

GEZONDHEID

& POLITIEK

Samenscholen

Kwaliteit

Dekkers kleinste hoofdstuk

van 2 naar 1

Substitutie volgens Dekker

Staatstoezicht

Versukkeling of activisme?

Vestigingsbeleid

De strijd om de praktijk

Drugs and Money

Dukes over geneesmiddelenbeleid

De Vasolastine-affaire

Driehoeksverhouding in het ziekenhuis



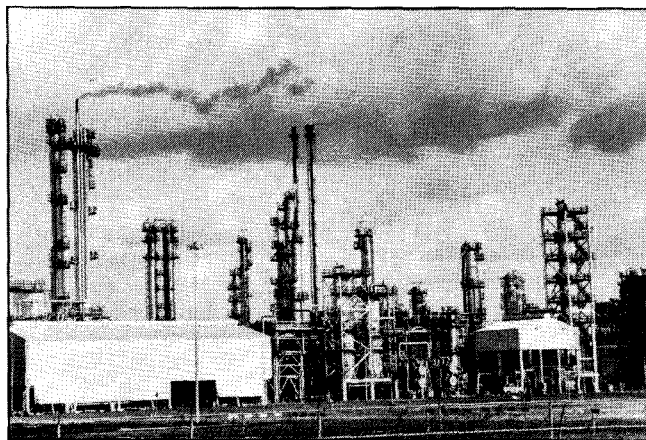
Intergratie HBO-gezondheidszorg

Staatstoezicht Volksgezondheid

Versukkeling of Activisme?

Zal een AIDS-epidemie het Staatstoezicht op de Volksgezondheid nieuw leven inblazen? Dit lijkt misschien een gekke gedachte, maar het huidige Staatstoezicht ontstond tenslotte naar aanleiding van een tyfus- en cholera-epidemie. In de plannen van de commissie Dekker speelt het Staatstoezicht een belangrijke rol in de kwaliteitscontrole van de zorg. Terwijl de plannen voor inkrimping al klaarliggen, heeft Dekker de Inspecties weer nieuwe taken toebedacht. Lucas Reijnders werpt een blik in het bestofte interieur van een aantal Inspecties en voorspelt de effecten van de voorgenomen bezuinigingen.

Pag. 6



Vestigingsbeleid

De strijd om de praktijk

Na de invoering van het vestigingsbeleid voor huisartsen zou er veel veranderen. Gemeente en patiënten zouden invloed krijgen op de overname van praktijken en op de bepaling van plaats en kandidaat voor een nieuwe vestiging. De mogelijkheid zou ontstaan om te kiezen voor alternatieve, vrouwelijke, suринаamse artsen of voor extra dokters in probleemgebieden. De praktijkverkleining kon gestructureerd doorgang vinden.

Wat kwam ervan terecht? Op het Drentse platteland kiezen huisartsen nog steeds zelf hun opvolger. In andere provincies weten regionaal ingestelde commissies na een jaar nóg niet of er plaats is voor een extra vestiging of ze schorten hun activiteiten op tot er meer bekend is over de uitwerking van het rapport Dekker. In de grote steden is het al niet veel beter. Daar blijkt de regeling door de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen gebruikt te kunnen worden om samenwerkingsverbanden om zeep te helpen.

Vlak voor de evaluatie van deze wet door het Ministerie van WVC sprak joop Dopper met drie leden van drie verschillende commissies. Wat gebeurt er eigenlijk? Is er sprake van verandering of bewandelt men oude paden?

Pag. 9

Kwaliteit

Dekkers kleinste hoofdstuk:

Wisse Dekker had z'n rapport nauwelijks gepresenteerd en nog net kunnen uitspreken dat het een package deal was, of het lag al te grabbel. Natuurlijk grabbelden de politici het gretigst. Het werd al snel bon ton om allerlei ad hoc bezuinigingsmaatregelen en eigen bijdragen voor de stellen. Uiteraard met verwijzing naar de cathechismus van Dekker. In dit nummer een tweetal bijdragen die de fundamenteën van het rapport belichten en daarmee vraagtekens zetten bij de stevigheid van de rest van het gebouw.

"Kwaliteit is onze reclame" zou een slogan kunnen zijn van de commissie Dekker: "kwaliteit" is een kernwoord in het rapport. Bij de omschrijving ervan verliest de commissie zich niet in vaagheden; kort en duidelijk geeft ze een wel heel aparte definitie. Kwaliteit is ongeveer hetzelfde als efficiency.

De definitie mag dan duidelijk zijn, het bijbehorende hoofdstuk munt daar niet in uit, vindt Gabriëlle Verbeek. Bovendien dreigen de voorstellen van de commissie tot nieuwe kwaliteitsproblemen te leiden, zoals verbrokkeling van de zorg.

Wat is dat nu eigenlijk, kwaliteit, waar vind je het en hoe maak je het? Een kernbegrip onder de loep.

Pag. 12

GEZONDHEID

& POLITIEK

Driehoeksverhouding in het ziekenhuis

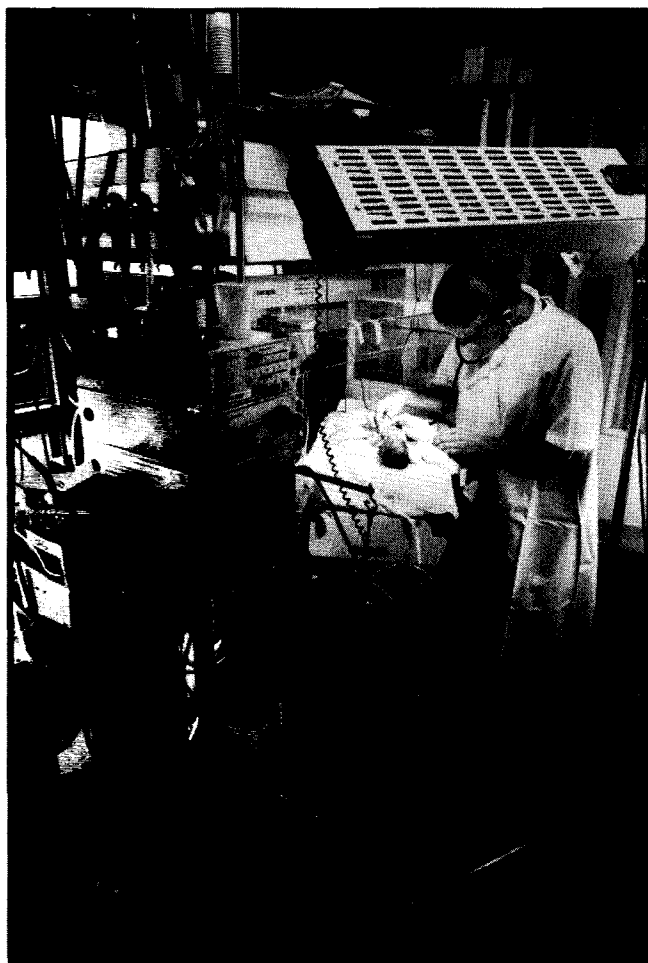
Strategieën voor verpleegkundigen

Verpleegkundigen moeten niet alleen de patiënten tevreden zien te houden, maar ook de dokters. Er wordt dus van twee kanten aan hen getrokken. Een lastige positie, die zowel macht als onmacht oplevert, stelt Ate Nievaard in zijn proefschrift. Verpleegkundigen moeten deze positie volgens hem onder ogen zien en er strategisch gebruik van maken. Gerard Goudriaan en Janneke van Vliet lazen het proefschrift, spraken met de auteur en doen verslag van de driehoeksverhouding-op-grote-schaal binnen het ziekenhuis.

Pag. 41



Van 2 naar 1



Substitutiebeleid: de verschuiving van zware naar lichtere vormen van zorg. Dit om te voorkomen dat mensen te snel of ten onrechte in te specialistische zorgcircuits terechtkomen. En uiteraard om de kosten te drukken. Dit is een tot nu toe wat onderbelichte kern van het rapport van de commissie Dekker. In feite niets nieuws, het is een uitwerking van de intenties van de struktuumnota 1974. Het essentiële verschil is dat de commissie Dekker de substitutiedachte met dwingender maatregelen wil verwezelijken. Peter Lems beschrijft de maatregelen die de commissie Dekker in eerste en tweede lijn wil treffen om een zó substitutievriendelijk klimaat te scheppen dat de gewenste verschuivingen er haast automatisch uit voortkomen. Maar er zijn de nodige vraagtekens bij de maatregelen te plaatsen. Er blijken voor een aantal disciplines in de gezondheidszorg duidelijk zichtbare mazen in de voorstellen aanwezig te zijn. Er zijn nogal wat mogelijkheden om de substitutiebepalingen te ontduiken. Mogelijkheden die de commercialisering en de individualisering van de zorg dichterbij brengen. Keer op keer blijkt de gezondheidszorg een onbeweeglijke massa waarin verschuivingen nauwelijks haalbaar blijken. In de voorstellen van de commissie Dekker zijn veel elementen regelrecht ongewenst. Zal daarnaast blijken dat het wel degelijk positieve effect van het streven naar substitutie een doodlopend spoor is?

Pag.16

GEZONDHEIDSZORG? VAN VERZEKEREN HEBBEN WE MEER VERSTAND

Het is A.D. 15. Sommigen noemen het A.D.2003, maar in de gezondheidszorg is het in zwang geraakt: om de jaren te tellen vanaf het moment dat de concurrentieslag tussen de ziektekostenverzekeraars begon. Anno Dekker. Ik lees graag in m'n mapje, dat ik in 1987 heb aangelegd, de commentaren die indertijd in de pers verschenen naar aanleiding van het plan Dekker. Een van m'n favorieten is een interview met *Dr. R. Scheerens*, toen directeur van het KLOZ. Als hem gevraagd wordt naar de aard van de concurrentie, zegt hij: *"Het staat fondsen en maatschappijen vrij de verzekering al dan niet aantrekkelijk te maken. Ik plak er een kuuroordje tegen aan. De ander gooit een thalassotheapieetje in zijn pakket."* En: *"Sommigen zullen de chique verzekeren, anderen das Publikum, weer anderen hele gezonde mensen en nog anderen zullen zich op het maatschappelijke toeleggen, de ouderen. Je krijgt de grote bulk; de Albert Heijnen en de delikatessewinkels."* "Ik had het kunnen weten, ik was erbij.

Hier in de stad zijn een aantal verzekeraars actief. **Supercare** voor de welgestelden en **Corpore Sano** voor onder de dertig, beiden van Vendex. Dan heb je voor de "grote bulk" **Ons Belang** en voor de ouderen **Eugeria**. De concurrentie is fors, want Nationale Nederlanden en Philips loeren op het Vendex-segment en de Kwantumhallen jagen met hun Kwantumzorg op de laagstbetaalden. Voor de klandizie van Eugeria is geen concurrerend alternatief, deze maatschappij wordt overigens bedreigd door faillissement. De basisverzekering is met de jaren verder uitgekleed en met eigen bijdragen omgeven. Geconcurrereerd wordt er met de voorzieningen in het steeds groter wordende aanvullende pakket.

Ik heb als huisarts met vier maatschappijen een contract. Mijn patiënten die bij **Supercare** en **Corpore Sano** verzekerd zijn gaan eigenlijk altijd direct naar tweedelijnsvoorzieningen waar hun verzekeraars een contract mee hebben. Dus inkomsten uit verrichtingen zijn er nauwelijks. Over de contracten met de andere twee maatschappijen voel ik me wat onrustig. Ze vinden me te duur worden. Niet dat ik zo veel verwijs. Daar steken m'n patiënten die bij deze verzekeringen ondergebracht zijn wel een stokje voor nu ze honderd gulden voor een verwijskaart moeten bijdragen. Wat medicijnen en laboratoriumonderzoek betreft, ben ik ook geen dure voor de verzekeraars. Dit zit in de aanvullende verzekering waar veel patiënten niet aan meedoen. Degenen die wel aanvullend verzekerd zijn zijn er niet happig op omdat ze ook hier met eigen bijdragen te maken hebben.

Nee, ze vinden me te duur omdat ik teveel verrichtingen declareer. Indertijd bedoeld als prikkel om méér in de eerste lijn te doen, worden de huisartsen per consult en huisbezoek betaald. Deze verrichtingen namen inderdaad toe maar toen

bleek dat dat op de totale kosten van de gezondheidszorg weinig uitmaakte, gingen de verzekeraars de huisartsen stimuleren tot minder verrichtingen. Nou, stimuleren, meer dreigen met opzeggen van het contract. Dat hangt me nu boven het hoofd.

Eerst leek het plan Dekker veelbelovend: afgeschrikt door de kosten lieten velen de aanvullende verzekering vallen en ook de eigen bijdragen waren functioneel voor een grote daling in de medische consumptie. De welgestelden consumeerden wel flink door maar deden dat vooral in de drie particuliere Vendex-klinieken die de stad nu rijk is. Maar dat werd betaald door hun dure aanvullende verzekeringen.

Later werd duidelijk dat er een toename van de kosten oprad, veroorzaakt door de weer groeiende medische consumptie van "de grote bulk", "das Publikum", om met Scheerens te spreken. Men bleek in een later stadium een beroep te doen op de gezondheidszorg, de stoornissen bleken gemiddeld ernstiger en de therapie dus duurder. Nu werd vroeger beweerd dat de goedkoopste patiënt een dode patiënt is. Maar bijna dode patiënten zijn voor de gezondheidszorg het allerduurst. De drie ziekenhuizen in de stad, nu de armenziekenhuizen genoemd, hebben dan ook uitbreiding van hun budgetten gevraagd en, door ingrijpen van de overheid, gekregen. De verzekeraars zitten op hogere kosten en gaan weer snoeien in de eerstelijns voorzieningen. De cirkel is rond. Voor mijn patiënten, die voor deze aftakelende zorg in meerdere opzichten duur moeten betalen, nog even een citaatje van de oud KLOZ-voorzitter: *"De weerstand tegen Dekker komt voort uit een ongepast, emotioneel gelijkheidsideaal. Alsof er voor de gezondheidszorg iets anders geldt dan voor andere sectoren in onze maatschappij" (...)"Wie wat extra wil, mag dat zelf weten."*

Vanmiddag spreekuur, ik heb alweer een aantal **Ons Belang**-verzekerden op de lijst zien staan. Ik hoop dat ze niet met dure dingen aankomen. Binnenkort moeten ze toch naar een andere huisarts, die een goedkoper contract met **Ons Belang** heeft afgesloten. Om ze zover te krijgen zal die klub wel iets aardigs bedacht hebben. De Kwantumhallen adverteren al met een kuuroord, dus ze zullen er wel een thalassotheapie tegenaan gooien. Ze zullen dat interview met Scheerens ook wel in hun mapje hebben.

En ik? Ik red me wel. Ik schrijf me gauw in voor een spoedcursus podopressuur; er schijnen een paar verzekeraars op dat gebied op de markt te komen binnenkort. Misschien kan ik een segmentje veroveren. Je moet een beetje commercieel blijven denken.

Jaap Talsma



INHOUD



VIJFDEJAARGANG, NR. 2, juni '87.

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

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

redactieraad: Guus Bannenbergh, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermen, Erik Heydelberg, Eddy Houwaart, Janita Jansen, Joost van der Meer, Marloes Merkus, Annemarie Mol, Frits Muller, Marcel Post, René Purgay, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Dehard de Smit, Hans Spijker, Richard Starman, Janneke van Vliet, Goof van de Wijnngaart en de kernredactie.

vormgeving en montage: 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, tel. 01727-4381

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

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

abonnementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).

Storten op giro nr. 5441758; t.n.v. Uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts. voor Gezondheid en Politiek. (Zonodig aangeven met ingang van welk nummer het abonnement gewenst is).

losse IIIIIJUIIers: 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 BN Nijmegen.

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

Stichting Gezondheid en Politiek
Uitgeverij Macula
ISSN 0 1678647

<i>Jaap Talsma</i>	Gezondheidszorg? Van verzekeren hebben we meer verstand Column	4
<i>Lucas Reijnders</i>	Staatstoezicht Volksgezondheid Versukkeling of activisme?	6
<i>Joop Dopper</i>	Vestigingsbeleid De strijd om de praktijk	9
<i>Gabriëlle Verbeek</i>	Kwaliteit Dekkers kleinste hoofdstuk	12
<i>Peter Lems</i>	Van 2 naar 1 Substitutie volgens Dekker	16
<i>Joost van der Meer</i>	Drugs and Money Prof. Dukes over het geneesmidde- lenbeleid	21
<i>Camiel van Winkel</i>	Over Dementie	24
<i>Henk Bodewitz</i>	Vasolastine Hoe een geneesmiddel alternatief werd	31
<i>Marieke van Nimwegen</i>	Samenscholen Integratie HBO-gezondheidszorg	36
<i>Gerard Goudriaan Janneke van Vliet</i>	Driehoeksverhouding in het ziekenhuis Strategieën voor verpleegkundigen	41
<i>Yvonne van Geenhuizen</i>	Congres Patiënt, zorg en management	44
<i>Ingrid Baart</i>	Boeken Het zal de overgang wel zijn	45
<i>Lolkje de Jong</i>	Boeken Vrouwen en geneesmiddelen	47
	Kort en Goed	48

Staatstoezicht Volksgezondheid

Zal een AID5-epidemie het Staatstoezicht op de Volksgezondheid nieuw leven inblazen? Dit lijkt misschien een gekke gedachte, maar het huidige Staatstoezicht ontstond tenslotte naar aanleiding van een tyfus- en cholera-epidemie.

In de plannen van de commissie Dekker speelt het Staatstoezicht een belangrijke rol in de kwaliteitscontrole van de zorg. Terwijl de plannen voor inkrimping al klaar liggen, heeft Dekker de inspecties weer nieuwe taken toebedacht.

Lucas Reijnders werpt een blik in het bestofte interieur van een aantal inspecties en voorspelt de effecten van de voorgenomen bezuinigingen.

Lucas Reijnders, werkzaam bij de Stichting Natuur en Milieu

Versukkeling of activisme?

Een van de overheidsinstanties die sterk moet inkrimpen is het Staatstoezicht voor de Volksgezondheid. Dit Staatstoezicht heeft reeds een lange staat van dienst. De oprichting ervan dateert van 1865. De voornaamste aanleiding tot deze oprichting waren de tyfus- en cholera-epidemieën die Nederlands destijds teisterden.

Het Staatstoezicht is thans onderverdeeld in een aantal gespecialiseerde inspecties. Er is een geneeskundige inspectie, welke zich vooral bemoeit met de kwaliteit van de medische zorg, en een farmaceutische inspectie welke zich primair bezighoudt met de geneesmiddelenvoorziening. Daarnaast is er een veterinaire inspectie, welke past op het vlees, een inspectie levensmiddelen, en een inspectie voor de milieuhygiëne.

De formele taak van al deze inspecties is letten op de toestand van hun wereld, advisering van de overheid en toezicht op de uitvoering van de wetgeving. De feitelijke functie gaat in een aantal gevallen aanmerkelijk verder dan deze formele taak. Er is in de praktijk in diverse gevallen sprake van feitelijke taken welke normaal gesproken door beleidsafdelingen

van ministeries worden vervuld. Het sterkst is zulks het geval bij de farmaceutische inspectie. Deze verzorgt de regelgeving op geneesmiddelengebied, en ook de toelating van medicijnen is er ondergebracht. Ook de veterinaire en levensmiddeleninspecties hebben in feite zulke **beleidstaken**, zij het dat zij zich in dezen in een concurrentiepositie bevinden ten opzichte van beleidsafdelingen van de ministeries van WVC en landbouw.

De voorgestelde bezuinigingen op de diverse inspecties liggen op het ogenblik van schrijven als volgt.

sten zijn uitsluitend bestemd voor een vlotter verloop van de toelating van geneesmiddelen.

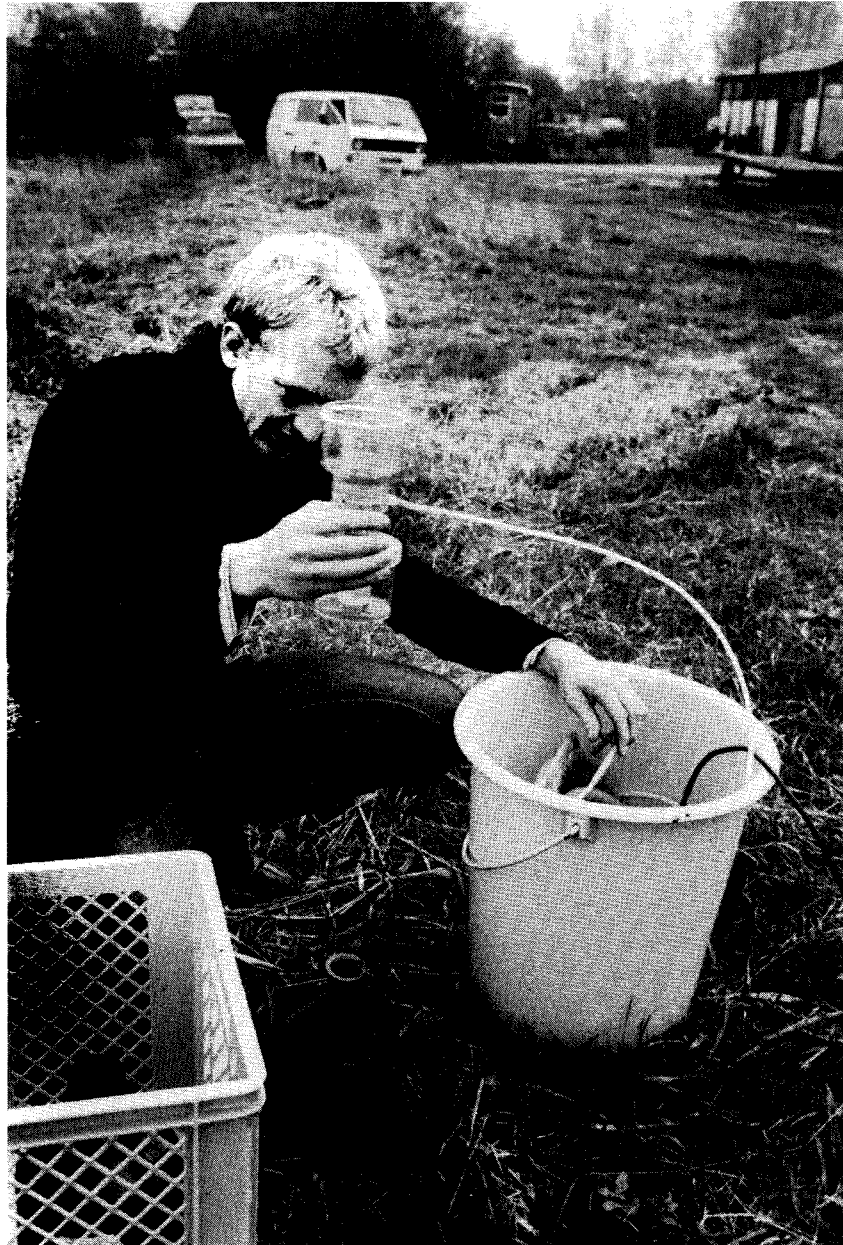
Voor het overgrote deel gaat het om beperking van de formatie met behoud van taken. Slechts in enkele gevallen geldt zulks niet. Zo zijn pogingen gaande om het tot nu toe onder de farmaceutische inspectie ressorterende Geneesmiddelenbulletin te privatiseren. Ook mag worden verwacht dat een deel van de taken van de inspectie levensmiddelen zal worden overgenomen door de Rijkskeuringsdienst van Waren en een beleidsafde-

inspectie	: minis- : terie	bezuinigings- percentage
geneeskundige -	: WVC	6
farmaceutische -	: WVC	33
veterinaire -	: WVC	20 (oorspr.: 40)
levensmiddelen	: WVC	62.5
milieuhygiëne	: VROM	0

De hierboven genoemde percentages betreffen het aantal formatieplaatsen voor rekening van de algemene middelen. De farmaceutische inspectie kan echter rekenen op sterk vergrote inkomsten uit de leges voor registratie van geneesmiddelen. Deze inkom-

ling van het Ministerie van WVC, welke overigens ook moeten bezuinigen, in dit geval met behoud van taak..

Foto: Michiel Wijnbergh (Hollandse Hoogte)



Politieke sier

Wat zijn de *diepere gedachten* achter de verschillen in bezuiniging bij de diverse inspecties?

In de interne stukken van het Ministerie van WVC is geen enkele redegging te vinden voor de aanzienlijke verschillen in de bezuinigingspercentages. Door F. Groeneveld¹⁾ is erop gewezen dat de *preventief* georiënteerde inspecties van het Ministerie van WVC het hardst worden aangepakt, en dat zulks in strijd is met het beweerde beleid van het Ministerie van WVC, dat onder meer in de Nota 2000 juist preventie centraal stelt. Hij spreekt dan ook van gezondheidszorg op zijn smalst.

Het kan inderdaad zeer wel zijn dat preventie opzettelijk wordt gediscrimineerd. De politieke mode op WVC van de jaren tachtig is dat er meer *politieke sier* kan worden gemaakt met zaken als voetballen, opera en het curatieve medische circus. Voorpreventie is er gedurende de kabinetten-Lubbers op het Ministerie van WVC weinig aandacht. De preventiegerichtte passages uit de Nota 2000 vallen primair in de categorie public relations, en hebben geen serieuze betekenis voor de alledaagse WVC-activi-

teiten. De alledaagse volksgezondheidsactiviteiten op dit Ministerie worden gedomineerd door het voortgeleiden van geldstromen en de bezuinigingen daarop. Serieuze preventie is een restpost. De onttakeling van de veterinaire inspectie en de inspectie levensmiddelen is daarmee in lijn.

Weinig daadkracht

Daarmee is echter nog maar weinig gezegd over de gevolgen van de bezuinigingen. Daarvoor moeten we naar het feitelijke reilen en zeilen van het Staatstoezicht. De constructie van het Staatstoezicht is staatkundig bezien een curieuze. Er is formeel wél ministeriële verantwoordelijkheid voor het functioneren van het Staatstoezicht, maar niet voor de standpunten van de inspecteurs.

Dit geeft enerzijds mogelijkheden voor activisme van het Staatstoezicht, waarbij men in het belang van de gezondheid krassere standpunten inneemt dan waartoe een bewindsmanneneig is, maar ook mogelijkheden tot verregaande verwaarlozing van het gezondheidsbelang. In de negentiende eeuw was er bij het Staatstoezicht overwegend sprake van activisme ten gunste van de volksgezond-

heid. Lagere overheden en behoudende parlementariërs klaagden dan ook regelmatig over de "overdreven" en "bemoeizuchtige" opstelling van het Staatstoezicht.

Thans is er veel minder sprake van activisme. De meeste trekkracht ten gunste van de volksgezondheid gaat momenteel vermoedelijk nog uit van de veterinaire inspectie, welke daarbij overigens voornamelijk met het hoofd tegen de muur van het veeteeltfront beukt. De veeteelt is in Nederland vermoedelijk de meest verworven tak van agrarische produktie, met een omvangrijk grijs en zwart circuit voor verboden middelen en methoden. De veterinaire inspectie wil de situatie graag drastisch verbeteren maar komt daarmee, door solide tegenstand vanuit de praktijk van veetelers en slachthuizen en van het merendeel van het Ministerie van Landbouw, niet ver.

De relatief jonge inspectie voor de milieuhygiëne herbergt eveneens een aanmerkelijk aantal verbeteraars, maar de speelruimte die hen wordt geboden is door ingrijpen van de vorige minister van milieubeheer Wijnsemius sterk beperkt. Met name is voor hen de mogelijkheid meer te bereiken dan volgens het vastgestelde milieuhygiënische beleid van de regering móet - welke in de jaren zeventig ruim werd benut - nagenoeg verdwenen.

De overige inspecties (de geneeskundige en farmaceutische inspectie en de inspectie levensmiddelen) bevatten weinig of geen wereldverbeteraars en ontplooiën weinig daadkracht. Zij gedogen in feite in grote lijnen de status quo.

Inkapseling

Slechts wanneer ze met bezuinigingen worden bedreigd is er een kans dat ze opveren uit de leunstoel. De sterke gedoogfunctie van de inspecties is niet bijzonder. Alle regulerende en toezichthoudende overheidsinstanties worstelen met het fenomeen dat het standpunt van degenen die ze reguleren, of waarop ze toezien een grote zuigkracht heeft. In geval van langdurige, niet door crises geteisterde, coëxistentie gaan reguleerders en gereguleerden en toezichthouders en degenen waarop toezicht wordt gehouden vaak meer op elkaar lijken. Dit fenomeen wordt wel *capture* of *inkapseling* genoemd, en wordt gekenmerkt door een sterke toename van hetgeen door reguleerders en toezichthouders wordt gedoogd.

Het proces van inkapseling is niet onomkeerbaar. De instroom van frisse ambtenaren, een actieve politieke leiding en schandalen kunnen er

verandering in aanbrenen. Zulke inkapseling versturende factoren hebben ertoe geleid dat een aantal inspecteurs voor de milieuhygiëne met name in de jaren zeventig een tamelijk flinke poging tot wereldverbetering deed. Deze gaven het desbetreffende onderdeel van het Staatstoezicht, dat sedert 1962 als zodanig bestond, een nieuw elan. Soms echter is doorbreking van inkapseling een vrijwel ondoenlijke zaak. Dit wordt geïllustreerd door de Hoofdingspectie Levensmiddelen (HIL) welke in het begin van de jaren tachtig zo hopeloos vastgeroest bleek, dat door de toenmalige staatssecretaris Lambers-Hacquebard werd beslist een nieuwe beleidsdirectie op te richten waarmee het oude *HIL-roest* zou kunnen worden omzeild. De bedoeling daarvan was de beleidsdirectie het formele en inhoudelijke deel van het levensmiddelenbeleid te laten verzorgen. In de praktijk is overigens tot nu toe betrekkelijk weinig terechtgekomen van de inhoudelijke taken van de beleidsdirectie. De formele vernieuwing van de Warenwet trok zoveel aandacht, dat het inhoudelijke beleid grotendeels in handen bleef van de Hoofdingspectie Levensmiddelen.

Grijze middelmaat

Het fenomeen inkapseling heeft uiteraard consequenties. Voor een deel zijn deze zichtbaar in de relatie tot andere regulerende en toezichhoudende instanties. Als het gaat om pogingen de blootstelling aan voedselvreemde chemicaliën te beperken, dan willen de relatief jonge directie Voedingskwaliteitsaangelegenheden van het Ministerie van Landbouw en het Directoraat Generaal voor de Milieuhygiëne in de regel belangrijk verder gaan dan de Hoofdingspectie Levensmiddelen. Op het punt van preventie van voedselvergiftiging (m.n. via vlees verspreide infectieziekten) heeft Nederland een duidelijke achterstand op onze concurrent Denemarken. Betreffende de bescherming van patiënten tegen de risico's van klinisch-wetenschappelijke onderzoeken is Nederland met Portugal thans hekkesluiser in West-Europa. En aangaande het toelaten van geneesmiddelen zakt Nederland zienderogen terug naar de grijze middelmaat, met ruime achterstand op de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Nieuw Zeeland en Australië.

Ook in de directe relatie tot de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn er duidelijke gevolgen. Het is zo langzamerhand publieke kennis dat ziekenhuisinfecties jaarlijks, honderden slachtoffers eisen. Dit fenomeen

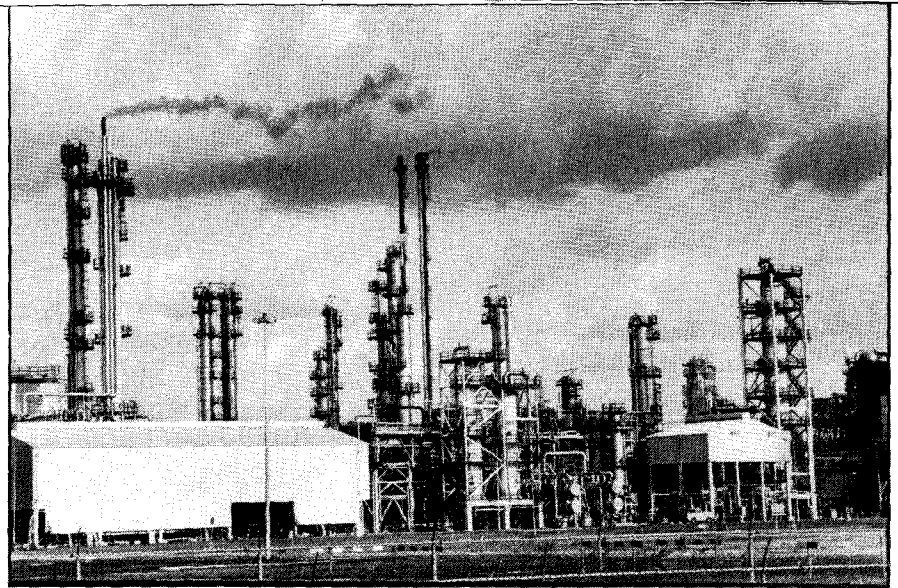


Foto: Michiel Wijnbergh (Hollandse Hoogte)

staat zeker sinds de jaren zestig voor insiders als een paal boven water, maar de geneeskundige inspectie is weinig effectief gebleken bij het oplossen van dit vraagstuk. Iets dergelijks geldt voor de verspreiding van infecties via voedsel. De omvang van dit probleem vertoont de laatste jaren eerder een toename dan een afname, en de effectiviteit van de Inspectie Levensmiddelen bij de bestrijding ervan nadert tot nul. Tientallen procenten van de "magistrale receptuur" (eigen bereidingen door apothekers) voldoen niet aan de wettelijke eisen. Farmaceutische Hoofdingspectie zit erbij, kijkt ernaar en gedooft. Het percentage misgrepen bij de geneesmiddelenverstreking en operaties in ziekenhuizen is aanzienlijk en men kan niet zeggen dat de geneeskundige inspectie greep heeft gekregen op de vermindering ervan.

Niet alleen het externe effect van versukkelde inspecties laat te wensen over, ook het intern functioneren van de inspecties schiet nogal eens tekort. De interne pikorde berust veelal meer op ancienniteit en status dan op management-, regulerende of toezichhoudende capaciteiten, en het gevolg daarvan is dat het in ieder geval bij de inspectie levensmiddelen en tot voor kort ook bij de farmaceutische inspectie een organisatorisch rommel-tje is.

Realisering doelstellingen Nota2000?

Hoe moeten in het licht van het voorgaande de bezuinigingen bij het Staatstoezicht worden beoordeeld? Het is vermoedelijk heel wel mogelijk met een kleinere, maar gemotiveerde en frisse groep ambtenaren bij het Staatstoezicht de gezondheidszorg en de gezondheidszorgbescherming flink te verbeteren, maar dat is niet de uitkomst van deze operatie.

De farmaceutische inspectie wordt nog meer dan thans reeds het geval is gedreven in de armen van de farmaceutische industrie. De privatisering van het Geneesmiddelenbulletin, dat beoogt artsen objectief voor te lichten over de kwaliteit van geneesmid-

delen betekent nog minder weerwerk tegen de golf van reclame, waarmee de farmaceutische industrie de medische stand overspoelt. De reden daarvan is dat het geprivatiseerde Geneesmiddelenbulletin niet meer gratis wordt toegezonden aan de voorschrijvers van geneesmiddelen, maar alleen aan de voorschrijvers die betalend abonnee zijn. Het laat zich aanzien dat de voorschrijvers die het tegengewicht van het Geneesmiddelenbulletin het hardst nodig hebben naar verhouding minder geneigd zijn een abonnement te nemen. Mede in het licht daarvan heeft de redactieraad van het Geneesmiddelenbulletin verklaard bij een volvoerde privatisering op basis van een abonnementensysteem te zullen opstappen.

Het vuistje van de veterinaire inspectie zal nog kleiner worden dan het al is. De geneeskundige inspectie blijft, afgezien van enige verlamningsverschijnselen die gebruikelijk zijn bij bezuinigingsoperaties, ongeveer even ineffectief. Het enige lichtpuntje is de gedeeltelijke opruiming van de inspectie levensmiddelen, die de laatste jaren meer kwaad dan goed doet, zij het dat te vrezen valt dat de betrokken inspecteurs, na overplaatsing, elders nog de nodige schade kunnen aanrichten.)

Met realisering van de doelstellingen uit de Nota 2000 hebben de bezuinigingen helemaal niets van doen. ••

Noten

1. N.R.C., 3 april 1987.
2. Dit moge blijken uit de activiteiten van de Hoofdingspectie Levensmiddelen op het gebied van bestrijdingsmiddelen. Deze gelden in WVC-kringen als zo ongeveer de flinkste van de HIL. Interdepartementale vergelijking leert echter dat de Hoofdingspectie Levensmiddelen in dezen als regel toegeeflijker staat tegenover de toepassing en aanwezigheid van bestrijdingsmiddelen dan de directie Voedingskwaliteitsaangelegenheden van het Ministerie van Landbouw en het Directoraat Generaal voor de Milieuhygiëne. De Hoofdingspectie Levensmiddelen is zelfs niet te beroerd om de illegale begassing van voedings- en genotmiddelen als koffie en vigen met methylbromide in het Rotterdamse havengebied te gedogen.

Vestigingsbeleid

Na de invoering van het vestigingsbeleid voor huisartsen zou er veel veranderen. Gemeente en patiënten zouden invloed krijgen op de overname van bestaande praktijken en op de nieuwe vestigingen. Het zou bijvoorbeeld mogelijk zijn te kiezen voor alternatieve, vrouwelijke, Surinaamse dokters of voor extra dokters in probleemgebieden. De praktijkverkleining kon gestructureerd doorgang vinden.

Wat kwam hiervan terecht? Op het Drentse platteland kiezen huisartsen nog zelf hun opvolger. In andere provincies weten regionale commissies na een jaar nog niet of er plaats is voor een extra vestiging. Of zé schorten hun activiteiten op tot er meer bekend is over de uitwerking van het rapport Dekker. In de grote steden blijkt de regeling door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging gebruikt te kunnen worden om samenwerkingsverbanden om zep te helpen.

Vlak voor de evaluatie van de wet door het ministerie van WVC sprak [oop Dopper met leden van drie commissies. Wat gebeurt er? Is er sprake van verandering of bewandelt men de oude paden?

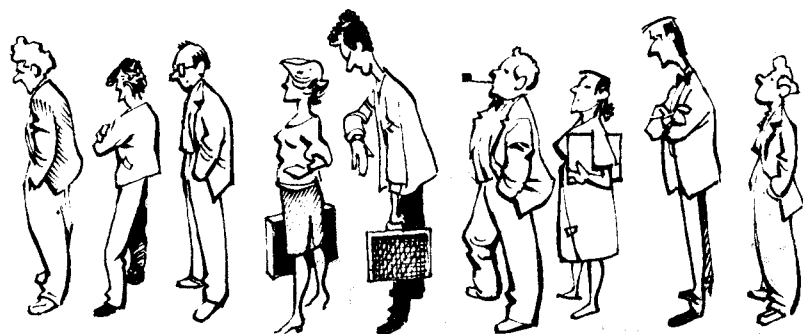
JooP Dopper, huisarts en voorzitter van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen.

De strijd om de praktijk

Op 1 maart 1986 trad de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) "Vestiging en praktijkomvang huisartsen" in werking, die een onderdeel is van de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*. Vóór de inwerkingtreding van deze AMvB was de vestiging van huisartsen niet aan wettelijke regels gebonden, maar nu is zowel voor een opvolging als voor een nieuwe vestiging een vergunning nodig van Burgemeester en Wethouders van de gemeente, waarin de huisarts zich wil vestigen. In elke gemeente, of in een aantal gemeentes gezamenlijk, is een (volgens deze maatregel verplichte) vestigingsadviescommissie ingesteld om Burgemeester en Wethouders te adviseren. Deze commissie bekijkt of er plaats is voor de nieuwe huisarts, adviseert aan wie de nieuwe vergunning afgegeven moet worden en voor welke locatie. Zij organiseert de sollicitatieprocedure en roept eventueel de kandidaten op. De werkwijze van deze commissies ligt maar heel globaal vast. Ditzelfde geldt ook voor de samenstelling. Wat dit laatste betreft is alleen vastgelegd in de WVG, dat vier groepen vertegenwoordigd moeten zijn, te weten: huisartsen, patiënten, verzekeraars en andere werkers in de eerste lijn. Eind juni vindt er een evaluatie plaats van het functioneren van deze nieuwe wet door het ministerie van WVC, onder andere op basis van gegevens, die zijn verzameld door de Vereniging van Nederlandse Gemeentes. Wat tot nu toe bekend is over de werking van de wet is tamelijk algemeen: er zijn nog te weinig vestigingscommissies ingesteld en daardoor hebben minder nieuwe vestigingen plaatsgevonden dan getalsmatig mogelijk was.

Om wat specifiekere informatie te krijgen benaderde ik drie leden van drie verschillende vestigingscommissies. Hoewel er geen algemene conclusies aan de interviews verbonden kunnen worden, wordt duidelijk hoe verschillend de praktijk kan uitvallen wanneer de wet zoveel ruimte biedt. Er blijken verschillen te bestaan in de samenstelling van de commissies, in de inbreng van bij voorbeeld de gemeente of de patiënten, maar ook in de aard van de problemen of conflicten, die in belangrijke mate door de plaatselijke situatie bepaald lijken te worden.

Zoals op vele beleidsterreinen in de gezondheidszorg moet ook hier melding gemaakt worden van de mogelijke gevolgen van het rapport van de commissie Dekker. In dit rapport wordt gepleit voor *intrekking* van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en daarmee ook voor deze AMvB. Voorgesteld wordt om de AMvB te vervangen door een regeling die zal worden uitgevoerd door de ziekenfondsen. Het is nog niet bekend wat er met dit advies gaat gebeuren, maar opvallend is het wel dat het er al ligt, voordat de eerste evaluatie heeft plaatsgevonden. Meer dan vijf jaar voorbereiding, net een jaar werking, een mespuntje democratisering: verdwijnen zij met twee-regelig advies in de prullebak? Dit is niet te hopen. Vervanging door een regeling via de ziekenfondswet is in deze kolommen al eerder



fel bekritiseerd', omdat in een dergelijke regeling de inspraak van patiënten weer zal verdwijnen en een beleid gericht op praktijkverkleining nog minder kans maakt. Van de nog onbekende toekomst gaan we nu naar het beleid van alle dag.

Om zeep

De heer **H. Drenth** was van 1973 tot 1979 lid van de Tweede Kamer voor de Partij van de Arbeid en in deze periode onder andere woordvoerder op het gebied van de volksgezondheid. Hij heeft als lid van het dagelijks bestuur van de Haagse Patiëntenvereniging „Patiëntenkracht” samen met een tweede vertegenwoordiger van deze vereniging zitting in de vestigingsadviescommissie. De andere commissieleden zijn een huisarts, een gewezen huisarts (tevens de voorzitter!) een vertegenwoordiger van het Groene Kruis en een vertegenwoordiger van het Kontaktorgaan Landelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars (KLOZ). Volgens de heer Drenth is er in zekere zin sprake van invloed van patiënten op het vestigingsbeleid: de zaken zijn meer openbaar geworden en daardoor, zij het in beperkte mate, controleerbaar. De deelname aan de vestigingsadviescommissie dwingt de patiënten en de patiëntenvereniging om zich in de verschillende aspecten van het vestiginggebeuren te verdiepen, waardoor de kloof tussen dokters en patiënten enigszins gedicht kan worden. Op een aantal punten zijn er volgens Drenth zeker wijzigingen nodig in het vestigingsbeleid. In Den Haag zijn op dit moment meer huisartsen dan er volgens de capaciteitsberekening (waarbij men uitgaat van 2350 patiënten per huisarts) zouden mogen zijn. Dat betekent dat een huisarts die zijn praktijk beëindigt niet kan worden opgevolgd en dat zijn praktijk moet worden opgesplitst. Dat is dan ook de reden dat de Plaatselijke Huisartsen Vereniging een A.R.O.B.-procedure heeft aangespannen tegen de gemeente over de afgifte van een vestigingsvergunning aan de opvolgster van een huisarts in dienst van een **wijkgezondheidscentrum**. Maar daarmee is de bestaanszekerheid van het centrum in gevaar gekomen: het centrum heeft nu officieel nog maar één huisarts over en met één huisarts ben je volgens de subsidieregelingen officieel geen gezondheidscentrum meer. Deze zaak zorgt op dit moment voor veel beroering in Den Haag. Drenth: *„Nog afgezien van de schande, dat de LHV met behulp van door de overheid gesubsidieerde advocaten een wijkgezondheidscentrum om zeep probeert te helpen, hebben de huisartsen met deze juridische stappen in feite het conceptregelement, waarmee men binnen de vestigingscommissie wilde gaan werken, opgeblazen. Dit conceptregelement had de gemeentelijke nota over het beleid in de eerste lijnsgezondheidszorg, waarin het wijkgericht werken in gezondheidscentra de leidraad was, als uitgangspunt. In de Maatregel van Bestuur is geen artikel te vinden dat kan dienen ter bescherming van gezondheidscentra of andere samenwerkingsvormen. Dat die er komt, is vooral van belang voor plaatsen waar te veel huisartsen zijn. De patiëntenvereniging „Patiëntenkracht” is er een groot voorstander van om wijkgezondheidscentrum te stimuleren en zij stond dus ook volledig achter dit conceptregelement.”*

In het concept-regelement was overigens voorts vastgelegd dat bij vacatures in wijkgezondheidscentra de centra zelf de voorselectie zouden verrichten, waarna zij de kandidaten in volgorde van voorkeur aan de vestigingscommissie

zouden voordragen. Bij overname van een solopraktijk was het de toekomstige waarnemgroep die de selectie zou uitvoeren. De invloed van de patiëntenvertegenwoordigers zou bestaan uit het hebben van inzage in alle sollicitatiebrieven en uit de mogelijkheid om bij de gehele procedure aanwezig te zijn.

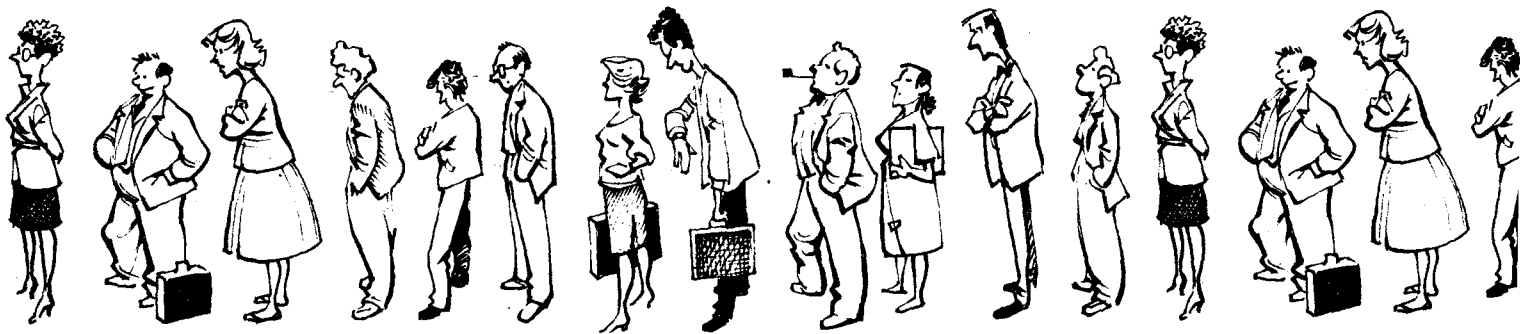
Een ander punt waarop Drenth de aandacht wil vestigen is de noodzaak te voorkomen dat de invloed van de AMvB wordt *ontdoken* door het aanstellen van (full time) assistenten in praktijken die te groot zijn. De assistenten werken geheel zelfstandig en dan is eigenlijk een vergunning vereist. Gezien het feit dat Den Haag boventallig is kan deze vergunning niet verleend worden. De ziekenfondscontracten staan ook eigenlijk niet toe, dat een arts een ander een deel van zijn werk laat doen, met uitzondering van tijdelijke waarneming. In de praktijk blijkt het echter wel te gebeuren, waarbij de positie van de arts-assistent dus heel onduidelijk is. „Als praktijken te groot zijn voor één huisarts dan moeten ze **verkleind** worden. Ook voor de positie van deze ingehuurde assistenten is het van belang dat zij beschermd worden tegen uitbuiting. Ik zou graag zien dat hiervoor iets in de wet geregeld zou worden.”

Het stoort Drenth dat maatregelen om te grote praktijken te verkleinen uitblijven. In de vestigingscommissie heeft hij daarom een voorstel ingediend waarin artsen met praktijken van meer dan 2750 patiënten (dit is de norm plus de toegelaten overschrijding van 400 patiënten) gevraagd wordt vrijwillig geen nieuwe patiënten meer in te schrijven. Dat voorstel is met algemene stemmen aanvaard. Hij vraagt zich bovendien af hoelang deze toegestane overschrijding van de normpraktijk plus 400 nog mag blijven bestaan. Immers zonder wijzigingen op dit gebied blijft er een rechtsongelijkheid bestaan tussen huisartsen, die zich voor en na 1 maart 1986 hebben gevestigd. Deze laatste mogen de normpraktijk plus 400 niet overschrijden.

Norminkomen

Meike Bruinsma is huisarts in het gezondheidscentrum Venserpolder in de Amsterdamse zuidoostlob. Als vertegenwoordiger van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen (IPH) werd hij door de Amsterdamse Wethouder T. V.d. Klinkenberg uitgenodigd in de vestigingscommissie zitting te nemen naast de vertegenwoordiger van de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV). Meike Bruinsma: „De bedoeling van de Wethouder was om zodoende een meerstemmige bijdrage aan de huisartsen te ontlocken. Dit tot ongenoegen van de A.H.V.” In de vestigingscommissie hebben naast de huisartsen ook de patiënten drie zetels, terwijl het Kruiswerk, het Algemeen Maatschappelijk Werk, de Gezinszorg, het Ziekenfonds en de Particuliere Verzekeraars ieder een zetel hebben. Er wordt gewerkt met een conceptovereenkomst tussen de gemeente, de Amsterdamse Huisartsenvereniging en het Ziekenfonds, daterend uit 1985. Hierin is ook een reglement opgenomen, dat dit jaar door de gemeenteraad bekrachtigd moet worden.

Naast een vestigingscommissie bestaat in Amsterdam ook nog een zogenaamde *overgangscommissie*. Deze behandelt de lopende zaken en aanvragen betreffende het vestigingsbeleid, tot het reglement van de vestigingscommissie is vastgesteld. Deze overgangscommissie, die zelf-



standig haar beleid bepaalt, heeft bijvoorbeeld besloten dat alle arts-assistenten die als zodanig werkzaam waren voor 1 februari 1986 als gevestigd beschouwd moeten worden! Op de vraag hoe het in Amsterdam toegaat met het vestigingsbeleid antwoord Bruinsma: "Er is in Amsterdam voorlopig geen ruimte voor nieuwe vestigingen. Volgens de telling zouden er 450 huisartsen zijn, terwijl er uitgaande van de gemiddelde praktijkomvang van 2350 patiënten plaats zou zijn voor 285 huisartsen. Maar ga je uit van een gewenste praktijkomvang van 2000 patiënten dan zou er alweer voor meer huisartsen plaats zijn. Daar is echter de A.H.V. tegen, tenzij er een financiële regeling zou komen die zorgt dat in Amsterdam bij een praktijkomvang van 2000 patiënten ook het norminkomen wordt verdiend. Hier komt het *inkomensaspect* dus om de hoek kijken. De Amsterdamse huisartsen zijn al langer ontevreden omdat de praktijken gemiddeld kleiner zijn dan in de rest van het land, waardoor zij te weinig zouden verdienen. Bij het vestigingsbeleid dient echter de zorg voor de *kwaliteit* van de hulpverlening voorop te staan en niet de zorg voor het inkomen."

In Amsterdam wordt, in verband met het inkomensprobleem, ook veel gesproken over het onderzoek naar de "*beperkingsfactoren*". In de veronderstelling dat een huisarts meer werk verricht aan een patiënt in een grote stad, zou na dit onderzoek, een systeem van extra honorering moeten worden geschapen.

Amsterdam telt dus veel meer huisartsen dan er volgens de norm zouden mogen zijn. Dat betekent dat een huisarts in Amsterdam die met zijn praktijk wil stoppen, niet opgevolgd kan worden. Associaties en gezondheidscentra kunnen niet uitbreiden en evenmin kunnen huisartsen in samenwerkingsverbanden vervangen worden. Meike Bruinsma: "*Schrijvend is dat part-time werkende huisartsen door deze situatie gedwongen kunnen worden om full-time te gaan uierken.*" Voor de werkgelegenheid betekent dit dat werkzoekende jonge huisartsen de eerstkomende tien jaar niet in Amsterdam hoeven aan te kloppen." Als ik hem vraag, wat er naar zijn mening aan de AMvB veranderd zou moeten worden, antwoordt hij dan ook: "De wet is veel te veel geschreven op full-time en solistisch werkende huisartsen en te weinig op part-timers, gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden. Een tweede punt is dat het democratiseringselement in de AMvB de stem van de patiënt, te weinig door kan klinken door de vele mogelijkheden van huisartsen om het vestigingsbeleid naar eigen hand te zetten. Bijvoorbeeld door te weigeren de nieuwkomer in de *waarneemregeling* op te nemen. Als laatste punt zou ik de veranderbaarheid van de AMvB willen noemen. Veranderingen waartoe nu wordt besloten kunnen pas eind 1988 worden ingevoerd."

Vrouwelijke huisartsen

Wil Musters is als beleidsambtenaar van de gemeente Spijkenisse belast met het sekretariaat van de vestigingsadviescommissie in die gemeente. Voorzitter van de commissie is een van de drie huisartsen die erin zitting hebben. Daarnaast zijn de patiëntenverenigingen vertegenwoordigd met drie leden, en zijn er vertegenwoordigers van de *kruisverenigingen*, de gezinszorg en het maatschappelijk werk, het ziekenfonds en de vrije beroepsbeoefenaren. Wil Musters: "De gemeentelijke visie op de toekomst van de gezondheidszorg in Spijkenisse is vastgelegd in een be-

leidskader, waarmee ook de vestigingscommissie werkt. Binnen de eerste lijn wordt met name gestreefd naar gestructureerde vormen van samenwerking, meer vrouwelijke huisartsen en meer ruimte voor alternatieve geneeskunde. Dit beleidskader heeft binnen de vestigingscommissie voor de nodige discussie gezorgd. Met name de voorzitter is van mening dat de AMvB over het vestigingsbeleid niet bedoeld is om *inhoudelijk* beleid te maken, maar alleen om *kwantitatieve* zaken te regelen. Er is nu een discussienota in de maak om de partijen weer op één lijn te krijgen."

Al eerder leidde de tegenstellingen tussen het college van B en W en een aantal commissieleden tot een opmerkelijke situatie. Dat was bij de eerste en enige vergunning die tot nu toe in Spijkenisse verleend werd. Er was een kandidaat aan wie tijdens waarnemingen in Spijkenisse al toezeggingen waren gedaan door een aantal huisartsen met betrekking tot een eventuele vestiging. Er waren echter ook andere kandidaten, die op eigen initiatief de gemeente hadden aangeschreven. Uiteindelijk werd de eerste kandidaat ook de eerste keus van de commissie. Wil Musters: "Ja en toen kwam de gemeente, en ik dus ook, in een lastige parket. Want de kandidaten die als tweede waren geïndigd - het ging hier om twee vrouwen die samen een normpraktijk ambieerden - pasten duidelijk beter in het gemeentelijk beleid dan kandidaat nummer één. B. en W. neigden ertoe af te wijken van het advies van de vestigingscommissie. Was het zover gekomen dan was hierop door kandidaat nummer 1 prompt een Arob-procedure aangespannen, met als inzet de vraag *of de gemeente haar eigen gezondheidszorgbeleid mag hanteren* als argument om af te wijken van het advies van de vestigingscommissie. Tot interessante jurisprudentie is het helaas niet gekomen, want een van beide vrouwelijke kandidaten trok zich op het laatste moment terug."

In de AMvB is het verplicht gesteld aan de huisarts die zich wil vestigen om alvorens een vergunning aan te vragen een gesprek met de beroepsgroep ter plaatse te voeren en daarvan verslag uit te brengen aan de vestigingscommissie. Het blijkt dat deze eis ongewenste effecten kan hebben. Wil Musters: "ik heb de indruk dat de ene kandidaat heel wat gemakkelijker tot een gesprek met de beroepsgroep komt dan de andere: sommige kandidaten worden gewoon afgehouden. Dat ligt in dezelfde sfeer als de uitspraak van de LHV dat zij - natuurlijk alleen in uiterste gevallen - de toelating tot de waarneemregeling aan de kandidaat kan onthouden, als de plaatselijke huisartsenvereniging het niet met de gang van zaken eens is." Gevraagd naar de invloed van *patiënten* op het vestigingsgebeuren in Spijkenisse antwoordt Wil Musters: "Theoretisch hebben de patiënten natuurlijk invloed, maar in de praktijk worden zij nog vaak heen en weer geslingerd tussen de standpunten van de verschillende partijen. Toch is er wel enige ontwikkeling, en wordt vaker de achterban ingeschakeld een eigen standpunt te bepalen." In Spijkenisse blijken praktijken te bestaan met meer dan 2750 patiënten die nog door kunnen groeien. Het ontbreken van maatregelen om praktijken te verkleinen, of niet verder te laten groeien is daar debet aan. Ook de overschrijding van de normpraktijk met 400 patiënten, zoals in de AMvB toegestaan, is volgens Wil Musters een slechte zaak, met name voor de huisartsen die een nieuwe vestiging willen starten. Immers bij de berekeningen van het aantal huisartsen dat zich in een plaats kan vestigen wordt uitgegaan van 2350 patiënten per praktijk. Patiënten veranderen meestal niet zo snel van huisarts. Om iemand, die nieuw start een kans te geven moet je dus niet nog eens 400 patiënten extra toestaan. De laatste vraag stelt Wil Musters zelf: Wat gaat er gebeuren met het advies van de commissie Dekker? Voor het antwoord zullen we ons moeten wenden tot de heer heer Dees. Die schijnt het echter nog niet te weten. —

Noten:

1. "Het net sluit zich" Eert Doornekamp en Ferdinand Schreuder, Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek 1985-2.
2. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als een huisarts ermee stopt die met een ander een praktijk deelde, waarbij beide artsen 50% van de tijd bereikbaar waren. Waar vindt de overblijvende arts iemand die de opvallende 50% kan waarnemen als er geen nieuwe arts aangetrokken mag worden?



Onze gezondheidszorg is, volgens de Commissie Dekker, te weinig doelmatig en flexibel. Wetten en regeltjes werken verstikkend op nieuwe initiatieven. Substitutie is in het huidige stelsel in feite onmogelijk. De *regele, plannende en bevoogdende* overheid moet daarom een stap terug doen. De prikkelende werking van het *marktmechanisme* zal leiden tot een flexibeler zorg (beroepsbeoefenaars, instellingen) zullen voortaan met elkaar moeten concurreren om de gunst van de verzekeraars, op basis van doelmatigheid en kwaliteit. Verzekeraars op hun beurt concurreren om de verzekerden, eveneens op basis van zaken als kwaliteit, serviceverlening en premiehoogte.

Een *hoeksteen* in het bouwwerk van het rapport Dekker is het woord **kwaliteit**; dit woord valt in het rapport keer op keer. Niet zo verwonderlijk, want het advies staat of valt ermee. Marktgerichtheid kan weliswaar leiden tot een betere aansluiting tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Maar er kan ook een totaal verschromelde zorg ontstaan, waarin de verschillende partijen (beroepsgroepen, instellingen, verzekeraars) meer energie steken in *onderlinge veldslagen* om de markt te beheersen dan in de taken die ze eigenlijk zouden moeten uitoefenen. De pretentie om kwaliteit te leveren zou zo wel eens belangrijker kunnen worden dan die kwaliteit zelf.

In dit artikel neem ik uitsluitend het onderdeel 'kwaliteit' uit het rapport Dekker onder de loep. Welke ideeën heeft de commissie hierover? Zijn dit nieuwe gedachten? Houdt het rapport Dekker rekening met eventuele schadelijke effecten van het introduceren van marktprincipes in de gezondheidszorg en welke waarborgen worden hiertegen gegeven?

Visie op kwaliteit

Het advies van de Commissie Dekker telt, afgezien van de bijlagen, 133 pagina's. Hoewel de term kwaliteit overal in het advies voorkomt, wordt alleen in een *hoofdstuk van zes bladzijden* wat dieper op het onderwerp ingegaan. Dit hoofdstuk begint als volgt: *Kwaliteit is voor de commissie een van de kernbegrippen. Kwaliteit is in de zorgsector globaal te omschrijven als het door aanbieders (instellingen, zorgverleners) op zinnige, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen.*

Deze visie op kwaliteit van zorg is voor Nederlandse begrippen vrij uniek. Kwaliteit is in de gezondheidszorg tot nu toe vaak geassocieerd met goed professioneel handelen, het op de juiste wijze toepassen van methodieken voor therapie en diagnostiek..

Kwaliteit

"Kwaliteit is onze reclame" zou een slogan kunnen zijn van de commissie Dekker: "kwaliteit" is een kernwoord in het rapport. Bij de omschrijving ervan verliest de commissie zich niet in vaagheden; kort en duidelijk geeft ze een wel heel aparte definitie. Kwaliteit is ongeveer hetzelfde als efficiëntie.

De definitie mag dan duidelijk zijn, het bijbehorende hoofdstuk munt daar niet in uit, vindt Gabriëlle Verbeek. Bovendien dreigen de voorstellen van de commissie tot nieuwe kwaliteitsproblemen te leiden, zoals verbrokkeling van de zorg.

Wat is dat nu eigenlijk, kwaliteit, waar vind je het en hoe maak je het? Een kernbegrip onder de loep.

Gabriëlle Verbeek, Stafmedewerkster kwaliteitsbevordering en scholing bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Ook wordt kwaliteit wel in verband gebracht met de effectiviteit van de zorg, bijvoorbeeld in de zin van resultaat en gezondheidswinst voor patiënten. Men begint tegenwoordig steeds meer in te zien dat ook de wijze van benadering van patiënten een belangrijke kwaliteitsfactor is en dat een respectvolle bejegening door hulpverleners niet mag ontbreken. De manier waarop Dekker het begrip kwaliteit omschrijft is heel anders. Kwaliteit van zorg is in de ogen van de commissie zoets als het handig omgaan met beschikbare middelen. Dit is geen benadering vanuit de professionele hulpverlener of vanuit de

dere zal leiden tot flexibiliteit en klantgerichtheid. In de huidige structuur zijn ziekenhuizen, huisartsen, ziekenfondsen en dergelijke teveel beschermd tegen concurrentie. Verzekeraars en aanbieders van gezondheidszorg kunnen het zich nu permitteren om minder goede zorg te leveren, omdat de inkomsten via wettelijke garanties en monopolieposities gewaarborgd zijn. Een verzekeraar of aanbieder moet *belang* hebben bij de kwaliteit van het product. Het rapport Dekker suggereert dat het laten vervallen van wettelijke zekerheden een en ander zal bewerkstelligen. Als er sprake is van concurrentie wordt er meer moeite gedaan om goed werk af te leveren. Instellingen, beroepsbeoefenaars en verzekeraars worden namelijk weggeconcurrerd bij een slechte kwaliteit van het product.

De Commissie Dekker onderkent dat concurrentie ook de kwaliteit kan aantasten. Het kan leiden tot de *minste zorg tegen de laagste prijs*. De overheid moet hier een wakend oog op houden en ingrijpen als het misloopt.

Onderdelen van zorg

Het rapport Dekker bevat een beschouwing over de kwaliteit van een aantal onderdelen van de zorg. De opmerkingen die hierover gemaakt worden, zijn vaak weinig origineel en soms erg vrijblijvend. De Commissie Dekker noemt bijvoorbeeld de kwaliteit van **instrumenten en geneesmiddelen**. Men moet eisen stellen aan de doeltreffendheid en de onschadelijkheid ervan. Bij geneesmiddelen gaat het om een aanvaardbaar evenwicht tussen geneeskracht en eventuele bij-

Dekkers kleinste hoofdstuk

patiënt in de gezondheidszorg, maar veel meer vanuit het blikveld van de *manager*, die een bepaalde hoeveelheid geld en personeel te besteden heeft. Kwaliteit wordt min of meer gelijk gesteld met *efficiency*.

De inhoud die Dekker geeft aan het begrip kwaliteit is zonder veel moeite te herkennen als afkomstig uit het bedrijfsleven. Dit geldt ook voor de veronderstellingen over de waarde van **marktprincipes**. De grondgedachte van de Commissie Dekker is dat de werking van de vrije markt onder an-



werkingen. Dekker stelt dat 'kwaliteit bij een toenemend aanbod aan gecompliceerde technische apparatuur, nieuwe chemische en wellicht ook biologische produkten van het grootste belang blijft'. Aan deze gemeenschappen worden verder geen consequenties verbonden.

Een ander onderdeel van zorg is voor de Commissie Dekker het personeel in de gezondheidszorg. Opleiding en nascholing moeten volgens Dekker voorzien in een behoorlijke kwaliteit van de hulpverleners. De beste kwaliteit van het medisch handelen zou te bereiken zijn door te appelleren aan de beroepseer van medici. Beroepsopleidingen kunnen voor het ontwikkelen van normen voor het professioneel handelen gebruik maken van *consensusbijeenkomsten*. Door overleg ontwikkelen hulpverleners dan zelf standaarden die binnen de professie gaan gelden. Er zullen ook kwaliteitseisen nodig zijn voor opleiding, bijscholing en het instellen van methodieken voor de toetsing van kwaliteit. Dit zijn geen van alle nieuwe ideeën. Professions zelf verantwoordelijk stellen voor de kwaliteit van hun handelen en de kwaliteitsbewaking daarvan is al jarenlang het beleid van de beroepsgroepen en ook van het departement van WVC. De door de Commissie Dekker voorgestelde wettelijke maatregelen zijn terug te vinden in de wetgevingsperikelen rond de *Wet op de Individuele Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (Wet BIG)*.

Voor de kwaliteit van instellingen beveelt Dekker wettelijk verankerde kwaliteitseisen aan. Op dit moment worden er ook kwaliteitseisen gesteld; dit gebeurt bijvoorbeeld in het

zogenaamde *erkenningbeleid*. Een instelling in de gezondheidszorg krijgt geen erkenning als zij niet voldoet aan bepaalde eisen, zoals eisen aan het materiaal waarmee men werkt of het personeel dat aangesteld wordt. Het model van de Commissie Dekker gaat niet uit van een noodzakelijke kwaliteit van voorzieningen en het erkenningbeleid vervalt dan in principe. Het gaat voortaan om de kwaliteit van zorgfuncties. Wat een zorgfunctie precies inhoudt wordt in het rapport Dekker helaas niet uitgelegd, maar men zou zich kunnen voorstellen dat EHBO, fysiotherapie en gezinszorg voorbeelden van zorgfuncties zijn.

In het concurrentiemodel van Dekker is het niet meer zo dat zorgfuncties voorbehouden zijn aan bepaalde aanbieders. Elke aanbieder in de gezondheidszorg mag elke zorgfunctie aanbieden, zolang die functies goed uitgevoerd worden en voldoen aan kwaliteitseisen. Kwaliteitseisen en omschrijvingen van zorgfuncties zijn nodig om te voorkomen dat het peil van de zorg omlaag gaat. Het is jammer dat Dekker hier geen voorbeelden noemt. Het rapport blijft op dit soort essentiële punten vrij vaag. Een praktisch gevolg van de voorstellen van Dekker kan zijn dat men vanuit relatief goedkope voorzieningen in de gezondheidszorg gaat proberen een deel van het terrein van de duurdere voorzieningen te veroveren door de functies aan te bieden tegen een lagere prijs. De instellingen voor gezinsverzorging gaan claimen dat zij ook wijkverpleging uitvoeren, om eens iets te noemen. De kwaliteitseisen voor wijkverpleging zouden dan moeten uitmaken of dat mogelijk is.

Deze kwaliteitseisen zijn volgens Dekker ook nodig om tegen te gaan dat minder aantrekkelijke patiënten, die veel zorg nodig hebben of die als 'lastig' te boek staan, worden uitgestoten. Dit fenomeen komt momenteel, bijvoorbeeld in de psychiatrie, voor bij drugsverslaafden en bij agressieve patiënten. Aan de andere kant vindt Dekker dat kwaliteitseisen van de overheid het flexibel functioneren beperken en dat de overheid er daarom voorzichtig mee moet zijn.

Het rapport onderscheidt verder kwaliteitseisen aan de totale hoeveelheid zorg. De Commissie Dekker noemt als 'kernbegrippen': niet te veel van het goede en niet te weinig. Teveel zorg kan slaan op teveel zorg van één soort, te veel diagnostiek, te veel specialistische zorg en te zware zorg. Gezien de resultaten wordt de zorg dan te duur. Bij te weinig zorg kan er meer ziekte en in het ergste geval zelfs meer sterfte optreden. De Commissie Dekker doet met deze gemeenschappen nauwelijks iets en wijst vagelijk in de richting van 'planingsmogelijkheden' en 'financiële randvoorwaarden ten aanzien van de totale hoeveelheid zorg'. Het is niet duidelijk of met dit laatste bedoeld wordt op de budgettering.

Dekker besteedt ook aandacht aan de patiëntenrechten. Dit zijn niet alleen de individuele rechten van patiënten, maar ook het recht op functioneel, territoriaal en financieel toegankelijke zorg. Er komt een patiëntenwetgeving, met een wet die proefpersonen beschermt bij experimenten, een klachtenregeling en privacywetgeving. Deze wetgeving is momenteel, ook zonder het rapport Dekker, allang en breed in ontwikkeling. Het advies van de Commissie Dekker noemt geen nieuwe punten.

Overheidstaken

Als het om kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg gaat moet de overheid zich volgens Dekker bepalen tot het creëren van *randvoorwaarden*. Professions, instellingen en verzekeraars dienen uiteindelijk de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. De overheid moet er op toezien dat binnen het veld van gezondheidszorg afspraken worden gemaakt over de aanwezigheid en het functioneren van *toetsingsmechanismen*. Het Staatstoezicht moet toezicht houden op deze mechanismen. 'Te allen tijde dient een bepaald kwaliteitsniveau te zijn gewaarborgd'. De Inspectie zal ook periodiek toezicht hebben op het functioneren van indicatiestellingen en indicatiecommissies. Bovendien krijgt de Inspectie sanktiemogelijkheden voor beroepsbeoefenaren die niet meer aan de gestelde kwaliteits-eisen voldoen.

Samengevat ligt naar de mening van de commissie de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van de zorg primair bij partijen zelf. Zijzelf dienen mechanismen in het leven te roepen die een en ander waarborgen. De inspectie zal toezicht houden op het bestaan van bedoelde mechanismen. Als deze tekortschieten en niet het wettelijk verankerde kwaliteitsniveau van de zorg wordt geleverd dient het Staatstoezicht in te grijpen. In laatste instantie dient de overheid de beschikking te hebben over verbodsmaatregelen.

De rol van de overheid, die in het rapport beschreven wordt, is toch eigenaardig. Enerzijds moet de overheid zich terugtrekken. Ergaat de huidige regelgeving vervallen. Het erkennenbeleid, waarin kwaliteitsregelingen zijn opgenomen, verdwijnt in principe. De planningswetgeving wordt zwaar gedereguleerd. De taken van gemeenten en provincies zullen daarmee grotendeels vervallen. Anderzijds moet er wel een nieuwe, aparte kwaliteitswet komen met eisen voor opleiding, bijscholing en toetsingsmethodieken van professies en daarnaast eisen aan de zorgfuncties en de breedte van het verzekeringspakket. Aan de ene kant is er sprake van het afbreken van overheidstaken op het gebied van de kwaliteit van de gezondheidszorg, aan de andere kant komt er *een hele set nieuwe taken* bij om te voorkomen dat de schadelijke effecten van het marktmechanisme de overhand krijgen. De overheid gaat als **waakhond** optreden als het misgaat met de concurrentie waarbij zij opeens met allerlei verboden kan komen. Maar Dekker laat steeds in het midden waar de grens ligt tussen overheidsbemoedigen en bescherming van de kwaliteit. Het rapport geeft de overheid een onduidelijke rol; het is alleen duidelijk dat de directe beheersing vanuit het departement van WVC en vanuit lokale gemeente- en provinciale besturen minder wordt.

De positie van het Staatstoezicht is in het model-Dekker op een soortgelijke wijze tegenstrijdig. Het Staatstoezicht moet zich minder direct bemoeien met de gezondheidszorg, maar het krijgt wel tot taak de kwaliteitsbewaking vanuit het veld te controleren, periodieke controles te verrichten en zelfs om *sankties* uit te delen. Dat laatste is een onverwachte ontwikkeling. Tot nu toe had de inspectie alleen *adviserende* taken. De inspectie kon formeel nooit ingrijpen in het werk van beroepsbeoefenaren en instellingen, zij moest zich altijd beperken tot aanbevelingen aan de staatssecretaris voor volksgezondheid.

Veelbelovend

Het plan van de commissie Dekker klinkt op het eerste gezicht veelbelovend. Er zitten grote voordelen aan het bij elkaar voegen van de verzekeringsystemen (ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering) en de wetgeving op het gebied van financiering. Dit is een verandering die zeker kwaliteitsbevorderend kan worden: in de afgelopen tien jaar is de **samenwerking** tussen bijvoorbeeld maatschappelijk werk en gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste lijn nauwelijks van de grond gekomen omdat de gescheiden financieringscircuits dit belemmerden. Meer kansen ook voor substitutie, thuiszorg en eerstelijnszorg. Aanbieders worden geprikkeld om hoogwaardige zorg en betere dienstverlening te leveren en nog tegen lagere prijzen ook. Verzekeraars krijgen een stimulans om de beste aanbieders te contracteren. De consument heeft voortaan de mogelijkheid om een verzekeringspakket te zoeken dat is aangepast aan de eigen voorkeur. Het plan Dekker lijkt het ei van Columbus als het gaat om verbetering van de aansluiting tussen vraag en aanbod. De *dogmatiek* van de regelgeving van het departement van WVC is vele jaren tijd. Men kan zich nu eindelijk richten op datgene dat plaatselijk of per individuele patiënt werkelijk nodig is. Zeker wanneer er voldoende aanbieders op de markt zijn, zal het *darwinisme van het concurrentieprincipe* de beste zorg selecteren.

Bijwerkingen

De mogelijke bijwerkingen van de middelen die de Commissie Dekker voorschrijft hangen gedeeltelijk samen met het verminderen van de centrale (landelijke) sturing van het systeem van gezondheidszorg en deels met de neveneffecten van concurrentieprincipes. Om met het eerste te beginnen, het is de vraag of de overheid enige greep houdt op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Die greep is nu al vrij zwak. Misschien is de overheid bevoogdend bezig in de zin dat zij erg veel regels opstelt. Maar men was op overheidsniveau tot nu toe niet in staat om een inhoudelijke en onderbouwde visie op die kwaliteit te ontwikkelen en om deze visie vervolgens met behulp van (kwaliteits)instrumenten in praktijk te brengen. Wanneer op korte termijn de overheidsbemoedigen rond planning en financiering wordt teruggebracht, zal het nog de vraag zijn of de overheid *instrumenten* heeft om toe te passen voor gevallen waarin aanbieders of verzekeraars slecht functioneren. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk op grond van welke inhoudelijke argumenten de overheid dergelijke ingrepen zou

kunnen plegen en of er wel sanktiemogelijkheden zijn. De overheid kan nu nog de erkenning van een instelling intrekken of de subsidie van een voorziening stopzetten. In het model Dekker heeft de overheid deze machtsmiddelen niet meer. De positie van het Staatstoezicht, als toezichthouder, lijkt evenmin sterk. Er wordt op dit moment zwaar *bezuinigd* op het Staatstoezicht. De overheid ondergraaft daarmee de mogelijkheden van een eigen, onafhankelijk kwaliteitsinstituut.

De invloed van verzekerden en gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen wordt met de voorstellen van Dekker wat groter. Men kan iets meer invloed uitoefenen op de samenstelling van het verzekeringspakket en op de hoogte van de premie. Bij een terugtrekkende overheid en het introduceren van concurrentieprincipes zullen vooral de individuele aanbieders en verzekeraars meer autonomie verkrijgen. Zij zijn degenen die de kwaliteit van de zorg gaan bepalen. Het idee dat concurrentie binnen de groepen van aanbieders en verzekeraars vanzelf tot een betere gezondheidszorg gaat leiden is te simpel. In het model Dekker worden de kwaliteitseisen niet meer gekoppeld aan voorzieningen, maar in plaats daarvan aan zorgfuncties. In feite betekent dit dat aanbieders niet verplicht kunnen worden om bepaalde zorgfuncties uit te voeren. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van minder aantrekkelijke zorgfuncties vervalt dan ook. Beroepsbeoefenaars, ziekenhuizen en andere instellingen zullen op een meer *economische* wijze hun beslissingen nemen over het pakket zorgfuncties dat ze willen aanbieden. Bepaalde taken zouden een te grote investering aan kapitaal en menskracht kunnen eisen of te veel risico's opleveren. In de gezondheidszorg kan ver doorgevoerde concurrentie en marktwerking dan ook tot grote problemen leiden.

Het rapport Dekker onderkent dat er misschien bepaalde groepen patiënten zullen zijn die in het nieuwe stelsel niet aan bod komen omdat ze **te duur of te lastig** zijn. Dat geldt echter ook voor *komplete zorgfuncties*. Waarom zou een 7x24-uursdienst in stand houden als dat veel menskracht kost? Aanbieders van zorg kunnen proberen om zo goed mogelijk gebruik te maken van de principes van de vrije markt door zich toe te leggen op de meest aantrekkelijke, winstgevendende zorgfuncties.

Het model van concurrentie kan leiden tot tijdelijke of permanente frikties in het aanbod van voorzieningen. Het werkt waarschijnlijk alleen kwaliteitsverhogend in een situatie waarin sprake is van een licht over-

schot aan aanbieders. En zelfs dan bestaat er nog geen absolute garantie voor een goede aansluiting van aanbod en vraag. Bekend is het voorbeeld van de farmaceutische industrie.

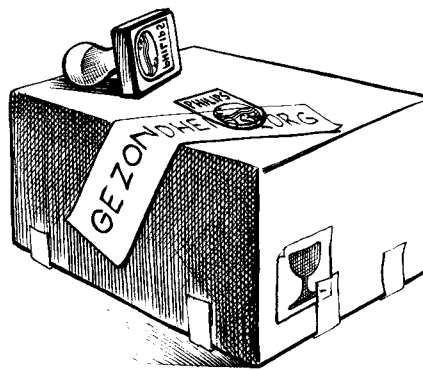
De concurrentie in de geneesmiddelenindustrie is vooral gevoerd omtrent de produktie van minder nuttige zaken. Fabrikanten leggen zich toe op research op het gebied van varianten van bekende geneesmiddelen, die bestemd zijn voor grote groepen patiënten. Voor zeldzaam voorkomende zaken wordt relatief weinig baanbrekende research uitgevoerd omdat de vereiste investeringen groot zijn en de te verwachten winst klein. De markt waarop de geneesmiddelenindustrie zich richt bestaat uit het aantal mensen dat (potentieel) gebruiker is en het middel al dan niet via verzekeringen kan betalen. Uiteraard spelen mechanismen die leiden tot de produktie van overbodige zaken nu ook al in de gezondheidszorg. Het is echter heel goed mogelijk dat het model Dekker dit verder in de hand werkt. Het wordt (nog) lucratiever om een aanbod te doen dat de schijn van kwaliteit biedt en dat tegen een lage kostprijs op de markt kan worden gebracht.

Verbrokkeling

Een belangrijk *tegenwicht* tegen bovengenoemde tendens zou moeten komen van de verzekeraars. De Commissie Dekker gaat er van uit dat verzekeraars bij het zoeken van aanbieders zullen letten op de kosten en de kwaliteit van het produkt. De verzekeraars zullen de beste en goedkoopste aanbieders contracteren. Het rapport heeft in dit kader nog een aardige suggestie voor de verzekeraars. Die zouden *econo-medische inspecteurs* kunnen aanstellen om op de doelmatigheid van de zorg te letten. Wat dit laatste betreft, het is interessant om te zien hoe men essentiële problemen in de gezondheidszorg vaak probeert op te lossen door weer een *nieuwe professie* uit te vinden. Het probleem in dit geval is dat verzekeraars weinig greep hebben op de kwaliteit van het aanbod. Zij hebben zicht op produktiviteitscijfers en verwijsgedrag en kunnen aan de hand hiervan de extremen op het gebied van ondoelmatigheid uitzeven. Uiteraard zullen de verzekeraars proberen om, met het rapport Dekker in de hand, hun eigen kwaliteitstoetsing te ontwikkelen. Ze lopen daarbij niet alleen het risico op spanningen met de beroepsgroepen en de instellingen. De verzekeraar die overweegt het kontrakt te verbreken met een aantoonbaar slecht funktionerende huisarts zal zich ook impopulair kunnen maken bij diens patiënten.

Het is moeilijk te voorspellen hoe verzekeraars om zullen gaan met de kwaliteit van de zorg in een meer marktgerichte, door concurrentie beheerste gezondheidszorg. We kunnen ons misschien een beeld vormen door te kijken naar het verschil tussen het gedrag van de ziekenfondsen en dat van de partikuliere ziektekostenverzekeraars. De ziekenfondsen hebben in de afgelopen jaren wel geprobeerd om enige invloed uit te oefenen op de inhoud en de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door te reageren op *hoge verwijscijfers* van huisartsen. Van partikuliere ziektekostenverzekeringen zijn er voor zover bekend, minder initiatieven op dit gebied geweest. Deze hebben zich meer toegelegd op het uitzoeken van hun *eigen markt* in het verzekeringsbestand. Over het algemeen verzekert een (partikuliere) verzekeraar een risico, meer niet. Een maatschappij die verzekeringen aanbiedt voor auto's, is niet of nauwelijks geïnteresseerd in de kwaliteit van de voertuigen, maar des te meer in de risico's die de maatschappij loopt als het gaat om diefstal of aanrijdingen en andere schadeposten. Het is heel goed mogelijk dat een vrije markt op het gebied van verzekeringen, waarbij ziekenfondsen in dezelfde positie komen als de partikuliere ziektekostenverzekeraars, leidt tot *selectie van voorzieningen op prijs* en slechts in mindere mate op andere kwaliteiten. De kwaliteitswetgeving vanuit de overheid kan hier weinig aan veranderen.

Er lijkt binnen het concurrentiemodel van de Commissie Dekker in ieder geval risico te bestaan op een



zekere verbrokkeling van voorzieningen en zorgfuncties. Continuïteit van zorg en samenhang tussen zorgfuncties zijn geen gegevenheden. Waarom zou je een bijdrage leveren aan het funktionieren van je concurrent? Waarom samenwerken als dat klanten kost? Bovendien zullen er allerlei lokale en individuele regelingen kunnen komen tussen verzekeraars en aanbieders. Het rapport onderkent dit probleem, maar geeft geen concrete oplossing. Het resultaat zou op

den duur een lappendeken van voorzieningen of functies kunnen zijn, met zowel lacunes als overlappingsen. Deze situatie werd indertijd geschetst in de Structuurnota Gezondheidszorg, na een periode van wildgroei vanuit het partikulier initiatief in de jaren zestig.

Hopelijk is het duidelijk dat bovengenoemde effecten en prognoses speculaties zijn. We weten nog niet wat ervan de voorstellen van de Commissie Dekker zal worden. Er zal veel afhangen van de wijze waarop de stellingen uit het hoofdstuk over kwaliteit worden uitgewerkt. Het model Dekker kan bepaalde kwaliteitsproblemen oplossen, bijvoorbeeld door middel van het doorbreken van monopolieposities en het ontwerp van een financiering waarin substitutie van voorzieningen mogelijk wordt. Maar het kan ook een aantal nieuwe kwaliteitsproblemen met zich mee brengen, met name door de verbrokkeling van het aanbod en het eventueel uitstoten van weinig winstgevende zorgfuncties. Het hoofdstuk over kwaliteit onderkent de nadelige effecten van de eigen voorstellen af en toe wel degelijk, maar het geeft er te weinig concrete voorzorgsmaatregelen voor. De oplossing zou moeten komen van een kwaliteitswetgeving die nog lang niet ontwikkeld is. Voor het zover is dat nauwkeurig geformuleerd is wat de zorgfuncties in de gezondheidszorg zijn en aan welke eisen deze moeten voldoen, zijn we jaren verder.

Het is opvallend dat het hoofdstuk kwaliteit in het advies van Dekker in vergelijking met de rest van het rapport minder helder en consistent is. De ideeën over kwaliteit zijn vaag geformuleerd. Dekkers visie, waarin kwaliteit wordt gezien als een vorm van efficiency, gaat uit van de veronderstelling dat marktwerking, concurrentie, flexibiliteit en patiëntgerichte zorg automatisch uit elkaar voortvloeien. De relatie tussen kwaliteit enerzijds en zaken als concurrentieprincipes en deregulering anderzijds lijkt echter veel ingewikkelder dan in het korte hoofdstuk van het advies van de Commissie Dekker gesuggereerd wordt. ••

Van 2 naar 1

Substitutiebeleid: de verschuiving van zware naar lichtere vormen van zorg. Dit om te voorkomen dat mensen te snel of ten onrechte in te specialistische zorgcircuits terechtkomen. En uiteraard om de kosten te drukken. Dit is de tot nu toe wat onderbelichte kern van het rapport van de commissie Dekker. In feite niets nieuws, het is een uitwerking van de intenties van de structuurnota 1974. Het essentiële verschil is gelegen in de methode om de substitutiedachte te verwezenlijken. De vrijwilligheid van de structuurnota is vervangen door de dwang van Dekker.

De maatregelen die de commissie voorstelt moeten een zó substitutievriendelijk klimaat scheppen dat de gewenste verschuivingen er haast automatisch uit voortkomen. Peter Lems zet vraagtekens bij dat automatisme. Hij signaleert een aantal problemen, en mogelijkheden om de substitutiemaatregelen te ontduiken. Is het marktgerichte denken de ruggegraat van de commissie Dekker of de achilleshiel?

Peter Lems, beleidsmedewerker Harmonisatieraad Welzijnsbeleid

In de brede maatschappelijke discussie over het Dekker-ontwerp voor de gezondheidszorg wordt over veel gesproken behalve over het *substitutiebeleid*, de kern van het ontwerp. De voorstellen van de commissie Dekker met betrekking tot substitutie passen in de traditie die met de Structuurnota in 1974 gevestigd werd. Het streven in beide nota's is hetzelfde, de aangevonden middelen zijn verschillend. Maar de breuken met het verleden, zoals bijvoorbeeld de verplichte basisverzekering met daaruit voortvloeiende inkomenseffecten en concurrentie, trekken kennelijk meer belangstelling dan de continuïteit.

Substitutie, verschuiven van zorg van een ongewenste naar een gewenste plaats, met behoud van kwaliteit, is volgens de commissie mogelijk als financiering en structuur van de zorg grondig worden herzien. En wel zodanig dat het systeem substitutievriendelijk wordt. Zijn structuur en financiering dat niet, zoals in het huidige systeem, dan kan de overheid via planning en stimulering weinig tot stand brengen. Zij mist het budgettaire kader om substitutie te bevorderen of af te dwingen. "De voorstellen in dit rapport beogen een zodanige wijziging van het stelsel van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dat de deuren voor substitutie binnen de zorg zo wijd mogelijk worden opengezet..." (rapport Dekker). De deuren worden opengezet voor betrokkenen in het veld die door de commissie Dek-

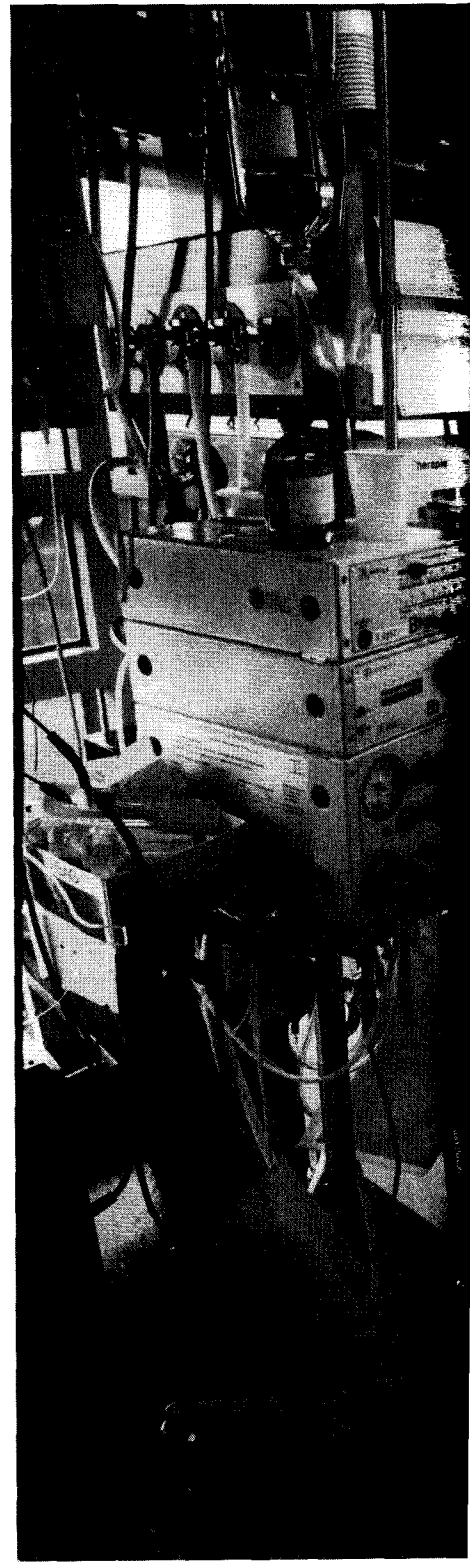
Substitutie volgens Dekker

ker op alle mogelijke manieren financieel geprikkeld worden aan de gewenste verschuivingen bij te dragen. Van overheidszijde kan dit proces bevorderd worden door sanering van de tweede lijn krachtig ter hand te nemen. Dekker spreekt in dit verband over "krachtig" en "energiek" substitutiebeleid.

Noodzaak tot substitutie

Er waren twee aanleidingen om te pleiten voor krachtig substitutiebeleid. Slagen wij er niet in gewenste verschuivingen tot stand te brengen, de zorg goedkoper te maken, dan is het onmogelijk aan de toenemende vraag van onze ouder wordende bevolking te voldoen. Verder zijn verschuivingen van zware (intramurale) naar lichtere vormen van zorg noodzakelijk om te voorkomen dat mensen te snel of ten onrechte in zorgcircuits terecht komen waarin de institutionele afhankelijkheid groot is.

De term substitutie heeft in het rapport Dekker een brede betekenis en



heeft betrekking op drie verschillende processen. Ten eerste gaat het over verschuivingen binnen en tussen zorgsystemen: van specialist naar huisarts, van opname naar dagbehandeling of beschermd wonen, van dagbehandeling naar extramurale zorg en thuiszorg, van nazorg in het ziekenhuis naar nazorg thuis en van bejaardenoord naar gezinszorg thuis. Ten tweede gaat het over preventie van problemen, het voorkomen van behandelingsproblemen. De commissie pleit dan ook voor stringent leefstijlbeleid, te beginnen met roken en alcoholgebruik. En ten derde heeft substitutie bij Dekker betrekking op verschuivingen van



Foto: Michel Pellanders (Hollandse Hoogte)

professionele naar informele zorg. De commissie heeft gezocht naar een systeem dat voldoende prikkels bevat om verschuivingen op deze drie terreinen mogelijk te maken.

Communicerende vaten

De Harmonisatieraad schreef in zijn signalement "Echelonnering in de gezondheidszorg" (sept. 1986) dat aan het substitutiebeleid van de Structuurnota de veronderstelling ten grondslag lag dat echelons (lijnen) communicerende vaten zouden zijn. De raad verwierp deze metafoor omdat echelons in ons huidige bestel relatief autonome zorgcircuits zijn en om-

dat autonomie en volume van de tweedelij (met name van ziekenhuizen) een aanzuigende werking hebben die huisarts en patiënt moeilijk kunnen weerstaan. Daarop haakt de commissie Dekker in. Zij wenst een zodanige verandering van structuur en financiering van zorg dat echelons *communicerende vaten* worden: dat uitbreiding van de eerstelij directe gevolgen heeft voor de tweede en omgekeerd.

Bij het tot nu toe gevoerde substitutiebeleid lag de nadruk op het creëren van alternatieve substituuvoorzieningen (samenwerkingsverbanden in de eerstelij, thuiszorg, poliklinische zorg, beschermd wonen, dagbehandeling) in de hoop dat de vraag naar specialistische en intramurale voorzieningen af zou nemen: *spontane* substitutie. Substitutie is in het perspectief van de commissie Dekker *gedwongen* substitutie. De commissie wil bijvoorbeeld niet wachten tot de leegstand in ziekenhuizen door met elkaar concurrerende verzekeraars wordt aangepakt. Zij wil de sanering terstond en krachtig laten aanpakken door de overheid. En huisartsen worden gedwongen taken van de specialist over te nemen omdat zij anders in inkomen achteruit gaan.

Deze strategie is nu in principe mogelijk omdat de commissie kon terugvallen op een infrastructuur van nieuwe (substituut) voorzieningen die in de afgelopen periode is aangelegd.

'Beperking autonomie tweede lijn

Van eerste en tweede echelon communicerende vaten maken betekent dat de autonomie van de tweedelij - met name van ziekenhuizen en daarin werkzame specialisten - moet worden ingeperkt.

Om de monopoliepositie van aanbieders aan te tasten stelt de commissie voor verzekeraars te ontheffen van de verplichting met elke arts en erkende instelling een contract te sluiten. Contracteervrijheid vergroot, als er tenminste een overschot is, de macht van verzekeraars ten opzichte van aanbieders. Contracten worden machts- en controlemiddel.

Specialisten krijgen daarnaast met nog een ander regiem te maken. Specialistische verrichtingen zullen onder het ziekenhuisbudget worden gebracht en dus van een financieel plafond worden voorzien. Het ziekenhuismanagement krijgt zo meer greep op de kwantitatieve aspecten van het specialistisch handelen (uitgaven, aantal verrichtingen, type verrichtingen, indicatiestelling ?). De specialisten zullen economisch verantwoord met hun budget moeten omgaan en de commissie verwacht daarvan enkele heilzame effecten zoals vermindering van de verspilling en verschuiving van activiteiten naar de huisarts.

Bovendien krijgen beroepsbeoefenaren - meer dan nu - te maken met de (dan gehalveerde) geneeskundige inspectie, die volgens Dekker de bevoegdheid moet hebben aanbieders van zorg te verbieden overeenkomsten met verzekeraars aan te gaan.

Niet alleen wil de commissie de monopoliepositie en de autonomie van beroepsbeoefenaren aantasten; zij wenst ook het volume van de tweedelij drastisch in te krimpen. De capaciteit van ziekenhuizen zou met ongeveer een kwart moeten worden teruggebracht.

Omdat elke specialist zijn eigen werk creëert heeft de commissie gekozen voor minder specialisten en voor onderwerping van de werkzaamheden aan sterke interne en externe controle.

Eerste lijn

Omdat de tweedelij zal krimpen, moet in Dekker-perpectief de eerstelij worden uitgebreid en versterkt. De *financieringsstructuur* van eerstelijns voorzieningen zal worden *geïnnoveerd* door functies uit gezondheidszorg (huisarts en wijkverpleging) en maatschappelijke dienstverlening (maatschappelijk werk en gezinszorg) onder het verplichte basispakket te brengen, dat door verzekeraars wordt aangeboden. Dit ene verzekeringsregiem komt in de plaats voor verschillende financieringsregelingen. Met de introductie van de basisverzekering worden tevens de eigen bijdrageregelingen voor gezinszorg en kruiswerk gelijkgeschakeld.

De commissie heeft geen instellingen of *voorzieningen* in het basispakket opgenomen maar *functies*. Elke burger heeft recht op deze functies ongeacht de instelling of persoon die deze functies behartigt. Het recht op medische behandeling kan te gelde worden gemaakt door huisarts of specialist, het recht op psychosociale hulp door een maatschappelijk werker of een psycholoog en het recht op verpleging door een ziekenhuisverpleegkundige of een particuliere thuisverpleegkundige.

Het honorarium van de huisarts zal ook anders worden opgebouwd: een lager abonnementsgedeelte en een nieuw verrichtingengedeelte. Huisartsen kunnen de verlaging compenseren door consultatiebureautaken (voor kinderen vanaf een jaar) op zich te nemen, verloskundige hulp te geven en verantwoordelijkheid te nemen voor uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Zo hoopt de commissie huisartsen financieel te prikkelen verloren gegane gebieden te heroveren.

Patiënten worden voor hun aandeel in het aantal verwijzingen, de zogenaamde verwijzingen op aandrang van de patiënt, aangeslagen voor 25 gulden per verwijskaart. Als deze

maatregelen worden ingevoerd moet het volgens de commissie mogelijk zijn het aantal verwijzingen per huisarts met zo'n 30% terug te dringen. Gemiddeld verwijst een huisarts dan zo'n 150 keer per jaar per 1000 ziekenfondsverzekerden. Dekker geeft nergens aan waar dat percentage vandaan komt. De aanname dat dit haalbaar is lijkt echter reëel; de Harmonisatieraad kwam vorig jaar tot precies dezelfde uitkomst (rapport Echelonnering in de gezondheidszorg).

Contracteervrijheid en contracteerdwang

Zal het beschreven systeem van de commissie Dekker werken? Contracteervrijheid is volgens de commissie een belangrijke voorwaarde voor concurrentie tussen verzekeraars en aanbieders. De eersten zullen er naar streven goedkope contracten af te sluiten zodat de nominale premie voor het basispakket (voor een gezin met twee kinderen, zonder eigen risico's, zo'n 1000 gulden per jaar) lager wordt. In de fantasie van de commissie zien burgers aan de hoogte van de premie hoe doelmatig de verzekeraar is, wat diens concurrentiepositie op de markt ten goede komt. Ik denk dat de commissie de heilzame effecten van contracteervrijheid overschat.

Er zijn enorme praktische bezwaren aan jaarlijkse onderhandelingen tussen alle verzekeraars (150) en alle beroepsbeoefenaren en instellingen (tienduizenden). Het is niet te voorzien of dit probleem wordt opgelost door regionale samenwerking of door een landelijk werkende pioniersgroep van zo'n 15 tot 20 verzekeraars die onderhandelingen voert waar andere verzekeraars zich bij aansluiten. Maar welke kant het ook op gaat er zal bij alle partijen behoefte bestaan aan continuïteit waardoor het instrument van de contracteervrijheid aan beweeglijkheid inboet.

Contracteervrijheid heeft alleen zin als er een overschot is, als er wat te selecteren valt, als contracten kunnen worden geweigerd. Slaagt de overheid erin 12.000 ziekenhuisbedden te saneren dan is dat overschot weggewerkt en hebben verzekeraars niet veel meer te kiezen. En de eerste lijn zal voorlopig nog niet met een overschot van aanbieders te maken krijgen omdat in Dekker-perspectief het volume van deze lijn groter wordt.

Verder is te verwachten dat beroepsbeoefenaren en instellingen zich aan de *contracteerdwang* en samenwerking zullen proberen te *onttrekken*. Zij hebben ook creatief op de overheidsplanning gereageerd waarbij soms de grens van het (nu nog) legale werd bereikt (Dr. Boerema). Er zijn verschillende strategieën om de afhankelijkheid ten opzichte van verze-

keraars te verminderen. De KNMG is al bezig een eigen keurmerk systeem te ontwikkelen - drie en twee sterren dokters - waarbij de kwaliteit en niet de kosten voorop staat. Tandartsen hebben aangekondigd een eigen verzekeringsmaatschappij op te richten, als zij buiten het basispakket gaan vallen. Daarmee slaan zij twee vliegen in een klap. Zij worden minder afhankelijk van de 150 verzekeraars met ieder een verschillend aanvullend pakket en de prijzen kunnen concurrerend zijn omdat zo'n zelfstandige verzekering lage beheerskosten heeft.

Ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardenoorden in een regio kunnen een verzekeringsmaatschappij oprichten en zich zelf een contract aanbieden. Met uitbreiding van extramurale activiteiten kunnen zij een behoorlijk deel van het basispakket uitvoeren. Dat is dan een pendant van een HMO in de tweedelijns.

Huisartsen kunnen het verzekeraars moeilijk maken door op te houden met verwijzen. "Verwijzen" suggereert een actieve opstelling van de huisarts, alsof bij een verwijzing alles voor de patiënt geregeld wordt. In de praktijk gaat dat niet zo. Verwijzen is veelal de patiënt adviseren een specialistisch consult of laboratoriumonderzoek aan te vragen. Wij kunnen daarom beter spreken over "adviezen aan de patiënt". Omdat de commissie Dekker nergens zegt dat specialistische consultatie alleen mogelijk is op verwijzing van de huisarts, hebben alle partijen er belang bij hiervan gebruik te maken. Als de huisarts ophoudt te verwijzen wordt de doorstroming naar de tweedelijns voor buitenstaanders (verzekeraars) onzichtbaar. Patiënten betalen bovendien geen 25 gulden per verwijzing, want de specialist is vrij toegankelijk en de huisarts heeft alleen geadviseerd.

Uniforme t' Manciering van tweedelijns voorzieningen

De commissie is er erg op gebrand geweest verschillen in financiering van voorzieningen op te heffen. De muren tussen ziekenfonds en AWBZ-financiering zullen worden geslecht door de basisverzekering in zijn geheel aan de competentie van maatschappelijke organisaties over te laten. Spectaculaire voorzieningen zoals specialistische hulp en ziekenhuiszorg worden in hetzelfde verzekeringsregiem opgenomen als niet-spectaculaire voorzieningen voor psychiatrische patiënten, zwakzinnigen en voor mensen die op intensieve verpleging aangewezen zijn.

Gevreesd moet worden dat het wegvallen van de overheidsbemoediging met deze niet-spectaculaire AWBZ voorzieningen zal leiden tot achteruitgang van deze voor chronisch zieken

belangrijke instellingen. Ontwikkelingen in de spectaculaire tweedelijnszorg, zoals nieuwe technische doorbraken en behandelmethoden maar ook bezuinigingen bijvoorbeeld op onderzoek van MS- en kankerpatiënten, zijn aanleiding de publieke opinie te mobiliseren. Preferenties van verzekeren en publieke opinie zetten verzekeraars onder druk de uitgaven voor spectaculaire zorg te verhogen. Dit moet ten koste gaan van uitgaven voor minder spectaculaire voorzieningen. De basisverzekering geeft weliswaar recht op deze functies, maar dit sluit niet uit dat je alleen gerechtigd bent om op een wachtlijst te staan. Het wetenschappelijk bureau van de VVD heeft wellicht om die reden gepleit voor handhaving van de huidige AWBZ-financiering.

Uniforme t' Manciering van de eerstelijns

De Commissie verwacht dat het opheffen van financieringsverschillen tussen eerstelijns voorzieningen zal leiden tot meer samenwerking en beter gebruik van deze voorzieningen.

Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn volgens Dekker uit substitutie-oogpunt veruit superieur boven alle andere organisatievormen. Hij baseert dit oordeel op verwijscijfers uit 1978, waar gezondheidscentra met glans naar voren komen. De samenwerking is volgens Dekker nooit goed van de grond gekomen vanwege de verbrokkelde financieringsstructuur van eerstelijns voorzieningen. Daarom moeten huisartsenzorg, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk opgenomen worden in de basisverzekering.

De commissie denkt dat als gevolg van de nu bestaande verschillende eigen bijdrage regelingen voor maatschappelijk werk, gezinszorg en wijkverpleging, patiënten die voorziening kiezen die voor hen het goedkoopst is. Daarmee heeft de commissie uit het oog verloren dat het hier om verschillende voorzieningen gaat die wel in enige mate overlappen, maar niet uitwisselbaar zijn. Uniformering van eigen bijdragen zal dan ook niet leiden tot verlegging van patiëntenstromen.

Dat uniforme financiering zou prikkelen tot samenwerking is nergens op gebaseerd. Samenwerking wordt aantrekkelijker als daarmee de overlevingskansen van betrokken partijen worden vergroot, bijvoorbeeld als de huisarts daardoor meer inkomen kan verwerven of als verzekeraars bij de verdeling van contracten prioriteit geven aan samenwerkingsverbanden.

Gevolgen voor het maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk (amw) figureert in de voorstellen van de commissie-Dekker alleen als onderdeel van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. Daarmee is het amw onderdeel geworden van de substitutiestrategie ten opzichte van naar de tweedelijns. Want substitutie zal alleen plaats vinden als de eerstelijns beter wordt georganiseerd en er meer wordt samengewerkt.

In het basispakket is de functie van het amw omschreven als psychosociale hulp, een term die maar een gedeelte van het huidige werk dekt. Verzekeraars, die de basisverzekering uitvoeren, hebben ruime marges deze functie naar eigen inzicht te definiëren. Behoort begeleiding bij materiële problemen (inkomen, huisvesting) tot psychosociale hulp of niet? Blijft het

begrotingsgeld voor Maatschappelijke Dienstverlening jaarlijks over aan de centrale kas waaruit verzekeraars betaald worden. Er is dus voldoende geld om van het gunstigste geval uit te gaan.

Verandering van huisartsenzorg

Als de huisarts doet wat de commissie van hem verwacht zal deze vorm van hulpverlening anders moeten worden georganiseerd. Thuiszorg, verloskunde en nazorg stellen hoge eisen aan de bereidheid van huisartsen zijn of haar patiënten thuis te bezoeken. En dat terwijl het aantal thuisvisites in de loop van de tijd is afgenomen ten gunste van spreekuur- en telefonische consulten. Nu al vindt minstens 80% van alle dokters consulten op het spreekuur plaats. Hoewel kwantitatieve gegevens ontbreken be-

bare (eigen) huisarts gesneuveld en daarvoor in de plaats heeft de beroepsgroep zich garant gesteld dat vertegenwoordigers daarvoor 7 maal 24 uur bereikbaar zijn. Patiënten worden daarom buiten kantoor met verschillende waarnemers geconfronteerd. In sommige gevallen is de waarneming prettig geregeld, in andere is het een bron van conflicten. In de grote steden is de beroepsgroep buiten kantoor alleen bereikbaar via anonieme dokterstelefoons. Onder dergelijke omstandigheden zijn mensen al snel geneigd het station van de huisarts te passeren en zich rechtstreeks te wenden tot EHBO-afdelingen van ziekenhuizen. Om dit probleem het hoofd te bieden, deed de directeur medische zaken van het st. Clara ziekenhuis te Rotterdam vorig jaar de provocerende suggestie huisartsen in het weekend in het ziekenhuis te laten werken.

De commissie Dekker denkt er anders over. Huisartsen moeten financieel geprikkeld worden deze taken zelf te doen, niet in het ziekenhuis maar daarbuiten. Bereikbaarheid en uithuiszorg zullen bevorderd worden door de huisarts financieel te prikkelen. Dit zou kunnen als praktijken kleiner worden en het werkgebied van de huisarts geografisch beperkt wordt (wijk). Dit laatste alleen is onvoldoende, zoals blijkt uit een opmerking van een patiënt over de huisartsen van haar wijkgezondheidscentrum "dat de huisarts moeilijk uit zijn of haar gezellige centrum te krijgen is" (NIVEL, 1987).

Algemene substitutie-bepaling

Van een andere orde, maar niet minder aardig, is de suggestie van de commissie Dekker tot invoering van een algemene substitutie-bepaling in de verstrekkingen c.q. vergoedingenbepalingen. Dat betekent dat in bepaalde gevallen een bedrag in geld wordt verstrekt dat de verzekerde kan aanwenden voor zorg in zijn directe omgeving. "Thans is het bijvoorbeeld voor veel ernstig zieken die hun stervensfase het liefst thuis zouden willen doormaken vaak onmogelijk dit te doen doordat extra kosten voor thuiszorg niet worden vergoed en die van het ziekenhuis wel. Dit voorbeeld is met vele aan te vullen: kortdurende opname ter verlichting van de thuisopvang van geestelijk gehandicapten en het gebruik maken van hulp uit de omgeving tegen kostenvergoeding. iets waartoe de laagstbetaalden nu veelal niet in staat zullen zijn" (Rapport Dekker, pag.8).

De commissie stelt enkele voorwaarden aan deze hulp. Het moet worden geïndiceerd (door wie, de huisarts?) en de uitgaven moeten aan een



Foto: Flip Franssen

amw een zelfstandige en algemene voorziening of wordt het een specifieke functie die alleen kan worden uitgeoefend in eerstelijns samenwerkingsverbanden? Is alles wat maatschappelijk werkers doen uit substitutieoogpunt van belang of geldt dat alleen voor specifieke onderdelen van dat werk? In het ongunstigste geval leiden de voorstellen van de commissie Dekker tot amputatie van het amw, tot splitsing van activiteiten al naar gelang deze uit substitutieoogpunt van belang zijn. In het gunstigste geval wordt het huidige werk voortgezet.

De commissie is niet duidelijk over de financiering van het amw, want als ik het rapport goed begrepen heb betalen burgers dubbel voor de psychosociale functie in de hulpverlening. Men betaalt een premie voor het basispakket, inclusief voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening. Daarnaast draagt de overheid de huidige

staat de indruk dat huisartsen veel minder bereid zijn thuisvisites af te leggen. Naast de geringer wordende noodzaak - hoewel hierover tussen huisarts en patiënt vaak langdurig onderhandeld wordt - is het soms ook bewust beleid om meer tijd te hebben per spreekuurconsult. Veel gezondheidscentra hebben deze keuze gemaakt.

Om op uitgebreider schaal eerste hulp te kunnen bieden zal de bereikbaarheid van de huisarts verbeterd moeten worden. De matige bereikbaarheid buiten kantoor heeft tot gevolg dat in de grote steden een toename is te zien van het gebruik van afdelingen traumatologie van ziekenhuizen, met name 's avonds, 's nachts en in het weekend. Dit is één van de keerzijden van de 'verzakelijking van de praktijkvoering van huisartsen. Onder invloed van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen is het ideaal van de (bijna) altijd bereik-

maximum gebonden worden. Terwijl de commissie constateert dat aan de huisarts zodanige eisen worden gesteld dat deze buiten zijn professionele domein dreigt te geraken, doet zij de suggestie de huisarts nieuwe controle-taken te geven. Want zegt zij, "om de goede kwaliteit van deze zorg te handhaven zal het soms nodig zijn dat de huisarts erop toeziet dat de patiënt ook thuis van de juiste medische hulp gebruik maakt".

Maximering van het bedrag voor thuiszorg betekent dat als in een concreet geval thuiszorg duurder wordt dan instuutszorg, het recht op betaling van een bedrag voor thuiszorg vervalt. Daarmee rekent de commissie af met een gedachte die momenteel sterk in het veld leeft dat thuiszorg moet, ook als dat duurder zou zijn dan instuutszorg. Wat valt er van deze algemene substitutie-bepaling te verwachten?

Betaling van hulp uit de omgeving - de commissie spreekt over een onkostenvergoeding - betekent dat mensen die nu vrijwillig diensten verlenen (familie, bureu, vrienden, kennissen) een onkostenvergoeding krijgen: Daar is op zich niets tegen, het leidt alleen tot hogere kosten voor zorg omdat er niets gesubstitueerd wordt. Ter verlichting van de thuisopvang van geestelijk gehandicapten - de commissie heeft hier kennelijk het belang van het gezin op het oog - is deze substitutie-bepaling niet nodig. Reservering van capaciteit voor kortdurende opname, bijvoorbeeld tijdens vacaties, ligt hier meer voor de hand. Resterende van de groep patiënten die liever thuis dan in het ziekenhuis of een verpleeghuis sterft. In dat geval zal de intensieve hulp van particuliere zijde moeten worden verstrekt: verpleegkundigen, gezinsverzorgers, artsen, fysiotherapeuten. In dat geval zal het maximum bedrag voor thuiszorg al snel zijn bereikt. 24 uur particuliere verpleegkundige hulp is al bijna drie maal zo duur als 24 uur opname in een verpleeghuis (gemiddelde kosten 200 gulden per etmaal).

Wanneer scherp wordt toegezien op de indicatiestelling voor deze hulp zal er marginaal gebruik van worden gemaakt. Is het toezicht minder scherp dan zal deze algemene substitutie-voorziening gebruikt worden door anderen dan waarop de commissie het oog heeft. In dat geval kan deze regeling worden opgenomen in de reeks alternatieve arrangementen die als substituuvoorziening in het leven zijn geroepen, waarbij de ervaring heeft geleerd dat zij bestaande zorg maar gedeeltelijk vervangen en nieuwe patiënten/cliëntenpopulaties naar zich toezuigen.

Dekker in substitutie-perspectief

Na afronding van het werk van de commissie hebben de voorstellen het circuit van de "wijzen" verlaten en zijn terecht gekomen in de politieke arena. De geluiden die daaruit opstijgen maken het mogelijk een voorlopige balans op te maken.

De voorstellen van de commissie Dekker zijn niet nieuw. Het is haar grootste verdienste dat zij de vele suggesties voor substitutie in een samenhangend geheel heeft gebracht. De commissie lijkt mij rijkelijk optimistisch over de resultaten maar dat zal wel samenhangen met de noodzaak politieke steun voor de voorstellen te verwerven. Gebleken is in ieder geval dat als financiering en structuur van de zorg niet substitutievriendelijk zijn de overheid verschuivingen niet afkandwingen via planning en stimulering. Er is dus alle aanleiding te bezien of dat via het spoor van de commissie Dekker wel lukt. Daarbij is op voorhand niet te zeggen of verschuivingen dan wel worden gerealiseerd, of dat het substitutiebeleid zal leiden tot uitbreiding van een grotere variëteit binnen de zorg. Tot nader order is het initiatief van Boerema een voorbeeld van de tweede mogelijkheid. Maar Boerema is niet in de eerste plaats interessant omdat zijn substitutie-verwachtingen onheilspellend hoog zijn, maar omdat hij heeft laten zien wat service is. De nieuwe generatie, niet diegenen die de oorlogsperiode hebben meegeemaakt, hunkert, aldus KLOZ-directeur Scheerens, naar service in de gezondheidszorg en kan die ook betalen dankzij betere pensioenvoorzieningen. Service is ook het sleutelwoord in de marketing-strategie van de commerciële Amerikaanse gezondheidszorg. Zo wordt de service gesymboliseerd door de snelheid waarmee een maaltijd wordt overgebracht van keuken naar patiënt. Gebrek aan service in de gezondheidszorg heeft bijna altijd te maken met wachten. Wachten tot de specialist geconsulteerd kan worden, wachten als de specialist geconsulteerd wordt, wachten op behandelingen (bestraling bijvoorbeeld), wachten op de uitslag, wachtlijsten, wachten tot de volgende dag.

Als de voorstellen van de commissie Dekker worden ingevoerd staan kostenverlagende verschuivingen voortdurend op de economische agenda. Niettemin zullen de totale kosten voor zorg stijgen omdat een deel van de bevolking bereid is meer te betalen om niet te hoeven wachten op de beste hulp die er is.♦♦

Drugs and Money

Artsen zijn de enige groep consumenten ter wereld, die iets kopen en het een ander laten betalen. Dit is een van de problemen die Dees tegenkomt bij zijn pogingen om 40 miljoen op de post geneesmiddelen te bezuinigen. Apothekers, patiëntenorganisaties en vooral de geneesmiddelenindustrie zijn nog veel geduchtere tegenstanders van zijn plannen. Zij lopen de kans er ook financieel de dupe van te worden.

Joost van der Meer sprak met prof. Graham Dukes over de mogelijkheden om tot een goedkoper en rationeler geneesmiddelengebruik te komen.

Joost van der Meer

Geneesmiddelen zijn het smeermiddel van de gezondheidszorg. Veel consulten eindigen met het uitschrijven van een recept, al laten Nederlandse artsen zich daar iets moeilijker toe verleiden dan hun buitenlandse collega's. De aanbeveling van de commissie Dekker om de medicijnen uit het ziekenfondspakket te halen leidde tot protesten van apothekers en patiëntenorganisaties, zij het met verschillende motieven.

Een voorstel van Dekker om een beperkte lijst in te stellen van 300 middelen die wel vergoed zullen worden, kan evenwel in de ogen van de farmaceutische industrie geen genade vinden. Volgens een woordvoerder van de Nederlandse farmaceutische industrie (NEFARMA), leidt een dergelijk voorstel tot "*monopolieposities van bedrijven*" en tot "*moeilijkheden voor artsen bij het kiezen van het juiste geneesmiddel*".

Toch moet er op geneesmiddelen aardig bespaard worden, gezien het feit dat de Nederlandse ziekenfondsen in 1985 zo'n slordige 3 miljard gulden uitkeerden ten behoeve van genees- en verbandmiddelen, een cijfer dat tot nu toe ieder jaar is gestegen. Staatssecretaris Dees van Volksgezondheid wil binnen de 300 miljoen die er dit jaar op zijn departement moet worden bezuinigd, 40 miljoen minder uitgeven aan geneesmiddelen.

Sommige deskundigen merken wel eens smalend op dat politici zo weinig verstand hebben van geneesmiddelen. Zij verwijzen daarbij naar de berekening, dat wanneer twee middelen uitsluitend voor het bestrijden van

maagzweren ook alleen daarvoor zouden worden voorgeschreven - en niet voor allerlei andere maagklachten, zoals in de dagelijkse praktijk gebeurt - dit wel eens een besparing van 60 miljoen op zou kunnen leveren. Reden, om eens met een deskundige te gaan praten.

Een man van nuances

Prof. Dr. Graham Dukes is de enige hoogleraar geneesmiddelenbeleid die ons land rijk is. Tot voor kort was hij hoofd van de afdeling geneesmiddelen van het Europese kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Daarvoor, van 1972 tot 1982,

was hij plaatsvervangend voorzitter van het Nederlandse College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, dat beslist welke geneesmiddelen in ons land worden toegelaten. Dukes is hoofdredacteur van het gezaghebbende standaardwerk "*Meylers side-effects of Drugs*", en mede-auteur van het rapport "*Drugs and Money*". Dit rapport verscheen mede onder auspiciën van de WHO, en gaat in op het gespannen huwelijk tussen geld en geneesmiddel; een huwelijk waarmee grote belangen gemoeid. Nu is hij als "*Acting Director*" bijna de hoogste man op het Europese hoofdkwartier van de WHO in Kopenhagen.

Vanwege die hoge diplomatieke functie, de belangen van de industrie, en de complexiteit van de problematiek, is Dukes een man van nuance. Voorzichtig formulerend, zoveel mogelijk kanten van de zaak belichtend geeft hij antwoord. Waar nodig, deinst hij echter niet voor pittige uitspraken terug. Anderhalve dag per maand is hij in Groningen, waar hij hoogleraar is. De rest van de tijd is hij op reis of in Kopenhagen.

Aan het eind van het uur dat ik hem kan spreken, gelast een medewerker luidruchtig het absolute einde van het gesprek. We hebben het net over de wenselijkheid van verandering bij het voorschrijven en bij de registratie van geneesmiddelen. en Dukes neemt nog even de tijd om me nog "*één centraal ding*" op het hart te drukken: "*Eigenlijk zou ik reël sneller moeten en kunnen, Maar hoeiceel je soms ongeduldig bent, kun je geen plotselinge*



Foto: Elmer Spaargaren

Prof. Dukes over het geneesmiddelenbeleid

De meeste medicijnen zijn alleen instaat symptomen te onderdrukken

beslissingen nemen. Dat zou op enorme weerstand stuiten bij alle betrokken partijen: artsen, apothekers, industrie en patiënten".

Me-too preparaten

De geneesmiddelenmarkt is een merkwaardige markt, met geheel eigen kenmerken. Zo geeft de industrie vaak meer geld uit aan reclame dan aan onderzoek en ontwikkeling. Artsen zijn de enige groep consumenten ter wereld die iets kopen en het een ander laten betalen; kostenoverwegingen spelen bij het voorschrijven van een medicijn (dus) nauwelijks een rol. Een andere kostenverhogende factor is het bestaan van een groot aantal te dure, overbodige of verouderde middelen op de markt, die artsen niettemin voorschrijven. Uit het rapport *Drugs and Money* blijkt dat oplossingen moeten komen vanuit alle betrokken partijen: industrie, artsen, apothekers en consumenten. Het rapport signaleert enkele opvallende ontwikkelingen om te komen tot bezuinigingen op het geneesmiddelenbudget: beperking van de aantallen middelen; goedkoop voorschrijven door het gebruik van zgn. generieke producten in plaats van dure merkgeneesmiddelen; en het wettelijk beperken van de hoge reclame-uitgaven van de farmaceutische industrie. De auteurs stellen verder voor onderzoek naar 'me-too preparaten' te ontmoedigen: middelen die, met een kleine verandering, zijn afgeleid van het succesproduct van de concurrent, zonder dat ze wezenlijk beter of goedkoper zijn. *Goed en vernieuwend* onderzoek moet gestimuleerd worden, zegt het rapport.

Het rapport beschrijft ook vele haken en ogen: zo werkt een duur medicijn soms toch kostenbesparend, omdat het een nog duurdere operatie voorkomt. Voorts beklagen de opstellers van *"Drugs and Money"* zich over de ondoorzichtigheid van de bedrijfstak en de onmogelijkheid om betrouwbaar cijfermateriaal van de industrie te krijgen over uitgaven, winstmarges en verkoopcijfers, waardoor een goede analyse moeilijk is.

Onvolledig cijfermateriaal

Dukes heeft zojuist college gegeven aan de Groningse studenten. "Het is gevaarlijk mensen op te leiden en ze alleen op de werking van geneesmiddelen te wijzen. Het Nederlandse

woord geneesmiddel is eigenlijk hoogst misleidend, het geneest niks. De meeste medicijnen zijn alleen in staat symptomen te onderdrukken".

"Na hun opleiding worden artsen blootgesteld aan maatschappelijke druk, voornamelijk controverses en reclame rond geneesmiddelen, en ze moeten daar weerstand aan kunnen bieden." Dat dit vaak niet zo is blijkt wel uit het feit dat el' in Nederland en Europa in het algemeen een overmatig gebruik van geneesmiddelen bestaat. "Het teveel verschilt per therapeutische groep, maar er is geen twijfel aan dat men minder zou kunnen voorschrijven dan nu gebeurt." Over het bedrag dat Dees wil bezuinigen laat hij zich niet direct en zeer voorzichtig uit. "Vermoedelijk kan het meer zijn. Het is moeilijk te zeggen."

In een systeem, waarbij artsen die te duur voorschrijven een boete krijgen van het ziekenfonds, en artsen die goedkoop zijn een premie ontvangen (het zgn. bonus-malus systeem) ziet Dukes niet veel. "Goedkoop voorschrijven moet geen doel op zich zijn. Het gaat om de verhouding van kosten, werkzaamheid en schadelijkheid. Soms is een duur middel beter werkzaam dan het goedkope alternatief."

"Een arts moet wel een overzicht hebben van de kosten die hij maakt. Een overheidspublicatie voor artsen zoals het Nederlandse Geneesmiddelenbulletin heeft helaas nooit een prijsvergelijking gemaakt van diverse geneesmiddelen. Ze hebben daar een te puristische benadering voor: alles moet helemaal tot op de bodem bewezen zijn. Maar in deze sector moet je werken met onvolledige getallen. Ook de industrie aarzelt niet om met onvolledige cijfers te werken."

Dukes doelt hierbij op enkele in *"Drugs and Money"* genoemde voorbeelden. Reclame-activiteiten worden soms onder "onderzoek" geboekt, onder meer om belastingtechnische redenen. De magere verwachtingen voor de bedrijfstak die men aan overheden voorspiegelt, contrasteert nogal met de juichende winstverhalen die de industrie op aandeelhoudersvergaderingen presenteert.

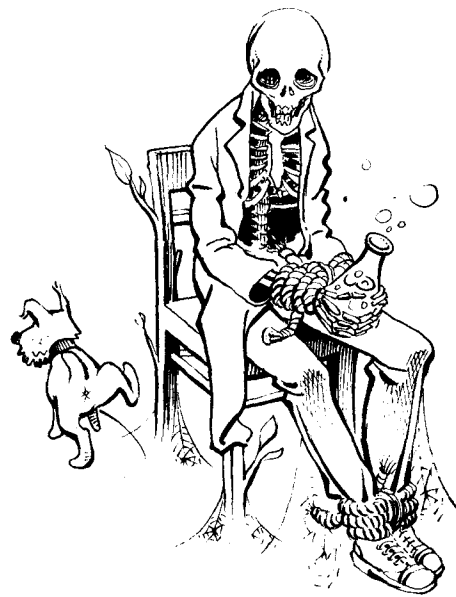
Nauwkeurig berekenen wat een product eigenlijk mag kosten is gezien de ondoorzichtigheid van de diverse kostenposten niet mogelijk. Men kan hiernaar slechts gissen. Aantasting van de winstmarge van de industrie, bijvoorbeeld door artsen te

adviseren goedkope generieke middelen voor te schrijven, leidt tot ontslag van werknemers, is het argument uit het farmaceutisch bedrijfsleven. "Ik heb er nog nooit van gehoord dat werkgelegenheid een argument is om mensen te blijven vergifigen", zegt Dukes. "Wat dat betreft is er een interessante vergelijking gedaan toen fenacetine, een pijnstillert die nierbeschadiging kan veroorzaken, verboden werd. De industrie betoogde dat het verbod 200 mensen hun baan zou kosten. Iemand becijferde toen dat door het op de markt blijven van fenacetine 200 mensen aan de kunstnier zouden moeten vanwege de bijwerkingen van dit middel. Toegegeven, zo'n directe vergelijking zul je niet vaak tot je beschikking hebben."

Onnozele bangmakerij

Tegen het voorschrijven van generieke medicijnen voert de industrie ook nogal eens aan dat dit het onderzoek naar nieuwe middelen bedreigt. Fabrikanten van de goedkope merkloze producten doen immers geen onderzoek. Onderzoek is een kostbare zaak, en een bedrijf dat dit doet moet dus wel meer voor zijn product vragen. Dukes wijst erop, dat een "te groot" bedrag van onderzoek naar me-too research gaat, wat vernieuwing in ieder geval niet stimuleert.

Hij rommelt wat tussen zijn papieren en toont een weelderig, op hoogglans 120-grams papier uitgevoerd, Medisch Farmaceutisch Research Bulletin. "Noodsignaal van innoverende farmaceutische bedrijven"; "Stimuleren namaakpreparaten (bedoeld wordt generieke middelen -jvdm) schaad"; "Vertraging van innovatie", jammeren de koppen. Een cartoon achterop het blad toont een onderzoeker met een van activiteit sissend en spetterend retort in de hand. Maar door een stevig touw is hij



aan handen en voeten gebonden. De boodschap aan het publiek is duidelijk: zullen er nog wel nieuwe middelen komen voor de patiënten van morgen?

Dukes' oordeel over dergelijke publicaties is zeer beslist: *"Dit soort dingen, dat is onnozele bangmakerij, daar wil ik niets mee te maken hebben. Het is volksbedrog."* Hij voor-spelt het verdwijnen van me-too middelen van de markt.

"Allereerst is het een kwestie van goede, strenge instanties die geneesmiddelen beoordelen, zoals in Nederland het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Ten tweede: goede onderzoekers hebben het druk. Die zullen alleen een interessant preparaat willen onderzoeken. Oninteressante producten zullen worden onderzocht in tweederangs centra. Dat leidt weer tot negatieve beslissingen van goede registratieautoriteiten, die door slecht opgezet onderzoek heen zullen prikken. Je zult zien dat er steeds minder me-too's komen."

Soms leidt te haastig, tweederangs onderzoek tot problemen: *"Vaak zie je grote risico's bij me-too's: bij een groep geneesmiddelen, de zogenaamde niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen heeft dat geleid tot drie, vier geneesmiddelendrame's. Dankzij een krachtig beleid zijn slechtere geneesmiddelen ons in Nederland bespaard gebleven, maar het leidde wel tot rampen in Engeland en Italië."*

Dukes doelt hierbij onder meer op de moeilijkheden met het middel benoxapfen (Opren[™]) dat in Groot-Brittannië 83 doden eiste. In Italië stierven kort na de introductie van het middel indoprofen (Flosint[®]) zeven gebruikers van dit product. Zomepirac (Zomax[™]) is ook zeer korte tijd in Nederland op de markt geweest, voor het in maart 1983 wereldwijd werd teruggetrokken wegens onvoorziene ernstige bijwerkingen.

Strenge registratie

Dukes benadrukt nog eens het belang van het versterken van registratie-autoriteiten bij het bereiken van een rationeler, gezonder, kleiner en dus goedkoper geneesmiddelenpakket: *"Er zijn in Nederland teveel oude middelen in de handel die onvoldoende werkzaam of te schadelijk zijn."*

De EEG heeft in het verleden wel gesproken over standaardiseren van het geneesmiddelenpakket voor al haar lidstaten, om eenvoudiger en goedkoper te kunnen werken, maar Dukes is bang voor het overhaast nemen van maatregelen. *"Ik vind deze ontwikkeling niet gewenst; het is niet juist als we een compromis moeten sluiten tussen het beleid van bij voor-*

Ik heb nog nooit gehoord dat werkgelegenheid een argument is om mensen te blijven vergiftigen

beeld Nederland, dat redelijk gezond is, en dat van andere landen - nee, ik noem geen namen - dat veel minder gezond is. Te snel werken zou te makkelijk tot een compromis kunnen leiden vanuit de enorme belangen die ermee gemoeid zijn. Europa heeft een omvangrijke industrie".

"We zouden een verschuiving in de hulpverlening moeten hebben. Ik zou steun aan het maatschappelijk werk willen zien, aan vormen van hulp zonder het voorschrijven van geneesmiddelen in plaats van steun aan industrie en artsenbezoekers," zegt hij, filosoferend over het beleid van overheden op het terrein van de zorg. De vraag is: wil een patiënt wel praten in plaats van het receptpapiertje ...? We raken aan andere vormen van hulp gewend. De meeste patiënten zijn volgens mij heel tevreden met een intelligente vorm van hulp in plaats van het voorschrijven van medicamenten. Maar dit verschilt per land: hoe verder je naar het zuiden van Europa gaat, hoe meer medicijnen je op één recept vindt."

De WHO bracht al in 1977 een lijst uit van 200 goede en goedkope medicamenten, in aanleg bedoeld voor ontwikkelingslanden. Is het beperken van het aantal geneesmiddelen in geïndustrialiseerde landen aan de hand van de WHO lijst een idee?

"De Essential Druglist moet niet gebruikt worden om het aantal geneesmiddelen te verminderen. Die is bedoeld om het minimum in ontwikkelingslanden te verhogen. Meer dan 200 middelen tot je beschikking hebben is beter, je hebt dan meer mogelijkheden voor moeilijke situaties. Je ziet ook dat een land met zeer strenge geneesmiddelenwetgeving, zoals Noorwegen, toch nog 800 medicamenten heeft." Noorwegen heeft een clause in de wet waarin staat dat een middel alleen wordt toegelaten als er sprake is van "medische behoefte". De Nederlandse wet kent een dergelijk criterium niet, maar stelt wel zeer hoge eisen aan veiligheid en werkzaamheid van de ter registratie aangeboden middelen.

Is "medische behoefte" misschien een goed instrument om aantallen middelen, en dus ook kosten, te beperken?

"Een goede strenge registratie is het belangrijkste. Je ziet dat Colleges van Noorwegen en Nederland dan ook vrijwel dezelfde beslissingen nemen,

de één op grond van medische behoefte, de ander op grond van iets anders." Wel geeft Dukes toe dat een "behoefte clause" een stap in de goede richting kan zijn bij het weren van de markt van het 14e combinatiepreparaat met aspirine of het 22ste valium-achtige middel.

Consumentenbewegingen mengen zich de laatste tijd heftig in de discussie rond het bereiken van besparingen op medicijnen en een strenger geneesmiddelenbeleid. Het internationale netwerk van dergelijke groepen, Health Action International (HAI) ijvert al jaren voor het reduceren van het aantal op de markt gebrachte middelen in West-Europa. Dukes: "Er is geen twijfel aan dat consumentenbewegingen een steeds belangrijker rol zijn gaan spelen in het rationaliseren van het geneesmiddelenbeleid, zij het niet in alle landen. Eerst richtten ze zich voornamelijk op zelfmedicatie en de noodzaak om kwakzalvers-producten die direct aan de consument worden verkocht van de markt te halen. Zij zijn zich in toenemende mate gaan richten op geneesmiddelen op recept. De Consumers Association in Engeland geeft bijvoorbeeld het "Drugs and Therapeutics Bulletin" uit, voor artsen en apothekers. Andere organisaties proberen kosten van de gezondheidszorg omlaag te krijgen door rationeel voorschrijfgedrag en strengere registratieprocedures te eisen."

"In een wereld waar de farmaceutische industrie zo'n dominerende rol speelt, als pressiegroep, zijn consumentenorganisaties een goed tegenwicht. Soms polariseren ze de discussie door zowel de goeden als de kwaden te veroordelen, maar de kwaliteit van het werk van deze organisaties lijkt mij belangrijk verbeterd."

Het laatste woord over het geneesmiddelenbeleid is nog lang niet gesproken. Terwijl NEF ARMA zich opmaakt om in de Kamer te lobbyen tegen Dekker's beperkte geneesmiddelenlijst, werft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen middels grote advertenties extra personeel. Wellicht om tot een rationeler en kleiner geneesmiddelenpakket te komen. En als het aan Prof. Dr. Graham Dukes ligt doet ze dat heel, heel voorzichtig ..

Over Dementie



Dementie, epidemie van de toekomst.. In de media lees je regelmatig soortgelijke uitspraken, gevolgd door een uitgebreide maar helaas nooit bevredigende beschrijving van de verschijnselen van dementie. Vaak gaan de artikelen in de op oorzaak van dementie (is er sprake van een genetisch defect?) of over de schrijnende verhalen van de naastbestaande familieleden. Soms verschijnt er een reportage over de zorgverlening aan de demente mensen

Heel zelden lees je iets over hoe demente mensen hun ziekte, hun leven, ervaren. En dat is ook niet zo verwonderlijk, slechts bij zeer hoge uitzondering is een demente, lijdend aan geheugen- en begripstoornissen, in staat de gedachten te ordenen en schriftelijk onder woorden te brengen. Toch vind je zo nu en dan zo'n poging tot het beschrijven van dat leven. Van Frederik van Eeden, bekend psychiater en oprichter van de werkgemeenschap "Walden", bijvoorbeeld is bekend dat hij de laatste jaren van zijn leven aan een vorm van dementie leed. Hij hield een dagboek bij en dankzij dit egodocument kunnen wij nu nog kennis nemen van flarden van zijn gedachten.

Recentelijk verscheen er nog zo'n -uniek-document. Alhoewel niet dement in de 'ware zins des woords', bracht Lysbeth de Jong een deel van haar leven door in een psycho-geriatriesch verpleeghuis. In haar dagboek "De paniek wordt steeds heviger" beschrijft ze hoe ze haar psychisch lijden ervaart en wat haar omgeving - de woonkamer, de hulpverleners, de familie en de medebewoners - haar te bieden heeft. Haar pennevruchten geven haarscherp de vaak ondraaglijke chaos en het door haar ervaren brute optreden van de hulpverleners aan.

Naast deze zeer zeldzame eigen ervaringen van demente mensen probeert een enkele kunstenaar zich te verplaatsen in de wereld van het onbegrijpelijke. Het is al weer bijna drie jaar geleden dat Bernlefs "Hersenschimmen" verscheen. Alhoewel deze auteur het leven van een demente bij vlagen uiterst tastbaar beschrijft, berust zijn roman niet op eigen ervaringen maar op bedachte vooronderstellingen: hoe

en wat voel ik als werkelijkheid wanneer mijn geheugen mij langzamerhand in de steek laat? Een intrigerend uitgangspunt, "Hersenschimmen" werd terecht een best-seller.

Hoe beleven demente mensen hun omgeving? Wat is hun werkelijkheid? Zijn ze gelukkig? Wat houdt hun leven in? is het leven? Het zijn vragen die mij als hulpverlener, en als familielid al jaren lang bezig houden. Het zijn ook de vragen waarop de huidige medici en psychologen geen passen antwoord hebben. Hun verklaringen schieten te kort om, zoals ik dat zo graag wil, de leefwereld van de demente in verteerbare brokken te snijden... Soms echter beleef je iets of kom je iets tegen dat je wél inzicht lijkt te verschaffen in de wereld van het ongrijpbare. Bijvoorbeeld de film "Over dementie",² niet gemaakt door hulpverleners met hun gepreek, maar door een kunstenaar. Maudi Quandt, maakster van deze film, is er in geslaagd om met behulp van een toneelstuk van Samuel Beckett, een onthutsend helder beeld te schetsen bijna vanuit de demente persoon zelf. Een beeld zonder franje en zonder - godzijdank - directe 'zorg'boodschap.

Camiel van Winkel, producer van deze videoproductie, zocht uit de dialogen een aantal fragmenten uit. Fragmenten, die net als de film, voor zich spreken. U vindt ze in de rechter kolom van deze pagina(s). Ik vind ook zonder de film te hebben gezien, de teksten indrukwekkend.

De kernredactie besloot dit artikel met een voor dit tijdschrift ongebruikelijke inhoud en vorm, te plaatsen. Geen politiek, geen gezondheid, geen nieuwe beleidslijn. Gewoon mooi, over leven ...

Yvonne van Geenhuizen

1. De paniek wordt steeds heviger. Dagboek fragmenten 1971-1980. WGU-cahiers. ISBN 90.71772.04.7.

2. De video "Over dementie" is te huur of te koop bij "Het kijkhuis", Noordeinde 140,2514 GP Den Haag.

Camiel van Winkel

Over dementie is een videofilm die de hermetische wereld van demente bejaarden in kaart brengt met behulp van Samuel Becketts Endgame, of, andersom, Samuel Becketts Endgame reconstrueert met behulp van demente bejaarden. Er vond een soort "kruisbestuiving" plaats, waarvan de vrucht zich moeilijk laat beschrijven.

Veertien dagen lang werden opnames gemaakt in een psychogeriatrisch verpleeghuis in de provincie Groningen. Van een behandelruimte moest het klinische karakter wijken voor een enigszins abstract landschappelijk decor, dat fungeerde als klankkast voor tekst en handeling.

Negen tehuisbewoners figureren in de film; elk vertegenwoordigen zij één van de vier rollen uit Endgame. De gespletenheid die daarvan het gevolg is - één rol per twee of drie spelers - is nog versterkt in de montage: voortdurende verwisseling binnen een rol ontregelt het coördinerend vermogen van de toeschouwers, die, om onderscheid te maken, nog slechts houvast hebben aan de ruimtelijke positie en de verrichtingen van de spelers.

In een onbestemde ruimte bevinden zich: in een hoge leunstoel, in het midden, blind, met zonnebril, kennelijk niet in staat te lopen of anderszins zijn stoel te verlaten, HAMM; wanneer hij slaapt is zijn hoofd bedekt met een zakdoek, zijn lichaam met een laken; daaromheen, staand, kennelijk niet in staat te zitten of anderszins zijn staande positie op te geven, CLOV; wanneer hij slaapt leunt hij tegen de muur; vooraan, in twee vuilnisbakken, met slaapmutsen op, kennelijk niet in staat hun vuilnisbakken te verlaten; NAGG en NELL.

Fragmenten uit:
'Endgame'
een toneelstuk van
Samuel Beckett 1957

Fragmenten uit:
'Over dementie'
een film van
Maud J. Quandt 1986

H
HAMM: *Apart from that, how do you feel?*
CLOV: *I don't complain.*
HAMM: *You feel normal?*
CLOV: *(irritably) I tell you I don't complain!*
HAMM: *I feel a little queer.*
H

H
ARENDS: 0 ja, goed. Ben niet veel ziek geweest. Ik heb wel eens bloedvergiftiging gehad, dat ik een paar dagen rusten moet met die hand, maar dat was zo zeer geen ziekte, dat was ja... Kijk, dat ding loopt ook zo zwaar ...
KRAAK: Ziek? Ik was altijd een gezonde hoor, ik was altijd gezond.
ARENDS: Mag ik hier wel zitten, want dat ... dat staan vermoeit mij zo.
RA VESTEYN: Iedereen is wel eens moe. Maar niet gauw, kan het wel lang, lang volhouden, over het algemeen.
H



HAMM: *Is it not time for my pain-killer?*
CLOV: *No.*

H
NAGG: *Me pap!*
HAMM: *Accursed progenitor!*
NAGG: *Me pap!*
HAMM: *The old folks at home! No decency left! Guzzie, guzzle, that's all they think of. (He whistles. Enter CLOV. He halts beside the chair) WeU! I thought you were leaving me.*
CLOV: *Oh not just yet, not just yet.*
NAGG: *Me pap!*
HAMM: *Give him his pap.*
CLOV: *There's no more pap.*
HAMM: *(to NAGG) Do you hear that? There's no more pap. You'll never get any more pap.*
NAGG: *I want me pap!*
HAMM: *Give him a biscuit.*

H



KRAAK: . Mag ik nog wel een sigaretje e? Mag ik wel een sigaretje?

H
ARENDS: Toen begon ik met handel... Verreijkers heb ik heel veel verhandeld, heel veel, en horloges ook wel.
HOLTJE: Hoe laat gaan we eten?
KRAAK: : O woont die hier? Nou, dan mag ze hier ook blijven wonen. Ik woon hier niet en ik ga ook niet wonen.
HOLTJE: Aardappel, aardappel... aardappel uh... stukjes aardappel...
KRAAK: Ze komen een enkele keer bij mij, maar dan is 't ook geweest ook. Als ze een enkele keer komen, nou, dan is 't ook geweest. Dan komen ze nooit weer.
H
HOLTJE: Hoelaatgaan we eten?
H

Twee kleine raampjes, hoog boven in de muur, kijken uit over zee (het ene) en over land (het andere). Het is één van Clovs taken om, met behulp van ladder en verrekijker, het uitzicht te verkennen. Maar uit de gesprekken valt op te maken dat erdaar buiten niets en niemand meer is.

Van acteren is eigenlijk geen sprake: ook op dit gebied lijkt dementie de mogelijkheden te blokkeren. Zijn demente bejaarden voortdurend zichzelf, of nooit? Spelen zij wat zij zijn, of denken te zijn, of willen zijn, of zijn geweest? Dergelijke vragen helpen ons niet veel verder.

Verder moet Clov de anderen van pijnstillers en koekjes voorzien, voor het slapen gaan de lakens over hen heen leggen, en die na het ontwaken weer opknipen.

Hoewel hij op een vreemde manier ondergeschikt is aan Hamm, is zijn positie ook het rooskleurigst. Als ewige mobiele van de vier heeft hij de mogelijkheid om weg te gaan, de situatie te doorbreken, daarbij de andere drie hulpeloos achterlatend. Voortdurend wordt er op die mogelijkheid gezinspeeld, echter nooit wordt zij gerealiseerd. Ook aan het eind van het stuk, reeds met zijn reiskleren aan, lijkt Clov zich te bedenken. Afgezien hiervan ontbreekt er een plot aan Endgame. Men praat.

De tijd-as bij een demente schrompelt langzamerhand in tot een nuldimensionaal punt: aan de linkerkant wordt de afkalving bewerkstelligd door het afnemende geheugen, aan de rechterkant door de naderende dood.

HAMM: Nature has forgotten us.

CLOV: There's no more nature.

HAMM: No more nature! You exaggerate.

CLOV: In the vicinity.

HAMM: But we breathe, we change! We lose our hair, our teeth! Our bloom! Our ideals!

CLOV: Then she hasn't forgotten us.

HAMM: But you say there is none.

CLOV: (sadly) No one that ever lived ever thought so crooked as we.

H

HAMM: (anguished) What's happening, what's happening?

CLOV: Something is taking its course.

H

RA VENSTEYN: Waar is dit eigenlijk?

KRAAK: Ik weet niet waar ik gewoond heb.

ARENDS: I don't understand, wat zegt hij? I don't understand, ik hoor het niet.

RA VENSTEYN: Ik weet niet dat ik hier gisteren was Nee, misschien omdat het een nieuwtje was. Maar nou heb ik er last van.

KRAAK: Waar ik nou woon? Ik woon nergens meer.



NAGG: (holding up the biscuit) Do you want a bit?

NELL: No. (pause) Of what?

NAGG: Biscuit. I've kept your half. (He looks at the biscuit. Proudly) Three quarters. For you. Here.

(He proffersthe biscuit) No?

(pause) Do you not feel well?

HAMM: (wearily) Quiet, quiet, you're keeping me awake. (pause) Talk softer.

(pause) If I could sleep I might make love. I'd go into the woods. My eyes would see... the sky, the earth. I'd run, run, they wouldn't catch me. (pause) Nature!

(pause) There's something dripping in my head.

(pause) A heart, a heart in my head.

(pause) A heart, a heart in my head.

H

SIPSTRA: Ik weet niet wat ze met mij hebben ... (onverstaanbaar) ... waarik langs gekomen ben? Is 'tzo?

Ja, is dat wel waar jong?

RA VENSTEYN: (zingt) O my mother

What a beauty I must be Two oldmen have kissed me

One was blind And the other could not see

Mother what a beauty I must be

Da's een slecht liedje hè?

H



VLAS SERING: Kent u mijn familie? Douwe, Koert, mijn broers. Ken u die?

Twee broers. Douwe Monk, Koert Monk, één zuster, Lidwina Monk. Meer heb ik ook niet. Maar ..het staat altijd heel goed onder mekaar hoor, we kunnen goed met elkaar opschieten ...

ARENDS: Ja, ik ga weleens naar familie op bezoek hè, in de stad. In Groningen loop ik ook veel, en daar woont veel familie van me. De Tuntler-familie. kent u natuurlijk wel..

(..)

De figuren uit Becketts romans en toneelstukken - dit geldt niet alleen voor **Endgame** - bevinden zich vaak in een onduidelijke, misere toestand, over het ontstaan waarvan weinig of niets vermeld wordt. Niets wijst er zelfs op dat die situatie ooit ontstaan is: haar extreem statische karakter wekt niet alleen de indruk dat het nooit anders zal worden, maar ook dat het nooit anders is geweest. De tijd staat stil.

Wat tot gevolg heeft dat de grenzen tussen verleden, heden en toekomst vervagen; in de tijdservaring van een demente is een herinnering niet meer van een feit of verwachting te onderscheiden, maar worden die verwisseld en verweven. Tijdens het praten verandert de grammaticale tijd voortdurend van richting. De spreker is zich echter van geen kwaad bewust. Een conventioneel gesprek voeren met een demente is in zo'n geval niet meer mogelijk.

Becketts figuren - of zij nu in een vuilnisbak zitten, Of tot hun middel in het zand, of in het donker op hun rug liggen - doen geen pogingen iets aan hun lot te verbeteren. Toch is er niets wat hen daarvan weerhoudt: van externe dwang is geen sprake. Beter gezegd: van een buitenwereld - al of niet onderdrukkend - is geen sprake. Hun wereld is niet groter dan de plaats waar ze zich bevinden. Contact met anderen bestaat niet, of beter gezegd: anderen bestaan niet.

Een documentaire benadering van het verschijnsel dementie zou daarom gedoemd zijn te blijven steken in de periferie: het leven in het verpleeghuis, de medische begeleiding, het contact met het personeel. Dat zou evenmin iets duidelijk maken over dementie, als een psychologische analyse van de karakters uit **Endgame** iets kon ophelderen over het toneelstuk.

HAMM: (with ardour) Let's go from here, the two of us! South! You can make a raft and the currents will carry us away, far away, to other ... mammalst

CLOV: Godforbid!

HAMM: Alone, I'll embark alone! Get working on that raft immediately. Tomorrow I'll be gone for ever.

CLOV: (hastening towards door) I'll start straight away.

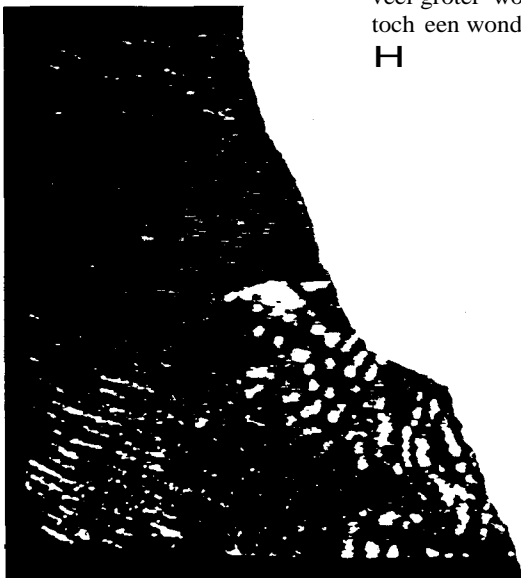
HAMM: Wait! (CLOV halts) Will there be sharks, do you think?

H



VLAS SERING: Kan u daar wel zo lang in kijken dat alles leeft? Alles beweegt en leeft, daar: ..Dat zit daar en dit moet ik hier hebben. Alles leeft en alles beweegt. Ja, bewegen. Ik zie het al bewegen. Kan dat? Wordt dat een vergrootglas onderweg, zomaar? Da's toch ... veel groter worden. Dat is toch een wonder zoiets?

H



HAMM: Go and get the oil-can.

CLOV: What for?

HAMM: To oil the castors.

CLOV: I oiled them yesterday.

HAMM: Yesterday! What does that mean? Yesterday!

CLOV: (violently) That means that bloody awful day, long ago, before this bloody awful day. I use the words you taught me. If they don't mean anything anymore, teach me others. Or let me be silent.

H

ARENDS: Maar wat moet ik hier nou, waarvoor ben ik hier? Het is allemaal tijd, die tijd gaat heen en ... en wat gebeurt er in die tijd: niks!

Wat loopt dat ding zwaar. Zit dat ding vast? Ja dat wiel dat sliert, dat draait niet. Kijk, deze ook niet ... Wat moet ik hier nou doen? Waarvoor ben ik hier gekomen? Ik sta hier daar net als een pias sta ik hier wat te kijken ... en met dat stoeltje in de handen ...

H

HAMM: If you leave me how shall I know?

CLOV: (briskly) We'll simply whistle me and if I don't come running it means I've left you.

(pause)

HAMM: You won't come and kiss me goodbye?

CLOV: Oh I shouldn't think so.

(pause)

HAMM: But you might be merely dead in your kitchen.

CLOV: The result would be the same.

HAMM: Yes, but how would I know, if you were merely dead in your kitchen?

CLOV: We'll ... sooner or later I'd start to stink.

HAMM: You stink already. The whole place stinks of corpses.

H

KRAAK: Ik kan niet weggaan ... Ja waarom niet. Omdat ik hier goed woon. En dat zegt hij, nou als jij dan hier goed wonen wil, dan ga ik alleen maar weg. Ik zeg: alleen weggaan? Nou, dan ging hij weg. Ik heb hem ook nog nooit weer gezien ... En dan zegt hij, nou als jij dan hier goed wonen wil, dan ga ik alleen maar weg. Ik zeg, alleen weggaan? Nou, dan ging hij weg. Ik heb hem ook nog nooit weer gezien.

H



De schrijver betreft aldus een positie, die in de filosofie bekend staat als het solipsisme: het enige waarvan men met zekerheid kan zeggen dat het bestaat is het eigen Ik, de 'res cogitans'. Al het andere bestaat slechts in de vorm van de ideeën, impressies en ervaringen binnen het Ik. De materiële aanwezigheid van een buitenwereld kan niet bewezen worden.

De cartesiaanse scheiding tussen lichaam (= materie) en geest wordt door Beckett op deze manier tot het uiterste doorgedreven. Vooral in zijn latere werk leidt dat tot paradoxale resultaten. De vrouw uit *Not I* (1972) spreekt over haar eigen stem, haar eigen tranen alsof die toebehoorden aan een ander..

Afgezien van de tijd-as is er dus nog iets wat inkrimpt tot een afmetingsloos punt: de psychische horizon van de demente. Hij raakt, opgesloten in zichzelf, en is niet meer in staat tot contact met de buitenwereld.

De taal, oorspronkelijk een belangrijk middel voor dat contact, verkrijgt een merkwaardig onafhankelijke positie: door de loskoppeling van de buitenwereld vervalt iedere mogelijkheid tot referentie of verificatie.

HAMM: *Enough of that, it's story time, where was I?*

(pause. Narrative tone)

The man came crawling towards me, on his belly.

Pale, wonderfully pale and thin, he seemed on the point of- (pause. Normal tone) *No,*

I've done that bit. (pause.

Narrative tone) *I calmly filled my pipe - the meer-schaum, lit it with ... let us say avesta, drew a few puffs. Aah!* (pause)

Well, what is it YO U want?

(pause) *It was an extraordinarily bitter day, I remember, zero by the thermometer. But considering it was Christmas Eve there was nothing .. extraordinary about that. Seasonable weather, for once in a way.*

(pause) *Well, what ill wind blows you my way? He raised his face to me, black with mingled dirt and tears.* (pause. Normal tone)

That should do it. (Narrative tone) *No, no, don't look at me. He dropped his eyes and mum bled something, apologies I presume.*

(pause) *I'm a busy man, you know, the final touches, before the festivities, you know what it is.* (pause. Forcibly)

Come on now, what is the object of this invasion?

(pause) *It was a glorious, bright day, I remember, fifty by the heliometer, but already the sun was sinking down into the ... down among the dead.* (Normal tone) *Nicely put, that.*

H

KRAAK: Ik mag nergens wonen blijven, want overal waar ik zin in heb, daar zegt hij van uh, nou mag jij hier graag wonen blijven?

Ik zeg: ja natuurlijk, vind jij het dan niet goed? Nou, dan ga ik maar weg. Ik zeg: wou jij weggaan? Waar wou jij heengaan? Oh, dat weet ik nog niet, maar ik blijf hier niet.

Waar woon ik nog, ja waar woon ik zeker nog, ja dat weet ik toch niet. Ik weet nergens van. Nou, toen ben ik maar naar huis gegaan, en toen kwam ik thuis, en toen was er geeneen meer, toen was er geeneen meer. Nou dan weet ik nog niet waar ik woon.

Ik ben nooit op vakantie geweest. Ik ben nooit op vakantie geweest. Nee, ik kreeg d'r geen geld voor. Nou en ik wist waar hij wel geld had, maar hij gaf het mij niet. Ik zeg: waarom geef jij mij niet een beetje geld, dat ik ook eens op vakantie ga. Nou, ga maar, maar geld krijg je niet. Nou, wat moet ik dan.

H

CLOV: *I'll leave you.*

HAMM: *No.*

CLOV: *What is there to keep me here?*

HAMM: *The dialogue*

H

HAMM: *It will be the end and there I'll be, wondering what can have brought it on and wondering what can have ... (He hesitates) .. why it was so long coming.*

(pause) *There I'll be, in the old refuge, alone against the silence and ... (He hesitates) ... the stillness. If I can hold my peace, and sit quiet it will be all over with sound, and motion, all over and done with.* (pause) *I'll have called my father and I'll have called my ...*

(He hesitates) *.. my son. And even twice, or three times, in case they shouldn't have heard me, the first time, or the second.* (pause) *I'll say to myself, He'll come back.* (pause) *And then? (Pause) And then? (pause) He couldn't, he has gone too far.* (pause) *And then?*

(pause. Very agitated) *All kinds of fantasies! That I'm being watched! A rat! Steps! Breath held and then .. (He breathes out) Then babble, babble, words, like the solitary child who turns himself into children,*

KRAAK: Mag ik nog wel een sigaretje?

RAVESTEYN: Oehoe! Oehoe!

HOLTJE: Niet weggaan zuster! Niet weggaan zuster!

VLASSERING: Ik zeg nog eens een keer: als mensen roepen, ik wil heel graag met u spreken maar ik moet ze ook kunnen zien. De mens is geen maker van zichzelf en ik mag hier nog wel tevreden mee wezen. Waar of niet, kon minder. Wilt u ook een beetje bij mij zitten? Met mijn oren kan ik in gewone omstandigheden goed horen, maar nou niet helemaal, geen honderd procent. Ja? Gezien? Daar is het licht veel te fel voor ...

H

RAVESTEYN: Oehoe! Oehoe! Overall staan altijd bij mij spionnen. Als ik oehoe zeg, dan weten ze dat ze, dat ze ... nou ja, dat er wat is wat me niet bevalt.

H

Wathen nog resteert, afgezien van enkele schamele bezittingen, is de taal. Zij spreken of hun leven ervan afhangt. Deze rituele functie van de tssi gaat ten koste van het communicatieve aspect: de waarheid komt in het gedrang, wanneer tegenstrijdige mededelingen, verzonden herinneringen en loze praatjes elkaar in hoog tempo opvolgen. Soms, teneinde de tijd te doden, of om nog ewige grip op de wereld te houden, vertellen Becketts figuren verhaaltjes.

Wie dit aanhoort, wordt het al gauw te moede. Het spreken is verworden tot een puur lichamelijke reactie, een formele kwestie, en heeft alle betekenis verloren.

Pas via deze verhalen, die het midden houden tussen herinnering en fantasie, verschijnen 'derden' op het toneel. Om wat voorbeelden te noemen: de monologen van Hamm in *Endgame* over een man die op zijn buik naar hem toe kwam kruipen; de verhalen van Winnie in *Happy Days* (1961) over het bezoek dat zij vroeger zou hebben gehad; en de figuur Godot, over wie in *Waiting for Godot* (1952) zoveel gepraat wordt dat hij de handeling volledig gaat beheersen, zonder in levende lijve op het toneel te verschijnen. Ook in romans als *L'Innommable* (1953) zijn voorbeelden te vinden. Informatie overeen eventuele buitenwereld bereikt de lezer dus altijd indirect, via de omweg van dergelijke verhalen.

two, three, so as to be together, and whisper together, in the dark. (pause) Moment upon moment, patting down, like the millet grains of. (He hesitates) ..that old Greek, and all life long you wait for that to mount up to a life.

H

CLOV: There is one thing I'll never understand. Why I always obey you. Can you explain that to me?

HAMM: No.. Perhaps it's compassion. (pause) A kind of great compassion. (pause)

H

CLOV: (He turns the telescope on the without) Let's see. (He moves the telescope) Nothing ... nothing ... good ... good ... nothing ...

H

ARENDS: (bij raam) Ik zie niks, en ik hoor ook niks. Kijk, daar kan ik niet door zien, da's onzichtbaar: ondoorzichtbaar glas is dat. Hier heb ik ook zo'n ding aan de voet schommelen.

Kijk, dat is staalraad. Dit moet ik helemaal niet hebben.

VLASSERING: Wat helpt wat? Ik weet niet waar u het over hebben

ARENDS: Ja .. U moet niet gaan slapen, dan kunnen we niet praten. U moet niet gaan slapen, dan kunnen we niet praten.

VLASSERING: Ik weet niet waar ik ben!

ARENDS: Hè? Nou uh ... ja, waar u niet bent kan ik wel zeggen. In het Helperbad bent u nou niet. VLASSERING: ... een eindje achter daarginds, dan was ik nog net zover. ARENDS: Ja, ik weet ook niet hoe dit precies heet hoor.

VLASSERING: Wat is dat, denkt u? Kiek! Kiek! Kiek nou daar toch eens!

ARENDS: Da's een spiegel.

VLASSERING: Da's nait. goud mi en kop. Kiek maar eens! Dat doet maar al zo!

ARENDS: Ja maar, luister eens even, heb ik u niet vaker gezien in het Zuiderbad in Helpman? Komt u daar niet vaak? Ik meen dat ik u daarvan zo'n beetje herkende .. het Helperbad.

VLASSERING: Kiek, kiek, da's nou een schaduw van mezelf. Dat had ik toch niet gedacht. Ik meen dat ik naar een ander wees. En uh kiek, wij beiden ..

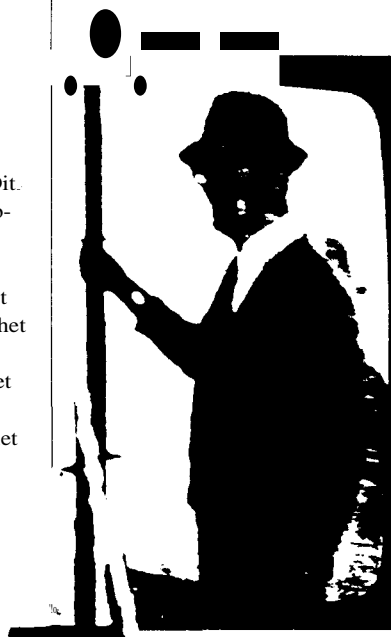
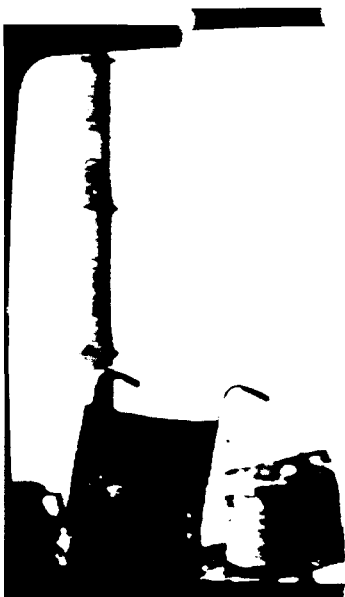
ARENDS: Ja, ja ... ik loop hier ook rond en ik weet soms ook niet eens meer waar ik ben en hoe ik er weer uitkom. Nou ben ik een Groninger hè ... VLASSERING: Magje blij wezen. da's een eer..

ARENDS: Ja. ja ... VLASSERING: Maar ik weet niet hoe ik hier gekomen ben.

ARENDS: Ik weet het ook niet. Maar ja, we zijn hier nou een keer hè ...

U begint al grijs te worden. VLASSERING: Ja .. een poosje zeker. .

H



Overeenkomstig de opvallende rol van de taal bij demente mensen is ook de structuur van Quandts film in de eerste plaats bepaald door de tekst. Van al het opgenomen geluidsmateriaal werd een selectie gemaakt. De uitgekozen fragmenten werden zodanig gemonteerd, dat 'dialogen' ontstonden die parallel lopen aan delen uit **Endgame**. Ook de beeldinhoud is gestructureerd rond aanknopingspunten met het toneelstuk, zoals de scène met het speelgoedbeest, het ritje met Hamm in zijn stoel, en het sjouwen van Clov met een schilderij.

Het gevolg daarvan is dat de lezer, net als Becketts figuren, een helder beeld van de 'werkelijkheid' moet ontberen.

CLOV: I say to myself sometimes, Clov, you must learn to suffer better than that if you want them to weary of punishing you - one day. I say to myself - sometimes, Clov, you must be there better than that if you want them to let you go - one day. But I feel too old, and too far, to form new habits. Good, it'll never end, TU never go. (pause) Then one day, suddenly, it ends, it changes, I don't understand, it dies, or it's me, I don't understand that either. I ask the words that remain - sleeping, waking, morning, evening. They have nothing to say. (pause) I open the door of the cell and go. I am so bowed I only see my feet, if I open my eyes, and between my legs a little trail of back dust. I say to myself that the earth is extinguished, though I never saw it lit. (pause) [It's easy going. (pause) When I fall YOU weep for happiness.

HAMM: A little poetry. (pause) You prayed - (pause) He corrects himself) You CRIED for night; it comes - (pause) He corrects himself) U FALLS: now cry in darkness. (He repeats, chanting) You cried for night; it falls: now cry in darkness.

H

ARENDS: Ik voel me jong. Ik kan met jongere mensen vaak beter akkederen, en praten, dan met die ouderen. Die ouden, de helft zijn ze vergeten, en dan hebben ze weer andere dingen, ja, daar praten ze dan al over door, zonder dat ze zelf begrijpen dat het steeds een herhaling is van wat ze zeggen. Ja.. Maar waarvoor is dit allemaal.. Ja, maar als ik zo moet leven dan gebeurt er helemaal niks.

H

VLASSERING: Maar waar moeten we heen, of moeten we hier blijven? We hebben nou onderdak, maar .. daar ben je nog niet klaar mee. We moeten ook wat hebben te leven. Anders sterf je! Ja, dat kun je ook maar één keer doen! Ja, is 't niet zo? Nee maar weet, ik wer ... ik weet het niet. Ik weet niet meer. Ik moet een beetje rusten. Ik weet het niet meer. Waar kom ik toch vandaan, ik weet het niet meer ...

H

De in het begin van de film nog aanwezige samenhang binnen de dialogen wordt geleidelijk minder. Men praat steeds meer langzaam elkaar heen, hoort niet meer wat de ander zegt; woorden glijden af, missen hun doel, wekken slechts nieuwe woorden op. Dit vindt zijn hoogtepunt, paradoxaal genoeg, in een 'echte' dialoog, een gesprek dat niet op de montagetafel ontstond maar zich integraal voor de camera afspeelde. De intimiteit tussen negentigjaren, - wanneer Arends Vlassing beetpakt, omarmt en verzekert haar in het zwembad gezien te hebben, - kan niet verhullen dat de desintegratie nu compleet is.

Het spreken moet de leegte opvullen, en het wachten draaglijk maken. Angst voor het einde is er niet, integendeel, eerder angst dat het einde nog langer uit zal blijven. De terminale fase, het stadium van het wachten als way-of-life, is al lang bereikt.

Zo blijkt er tussen deze twee extreme, bijna buitenmaatschappelijke verschijnselen - dementie en Becketts literatuur - een meer dan oppervlakkige verbinding mogelijk. De film *Over dementie* legt die verbinding, en construeert daarmee een tweezijdige beeldspraak: men kan elk van beide verschijnselen zien als metaforisch voor het andere. Een kruisbestuiving ..



Vasolastine

Vasolastine is een van de meest controversiële geneesmiddelen op de Nederlandse markt. Het zou werkzaam zijn tegen atherosclerose ('aderverkalking'). Het College ter beoordeling van Geneesmiddelen en de Raad van State concludeerden dat het middel van de markt moest verdwijnen. Toch besloot staatssecretaris Veder-Smit, onder druk van o.a. de patiëntenorganisatie voor Enzymtherapie, Vasolastine toe te laten.

Henk Bodewitz schetst de ontwikkelingen rondom een regulier preparaat, dat steeds meer in de alternatieve hoek terecht kwam. Hij zet grote vraagtekens bij de wetenschappelijke onderbouwing door de fabrikant en bij het uitblijven van onderzoeken door de reguliere wetenschap. Hoe zal de volgende beoordeling van Vasolastine in 1990 uitpakken?

Henk Bodewitz, chemicus en wetenschapsonderzoeker, R.U. Groningen

Hoe een geneesmiddel alternatief werd

Wanneer we het hebben over alternatieve geneeskunde of geneeswijzen, dan bedoelen we meestal al die therapieën die buiten de reguliere geneeskunde te vinden zijn. Maar meestal is helemaal niet duidelijk waarom die therapieën zich niet tot de reguliere geneeskunde rekenen, of er buiten geplaatst zijn. Naar dat waarom probeer ik in dit artikel op zoek te gaan.

Nu kunnen we van alles aanduiden met zo'n onderscheid regulier-alternatief. Verschillen in behandelingspraktijken, verschillen in achterliggende gedachten en zienswijzen over de mens en over gezondheid, verschillen in de structuur waarin je werkt. Elk van deze verschillen kan voor de betrokkenen het punt zijn waarop de eigen positie als alternatief reële inhoud krijgt. Bovendien kan op elk van deze punten de kwestie uitgroeien tot inzet van maatschappelijk conflict en strijd. Daar komt bij dat er rond elk onderscheid een spanningsveld bestaat tussen de beoordeling en

waardering van de *kennisinhoudelijke* basis van een geneeswijze en de *sociale* mechanismen waarmee en minderheidsstandpunten tot stand komen. Geen enkele beoordeling of waardering komt tot stand in een cognitief of sociaal vacuüm. Overheersing in zienswijze en in praktijk ontstaan in processen, waarin heen en weer gependeld wordt tussen overwegingen die een sociale en een cognitieve basis hebben. Door een beschrijving te geven van de Vasolastine affaire wil ik proberen iets van deze processen zichtbaar te maken.

Ontstaan van een affaire

Vasolastine is de geregistreerde merknaam van het belangrijkste enzympreparaat dat de Nederlandse firma Enzypharm op de markt brengt. Het is in de veertiger jaren, samen met een serie andere enzympreparaten, ontwikkeld door de self-made biochemicus van Leeuwen, de eigenaar van Enzypharm. Het is op de

markt sinds 1947. De enzympreparaten worden volgens de firma vervaardigd uit plantenextracten. De manier waarop dat gebeurt en de preciese samenstelling werden lange tijd geheimgehouden. Pas na 1978 is officieel bekend dat Vasolastine bereid wordt uit spinazie, zonnebloempitten en haver'. De farmaceutische bereidingswijze is overigens nog steeds geheim, ook tegenover de overheid.

Vasolastine kent vele indicaties, waarvan arteriosclerose en atherosclerose de belangrijkste zijn". Daarop concentreert de discussie zich dan ook. Atherosclerose wordt in relatie tot Vasolastine gedefinieerd als een deficiëntieziekte van bepaalde enzymen. Toediening van deze enzymen door middel van Vasolastine maakt het ziekteproces reversibel doordat de in de aorta afgezette fosfolipiden weer oplossen. Het is duidelijk dat deze claim medisch gezien van groot belang is, te meer daar Vasolastine in de praktijk vooral toegepast blijkt te worden bij patiënten met ernstige atherosclerose die vaak binnen de reguliere geneeskunde zijn opgegeven.

In 1963 treedt de geneesmiddelenwet in werking. Voor die tijd werden geneesmiddelen, voordat ze op de markt werden gebracht, niet door de overheid getoetst op het punt van kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid. Sinds 1963 moet het College ter Beoordeling van Verpakte Geneesmiddelen moet er op toezien dat de samenstelling zoals de fabrikant die aangeeft, gewaarborgd is, en dat het risico op onvoorziene reacties bij gebruik bij de mens tot een volgens de huidige stand der wetenschap aanvaardbaar minimum is beperkt. Bovendien geldt dat gericht klinisch onderzoek voor het College onontbeerlijk is om een beslissing te kunnen nemen over de werkzaamheid". Het College moest in de periode na 1963 deze drie punten operationaliseren. Door de wet kreeg de kwestie van het algemeen belang van de volksgezondheid de voorrang boven het individuele belang van de patiënt om ieder gewenst geneesmiddel toegediend te kunnen krijgen.

Het College besluit in 1963 de enzympreparaten te beoordelen. De directe aanleiding vormt het preparaat Neoblastine, een anti-kanker middel waarover vanuit Tsjecho Slowakije klachten zijn binnen gekomen". Aan de werkzaamheid ervan wordt getwijfeld, reden voor ernstige bezwaren binnen het College tegen de beschikbaarheid van het middel. Het zou patiënten afhouden van het

Foto: Jan Lankveld (Hollandse Hoogte)



toepassen van rationele therapieën met een grotere kans op effect. In 1967 doet het College uitspraak over de definitieve toelating van enzympreparaten tot de markt. De beslissing over het totale pakket enzympreparaten is negatief, hoewel Enzypharm in de tussenliggende periode Neoblastine van de markt heeft teruggetrokken. Belangrijke overweging voor het College is dat de enzympreparaten niet een aantoonbaar constante samenstelling hebben, zodat niet voldaan wordt aan het eerste postulaat van de wet, te weten dat er in moet zitten wat de fabrikant claimt dat er in zit". De fabrikant tekent tegen deze beslissing beroep aan bij de Raad van State; de eerste en tot dusverre enige keer dat dit gebeurt in het geval van beslissingen over toelating van een geneesmiddel tot de markt. Daarmee is de Vasolastine affaire ontstaan.

Ontbrekende enzymen

In de afwegingen binnen het College rond het probleem van de niet constante samenstelling speelt op de achtergrond de vraag of er eigenlijk wel enzymen in het preparaat zitten. Dat is de aanprijzing van de fabrikant en daar heeft het College mee te maken. Er zijn voor het College twee vragen aan de orde: Is de samenstelling conform de opgave? En is de werkzaamheid redelijkerwijs conform de opgave? Als werking op substraten van enzymen wordt aangeprezen, dan vervalt redelijkerwijs de basis hiervoor, als aangetoond wordt dat de enzymen afwezig zijn. Het College heeft in haar beoordeling de kwestie van de samenstelling van Vasolastine en kennis over de werking van het preparaat als gescheiden kwesties behandeld.

Het ontbreken van dubbel blind klinisch onderzoek" is door het College wel geformuleerd als bezwaar, maar het is niet de uiteindelijke grond voor de negatieve beslissing geweest. Naar algemeen opvatting was Vasolastine

vanaf het begin *farmacologisch* én *klinisch* onvoldoende onderzocht.

De behandeling van de zaak voor de Raad van State duurt van 1967 tot 1978 (!). Dezelfde twee vragen, naar samenstelling en werkzaamheid, komen centraal te staan, maar in omgekeerde volgorde. Ten *eerste* is er de vraag of Vasolastine eigenlijk wel enig therapeutisch effect veroorzaakt. De kern van het probleem is dat er klinisch gezien een grote variatie is in de patiënten die Vasolastine gebruiken, d.w.z. ze zijn niet met een beperkt aantal parameters (b.v. cholesterol-gehalte) te karakteriseren. Bovendien behoort een groot gedeelte van hen tot de medisch gezien hopeloze gevallen, wat hen sociaal, hoewel daarmee nog niet medisch-technisch, kenmerkt. Gezien vanuit een klinisch -farmacologisch standpunt kunnen beide aspecten de basis vormen voor het optreden van placebo-effecten bij de behandeling. Daarmee is de basis gelegd voor een fors conflict over de interpretatie van klinische gegevens en over de noodzaak van gecontroleerde studies. De waarde van casuïstische studies met positieve resultaten, welke het merendeel van het klinisch onderzoek uitmaken, wordt steeds benadrukt door Enzypharm, maar niet gehonoreerd door de externe deskundigen die advies aan de Raad van State uitbrengen⁷. Ten *tweede* is er de vraag of het ontbreken van een duidelijk effect van Vasolastine veroorzaakt wordt door het ontbreken van enzymen in het preparaat. Deze mogelijkheid was reeds voor 1967 geoppend door Hülschman en Koster op basis van biochemisch onderzoek. Een rapport van de enzymoloog Veeger (Landbouw Hogeschool Wageningen) uit 1967 trekt de juistheid van de door Enzypharm gehanteerde biochemische eiwitbepalingsmethoden sterk in twijfel (enzymen zijn eiwitten). De kritiek van Veeger richt zich vooral op het ontbreken van blancobepalingen (d.w.z. zonder substraat)". Het zijn

niet de bepalingmethoden op zich, maar de wijze van uitvoering waal tegen de bezwaren zich richten. Enzypharm gebruikte in de beginperiode de gangbare standaardmethoden waarvoor later echter meer geavanceerde methoden in de plaats zijn gekomen, die Enzympharm niet is gaan gebruiken.

Het weglaten van de controles wordt aangemerkt als een essentiële fout waarop alle problemen zijn terug te voeren. Veegers conclusie is dat de vermeende positieve bepalingen van eiwitten veroorzaakt worden door niet-eiwitachtige stoffen van plantaardige oorsprong. Het ontbreken van eiwitten in het preparaat wettigt de conclusie dat niet van enzympreparaten, en dus niet van enzymtherapie gesproken kan worden. Veeger vermijdt overigens uitdrukkelijk te beweren dat de preparaten *dus* geen werking (kunnen) vertonen.

In haar uitspraak van 1978 bevestigt de Raad van State de juistheid van de beslissing van het College uit 1967. De raad baseert zich op de rapporten van externe deskundigen over de klinische en biochemische studies met betrekking tot Vasolastine. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat het binnen de interpretatie van de wet gerechtvaardigd is een middel van de markt te nemen dat therapeutisch gezien slechts een placebo-effect vertoont.

Experimenteerartikel

De zaak voor de Raad van State is door veel patiënten als een regelrechts bedreiging van hun situatie gezien. Dat leidt in 1976 tot acties, onder het motto "wie geneest heeft gelijk", om in de media aandacht voor Vasolastine te verkrijgen. Thema's die naar voren geschoven worden zijn de ontkenning van het probleem van ernstige atherosclerose binnen de medische wetenschap, de discriminatie door het verzekeringssysteem, en meel algemeen de achterstelling van zwakken in de samenleving (WAO- en AOW-ers).

Op het moment dat de Raad van State haar uitspraak doet en hieruit politieke consequenties getrokken moeten worden, komt de staatssecretaris van volksgezondheid mevvr. Veder-Smit in het geweer. Zij staat daarbij onder sterke druk van de patiëntenorganisatie, de Vereniging voor Enzymtherapie. Dat kan afgeleide worden uit een demonstratie van bezetting van haar departement, en uit door de Vereniging geïnspireerde vragen door de Tweede Kamer- fractie van de VVD. Zonder de juistheid van de beslissing van de Raad van State of het College - noch de gehanteerde argumentatie - uitdrukkelijk in twijfel

te trekken, geeft de staatssecretaris haar departement opdracht binnen de kaders van de wet naar mogelijkheden te zoeken om het middel op de markt te houden. Die worden gevonden door het z.g. experimenteerartikel van toepassing te verklaren. Vasolastine krijgt daarmee de status van een geneesmiddel dat nog in de onderzoeksfase verkeert, maar om reden van het belang van volksgezondheid wel beschikbaar gesteld wordt.

In een openlijke confrontatie tussen de staatssecretaris en de geneesmiddelencommissie (die de regering adviseert in zaken van juridisch/wettelijke aard) wijst deze laatste de argumentatie van de staatssecretaris af en daarmee de gronden voor haar politieke beslissing". Veder-Smit zet desondanks haar beslissing door onder verwijzing naar de positie van de patiënten die reeds behandeld worden met Vasolastine. De zaak trekt sterk de aandacht van de media, speciaal de meer populistische delen zoals de Telegraaf, Panorama en de VARA-ombudsman Frits Bom.

In de Vasolastine affaire is in de loop van de tijd een zekere gelaagdheid te onderkennen. Wat begonnen is als twijfel aan de enzymatische oorsprong van ziekten als kanker en atherosclerose, is overgegaan naar de vraag of er wel enzymen in Vasolastine zitten. Toen de zaak voor de Raad van State diende is daarnaast de vraag belangrijk geworden wat dan wel een passend bewijs voor werkzaamheid zou moeten zijn. Tenslotte sluit de Staatssecretaris bij die vraag aan door de gangbare eis van dubbel blind onderzoek op zijn minst tijdelijk buiten werking te stellen, om zodoende de patiënten die met Vasolastine behandeld worden, tegemoet te komen. Het eind van het liedje is dat nu in Nederland een geneesmiddel op de markt is waarin naar de mening van medici en overheid niet zit wat de fabrikant claimt, en waarin mogelijk helemaal niets zit. De behandeling van aanzienlijke groepen atherosclerose patiënten vindt echter gewoon plaats, in speciale klinieken en in de huisartsenpraktijk. En vanaf 1983 vergoedt het ziekenfonds zelfs de behandeling met Vasolastine.

In de Vasolastine affaire zijn vier posities te onderkennen, die onderling verschillen in hun zienswijze op wat Vasolastine in essentie representeert. Ik behandel nu deze posities omdat zo duidelijk wordt hoe de overgang van Vasolastine van een regulier naar een alternatief geneesmiddel heeft kunnen plaats vinden.

Een regulier geneesmiddel

Vanaf het moment dat Vasolastine op de markt is gebracht tot op heden is

ARTERIOSCLEROSE

Eerste toepassing der

ENZYMOLOGIE

in de therapie van

1. Algemene arteriosclerose al of niet met hypertensie
2. Essentiële hypertensie op jeugdige leeftijd
3. Periphere bloedsomloopstoornissen

VASOLASTINE

Ph., I-methyl amine • th.nol • ther. OweceUn. Serbinezuur.
V.beno'ale Amine ox.d.a.e. Cerotline. Fructo.e 6 phosphorzuur allrie.ter
Citrlin. Tryptoph • n' Citroenzuur N.et, KJ; KCl.

Verpakking 6 ampullen van 2 cc per doos

Blochem. Pharm.laboratorlum 'DE SPHINX'
S_terenghweg 4 - SOEST- Telefoon K2955-2447

werkt
niet symptomatisch
doch
constitueoneel

*
heeft geen
contra-indicaties

*
Literatuur
op aanvraag

het voor Enzypharm een regulier, d.W.Z. allopatisch geneesmiddel. Samenstelling en werkzaamheid worden onderbouwd met een biochemische theorie over functie en werking van enzymen. De basis van de theorie is de opvatting dat veel ziekten het gevolg zijn van een tekort aan enzymen die op vele plaatsen in het lichaam een functie hebben. De theorie zou een grote algemene geldigheid bezitten, en vormt door het algemene voorkomen van de enzymen in het menselijk lichaam de basis voor het brede toepassingsdomein. In haar formulering sluit de theorie aan bij de dan heersende opvattingen en concepten binnen de biochemie, een discipline die in de 40er jaren nog grotendeels in de kinderschoenen staat. Zo was in die tijd het enzym-concept veel minder specifiek dan tegenwoordig, zeker in de gepopulariseerde versies, buiten de kern van de zich toen snel ontwikkelde biochemie. De theorie wordt door van Leeuwen niet op basis van eigen empirisch werk onderbouwd of verder uitgewerkt.

In de visie van van Leeuwen wordt zijn theorie in de reguliere geneeskunde niet verworpen op basis van resultaten van wetenschappelijk werk dat uitgevoerd is binnen het kader van de door hem geformuleerde theorie (wat inderdaad niet is gebeurd), maar vanwege zijn outsider-positie binnen de wetenschappelijke gemeenschap: een self-made biochemicus zonder academische graad. De theorie van van Leeuwen daagt als het ware het establishment van medische wetenschap en professie uit, doordat ze wat betreft de inhoud aansluit bij de nieuwe biochemische inzichten. Ze bevat geen vormelementen op basis waarvan de theorie zichzelf als onwetenschappelijk zou kwalificeren¹⁰. Van Leeuwen presenteert een basis-

dee over de enzymatische oorsprong van ziekten, werkt dat idee naderhand vrij gedetailleerd uit¹¹, maar het blijft wetenschap op papier, zonder onderbouwing middels veel empirisch werk. En als zodanig wordt de theorie in de wetenschap feitelijk geen blik waardig gegund. In het verweer van de advocaat van Enzypharm voor de Raad van State probeert men dit punt ook uitdrukkelijk uit te spelen, door er op te wijzen dat ook homeopathie, acupunctuur en celtherapie maatschappelijk geaccepteerd zijn in de reguliere geneeskunde, terwijl ook bij deze therapieën een theoretisch gefundeerd, definitief oordeel niet mogelijk was¹².

Een ondeugdelijk geneesmiddel

Met het inwerking treden van de wet op de geneesmiddelen voorziening in 1962 ontstonden twee categorieën middelen die beoordeeld moeten worden: nieuwe middelen, waarop de wet rechtstreeks toegepast kon worden, en oude middelen die reeds op de markt waren en in de praktijk hun waarde al dan niet bewezen hadden. Een groot deel daarvan was obsoleet. Enig bewijs van werkzaamheid in de zin van de wet ontbrak. Tot deze laatste categorie behoorden naar de overtuiging van het nieuwe College de cnzympreparaten¹³. De keuze om uit het grote arsenaal oude middelen juist de cnzympreparaten in dit vroege stadium van de implementatie van de wet te kiezen kan dan ook gezien worden als een testcase voor het College: was men in staat dit soort uitwassen van de markt te weren.

Op het moment dat Enzypharm besluit de beslissing voor de Raad van State aan te vechten, wordt het een test-case voor een aantal grondslagen van de wet, te weten het recht van de overheid in te grijpen in de

behandelingsvrijheid van de arts en in de keuzevrijheid van de individuele patiënt. Ook het algemeen en dwingend kunnen opleggen van die opvattingen en van die wijzen van toetsen, waarover consensus bestaat binnen de reguliere geneeskunde, is in het geding. Net als aan andere conflicten met beleidsmatige implicaties, die dienen voor de Raad van State, wordt aan de Vasolastine-zaak gewicht toegekend. Het is niet onwaarschijnlijk dat rond 1976 het algemeen gevoelen was, dat in geval van gegrond verklaren van het bezwaarschrift het College en bloc zou aftreden. In ieder geval stond het algemeen belang van de uitvoering van de wet op het spel. Dit impliceert dat ook op politiek niveau Vasolastine gezien werd als een test-case voor de positie van het College.

Op het moment dat de staatssecretaris haar beslissing neemt om Vasolastine op de markt te houden, relatieveert ze dan ook naar algemene opvatting de wet op twee punten: het individueel belang krijgt hier voorrang boven algemeen belang, en de beslissing wordt genomen op emotionele gronden en is niet gebaseerd op zuiver rationele gronden, d.w.z. met uitschakeling van elk vooroordeel. Tegen de achtergrond van de houding van de staatssecretaris wordt de uitspraak van de Raad van State dan ook gezien als een overwinning voor de wetenschap, zij het een moeizame.

Een alternatief geneesmiddel

Aan het eind van de 60-er jaren komt in Haarzuilen de Koningshof tot stand, een speciale kliniek waarin patiënten met enzymtherapie worden behandeld. Deze vorm van institutionalisering lijkt zowel medisch als maatschappelijk van doorslaggevende betekenis te zijn geweest voor de enzymtherapie. Voor die tijd pasten artsen verspreid over het hele land de middelen toe. Slechts één van hen heeft een solide institutionele positie (Acad. Ziekenhuis Leiden). De enige verdere institutionele status lijkt het tijdschrift "Geneeskundige Gids: wetenschappelijk tijdschrift voor geneeskunst en volksgezondheid", te zijn. Een aantal Vasolastine-artsen zitten in de redactie van dit blad. De Koningshof is dus een "niche" voor de enzymtherapie. Van daaruit wordt ook de oprichting van de patiëntenvereniging voorbereid en wordt het maatschappelijk optreden ervan gestuurd.

Voor kliniek en patiëntenvereniging is Vasolastine het laatste redmiddel, en van Leeuwen de genius. Daarbij vertoont de patiëntenvereniging onmiskenbare kenmerken van een "orthodoxe" geloofsgroep, in de zin

dat ze een gesloten binnen- en buitenwereld heeft. Ze denken sterk antithetisch, in termen van een complot van medici en farmaceutische industrie tegen de enzymtherapie. Cruciaal daarbij is dat in hun beleving de eisen van de buitenwereld, en dan met name die van dubbel-blind gecontroleerd onderzoek als bewijs voor werkzaamheid, volledig strijdig zijn met de eigen ervaring. Wanneer we dit plaatsen tegen de achtergrond van een groeiende kritiek op geneesmiddelengebruik en op het voorschrijfgedrag van artsen, dan valt het gebrek aan twijfel en een nadere afweging van diagnostiek en behandeling op, als ook het ontbreken van elke aanspraak op een kwaliteitsgarantie van de behandeling. Sociologisch gezien beschouwt men zich als de uitdager van het medisch establishment, een visie die sterk overeenkomt met het zelfbeeld van van Leeuwen. In die sociologische zin beschouwt men Vasolastine dan ook als een alternatieve therapie.

Hoewel, over de Koningshof zegt de oprichter Achterberg: "Wij zijn geen alternatievelingen. Onze artsen zijn aan Nederlandse universiteiten afgestudeerd. Ze hebben zich allen bekwaamd in een nieuwe prachtige vorm van geneeskunst, die oplossingen aanreikt in gevallen waarop men elders het antwoord schuldig blijft"¹⁴.

Die sociologische positie gaat geleidelijk over in een positie die ook inhoudelijk als alternatief gekenmerkt kan worden, doordat de behandeling met Vasolastine gecombineerd wordt met verandering in voedingsgewoonten en met andere als alternatief bekend staande therapieën. Een van de artsen op de Koningshof is ervaren in alternatieve therapieën als celtherapie en homeopathie. Vasolastine wordt ook wel toegepast in centra van alternatieve gezondheidszorg, waar het als een van de alternatieven in een totaalpakket wordt gehanteerd. Zoals blijkt uit de literatuur die uitgegeven wordt door de patiëntenvereniging is ook daar een sterke inslag van allerlei alternatieve stromingen terug te vinden, zoals nadruk op voeding van biologisch dynamische oorsprong¹⁵. Maar combinatie van Vasolastine behandeling met alternatieve geneeswijzen vloeit niet voort uit de therapie zelf. Ze wordt ook niet aanbevolen in het voorlichtingsmateriaal dat Enzypharm over toepassingsmogelijkheden verstrekt.

Nogmaals een alternatief geneesmiddel

In kringen van de medische en farmaceutische professie ondersteunt

men in hoge mate het standpunt van het College, maar de discussie spitst zich daar met name toe op de consequenties van een dergelijk standpunt voor het professioneel handelen. Dit kan geïllustreerd worden met een citaat uit een redactioneel artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: "Van ieder respectabel geneesmiddel kan en mag in een beschaafde samenleving geëist worden dat het voor de aangewezen indicaties werkzaam is dan een placebo of even werkzaam als, dan wel werkzamer dan een preparaat met bewezen werking. De voorstanders van Vasolastine hebben zich door hun weigering de werkzaamheid van dit middel aan algemeen aanvaardbare maatstaven te toetsen geplaatst binnen de kring van de z.g. alternatieve geneeskunde".

De vraag of men wel of niet tot de alternatieve geneeskunde behoort is dus in de reguliere geneeskunde een normatieve kwestie, die bepaald wordt door de vraag of men de heersende consensus over de toetsing van de effectiviteit van de geneeswijze deelt dan wel afwijst. Dus niet de aard van de geneeswijze of het geneesmiddel, maar de toetsing bepaalt het alternatieve karakter. Het opmerkelijke is dat de medische professie wel op het normatieve vlak consensus zoekt of afdwingt, maar dat dit in het geheel niet gepaard gaat met pogingen de juistheid van de claims empirisch te toetsen. Er wordt geen enkele poging gedaan de theorie van van Leeuwen (d.w.z. de rol van enzymen in de veroorzaking van atherosclerose) te toetsen, dubbel-blind onderzoek te verrichten, of zelfs de bestaande evidentie in een wetenschappelijk review-artikel te bespreken. De verklaring hiervoor in de kring van medische onderzoekers is dat dit werk te weinig wetenschappelijke erkenning oplevert¹⁶. Het geheel van enzymtherapie en enzymtheorie is gewoon te riskant om daarmee de wetenschappelijke reputatie op het spel te zetten. Daarmee wordt het normatieve oordeel uit de klinische praktijk gereproduceerd op het wetenschappelijke vlak. Waarschijnlijk zou men zich overigens helemaal niet zo druk gemaakt hebben over die enzymtherapie, wanneer die zich niet zo uitdrukkelijk gepresenteerd had als natuurwetenschappelijke theorie binnen het gebied van het in opkomst zijnde, nieuwe veelbelovende gebied van biochemie. Die theoretische onderbouwing van Vasolastine heeft de reguliere geneeskunde gedwongen stelling te nemen. Ze kon dat doen door wetenschappelijke bewijsovervoering of door normatieve uitsluiting¹⁷. Ze heeft feitelijk voor het

laatste gekozen. Dat wordt nog eens bevestigd in de benadering van de patiënt door de medici in het redactioneel uit Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunst: "Dat de patiënten te hoop lopen ten gunste van Vasolastine zegt weinig of niets; zij zouden dat niet gedaan hebben als zij daartoe niet waren aangezet door hun artsen en de fabrikant. Ook het succes van Vasolastine is er aan te danken dat het als "wondermiddel" wordt aangeprezen aan patiënten aan wie de "conventionele" geneeskunde niet meer de nodige aandacht, sympathie en (...) begeleiding te bieden heeft., 19.

Conclusies

In het complexe proces dat ik hiervoor gemakshalve de Vasolastine affaire heb genoemd, zijn uiteindelijk twee processen te onderkennen die bepalend zijn voor het instandhouden van de controverse.

Ten eerste is er het zoeken van en streven naar *erkenning* voor de enzympreparaten en de enzymtherapie. In de ogen van de fabrikant staat en valt, zijn hele ondernemen met de acceptatie van het reguliere karakter van zijn theorie en therapie. Natuurlijk was dit zeker aanvankelijk gekoppeld aan de economische mogelijkheden van de enzympreparaten, maar in een latere fase (na 1978), wanneer alternatieve geneeswijzen maatschappelijk meer geaccepteerd zijn en al economisch gezien interessante markt vertegenwoordigen, blijft het streven naar erkenning als *regulier* middel duidelijk aanwezig. De basis voor de afwijzing van de therapie door het College en medici berust in feite op honorering van diezelfde claim, in de zin dat de middelen getoetst zijn volgens de best gangbare principes die ten grondslag liggen aan de wet. Alleen de toetsing is negatief uitgevallen, en terecht, zo wordt in de uitspraak van de Raad van State nog nog bevestigd. Toch valt, op de claim van adequate wetenschappelijke onderbouwing van beide kanten nog wel iets af te dingen. Voor Enzypharm geldt dat nog niet eens zo zeer het gebrek aan progressie in de onderbouwing van de theorie, als wel het volledig afwezig zijn van vernieuwing van enzymbepalende methoden - een kernpunt in het conflict - terwijl juist op dat gebied in de 60eren 70erjaren veel veranderd is.

Aan de andere kant heeft het wetenschappelijk establishment geen enkele extra inspanning geleverd om de (on)juistheid van de enzymtheorie en -therapie te testen. De opvatting van Piet Vroom over de hele affaire is dat in de hele medische vakpers vrijwel geen zakelijke analyse te vinden is van de studies die *internationaal* over Vasolastine zijn

gepubliceerd. De beoordelingen gaan het niveau van demagogische verdachtmakingen niet te boven. Maar in werkelijkheid zijn er tientallen onderzoeken naar Vasolastine die wat betreft de onderzoeksopzet variëren van zeer slecht tot zeer behoorlijk". De tegenwerping dat goed klinisch onderzoek de taak van van Leeuwen zou zijn, lijkt me niet toereikend. Het is niet ongebruikelijk dat in vergelijkbare gevallen wél door de wetenschap aan het probleem gewerkt wordt. Daarbij is natuurlijk wel de vraag hoe vast te stellen welke claim getoetst zou moeten worden, dan wel op goede gronden terzijde geschoven kan worden. In de Vasolastine-affaire is de discussie of er wel enzymen inzitten van grote invloed geweest.

Het antwoord op de vraag waarom wetenschappelijk onderzoek uitblijft, heeft zonder twijfel ook te maken met de effecten van het tweede proces: de vorming van een autonome medische praktijk rond enzymtherapie. Door de manier waarop dit gebeurt, schermt men zich af van de praktijk van de reguliere geneeskunde. Een verstrengeling met andere alternatieve geneeswijzen treedt op. Op dat niveau ontstaat dan vervolgens de afkeer van een wetenschappelijke beoordeling van enzympreparaten. Dubbel-blind onderzoek wordt afgewezen op gronden die in het algemeen te vinden zijn in kringen van alternatieve geneesmiddelen.

Naast dit alles heeft de Vasolastine-affaire betekenis omdat ze heeft bijgedragen tot de meningvorming over alternatieve geneeswijzen, c.q. geneesmiddelen. De discussie daarover in de Commissie Alternatieve Geneesmiddelen (CAG) sluit wat betreft de gevoerde redenering sterk aan bij de redenering die ook in de Vasolastine affaire is gehanteerd. Het standpunt van de klinisch farmacoloog Noach in het CAGG over werkzaamheidsoordelen is hetzelfde als hij voor de Raad van State in de Vasolastine-affaire verwoordde: "eerst werkzaamheid aantonen, waarbij het *niet* van belang is aan te tonen hoe de werkzaamheid *verklaard* moet worden. In zijn visie als wetenschapper is dubbel-blind onderzoek geen absolute eis, maar wel in vele gevallen gewenst om vooroordeel bij de onderzoek uit te schakelen.

In de 70-er jaren is de *praktijk* van alternatieve geneeswijzen een niche geworden, waar inhoudelijke tegenstellingen met reguliere geneeskunde konden uitgroeien tot complete systemen én zienswijzen, die niet meer verenigbaar zijn met reguliere geneeskunde. Ook al is het de bedoeling van Veder-Smit niet geweest, het effect van haar beslissing

is wel degelijk dit: Vasolastine is een andere zienswijze geworden in de medische behandeling van atherosclerose, die niet in overeenstemming is met de reguliere behandeling.

De interessante politieke vraag is nu hoe het verder moet. Hoewel dit niet geheel duidelijk is mag worden aangenomen dat op termijn opnieuw een beslissing over Vasolastine genomen moet worden (1990). Wat zal dan de basis voor die beslissing zijn? Een regulier middel, waarbij de vraag rijst of er inmiddels voldoende deugdelijk dubbel-blind onderzoek is gedaan? Of een alternatief middel, uitdrukkelijk als zodanig gekarakteriseerd? En waarschijnlijk dus nooit verder onderzocht of geëvalueerd! ••

Noten

1. De samenstelling, uitgangproducten en bereidingswijze zijn schriftelijk overlegd aan het Ministerie. Alleen de eerste twee zijn in de Staatscourant gepubliceerd.
2. In het vervolg heb ik het uitsluitend over atherosclerose.
3. Uit de installatierede van het College uitgesproken door P. Muntendam, dir. generaal van de Volksgezondheid, zoals geciteerd in: C. V.d. Berg, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 42 (1964), 15.
4. Interview met Prof. van Noordwijk, toenmalig lid College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (dd. 19.06.1985).
5. Idem.
6. Idem. Basis daarvoor waren de negatieve bevindingen van F.A. Nelemans en W.G. Zegveld. Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 107 (1963), 826-828.
7. Dit valt vooral op te maken uit het slotpleidooi van de advocaat van Enzypharm, dr. mr. dr. W. Schuurmans Stekhoven, voor de Raad van State (dd. 16 januari 1975); verder bevestigd in het interview met prof. dr. E.L. Noach (klinisch farmacoloog, RU Leiden), de belangrijkste getuige-deskundige (dd. 12.08.1985).
8. A.C. de Graaf-Hess, H. Haaker, F. Jarbandhan, A. de Kok, S.S. Maghew, F. Müller, C. Veeger, J.H. Wassink, L.A.M. Wolbers, Activities on preparations for enzymotherapy, LH Wageningen, 1976 (intern. rapport).
9. Interview Prof. dr. Noach (12.08.1985).
10. P. Vroom, Volkskrant, 19.02.1983.
11. B.v. G.H. van Leeuwen. Enzyme und Enzymtherapie. manuscript' (dd. 23.09.1965); Vasolastica. product information, 1977.
12. zie noot 5.
13. zie noot 2.
14. J. Achterberg, in interview: Story, 12 november 1982.
15. Brochure: Aanwijzingen voor patiënten die met enzymtherapie willen beginnen (april 1981).
16. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 125 (1981), 444.
17. zie noot 7.
18. zie noot 14.
19. zie noot 8.
20. Zie b.v. Fontijn in: Bijsluiter.> (1986), 13.
21. zie noot 8.
22. zie noot 7.

Samenscholen

Wie ademhalingsproblemen heeft kan bij verschillende hulpverleners terecht: fysiotherapeut, logopedist, longarts ... Allemaal doen zij hun uiterste best om de patiënt op hun eigen wijze van de klachten af te helpen. Samenwerking en overleg blijft vaak achterwege.

Eén van de oorzaken hiervan is dat ze niet geleerd hebben samen te werken: ook het onderwijs is versnipperd. Het is de bedoeling dat dit in het Hoger Beroepsonderwijs gaat veranderen, maar soepel verloopt dat nog niet. Marieke van Nimwegen beschrijft de nodige hobbels en valkuilen op de weg naar samenwerking.

Marieke van Nimwegen, organisatiepsycholoog

Integratie HBO-gezondheidszorg

Het aantal opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg is bijna evenredig toegenomen met het aantal beroepen dat in die sector langzamerhand is ontstaan. Allerlei superspecialismen, nieuwe onderzoek- en behandelmethoden, maar ook een ander soort patiëntenaanbod en ziekteverschijnselen maken deze groei in werkveld en onderwijs noodzakelijk. Er komt steeds meer kennis en kunde beschikbaar voor de patiënt.

De kwalijke kanten van deze gevorderde arbeidsdeling zijn inmiddels ook voelbaar. Patiënten worden geconfronteerd met een hele batterij hulpverleners, die elk vanuit hun eigen discipline en met hun eigen werkwijze de klachten te lijf gaan. Van een samenhangende, integrale benadering van de patiënt komt niet veel terecht. Via bijvoorbeeld multidisciplinaire patiënten besprekingen en meer samenwerking tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners tracht men de nadelige gevolgen van de vergaande differentiatie en professionalisering te bestrijden; maar is dit voldoende? Is het niet minstens zo belangrijk om in een veel eerder sta-

dium, tijdens de initiële beroepsopleiding, te streven naar meer samenhang in de gezondheidszorg?

Gebrek aan samenhang

Het gebrek aan samenhang in de gezondheidszorg vindt natuurlijk voor een deel zijn oorzaak in beleidsmatige, financiële en organisatorische misstanden. Deze misstanden staan een inzichtelijke en duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de vele zorgverlenende instanties in de weg. Maar dat is niet de enige oorzaak! Er gaat ook nogal eens iets mis op de werkvloer zelf, omdat de hulpverleners niet of onvoldoende beschikken over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om samen te werken. Een huisarts die van een logopediste denkt, dat ze alleen maar een soort spraakjuf is, geschikt om kindertjes met slissende sjes te behandelen, zal niet gauw op het idee komen om een patiënt met langdurige stemklachten door te verwijzen voor logopedistische behandeling. En een specialist die te veel

waarde hecht aan eigen onderzoek en nauwelijks weet wat zijn collega's op dat gebied doen, zal bij iedere patiënt klakkeloos de hele serie onderzoeken laten afdraaien, met als gevolg veel nutteloze herhalingen.

De vooroordelen en misverstanden over en weer zijn groot: tussen eerste lijn en tweede lijn, tussen specialisten onderling, tussen artsen en verpleegkundigen, logopedisten en fysiotherapeuten ... en ga zo maar door. Veel gezondheidswerkers hebben te weinig inzicht in de totale gezondheidszorg. Ze weten niet wat er allemaal gedaan wordt bij andere disciplines, dus hoe kan er dan effectief verwezen worden? Hoe kan er afstemming plaatsvinden over onderzoek en behandeling? En hoe moet er in een ziekenhuis bijvoorbeeld een gemeenschappelijke visie ontwikkeld worden over de meest gewenste benadering van patiënten? Een geïsoleerd en onsamenhangend optreden van hulpverleners is altijd nadelig voor patiënt of cliënt. Het is dus een goede zaak om naar meer samenhang te streven, in de praktijk, maar ook al eerder in der gezondheidszorgonderwijs.

Het gezondheidszorgonderwijs bestaat uit talrijke opleidingen van zeer verschillende aard. Arts, tandarts of apotheker word je aan de universiteit; om diëtist, ergotherapeut, logopedist of fysiotherapeut te worden volg je een vierjarige hogere beroeps-



opleiding; verpleegkundigen worden opgeleid via de HBO-V of in de ziekenhuizen (in service); en het middelbaar beroepsonderwijs leidt op tot ziekenverzorgende of doktersassistent. Slechts enkele voorbeelden uit het brede scala van deze onderwijssektor: per beroep een andere opleiding, aan een apart instituut, met eigen docenten, die er elk hun eigen stokpaardje op na houden. Is het dan een wonder dat de samenwerking later in de praktijk regelmatig stukloopt op onbegrip en misverstanden?

In het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs bestaat momenteel veel belangstelling voor meer samenwerking tussen de verschillende studierichtingen. Enerzijds wordt deze interesse ingegeven door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, maar ook in het onderwijs zelf gebeuren dingen die deze samenwerking bevorderen. Het HGZO valt onder het Hoger Beroepsonderwijs (HBO), dat zoals bekend een woelige periode doormaakt. Zo weet iedere krantenlezer dat er een enorme schaalvergrotingsoperatie gaande is, die tot doel heeft de ruim 400 overwegend kleine scholen samen te voegen tot enkele tientallen grote hogescholen. Dit zal de onderlinge samenwerking tussen de in die hogescholen aanwezige studierichtingen op den duur vereenvoudigen.

De Nieuwe Wet op het Hoger Beroepsonderwijs, die per 1 augustus

Dit voorjaar verscheen het rapport "Groeï en krimp in het Hoger Gezondheids Onderwijs." In dit rapport formuleert de commissie Hoger Gezondheidszorg Onderwijs van de HBO-raad een aantal aanbevelingen voor de "taakverdeling en concentratie" binnen het onderwijs. Geen gemakkelijke klus: de commissie is er echter in geslaagd een informatief en vooral duidelijk rapport te leveren.

De commissie geeft aan wat er binnen de beroepsopleidingen moet veranderen om adequaat in te spelen op toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De commissie verwacht meer nadruk op thuiszorg, samenwerking, preventie, informatica en technologie. Ze vindt het daarom van grote waarde dat de opleidingen meer aandacht besteden aan deze zaken. Het is opvallend, dat de commissie niet schroomt voor een aantal opleidingen zeer concrete inhoudelijke aanbevelingen te doen. Zo moet bijvoorbeeld de opleiding diëtetiek zich meer richten op onderzoek én epidemiologie en op preventie en voorlichting. In de opleiding ergotherapie moet meer aandacht zijn voor bijvoorbeeld de aspecten arbeid en arbeidsvervangende bezigheden en voor technologische aspecten, met name op het gebied van de informatica. De opleidingen fysiotherapie moeten zich meer richten op het ontwikkelen van een systeem van kwaliteitsbewaking en controle (in samenwerking met het praktijkveld). Binnen de HBO-V opleidingen dient meer aandacht te zijn voor verpleegtechnische vaardigheden. De commissie pleit consequent voor vergaande samenwerking tussen de Hoger Gezondheidszorg Opleidingen.

Het meest geruchtmakende deel van het rapport gaat over de toekomstige opleidingscapaciteit: er moet "gesneden" worden. De commissie stelt voor in het cursusjaar 1988/1989 acht fysiotherapie-opleidingen, zes logopedie-opleidingen en twee diëtetiek-opleidingen te sluiten. Een dergelijke inkrimping levert uiteraard veel geld op. De commissie stelt voor dat dat geld niet naar de minister van financiën gaat. Zij wil het gebruiken voor de broodnodige vernieuwing binnen het Hoger Gezondheids Onderwijs. "Geen krimp zonder groei" is het devies van de commissie. Zij denkt bijvoorbeeld aan het opzetten van een gemeenschappelijke propaedeuse voor meerdere studierichtingen. Om de samenwerking tussen de opleidingen te vergemakkelijken blijkt de commissie bereid te zijn het diplomagebonden *civiel effect* 1) gedeeltelijk op de helling te zetten. Juist deze veranderingen bieden perspectief op een vernieuwd en vernieuwend onderwijs.

1) Zie artikel Samenwerking in het Hoger Gezondheidszorgonderwijs, Marieke van Nimwegen.

1986 van kracht is, betekent een andere ingrijpende verandering. Voorheen viel het HBO onder het Voortgezet Onderwijs, hetgeen inhield dat de scholen aan talloze minutieuze overheidsvoorschriften gebonden waren. De nieuwe wet biedt het HBO meer vrijheid met betrekking tot de inrichting van het onderwijs. Ook deze ontwikkeling opent de weg naar meer samenwerking tussen studierichtingen. Naast schaalvergroting en HBO-wet fungeren ook de bezuinigingen als aparte stimulans tot samenwerking. Bij schaarser wordende middelen is men over het algemeen eerder geneigd om de krachten te bundelen dan in tijden van overvloed. De bezuinigingsmaatregelen in het onderwijs zijn ondertussen te rigoreus om politiek nog geloofwaardig te zijn, maar instellingen die van deze nood een deugd weten te maken door efficiënt samen te werken hebben ongetwijfeld de meeste overlevingschansen.

Tenslotte is er op onderwijskundig terrein nog een betrekkelijk nieuw verschijnsel dat het vermelden waard is: het modulair systeem. In het verle-

den was op de meeste HBO-opleidingen slechts vrij weinig bekend over de doelstellingen, de leerinhouden en het gewenste begin- en eindniveau van de verschillende vakken. Iedere docent draaide zijn of haar eigen lessen af en er was weinig samenhang in het totale opleidingsprogramma. Inmiddels is er in veel opleidingen in het kader van de leerplanontwikkeling veel tijd en energie besteed aan het verzamelen en vastleggen van allerlei gegevens over de onderwijsleeractiviteiten binnen de instelling. Het onderwijs is hierdoor inzichtelijker geworden voor zowel student als docent. hetgeen een betere studieplanning en onderlinge afstemming tussen docenten mogelijk maakt.

Een aantal opleidingen werkt ook aan de invoering van een modulair systeem, dat eigenlijk een voortzetting is van de hierboven omschreven ontwikkeling. Een modulair systeem houdt in dat het onderwijsprogramma is opgebouwd uit zelfstandige eenheden (modules), die qua leerstof een intern samenhangend geheel vormen. Elke module bevat een geïntegreerd plan inzake verwerving,

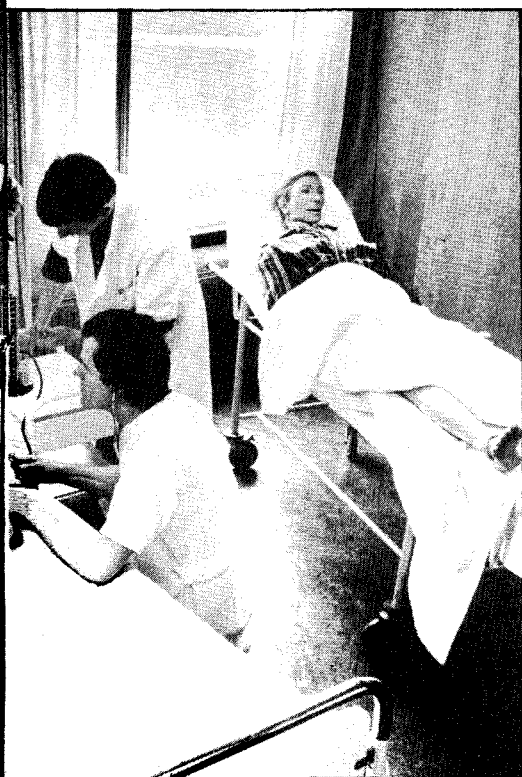


Foto: André Ruigrok

verwerking en toetsing van de leerstof (Capetti, 1985). Een modulair systeem zal de samenwerkingsmogelijkheden vergroten, omdat de bouwstenen waaruit de onderwijsprogramma's per studierichting bestaan, bekend zijn. Extreem gesteld kan iedere student zijn of haar eigen studieprogramma metselen, met modules naar keuze uit meer dan één studierichting. Bovendien kunnen er modules ontwikkeld worden die geschikt zijn voor bijvoorbeeld het hele Hoger GezondheidsZorg Onderwijs.

Beroepsprofiel en civiel effect stellen dus bepaalde eisen aan het onderwijs, waarvan niet zomaar kan worden afgeweken. Opleidingen met plannen om hun onderwijs te vernieuwen, bijvoorbeeld door samenwerking met andere studierichtingen, zullen rekening moeten houden met eventuele gevolgen daarvan voor het civiel effect. Wanneer de inhoud van de opleiding niet meer voldoet aan het desbetreffende beroepsprofiel, kan een bewijs van bevoegdheid niet verstrekt worden. De student krijgt wel een diploma, maar kan ermee niet aan de slag. Het verdient daarom aanbeveling om na te gaan

HBO de gevolgen van het dalend geboortecijfer ondervinden. De verwachting is dat de studentenpopulatie pas na 1990 sterk zal slinken, maar de strijd om de student is nu al losgebarsten. Zowel universiteiten als hogescholen proberen hun toekomstige klanten met paginagrote advertenties te lokken. In het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs woedt momenteel deze concurrentiestrijd al. Oorzaak daarvan is mede de nieuwe bekostigingssystematiek, die een aantal van 200 studenten per studierichting als uitgangspunt heeft. Minder studenten per studierichting is onvoordelig voor de hogeschool, zodat het niet ondenkbaar is dat zo'n zwakke schakel wordt opgeheven. Deze voortdurende concurrentieslag om het grootste aantal studenten belemmert uiteraard de effectieve samenwerking tussen de verschillende studierichtingen.

Een laatste knelpunt is de ophanden zijnde taakverdelings- en concentratie-operatie voor het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs. Nu kan deze operatie een stimulerende invloed hebben op zowel de samenwerking *binnen* een hogeschool als op de concurrentie *tussen* dezelfde studierichtingen op landelijk niveau. Er kleeft echter ook een bezwaar aan deze operatie. De onzekerheid die erdoor veroorzaakt wordt is in ieder geval niet zo bevorderlijk voor de opbouw van een zinvolle samenwerking: waarom zou je plannen maken met een studierichting die volgend jaar misschien wel verdwenen is uit de afdeling?

Het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs maakt al met al geen gemakkelijke periode door. De bestuurlijke, organisatorische, financiële en onderwijskundige veranderingen vragen een enorme inspanning van al diegenen die erbij betrokken zijn. En dan hebben we het nog niet eens gehad over de dwingende noodzaak voor het onderwijs om zo goed mogelijk in te spelen op de vele ontwikkelingen in de gezondheidszorg!

Aansluiting op de arbeidsmarkt.

Er is veel gaande in de gezondheidszorg: de medische technologie in opmars, dubbele vergrijzing, verschuiving van de zorg naar eerste lijnsvoorzieningen, toenemende aandacht voor preventie en gezondheidsvoorziening en -opvoeding, meer allochtone hulpvragers, nieuwe ethische vraagstukken, bezuinigingen, commercialisering ... Het is een onvolledige opsomming.

Hoe kan het gezondheidszorgonderwijs adequaat aansluiten op al deze nieuwe ontwikkelingen in de

Voorbeeld van een module

Communicatieve Vaardigheden II: Probleemverheldering

(Voorwaarde: module Communicatieve Vaardigheden I: kijken en luisteren)

Studie-activiteiten	Met wie?	Hoelang?	Begeleiding?
1. literatuurstudie en video bekijken	individueel	6 uur	nee
2. opdracht: probeer een probleem van de ander te verhelderen	in twaaltallen	2 uur	nee
3. bespreking opdracht	in groep van 12 studenten	2 uur	ja
4. rollenspel (met video-opname)	in groep	4 uur	ja
5. opdracht: voer een probleemverhelderend gesprek en maak er een bandopname van	in twaaltallen	2 uur	nee
6. bespreking en beoordeling van de opdracht	in groepen van 4	2 uur	ja

Gewenste eindniveau: de student kan een probleemverhelderend gesprek voeren en heeft inzicht in de theoretische achtergrond van dit gespreksmodel. ...

Knelpunten

Al geeft de nieuwe HBO-wet meer vrijheid bij de inrichting van het onderwijs, de *opleidingen* in de gezondheidszorg zijn daarin allerminst vrij. Het Ministerie van WVC reikt namelijk alleen een bewijs van bevoegdheid uit aan gediplomeerden van een erkende opleiding. Het onderwijsprogramma moet daarom worden afgestemd op het beroepsprofiel dat voor vrijwel iedere discipline gemaakt is. Alleen met zo'n bewijs van bevoegdheid mag je je beroep ook echt uitoefenen. Dit wordt het *civiel effect* genoemd.

wat precies de minimum-eisen zijn, waaraan een student moet voldoen om nog verpleegkundige, ergotherapeut etc. genoemd te mogen worden. Daarnaast is het verstandig om te bekijken voor welke functies het niet nodig is om een bewijs van bevoegdheid te hebben. Duidelijkheid hierover zal de samenwerking tussen studierichtingen zeker bevorderen!

Een ander knelpunt wordt gevormd door het afnemend aantal studenten. Na de toename van het aantal HBO-studenten in de afgelopen periode, begint nu langzamerhand het tij te keren. Evenals het basis- en het voortgezet onderwijs zal straks het

maatschappij? Moet er in alle opleidingsprogramma's plaats ingeruimd worden voor verplichte lessen informatica, voorlichtingskunde, gerontologie? Dit lijkt nauwelijks haalbaar gezien de overvolle roosters en de specialistische vorderingen binnen iedere discipline zelf, die natuurlijk hun weerslag moeten krijgen in het onderwijs. Of ligt de oplossing meer in het aanbieden van een breed scala van keuze-onderdelen, zodat de student zelf kan bepalen hoe hij of zij zich voorbereidt op het gevecht om een plaatsje binnen het arbeidsbestel: als diëtist gespecialiseerd in voorlichting over voeding aan allochto-

ren, die op vele plaatsen inzetbaar zijn of is er meer behoefte aan specialisten die precies de kennis in huis hebben waar in bepaalde functies om gevraagd wordt?

De keuze voor de eerste variant leidt tot samenwerking op het gebied van de meer algemene leerstof, die voor iedere werker in de gezondheidszorg van belang is: communicatieve vaardigheden, organisatie van de gezondheidszorg, informatiekunde, onderzoek- en behandelmethodieken, ethiek etc. Een gemeenschappelijk propedeutisch jaar voor meerdere studierichtingen in het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs zou

groepen in de gezondheidszorg zijn nog zodanig verstrikt in de strijd om erkenning en macht, dat zij nauwelijks openstaan voor samenwerking met andere disciplines. Naar hun idee moet een beroepsopleiding de studenten omvormen tot een waardevol lid van de eigen beroepsgroep, waarbij geen ruimte is voor inmenging van buitenaf. Die samenwerking met andere gezondheidswerkers komt later in de praktijk vanzelf wel...

De weerstand vanuit het onderwijs is gedeeltelijk een uitvloeisel van deze professionaliseringstendens, maar heeft ook te maken met de eerder genoemde concurrentie tussen

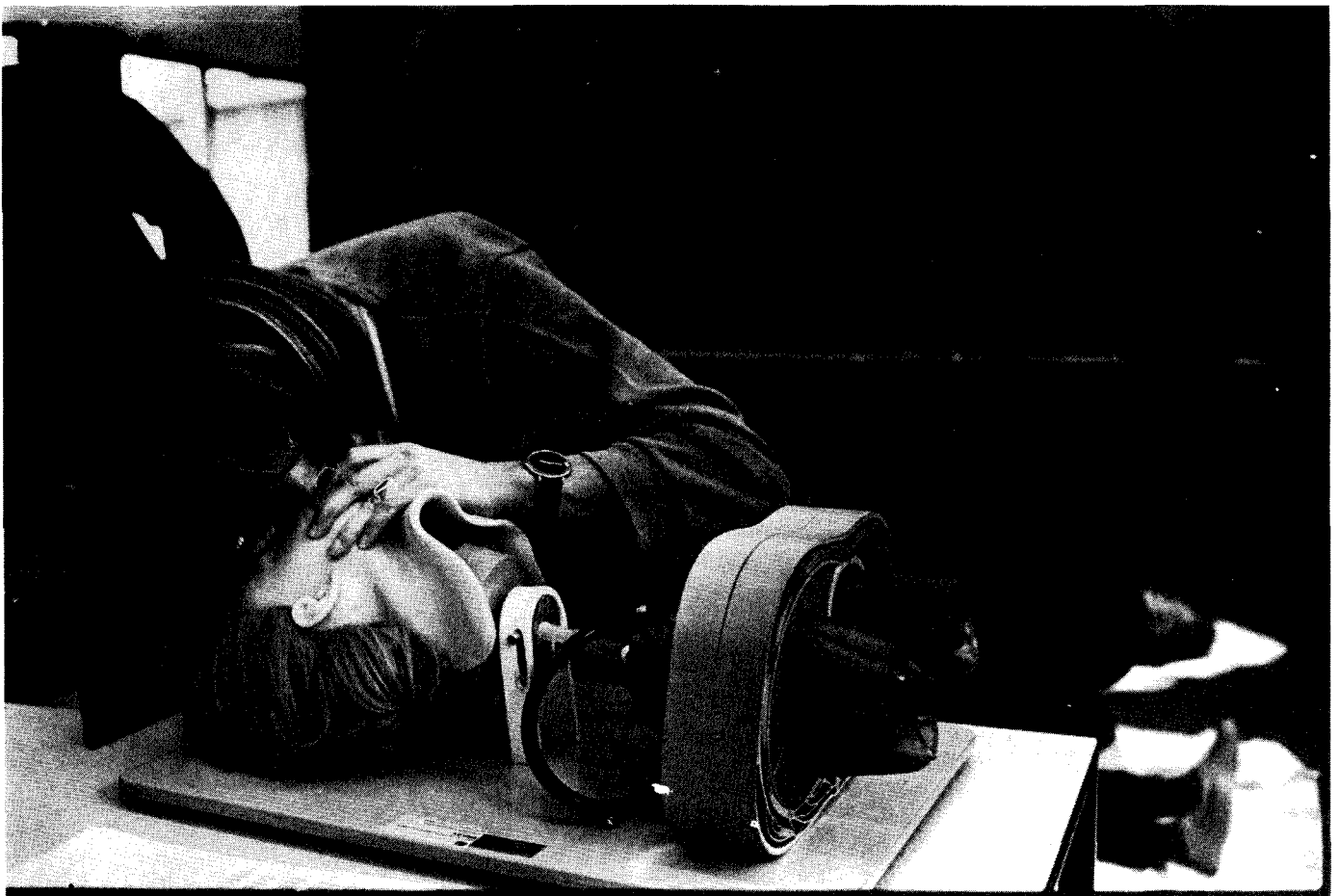


Foto: Ronald Sweering

nen, of als ergotherapeut in de eerste lijn voor met name oudere cliënten? Vergezochte voorbeelden misschien, maar illustratief voor de toenemende arbeidsdeling die deze 'oplossing' met zich mee kan brengen.

Verbreding of versmalling?

In de discussie over de mogelijke samenwerking tussen studierichtingen in het gezondheidszorgonderwijs (en daarbuiten) komt regelmatig het hierboven geschetste dilemma naar voren. Moet het onderwijs breed opgeleide beroepsbeoefenaren afleve-

daarvan onder andere het gevolg kunnen zijn. Kiest men voor de tweede mogelijkheid, dan zal de samenwerking moeten inhouden dat de opleidingen hun eigen leerstofpakketten toegankelijk maken voor andere studierichtingen, met behulp van een modulair systeem. Fysiotherapie- en logopediestudenten kunnen dan bijvoorbeeld over en weer profiteren van specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van de behandeling van ademhalingsproblemen (CARA).

Beide alternatieven stuiten echter op weerstand vanuit het *werkveld* en vanuit het *onderwijs*. Veel beroeps-

gezondheidszorgopleidingen. Met de taakverdelings- en concentratie-operatie voor de deur zal elke opleiding zich willen profileren, met alle negatieve gevolgen vandie voor de samenwerking.

Op weg naar 2000

Samenwerking of concurrentie, verbreding of versmalling, integratie of professionalisering? Er zijn kennelijk nog heel wat hobbels en valkuilen te vinden op de weg naar meer samenhang in zowel onderwijs als gezondheidszorg. Het gezondheidszorgonderwijs levert mijns inziens een opti-

male bijdrage aan een integrale, samenhangende en efficiënte benadering van patiënten en cliënten in de toekomst, als het kans ziet om zich te ontwikkelen langs de volgende vier sporen. Het gaat hier nadrukkelijk om het *gehele* gezondheidszorgonderwijs; wanneer deze voorstellen slechts alleen in het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs uitgevoerd worden, zal de invloed ervan beperkt zijn.

Een brede, gemeenschappelijke basis

Iedere student in de gezondheidszorg moet worden voorbereid op het toekomstige werk door middel van een ruime hoeveelheid algemene leerstof. Op verschillende niveaus ~ afhankelijk van het type opleiding - kan ingegaan worden op de organisatie van de gezondheidszorg, de omgang met patiënten, probleemoplossende methoden, de grenzen van de zorg etc. Deze brede, gemeenschappelijke basis heeft tot doel de studenten op te leiden tot sociaal vaardige, kritisch ingestelde gezondheidswerkers die over de grenzen van het uiteindelijk gekozen beroep heen kunnen kijken - en dus beter voorbereid zijn op samenwerking met andere disciplines.

Voldoende vakspecifieke scholing

De initiële beroepsopleiding moet niet volgepropt worden met de laatste specialistische snufjes op het vakgebied, maar moet de student voldoende vakspecifieke scholing bieden om hem of haar na diplomering als *beginnend* beroepsbeoefenaar aan de slag te kunnen laten gaan. De pas afgestudeerde gezondheidswerker kan eventueel eerst enkele jaren als assistent of junior-medewerker worden aangesteld.

Keuzemogelijkheden

Tijdens de initiële opleiding krijgt de student wel de gelegenheid om zich enigszins voor te bereiden op één of twee specifieke werkterreinen in of rond de gezondheidszorg. Keuzeprogramma's kunnen bijvoorbeeld zijn: de eerstelijnszorg, de intramurale zorg, hulpverlening aan allochtonen, management. Daarnaast liggen er ook mogelijkheden op journalistiek gebied, in functies op beleidsmatig terrein of in de automatisering.

Permanente na- en bijscholing.

Om de snelle ontwikkelingen in het eigen vakgebied te kunnen bijbenen zal iedere beroepsbeoefenaar voortdurend na- en bijscholingscursussen moeten blijven volgen. Het aanleren van de meer specialistische kneepjes van het vak kan dan ook afgestemd worden op de gekozen werkplek en op de eigen loopbaanontwikkeling.

Vooraf om de brede, gemeenschappelijke basis en de keuzemogelijkheden te realiseren is een gezamenlijke aanpak vanuit het gezondheidszorgonderwijs noodzakelijk. In het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs wordt daar nu een begin mee gemaakt, binnen de afdelingen gezondheidszorgonderwijs van de nieuwe hogeschoolen. Op sommige plaatsen in het land kunnen studenten in de propedeutische fase een gemeenschappelijk programma volgen met andere studierichtingen, terwijl er hier en daar ook gewerkt wordt aan multidisciplinaire afstudeerprojecten en keuzeprogramma's. Het is te hopen dat deze initiatieven zich zullen uitbreiden, niet alleen binnen het Hoger GezondheidsZorg Onderwijs, maar in het gehele gezondheidszorgonderwijs. ••

Literatuur:

Cecile Cappetti, Denken over modularisering. Naar een model voor beleidsvorming inzake modularisering in het hoger onderwijs. Rijksuniversiteit Utrecht, Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs. Intern 32, november 1985.

Driehoeksverhouding in het ziekenhuis

Verpleegkundigen moeten niet alleen de patiënten tevreden zien te houden, maar ook de dokters. Er wordt dus van twee kanten aan hen getrokken. Een lastige positie, die zowel macht als onmacht oplevert, stelt Ate Nievaard in zijn proefschrift. Verpleegkundigen moeten deze positie volgens hem onder ogen zien en er strategisch gebruik van maken.

Gerard Goudriaan en Janneke van Vliet lazen het proefschrift, spraken met de auteur en doen verslag van de driehoeksverhouding op grote schaal binnen het ziekenhuis.

Gerard Goudriaan, medisch socioloog
Janneke van Vliet, verpleegkundige

De verpleging in Nederland mag niet klagen over de belangstelling die de buitenwereld voor haar heeft. De media hebben de verpleging ontdekt en haar van haar muurbloemen-imago verlost. Ook de wetenschap erkent langzamerhand het verpleegkundig beroepsgebied als een serieus terrein voor onderzoek. Een recent voorbeeld is het vorig jaar verschenen proefschrift "Triaden in het ziekenhuis" van A.C. Nievaard.

De auteur is socioloog en docent bij de vakgroep sociale geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Hij constateert dat sinds het begin van de jaren '70 regelmatig pogingen zijn gedaan om te komen tot *organisatieverandering* op verpleegafdelingen, bijvoorbeeld door het bevorderen van werkoverleg en het invoeren van teamverpleging. Men verwachtte dat door betere communicatie en werkverhoudingen binnen de verpleging ook de communicatie met de patiënten zou verbeteren, waardoor het *therapeutisch proces* beter zou verlopen. Dit denken was gebaseerd op een onderzoek van de socioloog Cassée. Deze kwam tot de conclusie dat therapeutisch gedrag (het geven van informatie en het op een persoonlijke manier tegemoet treden van de patiënt) vooral optrad op afdelingen waar de communicatie *binnen* de verpleging goed verliep. Het uitgangspunt dat het communicatieklimaat het therapeutisch gedrag en daardoor de kwaliteit van de patiëntenzorg positief beïnvloedt, heeft veel pogingen tot organisatieverandering opgeleverd.

Evaluatiestudies van deze experimenten laten echter niet veel ruimte voor een al te groot optimisme. De veranderingen bleken slechts bij te dragen tot een grotere arbeidstevredenheid bij de verpleging. Effecten op de relatie en communicatie met patiënten werden niet geconstateerd. Nievaard stelt dat verklaringen voor het uitblijven van positieve onderzoeksresultaten tot nu toe nagenoeg uitsluitend bij (de organisatie van) de verplegingsdienst zelf zijn gezocht. In zijn proefschrift stelt Nievaard echter dat aan de ene kant artsen een onmiskenbare invloed uitoefenen op het verpleegteam, en aan de andere kant ook de patiënten, die verwachtingen hebben over de verzorging. Zo, aldus Nievaard, bevindt het verpleegteam zich op het snijpunt van twee werelden, de wereld van medische professionals en de wereld van leken. *"Deze tussenpositie, stelt Nievaard in zijn proefschrift, is echter niet alleen een bron van macht, maar ook van problemen. Verplegenden zijn machtig omdat ze enerzijds voor patiënten de toegangspoort voor artsen vormen en anderzijds voor de laatsten als onmiskenbare handlanger in therapeutische programma's fungeren. De problemen die er zijn vloeien voort uit onmacht, zoals het gebrek aan autonomie in de relatie met de artsen en de voortdurende dreiging van overbelasting en overinvolving in de relatie met patiënten 1.*

**Strategieën
voor
verpleegkundigen**

"Als verpleegkundigen hun referentiekader teveel afstemmen op dat van artsen, doen zij niet alleen hun eigen beroepsidentiteit tekort, maar ook de patiënt".

Driehoeksrelatie

De relatie die verpleegkundigen met artsen en patiënten onderhouden kan opgevat worden als een *triade*, een driehoeksrelatie. Kenmerkend voor een triadische relatie is een interactiestructuur waarbij:

- drie partijen of individuen op elkaar aangewezen zijn
- twee partijen een coalitieverhouding kunnen aangaan met als gevolg dat een derde partij zich in een buitenstaanderspositie gaat bevinden.

Verpleegkundigen zijn behalve op elkaar ook op de artsen en op de patiënten aangewezen. Vanuit hun middenpositie kunnen zij zich aan de kant van de ene of de andere partij scharen. Nievaard stelt dat een dergelijke triadische structuur kenmerkend is voor het ziekenhuis. Hij spreekt van de *AVP-triade*: een hiërarchische figuur, waarin A (de arts) meer macht heeft dan V (de verpleging) en V meer macht heeft dan P (de patiënt).

Het overwicht van artsen op verpleegkundigen wordt bepaald door een verstrengeling van macht op basis van deskundigheid, formele positie en de aantrekkingskracht naar de patiënt. Het overwicht van de verpleegkundigen op de patiënten berust voor een deel op de macht en status van artsen en ten dele op de afhankelijkheid van patiënten op het terrein van lichamelijke en emotionele verzorging. Op basis van deze uitgangspunten introduceert Nievaard het volgende triadisch mechanisme: de wijze waarop *verpleegkundigen* de zorgbehoeften van *patiënten* waarnemen en de relatie tot die patiënten definiëren, zal afhangen van het functioneren van het verpleegteam, waarbij *artsen* een belangrijke rol zullen spelen.

Voor wat meer toelichting op de triadentheorie en de consequenties daarvan voor verpleegkundigen zochten wij de auteur op in zijn werkkamer op het snijpunt van de academische en de klinische wereld: het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Eén vraag - een vraag naar de belangrijkste punten van het proefschrift - was voldoende om Nievaard op zijn praatstoel te krijgen. "Vanuit de theorie van de triadische tussenpositie hebben verpleegkundigen te maken met uiteenlopende verwachtingen van verschillende groepen: de verwachtingen van de eigen beroepsgroep, van de artsen en van de patiënten. Dit betekent dat verpleegkundigen moeten manoeuvreren in een tussenpositie. Verpleegkundigen moeten steeds *kies*: stemmen zij hun taakopvatting af op wat de eigen beroepsgroep wil en wat zij in de opleidingen leren (bijv. het samen met de patiënt vaststellen van verpleegproblemen die het gevolg zijn van de ziekte, de behandeling of opname en het maken van een verpleegplan) of op wat de dokters willen (bijvoorbeeld het uitvoeren of assisteren bij de medische behandeling, zoals het toedienen van medicijnen via een infuus) of oriënteren zij zich op de wensen van de patiënt (op tijd gewassen, een schoon bed en een vriendelijk woord)?

Als verpleegkundigen niet in de gaten hebben dat zij hun referentiekader teveel afstemmen op dat van artsen, doen zij niet alleen hun eigen beroepsidentiteit tekort, maar ook uiteindelijk, de patiënt". Nievaard verklaart dit in zijn proefschrift door te stellen dat als verpleegkundigen geneigd zijn hun relatie met de patiënt te definiëren vanuit het standpunt van de dokter, zij ook de voordelen opgeven die verbonden zijn met de *bemiddelaarsrol* in de AVP-triade. In dat geval zal het verpleegkundigen moeilijk vallen op te komen voor de belangen van de patiënt.

Een voorbeeld: een oudere patiënte is opgenomen om haar in te stellen op nieuwe medicatie in verband met haar reuma. De arts wil haar een periode in het ziekenhuis houden om de reactie van de patiënte op de nieuw ingestelde therapie dagelijks te kunnen volgen. Mevrouw maakt zich echter zorgen over haar alleen achtergebleven echtgenoot, die dementerend is. Zij wil naar huis, maar durft niet tegen de arts in te gaan. Hier zou de verpleegkundige als bemiddelaar kunnen optreden.

Als daarentegen verpleegkundigen het referentiekader van de arts te *weinig* overnemen, (dat wil zeggen dat zij de situatiedefinitie van de arts, waarin de verpleegkundigen ondergeschikt zijn aan de artsen, verwerpen), dan geeft dit aanleiding tot irritaties en conflicten in de samenwerkingsrelatie. En deze zullen weer worden afgewenteld op de derde partij, de patiënt.

Nievaard: "Een essentiële conclusie, die uit het proefschrift getrokken kan worden, is dus dat verpleegkundigen moeten leren onderhandelen, vanuit het besef dat in samenwerkingsrelaties partijen elkaar nodig hebben voor het bereiken van hun gezamenlijke doelen. Juist verpleegkundigen aan het bed moeten gebruik maken van hun positie, die tussen arts en patiënt in ligt, om macht en autonomie te vergroten. Zij moeten dit niet overlaten aan het management. Dat werkt niet".

Synthese

Wat leveren Nievaards bevindingen en uitspraken op voor de beoordeling van de tot nu toe gehanteerde strategieën, die door verpleegkundigen ingezet worden, om de rol van de verpleging met betrekking tot de kwaliteit van de zorg te versterken?



Foto: Paul Babeliowsky, (Hollandse Hoogte)

Naar onze waarneming is de dominante aanpak binnen de verpleging een naar binnen gerichte "zelf-verheffings"-strategie, door Boekholdt, organisatie-deskundige bij het NZI, omschreven als de zelfbeeldbenadering²). Kenmerkend is dat de verpleegkundige zeer druk bezig is met beeldvorming over zichzelf, met het zoeken en benadrukken van de eigen identiteit. Op het terrein van organisatieverandering leidt dit tot het uitgangspunt dat het voor de verpleging mogelijk is een belangrijk aandeel te hebben in veranderingsprocessen, die nodig zijn voor een goede patiëntenzorg. "Als ons eigen werk goed georganiseerd is, zal de patiënt hier automatisch beter van worden", is de rede-nering.

In de zelfbeeldbenadering wordt de verpleging centraal gesteld en de maatschappelijke omgeving, met name artsen en patiënten, wordt als een onafhankelijke variabele gezien die niet wezenlijk van belang is. Een andere aanpak, waarin de rol van de maatschappelijke omgeving wel wordt benadrukt, omschrijft Boekholdt als de systeembenadering: "Het kijken naar de verpleging vanuit de dynamiek van het gezondheidszorgsysteem en naar de effecten die dat op de verpleging heeft". In de systeembenadering zal het vooral gaan om analyses van het krachtenveld en het te kiezen strategisch beleid. In deze benadering zal de nadruk meer liggen op de structureel zwakke positie van de verpleegkundigen, die niet opgewassen zijn tegen de "medische macht". Het hierbij horende strategische beleid dient gericht te zijn op het door de verpleging verwerven van machtsposities in de gezondheidszorg, bijv. in ondernemingsraden en op management-niveau.

Een *synthese* van de bovenstaande strategieën ligt in de bevindingen van Nievaard verscholen. In tegenstelling tot de

"Juist verpleegkundigen aan het bed moeten gebruik maken van hun positie om macht en autonomie te vergroten. Zij moeten dit niet overlaten aan het management. Dat werkt niet".

navelstaanderij van de eerste strategie dient rekening gehouden te worden met het perspectief van zowel de patiënt als van de arts. Wat Nievaard van de tweede strategie verwerpt is het idee dat veranderingen geïnitieerd kunnen worden door verpleegkundigen in managementposities. De nieuwe strategie zou zich moeten richten op de verbetering van de positie van de verpleging ten behoeve van de kwaliteit van de patiëntenzorg, maar dan op het niveau waar de interactie tussen de verpleegkundige, de patiënt en de arts zich afspeelt: *aan het bed van de patiënt*.

Op die plaats kunnen verpleegkundigen gebruik maken van hun triadische middenpositie die hen mogelijkheden biedt tot machtsvergroting in het belang van de patiënt. Evenals een leidinggevend specialist dient een leidinggevende verpleegkundige daarom ook zelf patiënten te blijven verzorgen.

Verpleegkundigen op het uitvoerend niveau zullen dan wel inzicht dienen te hebben in machtsverhoudingen binnen complexe gezondheidszorgorganisaties. Ze moeten bovendien beschikken over communicatieve vaardigheden, vooral op het terrein van onderhandelen en besluitvorming. Dit is nodig omdat uitgegaan moet worden van het besef dat in samenwerkingsrelaties partijen elkaar nodig hebben en dat over de aard van de samenwerkingsafspraken onderhandeld kan worden. Samenwerkingsafspraken zijn bijvoorbeeld: het tijdstip van visitelopen, het geïnformeerd raken over patiënten, de bereikbaarheid van artsen, het betrokken worden bij beslissingen die gevolgen hebben voor de verpleging van patiënten en de wijze van informatieverstrekking.

Alleen door *onderhandelen en het maken van samenwerkingsafspraken*, en dat is de wijze les van Nievaard, kunnen verpleegkundigen gebruik maken van de sterke kanten die de triadische middenpositie met zich brengt. Dan zullen verpleegkundigen de gelegenheid krijgen om het belang van het verpleegkundig handelen ten behoeve van de patiëntenzorg aan de buitenwereld duidelijk te maken ..



Noten

1. A.C. Nievaard, Triaden in het ziekenhuis; een sociologisch onderzoek naar artsen, verplegenden en patiënten. VUGA, Den Haag 1986;pg.19
2. M.G. Boekholdt, De verpleegkundige: coördinator van zorg? In: Verslag "de verpleegkundige: coördinator van zorg" Profiel. Groningen 1986

til t5 ~ U Patiënt, zorgen management

"Ik werk op de Intensive Care. Uit ervaring weet ik dat sommige, sociaal van belang geachte personen, een wachtlijst voor de open-hartoperaties opmerkelijk sneller doorlopen dan Jan Modaal met dezelfde hartklachten." De verpleegkundige had het onderwerp "selectie van patiënten" niet treffender kunnen verwoorden. In ziekenhuizen is het aantal open-hartoperaties gelimiteerd, soms moeten er dus keuzes gemaakt worden: wie kan er wel en wie kan er niet behandeld worden. Tenminste, dat is de indruk uit de verhalen van met name verpleegkundigen, verhalen niet alleen over open-hartoperaties, maar ook over bestraling van kankerpatiënten, waarvoor gebrek aan apparatuur is. Het in het openbaar spreken over blijkaar toch gangbare, implicite selectie-praktijken ligt voorlopig nog in de taboe-sfeer. Het door de stichting Sympoz georganiseerde symposium "Patiënt, zorg en management" (maart '87) bracht hierin weinig verandering. Tijdens dit symposium legde de Intensive Care verpleegkundige zijn ervaring voor aan het forum. Dit forum, bevolkt door toch zeer gerenommeerde kenners van de gezondheidszorg - Mw. prof van den Bergh-Breem (hoogleraar verplegingswetenschap), Prof Greep (hoogleraar heelkunde), Prof Schweizer (direct gezondheidszorg Academisch Ziekenhuis Leiden), J van der Wilk (coördinator LPCP) en Prof Zwart (hoogleraar sociale pedagogiek) - wees het bestaan van dergelijke selectiepraktijken geroutineerd van de hand. "Dit bestaat niet, zoiets is in Maastricht geheel onmogelijk"; aldus een zelfgenoegzame prof. Greep, "Selectie van patiënten kan en mag alleen maar op medische criteria plaats vinden." Een nobel streven, maar met bezuinigingen van 600 miljoen gulden in het vooruitzicht, kun je toch moeilijk volhouden dat selectie van patiënten slechts op medische gronden plaatsvindt. Kortom, in dit forum werd de struisvogelpolitiek niet geschuwd ...

"Creatief omgaan"

Gelukkig bleek de rest van het omvangrijke programma wel een aantal waardevolle discussiebijdragen te bevatten. Over machtsprocessen binnen het management van een instelling, bijvoorbeeld, had prof. Zwart een verhelderend verhaal. Hij stelde dat organisaties in de gezondheidszorg tenminste drie "culturen" bevatten, die van de dokters, de verpleegkundigen en de dienstverleners. Elk van die culturen heeft haar eigen management-stijl. Als er strijd ontstaat tussen deze groeperingen (bijvoorbeeld bij bezuinigingen) zijn er niet alleen inhoudelijke conflicten over prioriteitstellingen, ook de verschillende management-stijlen spelen een rol en verhinderen dat een probleem efficiënt geanalyseerd en opgelost kan worden. Vaak is er binnen de "top" een hoop gedonder, met alle gevolgen van dien; de schijnbaar onoplosbare conflicten leiden tot een gebrek aan éénduidig en consistent gevoerd beleid. De gevolgen ervan zijn voelbaar op de werkvloer, het werkt demotiverend op arbeidsinzet van personeel. Prof. Zwart benadrukte in zijn betoog het belang van een "gezonde" instellingscultuur. Mana-

gers moeten het verschil in stijl erkennen en tegelijkertijd "creatief omgaan met deze conflicterende culturen.. Dat komt de kwaliteit van zorg ten goede."

Een mooi verhaal, maar wat kunnen we hiermee in de praktijk? Binnen het huidige management is de medisch-specialistische inbreng veelal dominant. Verpleegkundige zorgverlening delft vaak het onderspit, zeker wanneer er bezuinigd gaat worden. Het "creatief omgaan" met dit verschil in macht zal in elk geval moeten leiden tot een versterking van de verpleegkundige inbreng. Een niet geringe, zo niet onmogelijke opgave. Positieve verbetering "bemachtigen" in een tijd van schaarse middelen vergt niet alleen een flinke portie doorzettingsvermogen maar ook een goed strategisch en inhoudelijk inzicht in de verdeling van die macht. Ik zie het voorlopig nog niet gebeuren dat de "zorgverlening" een deel van de machtspositie van de medisch-specialistische managers afknabbelt. Die strijd had al veel eerder begonnen en gestreden moeten worden.

No-nonsense

Prof.dr. MH Dupuis sprak over "De zorgcultuur en haar (morele) dilemma's." Zij stelde dat mensen te veel verwachten van de geneeskunde. Zij verwees naar de studie van Thomas McKeown waarin gesteld wordt dat "verbeterde voeding, wonen, goed drinkwater en adequate riolering in eerste instantie veel belangrijker en maatgevender zijn geweest voor het dalen van het sterftecijfer." Tegenwoordig is vooral van belang hoe mensen zich gedragen: individueel gedrag heeft alles te maken met toekomstig gebruik van de gezondheidszorg. Van sommige gedragingen kan immers voorspeld worden dat ze leiden tot ziekte en dus tot een toenemende consumptie in de gezondheidszorg. Vandaar dat deze hoogleraar er voor pleitte om, onder een aantal voorwaarden, bepaalde voorzieningen niet meer beschikbaar te stellen. Ze dacht daarbij bijvoorbeeld aan de hulpverlening bij sportletsels, omdat het mechanisme doorbroken moet worden "dat iedereen - ongeacht zijn leefwijze - overall recht op heeft. Men gaat te veel uit van een grenzeloos vertrouwen in de anderen (de geneeskunde en de gezondheidszorg), zonder te realiseren hoe veel men zelf kan doen." "Wie gezond leeft, goede voeding krijgt en niet door geweld uit de omgeving het loodje legt, heeft een grote kans op een lang leven. Maar wie is er tegenwoordig zo verstandig?"

In elk geval niet de werkloze man die op zaterdagmiddag nog echt plezier heeft in z'n partijtje volleybal en die daarbij, ongelukkig genoeg, zijn enkel verstuikt.... Dom hoor, hij weet toch dat volleybal kan leiden tot gebruik van de gezondheidszorg!

Prof. Dupuis verkondigt hier een medicaliseringstheorie overgoten met een no-nonsense-sausje. Probleem van haar benadering is dat ze de consumptie van zorg op het individuele niveau bekritiseert: ze kiest het individu als schuldige van de ziekte. In haar visie moeten patiënten persoonlijk aangesproken worden op hun ziekmakend gedrag.

Van deze visie word ik ziek, vooral als ik merk dat prof. Dupuis nota bene Thomas McKeown aanhaalt: om te bewijzen dat gezondheidszorg niet zo belangrijk is. Ze "vergeet" (7) de kern van McKeown's stelling consequent toe te passen op haar verhaal over ziekmakend gedrag. Immers: McKeown wees vooral op het belang van goede sociale omstandigheden en leefklimaten voor de gezondheid van de mensen. De vraag "Wie is er tegenwoordig zo verstandig" kan beantwoord worden met "De huidige Nederlandse regering in elk geval niet!" Die verzuimt al 6 jaar lang concrete maatregelen ter bestrijding van de werkloosheid te nemen. Hoeveel mensen worden van een dergelijk falend werkgelegenheidsbeleid niet depressief of hartpatiënt? Goede sluitende wetgeving voor het verkrijgen van een schoon milieu blijft ook al achterwege. Bij het bedrijf Diosynth in Oss loost men ook vandaag de dag nog ongecontroleerd en ongestraft giftige stoffen, ondanks de aanhoudende gezondheidsklachten van de buurtbewoners. Ook op het scheppen van voorwaarden voor werkbare arbeidsomstandigheden in bijvoorbeeld de gezondheidszorg wacht menig verpleegkundige met smart: het ziekteverzuim in deze sector als gevolg van een veel te hoge werkdruk is schrikbarend hoog.

Het is maar een willekeurige greep uit de nimmer genomen maatregelen. Het nemen van dergelijke maatregelen kan veel ziekte voorkomen, kan dus ook veel consumptie van de zorg voorkomen. De gezondheidszorg kan er, denk ik, aanmerkelijk goedkoper mee worden. Optimalisering van de leef-, werk- en sociale omstandigheden vergt een niet geringe investering in andere sectoren: werkgelegenheidsprogramma's, controleerbare milieuwetgeving en noem maar op. Ik vind dat een betere oplossing dan het invoeren van de "terreur" van de ziekmakende individuele gedragscomponenten. "

Gemiste kans

Na de lunch konden de bezoekers van dit symposium aan work-shops met zeer uiteenlopende thema's deelnemen. Ik bezocht de work-shop over "Selectie van patiënten en haar dilemma's"; waar opzienbarende discussies mogelijk leken. Prof Minderhoud stelde dat patiëntselectie op dit moment plaatsvindt op grond van medische criteria, maar dat in de toekomst de selectie andere vormen gaat aannemen. Welke vormen dat dan zijn, daarop ging de Groningse hoogleraar in de neurologie niet verder in.

Mevr. de Beaufort (ethica, zelf niet aanwezig ivm ziekte, haar lezing werd door een collega-inleider voorgedragen) pleitte ervoor bij de selectie "*procedures te gebruiken waarbij het toeval beslist*"; ofwel loting. Mr. Vroom-Kastelein (juriste, werkzaam bij de KNMG) was van mening dat prioriteitenstelling in de zorg vooral op "macro-niveau" moet plaats vinden. De overheid moet bepalen welke zorg er wel en welke zorg er niet verstrekt moet worden.

Kortom, er leek voldoende diversiteit van standpunten te zijn om deze work-shop af te sluiten met een knetterende discussie. Maar nee, het was een dooie boel. Het te verwachten boeiende luisterspel bleef achterwege. De symposiumgangers moesten het doen met de "open-deur"-uitspraken van - alweer - Prof Greep. Deze discussieleider constateerde dat er van selectie van patiënten in het geheel geen sprake behoefde te zijn. Het moet maar eens afgelopen zijn met de verspilling (waste) van geld door onnodige onderzoeken en verrichtingen. Hij zei het wel zo vaak dat ik stellig de indruk kreeg dat er binnende medische professie heel wat afgeprutst wordt.

Een gemiste kans, want met het vaststellen van prioriteiten in de directe zorgverlening zullen management, hulpverleners en patiënten nog heel wat te stellen krijgen. Een uitgebreide discussie daarover was op dit congres zeer op zijn plaats geweest. Voordat die discussie daadwerkelijk gevoerd gaat worden moeten we misschien eerst geconfronteerd worden met de uitwassen rondom de selectieprocedures. Bepaald geen prettig vooruitzicht.

Yvonne van Geenhuizen

Het zal de overgang wel zijn

BOEKEN

Anna Oldenhavé, Miem Baart-Gregory, Het zal de overgang wel zijn..., 's-Gravenhage, VUGA Uitgeverij, 1986. Prijs: f 37,50.

Het beeld van de overgang als een periode in een vrouwenleven vol kommer en kwel, al dan niet veroorzaakt door hormonale veranderingen, staat de laatste jaren sterk ter discussie. Dat is vooral te danken aan feministische wetenschappers, die onderzoek, dat debet is aan deze beeldvorming, kritisch onder de loep namen.

De psychologe Anna Oldenhavé en de sociologe Miem Baart-Gregory zijn twee van die wetenschappers. In '**Bet zal de overgang wel zijn...**' beschrijven zij het resultaat van hun speurtocht naar het 'hoe en wat' van de overgang. Welke klachten kunnen er aan worden toegeschreven en hoe zouden die verklaard kunnen worden? Om deze vragen te beantwoorden, bestudeerden de schrijfsters het *meest gedegen wetenschappelijk onderzoek* naar de overgang. De resultaten hiervan vergeleken zij met de bevindingen uit 46 *interviews* met vrouwen van middelbare leeftijd over de overgang. Dat is heel bijzonder, omdat in de meeste onderzoeken vrouwen nauwelijks aan het woord komen. Het onderzoek levert dan ook spannende bevindingen op en een nieuwe kijk op het verschijnsel 'overgang'. Iedereen die iets over de overgang wil weten zou daarom het boek moeten lezen. Toch zie ik een aantal beperkingen, die juist voortkomen uit de bijzondere methode die de schrijfsters gekozen hebben. Maar eerst zal ik de bevindingen bespreken, de beperkingen komen daarna ...

Begripsverwarring

In hun eerste hoofdstuk gaan de schrijfsters in op de begripsverwarring die er omtrent de overgang bestaat. In het gewone spraakgebruik duidt de overgang op de periode waarin een vrouw ophoudt te menstrueren, zo ergens tussen de 40 en 60. Nogal een vage aanduiding eigenlijk. Het wetenschappelijk onderzoek blijkt daar met haar verschillende definities weinig aan toe te voegen. Maar ook al gebruiken onderzoekers met dezelfde definities, ze zijn het er wel over eens dat er aan de overgang veel psychosomatische klachten toegeschreven moeten worden, zoals hoofdpijn, moeheid, duizeligheid, geïrriteerdheid, vergetachtigheid, huilbuien, angstgevoelens en traagheid.

De schrijfsters wijzen psychologische en **SOCIAAL**omschrijvingen van de overgang af. De overgang is, zo stellen zij, een **lichamelijk proces**, gekenmerkt door een verandering in hormoonspiegels. Het is zaak om uit te zoeken wat voor klachten deze hormonale veranderingen teweeg (kunnen) brengen. De schrijfsters willen sociale problemen, die vaak gezien worden als oorzaak van overgangskiachten, buiten beschouwing laten. Het zal volgens hen zeer zelden zo zijn dat juist in die periode ook nog de kinderen het huis uit gaan en de onderdrukking van vrouwen toeneemt.

Om de overgang als lichamenlijk proces goed te kunnen onderzoeken stellen Oldenhavé en Baart-Gregory voor om scherpe definities te hanteren, gebaseerd op het lichamenlijke proces. Ze maken onderscheid tussen de **menopauze**, **preme-**

nopauze en postmenopauze. De menopauze is die ene menstruele bloeding die de laatste blijkt te zijn geweest. Tijdens de premenopauze zetten de lichamelijke veranderingen in die tot het verdwijnen van de menstruatiecycclus leiden. De postmenopauze is de periode die aanvangt één jaar na de menopauze, wanneer men met redelijke zekerheid kan stellen dat er geen bloedingen meer zullen komen. (Dit jaar lijkt dus eerst bij de premenopauze te horen. Later heeft het eigenlijk geen naam meer.) De postmenopauze kan men als beëindigd beschouwen wanneer de hormoonspiegels weer een stabiel patroon vertonen.

Menstmatieklachten en opvliegers

Nadat de puntjes op de i's van de definities zijn gezet gaan de schrijfsters op zoek naar het klachtenpatroon dat aan de overgang toegeschreven kan worden. Ze doen dat door de gegevens uit hun interviews af te zetten tegen gegevens uit het wetenschappelijk onderzoek. De menstmatieklachten in de premenopauze en de opvliegers in pre- en postmenopauze staan daarbij centraal, omdat uit de interviews blijkt dat vrouwen daar veel last van ondervinden.

Sommige geïnterviewde vrouwen vertelden dat ze in de premenopauze last hadden van lange en/of kort op elkaar volgende, heftige menstruele bloedingen (vloeien). Hun verhalen daarover waren voor de schrijfsters aanleiding het wetenschappelijk onderzoek over de overgang na te pluizen op **menstmatieklachten**. Ook gingen zij eens kijken wat er over **bloedverlies** bij de menstruatie bekend is. Dit levert een aantal boeiende hoofdstukken op waarin de schrijfsters een keur aan onderzoeken en gegevens op een rij zetten. Er blijkt weinig onderzoek gedaan te worden naar bloedverlies bij de menstruatie, terwijl het helemaal niet zo moeilijk is om de mate van bloedverlies objectief te bepalen. Terecht stellen de schrijfsters dat vrouwen die in de premenopauze last hebben van vloeien, maar bijvoorbeeld ook vrouwen bij wie een baarmoeder-verwijdering geadviseerd is vanwege de subjektieve klacht 'bloedverlies', baat zouden kunnen hebben bij gedegen onderzoek naar de mate van vloeien.

Zoiets aards als bloedverlies en menstruatieproblemen blijft nauwelijks in de picture te komen als onderzoekers aan de slag gaan met klachten van vrouwen. Ook het 'meest gedegen onderzoek' naar de overgang rept slechts zijdelings over menstmatieklachten. Geen enkele onderzoeker heeft er aan gedacht dat de menstruatieproblemen misschien wel de bron vormen van de klachten die in de premenopauze gepresenteerd worden. En dat terwijl uit bijna alle onderzoeken naar voren komt dat vrouwen juist in de premenopauze méér klachten rapporteren. De schrijfsters concluderen daarom dat ook het 'meest gedegen' onderzoek, *niet 'echt gedegen'* is. Klachten als moeheid, hoofdpijn en duizeligheid zouden volgens de schrijfsters wellicht teruggevoerd kunnen worden op menstruatieproblemen. En daarmee zou er een heel *eenvoudige verklaring* gevonden zijn voor al die psychosomatische klachten die aan de overgang toegeschreven worden. Ook het beeld van de overgang als een periode waarin vrouwen afhankelijk en labiel worden, zou zo ondergraven kunnen worden.

De gegevens uit het wetenschappelijk onderzoek over **opvliegers** lijken méér overeen te komen met de bevindingen uit de interviews. Alleen bedenken de geïnterviewde vrouwen er soms hele andere oplossingen voor dan medici. *Ze wapperen met hun kraagje of ze epileren hun wenkbrauwen niet meer omdat het zweet anders in hun ogen loopt.* Maar weinig vrouwen gebruiken hormonen. Zo'n wondermiddel blijkt dat trouwens niet te zijn; zeer genuanceerd zetten de schrijfsters hun bevindingen over hormoonmedicatie op een rij. Het is geen afschrikwekkend verhaal, maar toch ga ik denk ik tegen die tijd liever 'met iets wapperen', dan dat ik ga 'slikken'. Het is vooral de kracht en de vrolijkheid in de verhalen van de vrouwen die me op dat spoor zet. Al verdwijnt zeker niet onder tafel dat opvliegers soms een heel lastig, vermoeiend lichamenlijk probleem kunnen vormen dat niet ontkend of gebagatelliseerd moet worden.

Ik word altijd erg vrolijk wanneer **simpele gedachtengangen** aangevoerd kunnen worden om verondersteld vrouwelijke dysfuncties te verklaren. Soms leidt dat zelfs tot lachbuien. Een voorbeeld daarvan wil ik de lezer(es) niet onthouden. In één van de besproken onderzoeken wordt de overgang omschreven als een periode van desoriëntatie, fysieke problemen en psychologische onevenwichtigheid. Om dit vast te stellen hebben de onderzoekers onder andere een score voor *intellectuele integratie* gebruikt, gerelateerd aan het aantal malen per maand dat een vrouw een culturele activiteit bezoekt. De conclusie van het onderzoek is dat vrouwen in de premenopauze duidelijk minder intellectueel geïntegreerd zijn. 'Ons inziens', zo verklaren de schrijfsters nuchter, 'wordt alleen gemeten hoe vaak een vrouw het huis verlaat voor 'intellectueel geachte activiteiten'. En misschien, zo betogen zij, hangt dat wel samen met onvoorspelbare en/of hevige menstruaties. Uit de interviews komt immers naar voren dat vrouwen soms niet graag uitgaan vanwege het vloeien. Ze zijn bijvoorbeeld bang om door te lekken in hun nette kleren of op de bank van iemand anders. Wel even wat anders dan geen *intellectuele integratie* ...

Stereotypen

Toch kan ik niet helemaal meegaan met de conclusie van de schrijfsters dat de *meest gedegen* onderzoeken naar de overgang niet *echt gedegen* zijn omdat daarin de menstruatieproblemen niet onderzocht worden. Ik vind het te gemakkelijk om onderzoekers dit verwijt achteraf te maken, met de informatie uit de interviews al op zak. De schrijfsters maken het wel aannemelijk dat het zeer belangrijk is om de hypothese over menstruatieproblemen als bron van klachten in de premenopauze, grootschalig te toetsen.

Daarnaast zou het ook interessant zijn om na te gaan waarom onderzoekers menstruatieproblemen over het hoofd zagen. Is dat misschien gebeurd vanuit een *vooroordeel* over de overgang en over vrouwen? Uit andere studies is bekend dat er nogal wat **methodologische bezwaren** kleven aan de meeste overgangsonderzoeken, evenals aan ander onderzoek naar klachten die gerelateerd zijn aan de menstruatiecycclus. Het grootste probleem wordt gevormd door de *symptoomrapportage*. Bijna alle onderzoeken stellen de klachten die bij de overgang horen vast, met behulp van gestructureerde vragenlijsten. Meestal is het de proefpersonen bekend dat het om een onderzoek naar de overgang gaat. Zowel de vragen naar klachten als de antwoorden op die vragen, blijken gekleurd te zijn door **culturele stereotypen** over de menstruatie en de overgang als periodes waarin vrouwen slecht functioneren. Kaufert et al, probeerden met behulp van een inventieve onderzoeksofzet stereotypen te vermijden, o.a. door proefpersonen in het onderzoek niet te vertellen dat het een onderzoek naar overgangsklachten betrof. Dan blijken alleen de opvliegers nog als overgangsklachten aangemerkt te kunnen worden. (Naar menstruatieklachten werd niet gevraagd). Stel dat Kaufert's onderzoeksmethode juist is, welke psychosomatische klachten in de premenopauze zou de hypothese over menstruatieproblemen dan nog moeten verklaren? Jammer dat de schrijfsters hier niet op ingaan.

Waarheden

De problemen rond symptoomrapportage roepen overigens nog fundamentele vragen op. Oldenhavé en Baart-Gregory volgen in hun onderzoek een oud feministisch gebruik om tegenover de *waarheden* van de wetenschap over vrouwen, de *waarheden* van vrouwen over zichzelf te zetten. Dat kan, zoals we zagen, een verfrissende kijk opleveren. Toch kan men deze waarheden niet zomaar tot elkaar herleiden: alsof medische theorieën overeen zouden komen met de uitspraken van vrouwen over zichzelf. Vrouwen spreken niet zomaar 'de waarheid' over zichzelf. Ook zij spreken binnen bepaalde culturele stereotypen. Ze schrijven gebeurtenissen en gevoelens toe aan 'de menstruatie' en aan de 'overgang' en ze gebruiken verklaringsschema's die beïnvloed zijn door medische verhalen. Oldenhavé en Baart-Gregory kunnen dan ook niet alle uitspra-

ken uit de interviews met vrouwen onder het veronderstelde bio-medische etiket schuiven. Dat ontlokt hen het commentaar dat ook vrouwen niet weten hoe het écht zit, dat er ook bij hen nogal wat verwarring over de overgang bestaat. Maar als er bij hen *verwarring* bestaat, kunnen ze dan nog wel iets *waars* zeggen? En hoe moet een onderzoeker *beoordelen* welke uitspraak *waaris* en welke niet? De schrijfsters hanteren daarvoor de (door hen veronderstelde) **waarheid van de bio-medische wetenschap** over de overgang. Daarmee komen ze in een problematische redenering terecht, want die waarheid zou volgens hen nou juist *afgeleid* moeten worden uit de uitspraken van vrouwen.

De *echte* waarheid over de overgang is voor de schrijfsters en (nog precies vast te stellen) universele biologische waarheid, die alle genoemde psychosomatische klachten zal verklaren. (En die -af en toe - overeenkomt met uitspraken van vrouwen). Zij zijn er duidelijk van op de hoogte dat psychologische verklaringen van dergelijke klachten, vrouwen meestal niet meer oplevert dan het etiket 'zeur'. De *sociale wetenschappen* verdwijnen bij hen dan ook in de hoek en de *biologie* wordt naar voren gehaald als de wetenschap die een 'harde' 'onbevooroordeelde' verklaring voor lichamelijke klachten kan leveren. Dat lijkt mij nou echt het kind met het badwater weggooiën: om de val van de psychologisering te vermijden hoeft men de biologie nog niet als enige referentie te gebruiken. De sociale wetenschappen hebben toch wel meer te bieden dan alleen *psychologisering*; bijvoorbeeld de genoemde bestudering van symptomrapportage.

Het is jammer dat Oldenhove en Baart-Gregory zo gemakkelijk zijn voorbijgegaan aan de problematiek van de verschillende 'waarheden' en aan de mogelijkheden die de sociale wetenschappen bieden voor onderzoek naar de overgang. Hun eigen onderzoek is er een voorbeeld van dat de sociale wetenschappen de medische wetenschap kunnen beïnvloeden. Vanuit de verhalen van vrouwen ontwikkelden zij een hypothese die de medische 'waarheden' over de overgang grondig zou kunnen wijzigen... En daar zouden vrouwen wel eens beter van kunnen worden.

Pat Kaufert, John Syrotuik
'Symptom reporting at the menopause' in: *Social Science and Medicine*, Vol. 15E, 1981, pp. 173-84.

Vrouwen en geneesmiddelen

"Adverse effects - Women and the Pharmaceutical Industry". Ed. by Kathleen McDonnell. Published by the International Organization of Consumers Unions (IOCU), Malaysia, 1986. Prijs: f 18,75. ISBN 967-9973-17-4.

De afgelopen jaren is steeds duidelijker geworden dat er veel gevaarlijke, onwerkzame, overbodige of te dure geneesmiddelen op de markt zijn. Dit kwam vooral aan het licht door het werk van actiegroepen en consumentenorganisaties. In dit boek, uitgegeven door the International Organization of Consumers Unions (IOCU), zijn leden van deze actiegroepen aan het woord. Ze belichten de plaats van vrouwen in deze problema-

tiek: Vrouwen als slachtoffer maar ook als drijvende kracht achter vele acties en initiatieven.

Vrouwen vervullen van oudsher een centrale rol als het gaat om de verzorging van anderen. Overal ter wereld voelen zij zich verantwoordelijk voor de gezondheid van hun omgeving: kinderen, man, ouders en relaties. Omdat vrouwen vaak beslissen wanneer geneesmiddelen gekocht worden zijn vooral zij als **bewaker van de gezondheid van anderen** het doelwit van de farmaceutische reclame. Daarnaast gebruiken vrouwen zelf geneesmiddelen die vaak verband houden met haar reproductieve functie. Het kan voorkomen dat een vrouw van haar !Oe jaar tot ver na de menopauze hormonen gebruikt: bij menstruatietij, als anticonceptivum, als zwangerschapstest, ter voorkoming van miskramen, om de borstvoeding te onderdrukken of juist op te wekken, bij postnatale depressies, bij premenstrueel syndroom, als substitutie tijdens en na de overgang, ter preventie van osteoporose, etc etc. In dit boek wordt aan de hand van heel veel verschillende voorbeelden (langwerkende anticonceptiva, diaethyl-stilbestrol, tranquillizers, familyplanning programs, etc.) op een zeer gedetailleerde manier beschreven hoe vrouwen het slachtoffer zijn van medische overconsumptie of proefkonijn voor middelen waarvan de veiligheid niet vaststaat.

Deze verhalen zijn niet nieuw, maar door ze in een boek te presenteren, zijn de auteurs er in geslaagd aan te geven dat het hier om een structureel probleem gaat. Op alle niveaus en overal ter wereld worden vrouwen gemanipuleerd en het slachtoffer van het winstbejag van de farmaceutische industrie. Vrouwen in de derde wereld worden vooral blootgesteld aan *onveilige* geneesmiddelen, terwijl in de westerse landen de *overconsumptie* van geneesmiddelen (bijv. tranquillizers, oestrogenen, ...) op de voorgrond staat. Alle voorbeelden zijn stuk voor stuk shockerend.

Maar gelukkig is dit maar één kant van het boek; de auteurs doen meer dan wantoestanden signaleren. De kracht van het boek is, vind ik, dat in alle verhalen steeds naar voren komt hoe actiegroepen, consumenten-organisaties en vooral vrouwen-groepen zich organiseren en proberen creatieve oplossingen te bedenken om deze wantoestanden een halt toe te roepen.

Filippijnen en Bangladesh

In het laatste deel van het boek "taking back control" wordt dit verder uitgewerkt. Een aantal voorbeelden noem ik hier.

Het *DES-verhaal* laat duidelijk zien hoe belangrijk het werk van actiegroepen is. Door de inspanningen van de vrouwen van de DES-actiegroep zijn personen blootgesteld aan DES opgespoord; zijn artsen en specialisten ingeschakeld bij de begeleiding van de DES-betrokkenen; is contact gezocht met gezondheidsministeries in landen waar DES nog verkrijgbaar is; en wordt informatie verspreid over de risico's van DES. Dit alles met het doel het middel overal en voor alle indicaties van de markt te krijgen. *DES heeft al genoeg slachtoffers geëist*, aldus de auteurs en argumenten om het middel op de markt te houden zijn er niet.

Andere voorbeelden tonen ons hoe vrouwen initiatieven nemen tot nieuwe structuren in de gezondheidszorg. Vrouwen die van oudsher de verantwoording voor de gezondheid van anderen dragen, moeten ook bij de uitvoering van de gezondheidszorg een centrale plaats innemen. Zo is het interessant dat in de **Filippijnen Primary Health Care** projecten zijn opgezet waarin vrouwen sleutelposities innemen. In deze projecten worden traditionele geneeswijzen, waarvan de kennis vooral bij vrouwen aanwezig is, opnieuw toegepast en wordt zo weinig mogelijk gewerkt met moderne medische technologieën. De *Womens Health Coalitions* in **Bangladesh** hebben klinieken opgezet waar vrouwen anders dan in de family-planning centra van de regering, goede medische begeleiding krijgen, goede informatie en voorlichting over de verschillende anticonceptiemethodes en andere gezondheidszaken. Deze initiatieven zijn vergelijkbaar met de vrouwengezondheidscentra in Noord-Amerika en Europa.

Eigen ervaring

Vrouwen hebben zich op verschillende niveaus georganiseerd, zowel regionaal, nationaal als internationaal. Deze netwerken vormen de basis van een brede internationale vrouwengezondheidsbeweging. Door middel van bulletins, nieuwsbrieven en conferenties wisselen vrouwen informatie uit over de belangrijke gezondheidsprojecten, waarbij vooral de eigen ervaring met geneesmiddelen serieus wordt genomen. Via netwerken ondersteunen ze elkaar bij het ontwikkelen van initiatieven en lopende acties en zorgen ze dat informatie over geneesmiddelen snel verspreid wordt. In derde wereld landen is dit vaak de enige bron van informatie naast die van de farmaceutische industrie.

Het is indrukwekkend te lezen hoeveel verschillende vrouwengroepen er de afgelopen jaren ontstaan zijn en hoe ze ieder op hun eigen manier en niveau successen boeken. Samen vormen ze een soort web dat de controle over de eigen gezondheid probeert te heroveren. Dit boek toont ons de voorbeelden

en de behaalde resultaten, het biedt een perspectief en is voor iedereen die actief is op dit terrein een hart onder de riem. Het boek is het lezen meer dan waard en het is te hopen dat deze ontwikkeling doorgaat en dat consumentenvertegenwoordigers, waaronder vrouwen, een structurele plaats krijgen op verschillende cruciale punten binnen de gezondheidszorg. Dit is bijvoorbeeld onlangs gebeurd in de discussie rond de registratie van Depo-Provera als anticonceptivum in de Verenigde Staten en Engeland: vrouwengroepen zijn daar nu serieuze gesprekspartners. Ik ben er van overtuigd dat de inbreng van vrouwen op verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg de gezondheid van zowel vrouwen als mannen ten goede zal komen.

Tot slot een negatief puntje. Sommige stukken tekst staan bol van de afkortingen en een behulpzame lijst zou het leesplezier en begrip verhogen.

Lolkje de Jong

KORT en GOED

RECHTSPRAAK ZIEKENFONDSWET EN AWBZ

Sinds 1972 verschijnt tweemaandelijks het tijdschrift "Rechtspraak Ziekenfondswet en AWBZ e.a.". Deze uitgave van de Ziekenfondsraad is in de afgelopen jaren reeds aangepast aan de veranderde omstandigheden binnen het „ziekenfondsrecht“. De toegenomen complexiteit van o.a. de ziektekostenregelingen en de grotere kring van belangstellenden, noodzakten tot een andere opzet van dit jurisprudentietijdschrift.

Door de Ziekenfondsraad is daarom besloten met ingang van 1 januari 1987 de exploitatie van het tijdschrift bij Uitgeverij Kluwer onder te brengen. De redactionele verantwoor-

delijkheid voor de inhoud blijft bij de Ziekenfondsraad berusten. De inhoud van het tijdschrift (RZA) blijft hoofdzakelijk bestaan uit de rechtspraak die van belang is voor het ziekenfondswezen. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan onder meer rechtspraak in het kader van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en uitspraken van de door het KLOZ ingestelde beroepscommissie voor de particuliere ziektekostenregelingen.

Het redactiesecretariaat wordt gevoerd door mevrouw M. van Drooge-van Loon (Ziekenfondsraad, postbus 396, 1180 BD, Amstelveen).

Voorlichting buitenlanders

Bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders zijn onlangs twee nieuwe hts-brochures verschenen. In de brochure "Overzicht voorlichtingsmateriaal gezondheidszorg buitenlanders 1987" worden alle voorlichtingsmaterialen vermeld voor hulpverleners en hun (buitenlandse) cliënten, die bij het bureau te bestellen zijn. Dit overzicht bevat tevens bestelnummers en prijzen en wordt op verzoek gratis toegestuurd.

In de brochure "Overzicht van materiaal te gebruiken bij voorlichting aan groepen buitenlanders" staan videofilms, diaserieën en magnetisch bord- en flanelbordssystemen uitgebreid beschreven. Alle producties hebben gezondheid of gezondheidszorg tot onderwerp.

Deze overzichtsbrochure is verkrijgbaar onder bestelnummer B 1020, prijs f 2,50 exclusief portokosten, bij Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, postbus 100, 3980 CC, Bunnik, tel. 03405-64844.

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

SAMENWERKINGSPROJEKT

Verbetering in afstemming tussen de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis en die uit de wijk is het doel van een samenwerkingsproject in Amsterdam-Oost. De projectgroep bestaat uit medewerkers van de Stichting Amsterdams Kruiswerk en van het Onze Lieve Vrouwengasthuis en wordt ondersteund door een medewerker van de nieuwe ontwikkelingsstichting STOZA (Stichting Ontwikkelings- en Ondersteuningsorganisatie voor de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in de regio Amsterdam).

Onlangs is van deze projectgroep een notitie verschenen: "Continuïteit van intra- en extramurale verpleegkundige zorg in Amsterdam-Oost". Belangrijke onderdelen uit het in deze notitie gepresenteerde Werkplan 1987/1988 zijn:

- Instelling van reguliere en geformaliseerde contacten tussen verpleegafdelingen van het ziekenhuis en basis-eenheden van de wijkverpleging.
- Het standaardiseren van de samenwerking in zgn. protocollen die ten doel hebben, de continuïteit van het verpleegkundig handelen procedureel te waarborgen.
- Themagerichte wederzijdse bijscholing.

Dit samenwerkingsproject dient gezien te worden in het kader van de maatschappelijke discussies die rond de zorg zijn losgebroken. Kostenbeheersing, of liever nog kostenbeperking met behoud van kwaliteit, zijn vrij algemeen aanvaarde doelstellingen. Een daaropgerichte instelling en werkwijze zijn niet van bovenaf aan de zorgverlening op te leggen, maar worden pas levensvatbaar als zij ook als noodzakelijk door de betrokken dienstverleners ervaren worden. Hiertoe dienen primair de vaak nog gescheiden werelden van ziekenhuiszorg en de zorg thuis op elkaar aangesloten te worden. Het uitgebrachte Werkplan toont aan hoe stapsgewijs aan deze samenwerking gestalte gegeven gaat worden. Nadere informatie over dit project is te verkrijgen bij R. v.d. Ven (medewerker van STOZA), telefoon 020-312888.

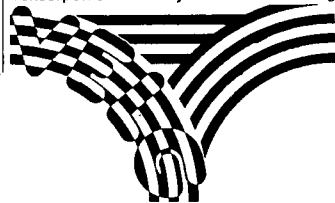
lorg voor zelfzorg

Al werkende in de zorgverlening vergeten we vaak onszelf. Wat hebben we nodig om gezond te blijven in ons werk? Deze vraag zal op 24 oktober 1987 centraal staan op een themadag in de School voor Verpleegkundigen van het Akademisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, laan van Kronenburg 7, Amstelveen. Deze dag zal worden georganiseerd door „Het Beterschap”, belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Till Erkens zal een lezing houden over het thema "zorg voor zelfzorg", zij is verpleegkundig docent aan de CICSA en werkt zelf o.a. met mensen die zijn vastgelopen in hun werk. 's Middags zullen er diverse workshops met deskundige begeleiding zijn. Onderwerpen zijn: omgaan met stress, ontspanning, zelfrespect en omgaan met idealen en realiteit. De kosten, inclusief koffie, thee, lunch en werkboek, bedragen voor leden f 40,- en voor niet-leden

f 55,-. Belangstellenden kunnen zich aanmelden door overmaking van het genoemde bedrag op girorekening 2487360, ten name van Het Beterschap, Utrecht, onder vermelding van: Themadag Zorg voor Zelfzorg. Inschrijving in volgorde van binnenkomst, het aantal plaatsen is beperkt. Voor meer informatie kunt u tijdens kantooruren bellen met Alice Loeters (030-512321), met Donna Zemel (020-763850) of met Margreet Ubels (020-186698).

Stichting
Venserpolder Eerste Lijns Gezondheidszorg



De Stichting Venserpolder Eerstelijns Gezondheidszorg beheert twee gezondheidscentra in een nieuwe woonwijk in Amsterdam zuidoost. Er werken in totaal 35 mensen. Uitgangspunten voor de hulpverlening zijn o.a. alle werkers in loondienst en integrale zorg vanuit een multidisciplinair team.

Het bestuur van de stichting bestaat uit bewoners, werkers en externe deskundigen. Voor dit bestuur zoeken wij een

VOO R ZIT TER V / M

Van de voorzitter verwachten wij:

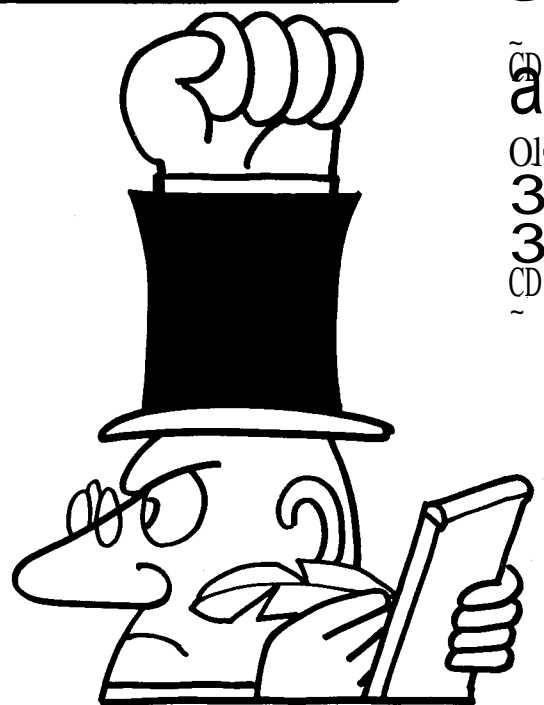
- aantoonbare managementervaring
- ervaring met de gezondheidszorg
- ervaring op bestuurlijk, financieel of juridisch gebied
- beschikbaarheid van enige uren per week, zo mogelijk ook overdag, tegen reiskostenvergoeding.

Voor informatie kunt u bellen met

Erik Heijdelberg, huidige voorzitter tel. 020 - 226611 of
Meike Bruinsma tel. 020 -909591 tussen 13.00 - 14.00 uur
prive tel. 769851

Uw schriftelijke reactie met curriculum vitae kunt u, binnen 14 dagen, sturen aan de Sollicitatiecommissie
Voorzitter, Buurtpost 't Veen
Charlotte Bröntestraat 46,
1102 XE Amsterdam

Groene



Al 110 jaar in de oppositie

C₂
013
33333333