zorg voortdurend aan te passen aan eigentijdse ideeën. Bijvoorbeeld in de verpleeghuizen. Langzaam maar zeker stelt men ook daar het wonen binnen instellingen ter discussie. Projecten als "genormaliseerd wonen", waar demente mensen onder begeleiding in een doodgewoon rijtjeshuis wonen, worden bedacht en soms opgezet. De drang tot vernieuwing is er manifest aanwezig.

De geschiedenis lijkt zich te herhalen. Bestaan er parallellen tussen de veranderingen in de zwakzinnigenzorg en de verpleeghuiszorg?

De tijd zal het leren.

**Goof van de Wijngaart**, psycholoog  
**Jacques van Lankveld**, psycholoog

De relatieve stilte die tot voor kort in de zwakzinnigenzorg heerste, was waarschijnlijk meer het afwachten van het geschikte moment waarop vergaande veranderingen ingezet kunnen worden, dan een teleurgesteld bij de pakken van de jaren '60 neerzitten. Diep snijdende bezuinigingen in de zorg voor de meest kwetsbaren in de samenleving hebben ouders en verzorgers hun stem weer doen verheffen.

Meer dan ooit is er nu behoefte aan recapitulatie, aan het filteren van de ervaringen van de woelige tijd, die de zwakzinnigenzorg in Nederland in de afgelopen twee decennia heeft doorgemaakt.

Uit de vele mogelijke invalshoeken kiezen wij die van emancipatie, omdat we daarmee zowel individuele, als interpersoonlijke en maatschappelijke aspecten van de recente historie van de zwakzinnigenzorg kunnen omvatten.

Emancipatie van zwakzinnigen heeft verscheidene dimensies: die van de individuele verzelfstandiging door opvoeding en andere vormen van sociale omgang, en die van de maatschappelijke emancipatie van zwakzinnigen als groep. In dit artikel kijken wij naar de maatschappelijke emancipatie, één van de voorwaarden voor het persoonlijk emanciperen van de meerderheid van de zwakzinnigen.

## Bevoogding

Maatschappelijke emancipatie van zwakzinnigen kent nauwelijks de strijd door leden van de onderdrukte groep zelf. De definitie van zwakzinnigheid, waarin de blijvende afhankelijkheid en de daaruit voortvloeiende begeleidingsbehoefte centraal staat, sluit dit a priori uit. Maatschappelijke emancipatie van zwakzinnigen is zo per definitie een strijd die door anderen voor zwakzinnigen gevoerd moet worden. Daartoe is bij die anderen een plaatsvervangend bewustzijn nodig van het onderdrukt worden van de zwakzinnige en van de noodzaak van emancipatie.



Foto: Ine van den Broek

# Het plaatsvervangend streven naar geluk

Dit plaatsvervangend emancipatoir denken door anderen betreft beleidsmakers, maar ook zij die dicht bij de zwakzinnigen staan, zoals ouders, familieleden, burens, verzorgers en begeleiders. In de praktijk zijn dit ook de anderen, waarmee de zwakzinnige in een blijvende afhankelijkheidsrelatie verkeert. Het plaatsvervangend denken kan, bij ontbreken van het emancipatiedoel, de vorm van bevoogding en betutteling aannemen. Dit is in de praktijk van de zwakzinnigenzorg een bekend verschijnsel uit het verleden, maar evenzeer het heden. Het veronderstelde belang van de zwakzinnige is uitgangspunt en doel geworden van zowel het emancipatiegericht denken, als het bevoogdend denken. Hoe problematischer de communicatie met de zwakzinnige, grofweg hoe ernstiger de mate van zwakzinnigheid, des te groter wordt het deel dat de ander interpreteert. Des te sterker ook spelen de eigen normen en waarden van de ander en zijn sociale context mee: de ideologische component van het plaatsvervangend denken.

## Segregatie

Pas nadat "zwakzinnigen" als groep zijn ontstaan, d.w.z. als zodanig herkend zijn en onderscheiden van "psychiatrische patienten", "moeilijk opvoedbaren" en "delinquenten", kon het emancipatieproces van de zwakzinnige mens een aanvang nemen. Een zelfstandige zwakzinnigenzorg ontstond rond het einde van de 19e eeuw. Sindsdien is fysieke segregatie een essentieel kenmerk geweest van de omgang met zwakzinnigen. Er zijn geïsoleerde woonvormen, gescheiden arbeidsvoorzieningen, aparte vrijetijdclubs en een eigen onderwijscircuit.

De inrichting is het symbool bij uitstek van fysieke en sociale segregatie, maar ook het GezinsVervangend Tehuis (GVT) blijft, de sociale geïsoleerdheid van de bewoners in heel wat gevallen in stand houden. Pas de laatste jaren is moeite gedaan om gewone voorzieningen zodanig aan te passen, dat ook meer of minder ernstig zwakzinnigen daaraan kunnen meedoen. De zwakzinnigenzorg

is in de 19e eeuw gestart als een voorziening met een verplegend en pedagogisch doel. Vanaf het begin van de 20e eeuw ging echter de ziekenhuisstructuur steeds meer overheersen. De bij het medisch model horende opvatting van zwakzinnigheid is die van organisch bepaalde onveranderbaarheid en onbeïnvloedbaarheid: *"Hij leeft in de dichtste duisternis en zijn brein lijkt waarschijnlijk op een klonterige papmassa, waarin geen geordende gedachten doordringen:"*. Alleen verzorging en verpleging, medicatie en hygiëne zijn nodig. De zwakzinnige is een defect exemplaar van de soort. Onmogelijkheden staan voorop, de diagnostiek is daar exemplarisch voor. Handlingsbekwaamheid vervalt vanzelfsprekend en volledig bij het vaststellen van de diagnose zwakzinnigheid. Vervolgens moet de zwakzinnige beschermd worden tegen een kwalijke en gevaarlijke maatschappij, en de maatschappij tegen een non-valide, soms gevaarlijke zwakzinnige.

Kritiek op de inrichting en het medisch model bestond al bij het eerste begin van de inrichtingen, maar komt vooral op na de Tweede Wereldoorlog, allereerst in Scandinavië en de Verenigde Staten. Onderzoek van Goffman toonde de nadelige invloed aan van het verblijf in de "totale institutie" op nagenoeg alle dimensies van het menselijk functioneren. De

mate waarin het fysieke en sociale klimaat in de inrichting afweek van de gewone samenleving bleek daarbij bepalend te zijn.

In de jaren '50 ontstond het begrip "**normalisatie**", ingevoerd door de Deen Bank-Mikkelsen: de zwakzinnige in staat stellen een bestaan te leiden dat zoveel mogelijk het normale benadert. Het begrip werd verder uitgewerkt door onder meer de Zweed Nirje: voor de zwakzinnige patronen en voorwaarden van het alledaagse leven creëren, die zo nauw mogelijk overeenkomen met de normen en patronen, die in het algemeen in de samenleving gelden. Dus op tijd naar bed en gezond weer op, naar school en werk, een basisinkomen en geen afzonderlijke voorzieningen voor zwakzinnigen. ja, en gewoon (bedoeld werd: heterosexueel) geslachtsverkeer..

Wolfensberger (1972) merkt op dat het nodig kan zijn niet alleen iets te doen aan de zwakzinnige zelf, maar ook aan zijn omgeving: de gezinsstructuur, de huisvestingsmogelijkheden, het onderwijs. Verder is het ook nodig om de maatschappij te veranderen door te werken aan een mentaliteitsverandering, een grotere acceptatie van mensen en gedragingen die als "afwijkend" worden ervaren. De eerste stap moet echter van de zwakzinnige zelf komen, anders zullen de resultaten teleurstellend zijn. De samenleving is immers weinig tolerant en flexibel. Somberder en extremer zijn de opvattingen van de Israëliëse professor Feuerstein, die door middel van speciale trainingen het intellectuele peil van "mongolen" wil verhogen en in het kader van hun maatschappelijke integratie hun (te) grote tong, de oogleden en de oorschelpen door middel van plastische chirurgie wil corrigeren. We spreken nu over de jaren '80.

## Verdunning

Het werk van de socioloog Goffman vormde een belangrijke aanzet tot het ter discussie stellen van het leven in instituten. Goffman wees op de veranderingsprocessen die mensen ondergaan wanneer ze langere tijd in van de samenleving afgesloten instituten verblijven. Hij ontdekte overeenkomstige processen bij bewoners van inrichtingen, internaten, kazernes en kloosters.

Binnen de inrichting werd getracht om deze negatieve processen te beïnvloeden door kleinere leefeenheden te creëren, variatie in het dagelijks leven te brengen, verantwoordelijkheden te spreiden en in zekere zin het medisch model te verlaten. Daarnaast werd gewerkt aan een differen-

tiatie in voorzieningen. Er kwamen sociowoningen op het terrein van de inrichting, waar de bewoners een gemeenschap vormen in de "beschutte" omgeving van de inrichting, met meer zelfstandigheid en leefruimte dan binnen de inrichting zelf. Daarnaast ging men over tot het creëren van fashuizen, woningen buiten het inrichtingsterrein, in de nabijgelegen dorpskern of stadswijk..

Een ontwikkeling vanuit de inrichting die naast de eerder genoemde psychologische en sociologische aspecten ook een duidelijk ideologisch uitgangspunt kende is de "verdunning" (nog steeds niet als begrip in Van Dale opgenomen). Het streven naar verdunning ontstond als reactie op de eerder genoemde normalisatie.

"Om van een inrichting een plek te maken die zowel relationele mogelijkheden wil openen als mogelijkheden om nauwe verhoudingen aan te gaan met het gehele buitengeburen (een fijne buurt, kennissen, winkels, de natuur, arbeid etc.) kun je twee verschillende wegen inslaan:

- de inrichting opheffen, kleine groepen pupillen en hun begeleiders naar de stad laten verhuizen en daar samen met de stad opnieuw proberen te beginnen (...)

- proberen de "stad", de samenleving, naar de inrichting te halen om samen een nieuwe samenleving te vestigen: "verdunning"

(Werkgroep bouwen-wonen van Nieuw-Dennendal, 1974).

Waarom kiezen sommigen voor verdunning? "Onze samenleving is kwaadaardig en gevaarlijk voor zwakzinnigen. Er zijn intolerante en ongeïnteresseerde mensen, het verkeer is levensgevaarlijk, veel bebouwing is ongeschikt voor andere vormen van bewoning, de samenleving is vervreemd. Dus waarom de integratie niet andersom laten verlopen als alternatief voor de bestaande samenlevings-monocultuur", zoals de verdunners van Nieuw-Dennendal het noemden. "Verdunning betekent ook: geen eigen zwembad, geen eigen huisarts en tandarts, geen centrale keuken met 'prefab' voedsel, maar gebruik maken van bestaande voorzieningen en eigen mogelijkheden. Zelf meedoen aan het inkopen en bereiden van maaltijden en het proces van vervreemding en institutionalisering tegen gaan". (Zelfs de eigen groepsleiding is soms nog verbaasd wat "hun" bewoners tijdens een vakantie in een "gewone" omgeving allemaal kunnen en dat is niet verwonderlijk, want diezelfde groepsleiding is ook "slachtoffer" van de eerder beschreven institutionaliserings- en vervreemdingsprocessen. Op de Hafakker in Noordwijkerhout bleken be-

woners die "nog nooit" hadden geproefd en die in hun vorige verblijfsoord beschouwd werden als niet-kunnende praten, onder invloed van een minder geïnstitutionaliseerde en meer stimulerende omgeving "op eens" wel te kunnen praten!)

Mooie plannen, die echter gewelddadig werden gesmoord: op 4 juli 1974 marcheerde een politiemacht Dennendal binnen om de zwakzinnigen-verblijven te ontruimen, ouders en andere verwanten af te voeren en de bewoners te deporteren. De „goede buurt" werd gesloopt. "Een persoonlijke nederlaag", aldus premier Den Uyl na afloop, de affaire daarmee individualiserend en depolitiserend.

## Experiment

De ideeën over verdunning overleefden Dennendal.. Het ontstaan van een aantal nieuwe projecten en de bredere aandacht voor ontwikkelingen in de zwakzinnigenzorg werden wél als gelukkige bijkomstigheid genoemd van de tragische gang van zaken op Dennendal.. Op diverse plaatsen in het land ontstonden "boerderijprojecten" zoals de Klompenhoeve in Egmond aan de Hoef, die het midden hielden tussen een GVT en een "verdunde" inrichting. Probleem bij het opzetten en continueren van deze projecten was de bemoeienis van te veel ministeries en instanties, en de financiën.

In Noordwijkerhout zou het allemaal echt gaan gebeuren. "We gaan proberen om weer te mengen wat in de loop van de geschiedenis is gescheiden, uit elkaar is gegroeid en daardoor een onmenselijk karakter heeft gekregen" (Dennendals Alternatief). In het begin van de jaren '70 ontstonden binnen de St. Bavo te Noordwijkerhout plannen om de bestaande, sterk verouderde inrichting te veranderen. Een Visie-commissie kwam met het rapport "De Chronische Patient" voor het psychiatrische deel; voor de afdeling zwakzinnigenzorg, de Hafakker, werd eind 1973 het eerste vijfjarenplan (Het Rode Boekje) opgesteld. Er zou een nieuw te bouwen woonwijk moeten komen aan de rand van Noordwijkerhout, waar bewoners, groepsleiding, familie en anderen - mensen die gewoon aardig met de bewoners wilden omgaan - zouden gaan leven. Geen onaardig plan, maar in het overgeorganiseerde Nederland schier onhaalbaar. Allereerst waren er problemen binnen de St. Bavo zelf, met name van financiële aard. De dagvergoedingen waren voor de sector zwakzinnigenzorg relatief hoog. Door geld over te hevelen naar de volop in beweging zijnde afdeling psychiatrie, waren veranderingen op de Hafakker geremd.



Foto: Ine van den Broek

Vervolgens moest er een "lange mars door de instituties" worden afgelegd. Afwijken van de bestaande orde mag alleen via een officieel "experiment", hetgeen betekent dat je iets onder zware "begeleiding" en controle mag proberen en dat in afwachting van de resultaten, niemand elders iets dergelijks mag beginnen. Duurt het opzetten van een nieuw instituut al een jaar of zes, in een experiment duurt zo iets nog langer. Hoe met het omzeilen van verkalkte structuren veel gewonnen kan worden, vertelt Jan de Jong in het boek "Na Dennendal...": Op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg".

*"In 1980 besloot het kabinet de wachtlijstproblematiek versneld aan te pakken door middel van een noodoperatie-plan. (...) Op die manier werd de procedure voor het opzetten van een GVT-achtige voorziening verkort van ongeveer vijf jaar tot ruim een halfjaar"*2.

Vier problemen willen we hier aanstippen. Allereerst ontbrak er een voorbeeld, men had slechts de beschikking over plannen en ideeën. Dit pleit voor een zeer geleidelijke opbouw, waarbinnen het steeds mogelijk zou moeten zijn om de ontwikke-

ling bij te sturen. De goedkeurende instanties hebben bij de Hafakker echter steeds vastgehouden aan (te) grote stappen. Ten tweede, de "juiste" bestemming van de financiën. Immers: in de nieuwe wijk zou ook gebouwd gaan worden voor "gewone" mensen. Welke status zouden zij hebben? De financiële en plantechische invulling gaven enorme problemen. Een derde probleem is de factor tijd. In de loop van de jaren zijn de initiatiefnemers moe gepraat. In 1981 waren er nog maar tien van de oorspronkelijke initiatiefnemers op de Hafakker aan het werk. En ook de "tijdgeest" was veranderd. Was er aanvankelijk volop enthousiasme onder de "gewone" burgers, na het Ik-tijdperk zijn er niet meer zoveel mensen bereid om samen met zwakzinnigen te wonen. Tenslotte wijzen we nog op de vertragende rol die de Inspectie heeft gespeeld. Als voormalig Inspecteur Hoeing had gewild, was het allemaal veel sneller gegaan. Met het wisselen van de wacht heeft de Hafakker uiteindelijk toch groen licht gekregen van de nieuwe Inspecteur Lucieer. In al die lange jaren is er op andere plaatsen in de zorg inmiddels het een en ander veranderd. De ideeën van de

jaren '60 hadden in de jaren '70 verwezenlijkt behoren te worden. Het door afgedwongen concessies verminkte ideaal is in de jaren '80 voor een belangrijk deel achterhaald.

## Effect

De ontwikkelingen binnen de inrichtingen (de inrichting als woon- en leefgemeenschap, de fasehuizen/sociowoningen) hebben niet als effect dat de fysieke en sociale gescheidenheid opgeheven is, alhoewel de kleinschalige woonvormen in de samenleving tenminste de mogelijkheden hebben gecreëerd voor een functionele integratie.

Een ongunstig neveneffect met het oog op de segregatie van de totale groep van zwakzinnigen is, dat hierdoor op langere termijn de inrichting door het dalende gemiddeld niveau van ontwikkeling, en de steeds ernstiger wordende problematieken, een ghetto der minst aangepasten dreigt te worden. De uitgestoten groep kalft af aan de rand, maar het restant wordt nog definitiever geïsoleerd. Kleinere voorzieningen als het Herteborg, die ook aan diep-zwakzinnigen opvang boden, bereikten geen volledige fysieke de-segregatie, terwijl de schaal toch nog zo groot was, dat sociale segregatie onvermijdelijk was".

De laatste jaren ontstaan wat meer gedifferentieerde uithuisplaatsingsmogelijkheden en ondersteuning van ouders in de thuissituatie, zoals thuishulp en ouder-begeleiding. Samenvattend blijkt dat de bestaande woonvoorzieningen het segregatieve karakter van de zwakzinnigenzorg continueren. Voor individuele ouders van geestelijk gehandicapten zijn er meer mogelijkheden gekomen en is het uit de maatschappij stoten van hun zwakzinnig kind niet meer vanzelfsprekend. Er is een begin gemaakt met fysieke de-segregatie.

Het zal de lezer duidelijk zijn dat de eindfase van het emancipatieproces (nog) niet is bereikt. Voor slechts een klein deel van de zwakzinnigen bestaat nu functionele integratie: het wonen in een niet-stigmatiserende, kleinschalige woonvorm in een gewone omgeving met gebruikmaking van de gewone openbare voorzieningen. De bestaande kleine boerderijprojecten gaan in deze richting, de Hafakker mag zijn geïntegreerde wijkje bouwen en er zijn nog enkele dergelijke projecten.

Vermenging van dominante en minderheidsgroep door partnerrelaties komt nog zelden voor. Sociale integratie, acceptatie, individualisering en een goede kans op persoonlijke emancipatie liggen voor de

zwakzinnige nog ver weg en vragen eerst om langdurige fysieke confrontatie en coëxistentie van zwakzinnigen en niet-zwakzinnigen.

## Perspectieven

Twee factoren bepalen de ideeën over de toekomst van de zwakzinnigenzorg: de specifieke bereidheid om geld uit te geven en de meer algemene, maar daarmee samenhangende visie op het wezen van de mens. Op de eerste, uiterst belangrijke factor zullen we in dit verband niet verder ingaan. De tweede factor verdeelt de wereld in twee kampen. De pessimisten, die mensen als elkaars wolven beschouwen en de optimisten, die de mens verheven achten boven het dier en/of de mens beschouwen als zijnde van nature geneigd tot het goede.

Het pessimisme vinden we in de zwakzinnigenzorg op de volgende manier terug: de zwakzinnige kan zich in de wrede maatschappij niet staande houden, en is dus het beste af in een van de samenleving afgesloten "baai" van rust. Een eigen wereld voor de zwakzinnige, vol met aardige mensen en eigen voorzieningen.

Wij kunnen ons echter meer vinden in ideeën zoals beschreven door de Amsterdamse hoogleraar Van Gennep. De wereld van de zwakzinnige kan niet van de ene dag op de andere veranderen. Van Gennep schetst daarom vier principes voor de toekomst. Ten eerste het principe van "zo gewoon mogelijk". Zwakzinnigen mogen niet behandeld worden als tweederangs burgers en hebben dus recht op behoorlijke voorzieningen. Vervolgens is er het principe van "nabijheid". Dit betekent wonen en leven in de omgeving waar de zwakzinnige is geboren en opgegroeid, de zorg moet regionaal zijn opgebouwd. Ook het principe van "kleinschaligheid" speelt een belangrijke rol. Een leefgroep mag hoogstens zo groot zijn dat ieder lid de anderen nog als individuen kan zien en voldoende zelf vorm kan geven aan zijn eigen leven. Ook mag het totale aantal geestelijk gehandicapten per territoriale eenheid het aandeel van 1% van de bevolking niet overschrijden. Tenslotte het principe van "meedoen": deelname aan het dagelijks leven, geen afzonderlijke voorzieningen voor zwakzinnigen.

Deze toekomst wordt door de "pessimisten" volstrekt onhaalbaar geacht. Zij beschouwen de maatschappij als te mensonvriendelijk, te onverdraagzaam voor zwakzinnigen. Op die manier werken ze mee aan rehabilitatie van de inrichting, die alleen maar leidt tot vervreemding en een verdere tweedeling in de samen-

leving tussen "ons" en de "onvolwaardigen".

De eindfasen van emancipatie (integratie, acceptatie, individualisering, persoonlijke emancipatie) worden in het door ons geschetste toekomstbeeld niet kant en klaar opgediend, wel worden objectieve voorwaarden aangereikt voor het verwezenlijken van die fasen. Het globale doel van emancipatie van de zwakzinnige is niet een betere zwakzinnigenzorg, maar een betere omgang met mensen, ook wanneer die op een aantal gebieden min of meer blijvende hulp, begeleiding, verzorging of ondersteuning behoeven.

## Goede zorg

De geschiedenis van de zwakzinnigenzorg - en niet alleen die - leert ons dat een beleid dat de situatie voor langere tijd wil vastleggen, zich op de lange duur keert tegen de belangen van de betrokkenen. Met het voorbeeld van de Hafakker hebben we geprobeerd duidelijk te maken dat de overheid een grote mate van flexibiliteit in het beeld moet inbouwen en zich steeds weer moet baseren op nieuwe inzichten en ontwikkelingen, om niet binnen een afzienbaar aantal jaren met een volkomen verouderde situatie opgescheept te zitten. Er bestaat geen overeenstemming over wat goede zwakzinnigenzorg inhoudt. Derhalve is het ook niet mogelijk om bestaande vormen van zorg te toetsen.

De overheid hanteert regionalisatie als beleidsuitgangspunt voor toekomstige ontwikkeling; in overeenstemming met Van Genneps nabijheidsprincipe. Wanneer ook zijn overige principes in het beleid betrokken zouden worden, zou de planning van voorzieningen er alleen maar moeilijker op worden. Er kan niet simpelweg van statistische behoeftegegevens naar kant en klare oplossingen gereedeneerd worden. Waar volgens het regionalisatieprincipe open plekken vallen (zoals in de IJsselmeerpolders en in West-Brabant) dient onderzoek te volgen naar de reële behoeften van zwakzinnigen en hun ouders in die regio. Het vanzelfsprekend invullen van die open plekken met nieuwe inrichtingen, volgens het "meer-van-hetzelfde" -recept is achterhaald. In onze beschrijving van de geschiedenis van het Hertezorg hebben we er op gewezen hoe relatief het begrip "inrichtingsbehoefte" is<sup>1)</sup>.

Belangrijk is het voorts uit te gaan van de mogelijkheden van de thuissituatie en de problemen daar zo goed mogelijk te ondervangen. In de onderzoeken die wij de afgelopen tien jaar hebben verricht naar de problemen van het geestelijk gehandicapte

kind in de thuissituatie is veelvuldig gebleken hoe groot de behoefte is aan praktische thuishulp. Moeder die even haar handen vrij heeft of samen met haar partner eens ongestoord een avondje uit kan gaan.

In het overgeorganiseerde Nederland blijken deze eenvoudige oplossingen moeilijk te realiseren. De overheid is er altijd van uitgegaan dat er kwantitatief voldoende voorzieningen aanwezig zijn en weigert "burgerinitiatieven" naar behoren (= kwalitatief) te honoreren. In andere landen is de overheid er meer toe bereid initiatieven van ouders en verzorgers te honoreren door (weliswaar minder, maar wel gemakkelijker) geld voor thuisopvang beschikbaar te stellen. Dat is mensvriendelijk, werkt preventief met betrekking tot gezinsproblematiek en spaart op den duur geld uit. We moeten er echter met name vandaag de dag voor waken, dat door de Nederlandse overheid de zaak niet wordt omgedraaid: bezuinigen, terug naar het gezin en moedel die nog eens extra belast wordt. Het uitgangspunt moet verlichting er steun van de thuissituatie blijven. I, opvang van het kind thuis niet gewenst, dan zal samen naar andere aanvaardbare oplossingen gezocht moeten worden.

Daarmee zijn we er nog lang niet uit. Het zoeken naar behoorlijke er menswaardige oplossingen is eer proces waar velen bij betrokken zijn. Daarom ook mogen we discussie: over rechtspositie, abortus, anticonceptie en euthanasie niet uit de weg t gaan door ze impliciet in de schoener van individuele "getroffenen" t schuiven. De positie van gehandicapten in onze samenleving is een maatschappelijk vraagstuk, een zaak die ons allemaal aangaat, de direct betrokkenen niet het minst. Daarom z weinig mogelijk over de ruggen van zwakzinnigen heen. Niet om hen t "emanciperen", maar zeker ook nie om de segregatieve praktijk te bestendigen. "Wil ze slagroom?" luid de sprekende titel van een jaren gele den verschenen boek. Laten we nie bang zijn het haar zelf te vragen!

## Bedeling

Er is wel eens gesteld dat het bes chavingsniveau van de samenleving; zich af laat lezen aan de positie van d. gehandicapte in die samenleving, aal het geld en de moeite die men wenst t besteden aan de zorg voor anders be deelde medemensen. Nederland lijkt op het moment op de verkeerde weg de bezuinigingen op de voorzienin gen, bezuinigingen op het personeel, bezuinigingen op de budgetten, be zuinigingen op de inkomens. Wel zijnswerk wordt weer armenzorg, d



gezondheidszorg begint steeds minder op een basisvoorziening te lijken. Van verworvenrechten terug naar de bedeling. Typerend hiervoor was een nieuwsitem in de krant: op een foto zijn de gades van enkele bewindslieden (Brinkman, Dees, Korthals Altes e.a.) bezig met het versieren van kerstbomen met de bedoeling deze bij opbod te verkopen voor het project De Hafakker in Noordwijkerhout". Sic transit gloria mundi! ••

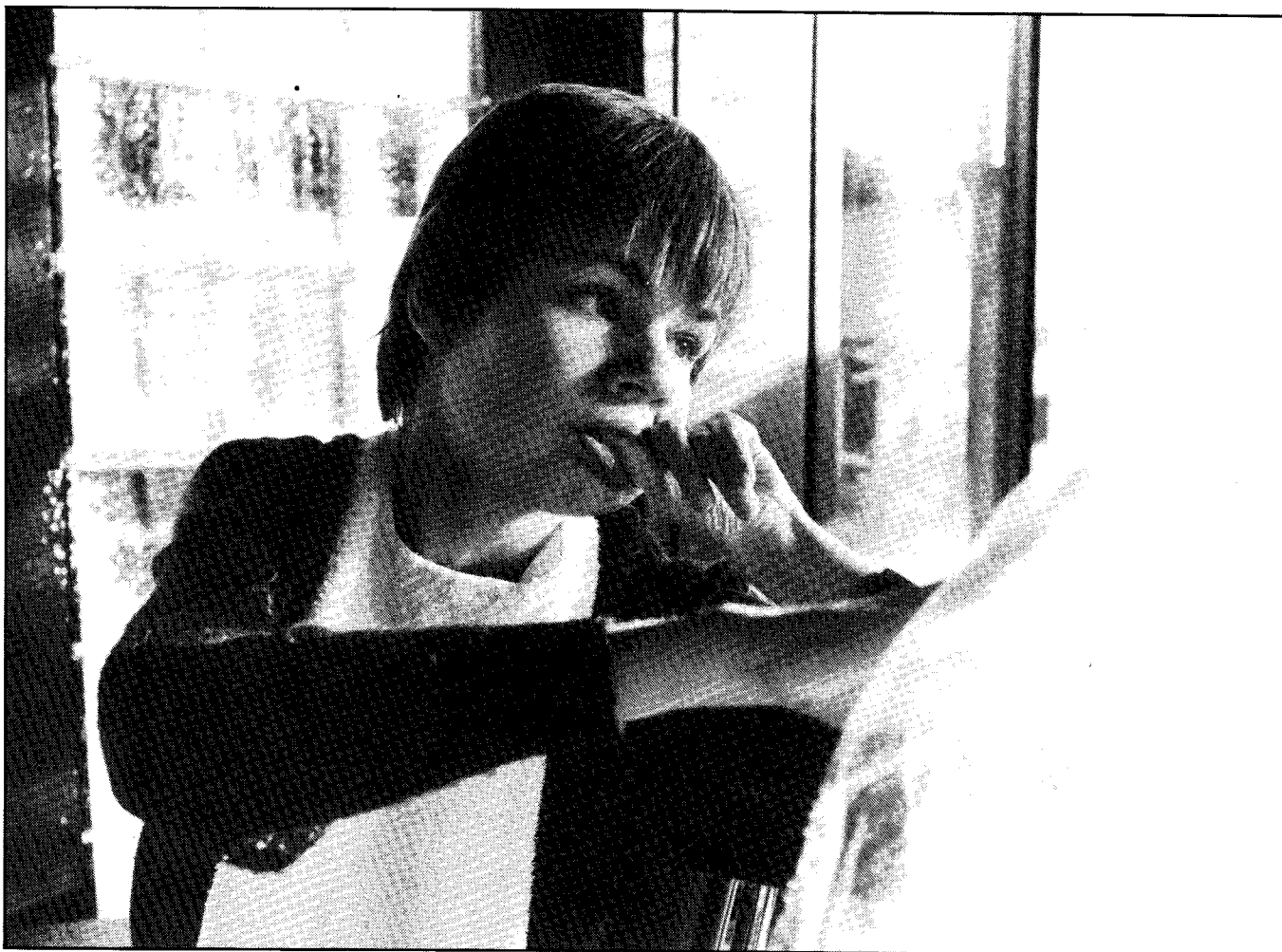


Foto: Ine van den Broek

#### Noten

1. In dit uit de geschiedenis van de Nederlandse zwakzinnigenzorg geplukte citaat wordt over de zwakzinnige in de mannelijke verschijningsvorm gesproken. In het kader van maatschappelijke bewustwording en emancipatie wordt de hedendaagse auteur geacht op "zijn" woorden te letten en sexistisch taalgebruik te vermijden. Planting ("Aanleg en Ontplooiing") wees er in 1961 op dat de vrouw biologisch superieur is aan de man en noemde dit als oorzaak voor het mannelijk overwicht bij ziekten en afwijkingen. Onder zwakzinnigen is de man-vrouw verhouding :):~en dit kwantitatieve dus kwalitatieve verschil is bepalend voor de door ons in dit artikel gehanteerde vorm.

2. Spijker, Hans & Goof van de Wijngaart. *Na Dennendal... Op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg*. Utrecht (Trezoor), 1984.

3. Wijngaart. G. van de, T. Foekema en W. Harpe. "De geschiedenis van het Hertjong: het recht van de sterkste". Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 40 (1985) 7/8: 736-753.

4. NRC Handelsblad, woensdag 10 december 1986.

5. "De Hafakker: een uniek buurtje", Trouw 12-01-'87.

Een uitvoerige literatuurlijst is verkrijgbaar bij de eerste auteur (Heidelberglaan ~, K 140;), 3584 CS Utrecht).

# Thuiszorg

Het stimuleren van thuiszorg heeft hoge prioriteit. *"Langdurig zieke mensen horen niet in een instelling maar thuis"*, dat lijkt de achterliggende "inhoudelijke" gedachte.

Die gedachte is niet nieuw. Al ten tijde van de Franse revolutie werden ziekenhuizen op grond van deze ideeën gesloten. Hans Achterhuis beschrijft hoe dit "historisch" experiment verliep en wijst tevens op de mogelijke gevaren van de hedendaagse thuiszorg.

Hans Achterhuis, filosoof

*"Thuiszorg"*. Tot voor kort had ik nog nooit van het woord gehoord. Weliswaar had ik midden 1986 een toezegging gedaan om in de herfst op een congres over thuiszorg als inleider op te treden, maar waar het precies over ging was mij onbekend. Gelukkig werd ik door een tweetal vrienden, die in de wereld van de gezondheidszorg goed thuis zijn, snel van mijn onwetendheid verlost. Wist ik echt niet wat thuiszorg was? Iedereen was hier toch het laatste jaar mee bezig. De ene beleidsnota na de andere verscheen erover, het ene congres na het andere werd erover georganiseerd.

Toen ik me met hun hulp enigszins op de hoogte had gesteld, werd mij duidelijk dat het nieuwe begrip - in de dikke van Dale komt het nog niet voor - een heel oude werkelijkheid verhulde. Pas in de moderne tijd ontstaat het idee dat patiënten het beste in ziekenhuizen of andere grootschalige instituten verzorgd kunnen worden. Daarvoor, in Europa nog tot in de achttiende eeuw, werd het eigen huis beschouwd als de aangewezen plaats om ziek te zijn en beter te worden. Je moest wel heel arm en ellendig zijn als je gedwongen was je toevlucht tot het gasthuis te zoeken. In ziekenhuizen "ontaardde" de ziekte, had ze niet haar natuurlijke verloop. Het ziekenhuis was zeker geen plaats om te genezen. De filosoof Jean Jacques Rousseau zei het als volgt: *"Er moeten geen ziekenhuizen voor de armen worden gebouwd, maar de burgers dienen de garantie te hebben dat zij niet in armoede zullen vervallen"*. Een welgeordende staat hoorde voor goede voorwaarden voor thuiszorg te zorgen en niet voor grote ziekenhuizen.

In het onlangs in het Nederlands vertaalde "Geboorte van de Kliniek" van Michel Foucault, wordt het laatste grote maatschappelijke experiment met thuiszorg beschreven. Dit experiment speelde zich af voordat het ziekenhuis zijn zegetocht "als plaats om te genezen" in

## Medicalisering van levensruimten



Foto: Ine van den Broek

Europa begon. Het loont de moeite om kort naar dit verleden van de thuiszorg te kijken, omdat de hedendaagse gevaren van thuiszorg in dit verleden worden weerspiegeld.

### Ziekenhuizen gesloten

Tijdens de Franse Revolutie probeerde men gedurende enige tijd het radicale programma van Rousseau uit te voeren. In de ideale toekomstige maatschappij, die de revolutionairen wilden realiseren, zouden ziekenhuizen en zelfs artsen, overbodig worden. Lanthenas, een lid van de partij van de Girondijnen, profeteerde hierover in revolutionair enthousiasme. *"Langzamerhand zal in de jonge staat, die zich geheel aan het geluk van haar eigen gezondheid overgeeft, het gezicht van de arts in vergetelheid raken: het zal hooguit in de herinnering van de mensen een spoor achterlaten (van de oude en slechte maatschappij) van koningen en rijkdommen, waarin de mensen arme en zieke slaven waren"*.

De denkbeelden van Rousseau werden niet alleen in revolutionaire redevoeringen tot in het absurde doorgetrokken. Dat gebeurde ook in de praktijk. Uitgaande van het idee dat er in een welingerichte staat geen ziekenhuizen zouden moeten zijn, werden deze instellingen in grote delen van Frankrijk metterdaad gesloten. Het geld van de

stichtingen die de gasthuizen beheerd hadden, verviel aan de staat. Dat gebeurde ook met de opbrengsten van de religieuze goederen, die door de revolutie onteigend werden.

De Nationale Vergadering bepaalde dat al dit geld volledig ten goede moest komen aan de thuisverzorging van de zieken. Saint Just, de belangrijkste ideoloog van de Jacobijnen, verklaarde dat het ziekenhuis een achterhaalde maatschappelijke oplossing was, die de zieke in zijn nood alleen maar stigmatiseerde. Zieken moesten in **gezinsverband** verzorgd kunnen worden. Want *"een mens is niet geschapen voor overmatige arbeid, noch voor het hospitaal of het armenhuis: een dergelijk vooruitzicht is afschuwelijk"*. Zo vond er, voorzover dat ondanks alle revolutionaire woelingen achterhaald kan worden, gedurende enige tijd door de staat gefinancierde thuiszorg plaats in Frankrijk.

Wat er met thuiszorg mis kan gaan, werd toen al snel duidelijk. Heel veel geld, dat door de nationalisatie van de hospitaalgoederen beschikbaar was gekomen, werd voor andere, dringender geachte zaken gebruikt (neen, niet voor het verminderen van het financieringstekort maar voor het voeren van revolutionaire oorlogen). Het kwam niet ten goede aan de ziekenverzorging thuis en evenmin aan de weinige nog bestaande ziekenhuizen. Die zagen zich genoodzaakt, het verhaal klinkt erg modern, patiënten te weigeren of zelfs naar huis te sturen. In Toulouse en Dyon werden verpleegden die niet langer verzorgd konden worden naar huis gestuurd, in Poitiers werden in 1793 op één dag tweehonderd zieken uit het gasthuis gezet. De dromen van de revolutie over thuiszorg vergrooten, aldus Foucault, *"het onheil en beroofden de bevolking van bescherming en hulp"*, omdat er geen geld voor beschikbaar werd gesteld.

Ik weet het, je moet historische analogieën nooit te ver voeren. Brinkman en Dees kunnen maar moeilijk met Rousseau en Saint Just vergeleken worden. Dit neemt niet weg dat het historische thuisexperiment, dat Foucault kort beschrijft, ook voor het heden een kritische les zou kunnen inhouden.

## Levensruimte

We kunnen een tweede kritische les trekken uit dit thuiszorgexperiment van zo'n tweehonderd jaar geleden. Die is dat in bepaalde toenmalige discussies over de thuiszorg, de arts een beslissende rol werd toegedacht. De arts wordt dan de *opspoorder* van de maatschappelijke noden en de *rechter* over de aard en de mate van de te leveren hulp. Het denkbeeld van de koning-filosoof wordt vervangen door het even gevaarlijke beeld van de arts-magistraat. De samenleving moet *"vol vertrouwen het leven van de mens overlaten"* aan de artsen. Artsen krijgen een **morele rol** in de maatschappij toegedacht, ze worden bewakers van de moraal en van de volksgezondheid. Juist via de thuiszorg houden ze medisch-technisch toezicht tot in alle hoeken van de samenleving. Medicalisering noemen wij dit vandaag aan de dag.

Bij de thuiszorg dreigt het gevaar van de medicalisering van de levensruimte van mensen. Ik wil dit toelichten aan de hand van een aantal korte filosofische opmerkingen over ruimte. De ruimte waarin mensen leven en vooral wonen is iets fundamenteel anders dan het hol van dieren of een opbergplaats van dingen. Er is verschil tussen een cultureel iets als een huis als levensruimte en een nest of een garage, waarin de auto geparkeerd wordt. Vanuit de menselijke woonruimte ontstaat de maatschappelijke ruimte, waarin mensen gemeenschappelijk hun leven gestalten geven.

Naast deze vanzelfsprekende ruimten bestaat er, volgens Foucault, ook zoets als een verruimtelijking van ziekten in een samenleving. In elke samenleving worden

deze op een heel eigen wijze *"medisch begeleid, afgezonderd, in bevoorrechte of afgesloten gebieden ingedeeld, of over genezingscentra verdeeld"*. In onze maatschappij vindt deze verruimtelijking plaats vanuit grote instellingen, in de eerste plaats natuurlijk het ziekenhuis. De ruimte in dergelijke inrichtingen lijkt vergeleken met de woon- en levensruimte van mensen eerder op een **opbergplaats van dingen**. Je kunt er niet wonen, je de ruimte niet eigen maken, die niet vanuit jezelf als middelpunt structureren. Thuiszorg kan daarom zo belangrijk zijn omdat het de mensen de mogelijkheid geeft, hoe klein ook, om weer als mens de ruimte te beleven. Ik wil dit illustreren met een citaat uit een artikel over thuiszorg in "Het Parool".

*"Drie hoog op de Lindengracht. Mevrouw Bruin komt, kromgegroeid, net boven de schoorsteenmantel uit. Met haar 79 jaar schuift ze in een dik gebreid vest, dat tot haar enkels komt, door het huis. Ze klaagt over de tocht. Gelukkig brandt de kachel weer. Drie dagen lang was het steenkoud in het oude huis, omdat het GEB bij grondwerkzaamheden de gastoevoer per ongeluk had afgesneden. Toch is ze in haar nopjes. "Haar" mevrouw de Jong, de bejaardenhulp die twee maal per week een paar uur komt, heeft net de boel aan kant. En nu is er ook nog visite. Voor de gezelligheid rookt ze een sigaretje mee.*

*Lachend: "Ik val nog al eens, dus ik heb alle hoeken van de kamer gezien. Laatst heb ik daar acht uur naast de kachel gelegen voor ik overeind kon komen. Je snapt dat ik dat niet aan mijn dokter vertel. Ik woon hier nu al 35 jaar. Ik wil hier ook sterven"*.

Dit is menselijke ruimte waar verzorging in een inrichtingsruimte niet tegen opweegt. Natuurlijk verheerlijkt ik deze situatie niet, integendeel, ik denk dat juist in deze menselijke ruimte recht op verzorging bestaat. Die verzorging zal deze menselijke ruimte dan echter wel in tact moeten laten, levensruimte laten zijn. Thuiszorg mag de ruimte niet gaan medicaliseren, ze niet als een verlengstuk van inrichting of instelling beschouwen.

Voor het behoud van deze ruimte, ook voor de chronisch zieke mens, dient een welgeordende maatschappij voorwaarden te scheppen. Thuiszorg kan hieraan bijdragen, maar zou er ook aan mee kunnen werken om deze ruimte juist te medicaliseren. In het allereerste nummer van het "Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek" stond een redevoering van Ivan Illich afgedrukt, die op dit punt nog uiterst actueel is. Illich richtte zich scherp en uitdagend tot "vernieuwers" in de Duitse gezondheidszorg, die over bezuiniging en innovatie congresseerden. Hij eindigde zijn toespraak als volgt:

*Door de gewenning aan het dagelijks bestaan in ingerichte ruimtes is de maatschappij dag en nacht hulpbehoevend geworden en ruimte een schaars artikel. Uw taak bestaat fundamenteel daaruit deze schaarste weg te werken. Maar dat kan op twee manieren gebeuren. U, ziekenhuisproducenten, kunt ervoor zorgen, dat woningen en klinieken hygiënisch meerwaardig worden: gedecentraliseerde ziekenhuizen die door onbetaalde semiprofessionele leken onder medisch toezicht gerund worden. Daarmee wordt geld gespaard en de controle door experts uitgebreid.*

*Of uw tegenstanders, die ik hier maar de "burgerbeweging" zal noemen, zullen zich langzamerhand ten opzichte van het systeem van de gezondheidszorg net zo leren te gedragen als ten opzichte van kerncentrales en vliegvelden. De strijd met de geneeskunde om de levensruimte zal beginnen. En daar vestig ik mijn hoop op." ••*

### Geciteerde literatuur

Michel Foucault, "Geboorte van de Kliniek". SUN Nijmegen 1986.

Ivan Illich, "Vernieuwing door schaarste" in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, nummer 1, mei 1983.

"Het Parool", 19-9-1986.

# Genen beter maken

## Is de medische genetica eugenetisch?

Steeds meer genetische afwijkingen bij mensen kunnen worden opgespoord; als dat voor de geboorte gebeurt volgt er vaak een abortus. Steeds meer mensen komen op dit gebied voor moeilijke beslissingen te staan. Hoewel de strijd tegen genetische ziekten evident en geboden lijkt, wordt ook steeds vaker de vraag gesteld: *'hoever mag je gaan met eugenetica?'*<sup>1,2</sup> Er bestaat duidelijk een vermoeden dat de medische genetica eugenetisch is of in ieder geval eugenetische effecten heeft.

Is de medische genetica eugenetisch? Die vraag kan niet eenvoudig met ja of nee worden beantwoord. Om te beginnen bestaan er verschillende definities van het woord 'eugenetika'. 'Eu' betekent letterlijk 'goed, en eugenetika is het streven naar genetische verbetering; maar daarmee zijn we er niet. Wat wel en niet onder eugenetika moet worden verstaan is in de loop van de eeuw veranderd, en onderwerp van strijd geweest. Ook nu bestaat er niet een algemeen aanvaarde eenduidige definitie. Of de medische genetica eugenetisch is hangt dan ook af van de gekozen definitie. Bovendien is 'eugenetika' geen

"*Brave new world*", het beroemde boek waarin Aldous Huxley over de "vervolmaking" van de mens schrijft, blijft actueel. In zijn bloedstollende fantasie hebben geleerden door middel van het manipuleren van genetisch materiaal de "ideale" mens gecreëerd: arbeiders die alleen maar werken willen, bijwie de mogelijkheid tot het hebben van onlustgevoelens genetisch geëlimineerd is...

De eugenetica, het streven naar genetische verbetering, doet al snel denken aan het griezelverhaal van Huxley. Eugenetica is een beladen begrip. In dit artikel beschrijft Cor van der Weele hoe de eugenetica vanuit de biologie langzamerhand de geneeskunde is binnengeslopen. Eugenetici hadden zich geen betere strategie voor de acceptatie van hun ideeën kunnen wensen. Immers, zo werd hun streven naar goede genen een onderdeel van de strijd tegen ziekte en het streven naar gezondheid. En wie is er nu tegen gezondheid?

Cor van der Weele schetst de gevolgen van deze incorporatie van de eugenetica in de geneeskunde: "*How can I be sure my baby will be normal...?*"

Cor van der Weele, bioloog en filosoof

onbeladen woord: het roept bij veel mensen associaties op met nazi-Duitsland. Wie de medische genetica zoveel mogelijk vrij van negatieve associaties wil houden zal minder snel geneigd zijn het woord eugenetika in dit verband te gebruiken dan iemand die de aandacht wil vestigen op zorgwekkende ontwikkelingen."

In het onderstaande zal ik enige overeenkomsten en verschillen tussen 'vroeger' en 'nu' beschrijven, die meer licht werpen op de vraag of er in de tegenwoordige medische genetica van eugenetika sprake is. Met name besteed ik aandacht aan de gevolgen van de overheveling van de menselijke genetica van de biologie naar de geneeskunde.

### Biologie

Het was vanaf de jaren zestig dat men opmerkingen als de volgende in de wetenschappelijke tijdschriften kon tegenkomen:

*... genetic diseases of humans are becoming an increasingly visible and significant medical problem, at least in the developed countries ...*<sup>4</sup>

Inmiddels vinden we het allang gewoon dat erfelijke afwijkingen of medisch probleem zijn, maar voor (jaren zestig, en zeker voor de oorlog) was dat niet zo: menselijke genetica was een onderdeel van de biologie, niet van de geneeskunde.

Het begin van genetica als onderdeel van het zoekgebied ligt rond het begin van deze eeuw. Gedeeltelijk werd het door jonge vak gestimuleerd door de herontdekking van het werk van Mendel en gedeeltelijk ook door het theoretische (statistische) werk van de grondleggers van de eugenetika, de engelsen Galton en Pearson. De laatste waren vooral in erfelijkheid geïnteresseerd om de mensheid op wetenschappelijke manier te kunnen verbeteren; volgens Galtons definitie was eugenetika inderdaad een wetenschap: "*de wetenschap die zich bezighoudt met alle invloeden die de erfelijke eigenschappen van een ras verbeteren*"<sup>3</sup>

Vanaf het allereerste begin waren er dus biologen die hun belangstelling voor genetica combineerden met idealen over de toepassing van het vak. De evolutietheorie verschaft hun ogen de objectieve wetensol-



pelijke middelen en criteria voor vooruitgang, ook menselijke vooruitgang. Eugenetici vonden dat het evolutionaire mechanisme van **selectie** van varianten doelbewust op mensen moest worden toegepast met behulp van selectieve voortplanting. Zo'n selectie impliceerde natuurlijk een hiërarchische ordening van mensen. De (genetisch verankerde) waarde van individuen, en ook van rassen, zou te rangschikken zijn op schalen die reikten van astronomische hoogten tot peilloze diepten: hoog en laag, superieur en inferieur, goed en slecht waren de termen waarin genetische kwaliteit werd uitgedrukt. Zo hanteerde Galton een klassifikatie-systeem, volgens welk systeem bijvoorbeeld *'het australische type minstens een graad onder de afrikaanse neger' scoorde*" Men kon de genetische kwaliteit niet meten, maar ging ervan uit dat deze gekorreleerd was met sociale status, gezondheid, I.Q., en dergelijke. Intelligentie werd van meet af aan gezien als een belangrijk criterium (hoewel zeker niet het enige) voor de waarde van mensen. Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken dat veel van de pioniers op het gebied van

IQ-tests eugenetisch waren gemotiveerd? .

De eugenetische bewegingen die vervolgens ontstonden voeren een racistische koers: men onderscheidde superieure en inferieure rassen. In de V.S. bracht men het tot gedwongen sterilisaties en immigratiewetten die de toevloed van 'inferieure rassen' moesten indammen; in nazi-Duitsland kwam het tot moord op enorme schaal. .

In de V.S. distantieerden steeds meer onderzoekers zich in de jaren twintig en dertig langzamerhand van die racistische koers. Een oordeel over hele rassen tegelijk was wetenschappelijke onzin, alleen individuen konden aangrijpingspunt zijn voor selectie, en bovendien waren dwangmaatregelen uit den boze, vonden ze. Deze hervormers wilden de 'goede kern' van eugenetika, namelijk genetische verbetering van de mensheid, behouden. Tegelijkertijd wilden ze deze kern ontdoen van racisme en onwetenschappelijkheid. Zij zagen deze hervorming als een democratisering: zo meldde een editorial van de *'Journal of heredity'* uit 1939 dat de revolutie in eugenetika die had plaats ge-

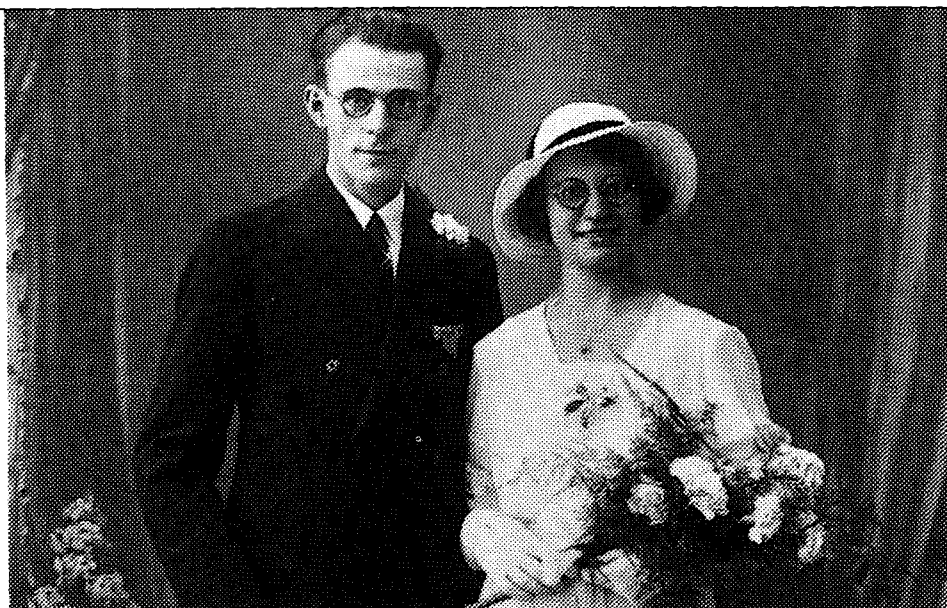
vonden het best kon worden betiteld als *'de democratische benadering van eugenetika'*".

In de jaren dertig vond er dus een *'strijd om de eugenetika'* plaats, terwijl de eugenetische bewegingen politiek ontaardden en probeerden mensen die biologische verbetering van de mensheid voorstonden, dit streven weer politiek en wetenschappelijk respectabel te maken. De overtuigingen van veel van deze 'hervormde' eugenetici waren na de tweede wereldoorlog ongeschikt, al lieten ze een tijdje niet zoveel van zich horen. Een van de meest enthousiaste onder hen, de geneticus H.J. Muller, meende dat het woord eugenetika te beladen was geworden en dat eugenetische doelen het best onder een andere naam konden worden nagestreefd<sup>22</sup>. Zelf sprak hij bijvoorbeeld over "genetische vooruitgang", te bereiken via kunstmatige inseminatie op grote schaal met sperma van geselecteerde donoren. Sommige biologen bleven proberen hun ideeën over genetische verbetering van mensen te koppelen aan algemeen-biologische criteria voor evolutionaire vooruitgang. Julian Huxley meende dergelijke criteria te hebben gevonden en op grond van die biologische basis kon hij bijvoorbeeld concluderen dat *'properly developed human beings are the highest product of evolution'*<sup>9</sup>). Hij beschouwde zijn criteria voor evolutionaire vooruitgang als de objectieve rechtvaardiging van zijn eugenetische voorstellen.

## Pioniersarbeid

In de jaren dertig begon langzamerhand het idee dat onderzoek naar menselijke genetica ook medische betekenis had, terrein te winnen. Artsen kregen belangstelling voor het vak. Genetika was in die tijd nog een onderdeel van de biologie en men zag in het binnenhalen van genetica in de geneeskunde dan ook het binnenhalen van 'een algemeen-biologisch gezichtspunt' bij het vaststellen van de normen waaraan mensen moeten voldoen. Het volgende citaat illustreert dit:

*'Waarvoor wil hij (de geneeskundige) den broeder hoeden?. Dat deze niet al te ver van de norm afwijkt. De geneesheer kan praktisch noch theoretisch buiten de formulering van een normbegrip. De genetica kan er toe bijdragen, dat dit begrip 'an een algemeen-biologisch gezichtspunt uit wordt gedefinieerd, en dit is gewenscht, daar er noq veel misverstand in de medische literatuur hieromtrent heerscht!'*".



## Onze grootouders hadden wel wat anders aan hun hoofd dan erfelijkheidsrisico's.

Onze grootouders hadden trouwens nog nooit van erfelijkheidsvoorlichting gehoord. Voor hen was erfelijkheid de blauwe ogen van vader en de krullen van moeders kant. Dat erfelijkheid ook een lichamelijke of geestelijke afwijking kan betekenen, daar stond men liever niet bij stil.

Tegenwoordig is dat anders. In geval van twijfel ~bijvoorbeeld als er al eens in de familie een ziekte of handicap geconstateerd is ~ kunnen (aanstaande) ouders zich over de eventuele erfelijke aspecten laten voorlichten. Het Ziekenfonds en de particuliere ziektekosten verzekeraars betalen de kosten. En dat is een goede zaak. Want erfelijkheidsvoorlichting en mogelijkerwijs -onderzoek kan (aanstaande) ouders helpen bij het gefundeerd nemen van beslissingen.

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

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

Voor zover er in die tijd normen over genen bestonden, zo valt hieruit te konkluderen, werden die kennelijk eerder geacht algemeen-biologisch dan medisch van aard te zijn.

Opvallend is dat de pioniers van de medische genetica ('hervormde') eugenetici waren. Zij wensten een degelijke empirische basis voor eugenetica, een basis die verstevigd zou kunnen worden als genetica een onderdeel werd van de geneeskunde. De Amerikaanse Madge Macklin vond dat toevoeging van genetica aan het medisch curriculum 'a pivotal point in the eugenic program' zou zijn.<sup>11</sup>

Ook in Nederland werd het belang van genetica voor de geneeskunde met veel vuur bepleit. Prominent hierin was P.J. Waardenburg, oogarts, een van de eerste universitaire docenten in de medische erfelijkheidsleer en enige tijd voorzitter van de Nederlandse Eugenetische Federatie. Al in 1930 pleitte hij in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde voor een organisatie van in erfelijkheid geïnteresseerde artsen.<sup>11</sup> Enige jaren later schreef hij in hetzelfde tijdschrift:

*„Medische studie zonder biologisch-genetischen ondergrond is een eenzijdigheid, die zich in den gegeven modernen tijd met zijn ras- en eugenetische vragen moet verrekenen”.*

## Erfelijkheidsvoorlichting

Ook na de oorlog gingen de inspanningen voor een medische genetica door. Zo werd in 1949 de Nederlandse Anthropogenetische Vereniging opgericht.<sup>12</sup> De nieuwe artsenvereniging had vijf programmapunten: het stimuleren van onderzoek, het documenteren van gegevens, het tegengaan van 'familiaire onttaarding', en de bevordering van onderwijs en algemene voorlichting. 'Familiaire onttaarding' wilde men vooral bestrijden door erfelijkheidsadviezen aan echtgenoten en ook huwelijkskandidaten. Zo was Waardenburg in een boekbespreking enthousiast over 'de door iedere richting te verdedigen minimumeis, dat huwelijkskandidaten een verklaring moeten overleggen, dat zij geneeskundig onderzocht zijn'<sup>13</sup>.

Rond de voortplanting moest de bevolking in de ogen van eugenetici verantwoordelijkheidsbesef worden bijgebracht. Waardenburg en Sirks pleitten in hun boek 'Geneeskunde en erfelijkheid' voor zowel individuele als kollektieve genetische verantwoordelijkheden: 'Meer en meer wint de opvatting veld, dat het willens en wetens doen geboren worden van kin-

*deren wier noodlottige erfelijke constitutie met zeer grote waarschijnlijkheid te voorspellen is, onverantwoordelijk en onzedelijk is. En deze verantwoordelijkheid geldt niet alleen jegens het toekomstige kind, maar evenzeer jegens de menselijke samenleving”.*<sup>14</sup> Ludmerer en recenter ook Kevles hebben gewezen op de wortels die erfelijkheidsvoorlichting in de V.S. en Engeland heeft in de 'hervormde' eugenetika.<sup>15</sup> Uit het bovenstaande kan worden gekonkludeerd dat ook in Nederland deze wortels bestaan (waarbij ik de vraag in hoeverre Waardenburg 'hervormd' was in het midden laat).

Inmiddels is er veel veranderd. Menselijke genetica is inderdaad een onderdeel van de geneeskunde worden. In dat proces speelden overigens veel meer factoren mee dan de invloed van eugenetici; bijvoorbeeld de wetenschappelijke ontwikkelingen in de genetica. Sinds de jaren vijftig groeit de kennis in een enorm tempo. Steeds meer erfelijke ziekten worden geïdentificeerd en aan steeds meer ziekten wordt een erfelijke component ontdekt.

'Het leven begint al voor de geboorte. Medische zorg al voor de conceptie', luidt de kop boven een advertentie voor erfelijkheidsvoorlichting van de VSOP (de vereniging samenwerkende ouder- en patiëntenorganisaties). Erfelijkheidsvoorlichting is nu een onderdeel van de normale strijd tegen ziekte en niet, althans niet primair, van idealen die eugenetisch worden genoemd. Het toenmalig enthousiasme van eugenetici voor de medische genetica impliceert dus zeker niet dat klinisch-genetici nu worden gedreven door hun idealen. Naarmate de genetica meer geïntegreerd raakte in de geneeskunde, werden medische criteria op genen van toepassing, en raakte het beroep op eugenetisch verantwoordelijkheidsbesef op de achtergrond.

## Genetische verantwoordelijkheid

Wat zijn de gevolgen van de incorporatie van de genetica in de geneeskunde? Achteraf valt te konkluderen dat het met elkaar in verband brengen van genetica en geneeskunde een effectief middel is gebleken voor het bevorderen van genetisch verantwoordelijkheidsbesef. Biologische vooruitgang is niet een waarde die erg leeft onder de bevolking. Toen echter menselijke genetica onderdeel van de geneeskunde was geworden, werd het streven naar goede genen een onderdeel van de strijd tegen ziekte en het streven naar gezondheid. En gezond-

heid is een vrijwel onomstreden goed in onze samenleving.

Er is een streven naar genetisch betere mensen - 'beter' nu in een vooralsnog beperkte, medische zin - op gang gekomen. Er zijn aanwijzingen voor een groeiende 'genetische verantwoordelijkheid', die onder andere wordt opgeroepen door de mogelijkheid tot prenatale diagnostiek. Beatrijs Ritsema, bijvoorbeeld, schreef in de NRC van 12 juni 1986, dat het getuigt van een 'bedenklijk gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef' als iemand 'willens en wetens een ernstig gehandicapt kind op de wereld zet'.<sup>16</sup> En in een recent, Nederlands onderzoek naar psychosociale aspecten van prenatale diagnostiek gaf 46% van de ondervraagden als (een van de) argument(en) voor hun zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek: 'Ik zou het mezelf niet vergeven als ik een gehandicapt kind had gekregen, dat voorkomen had kunnen worden'.<sup>17</sup> Overigens blijft daarbij in het midden tegenover wie die verantwoordelijkheid wordt gevoeld. De verantwoordelijkheid om het kind onnodig lijden te besparen en de verantwoordelijkheid de samenleving niet met zo'n kind 'op te zadelen' konflikteren niet, maar kunnen elkaar geruisloos versterken.

Of we het willen of niet, de toenevende genetische kennis en techniek leidt tot toenemende 'genetische verantwoordelijkheid'. Dat menselijke genetica een medische zaak is geworden, maakt die verantwoordelijkheid dwingend. De taak om te zorgen voor een superieur ras is immers erg omstreden, maar de taak om te zorgen voor gezondheid nauwelijks<sup>18</sup>.

## Het gegarandeerd gezonde kind

De groeiende verantwoordelijkheid heeft ook een aantrekkelijke keerzijde. Erfelijkheidsvoorlichting en prenatale diagnostiek geven de mogelijkheid een aantal risico's en onzekerheden te elimineren, als men dat wil. Deze mogelijkheid heeft een uiterste grens: de vraag naar volstrekte zekerheid, een gegarandeerd gezond kind. Gegarandeerd gezonde is irreal en zal dat blijven, want slechts een deel van alle aangeboren afwijkingen is erfelijk en een klein deel weer daarvan kan worden opgespoord.<sup>19</sup> Toch wordt die verwachting gewekt. Zo sprak de gynaecoloog Hapsels onlangs in 'Margriet', over de mogelijkheid prenataal te laten controleren 'of er afwijkingen zijn bij het kind?'.<sup>20</sup> Al in 1973 signaleerde de Amerikaanse erfelijkheidsadviseuse

Judith Hall deze algemene vraagstelling:

*In the past, the individual came to the genetic counselor asking, "A genetic defect has occurred in my family. Will it occur again?" Now he asks, "How can I be sure my baby will be normal?"*<sup>21</sup>

Deze vraagstelling hoeft niet verantwoordelijkheidsgevoel als achtergrond te hebben, maar kan ook voortkomen uit een sfeer van wensen en rechten. Hij kan ingegeven zijn door de grote belasting die het zorgen voor een afwijkend kind met zich meebrengt, en ook door verlangens van potentiële ouders naar een zo mooi, normaal of gezond mogelijk kindje. Een 'konsumentenmentaliteit' ten aanzien van kinderen hoeft zich trouwens niet tot gezondheidseisen te beperken; ook een kind van de verkeerde sekse kan ongewenst zijn. Het geeft te denken dat kennelijk ook medici zich niet tot gezondheidseisen hoeven te beperken, want uit een recente internationale enquête bleek dat 25% van de ondervraagde genetische counsellors bereid was, met een beroep op zelfbeschikking, prenatale geslachtsbepaling te verrichten zonder medische indicatie<sup>22</sup>. In Nederland zijn de genetische centra overigens op dit punt tot nu toe juist zeer terughoudend<sup>23</sup>.

## Risico's verminderen

Ook op andere manieren staan grenzen onder druk: het bereik van het begrip 'ziekte' is open en heeft de neiging zich uit te breiden. Daarmee wordt tegelijk 'gezondheid' een steeds meer-omvattend begrip (denk aan geestelijke gezondheid). Onvruchtbaarheid kan bijvoorbeeld op dit moment als een grensgeval worden gezien. Ook de vraag naar genetische gezondheid, of deze nu als verantwoordelijkheid of als recht wordt gezien, heeft niet bij voorbaat duidelijke grenzen. De grenzen van wat we onder gezondheid en ziekte verstaan zijn vaag en hebben de neiging te verschuiven. Daarom heeft ook de vraag naar genetische gezondheid, of die nu als verantwoordelijkheid of als recht wordt beschreven, niet bij voorbaat duidelijke grenzen.

Toenemende verantwoordelijkheden en rechten met betrekking tot gezondheid kunnen onder de gezamenlijke noemer worden gebracht van het streven naar meer beheersing en planning, eliminatie van risico's en het toeval. Dit streven is in principe open en oneindig, want er bestaan oneindig veel risico's. Het roept de vraag op naar steeds meer diagnostische methoden en therapeutische technieken.

Hans Achterhuis heeft het streven naar steeds meer zekerheid het fundament voor medische macht genoemd. De moderne medische wetenschap, zo luidt zijn stelling, is gebaseerd op het filosofisch fundament van de schaarste. Het gaat hier om schaarste in het artikel 'zekerheid' en om zijn stelling te illustreren haalt Achterhuis onder andere de Amsterdamse kinderarts Krol aan, die stelt dat de gezondheidszorg tot 'een geruststellingsindustrie' dreigt uit te groeien<sup>24</sup>.

Achterhuis schrijft dat moderne instituties die schaarste oproepen en versterken, maar legt bij het beschrijven van de situatie vooral nadruk op de participatie van de moderne, zelfbeschikkende 'mondige patiënten' die het medisch apparaat achtervolgen met eisen om zekerheid en geruststelling en daarmee de 'voorwaarden' voor medische macht leveren.

Ik vind het echter reëel om ook in dit verband aandacht aan de medische aanbod-kant te besteden. Het leger patiënten dat Achterhuis op het oog heeft bestaat ongetwijfeld (hoewel er ook 'mondige patiënten' zijn die zich juist afkeren van 'teveel' medische bemoeienis; het begrip 'mondige patiënt' dekt kennelijk meer dan één lading). Maar de behoefte aan zekerheid moet soms dan toch eerst worden gecreëerd. Het prenatale onderzoek voor oudere zwangeren kent zeer beperkte opkomstpercentages en vanuit de medische wereld kwam onlangs om precies die reden een (Amerikaans) voorstel de leeftijdsgrens verder te verlagen<sup>17</sup>. Het vermoeden was dat de opkomst van vrouwen boven de 35 jaar nooit veel verder dan tot 50% op te voeren valt. Om toch meer afwijkingen te kunnen opsporen kon men volgens het voorstel de energie beter richten op een nieuwe doelgroep: vrouwen vanaf 30 jaar<sup>25</sup>. Deze argumentatie illustreert tegelijkertijd dat het medisch onderzoekers niet om dezelfde soort 'zekerheid' gaat als patiënten. Het gaat hen niet om individuele vrijwaring voor risico's, maar - in dit geval - het 'eruit halen' van zoveel mogelijk afwijkingen.

Zelfbeschikkende mensen plukken hun keuzen niet zomaar uit de lucht. De keuzemogelijkheden wordt voorgestrukt, door informatie, aanbod, normen en mogelijkheden. Enigszins gesimplificeerd zou men, in de termen van het bovenstaande, kunnen zeggen: zelfbeschikkende mensen die zekerheid zoeken hebben niet alleen te maken met rechten, maar ook met verantwoordelijkheden. Initiatieven vanuit de medische wereld (die altijd wel op de vraag van

enkelengaan) spelen bij dat voorstruktureren zeker ook een rol. Het aanbod kan nieuwe onzekerheden creëren en oude onzekerheden in medische kringen kanaliseren. Eerder genoemd citaat uit 'Margriet' illustreert dat daarbij nogal grote verwachtingen gewekt kunnen worden. De vraag blijft dan natuurlijk op grond waarvan medische zekerheids-suggesties aanslaan, een vraag die net zoals Achterhuis met zijn stellingen doet, heel goed in verband gebracht kan worden met de invloed van de filosofie van Hobbes<sup>26</sup>.

De ontwikkeling van genetica in een medische kontekst leidt dus tot een toenemend streven naar het uitsluiten van genetische (gezondheids-) risico's bij toekomstige kinderen. Het valt dan te voorspellen dat de betrokkenheid van de gezondheidszorg (en de afhankelijkheid van de gezondheidszorg) bij de voortplanting enorm zal toenemen. Zwangerschappen zullen steeds meer medisch begeleid worden, om steeds meer risico's uit te sluiten; de vraag van onzekere 'patiënten' en artsen, en het aanbod van de medische onderzoekers zullen elkaar daarbij wederzijds versterken.

## Een medische eugenetika?

Of de medische genetica zich daarmee op een eugenetisch spoor bevindt, hangt er maar van af hoe eugenetika wordt gedefinieerd; ik bespreek vier typen definities<sup>27</sup>:

a. als men eugenetika identificeert met de **rassen-ideologieën**, het gebrek aan wetenschappelijk inzicht en/of de dwangmiddelen van de oude eugenetische bewegingen is de medische genetica niet of nauwelijks eugenetisch. De praktijken van de vroegere eugenetische bewegingen zijn niet te vergelijken met de huidige medische genetica waarin de autonomie van cliënten voorop staat. Een belangrijk, hoewel niet absoluut, verschil met een belangrijk deel van de oude eugenetika is ook dat in de geneeskunde somatische eigenschappen op de voorgrond staan, en niet, zoals in de oude eugenetika, intelligentie.

b. Soms wordt de term eugenetika gereserveerd voor die **maatregelen die invloed hebben op de beslissing** van mensen om wel of niet kinderen krijgen om genetische redenen. De ethicus Jonathan Glover doet dit bijvoorbeeld<sup>28</sup>, en ook de historica Diane Paul die schrijft dat als er een 'kern'-eugenetische doktrine is, dan is het 'het doel van genetische verbetering gebaseerd op een of andere vorm van selectieve »cortplanting«<sup>29</sup>.





Genetische verbetering wordt daarin niet gespecificeerd, maar wel de middelen daartoe. Volgens deze omschrijving kan erfelijkheidsvoorlichting eugenetisch zijn (het beïnvloedt de keuze van mensen om al of niet kinderen, of een bepaald kind, te krijgen), maar genterapie niet.

c. Men kan ook juist de middelen in het midden laten en het **doel specificeren**. Vaak wordt gesteld dat eugenetika een kollektief belang dient zoals dat van de mensheid of de genenpool. De definitie van Galton valt in deze categorie, en ook de definitie van de historicus Haller moet waarschijnlijk zo worden gelezen; deze schrijft dat eugenetika het streven is om de erfelijke eigenschappen van de mensheid te verbeteren door middel van de bestudering van menselijke erfelijkheid en de toepassing van die studies op menselijke voortplanting<sup>10</sup>. De middelen worden in deze definities zeer ruim omschreven, maar het doel 'genetische verbetering' wordt gespecificeerd: het is een ras, de mensheid of de genenpool die verbeterd moet worden.

Dit type definitie is het meest gebruikelijk en wordt bijvoorbeeld in

Van Dale's woordenboek gehanteerd. Eugenetika is volgens Van Dale *'wetenschappelijk onderzoek naar alle factoren waardoor het menselijk ras verbeterd zou kunnen worden'*. Maar de definitie levert in de praktijk ook problemen op; Diane Paul heeft erop gewezen dat hij de vraag of een handelwijze eugenetisch is afhankelijk maakt van motieven, en die zijn nootir moeilijk vast te stellen<sup>11</sup>.

Men kan volgens deze definitie inderdaad stellen dat de geneeskunde zich van eugenetika onderscheidt door het vooropstellen van het individueel belang. Dit is ongetwijfeld waar, maar vaak is ook gewezen op het belang dat de staat heeft, bij zoveel mogelijk gezonde, dat wil zeggen produktieve, burgers, en zo weinig mogelijk niet-produktiever<sup>12</sup>. Het streven de gezondheid en prestaties van burgers te vergroten dient dus tegelijkertijd het individueel als het kollektief belang, en deze belangen kunnen elkaar ongemerkt versterken. Maar de vraag is dan weer of de staat energetisch een relevante kollektiviteit is; geen enkele definitie vermeldt de staat als zodanig.

Volgens een definitie die eugene-

tika koppelt aan een **motief** kan de ene genetische voorlichter eugenetikus zijn, terwijl een collega die precies dezelfde dingen doet dat niet is. Hoe dan ook, als we eugenetika definiëren als het streven naar verbetering van de mensheid als geheel, dan is er in althans Nederland waarschijnlijk niet veel eugenetische medische genetika te vinden.

Wanneer we in plaats van *'het streven naar genetische verbetering van de mensheid'* zouden praten over *'het al of niet bedoeld bevorderen van genetische verbetering van de mensheid'* (waarbij niet motieven maar effecten worden benadrukt) wordt het weer anders. Als het effect van genetische maatregelen op de menselijke genenpool in aanmerking wordt genomen, is de medische genetika niet eugenetisch. De frekwentie van recessieve genetische aandoeningen neemt immers niet af als gevolg van erfelijkheidsvoorlichting; eerder is het tegendeel het geval<sup>13</sup>. Als we niet naar de genenpool maar naar mensen kijken is er wel sprake van eugenetika.

d. De medische genetika is tenslotte zeker eugenetisch als men alles

eugenetika noemt dat **gericht is op genetische gezondheid** (van toekomstige) kinderen. Op deze manier definieert onder andere de filosoof Wolfgang van den Daele de term:<sup>11</sup>

Wanneer we 'genetische verbetering van mensen' in een vrij losse, ongespecificeerde zin eugenetika noemen, is de medische genetica eugenetisch, hoe non-direktief genetische voorlichters zich ook opstellen. Een algemeen onderschreven centrale doelstelling van genetische centra is immers, zo bleek uit de eerder genoemde internationale enquête<sup>12</sup>, het voorkomen van ziekten (en dat betekent in de praktijk van genetische centra: het voorkomen van de geboorte van zieke kinderen). Informatie die in deze kontekst wordt verschaft is daarom per definitie niet neutraal, en de centra zouden hun doel missen als het merendeel van de ouders niet tot abortus zou besluiten als er een (ernstige) afwijking was gevonden.

Er wordt in verband met de medische genetica ook wel gesproken over een **'nieuwe eugenetika'**. Ruth Hubbard bijvoorbeeld vindt de Amerikaanse tendens om te spreken over (ook juridische) rechten van kinderen op gezondheid getuigen van een nieuwe eugenetika.<sup>13</sup> En Jeremy Rifkin spreekt over een nieuwe eugenetika die niet in totalitaire maatregelen maar door het maatschappelijk streven naar efficiency en functionaliteit tot uiting komt<sup>14</sup>.

De 'kern' van eugenetika, zo valt te konkluderen, wordt ongetwijfeld gevormd door het streven naar genetische verbetering, maar over de nadere precisering lopen de meningen uiteen en die nadere precisering wordt ook niet door iedereen nodig gevonden. Dat 'verbetering' nu vooral een medische betekenis heeft, betekent in ieder geval niet noodzakelijk dat van eugenetika geen sprake kan zijn. Mijn konklusie is dat het, met alle kanttekeningen die ik daarbij heb gemaakt, wel degelijk passend is medische genetica met eugenetika in verband te brengen.

## Eigenschappen van mensen

We zijn lang niet klaar met de medische genetica als we een antwoord hebben gevonden op de vraag of we de medische genetica eugenetisch willen noemen of niet; zo ja dan moeten we toch enige oude associaties opzij zetten en deze nieuwe vorm van eugenetika op zijn specifieke problemen bekijken; besluiten we van niet dan worden de problemen er niet minder om. Enige woorden tot slot

over enige moeilijkheden die alleen maar groter zullen worden.

De nieuwe genetische mogelijkheden, die snel toenemen, plaatsen ons voor ingrijpende keuzen, waarop we nauwelijks zijn voorbereid, omdat die keuzen nooit eerder gemaakt hoefden te worden. Sommige situaties zijn nog relatief duidelijk: het voorkomen van de geboorte van kinderen met een aantal zeer ernstige afwijkingen voorkomt zeer veel lijden, en de meeste mensen voelen het waarschijnlijk als een duidelijke verantwoordelijkheid om kinderen dat lijden te besparen. Maar duidelijk is eigenlijk niet hoeveel moeite we moeten of willen doen om risico's op zulke afwijkingen te leren kennen, en hoeveel moeite we moeten doen om ze te laten opsporen. En de grenzen verschuiven snel. Er valt steeds meer op te sporen en niet alles wat te vinden is, is even ernstig. Welke kinderen geven we het leven, moeten we daar criteria voor verzinnen of niet, waar is de grens van wat we willen en moeten beheersen, in hoeverre mogen onze eigen wensen ten aanzien van kinderen meespelen?

De al dan niet stilzwijgende moraal rond wetenschappelijke en technische vooruitgang is altijd geweest: meer beheersing is goed. Het gaat dan om materiële beheersing. Ook genetische beheersing is materieel, en bovendien individu-gericht: in een genetische benadering van mensen bestaat de neiging (of: wordt de neiging versterkt) de oorzaak voor de problematische kanten van ziekte en dysfunctioneren in de (genetische) eigenschappen van mensen zelf te zoeken. Het zijn de eigenschappen van mensen die genetisch op de voorgrond staan, en wanneer men door een sterk genetische bril naar mensen en samenlevingen kijkt, ligt het al snel voor de hand te konkluderen dat de eigenschappen van mensen moeten worden verbeterd om de narigheid in de wereld te verminderen. De ethicus Glover doet dat, met een beroep op sociobiologische theorievorming. Het gaat hem daarbij niet alleen om ziekte, maar ook om de gevaarlijke kanten van de menselijke natuur<sup>15</sup>, en een combinatie van genterapeutische technieken, zelfbeschikking en konsumentenmentaliteit (Glover praat over de 'genetische supermarkt') moeten ons de goede kant op sturen<sup>16</sup>.

Vanuit een genetische benadering is ziekte een individuele eigenschap, en vallen relaties tussen mensen niet automatisch op. Maar hoe we met ziekten omgaan zegt tegelijkertijd iets over hoe we met mensen - met elkaar - willen omgaan en hoeveel medicalisering, of genetisering, van ons

leven we willen. Moeten kinderen steeds gezonder zijn om geboren kunnen worden? En willen we genetica bijvoorbeeld ook gaan gebruiken als een middel om kinderen betere kansen te geven op de maatschappelijke markt? Zoja, dan valt te vrezen dat de minder perfecten het steekonprettiger zullen krijgen. Misschien zou het beter zijn als we onszelf noodzaak van al te moeilijke keuzen waarvan we de implicaties (nog) niet overzien, probeerden te besparen. Dat zou betekenen: grenzen stellen aan de technische mogelijkheden die we welkom heten. Het zwaartepunt van de ethische discussie zou dan in mijn ogen niet moeten liggen op het gebruik dat individuen van all staande technieken maken, maar op de mechanismen die de invoering van nieuwe technieken bepalen<sup>17</sup>.

Keuzen rond de nieuwe genetische mogelijkheden zijn tegelijk ook biologische en maatschappelijke keuzen. Ze onthullen expliciete impliciete aannamen en prioriteiten over mensen en samenleven en richting die we daaraan willen geven.

Het maakt ethisch een cruciaal verschil of mensen worden verbeterd dwangmatig of via zelfbeschikking. Maar wat in mensen wordt gewaardeerd en hoever we met verbetering willen gaan is daarmee nog niet gezegd. Beslissingen van individuen zijn onderhevig aan normen, aan regels, aan praktische mogelijkheden, maar op. In verband met de waarde van mensen lijkt het me niet overbodig af en toe te proberen inuit de geschiedenis te leren, en dan kan dan toch de lading van het vee-eugenetika misschien goed voor zi

### Verwijzingen

1. Jolanda aan de Stegge: 'Liever geen muzikaal meisje met flaporen.' Interview met Loes Thomassen-Brepols. *...* In: *...* september 1986; pp 44-46.
2. Joost van Kasteren: 'Erfelijkheid, derzoek: meer vragen dan antwoord' In: *Intermediair* 22 no. 37 (12 sept.). 19 pp 41-45.
3. De boeken van Glover en Van Daele (28 en 34) lijken mij voorbeeld. Volgens Glover, die enthousiast is over mogelijkheden van genterapie, is genterapie geen eugenetika. Van de Ds die zeer bezorgd is, en genterapie 'altr' bij embryo's liever verboden wil, zo noemt alles dat gericht is op het bevorderen van de genetische gezondheid van kinderen eugenetika.

4. Theodore Friedmann and Richard Roblin: 'Gene therapy for human genetic disease?'. In: *Science* vol. 175 (1972); p. 949.
5. Francis Galton: 'Essays in eugenics'. Eugenics education Society; London 1909.
6. Francis Galton: 'Heredity genius'. Fontana Library; London 1962. Oorspr. uitgave 1869.
7. S.J. Gould: 'The mismeasure of man'. Norton & Co.; New York 1981.
8. K.M. Ludmerer in *Genetics and American Society. A historical appraisal.* John Hopkins U.P.; Baltimore 1972.
9. Julian Huxley: 'Evolution in action'. Chatto & Windus, London 1953.
10. P.J. Waardenburg: 'Geneeskunde en erfelijkheidsleer'. In: *Ned. T. v. Geneeskunde* vol. 78-IV (1934); pp 5032-5050.
11. P.J. Waardenburg: 'Over erfelijkheidsstudie als band tusschen de geneeskundige specialismes en de wenschelijkheid eener organisatie van belangstellende artsen'. In: *Ned. T. v. Geneeskunde* vol. 74-II (1930) pp. 4108-4112.
12. M.A. van Bouwdijk Bastiaanse e.a.: 'Een Nederlandse anthropogenetische Vereniging'. Ingezonden brief in: *Ned. T. v. Geneesk.* vol. 93-II (1949); pp. 1447-1449.
13. P.J. Waardenburg: 'Bespreking van J.W. Bruins' 'Huwelijkskeus en nageslacht'. In: *Ned. T. v. Geneesk.* vol. 93-II (1949); p. 1440.
14. M.J. Sirks en P.J. Waardenburg: 'Geneeskunde en erfelijkheid. Derde geheel herziene druk; De Tijdstroom; Lochem 1949.
15. Daniel Kevles: 'In the name of eugenics'. Alfred A. Knopf; New York 1985.
16. Beatrijs Ritserna: 'Mankementen'. In *NRC* 12 juni 1986.
17. L.J. Thomassen-Brepols: 'Psychosociale aspecten van prenatale diagnostiek'. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam 1985.
18. In de V.S. bestaat de tendens de verantwoordelijkheid ook een juridische basis te geven; in de Amerikaanse jurisprudentie komt de toekenning voor van een recht om het leven met een gezond lichaam en een gezonde geest te beginnen. Indien een dergelijk recht tot wet zou worden, zou dat grote gevolgen hebben: tegenover het recht van de kinderen staat immers de verantwoordelijkheid van de ouders. In Europa is over het algemeen de terughoudendheid op dit punt groter (zie o.a. 34; p. 85 e.v.; en 35).
19. J.C. Pronk e.a. (red.): 'Medische genetica'. Wet. Uitgeverij Bunge, Utrecht 1984.
20. 'Waar kiezen we voor in de toekomst: bevallen in het ziekenhuis of thuis'. Artikel in de serie 'Gezond gezin, praten over de toekomst' in *Margriet Extra*; Augustus 1986.
21. Judith Hall: 'The concerns of doctors and patients'. In: Bruce Hilton et al (eds.): 'Ethical issues in human genetics'. Plenum Press; New York 1973.
22. John C. Fletcher et al.: 'Consensus and variation in approaches to ethical problems in genetic counseling, screening and prenatal diagnosis: a cross-cultural study.' Gepresenteerd op het '7th International Congress of Human Genetics', West-Beilijn; 22-26 sept. 1986.
23. Gebaseerd op mondelinge mededelingen van klinisch-genetici.
24. Hans Achterhuis: 'Schaarste en medische macht'. In: *Tijdschr. v. Gezondheid en Politiek* 4 (1986) I; pp. 35-43.
25. B.F. Crandall et al.: 'Maternal age and amniocentesis: should this be lowered to 30 years?' In: *Prenatal diagnosis*, vol. 6 (1986); pp. 237-242.
26. Het 'universum van Hobbes' is volgens Achterhuis rond de zekerheidsbehoefte opgebouwd. Alles wordt er schaars omdat alle behoeften onderwerp van vergelijking en concurrentie zijn.
27. Aan het onderscheid tussen 'negatieve' eugenetika (het tegengaan van verslechtering of het elimineren van schadelijke genen) en positieve eugenetika (het streven naar verbetering) besteed ik geen aandacht. Het leidt in een medische kontekst regelrecht naar problemen rond de grens van het ziektebegrip.
28. Jonathan Glover: 'What sort of people should there be?' Penguin 1984.
29. Diane B. Paul: 'A history of the eugenics movement and of its multiple effects on public policy'. In: *Scientific American*, vol. 254 no. 1 (jan. 1986); pp. 18-21.
30. Mark H. Haller: 'Eugenics'. Rutgers U.P.; New Brunswick 1963.
31. Sumner B. Twiss: 'Problems of social justice in applied human genetics.' In: A.M. Capron et al. (eds.): 'Genetic counseling: facts, values and norms. Birth defects original articles series, vol. XV no. 2; 1979.
32. J.R. Sorenson: 'Some social and psychological issues in genetic screening.' In: 'Some social and psychological issues in genetic screening.' In: D. Bergsma (ed.): 'Dimensions of screening. Birth defects original articles series vol. X no. 6; 1974.
33. James F. Crow: 'Population perspective.' In: Bruce Hilton et al. (eds.): 'Ethical issues in human genetics'. Plenum Press; New York, 1973.
34. Wolfgang van den Daele: 'Mensch nach Masz?'. C.H. Beck, München 1985.
35. Ruth Hubbard: 'Fetal rights and the new eugenics.' In: *Science for the people*, maart/april 1984; pp. 7-9/27-29.
36. Jeremy Rifkin: 'Algeny'. Viking Press; New York 1983.
37. Glover zegt ondermeer: 'De mensheid houden zoals hij nu is zal een akseptabele optie lijken voor al diegenen die zich tevreden over de wereld kunnen voelen als ze naar het nieuws op t.v. kijken.' (28; p. 56).
38. Zie ook: R. Miltenburg en C. V.d. Weele: 'Het schimmengevecht rond erfelijkheid en prenatale diagnostiek' (nog te verschijnen).

# Een gezonde kerel ...

Volgens de mythes in onze maatschappij zijn vrouwen vooral behept met "roze" eigenschappen en mannen vooral met "blauwe". Mannen zijn strijdlustig, doelbewust, logisch, zelfverzekerd, objectief en besluitvaardig. Helaas is het nastreven van deze eigenschappen verre van gezond.

Nico van Oosten en Hans Knegtering zijn verbaasd dat de Nota 2000 niet ingaat op het gezondheidsverschil tussen de sexen. Rond de eeuwwisseling zullen er jaarlijks twee keer zo veel mannen als vrouwen sterven. Mannen zijn en blijven ongezonder. Het facet- en preventiebeleid, zoals wordt beschreven in de nota 2000, kan daaraan weinig veranderen. Van Oosten en Knegtering stellen dat de overheid er beter aan doet in plaats van een vaag leeftijdsbeleid *vergaande arbeidsduurverkortings* te stimuleren. Ook verwachten de beide auteurs het nodige van sexe-specifieke hulpverlening.

Kunnen de "ongezonde" kerels nog vóór het jaar 2000 hun heil zoeken bij het eerste mannengezondheidscentrum?

Nico van Oosten, klinisch psycholoog

Hans Knegtering, student medicijnen Universiteit van Amsterdam

## Gezondheids- verschillen tussen mannen en vrouwen

De Nota 2000 moet de sleutel zijn voor een nieuw beleid op het terrein van de volksgezondheid. Aan de hand van gezondheidsdoelen schetst de Nota hoe het met de gezondheid van de bevolking moet zijn in het jaar 2000. Sleutelbegrippen daarbij zijn preventie- en facetbeleid, gericht op risicogroepen, mensen met chronische ziekten, en op het opheffen van sociale gezondheidsverschillen. Als het gaat om de gezondheidsverschillen tussen de seksen, komt men niet verder dan het constateren van de feiten. Dat geldt ook voor het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dat onlangs een artikel wijdde aan de oversterfte van mannen. De cijfers worden gepresenteerd, terwijl de achtergronden onbesproken blijven. De vraag luidt waarom?

De algemeen erkende notie is dat mannen minder vaak een beroep doen op de gezondheidszorg dan vrouwen; van mannen wordt eerder verwacht dat zij hun problemen zelf wel oplossen. Bij nadere beschouwing blijkt dit echter een mythe, die in stand wordt gehouden door de cijfers aan een (te) oppervlakkige analyse te onderwerpen, zoals we verderop zullen zien. Wat de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen wél minder opvallend maakt, is dat mannen minder klagen over hun gezondheid. Belangrijker is echter het gegeven dat mannen vaker het slachtoffer zijn van bedrijfsongevallen<sup>1</sup> en openbare geweldpleging<sup>2</sup>; risico's die zo nauw verweven zijn met het mannelijke bestaan, dat ze niet opvallen. Kijken we naar de sterftecijfers, dan is de mannelijke oversterfte op dit moment 80%, en de verwachting is dat deze verder zal stijgen tot meer dan 90% in het jaar 2000<sup>1</sup>.

### Gezond

In onze samenleving ben je niet zonder meer gezond als je (lichamelijk) niet ziek bent. Gezondheid hangt evenzeer samen met normen en waarden waaraan mensen dienen te voldoen. Er is, om het anders te zeggen, geen fundamenteel onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid. *Ziek ben je als je ziek voelt!*

De relativiteit van ziekte en gezondheid wordt geïllustreerd door een onderzoek van Aafke Komter<sup>3</sup> naar de opvattingen van hulpverleners over de geestelijke gezondheid van mannen en vrouwen. Vooral mannelijke hulpverleners bleken verschillende maatstaven te hanteren voor mannen en vrouwen. Volgens de deskundigen is een man gezond als hij productief, zelfverzekerd, logisch, doelbewust, competitief, rationeel, verantwoordelijk, wilskrachtig, ondernemend, objectief en besluitvaardig.

dig is. Een vrouw daarentegen is tender, sensitief, intuïtief, aanhankelijk, persoonlijk, verzorgend, fijngevoelig, ontvankelijk, spontaan, emotioneel en expressief. Een vrouw is bovendien meer in personen dan in zaken geïnteresseerd, en is veel met het eigen gevoelsleven bezig.

Als je als man (mens) telkens moet bewijzen dat je man(s) genoeg bent, door aan deze eisen te voldoen, loop je voortdurend op je tenen, met een groot risico je gezondheid te schaden. Merkwaardig, maar als we om ons heen kijken zien we dat mannen bijna constant proberen te bewijzen dat ze er wél aan kunnen voldoen.

Gezondheid en ziekte zijn mede het resultaat van het doorlopende spanningsveld tussen maatschappelijke omstandigheden, normen en waarden enerzijds, en individuele mogelijkheden en vaardigheden om je leven naar eigen inzichten in te richten anderzijds. Dit is een opvatting die in de Nota "Volksgesondheid bij beperkte middelen" en ook in de Nota 2000 terug te vinden is.

## Verschillen

Verschillen in de gezondheid tussen mannen en vrouwen komen tot uitdrukking in de morbiditeits- en mortaliteitscijfers. Het relatieve karakter van ziekte en gezondheid maakt de morbiditeit van een bevolkingsgroep niet direkt meetbaar. Daarom hanteert men in de statistieken een aantal andere maatstaven die de morbiditeit min of meer getrouw weerspiegelen. Dit zijn het *ziekteverzuim*, het *gebruik van medische voorzieningen*, en het aantal *ziekenhuisontslagen*. In 1985 bedroeg het ziekteverzuim van vrouwen 8,6% en van mannen 6,6%. Het hogere ziekteverzuim van vrouwen wordt echter in belangrijke mate veroorzaakt door zwangerschappen, iets dat bij uitstek een teken van gezondheid is! In 1976 bedroeg het aantal hiervan aan het totale ziekteverzuim van vrouwen 12,6%<sup>8</sup>. Deze cijfers betreffen alleen de beroepsbevolking, en zijn dus geenszins representatief.

Het gebruik van medische voorzieningen geeft een indruk van de gezondheid van de totale Nederlandse bevolking. Tabel 1 geeft de medische consumptie voor drie takken van de gezondheidszorg in 1984 weer<sup>9</sup>. Mannen lijken zonder dan vrouwen, het valt echter op, dat naarmate er meer gespecialiseerde behandeling nodig is (en er dus een ernstiger ziektebeeld te verwachten is) het voordeel van mannen geringer is.

Het aantal ziekenhuisontslagen<sup>10</sup> laat dit verschil in de ernstiger ziektecategorieën duidelijk zien. In 1983

was het aantal ziekenhuisontslagen voor vrouwen 12.088 per 100-duizend en voor mannen 10.233. Vijftien procent van de vrouwen werd ontslagen na bevalling of zwangerschap.

Een andere verklarende faktor vormt het verschil in leeftijdsopbouw van de groep mannen en vrouwen. De gemiddelde levensverwachting van vrouwen ligt momenteel 7 jaar hoger dan die van mannen. De vrouwelijke bevolkingsgroep is daardoor meer vergrijsd en dus meer ziek dan het mannelijke deel van de bevolking.

Om een volledig beeld te verkrijgen van de gezondheid van mannen en vrouwen, verplaatsen we onze blik naar de geestelijke gezondheidszorg, en wel naar de psychiatrische kliniek. Er verblijven meer vrouwen dan mannen in psychiatrische klinieken. Maar ook hier blijkt de leeftijdsopbouw van belang om het verschil te verklaren. In de leeftijdscategorie van 70 jaar en ouder zijn 1810 vrouwen meer aanwezig; ruimschoots voldoende om het verschil in absolute aantallen te verklaren.

Het sterftecijfer is de meest harde en ondubbelzinnige indicatie voor de gezondheid van een bevolkingsgroep. De sterftecijfers laten er geen twijfel over bestaan, dat er jaarlijks meer mannen dan vrouwen overlijden. De afgelopen 20 jaar overleden 5 mannen op elke 4 vrouwen - een mannelijke oversterfte van 20%. Dit cijfer wordt geflatteerd door de grotere vergrijzing van de vrouwelijke bevolkingsgroep, gecorrigeerd voor de leeftijd, bedraagt de oversterfte van mannen in 1985 79%. Volgens de prognoses van het CBS zal dit in 1995 gestegen zijn tot 95%. Dan zullen - gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw - jaarlijks twee keer zoveel mannen als vrouwen overlijden.

## Levensstijl

De mythe, voor zover nog intact, dat de mannen het sterke geslacht vormen wordt door deze cijfers volkomen onderuit gehaald. De oversterfte van mannen levert het onthutsende bewijs van het tegendeel. Wij willen er voor waken mannen zonder meer als een onderdrukte groep te presenteren. De ziekte- en sterftecijfers zien we op de eerste plaats als een signaal dat mannen zich als groep onderscheiden. Vanzelfsprekend zijn wij vooral geïnteresseerd in de achtergronden, de oorzaken van dit onderscheid.

In een speurtocht naar een verklaring voor de oversterfte van mannen doemt als eerste de biologische constitutie van de man als mogelijke oorzaak op. Uitgebreid onderzoek<sup>11</sup> heeft inmiddels aangetoond dat er verschillen tussen de geslachten op

deelgebieden van hun gezondheid bestaan, bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en ziekten van de geslachtsorganen. Er zijn echter geen verschillen van betekenis in de algehele fysieke kwetsbaarheid van mannen en vrouwen<sup>12</sup>. De sterftecijfers in de jaren '50 bevestigden die. Toen bedroeg de mannelijke oversterfte slechts enkele procenten. We houden vervolgens twee categorieën van oorzaken die de verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen verklaren over: de maatschappelijke positie van de seksen en hun levensstijl.

Sekse blijkt een belangrijk organisatieprincipe van onze samenleving. Langs deze scheidslijn loopt de arbeidsindeling tussen man en vrouw: zij verrichten verschillende soorten arbeid, gekoppeld aan bepaalde posities. We hebben hier niet alleen het onderscheid tussen mannen als kostwinners en vrouwen als huisvrouwen op het oog. Dat is slechts één van de vier scheidslijnen. In het circuit van het betaalde werk vinden we mannen in andere beroepen en bedrijfstakken terug. Binnen één en dezelfde beroepsgroep of -tak bekleden mannen in het algemeen hogere (leidinggevende) posities. Tot slot vinden we in de thuissituatie een soortgelijke arbeidsindeling terug: tot de mannen horen dingen als auto repareren, stopcontact maken, huis opknappen; vrouwen nemen zijn afwassen, kinderen verzorgen, strijken en stofzuigen.

De lichamelijk zware, gevaarlijke, prestigieuze en technische arbeid wordt door mannen verricht. In de zware en chemische industrie en in de bouw werken vrijwel uitsluitend mannen. Daar staan zij bloot aan grote lichamelijke belasting, giftige stoffen en overmatig lawaai. Deze arbeidsomstandigheden betekenen een gezondheidsrisico en een grotere kans op bedrijfsongevallen. De sterke prestatie- en carrièredruk waar mannen in leidinggevende en beleidsbepalende functies onder werken vormen eveneens een extra druk op hun gezondheid. Hierover mag niet lichtvaardig gedacht worden. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat maar liefst 70% van alle werknemers vóór hun pensionering geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt verklaard<sup>13</sup>. Nog slechts 30% haalt de eindstreep van de afvalrace die ons arbeidsbestel is geworden. Arbeidsongeschiktheid en werkloosheid dragen bovendien in hoge mate bij aan de psycho-sociale problemen waar mensen mee worstelen. Het kostwinnerschap betekent veel vaker een extra druk op mannen dan een mogelijkheid om zichzelf te ontplooien. De

maatschappelijke positie belemmert mannen in het ontwikkelen van hun verzorgende eigenschappen en in hun emotionele ontwikkeling. Door de normen die voor mannen gelden hebben zij bovendien weinig zicht op de wisselwerking tussen hun maatschappelijke positie en de lichamelijke en geestelijke klacht die zij daaraan overhouden.

De geschetste maatschappelijke positie van mannen kan niet los gezien worden van hun levensstijl. Slechts een klein gedeelte is in staat om weerstand te bieden aan de sociale en maatschappelijke druk die op hen wordt uitgeoefend. Mannen hebben in onze samenleving een andere opdracht dan vrouwen. Mannen hebben zich deze opdracht eigen gemaakt. Dat blijkt uit een onderzoek van Wout Buitelaar en Ruud Vreeman naar de kwaliteit van de arbeid in de Nederlandse industrie.<sup>1</sup> Dit onderzoek gaat vooral in op de vraag hoe arbeiders zelf de verschillende kanten van hun werk ervaren en welke verbeteringen zij daarin nastreven. Aan de ene kant blijken arbeiders de harde werkomstandigheden te benadrukken, aan de andere kant zijn ze terughoudend in hun streven naar verbeteringen. Jeanne de Bruijn stelt in een bespreking in Marge<sup>1</sup> dat één van de oorzaken van deze terughoudendheid hun opvatting over mannelijkheid is: het aankunnen van zware en gevaarlijke arbeidsomstandigheden is één van de manieren waarop zij hun mannelijkheid kunnen bewijzen. Zo houden mannelijkheidsidealen ongezone en soms mensonwaardige arbeidsomstandigheden mede in stand.

## Ideaal

De verwevenheid van de maatschappelijke omstandigheden en de individuele levensstijl maakt de werking van beide factoren ondoorzichtig. Kiest de man zelf voor een produktieve, dominante positie in de samenleving? Wordt hij door krachten buiten hem in zo'n positie gemanoeuvreed?

De eerste positie presenteert de man als de **onderdrukker**. Door zijn kostwinnerschap verwerft hij een centrale en onafhankelijke positie in het gezin. Zijn vrouw blijft dienstbaar, zijn gezin vormt een betrouwbare basis. Deze basis is onontbeerlijk voor zijn werk en zijn werk is zijn leven. Een goede invulling daarvan betekent een interessante en verantwoordelijke baan waarmee hij macht en aanzien verwerft, niet in het minst ten aanzien van andere mannen. De gevolgen voor de gezondheid zijn een beroepsrisico, de prijs voor een spannend bestaan.

De man in de **ondergeschikte** positie is geketend aan zijn verplichtingen. Maatschappelijke en economische krachten gebruiken hem als arbeidskracht zonder inhoud. Hij heeft verantwoordelijkheden voor zijn gezin, hij moet voor het inkomen zorgen en straffen uitdelen. Hij heeft verantwoordelijkheid in de samenleving, de economie moet draaiende gehouden worden. Veranderingen in deze rollen ten gevolge van nieuw economische en sociale ontwikkelingen, zoals de informatie-technologie of veranderende verhoudingen tot de vrouw, moet hij zo snel mogelijk assimileren. Geen wonder dat hij ziek wordt en vroegtijdig sterft.

Het is niet mogelijk "de man" door middel van één van beide rollen volledig te karakteriseren. Al naar gelang de positie die hij inneemt en de keuzes die hij maakt, zowel ten opzichte van vrouwen als mannen, wisselt hij van rol. De mannen in de hogere lagen van onze samenleving zullen vaker een dominante positie innemen. De man uit de arbeidersklasse zal vaker in een ondergeschikte positie terecht komen. Geen man ontkomt aan beide rollen, de accenten liggen echter van persoon tot persoon anders. De machtsprocessen die deze gang van zaken in stand houden zijn meestal ongrijpbaar.<sup>2</sup> Daarnaast grijpen de krachten aan op het microniveau van de samenleving: het gezin, de primaire relaties en het groeiproces van het individu. Dit machtsmoment wordt vaak socialisatie genoemd. De man krijgt van zijn opvoeders, school en de media te horen hoe hij zich moet gedragen. Deze gedragscode behelst actief, egocentrisch gedrag zoals besluitvaardigheid, ondernemingsdrang, dominantie, rationaliteit en sportiviteit. Maar ook meer altruïstisch gedrag maakt deel uit van deze codering, zoals verantwoordelijkheidsgevoel, plichtsbesef en solidariteit. Deze coderingen vormen een ideaalbeeld waaraan de man zich vasthoudt, tot hij er niet meer buiten kan en het ideaalbeeld hem vasthoudt. Wanneer de man aan dit ideaal voldoet kan hij zijn leven als succesvol kenschetsen. Maar de prijs blijkt zijn gezondheid en levensgenot...

## Kansen

De afgelopen jaren hebben de mannelijkheidsidealen aan kracht en belang ingeboet. Dat gebeurde onder invloed van de feministische kritiek, maar vooral ook onder invloed van economische veranderingen na de Tweede Wereldoorlog. Het aantal mensen (lees: mannen) dat werkzaam is in de zware industrie, is mede onder invloed van de toenemende robotisering fors gedaald.\*

Met de groeiende markt rondom communicatie- en informatie-technologie zal het aantal mensen dat in de dienstverlenende sector werkt alleen maar toenemen. De crisis van de jaren zeventig en tachtig met de toegenomen concurrentie met Europa, Amerika en Japan leidden tot een flexibeler economisch concept<sup>18</sup>. Arbeiders op de werkvloer moeten multi-inzetbaar zijn. Managers ondergaan allerlei cursussen die hen sociale vaardigheden bijbrengen die onontbeerlijk zijn bij het leidinggeven. De werkloosheid heeft er toe geleid dat voor een man zijn baan niet meer per definitie het kader is waaraan hij zijn identiteit ontleent. Onbetaalde arbeid gaat in dit opzicht een steeds belangrijker functie vervullen<sup>21,22</sup>. Dit heeft tot gevolg dat de normen, waarden en idealen waarmee mannen zijn grootgebracht niet meer aansluiten op de dagelijkse praktijk. In dat proces ontstaat ruimte voor mannen iets aan hun positie te veranderen. De man kan opkomen voor andere belangen dan macht, prestige en aanzien. Hij is meer dan arbeidskracht en kostwinner. Zijn lust en zijn leven kan meer zijn dan zo hoog mogelijk klimmen op de sporten van de maatschappelijke ladder.

## The proof of the pudding ...

In het oktobernummer van dit tijdschrift kritiseerden Erik Heydelberg en Frits Muller<sup>23</sup> de Nota 2000. Zij constateren dat de nota geen verband legt tussen de maatschappelijke omstandigheden en levensstijl, terwijl dat verband wel degelijk bestaat. In het voorafgaande toonden wij aan dat deze kritiek terecht is voor zover het om mannen gaat. Het eindverslag van de Projectgroep Vrouwenhulpverlening dat in mei vorig jaar verscheen, beschrijft hoe dit verband eveneens geldt voor de andere kanten<sup>24</sup>.

Het is dan ook duidelijk dat de gezondheidstoestand van de bevolking of van een bevolkingsgroep niet of nauwelijks te beïnvloeden zal zijn door middel van een leefstijlbeleid dat geen rekening houdt met de maatschappelijke positie van mensen om wie het gaat, en met de manier waarop mensen gesocialiseerd zijn. Dit gaat met name op voor die mannen die er belang bij hebben hun maatschappelijke positie en levensstijl te *handhaven*. Zij zullen niet snel bereid zijn daaraan iets te veranderen. Ook niet als zij worden gewezen op de consequenties voor hun gezondheid. Dat is namelijk een argument dat mensen zelden stimuleert tot een andere levensstijl. Keer op keer blijkt dat niet gezondheid, maar macht, aanzien, prestige, genot of kick die mensen uit hun gedrag halen,

leidraad is voor hun levensstijl.

Wij zijn er dan ook van overtuigd dat de invloed van het ministerie van WVC op het totale regeringsbeleid te gering is om een *effectief* facetbeleid van de grond te krijgen dat de gezondheid van mannen duurzaam kan verbeteren. Niet in de laatste plaats, omdat de regering voor een belangrijk deel uit mannen bestaat. Mannen die belang hebben bij de huidige maatschappelijke verhoudingen en dus niet snel geneigd zullen zijn de gezondheid van de bevolking boven alles te stellen. Dat zou werkelijk een historisch unicum zijn.

### ... is in the eating.

Of de Nota 2000, zoals men op pagina 4 stelt, daadwerkelijk "*een belangrijke accentverschuiving in het volksgezondheidsbeleid*" betekent, zullen we dus af moeten wachten. Dat de maatschappelijke positie van mensen en hun levensstijl van invloed zijn op hun gezondheid is namelijk niets nieuws. In een onlangs verschenen boekje laten Van Londen<sup>24</sup> en Wijnberg<sup>25</sup> zien dat deze noties 20 jaar geleden al aanwezig waren in de Nota Volksgezondheid, en sindsdien eigenlijk nooit geheel zijn verdwenen uit de beleidsstukken van de overheid. Het ministerie van WVC geeft dit zelf ook aan in de Nota 2000. In dezelfde bundel stelt Idenburg dat de Nota 2000 niet veel meer is dan een visiestuk<sup>26</sup>. Wijnberg gaat een stap verder in zijn kritiek dat de overheid nu maar eens met concrete plannen moet komen.

Zullen mannen inderdaad bereid zijn hun (machts)posities en hun levensstijl ter discussie te stellen en te veranderen met het oog op hun gezondheid?

Wanneer we nogmaals memoreren dat de Nota 2000 niets zegt over de achtergronden van de gezondheidsverschillen tussen de seksen, is dit geen reële verwachting. De Nota 2000 is met gezondheid als centrale waarde dan ook ver verwijderd van de traditionele mannelijke ideologie waarin macht, aanzien en prestige centraal staan.

De overheid doet er daarom beter aan de mogelijkheden van bevolkingsgroepen om hun leven naar eigen inzichten in te richten te vergroten. Dat kan echter niet zonder ingrijpende veranderingen aan te brengen in de bestaande maatschappelijke machtsverhoudingen tussen mensen.

## Paard van Troje

Wij hebben natuurlijk niet de pretentie dat wij kant en klare oplossingen kunnen bieden voor de gesignaleerde problematiek. Wel willen we aan de hand van enkele concrete

voorstellen tonen in welke richting wij vernieuwingen zoeken.

Om vernieuwingen aan te brengen zou het facetbeleid van de overheid zich vooral moeten richten op veranderingen in de organisatie van de arbeid en de aard van het verrichte werk.

*Arbeidstijdverkorting* met behoud van loon voor de laagstbetaalden en een consequente stimulering van deeltijdarbeid voor mannen, zou mannen de gelegenheid geven te ontdekken dat er méér is in het leven dan werk, presteren en carrière maken. En ook dat vrouwen uitstekend in staat zijn om als gelijkwaardige partner samen met hen de kost te verdienen. Helaas stopt het proces van arbeidstijdverkorting op dit moment.

Het is echter de vraag of alleen dit soort maatregelen afdoende zijn. Het zou wel eens kunnen zijn dat de arbeid op een radicaal andere wijze georganiseerd zou moeten worden: op een manier die de ontplooiing van werknemers net zo belangrijk acht als de mate waarin zij productief zijn. In dat licht is het schrijnend dat de AREO-wet op dit punt niet wordt doorgevoerd<sup>27</sup>. Verder zouden bedrijven, zoals in de V.S. gebeurt<sup>28</sup>, in het kader van de AREO-wet programma's op kunnen zetten om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen.

Deze maatregelen zouden ervoor kunnen zorgen dat er op den duur minder geld hoeft te worden uitgegeven aan de gezondheidszorg en uitkeringen.

Veranderingen in de sfeer van de arbeid zullen echter niet voldoende zijn. Zo zou de gezondheidszorg klachten en ziekten van mannen meer dan nu in verband moeten brengen met hun maatschappelijke positie, hun levensstijl en hun socialisatie tot man. Nog te vaak gebeurt het dat mannen onnodig worden teruggejaagd in hun rol van kostwinner. Er is eerder behoefte aan seksespecifieke hulpverlening dan aan louter *vrouwenhulpverlening*. Helaas blijken mannelijke hulpverleners veel vaker stereotype rolopvattingen te hebben dan hun vrouwelijke collega's<sup>29</sup>.

Maar zelfs dan zal er weinig veranderen, als er bij mannen zelf geen mentaliteitsverandering op gang komt; als zij zich steeds maar weer laten opjagen om te bewijzen dat ze (nog steeds) echte mannen zijn. Mannen zouden zich kunnen organiseren op de genoemde punten: het recht op deeltijdarbeid (nu slecht geregeld in CAO's) en gedeeld kostwinnerschap, het recht op gezonde en gezondheidsbevorderende arbeidsomstandigheden, een gezondheidszorg die zich net zo goed bekommert om de levensvreugde van mannen als hun maat-

schappelijke positie, aanzien en prestige. Kortom, mannen zullen zelf eisen moeten gaan stellen.

De Nota 2000 noemt dit alles in het kader van het voorgestane facet- en preventiebeleid niet. Konkrete plannen of zelfs maar ideeën ontbreken volkomen. En dat maakt de nota tot niet meer dan een theoretische en papieren poging een verband te leggen tussen de gezondheid van mensen en hun maatschappelijke positie en levensstijl.

Wij vrezen dan ook dat er van een daadwerkelijk facetbeleid niet veel terecht zal komen, en dat de overheid zich voornamelijk zal concentreren op het leefstijlbeleid. Daarmee bestaat het niet ondenkbegrijp gevaar dat de overheid meer greep wil krijgen op het leven van mensen door gezondheid als centrale waarde op te voeren. Straks wordt het nog een plicht om gezond te leven, en worden er boetes geheven (een hogere eigen bijdrage!) als we dat niet doen! De Nota 2000 krijgt daarmee meer het karakter van een "paard van Troje" dan van een "health Odyssey"<sup>30</sup>. ••

### Noten

1. Centraal Bureau voor de Statistiek: Gcslachtsverhoudingen in de demografie van Nederland: 1981. In: Jaarstatistiek 1981, 1:18-1: bevolking. CBS, april 1981, p. 1-18.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek: Bedrijfsongevallen in enkele bedrijfstakken HJ8-1: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, nu-i HHHI.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek: Sterfte ten gevolge van uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging, 1:18-1: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, juni 1:186, p. 15-1.
4. Komtr. A.: Ceeslijko gezondheidsverschillen maatstaven voor vrouwen en mannen"; Psychologie en maatschappij, nr. 3, maart 1978, p. 101-11.

5. Tweede Kamer der Staten Generaal; Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen; Tweede Kamer 1983-84, stuk 18108, nrs. 1-2, p.9.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek; Het ziekteverzuim in Nederland - jaarcijfers 1985; Maandbericht gezondheidsstatistiek, CBS, juni 1986, p. 21-26.
7. Centraal Bureau voor de Statistiek; Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1979; CBS/ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Den Haag, 1980, p. 214-215.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek; Trends in de medische consumptie 1974-1984; Maandbericht gezondheidsstatistiek, CBS, februari 1986, p. 5-19.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek; Diagnose statistiek ziekenhuizen 1983; Maandbericht gezondheidsstatistiek, CBS, januari 1986, 1986, p. 13-19.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek; Vademecum gezondheidsstatistiek; CBS, 1984.
11. Verbrugge, L.M. Gender and health: an update on hypotheses and evidence; Journal of health and social behavior, vol. 26, sept. 1986, p. 156-182.
12. Strien, W. van: Man en vrouw verschillen biologisch nauwelijks; De Volkskrant, zaterdag 11 oktober 1986.
13. Buitelaar, W. en R. Vreeman: Vakbondswerk en kwaliteit van de arbeid; voorbeelden van werknemersonderzoek in de Nederlandse industrie; SUN, Nijmegen, 1985.
14. Bruijn, J. de: Kwaliteit van de mannenarbeid; Marge, jrg. 10, nr. 8, oktober 1986, p. 342-343.
15. Foucault, M. Disciplineren; In: Ter Elferd Ure, nr. 29, 1981, p. 588-622. Foucault, M.: Geschiedenis van de Seksualiteit, deel 1: de wil tot weten, SUN, Nijmegen, 1984.
16. Putten, M. van; Bedrijven wentelen risico's af op "Jan de Arbeider"; Volkskrant, woensdag 22 oktober 1986, p. 15.
17. Metze, M.: Een driedeling van de arbeidsmarkt; Intermediair, jrg. 36, 5 sept. 1986, p. 7-13.
18. Hoogteijling, J.H.: Arbeid emancipeert; ESB, 5 maart 1986, p. 237.
19. Bruijn, J. de; Verzorgingstijd: een nieuw sociaal strijdperk; Marge, nr. 9, sept. 1985, p. 481-485.
20. Londen, J. van: Ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid 1966-1986; In: Dekker, E. en B. Wijnberg (red.) Gezondheidsbeleid over de grenzen van de gezondheidszorg; Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1986, p. 16-24.
21. Wijnberg, B.: Tien jaar tussen zorg en gezondheid; In: Dekker, E. en B. Wijnberg (red.), zie noot 23, p. 25-47.
22. Heydelberg, E. en F. Muller: Nota 2000; A Health Odyssey?; Tijdschrift voor gezondheid en politiek, nr. 3, oktober 1986, p.6-9.
23. Projectgroep Vrouwenhulpverlening; Slangengodin en Co; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1986.
24. Idenburg, Ph.A.: Lange-termijndenken en beleidsadviesing: over de relevantie van een overkoepelende visie. In: Dekker, E. en B. Wijnberg (red.), zie noot 23, p. 48-61.

# 'Van succcessen e- inde en

"*Transformatie van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987*" is de titel van het proefschrift van Laurent van der Maesen. Aan dit proefschrift zijn vier geschriften verbonden, die handelen over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Maastricht, Rotterdam, Almere en Amsterdam-Zuidoost. Het proefschrift behandelt het geheel van de Nederlandse gezondheidszorg in sociaal, economisch en politiek opzicht. Een omvattende analyse, die niet voorbij gaat aan de feitelijke ontwikkelingen van de laatste 15 jaar; maar juist pretendeert, hieraan een politiek bruikbare interpretatie te geven.

Van der Maesen kreeg tien jaar geleden vanuit de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) in Amsterdam de opdracht om sociaal wetenschappelijk onderzoek op de universiteiten te stimuleren. Hij koos voor een eigen aanpak en werkte aan nieuwe ontwikkelingen in de praktijk zelf. Vanuit SISWO moesten deze ontwikkelingen bestuurlijke en theoretische steun krijgen. De opzet was te helpen bij het tot stand komen van nieuwe verbanden tussen werkers in het veld. Vanuit deze verbanden zouden stimulansen en vraagstellingen uitgaan naar de universiteiten. Dit *in plaats van* het uitwerken van vraagstellingen binnen het van de praktijk vervreemde universitaire milieu. Van der Maesen richtte zijn activiteiten op de vier genoemde regio's, daar zouden volgens hem een aantal doorbraken op het terrein van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening plaatsvinden.

De *Zuidoost-lob van Amsterdam* was voor hem geen nieuw terrein. Daar had hij reeds tien jaar ervaring opgedaan met het opbouwen van infrastructuur voor de dialoog over de toekomst van die toen nieuwe stad. In deze regio ziet hij nog steeds het meeste perspectief voor *positieve* verandering: het aanbod van de hulpverlening moet aansluiten op de behoeften van de bevolking. Die voorkeur is mede gevoeld door het sterk ontwikkelde multidisciplinaire werken, de erfenis van de Werkgroep Eerste Lijn, die in de jaren '70 de weg plaveide voor de gezondheidscentra. Tegenwoordig is vooral van belang dat het in 1983 geopende Academisch Medisch Centrum (AMC) een verdeeld huis is. Dat is niet het geval bij de academische ziekenhuizen in Rotterdam en Maastricht. In het AMC heeft de verpleging ook

Interview met  
Laurent  
van der Maesen



# *mislukkingen regio wordt elders niets geleerd"*

Er verandert veel in de Nederlandse gezondheidszorg. Laurent van der Maesen maakte deze veranderingen tot onderwerp van zijn proefschrift. Vanuit de praktijk analyseerde hij de meest opvallende ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar.

Denhard de Smit en Hugo Smeets spraken met van der Maesen over de conclusies van zijn omvangrijke onderzoek. Wat is de invloed van de medische technologie op de eerste lijn? Hoe staat het eigenlijk met de samenwerking tussen de hulpverleners?

Een introductie van de "nieuwe theorievorming" over de praktijk van de gezondheidszorg.

**Denhard de Smit**  
**Hugo Smeets**

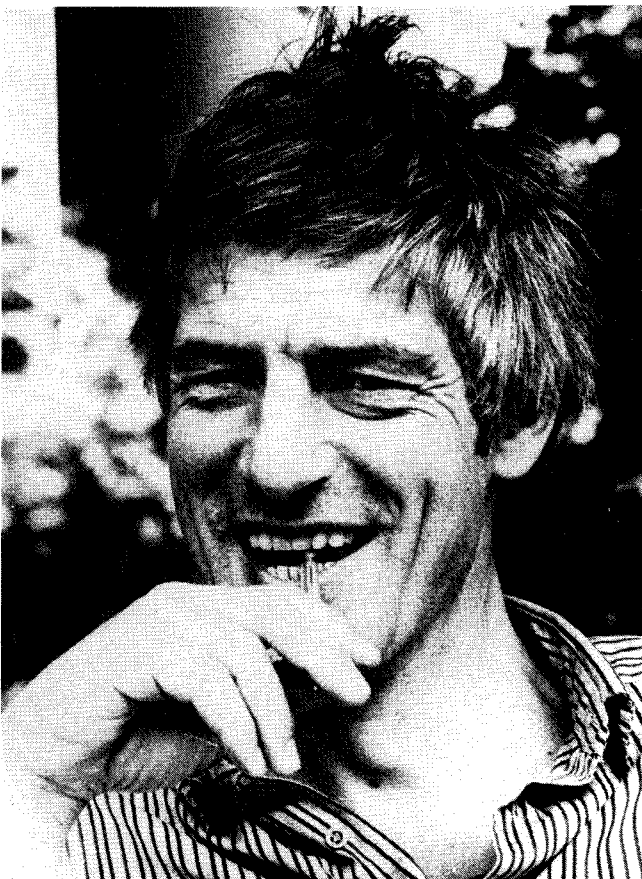


Foto: D. Sluyter

degelijk wat te bieden en zal zeker protesteren tegen ontwikkelingen die alleen de technologie stimuleren, denkt van der Maesen.

In de vier regio's werkte hij mee aan studiegroepen en onderzoeksplatforms, die proberen door bemiddeling tussen onderzoekers en hulpverleners vernieuwend onderzoek te organiseren. Verder werkte Van der Maesen mee aan ontwikkelingsinstututen; deze hebben een taak in het bevorderen van de communicatie tussen hulpverleners over de ontwikkelingen van de zorg. Daarin was de gezondheidszorg steeds tegelijk onderwerp van studie en verandering. Het proefschrift is een reflectie op het materiaal en de ervaringen die tien jaar werken in de gezondheidszorg opleverden.

## **Technologie en zelf zorg**

In tegenstelling tot het officiële overheidsbeleid krijgen de intramurale zorg en vooral de topspecialismen in de onderzochte regio's de kans tot ongebreidelde groei. Dat is één van de belangrijkste conclusies uit het proefschrift. De regeringsdocumenten blijken geen samenhangend beleid te bevatten en de ervaringen uit de praktijk spelen hierin nauwelijks een rol. Auteurs van dergelijke documenten verschuilen zich achter voorstellingen van "medische macht" en "autonome ontwikkeling van de medische wetenschap". Dat biedt volgens van der Maesen geen verklaring voor de verandering van de maatschappelijke verhoudingen.

Vier zeer verschillende grondmotieven, filosofische uitgangspunten voor de beschrijving van westerse samenlevingen, passen verrassend goed op de verschillende lokale ontwikkelingen. De eenheid in beleid blijkt *niet te vinden in herkenbare regionale patronen*. Die is wel te vinden in de overeenkomst tussen het geneeskundige paradigma en de heersende economische leerstellingen. De *traditionele etiologie* tracht de biofysiologische aard van ziekte te achterhalen; dat vereist een verbetering van de techniek. Voor een *gezonde economie* zijn groei en investeringen in de technologie noodzakelijk. De vrije markt is de bakermat voor dit samenspel, waarin de behoeften aan zorg geen aandacht krijgen.

In de vier regio's tekenen deze effecten zich duidelijk af. De ziekenhuizen groeien en worden sterker; de samenwerking in de eerste lijn krijgt nauwelijks aandacht. De pogingen om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen zonder een gelijktijdige absolute beheersing van de technologische vernieuwing zal leiden tot een inkrimping van de extramurale zorg. Zelfzorg, in de ogen van van der Maesen hetzelfde als *geen zorg*, moet het verlies aan extramurale zorg opvangen. De zelfzorgideologie funktioneert als dekmantel voor de ontwikkeling van de medische technologie in de intramurale sector. Toepassing van die technologie vraagt om een herstel van het marktmechanisme in de gezondheidszorg en een overheveling van de collectieve bestedingen naar de individuele bestedingen. Dit zal gepaard gaan met een toename van ongelijkheid in de verwerving van zorg tussen de inkomensgroepen.

## Samenwerking

*In deze studie beargumenteer ik dat je veranderingen in de gezondheidszorg niet kunt bewerkstelligen vanuit het solistische patroon van hulpverlening. Niet vanwege de ongeschiktheid of onwil van die solisten, maar vanwege de structurele onmogelijkheid dat van hieruit nieuwe verhoudingen ontstaan. Het stimuleren van de multidisciplinaire hulpverlening en het doordenken hiervan naar de geneeskunde kan een transformatieproces opgang brengen. Ook van de verhouding intramuraal-extramuraal. De multidisciplinaire samenwerking kan de samenhang in de extramurale zorg vergroten. Zo kan een echte dialoog met het intramurale tot stand komen. Dat kan bijvoorbeeld niet vanuit de diagnostische centra, waarnaar huisartsen kunnen verwijzen voor eenmalige consulten of verrichtingen. Deze centra, zoals in Maastricht en Utrecht zijn primair gericht op het intramurale, en werken dus noodzakelijkerwijs vanuit een atomistisch concept, vanuit de klassieke etiologie, waarin ziekte een toevalligheid is in het individuele bestaan. Via diagnostische centra zou de extramurale zorg zich helemaal gaan richten op het ziekenhuis. Daarom zijn de specialisten in Maastricht ook zo enthousiast. De huisartsen kregen ook meer behoefte aan bijscholing door de specialisten, precies omdat ze er veel meer mee werden geconfronteerd."*

"Het belang van de ontwikkelingsinstituten in de eerste lijn ligt in het stimuleren van de dialoog in de gezondheidszorg. Tot nu toe is de problematiek waaraan ze in feite moeten werken niet benoemd. De discussie over de instrumenten van transformatie moet nog beginnen en mijn proefschrift levert aan de start daarvan een bijdrage. De ontwikkelingsinstituten moeten de lokale overheden en de ziekenfondsen betrekken bij het uitzetten van nieuwe strategieën. Dat zal een zekere reflectie vragen van deze instituties over terreinen waarover ze zich normaal niet buigen, omdat ze daar zogenaamd financieel-technisch niets over te zeggen hebben. Maar deze terreinen zijn wezenlijk bepalend voor de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Zo kun je in de gezamenlijke nota van de gemeente Amsterdam en het ziekenfonds niets terugvinden over de betekenis van de twee academische ziekenhuizen of de rol van het ministerie. Locale overheid en ziekenfonds zouden als zekere machtsfactoren ook veel bewuster kunnen opereren naar WVC en de Ziekenfondsraad. Maar daarover moet je nu niet te veel illusies hebben. De gezondheidszorg moet wel veranderen, en als dat niet gebeurt in de richting die ik schets, dan loopt het financieel stuk. De trend van de technologische stimulering loopt in zichzelf vast, omdat er geen rem meer aan zit. Dat staat op een gegeven moment los van gezondheid en zal negatieve gevolgen hebben voor sociale groepen, die financieel het zwakste staan. Hier ligt het perspectief voor de lokale bestuurders, want de protesten ~llt deze groepen zullen niet uitblijven. Dat is waar de ontwikkeling van de gezondheidszorg geen rekening mee houdt. Die ontwikkeling stuwt maar voort op de drang naar verbetering van de medische expertise.

## Dekker

"Deze constatering maakt het gemakkelijk te voorspellen, wat de commissie Dekker gaat adviseren. Mede gezien haar samenstelling zal zij het AMC aanwijzen als absoluut speerpunt van technologische vernieuwingen. De oriëntatie op het intramurale zal zich versterken, want ook deze commissie zal niet in staat zijn afstand te nemen van de heersende trend. Die roept om investeringen en afstemming op het bedrijfsleven; de economische groei heeft absolute prioriteit. Ook de nota 2000 schept hiervoor ruimte, door te appelleren aan de individualisering van de hulpvraag via preventie en zelfzorg en tegelijkertijd te roepen om een versterking van de technologie. Verder zullen voorstellen voor marktprikkels niet uitblijven. Dat ligt besloten in de bezuinigingsaanpak van de overheid, die in wezen een overheveling inhoudt van de algemene middelen naar de individuele bestedingen. Op deze wijze zal het bedrijfsleven ook in de gezondheidszorg meer vrije ruimte krijgen.

De verlaging van de collectieve investeringen past in de ideologie van dit kabinet om de solidariteit te "vergroten". Maar dan wel via de weg van de rechtvaardigheid. Een rechtvaardigheid, die bestaat uit het krijgen van waar voor je geld. En dat de één toevallig minder geld heeft ..."

## Communicatie

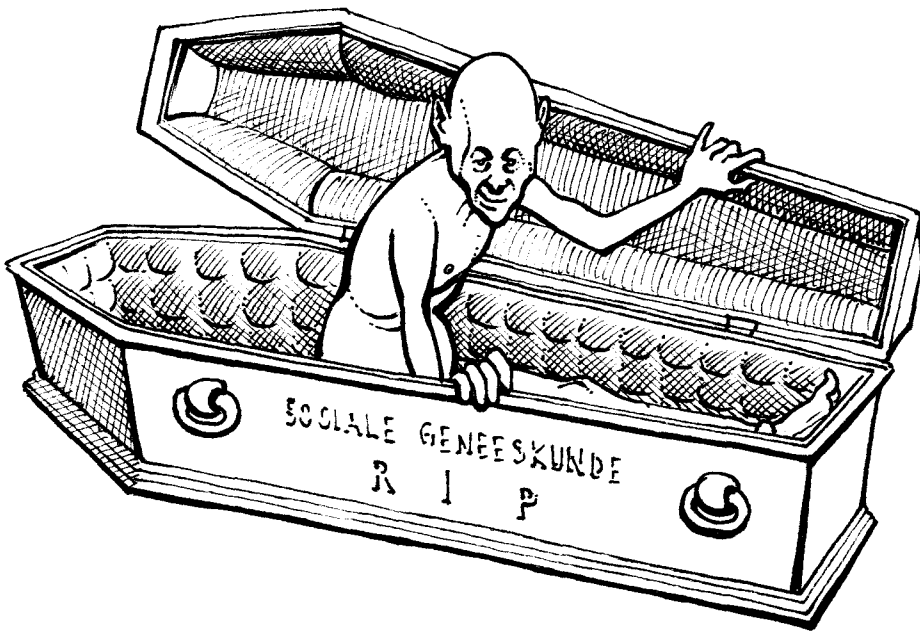
"Van successen, winstpunten en mislukkingen in de regio wordt niets geleerd voor regio's elders. In Nederland vindt geen intellectuele en praktische verwerking plaats van regionale gebeurtenissen en ontwikkelingen. Dat is me duidelijk gebleken. En het is één van de grote bronnen van immobiliteit in Nederland. Als je die communicatie gaat voeren, werk je mee aan de opheffing van die onbeweeglijkheid. Rotterdam bijvoorbeeld, ontkent, om culturele en politieke redenen, systematisch wat er in Amsterdam gebeurt. Wat je ook niet ziet zo, is dat het ministerie van WVC volstrekt verschillend beleid uitwerkt voor regio A, voor regio B en C. Dat geldt ook voor de samenwerking tussen O&W en WVC."

## Macro-analyses

"Paul Juffermans en ik betonen affiniteit. We staan allebei in de traditie van het historisch en dialectisch materialisme, het marxisme, dat ik in mijn studie het eerste grondmotief heb genoemd. Ik heb grote waardering voor zijn studie over "Staat en gezondheidszorg in Nederland". Dat werk heeft me geïnspireerd. Maar ik kijk op een andere manier naar het eerste grondmotief. Juffermans neemt de mensen die zich met betrekking tot de gezondheidszorg intellectueel hebben ontwikkeld in dit grondmotief, direct als vertrekpunt. Ik kijk, meer vanuit mijzelf, wat er voorafgaat aan het eerste grondmotief. Ik ben zelf ook creator van instituties, mijn denken is onder invloed van die praxis zelf veranderd. Juffermans kijkt veel meer vanuit de literatuur, dat is een groot verschil. Hij geeft een historische beschouwing van de ziekenfondsen maar hij levert geen materiaal voor de ziekenfondsen om eventueel hun beleid te veranderen. In wezen is zijn afstand tot de ziekenfondsen heel erg groot. Uit zijn boek haal je geen suggesties voor de regionale ziekenfondsen wat ze moeten doen als ze de gezondheidszorg in een bepaalde richting willen ontwikkelen. Mijn boek speelt daar wel op in. Ik laat ook zien wat ze doen, wat ze zeggen. En wat ze zouden kunnen gaan doen als ze niet met de hoofdtrend mee willen gaan. Mijn aanpak is verder volstrekt anders. Er zijn de empirische folia over de vier regio's. Daar gaan we nu verder mee werken, en dat kan veel beter met de interpretatie daarvan tegen de achtergrond. Zo worden er nu voorbereidingen getroffen met de wethouder van Rotterdam om die folia te gaan behandelen".

"De medische sociologie in Nederland staat vooral in de traditie van het vierde grondmotief, het idealistische individualisme van Weber, waarin de subjectief bedoelde betekenis van het menselijk handelen geldt als de verklaring van de maatschappelijke verhoudingen. Daardoor is de medische sociologie zich te zeer op aspecten gaan richten. Dat zie je ook nadrukkelijk in Maastricht. Daar is een van de grootste medisch sociologische afdelingen, die de transformatie van de gezondheidszorg naar aanleiding van een experimentele medische faculteit helemaal niet tot onderwerp van analyse heeft gemaakt. Ze is zich gaan richten op ziekteverschijnselen en de maatschappelijke verklaring daarvan en dat soort dingen. Dat is het kenmerk van de medische sociologie in Nederland. Daarmee is geen oordeel gevormd over de zin of zinloosheid daarvan, alleen heeft deze, niet geëxpliciteerde keuze voor het vierde grondmotief geleid tot een gebrek aan zicht op het geheel. Je ziet dat ook in de toenemende aandacht voor de steun in het milieu en in de aandacht voor de betekenis en gevolgen van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid voor de gezondheid. Het onderwerp waar ik het over heb, die macro-analyses, dat is in Nederland geen gefundenes Fressen".

# De crisis in de sociale geneeskunde



"Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld?" Onder deze titel analyseerde Eddy Houwaart in het vorige nummer de oorzaken van de "algehele malaise" binnen dit vakgebied.

Guus Bannenberg gaat in een vervolgartikel in op de vraag hoe de sociale geneeskunde het verloren terrein terug kan winnen. Hij beschrijft de nieuwe loten aan de toch wel wat verdorde stam. "Back to the roots" is zijn devies, de sociale geneeskunde moet zich opnieuw richten op onderzoek naar relaties tussen maatschappelijke factoren en gezondheid.

Guus Bannenberg, sociaal geneeskundige

## 'Back to the roots''

'De sociale geneeskunde maakt zich niet meer druk om de grote sociale vragen, om gelijkheid, om de problemen van chronisch zieken en WAO-ers of om de gezondheidsproblemen van immigranten (...). De sociale geneeskunde is haar opdracht ontrouw geworden.' Zo karakteriseerde de Amsterdamse hoogleraar Sociale Geneeskunde Leenen, vorig jaar de situatie van de sociale geneeskunde. Een verdwijnende beroepsorganisatie, een afkalvende universitaire positie en nauwelijks geschikte kandidaten om vrijkomende hoogleraarszetels te bezetten: de sociale geneeskunde is in crisis, dat is duidelijk.

Eddy Houwaart noemt in zijn historische beschouwing over de sociale geneeskunde een aantal factoren die aan deze crisis ten grondslag liggen en die te maken hebben met veranderingen in het ziektepatroon en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Hij stelt dat sociale geneeskunde onvoldoende op deze ontwikkeling heeft gereageerd.

Minstens even belangrijk voor de huidige crisis in de sociale geneeskunde is mijns inziens de structuur van de sociale geneeskunde in Nederland. Houwaart wees op een aantal tekenen van desintegratie in de structuur van de sociale geneeskunde: de opheffing, van de Algemene Nederlandse Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (ANVSG) dit jaar, waarmee tevens het voortbestaan van het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (voorheen Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde) bedreigd wordt.

## Universitaire positie

Op de universiteiten zijn met betrekking tot de sociale geneeskunde rake klappen gevallen. De formatie is tijdens de laatste taakverdelings- en concentratieoperatie (TVC) van Deetman fors uitgedund, en de aanstaande operatie 'selectieve krimp en groei' (SKG) van Deetman II voorspelt niet veel beters. De versterkingen van het extramuraal geneeskundig onderzoek (11 miljoen structureel) is nagenoeg geheel ten goede gekomen van de huisartsgeneeskunde. Van een versterking van het sociaal-geneeskundig onderzoek is geen sprake geweest.

De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat de sociale geneeskunde deze situatie voor een gedeelte ook zichzelf moet verwijten. Tijdens de vruchteloze definitie-discussies van de jaren '60 en '70 is verzuimd een goed onderzoekprogramma op te bouwen en tot een onderlinge taakverdeling te komen. De gevolgen daarvan komen in de voor de universiteiten barre jaren '80 pijnlijk aan het licht nu eigenlijk

alleen voorwaardelijk gefinancierd (landelijk getoetst) onderzoek nog door kan gaan. Dat deze landelijke toetsing geschiedt door vooral biomedisch georiënteerde fora is maar een mager verweer. De sociale geneeskunde heeft zich wetenschappelijk gezien onvoldoende waargemaakt.

Deze gebrekkige onderzoekstraditie en de daarmee gepaard gaande afkalving van de universitaire positie is essentieel voor de huidige crisis in de sociale geneeskunde. De opleiding en doorstroming van onderzoekers is erdoor gestremd en de sociaal-geneeskundige instituten hadden weinig aantrekkingskracht op (ambitieuze) onderzoekers. Een duidelijk bewijs hiervoor vormen de huidige problemen om vacante hoogleraarsposten in de sociale geneeskunde in te vullen. Veel capabele artsen met belangstelling voor de sociale geneeskunde hebben in die periode gekozen voor een beleids- of managementfunctie in de gezondheidszorg (ministerie, adviesraden, ziekenhuisdirecties) in plaats van een onderzoekscarrière.

Deze ontwikkeling heeft tevens belangrijke consequenties gehad voor de ontwikkeling van het vakgebied, het onderwijs daarin en de beeldvorming daarover. Hoewel in de toekomst naar verwachting ongeveer een kwart van de artsen in de sociale geneeskunde werkzaam zal zijn<sup>1</sup>, lijkt dit vakgebied tijdens de studie nauwelijks aantrekkingskracht op de studenten uit te oefenen. Het matige onderwijs en de daardoor negatieve beeldvorming zijn daar debet aan. Het onderwijs in de sociale geneeskunde is langzamerhand versnipperd geraakt. Een systematische Nederlandse inleiding in de sociale geneeskunde verscheen voor het laatst midden zeventiger jaren en is daarna van de markt verdwenen.

De universitaire bloedarmoede in onderwijs en onderzoek werkt door in de sociaal-geneeskundige beroepspraktijk. Zo meent Leenen: *'Veel sociaal-geneeskundigen zijn nette functionarissen geworden, die de richtlijnen uitvoeren van de organisaties waarbij ze in dienst zijn.'* Niet alleen het elan ontbreekt, met de afkalving van de universitaire positie dreigt de sociale geneeskunde haar wetenschappelijke basis te verliezen en daarmee in de toekomst ook haar bestaansrecht. Een flinke reanimatie van de krasse bejaarde lijkt zeker op zijn plaats.

## Nieuwe ontwikkelingen

Heeft de sociale geneeskunde dan stilgestaan? Dat niet. Er zijn wel de-

gelijk aanzetten gegeven voor nieuwe ontwikkelingen de afgelopen jaren. Ik meen echter dat de sociale geneeskunde daar zelf onvoldoende van heeft geprofiteerd. Enkele van die nieuwe ontwikkelingen wil ik hieronder aanstippen.

Duidelijke vooruitgang is geboekt op het terrein van de epidemiologie. Hoewel in oorsprong ontwikkeld binnen de sociale geneeskunde, heeft de epidemiologie zich de laatste jaren steeds meer verzelfstandigd. In bijna alle medische faculteiten bestaan nu vakgroepen epidemiologie. Deels is deze verzelfstandiging ten koste gegaan van sociaal-geneeskundige vakgroepen: deze laatsten hebben formatie moeten afstaan, zijn gefuseerd of in een enkel geval zelfs geheel verdwenen ten gunste van epidemiologische vakgroepen. Deze verzelfstandiging heeft zeker bijgedragen tot een verdere ontwikkeling van de epidemiologie. Toch is een kritische kanttekening op zijn plaats. De epidemiologie is en blijft een *hulpwetenschap*: het is een onderzoeksmethode, géén zelfstandig vakgebied. De suggestie dat de epidemiologie de opvolger zou zijn van de sociale geneeskunde berust dan ook op een groot misverstand. Epidemiologen zullen hun onderzoek altijd in samenwerking met inhoudsdeskundigen verrichten: medisch-biologen, huisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen. Mede als een gevolg hiervan hebben zich de laatste jaren dan ook een aantal subspecialismen binnen de epidemiologie ontwikkeld. Zo is er een richting die zich toelegt op etiologisch onderzoek (gericht op de oorzaak van ziekten). Onderzoek naar risicofactoren van hart- en vaatziekten zoals in Rotterdam plaats vindt is daar een voorbeeld van. Een recente ontwikkeling is die van de klinische epidemiologie waarbij de samenhang tussen enerzijds klachten en symptomen en anderzijds de aan- of afwezigheid van ziekte wordt bestudeerd. Resultaten van dergelijke studies kunnen waardevolle gegevens opleveren voor de diagnostiek van ziekten door huisartsen en medisch specialisten. Dergelijk onderzoek gebeurt vooral in Maastricht.

Een tweede nieuwe ontwikkeling van recenter datum is die van de medische besliskunde. Eigenlijk is de besliskunde een ontwikkeling van de klinische epidemiologie. Op grond van de verschillende mogelijkheden van aanpak van een klinisch probleem wordt een beslisboom opgesteld. Aan alle mogelijke uitkomsten van de verschillende beslis mogelijkheden worden waarden toegekend. Met behulp van de bekende consequenties van beslissingen (kans van

slagen, mogelijke complicaties) wordt vervolgens de meest ideale beslissing uitgerekend. Dergelijke beslismodellen kunnen worden gebruikt voor het opstellen van protocollen voor huisartsen en medisch specialisten hoe te handelen bij bepaalde klinische problemen. Onderzoek van dit type vindt met name plaats in Maastricht en Rotterdam.

Een derde trend is nog van zeer recente datum: health technology assessment. Hiermee wordt bedoeld het evalueren van nieuwe technologieën in de geneeskunde of gezondheidszorg. Nieuwe technologieën kunnen bijvoorbeeld lever- of harttransplantaties zijn, maar ook de introductie van een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. In technology assessment worden de kosten van een nieuwe technologie afgewogen tegen de baten in termen van gezondheidswinst. Voor dit laatste worden nieuwe begrippen uitgewerkt. Eén daarvan is bijvoorbeeld het begrip *quality-adjusted-life-years*, waarbij de bereikte verlenging in levensduur door een nieuwe technologie gecorrigeerd wordt voor de kwaliteit die de patiënt zelf toekent aan de gewonnen levensjaren (in geval van behandeling met cytostatica zal die toegekende kwaliteit vermoedelijk laag zijn).

Tenslotte is een aantal sociaal-geneeskundige instituten zich gaan toelagen op het gezondheidszorgonderzoek. Gezondheidszorgonderzoek kan beschouwd worden als een containerbegrip waarin een grote diversiteit aan onderzoek samengenomen wordt. De methodologie is nog nauwelijks uitgekristalliseerd. Ook binnen gezondheidszorgonderzoek hebben zich inmiddels een aantal subspecialismen ontwikkeld, waarvan gezondheidsrecht en gezondheids-economie wel de belangrijkste zijn. Voor deze subspecialismen zijn reeds een aantal leerstoelen ingesteld (onder andere in Rotterdam, Maastricht en Utrecht).

## Toekomst

Wanneer deze nieuwe ontwikkelingen op een rij worden gezet, dan blijken ze met uitzondering van de laatstgenoemde, vooral betrekking te hebben op methodologieën ter ondersteuning van beslissingen in de geneeskunde en gezondheidszorg. Gezien de discussies de afgelopen jaren over grenzen aan de zorg, onnodige verrichtingen, medicalisering en kostenstijging met name in de tweede lijn is dat een belangrijke stap vooruit. Deze methodologieën zijn echter met name relevant gebleken toegepast in de huisartsgeneeskunde en specialis-

tische geneeskunde. Onderzoeksgroepen die deze verdienstelijke methodologieën hebben ontwikkeld hebben zich inmiddels verzelfstandigd: al wat langer bestaand zijn de vakgroepen Epidemiologie, van zeer recente datum zijn onderzoeksinstituten waar besliskundig onderzoek opgezet wordt: het Centrum voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit te Amsterdam en het Centrum voor Klinische Epidemiologie en Medische Besliskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, gericht op respectievelijk de extramurale en intramurale geneeskunde. Deze universitei-

gepasseerd te worden door de overheid en niet-universitaire onderzoeksinstituten. Een testimonium paupertatis van de sociale geneeskunde is daarbij wel het uitbrengen van de Nota 2000 recentelijk door de overheid in samenwerking met niet-universitaire onderzoeksinstituten, een sociaal-geneeskundig standaardwerk. Aan de hand van de Nota wil ik aangeven waar perspectieven liggen voor sociaal-geneeskundig onderzoek in de toekomst.

tieve opstelling ten aanzien van de gezondheid van de bevolking. Frits Muller en Erik Heijdelberg<sup>7</sup> zijn in dit tijdschrift al uitgebreid ingegaan op de Nota. Ik volsta daarom met een korte beschrijving. In de Nota wordt de gezondheidstoestand geanalyseerd aan de hand van scenariostudies. In deze scenariostudies is met betrekking tot een aantal belangrijke gezondheidsproblemen als hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen, infectieziekten, chronische en psychische ziekten een schat aan epidemiologische informatie bij elkaar gebracht. Verschillende beleidsopties worden aangegeven om een aantal



De eerste hulp afdeling van het ziekenhuis van de Vrije Universiteit

Foto: Michel Pellanders/Hollandse Hoogte

ten hebben daartoe een subsidie van jaarlijks in totaal 9,2 miljoen van minister Deetman gekregen.

Het wordt tijd dat de sociale geneeskunde weer aan haar eigen positie gaat denken. De sociale geneeskunde moet door gebruik te maken van de nieuw ontwikkelde methodologieën, weer **terug naar haar oorsprong**: de relaties tussen biologische factoren, fysieke en maatschappelijke omgeving, leefwijzen, het gezondheidszorg systeem en gezondheid en de noodzakelijke interventies die daaruit voortvloeien (collectieve preventie). Steeds méér lijkt de universitaire sociale geneeskunde daarin

## Prioriteiten

De Nota 2000 is een goede en belangwekkende poging van de overheid om een beleid uit te stippelen waar naast gezondheidszorg ook aandacht is voor gezondheid, dat alles ondersteund door onderzoek. Voor dat initiatief niets dan lof. Het is een logische voortzetting van een aantal eerdere initiatieven op dit gebied, zoals de Schets Basisgezondheidsdiensten, de Nota Veiligheid in de Privésfeer, de Notitie Bevolkingsonderzoeken en zeer recentelijk de Nota Alcohol en Samenleving. Daarmee toont de overheid een duidelijk ac-

gezondheidsdoelen te bereiken. In de Nota worden een drietal ziektecategorieën genoemd, waarvan de sterfte in de toekomst teruggebracht kan worden: hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen. De overheid staan daarvoor twee beleidsopties ter beschikking om dit doel te bereiken: in de eerste plaats een *preventiebeleid* en in de tweede plaats een *eenfacetbeleid*. Met preventiebeleid wordt in de Nota bedoeld preventie binnen het gezondheidszorgsysteem, met facetbeleid preventie buiten de gezondheidszorg (bijvoorbeeld milieu, verkeersveiligheid, werkomstandigheden).

Geén van beide beleidsopties

wordt in de Nota concreet uitgewerkt. Prioriteit wordt gegeven aan het uitwerken van scenariostudies en het verbeteren van een landelijk systeem van gezondheidsinformatie. Pas dit jaar worden de eerste concrete beleidsvoornemens verwacht. Tot op heden is het preventiebeleid van de overheid vooral gericht op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en bevolkingsonderzoeken. Het opzetten van een Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, de voorlichtingscampagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' en het recente besluit tot een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker zijn daar voorbeelden van.

Recente publicaties maken echter duidelijk dat van deze vorm van preventie geen al te grote verwachtingen moeten worden gekoesterd. De effectiviteit van GVO wordt door sommigen in twijfel getrokken en anderen hebben kritiek op de nogal betuttelende stijl waarin GVO gegoten wordt. Ten aanzien van bevolkingsonderzoeken zijn er aanwijzingen dat vroege opsporing de sterfte aan bepaalde ziektes kan terugbrengen. Aangetoond is dit onder andere voor baarmoederhalskanker, borstkanker en voor hoge bloeddruk. Maar daarbij moet aangetekend worden dat niet niet altijd zonder risico's of bijeffecten is. Geneesmiddelen om de bloeddruk laag te houden hebben bijwerkingen, screening op borstkanker geeft een zekere stralingsbelasting en voor alle bevolkingsonderzoeken geldt dat bij screening een bepaald percentage mensen nodeloos ongerust wordt gemaakt omdat ze ten onrechte als ziek worden bestempeld (fout-positieven). Een grote misvatting is verder dat preventie per definitie goedkoper zou zijn. Wanneer men zich realiseert dat grote groepen mensen op gezette tijden gescreend worden bij wie geen afwijking gevonden zal worden, dan is dat gemakkelijk in te zien. In het voorbeeld van hoge bloeddruk moeten ook de niet geringe kosten van de onderhoudsdoosering van geneesmiddelen meegerekend worden. Tenslotte vereisen preventie maatregelen als GVO en bevolkingsonderzoeken voldoende kennis van risicofactoren en de beschikbaarheid van adequate screeningstesten. Voor veel belangrijke gezondheidsproblemen ontbreken kennis van risicofactoren en/of geschikte screeningstesten, en zo risicofactoren al bekend zijn, is het soms erg moeilijk veranderingen in leefwijze te bewerkstelligen (roken, alcohol).

## Sociale ongelijkheid en gezondheid

Relatief meer aandacht zou daarom mijns inziens besteed moeten worden aan het facetbeleid, en juist op dat punt is de Nota 2000 nog erg onduidelijk. Facetbeleid heeft betrekking op de gezondheidseffecten van overheidsbeleid buiten de gezondheidszorg en daar ligt een groot onderzoeksterrein braak, waarop de sociale geneeskunde nog nauwelijks voet heeft gezet.

In 1980 verscheen het in opdracht van de Engelse overheid opgestelde **Black-rapport** waarin opmerkelijke verschillen in sterfte worden gevonden tussen verschillende sociale klassen<sup>7</sup>. Dergelijke verschillen in sterfte zijn ook teruggevonden in Nederlands onderzoek, waarbij verschillende Amsterdamse buurten met elkaar vergeleken werden<sup>8</sup>. Beide onderzoeken suggereren een relatie tussen sociaal-ekonomische factoren en sterfte. Tot eenzelfde konklusie komen anderen op basis van een uitgebreide literatuurstudie<sup>9</sup>. De samenstellers van het Black-rapport menen dat vooral materiële factoren verantwoordelijk moeten worden geacht voor verschillen in gezondheid tussen sociale klassen: slechte woonomstandigheden, slechte voeding en een matige toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daar het sekundaire analyses van sterftegegevens betreft, is de preciese relatie echter nog onduidelijk. Het Engelse rapport beveelt dan ook verder onderzoek aan.

Een andere aanwijzing dat ook in Nederland belangrijke verschillen in gezondheid bestaan, is te halen uit een rapport dat enige tijd geleden verscheen bij het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG). In dit rapport wordt de gezondheidstoestand van migranten beschreven<sup>10</sup>. Uit deze studie blijkt dat de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen van 1 tot 14 jaar 2 tot 4,5 maal zo hoog is als onder Nederlandse kinderen. Ook is bij deze kinderen een hogere incidentie van rachitis en ijzergebreksanemie vastgesteld. Dit zijn ziekten die onder andere te maken hebben met een gebrekkige voeding en die enkele decennia terug veel voorkwamen bij Nederlandse kinderen. Onder Turkse en Marokkaanse volwassenen is verder de incidentie van tuberculose, over het algemeen in verband gebracht met slechte algemene conditie en woonomstandigheden, beduidend hoger dan onder Nederlandse volwassenen. Zeer onlangs is bekend geworden dat zij ook vele malen vaker lijden aan maagzweren. Deze gegevens wijzen duidelijk op de gezondheidseffecten van sociaal-ekonomi-

sche en psycho-sociale factoren bij migranten.

Ook nieuwe ontwikkelingen in arbeidsomstandigheden kunnen onvoorziene gezondheidseffecten tot gevolg hebben. Zo verscheen eveneens bij het NIPG zeer recentelijk het verslag van een onderzoek naar de gezondheidseffecten van het werken met beeldscherm<sup>11</sup>. In toenemende mate vindt het werken met beeldschermen ingang, het is dan van groot belang de gevolgen voor de gezondheid, de werkdruk en de arbeidssatisfactie zorgvuldig na te gaan. Uit deze inventariserende studie blijkt dat het werken met beeldschermen aan de ene kant positief wordt ervaren omdat het werk er efficiënter door wordt, aan de andere kant wordt het beeldschermwerk te eenvoudig gevonden en wordt afwisseling met andersoortig werk op prijs gesteld. Langdurig beeldschermwerk kan leiden tot hoofdpijn en oogvermoeidheidsklachten en, wanneer geen rekening wordt gehouden met ergonomische omstandigheden, ook tot klachten van het bewegingsapparaat.

## Wassen neus

Deze voorbeelden maken duidelijk dat ook in een welvaartsmaatschappij als de onze een duidelijke relatie bestaat tussen (verschillen in) fysieke en maatschappelijke omgeving, leefwijzen, het gezondheidszorgsysteem en gezondheid. De gezondheidseffecten daarvan manifesteren zich in verschillen in sterfte, zoals is gebleken, maar ook moet hierbij gedacht worden aan ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of een vlucht in een alcohol-, gok- of medicijnverslaving.

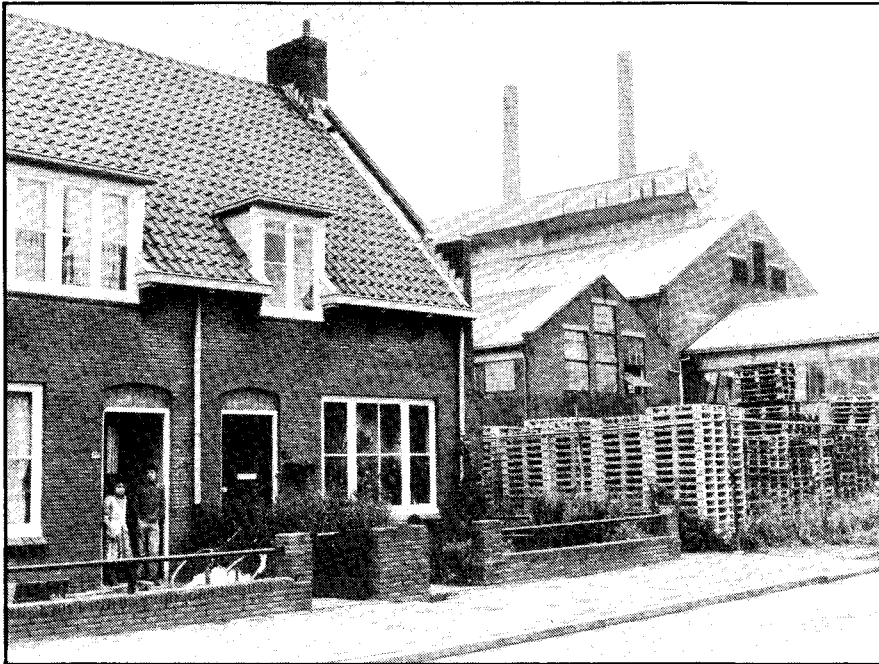
Voor een belangrijk deel hebben deze factoren te maken met overheidsbeleid. De overheid dient mijns inziens zorg te dragen voor een optimale fysieke en maatschappelijke omgeving en een optimaal gezondheidszorgsysteem. In de Nota 2000 noemt de overheid zélf een aantal thema's: onder andere milieubeleid, algemeen ekonomisch beleid, welzijnsbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid. Met de deregulering in het vaandel lijkt deze overheid echter niet van zins op deze gebieden méér werk te verzetten. Daarmee lijkt het in de Nota 2000 voorgenumen facetbeleid al bij voorbaat een wassen neus. Het lijkt er daarentegen juist op dat de overheid druk doende is de verschillen in gezondheid in de toekomst nog te vergroten door de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan te tasten door de voorgenumen beperking van het ziekenfondspakket en de invoering van eigen risico's en eigen bijdragen.

Met name hier ligt mijns inziens een taak voor de sociale geneeskunde om de precieserelaties tussen fysieke en maatschappelijke factoren en gezondheid bloot te leggen. Vooral omdat hierover zo weinig onderzoek beschikbaar is, kan de overheid er zo gemakkelijk omheen. Juist van de sociale geneeskunde mag verwacht worden dat ze zich met dergelijke vraagstukken bezig houdt. In de eerste plaats vanwege haar interdiscipli-

naire karakter, waarin medische, epidemiologische en sociaal-wetenschappelijke deskundigheid verenigd zijn. In de tweede plaats vanwege de maatschappelijke positie die sociaal-geneeskundigen innemen als adviseurs van bedrijven, ziekenfondsen en gemeentelijke, provinciale en landelijke overheid. Mogelijk dat de sociale geneeskunde dan iets van haar verloren bestaansrecht terugwint.

#### Gebruikte literatuur

1. H.J.J. Leenen: Problemen op de weg naar gezondheidspolitiek en een pleidooi voor sociale geneeskunde. Rede uitgesproken op het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, 23 april 1986.
2. E. Houwaart: Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld? TGP, december 1986.
3. Nota 2000, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1986.
4. P.J. v.d. Maas: Sociale geneeskunde: op zoek naar nieuw elan. T. Soc. Gezondheidszorg, n~ 10, 1986.
5. Nota Beroepskrachtenplanning, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1986.
6. E. Heijdelberg, F. Muller: Nota 2000, A health odyssey? TGP, oktober 1986.
7. P. Townsend, N. Davidson: Inequalities in health, the Black report, Pelican Books, 1982.
8. J.D.F. Habbema e.a.: Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige ongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. T. Soc. Geneeskunde, suppl., 1980.
9. J.P. Mackenbach, M. Engels: Regionale gezondheidsverschillen. NIPG- TNO, 1984.
10. R.W.M. Grundemann: Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. NIPG, 1985.
11. F.D. Pot e.a.: Gezondheid en welbevinden bij eenvoudig beeldschermwerk op kantoren. T. Soc. Gezondheidszorg, 7 januari 1987.



## BOEKEN

# Pharmaceuticals among the Sunrise Industries

Bespreking van: Nicholas Wells (ed). *Pharmaceuticals among the Sunrise Industries. Proceedings of an Office of Health Economics Symposium* London: Croom Helm, 1985. 240 pp. Prijs: f 19.95 (hard cover).

Consumentengroepen en deskundigen bekritisieren farmaceutische bedrijven nog steeds voor hun produktie van dubieuze medicijnen en met name voor de levering van die middelen aan ontwikkelingslanden. De actiegroep BUKO bestookt in West-Duitsland de gigant Hoechst. Deze actiegroep houdt niet van eufemismen en ze schroomt niet te melden dat van 165 produkten die Hoechst aan landen in Afrika, Azië en Latijns Amerika levert, de helft 'rotzooi' is. Eén van de produkten die het moet ontgelden ISNovalgim, een pijnstillert met het beruchte Dipyron. In Groot-Brittannië heeft Social Audit (lees: Charles Medawar, de schrik van de industrie) de jacht geopend op middelen die eetlust opwekken en op de markt gebracht worden in landen waar grote aantallen kinderen ondervoed zijn. In Nederland weet Organon dat de werkgroep Wemos haar handel in anabole steroïden nog steeds 'volgt'.

Omnigd door zoveel kritiek zoekt de farmaceutische industrie troost en steun bij zichzelf. In 1984 organiseerde het in Londen gevestigde Office of Health Economics, een 'wetenschappelijk bureau' van de Britse farmaceutische industrie, een symposium waar vertegenwoordigers en sympathisanten van de industrie elkaar bemoedigd konden toespreken. Die toespraken zijn nu gebundeld en uitgegeven onder de opgewekte titel 'Pharmaceuticals among the Sunrise Industries'. De term *Sunrise* verwijst niet naar de bloeiende bedrijven in landen van de rijzende zon zoals Japan, Taiwan en Korea, Met 'Sunrise' worden die takken van industrie aangeduid die geacht worden de beste

voorzichten op economische groei te hebben zoals electronica, kernenergie(1) en geneesmiddelen. Zij worden gecontrasteerd met 'noonday' industrieën (bijvoorbeeld machinebouwkunde) die afhankelijk zijn van vernieuwingen en impulsen uit andere industrietakken en 'twilight' industrieën die al op de terugweg zouden zijn (bijvoorbeeld scheepsbouw en textiel). De 'opkomende zon' was voor diverse deelnemers een dankbare metafoer bij het uitspreken van optimistische woorden over de toestand van hun industrie.

## Paranoia en geborgenheid

Wederzijdse geruststellingen werden vooral op twee manieren gegeven. Eén manier was de critici voor gek verklaren. De publikatie 'The wrong kind of medicine' van Charles Medawar bijvoorbeeld werd afgedaan als 'a vivid illustration of the paranoia that persuades your critics that you are engaged in a conspiracy against humanity' (p. 133~ Genoemde studie bevat een lijst van 800 medicijnen, gebruikt in de Engelse gezondheidszorg, die volgens Medawar nutteloos, ongeschikt of te duur zijn of te vaak worden voorgeschreven. Zijn voorstel om het gebruik van deze 800 medicijnen te beperken en 100 miljoen pond te besparen werd door het Britse Ministerie van Gezondheid 'nog-zogek-niet' gevonden. Dat ministerie is inmiddels begonnen aan een sanering van de geneesmiddelen en het lijkt onwaarschijnlijk dat Nedawars boekje daar onschuldig aan is.

Een andere manier van elkaar oprölijken was het houden van betogen die aantonen dat het goed gaat met de bedrijfstak. Bijvoorbeeld door het belang van hun industrie voor de nationale economie te schetsen. Men sprak in louter economische termen over geneesmiddelen productie en -marketing en men presenteerde het profijtbeginsel als de beste waarborg voor een efficiënte medicijnvoorziening.

Dit elkaar bemoedigend toespreken over de goede economische vooruitzichten van het bedrijf ging echter geheel en al voorbij aan de bezwaren van de critici. Zij hebben nooit, geklaagd over te lage winsten voor de farmaceutische industrie. Hun bezwaren kunnen worden samengevat in één zin: de industrie heeft, in haar commercieel handelen soms te weinig oog voor de gezondheid van haar klanten en springt onzorgvuldig met die gezondheid om (dat is wél eufemistisch gezegd). Het lijkt er dan ook op dat dit symposium voor veel deelnemers vooral een psychologische functie had. Men zocht geborgenheid bij gelijk-denken in een boze wereld. Het pikante daarbij is dat het vooral *ekonomische* analyses waren die deze *psychologische* functie moesten vervullen. Zakelijke en harde ekonomische taal als zachte rationalisatie, dat zie je wel vaker.

## Imago-verbetering

Op het symposium kwam echter nog een andere reactie op de toenemende kritiek naar voren. Die hield in dat de industrie er verstandig aan zou doen de kritiek van buiten serieus te nemen en zich te bezinnen op een passend antwoord. Taylor, tot voor kort directeur van de organiserende instantie (Office of Health Economics), wees een harde confrontatie af. Sprekend over de internationale consumentengroep Health Action International, die zich inzet voor betere medicijnvoorziening in de Derde Wereld, adviseerde hij 'to take a balanced view of their activities, good and bad, and to try to understand the basic reasons for their actions.' (p. 125). Uit het vervolg van zijn betoog blijkt echter dat hij vooral bezorgd is om het Imago van de industrie. Zijn advies om goed te luisteren naar de kritiek is gebaseerd op de overtuiging dat in die kritiek wordt aangegeven wat er schort aan dat imago.

Zijn voorstellen zijn dan ook nauwelijks iets anders dan ingrepen voor een beter imago. Via een professionelere communicatie met het grote publiek moet duidelijk gemaakt worden dat de farmaceutische industrie een 'clear commitment to health care' heeft en grote waarde hecht aan open en vrije informatie. Zijn betoog bevat geen ideeën hoe men daadwerkelijk aan enkele

bezwaren van critici tegemoet kan komen. Voor de, niet-uitge-nodigde, critici moet dit wel bijzonder teleurstellend zijn. Voorwie eenmaal begrepen heeft dat het de spreker om verbeteringen in **public relations** te doen is en niet om een meer adequate medicijnvoorziening, is de volgende uitspraak - die buiten zijn kontekst zeer gunstig opgevat zou kunnen worden - zonder meer schokkend:

*'The aim should be to internalise the good practices of groups like Health Action International: the obvious commitment to consumer interests; sociological insight; empathy with the disadvantaged. To take such elements and create a fresh image and reality which combines emotion and compassion with scientific and medical skills and economic realism.'*

Zelfs 'coöptatie' is nog een te mooi woord voor zo'n voorstel.

## Naïviteit

Deze publikatie van toespraken gunt ons een blik op de interne reacties van de industrie op haar critici. Meestal kan de buitenwereld slechts gissen naar wat men daar binnen denkt en doet. Wat de industrie bij kritiek op haar activiteiten naar buiten los laat, zijn gewoonlijk de stereotype reacties die men in drie etappes kan verdelen: al naargelang de kritiek aanhoudt, zwijgt men, brengt men de critici in diskrediet of wordt de zaak gebagatelliseerd. Deze publikatie toont ons echter de onthutsende werkelijkheid achter de schermen. De medicijn-producenten zijn niet de demonen die sommige erg strijdbare actievoerders ons voorschilderen, het zijn eerder mensen met een zeer beperkte visie. Nog steeds blijken de medewerkers van de industrie nauwelijks in staat te luisteren naar hun critici. Het feit dat zij die kritiek slechts kunnen 'verstaan' als schade voor hun goede naam of als 'paranoia' toont ons misschien wel de zwakste zijde van de industrie: de naïviteit van een commercieel en technologisch vooruitgangsgeloof.

Naïef is ook de publikatie van dit boek. Als Taylor pleit voor een verbetering van het imago van de industrie, dan had hij als eerste daad de publikatie van deze bundel moeten voorkomen. De gepubliceerde voordrachten en discussies tonen de vertegenwoordigers en sympathisanten van de industrie als wereldvreemd en bedrijfsblind. Dat kan nooit goed zijn voor haar Imago.

## Sjaak van der Geest



# KORT & GOED

## Arbeid en gezondheid

Bij de stichting CCOZ zijn onlangs twee publikaties verschenen in het kader van haar activiteiten op het gebied van arbeid en gezondheid.

De eerste is Ziekteverzuim 1981-1985 door B.J. Vrijhof en S. Andriessen. Beschreven wordt het ziekteverzuim in een aantal arbeidsorganisaties in 1985. Het overzicht toont de relatie aan tussen het ziekteverzuim en de verschillende persoons- en funktiekenmerken, zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit, aantal jaren in dienst en leidinggevend nivo. Tevens wordt informatie gegeven over de ziekteverzuimontwikkeling en het personeelsverloop bij een konstante groep van 15 organisaties in de periode 1981-1985.

Deze publikatie is te bestellen bij de Stichting CCOZ, de Boelelaan 30, 1083 HJ Amsterdam (bestelnummer 0520). De prijs is f 12,-.

De tweede publikatie is Inventarisatie 1986; onderzoek naar de relatie menswerk-gezondheid door L.M. Konijnenberg. Dit is een inventarisatie van door Nederlandse instellingen verrichte onderzoeken, studies en experimenten met betrekking tot arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim, langdurige arbeidsongeschiktheid en humanisering van de arbeid. Alle opgenomen onderzoeken worden kort beschreven en voorzien van een kontaktdres. Uit deze inventarisatie blijkt dat het aantal onderzoeken naar (oorzaken van) ziekteverzuim daalt, terwijl projecten met als onderwerp automatisering in aantal stijgen; een tendens die al een aantal jaren geconstateerd wordt.

Deze publikatie is bij dezelfde stichting te bestellen, het bestelnummer is 0538. De prijs is f 20,25.

## Management

Patiënt, zorg en management is het thema van een nationaal symposium, dat op 25 maart zal plaatsvinden in de aula van de Vrije Universiteit van Amsterdam. Onder leiding van Koos Postema zal na een aantal inleidingen over zorg- en managementcultuur, ingegaan worden op een viertal problemen: selectie van patiënten, technologie en zorg, voorlichting aan patiënten en kwaliteitsbeleid.

Voor 16 maart dienen de aanmeldingen voor het symposium binnen te zijn. De toegangsprijs is f 78,-. Het verslag van dit symposium zal in boekvorm verschijnen, de voorintekensprijs is f 20,-. Aanmelding voor deelname aan het symposium of bestellen van het boek is mogelijk via de Stichting Sympoz, Plantsoen Laanhorn 17, 1181BE Amstelveen, tel. 020-431499 of 02975-62575.

## Basisartsen

*"Vrijdagmorgen 8.00 uur. Ik kom het ziekenhuis binnen en weet dat ik hier pas weer maandagavond 18.00 uur zal vertrekken. Dat wil zeggen 82 uur later. Ruim twee volledige werkweken voor ieder ander normaal mens. Na een normale werkdag, avondeten en koffie gaat mijn pieper: dienst en onrust beginnen."* Dit citaat is afkomstig uit het zwartboek dat de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen heeft samengesteld op grond van enquêtes met basisartsen. De LBB wijst erop dat de slechte arbeidsomstandigheden van basisartsen mogelijk nadelige gevolgen hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar ook voor de gezondheid van de basisartsen. Ze dringt erop aan dat deze onder de Arbeidswet begrepen zullen worden.

Het zwartboek is te bestellen door f 7,50 over te maken op giro 5617613 t.n.v. LBB, Postbus 19314, 3501 DH Utrecht, o.v.v. "Zwart op Wit".

Zend aankondigingen, uitnodigingen, scripties, folders, plannen en andere berichten naar Kort & Goed, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, postbus 275, 3500 AG Utrecht..

KORT  
&  
GOED

# ZWAKZINNIGEN

8 mei a.s. wordt er in Utrecht een studiedag gehouden onder de titel: *Nieuwe ontwikkelingen in de zwakzinnigenzorg ondanks/dankzij bezuinigingen.*

Geestelijk gehandicapten worden de laatste jaren steeds meer beschouwd als (gewone) mensen met eigen mogelijkheden die waar nodig hulp van anderen nodig hebben.

Deze visie komt tot uitdrukking in de door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties geformuleerde Verklaring van de Rechten voor Geestelijk Gehandicapten.

*"Indien mogelijk dienen de geestelijk gehandicapten met hun gezinsleden samen te wonen, of bij pleegouders, en deel te nemen aan verschillende vormen van maatschappelijk leven. Het gezin waarvan zij deel uit maken, dient bijstand te ontvangen. Indien verzorging in een inrichting noodzakelijk is, dan dient dit te geschieden in een omgeving en onder omstandigheden die een normaal leven zo dicht mogelijk naderen".*

Binnen het Nederlandse zorgsysteem was tot voor kort nauwelijks ruimte voor kleinschalige initiatieven. Inbreng van de betrokkenen zelf, binnen of naast de geïnstitutionaliseerde zorg, werd schijnbaar niet op prijs gesteld. Het beleid van de overheid was te veel voorzieningen-gericht en te weinig gebruiker-gericht. Desalniettemin komen ouders en verzorgers steeds meer met eigen, al dan niet (tijdelijk) gesubsidieerde, initiatieven. Vakantiekampen, praktische en pedagogische thuishulp, gezinsopvang, boerderijprojecten en geïntegreerde voorzieningen voor vrije tijd en ontspanning zijn voorbeelden van deze initiatieven.

Vandaag de dag lijkt het erop dat star doorgevoerde bezuinigingen met name afgewenteld worden op de zwaksten in onze samenleving. Vanuit de zwakzinnigenzorg komen steeds heftiger reacties over onhoudbare, niet meer te tolereren omstandigheden waarin geestelijk gehandicapten moeten leven en hun verzorgers moeten werken. Op deze studiedag zullen direct betrokkenen als ouders, beleidsmakers, werkers en politici proberen aan te geven welke weg de Nederlandse zwakzinnigenzorg moet inslaan om een menswaardig karakter te behouden.

De studiedag vindt plaats in Utrecht, op vrijdag 8 mei 1987, van 10 tot 16 uur. Opgave voor deze dag is mogelijk door betaling van 10 gulden, door middel van het opsturen van een bankcheque of girobetaalkaart, aan: Vakgroep Ontwikkeling en Socialisatie (studiedag zwakzinnigenzorg), Heidelberglaan 2, 3584 CS Utrecht..

N.B. Het aantal plaatsen is beperkt.. Bepalend voor deelname is de volgorde van inschrijving. Na ontvangst van betaling wordt nadere informatie over het programma toezonden.

KORT  
&  
GOED

## Een eitje

*"Iedereen kan toveren met een eitje",* heet de scriptie die Anita Direcks schreef in het kader van de Voortgezette Opleiding PVO. In deze scriptie worden de geschiedenis van DES en de ontwikkelingen rond de In Vitro Fertilisatie met elkaar vergeleken.

DES is een hormoonpreparaat dat tussen 1947 en 1975 in Nederland aan naar schatting 189.000 à 378.000 zwangere vrouwen werd voorgeschreven ter voorkoming van miskramen. Aan IVF zijn tot nu toe aanmerkelijk minder vrouwen onderworpen, de DES-geschiedenis lijkt echter de medici niet voorzichtig te hebben gemaakt met het toedienen van hormonen ten behoeve van het bevorderen van geboorten.

Behalve uitvoerige achtergrondinformatie over DES, IVF en hun consequenties voor vrouwen, bevat de scriptie een hoofdstuk gewijd aan de strategievraag: hoe kan de vrouwengezondheidsbeweging de discussie over IVF beïnvloeden?

Te bestellen door overmaken van f 17,- op giro 4251492 t.n.v. DES-actiegroep, Utrecht, o.v.v. "Scriptie DES/IVF".

KORT  
&  
GOED

**DE WERKGROEP MEDISCHE  
ONTWIKKELINGSSAMEN-  
WERKING (WEMOS)  
zoekt per 1-4-87 een**

**DIENSTWEIGERAAR  
(erkend gewetens-  
bezwaarde)**

**Wemos is actief op de volgende gebieden:**

- Beleid rond medische ontwikkelings-samenwerking (MOS)
  - Geneesmiddelenvoorziening en derde wereld
  - Vrouwen, gezondheid en derde wereld
  - Revalidatie in de derde wereld
- WEMOS is een vrijwillig(sters) organisatie, die behalve een dienstweigeraar ook twee vaste beleidsmedewerksters in dienst heeft voor 20 uur per week. Daarnaast is er voltijds een medewerkster in dienst voor de (financiële) administratie. Het werk wordt geregeld in samenwerking met vrijwilligsters, vaste krachten en het bestuur.

**De taken van de dienstweigeraar zullen bestaan uit:**

- begeleiden administratief medewerkster
- financiële administratie en voorbereiden begrotingen en jaarrekeningen
- uitbreiden en ondersteunen van voorlichtende activiteiten op het gebied van gezondheid, politiek en derde wereld
- opzetten/ondersteunen orientatiegroepen
- organisatie van politiek kafe
- meewerken aan (redactie) WEMOSbulletin.
- mede organiseren van landelijke symposia
- Sekretariële ondersteuning van de farmagroep (geneesmiddelen en Derde wereld)

**Van de dienstweigeraar verwachten wij**

- ervaring en plezier in het begeleiden van groepen
- kritische visie op gezondheidszorg
- gerichtheid op samenwerking
- organisatorische ervaring en talent
- opleiding op HBO-ofvergelijkbaar niveau.

**Tot aanbeveling strekt:**

- belangstelling voor ontwikkelingssamenwerking
- belangstelling voor geneesmiddelen in derde wereldlanden
- sympathie voor de vrouwenbeweging.

Schriftelijke sollicitaties binnen 14 dagen te richten aan: Sollicitatiecommissie WEMOS Postbus 4098, 1009 AB Amsterdam.  
Telefonische inlichtingen bij: René Breuk overdag op het WEMOS-kantoor: 020 - 653115

**BOOG**

INSTELLING VOOR MAATSCHAPPELIJK GERICHT ONDERZOEK

Bi.	BCXXI zijn de volgende publicaties	nog verkrijgbaar:
1.	Jaarverslag 1984/1985	gratis
2.	"Het kind van de rekening" Verslag van een onderzoek naar de eenoetie aan kinderdagverblijven	J 5,00
3.	"WV's: tussen ouderlijke en eigenwaarde" Onderzoek naar effecten van het sanctiebeleid t.a.v. WNV's	f 12,00
4.	DUNK 2, DUNK 3, DUNK 4  DUNK is een periodiek voor actie-onderzoek. DUNK 2: Arbeidersstrijden en de rol van de vakbonden DUNK 3: Bedreigde zekerheid: sociale strijd in de crisis DUNK 4: Sluitpost op de balans: over het "geleien" van een uitkering	j 6,50 per ex.
5.	"Vermaatschappelijking Gezondheidszorg" beleidsnota ABVA/KABO	f 4,25
6.	"Arbeid, ziekte en gezondheid" Diskussienota FNV-Zuidholland	j 5,00
7.	ABVA/KABO visie op gezondheidszorg "Ontsporende belangen", discussie met de Clentenbond.	f 5,00
8.	"Ziekenhuisgeneeskunde of sterthuisgeneeskunde" V.V. Boumeester	f 5,00
9.	"Een blik op ziekte" P. Erwig over context en de tekens van ziekte	j 5,00
10.	Croetoonrzoek: de sociale gevolgen van de rijk- Voordr. delers Maatregel V.V. Boumeester	J 5,00
11.	Alledaagse economie: Verslag van een stuoredag over informele economie en voor minder draagkrachten	f 25,00 f 15,00
12.	"woonruistenbetere IS inkomenspolitiek" Diskussienota van de FNV-afdeling Rotterdam en het distrikt Zuidholland Zuid	J 6,50

Binnenkort verschijnt:  
"Sleutelen aan de buurt"  
Een onderzoek naar de relatie tussen buurt, informele economie en stadsvernieuwing; door B.v. Waveren en P. Sandwijk

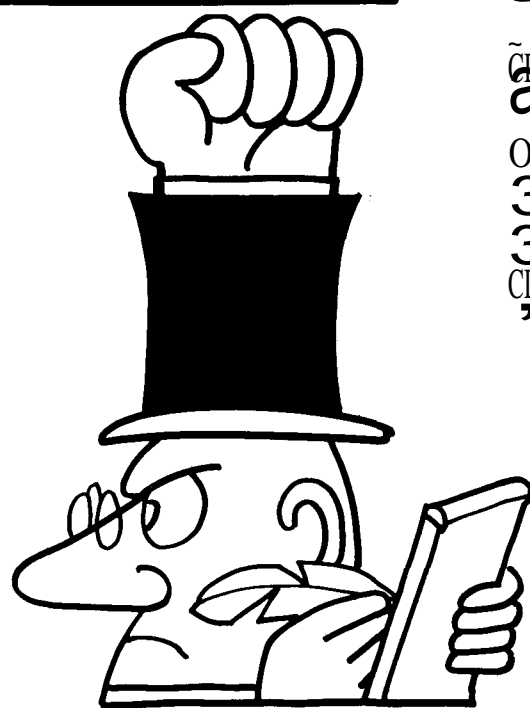
Genoemde bedragen zijn inclusief verzendkosten.  
U kunt deze uitgaven bij BOOG bestellen door overmaking van het vermelde bedrag, op gironummer 5440779, t.n.v. BOOG, Osseweistraat 34-bj, 3023 CD Rotterdam

a.

**Groene**

013

01333333



**Al 110 jaar in de oppositie**