

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA: **BEDRIJFS-
GEZONDHEIDSZORG**

Gesundheitstage

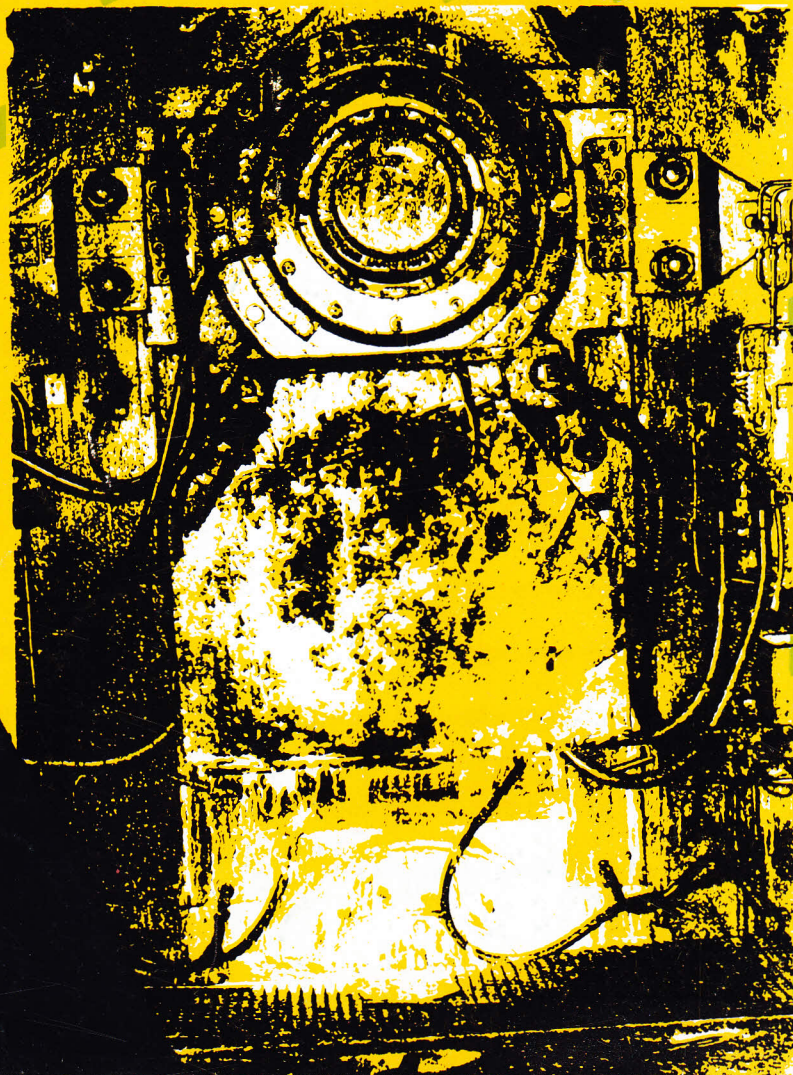
**Politieke effecten van
Aids-screening**

Ongelijk en ongezond

**De Waarheden over de
overgang**

**Wat maakt zelfhulp-
groepen Succesvol?**

Tape your doctor



I N H O u d

VIJFDEJAARGANG, NR. 3, november '87.

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

Itemredactie: Annet Gerritsma, Kees Hertog, Dirk Soeters, Jaap Talsma, Boes Willemse met medewerking van Cor van der Weeie, Peter Groenewegen.

redactieraad: Guus Bannenberg, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermen, Erik Heydelberg, Eddy Houwaart, Janita Janssen, Joost van der Meer, Marloes Merkus, Annemarie Mol, Marcel Post, René Purgay, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Janneke van Vliet, Rein Vos, Goof van de Wijngaard en de kernredactie.

ontwerp omslag: Frans Rodermans
zetwerk: Fotozetterij Baptist, Groningen
drukkerwerk: 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. 071-777777. Fax: 071-777777.

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

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

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

losse nummers: f 8,50; verkrijgbaar in de boekhandel of bestellen door overmaken van f 11,00 (incl. porto) aan Uitgeverij Macula. Oude nummers f 7,50 (incl. porto), daarbij aangeven welk nummer gewenst wordt.

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

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

© Stichting Gezondheid en Politiek
Uitgeverij Macula
ISSN 01678647

<i>Sigrid Sijthoff</i>	Tape your doctor	4
	Column	
<i>Hans Spijker</i>	Van Berlijn naar Kassel	5
	Het verloop van de Gezondheids- tage	
<i>Eelco Damen</i>	Preventie door controle?	8
	Gevaren van Aids-screening	
<i>Eric Verkaar</i>	Phoenix en de alcoholist	12
	Wat maakt zelfhulpgroepen succes- vol?	
<i>Thema</i>	Bedrijfsgezondheidszorg	16
<i>R.van Doorn</i>	Niet bij artsen alleen	18
	Veranderingen in de BGZ	
<i>Jan Koiff de Gidts</i>	Het brandalarm en de paperclip	21
	Gezondheid op het werk	
<i>Nico Plomp</i>	Tussen de anderen	27
	De positie van bedrijfsartsen	
<i>Karel Hulshof</i>	Uitverkoop van de BGZ	31
	Column	
<i>Joost van der Meer</i>	Ongelijk en ongezond	32
	Van links naar rechts en terug?	
<i>Hetty Schut</i>	Mantelzorg: nachtmerrie of realiteit?	35
	Column	
<i>Anna Oldenhave</i>	De Waarheden over de overgang	36
<i>Ingrid Baart</i>	De biologie van de overgang	37
<i>Hugo Smeets</i>	Welke biologie, welke overgang?	38
<i>Toon Kerkhoff</i>	Bet contract	42
	Tussen huisarts en patiënt	
	Sociale geneeskunde is geen vak	45
	Boeken	48
	Kort en Goed	54

TAPE YOUR DOCTOR

„Love de techniek” riep de hulpverlener en stak de snorrende mixer in het badwater.

De autotelefoon doet relaxt bedrijfsbalansen tot ongekende hoogten stijgen, „het gesproken boek” vergemakkelijkt het lezen voor de blinde, de dictafoon heeft de doktersassistent verlost van het kriebelhandschrift van de baas en sinds de telefoonbeantwoorder kan ik slapen en luisteren tegelijk. Maar hoe zit het met de bagage van de patiënt? Zou de patiënt niet aan kracht kunnen winnen, wanneer ook hij „gemotoriseerd” zou raken?

Het overkomt ons allemaal: de pijnjtes, jeukjes, kankers en kwaaltjes. Eigenverantwoordelijk gaan we die in eerste instantie zelf te lijf. Vervolgens kunnen er twee dingen gebeuren: de kwaal geeft het op, of de kwaal toont zich de meester en woedt hardnekkiger dan we gepland hebben. In het laatste geval gedraagt het lichaam zich ongewenst, de controle is verdwenen. – *Waarom gaat het niet over? Is het wel wat we gedacht hadden?* – Meer of minder angstig wenden we ons tot het hogere gerechtshof: de arts.

Ook ik kan soms niet om het bezoeken van mijn dokter heen. En hoe onbenullig de kwaal ook is, *het hart bonkt nerveus in m'n keel*, wat ik haar natuurlijk zo min mogelijk laat merken; in de spreekkamer geldt de regel dat wie hysterisch of overspannen lijkt, in principe weinig mankeert en vooral last van zichzelf heeft.

Ik heb het druk aan gene zijde van het bureau en later op de onderzoeksbank. Ik presenteer zo helder en kort als mogelijk de klacht en beantwoord stipt alle vragen, hoe moeilijk dat vaak ook is (stekend, brandend, zeurend of klagend van karakter? Tja...)

Ik luister geconcentreerd naar *diagnose, therapie en uitleg*, terwijl ik gedurende de achtereenvolgende bedrijven blijf proberen die rustige, sympathieke en mondige patiënt te zijn, anticiperend op haar *amutgesproken* regé van ons samenzijn. Want wie goed doet, goed ontmoet: misschien sleep ik zo wel een *extra minuutje consult* in de wacht. Intussen span ik me ook nog hevig in om, onopgemerkt, op zijn kop haar notities op mijn kaart te lezen. Want je weet maar nooit, misschien heb ik toch iets vreselijks, maar vindt zij het beter om dat nog niet te onthullen.

Ik heb het getroffen met mijn huisarts en specialisten; ze werken *methodisch, democratisch en patiëntgericht*. Ik mag zeker vijf minuten mijn verhaal doen, waarbij ze op gezette tijden bemoedigend het hoofd schudden of even „hummert”. Waarna zij aan de beurt zijn, samenvattend zoals het hoort: „*Dus als ik het goed heb begrepen...*” Langzamerhand gaat het gesprek richting diagnose en therapie. Voor mij het ogenblik om zeer hevig te gaan luisteren, maar ook het moment waarop ik me realiseer dat ik binnenkort weer buiten sta. Mijn vragenlijstje.

Meestal is de diagnose geen enorme verrassing voor me, ik had zo iets al gedacht; maar juist het „*hoe, wat en waarom...*” Ceduldig en stipt beantwoorden ze mijn vragen, ongeduldig en nerveus concentreer ik me op de volgende vraag die ik zeker niet wil vergeten.

Mijn hoofd is in tweeën gedeeld: de ene helft denkt, vraagt en onderhandelt, de andere helft slaat als een razende de verkregen informatie op. Het hoofd zoemt, klikt en schakelt. *Is het verbazend dat ik me na afloop nog geen derde herinner van het consult?* Het hoofd is leeg, de file blijkt gewist. Hoe ze me onderzocht, waar ze aarzelde en nog een keer voelde, weet ik precies, maar wat ze zei...

Je hoort het zo vaak van artsen: *„Patiënten, je kunt een kwartier besteden om ze uit te leggen wat er wel en wat er niet aan schort, maar geheid, de volgende keer dat ze bij je komen, kun je van voren af aan beginnen”*.

En zo is het. **Patiënten hebben geen geheugen.** Rust, afstand en controle zijn voorwaarden voor een goed functionerend geheugen. En die zijn niet voorhanden wanneer het eigen, pijnlijke, niet meer gecontroleerde lichaam in het geding is. Ik kan me voorstellen dat deze factoren zo zwaar wegen, dat ook de introductie van de moderne, agogische communicatie-technieken – die het gesprek in de spreekkamer zeker versoepeld hebben – niet kan verhouden, dat de mondige arts en patiënt voorlopig *Don Quichotte en Sancho Pancha* blijven...

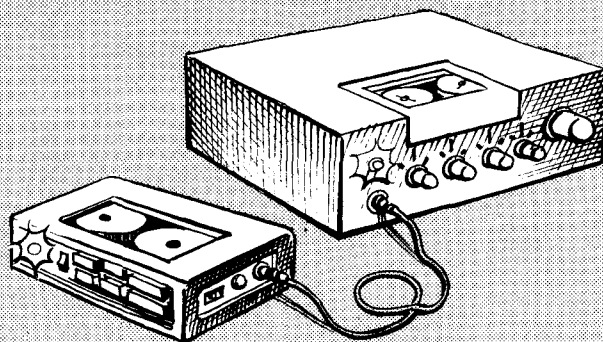
Ik heb er iets op verzonnen: de **cassette-recorder**. *We nemen als patiënten voortaan de woordenwisseling in de spreekkamer op een cassettebandje op.* Bandje mee naar huis, waar we haar of zijn woorden – in alle rust, kopje koffie, en alle deskundige geliefden, medische woordenboeken en encyclopedieën naast ons op de bank – eindeloos kunnen afdraaien, even stopzetten (pauzeknop) en eindelijk de moeilijke woorden kunnen verstaan.

Het biedt ook de mogelijkheid tot een goed vergelijkend **warenonderzoek**: *wil ik liever deze dokter, of die van het bandje van mijn buurvrouw...?* Bij erge artsen en minder erge ziektes zou je er een gezelschapsspel van kunnen maken: *Ra, ra, wat heb ik?*

Het cassettebandje als tweede (of derde) partner in de spreekkamer is praktisch eenvoudig uitvoerbaar. Bijvoorbeeld, patiënt neemt zelf apparaat en bandje mee, arts heeft cassetterecorder op het bureau staan en patiënt stopt er na binnenkomst het meegebrachte bandje in, arts levert bandjes met statiegeld, enzovoorts.

Ik laat het aan de lezer over om te bedenken waarom nog geen enkele arts, hoe patiëntgericht ook, zelf heeft verzonnen om als service een cassetterecorder op het bureau te zetten. *En nooit zal verzinnen ook...*

Sigrid Sijthoff



Van Berlijn naar Kassei

Vogels, van heel diverse pluimage voegden zich in 1980 samen tot een „Bondshrede" Duitse gezondheidsbeweging, onder het motto "eenheid-in-verscheidenheid". Langzamerhand is die eenheid zoekgeraakt en valt de beweging zowat uit elkaar: gedeelde onvrede betekent nog geen overeenstemming over wat er moet gebeuren en waarom.

Hans Spijker geeft een overzicht de geschiedenis van de beweging aan de hand van haar mijlpalen: de "Gesundheitstage". "Zelfhulp" blijkt een doodlopend politiek spoor te zijn; een lange-mars-door-de-instituten levert hier en daar wel succes op.

Hans Spijker

Het verloop van de Gesundheitstage

Kassel herbergt eens in de vijf jaren de "Documenta", een tentoonstelling die bedoeld is om een overzicht te geven van de hedendaagse beeldende kunst. Kritiek op de "Documenta" van dit jaar was dat eenheid in het tentoongestelde ontbrak, het was onduidelijk wat de in de stad verspreide kunstwerken met elkaar van doen hadden. De organisatoren hadden voor één thema moeten kiezen, vonden de critici, of op z'n minst voor meer gemeenschappelijkheid moeten zorgen.

Een maand voor de opening van het kunstgebeuren was Kassel het toneel van de vierde *Gesundheitstag*, een vijfdaagse bijeenkomst van oppositionelen en alternatieven in de westduitse gezondheidszorg. De drie eerdere *Gesundheitstag* waren in West-Berlijn (1980), Hamburg (1981) en Bremen (1984). Het lijkt wel of het in de Kasseler lucht of het kuurwater zat, want dezelfde kritiek als op de "Documenta" werd ook geleverd op de *Gesundheitstag*. Het programma - opgetekend in een paperback van ruim 300 pagina's - omvatte vijfhonderd bijeenkomsten over een veelheid van onderwerpen. Men had wel geprobeerd die rond een centraal thema te concentreren, maar dat thema was zo ruim gekozen ("gezondheid en politiek") dat moeiteloos onderwerpen als Tsjernobyl, anarchisme en revolutie in Spanje, gehandicapten in het verkeer, AIDS en zelfhulp, de vrouw in de psychiatrie en privatisering en veramerikaanering van de westduitse gezondheidszorg een plaats op de agenda kregen.

"Berlijn"

Die breedheid van onderwerpen was ook al kenmerkend voor de eerste *Gesundheitstag* in Berlijn. Aanleiding voor die bijeenkomst was het congres van de officiële westduitse artsenorganisatie. Een groep jonge Westberlijnse artsen, medicijnstudenten en sympathisanten, die zich hadden verenigd in de *Gesundheitsladen Berlin*, wilden met een geüjktijdig te houden alternatief congres protesteren tegen de heersende gezondheidszorg. Tegen - zo zei woordvoerder Ellis Huber toen - een samenleving die slechts economische en politieke belangen nastreefde en voorbij ging aan de individuele mens in zijn omgeving.

De belangstelling was overonderend voor de kleine organisatie: 10.000 deelnemers meldden zich aan. Niet alleen protest tegen het bestaande dreef hen, ook het samenwerken aan alternatieven voor een betere gezondheidszorg en het afrekenen met het nazi-verleden. De voorzitter van de Berlijnse *Ärzttekammer* (de plaatselijke artsenorganisatie) en gastheer van het officiële congres was lid geweest van de S.A. en dat was aanleiding om het onderwerp "Medizin und Nationalsozialismus" uit de taboesfeer te halen, waar het 35 jaar in gezeten had. Schaamte over bijvoorbeeld het feit dat in 1935 bijna 70% van de Duitse artsen lid was van Hitler's partij zal daaraan niet vreemd geweest zijn. Tijdens diverse kleinere bijeenkomsten en een grote forumavond werd de rol van de artsen in het Derde Rijk aangeklaagd. Een tentoonstelling, die een beeld gaf van de "experimenten" en andere gruwelen in de concentratiekampen, werd in Berlijn voor het eerst opgesteld en zou in de anderhalf jaar erna alle grote Westduitse steden aandoen.

Na "Berlijn" was het enthousiasme groot. De deelnemers waren afkomstig uit patiëntorganisaties, de vrouwenbeweging, de milieu- en gezond leven-beweging en - opvallend - uit de "oude" studentenbeweging en de daaruit voortgekomen en alweer opgeheven marxistisch-leninistische en andere extreemlinkse partijtjes. De tienduizend van Berlijn vormden een heterogene groep mensen, die zich als "gezondheidsbeweging" (die term viel daar het eerst) om uiteenlopende redenen stortten op de gezondheidszorg. Oud links zocht een nieuwe identiteit en een nieuwe sociale basis. Onwennig, na jarenlang uitsluitend intellectueel en problematiserend bezig te zijn geweest

zochten de gedesillusioneerde activisten nu concrete activiteiten om hun gevoel van onmacht te bestrijden. De alternatieven uit milieu- en vrouwengroepen hadden geen behoefte aan marxistische analyses van de maatschappij: hier en nu, daar ging het om en het persoonlijke was politiek. Alleen de deelnemers die afkomstig waren uit de patiëntenorganisaties voelden zich verbonden met de *bestaande* gezondheidszorg; bij hen was de behoefte aan alternatieven en experimenten minder groot. Uit deze organisaties sloten alleen de lichamelijk gehandicapten zich als strijdbare groep aan bij de beweging.

Het waren in Berlijn vooral buitenlanders die kwamen vertellen hoe een andere gezondheidszorg eruit zou kunnen zien: de anti-psychiaters Cooper en Basaglia, vertegenwoordigers van de Italiaanse gekkenbeweging, het klachten- en adviesbureau voor patiënten uit Zürich, het Vrouwegezondheidscentrum uit Utrecht, in gezondheidscentra samenwerkende huisartsen uit Parijs. De Westduitse gezondheidsbeweging nam de ideeën over en men richtte tientallen stedelijke gezondheidswinkels op waar de initiatieven gebundeld werden. Dé noemer waarop de heterogene groep zich verenigde was zelfhulp. Onder de gezondheidswinkeliers bleek een enorme behoefte te bestaan aan therapieën op allerlei gebied; men stortte zich op alternatieve geneeswijzen, oerschreeuwgroepen en muësi-dieëten. Naar buiten gerichte activiteiten kwamen al snel op de achtergrond te staan.

Volgens een folder uit die tijd van het landelijk overleg van plaatselijke gezondheidswinkels moesten de winkels

"centra voor communicatie en informatie" zijn met een driedelige doelstelling:

- een aanbod geven van zelfhulpgroepen en therapieën aan de eigen leden en aan geestverwanten,
- het opzetten van advies- en informatiecentra voor mondig patiënten om hen zo te ondersteunen,
- actief zijn op het gebied van de gezondheidspolitiek door het organiseren van bijeenkomsten en het publiceren van kritische teksten.

"Hamburg" en "Bremen"

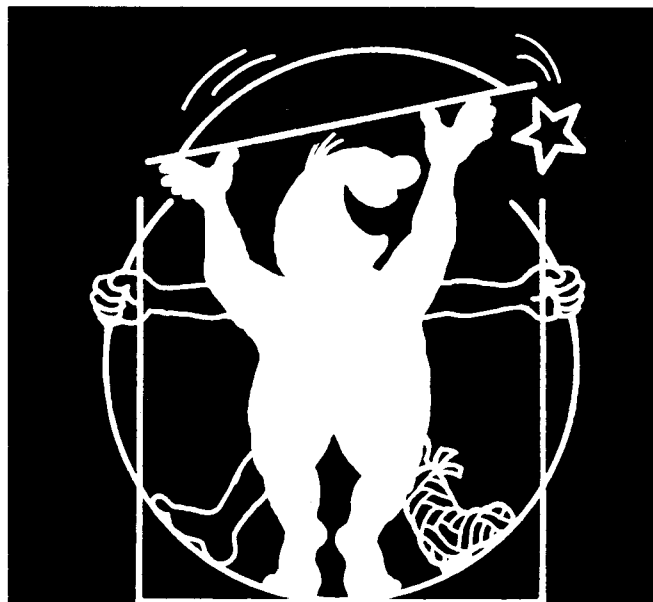
Op de tweede Gesundheitstag, die in 1981 in Harnten werd gehouden en waar nog meer bezoekers kwamen (16.000) dan in Berlijn, bleek dat de Westduitse gezondheidsbeweging vooral een zelfhulpbeweging voor gezondheidswerkers was geworden. Na enthousiasme in "Berlijn" volgde kritiek op "Hamburg". De bijeenkomsten waren veel te grootschalig opgezet, de 600 deelbijeenkomsten hadden vaak geen onderling verband of waren zelfs tel strijdig en er werd te veel plaats ingeruimd voor "man en vrouwen op zelfhulpeilandjes waar uitsluitend aan velstaren werd gedaan." De kracht van de verscheiden bleek te zijn omgeslagen in een veelvormigheid van multiloze zelfbevrediging. De duizend bloemen die in Berlijn bloeiden waren overwoekerd door onduidelijke wildgroei.

Het gezamenlijk perspectief ontbrak: de gezondheidsbeweging bleek toch niet de gehoopte nieuwe sociale beweging te zijn die maatschappelijke veranderingen kon dwingen. Gezondheidswerkers die maatschappelijk actief wilden zijn, stroomden door naar de vredes- en antikern-energie bewegingen. Anderen werden actief bij de Groenen, waar overigens op het gebied van de sociale strijd nauwelijks politieke standpunten waren ontwikkeld. De initiatiefnemers van Berlijn hadden al eerder besloten op een lange mars door de plaatselijke artsenorganisatie om te proberen daarbinnen progressieve standpunten te ontwikkelen. Daarnaast werd een uitgeverij opgezet ("Viertel Gesundheit") die publicaties in de geest van 1980 zou uitgeven en zou geprobeerd worden een populair tijdschrift over gezondheid en welzijn op de markt te brengen dat in de kiosk tussen de "Bild Zeitung" en "der Stern" zou liggen en dat à la de Nieuwe Revue in Nederland progressieve ideeën onder het volk moest verspreiden.

Gezien het inhoudelijke mislukken van "Hamburg" werd besloten voorlopig geen nieuwe bijeenkomsten meer te organiseren; eerst moesten zich maar weer nieuwe ontwikkelingen in de beweging aandienen. Wanneer de tijd rijp was kon er dan weer een nieuwe Tag georganiseerd worden. Na een regionale Beierse Gesundheitstag in 1983 (waar een gerenommeerde Bierkeller de openings- en sluitbijeenkomst steunde en waar de Groenen een conceptprogramma voor de gezondheidszorg ter discussie stelde) was het in 1984 zo ver. Bremen was het toneel van de derde Gesundheitstag. De Groenen waren er prominent in, het programma aanwezig en daarnaast was de constatering van de tweede Tag dat "gezondheid" als thema alleen geen maatschappelijke veranderkracht bezat zo serieus genomen dat de Bremer bijeenkomst meer op een congres over "chemie en samenleving" leek.

Het forum dat de openingsavond opluisterde zette meteen de toon voor de volgende dagen. Vertegenwoordigers van actiegroepen tegen een chemisch concern, van een bedrijfsledengroep van BASF en van de vereniging van ouders van allergische kinderen kwamen tot de conclusie dat onze omgeving ons ziek maakt. Actievoeren tegen de zuiveren is misschien wel veel belangrijker voor de gezondheidsbeweging dan het instandhouden van een klachtenbureau voor patiënten.

Rond de strijd van de lichamelijk gehandicapten, "gezondheidszorg in de Derde Wereld" en de gekkenbeweging werd hard gewerkt, maar dit bleef aan de rand van het ge-



14.-18. Mai

**GESUNDHEITSTAG
BERLIN 1980**

**Erläuterungen
zum Programm**

beuren. Voor het overige heerste er verwarring. De discussie over zelfhulp en alternatieve geneeswijzen barstte los, er werd verhit gedebatteerd over de vraag of holisme goed of slecht is, en coryfeeën uit alternatieve kring als Bircher-Benner bleken ook al een nazi-verleden te hebben. Wat bleef was het goede gevoel toch tot één beweging te horen: al leek een gezamenlijk actieperspectief te verdwijnen, het was toch prettig om elkaar te ontmoeten en ervaringen uit te wisselen. En het was prettig dat de Groenen hun ideeën over gezondheid verder ontwikkelden - met daarbij als programma "Gesund Sein 2000", de Duitse versie van het WHO-programma "Health for all" - zodat mensen die zich politiek wilden bezighouden met gezondheidszorg ook ergens terecht konden.

Het "Verlag Gesundheit" had inmiddels een omvangrijk fonds opgebouwd; eerst werd het verslag van de eerste Gesundheitstag uitgegeven in tien delen, daarna volgden boeken over zaken als zelfhulp (Het Grote Zelfhulpboek), "Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand" en "Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen". De Berlijners waren ondertussen het bestuur van de *Ärztammer* binnengedrongen en woo~dvoerder-van-het-eerste-uur Huber was namens de Alternative Liste senator geworden. Alleen met het publiekstijdschrift "Gesundheit" wilde het maar niet lukken: geldgebrek. Deze derde Gesundheitstag bracht daar geen verandering in. De verwachte 10.000 bezoekers kwamen niet en de wel gekomen vijfduizend slaagden er in groten getale in onbetaald de universiteitsgebouwen, waar de bijeenkomst gehouden werd, te betreden. De gezondheidswinkel Bremen bleef met een fikse schuld zitten.

„Kassel" 1987

Het vierde bedrijf van een drama over idealen van de zestiger en zeventiger jaren in confrontatie met de werkelijkheid van de jaren tachtig.

Gezondheidswinkels bestaan nog steeds, maar hebben zich teruggetrokken op één onderwerp; Hamburg houdt zich bijvoorbeeld bezig met arbeid en gezondheid, Berlijn met het uitzenden van vrijwilligers naar Midden-Amerika en München met de patiëntenbeweging. Ondanks de autonome ontwikkeling van de winkels is er nog steeds een landelijk overleg, waar een aantal keren per jaar "bundesweit" over de juiste activiteiten gedebatteerd wordt. Het "Verlag Gesundheit" is failliet, "Gesundheit!" komt er definitief niet en Huber is voorzitter van de Berlijnse *Ärztammer* geworden. De Groenen houden zich op landelijk en plaatselijk niveau bezig met gezondheidspolitiek, stimuleren GVO-projecten en willen regionale organen voor de volksgezondheid opzetten, met patiëntenparticipatie. De meeste klachtenbureaus zijn dicht en de eerste groepspraktijken moeten door bezuinigingen sluiten.

Tegen dit sombere decor starten de voorbereidingen voor een vierde Gesundheitstag. In Kassel heeft een initiatiefgroep aangekondigd de bijeenkomst in de loop van 1987 te willen organiseren. Een gezondheidswinkel bestaat er in die stad niet, maar die wordt voor deze gelegenheid opgericht (wat overigens wel betekent dat de gezondheidsbeweging waarvan de kern nog steeds uit gezondheidswinkels bestaat, de Kasseiaars als buitenbeentjes beschouwt).

Kritiek op het initiatief is er meteen. In het uit kringen van kritische studenten voortgekomen tijdschrift "Dr.med. Mabuse" - het blad van de gezondheidsbeweging - woedt maandenlang een strijd tussen ingezonden-stukken-schrijvers. De redactie vat de kritiek als volgt samen. De drie voorgaande Gesundheitstage hebben voor de bestaande machtsverhoudingen in de gezondheidszorg geen enkel gevolg gehad. Het leek of de bijeenkomsten op een andere planeet plaatsvonden. Oppositionelen die er wel in slaagden het medische bolwerk binnen te dringen, hebben

zich verenigd in bewegingen die slechts zijdelings betrokken waren bij gezondheid winkels en Gesundheitstage: de kritische artsen (die zich verenigden in de *Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte*) en de Groenen. De Gesundheitstage hebben die groepen niet eens met ideeën kunnen ondersteunen.

De bonte mengeling van mensen en initiatieven die de bijeenkomsten kenmerkte en die door velen als de kracht van de gezondheidsbeweging werd beschouwd, heeft geen nieuwe synthese opgeleverd, zo gaat de kritiek verder. Er zijn geen veranderingsmodellen uit voortgekomen. Positieve karakterisering als *Bewegung der Vielfalt* zou de redactie graag willen vervangen door meer negatieve begrippen als heterogeniteit, consumentengedrag en jaarmarktkarakter. Tegenstellingen werden door de bonte verscheidenheid toegedekt, maar zijn ondertussen gewoon blijven bestaan. Reguliere en alternatieve geneeswijzen kwamen bij voorbeeld geen stap dicht bij elkaar. Nostalgisch memoreert de Mabuse-redactie de discussie in Berlijn over Nationaal-Socialisme en de politieke eenheid waarmee de discussie werd afgesloten en naar buiten werd getreden. Zo zouden de Gesundheitstage altijd moeten zijn: één thema inhoudelijk uitwerken en komen tot een gemeenschappelijk en politiek bruikbaar standpunt met handelingsperspectief.

In een ander artikel in "Dr.med. Mabuse" en ook elders wordt tevens een ander belangrijk punt van kritiek herhaald: het thema "gezondheid" kan nooit de basis zijn voor een grote sociale beweging. "Gezondheid" is of onderdeel



Foto: Evelyne de Leeuw

van een overlevingsstrijd (in de milieu- en anti-kernenergiebeweging) of onderdeel van een emancipatiestrijd (in de arbeiders- en vrouwenbeweging). Een gezondheidsbeweging en gezondheidswinkels kunnen slechts invloed hebben, wanneer ze onderdeel zijn van een bredere beweging met een breder actieterrain.

Berlijners-op- mars

De organisatoren in Kassel zijn aan deze kritiek en discussie voorbijgegaan: men kiest niet voor één thema, maar voor de "Vielfalt". Het linkse dagblad *Die Tageszeitung* in Berlijn nog één van de steunpilaren van de Gesundheitstag - sabelt in een cynisch artikel het resultaat neer. Het schrijft over de organisatorische chaos: dolende deelnemers op zoek naar hun lezing horen bij het arriveren - te laat - dat de inleider niet is komen opdagen. Het merendeel van de 5000 bezoekers (de helft van het aantal dat ver-

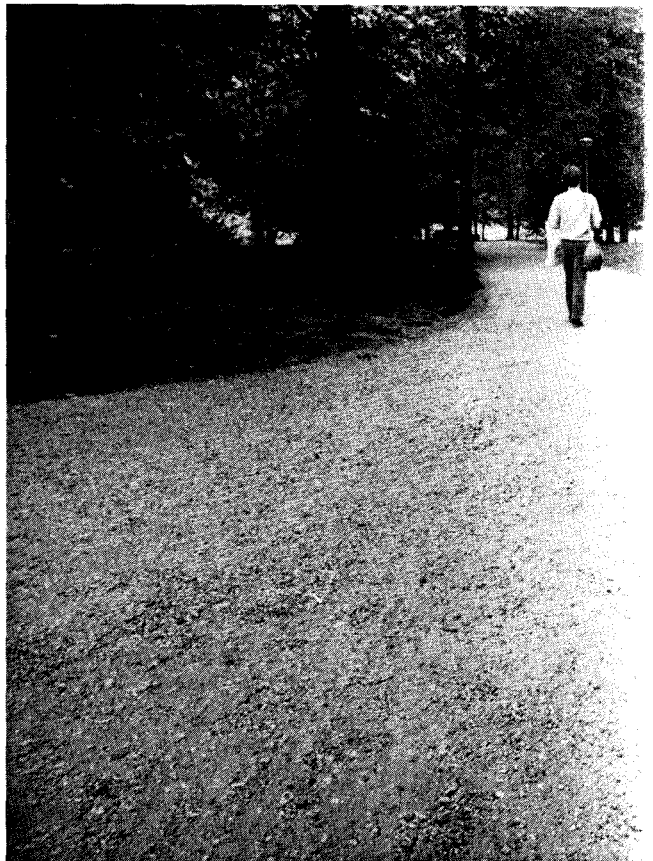
wacht werd) laat de Gesundheitstag na een dag vergeefs zoeken en wachten voor gezien en stort zich in het gezelligheidscircuit: de enige duidelijke functie die de bijeenkomst blijkbaar nog heeft. Enkele bezoekers werken hard in workshops over de Derde Wereld en "Arbeitsmedizin", de rest vermaakt zich op feesten, concerten en de informatiemarkt, hernieuwt vriendschapsbanden en maakt waar wat voorzitter Ellis Huber op de openingsavond zei: "Ik hoop dat dit een vrolijke Gesundheitstag zal worden." Een bezoeker vat het na afloop kernachtig samen: "De mensen verwachten teveel. Het was toch een keurig en gezellig familiefeest met een hoge gebruikswaarde voor de individuele bezoeker? Dat de familie intussen zo klein is geworden, dat stelt me wel teleur". Verwachtingen van een Gesundheitstag mogen kennelijk niet meer bestaan.

Op nog een andere manier is de beweging terug bij af. Eén van de onderwerpen in Kassel was euthanasie en als publiekstrekker had de organisatie Julius Hackethal uitgenodigd. Hackethal is een omstreden figuur in de Bondsrepubliek. Arts - met een bordje "Vorsicht, Arzt!" in z'n voortuin - één van de prominente sprekers in Berlijn in 1980, en voorstander van euthanasie. Maar euthanasie is direct verbonden met de praktijken van de nazi's en dus verwerpelijk, vinden velen. Men dacht in 1980 afgerekend te hebben met een duister verleden en een voorstander van euthanasie - hoe progressief hij verder ook mag zijn - is onaanvaardbaar. De Groenen weigeren helemaal naar Kassel te komen en tijdens de Gesundheitstag proberen leden van gehandicapte groepen en anderen de bijeenkomst met Hackethal te verhinderen. De emoties laaien hoog op. Men verwijt de organisatoren geen oog te hebben voor het Duitse verleden en dat van de gezondheidsbeweging en de organisatie gaat voor een dreigende boycot van de andere programmaonderdelen door inleiders en bezoekers overstap. Hackethal mag niet spreken en organiseert onder eigen verantwoordelijkheid een matig bezochte bijeenkomst. Van "eenheid in verscheidenheid" is helemaal geen sprake meer: er is een splijtend conflict en de discussie over de verhouding met het Nazi-verleden kan opnieuw beginnen, nu binnen de beweging zelf.

Succesvolle constanten blijven de Berlijners-op-mars: doel is nu de *Ärztelkammer* uit de sfeer van de stadspolitiek te halen en de artsorganisatie meer te oriënteren op de belangen van de patiënt. Tweede doel: landelijk aan de weg timmeren. Dat lukt al een paar weken na "Kassel": op initiatief van de *Demokratische Ärzte* discussieert de Westduitse artsorganisatie op haar landelijke congres over de nazi-tijd. Deze organisatie, die in 1980 in Berlijn nog niets van het thema moest weten, neemt nu een motie aan om er verder over te praten en zo af te rekenen met de duistere rol van artsen in het Derde Rijk.

De lange mars - in 1980 begonnen - zit er voor sommigen bijna op: op een foto in de krant bij een verslag van het artsencongres schudden Ellis Huber en de Westduitse staatssecretaris voor gezondheidszorg elkaar glimlachend de hand.

PreVE



Het in Nederland gevoerde beleid ter bestrijding van Aids kenmerkt zich door redelijkheid en nuance. Dit is van belang om enerzijds een zo hoog mogelijk preventief effect te bereiken en anderzijds onnodige angst en stigmatisering van risikogroepen te voorkomen. Dit beleid wordt echter in toenemende mate verstoord door een roep om "krachtiger maatregelen". Niet alleen van de zijde van kleine rechtse-christelijke partijen, ook de Amsterdamse PvdA-burgemeester Van Thijl sluit hardere maatregelen ten aanzien van risikogroepen zoals heroïne-personeel niet langer uit. Hij uitte zijn waarschuwing in juni jongstleden, tegelijkertijd met het verschijnen van een Beleidsnotitie Aids van de gemeente Amsterdam.² Deze nota stelt géén hardere maatregelen voor, maar volgt de in Nederland officieel geldende beleidsuitgangspunten, die dit voorjaar nog werden bekrachtigd door Staatssecretaris Dees van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Deze uitgangspunten zijn onlangs uitgewerkt in de Nota inzake het Aids-Beleid van h...

Preventie door controle?



Foto: Flip Franssen

Mogen artsen patiënten routinematig screenen op AIDS-antistoffen? In de discussie die daarover is losgebarsten, blaast een doorgaans bezadigde instantie als de hoofdinspectie haar partijtje stevig mee. Eelco Damen kijkt over de grenzen naar het daar gevoerde beleid en zet de pro's en contra's nog eens op een rij. Hij signaleert het gevaar dat het screenen als *politiek* instrument gebruikt gaat worden. Van *preventie* zal in dat geval weinig over blijven. Om afglijden van het Nederlandse beleid te voorkomen moeten mensen die in de gezondheidszorg werken blijvend druk uitoefenen op de politiek.

Eelco Damen, werkzaam bij RIAGG Groningen en coördinator van de werkgroep "psychosociale begeleiding" van het AIDS Overleg Noord Nederland.

Gevaren van AIDS-screening

ministerie van WVC, waarin alle vormen van hardere maatregelen worden afgewezen.¹

Niet alleen in politieke kringen valt een roep om krachtiger maatregelen te beluisteren: ook binnen de gezondheidszorg worden maatregelen voorgesteld die in strijd zijn met het tot dusver gevoerde beleid. Zo negeerden de chirurgen van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam onlangs het advies van de Gezondheidsraad, door voor te stellen patiënten te testen op anti-stoffen tegen het Aids-virus, alvorens te opereren. Binnen het gevangeniswezen en de TBR-klinieken wordt de vraag gesteld of aan de hand van test-uitslagen seropositieven geïsoleerd dienen te worden van seronegatieven. Deze ontwikkelingen roepen de vraag op hoe stevig het officiële beleid in de Nederlandse samenleving verankerd is.

Het Nederlands beleid wordt niet alleen bedreigd van binnenuit. In diverse andere landen worden reeds krachtiger maatregelen uitgevoerd. Centraal in de controverses staat de

test op de antistoffen tegen het Aids-virus. Moet het uitgangspunt van terughoudendheid in het testen worden gehandhaafd, omdat vaccinatiemogelijkheden en een effectieve geneeswijze vooralsnog uitblijven? Of moet op grote schaal en eventueel verplicht worden getest, teneinde besmette personen van niet-besmetten te kunnen scheiden? En wie mag wat doen met de resultaten, als blijkt dat iemand antistoffen tegen het virus in het lichaam heeft? Een emotioneel geladen discussie, waarin een politiek gebruik van de test dreigt, ten koste van een effectief preventiebeleid.

Om de geringe waarde van de test uit oogpunt van preventie te verhelderen, ga ik hier eerst in op de feitelijke en vermeende waarde ervan. Vervolgens komen de (voorstellen voor) hardere maatregelen in diverse landen aan de orde; tenslotte wordt bepleit het in Nederland gevoerde beleid ten aanzien van de test juist vanuit de gezondheidszorg te ondersteunen.

De test op anti-stoffen

Sinds enkele jaren is het mogelijke door middel van een test anti-stoffen tegen het Aids-virus in het bloed aan te tonen. Deze test bestaat uit twee delen: een screeningstest én een bevestigingstest, die moet vaststellen of een eerste "positieve" uitslag juist is. Misschien ten overvloede: Een "positieve" uitslag, de zogenaamde "seropositiviteit" is een negatief gegeven: er zijn anti-stoffen in het bloed aanwezig. En: de test geeft géén uitslag over aanwezigheid van het virus.

De test is in eerste instantie ontwikkeld en aangewend om donorbloed en bloedproducten te kunnen screenen. Besmetting door middel van toediening van bloed of bloedproducten kan hierdoor worden voorkomen. Dit testen van bloed en bloedproducten is in een groot aantal landen, waaronder Nederland, inmiddels een standaardprocedure: besmetting langs deze weg kan in deze landen worden uitgesloten. Een belangrijk preventief resultaat van de test!

De test kan echter ook worden aangewend om bij *personen* vast te stellen, of in het bloed anti-stoffen aanwezig zijn. In internationale overeenkomsten van de W.H.O., in het Nederlands beleid en ook in de Nederlandse praktijk is sprake van een "terughoudendheid" of "neutraliteit" ten aanzien van dit testen van personen om verschillende redenen.

De test geeft geen uitsluitel over aanwezigheid van het virus. Voor zover bekend ontwikkelt zich bij 10-40% van de seropositieve personen op den duur Aids (waarbij moet worden aangetekend dat deze schattingen tot nu toe almaar stijgen). Aangenomen wordt, dat seropositieve personen en hun bloed besmettelijk zijn. De test brengt dientengevolge een grote *onzekerheid* met zich mee, die kan leiden tot ernstige psycho-sociale problematiek van de betrokkenen. Een belangrijke reden voor terughoudendheid vormt ook het gegeven dat de test een *momentopname* is, een negatieve uitslag (géén anti-stoffen aanwezig) geldt alleen voor het moment van de test. Na de test kan iemand alsnog in contact komen met het virus. De test biedt dus geen bescherming. Niet het testen, maar andere maatregelen hebben een preventieve waarde: het vermijden van bloed-bloed en bloed-sperma contact, onder andere door "veilig vrijen".

In maatschappelijk opzicht kan de uitslag van seropositiviteit ongewenste gevolgen hebben: *Stigmatisering* van risikogroepen waarbinnen relatief veel seropositieven worden gevonden (homoseksuele en biseksuele mannen en hun partners, intraveneuze druggebruikers); *uitsluiting* of voorstellen daartoe van seropositieven van het maatschappelijk verkeer: sociale verbanden, verzekeringen, huisvesting, vrij internationaal verkeer.

Dit wil niet zeggen, dat de waarde van de test volledig beperkt is het screenen van bloed en bloedproducten. Het testen van personen is van waarde voor epidemiologisch onderzoek en voor het verkrijgen van extra bevestiging wanneer mogelijke verschijnselen van Aids worden gekonstateerd. Het terughoudende beleid beperkt zich tot deze mogelijkheden. Recent is echter sprake van verschuiving van het terughoudende beleid naar een "**neutraal**" beleid om verschillende redenen: De test kan ernstige ongerustheid of onzekerheid van personen wegnemen of bevestigen; bij zwangeren of paren die een kind wensen en waarbij sprake is van een verhoogd risico; kan de test uitwijzen of gevaar van besmetting via de moeder bestaat (zodat eventueel tot een abortus kan worden besloten). Tevens wijst recent onderzoek onder homoseksuele mannen uit, dat een preventief effect

ten aanzien van gedragsverandering uit *lijkt* te gaan van het op vrijwillige basis en in volstrekte vertrouwelijkheid testen." Deze konklusie wordt met de nodige voorzichtigheid gepresenteerd, omdat de voorlichtingscampagne gericht op homoseksuele mannen reeds jaren intensief wordt gevoerd. Ook daaruit zou de gedragsverandering verklaard kunnen worden. Toch vormden de resultaten van dit onderzoek voor de Landelijke Beleidscoördinatie Aids aanleiding over te gaan tot een "neutraal" beleid. Vooralsnog is echter onduidelijk, waarin dit neutrale beleid zich zal onderscheiden van het gevoerde terughoudende beleid.

In het algemeen blijft echter gelden dat de preventieve waarde van het testen van personen zeer gering is. Nationaal en internationaal wordt er van uit gegaan, dat het testen van personen alleen toegestaan is als de betrokkene ervan op de hoogte is én toestemming heeft gegeven. Verplicht en/of onvrijwillig testen brengt naast een overtreding van de rechten van de mens een risico met zich mee ten aanzien van zichtbaarheid en controleerbaarheid van de epidemie: uit angst voor de gevolgen kunnen mensen met een verhoogd risico "onderduiken"; zij zijn dan niet meer beschikbaar voor epidemiologisch onderzoek of toegankelijk voor op preventie gerichte voorlichting. Verplicht en onvrijwillig testen werkt, uit preventief oogpunt gezien, eerder averechts. De test dient alleen te worden gebruikt vanuit medisch-preventief perspectief.

Hardere maatregelen

Vanuit de noodzaak verspreiding van de epidemie te voorkomen is de roep om hardere maatregelen, zoals het verplicht testen van risikogroepen en het isoleren van virusdragers, dan ook verbazingwekkend. In Nederland gaat het nu nog slechts om een roep: er is (nog) geen sprake van een Aids-hysterie en het uitgebalanceerde beleid lijkt effect te sorteren. Diverse onderzoeken wijzen namelijk uit dat de preventieve voorlichting redelijk aanslaat en van stigmatisering lijkt geen sprake te zijn. Niets wijst er op, dat het Nederlandse beleid niet effectief genoeg zou zijn in vergelijking met andere landen. Al moet er natuurlijk worden gezocht naar optimalisering van de preventie, toch lijkt het er op dat we ons met het in Nederland gevormde beleid gelukkig mogen prijzen. Want wat in Nederland nog slechts een roep is, is in sommige andere landen al praktijk, ondanks de internationaal gedragen beleidsuitgangspunten. Het in de Westduitse deelstaat Beieren gevoerde beleid leidt



inmiddels al tot uitsluiting van seropositieven uit arbeidssituaties, en een nieuw soort "Berufsverbot". Dit is nu al vrij bekend mag worden verondersteld dat besmetting *niet* plaatsvindt in de normale dagelijkse omgang; waartoe zeker arbeid gerekend kan worden. Het beleid in Beieren heeft ongetwijfeld samen met de politieke kleur van de deelstaat; de dreiging van de Aids-epidemie reikt een middel om ten strijde te trekken tegen andere verschijnselen dan het virus zelf, namelijk homoseksualiteit en druggebruik. Al is dit beleid niet kenmerkend voor de gehele Bondsrepubliek, het wordt al met name in Amsterdam gevoerd voor een trek van homoseksuelen en druggebruikers naar het "liberalere" Nederland.

Misschien lijkt de Beierse praktijk op de korte termijn het meest bedachtzaam voor het in Nederland gevoerde beleid, gezien de geografische nabijheid. Op langere termijn valt te vrezen voor het beleid in de Verenigde Staten omdat dit verhoudingsgewijs gelijker trendsettend werkt.

De ervaringen in Amerika met de kulturele gevolgen van de anti-stoffentest werden onlangs beschreven door de antropoloog McCombie." Hij schrijft dat de verhoogde aandacht voor Aids bij het Amerikaanse publiek er toe heeft bijgedragen dat de test aanvankelijk alleen gebruikt ten behoeve van de controle van bloed en bloedproducten, thans door velen wordt gezien als een belangrijk preventief instrument. Het testen van personen uit risikogroepen, het herleiden van contacten van seropositieven (*getesten* dus) en het scheiden van seropositieven van seronegatieve personen wordt voorgesteld én uitgevoerd. In het leger worden rekruten geselecteerd teneinde seropositieve rekruten uit de dienst te weren; werkgevers testen werknemers "om te voorkomen dat zij later voor hoge medische vergoedingen komen te staan".

Omdat mensen bang zijn voor Aids, en adequate medische antwoorden (vaccinatie, geneeswijze) vooralsnog uitblijven, vinden zij dat er "iets moet gebeuren". En testen is in ieder geval iets doen: Als de hele bevolking niet tegen Aids gevaccineerd kan worden.



dan kan zij toch in ieder geval getest worden?

McCombie verklaart deze trend niet alleen uit de angst voor Aids, maar ook uit de voortdurende behoefte sociale deviantie op te sporen: vanuit de normaliteit van een drugsvrije, heteroseksuele en monogame samenleving wordt altijd naarstig gezocht naar mogelijkheden, het afwijkende op te sporen en in te perken: druggebruik, homoseksualiteit, prostitutie en promiscuïteit. Zolang het Aids-virus nog niet wijd verspreid is onder het heteroseksuele, gehuwde gedeelte van de bevolking, kan de Aids-test ook in deze behoefte voorzien. Tenslotte verwijst McCombie naar de "ware aard van het kapitalisme": de fabrikanten die de test produceren hebben baat bij het gebruik van alle mogelijkheden ervan; ongeacht de ernstige gevolgen ervan voor individuen, voor de samenleving en voor de Aids-bestrijding.

Ook in Nederland is dit marktmechanisme werkzaam: dit voorjaar ontvingen de Nederlandse huisartsen een reclamefolder van een partikulier bureau, dat adverteert met een "snelle test". De huisarts hoeft het bloedmonster slechts toe te zenden waarna de volgende dag de uitslag volgt. Gelukkig werd op deze advertentiekampagne heftig gereageerd.

Effektieve preventie

De roep om "hardere maatregelen" komt voort uit de angst voor Aids en het uitblijven van effectieve medische mogelijkheden om de epidemie te bestrijden. Deze roep vergroot het risico dat de test op de anti-stoffen van een medisch instrument verwordt tot een politiek instrument, dat vooral andere doelen dient. Aidspreventie is echter gebaat bij een zeer zorgvuldige afweging van het te verwachten effect van het gebruik van de test: leidt zij tot meer of minder controle over de epidemie? Testen op grote schaal (eventueel verplicht) leidt tot een vals gevoel van veiligheid, en leidt de aandacht af. De (diskussie over) testcampagnes, stigmatisering en separatie van bevolkingsgroepen dreigt de aandacht voor effectieve preventieve maatregelen te overstemmen. Deze maatregelen lig-

gen op een veel lastiger terrein: dat van de informatievoorziening en gedragsbeïnvloeding ten aanzien van seksualiteit en druggebruik. Juist op dát terrein moeten de werkzaamheden worden geïntensiveerd, om de epidemie in te dammen.

Gezien de geringe preventieve effectiviteit van het testen valt te hopen dat het huidige Nederlandse testbeleid wordt gehandhaafd. Het tot nu toe gevoerde beleid verdient de steun vanuit de Nederlandse samenleving in brede zin en van haar politiek verantwoordelijken, maar in het bijzonder vanuit de gezondheidszorg. Juist in deze sector dient medisch en preventief verantwoord testen te worden benadrukt en politiek gebruik te worden afgewezen. Het zijn immers de medici en verplegenden die trendsettend werken, als het gaat om het gebruik van medische mogelijkheden. Het voorbeeld van de chirurgen van het AMC die een test voorafgaand aan een operatie bepleiten, geeft aan dat ook in de gezondheidszorg verschillend wordt gedacht over het te voeren beleid. Dat is niet zo verwonderlijk, omdat de diversiteit aan politieke opvattingen die in de samenleving aanwezig is, ook binnen de gezondheidszorg een rol speelt. Ook medici hebben hun normen en waarden over seksualiteit en druggebruik. Hun verantwoordelijkheid is echter extra groot waar het het benutten van medische mogelijkheden betreft: de doorsnee patiënt is immers nog steeds geneigd, grote waarde te hechten aan het advies van "de dokter". De angst om het eigenbelang te schaden, weerhoudt mening patient ervan een verzoek of advies van een medicus af te wijzen. Zeker wanneer dit betekent, dat van verdere behandeling kan worden afgezien. De negatieve gevolgen van een positieve testuitslag worden dan gemakkelijk over het hoofd gezien. De vormgeving van het beleid dient dan ook niet in de relatie arts-patiënt, maar in de relatie gezondheidszorg-politiek te worden uitgevochten. De uitsluiting van Dr. Coutinho van de Amsterdamse GG en GD, dat hij vanuit de politiek verplicht testen niet tot zijn verantwoordelijkheid zal nemen en in dat geval zal opstappen, geeft één van de mogelijkheden aan om vanuit de gezondheidszorg druk op de politiek uit te oefenen." Daarbij vindt hij de hoogleraar gezondheidsrecht, prof. Roscam Abbing, aan zijn zijde. Intensivering van de Aidsbestrijding is noodzakelijk en gewenst; het middel daartoe is voorlichting en het bevorderen van gedragsverandering. De schaarse middelen zullen daar het hoogste rendement opleveren. ••

Noten

1. Diverse dagblad-artikelen en een T.V.interview in juni 1987.
2. Beleidsnotitie Aids Amsterdam, juni 1987.
3. Nota Inzake het Aids Beleid, ministerie van WVC, juli 1987.
4. G.J.P. van Griensven e.a., seksuele gedragsverandering in een groep op HIV-antistoffen geteste homoseksuele mannen, in: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65 (1987)nr. 11.
5. S.C. McCombie, The cultural compact of het "Aids-test": The American experience.
6. Aids info nr 21, 1987 pag. 3.

Phoenix ende alcoholist

"Help jezelf dan help je God" is een oud gezegde. Nu steeds minder mensen in Hem geloven moet je jezelf helpen door hulp aan elkaar.

Er zijn zelfhulpgroepen voor mensen die verslaafd zijn aan alcohol, eten, roken, medicijnen, drugs en gokken. Zelfhulpgroepen om een verlies te verwerken of een ontslag. Soms lijkt het wel of er ook zelfhulpgroepen zijn voor bijvoorbeeld burens van ouders van homofiele kinderen.

Eric Verkaar beschrijft wat een zelfhulpgroep succesvol maakt, en waarschuwt voor misbruik van zelfhulp door de overheid voor bezuinigingsdoeleinden.

Eric Verkaar, is werkzaam bij de studierichting algemene gezondheidszorg in Rotterdam

Wat maakt zelfhulpgroepen succesvol?



Zelfhulp is een verschijnsel dat in de laatste jaren sterk in de belangstelling staat. Met zelfhulp wordt die vorm van onderlinge hulpverlening bedoeld waarbij lotgenoten in groepen naar oplossing van de gezamenlijk ervaren problematiek zoeken, op basis van ervaringskennis. Daarbij gaat het meestal om psycho-sociale problemen. AA (Anonieme Alcoholisten) en VIO (Vrouwen In De Overgang) zijn twee bekende voorbeelden van zelfhulpgroeporganisaties. Ook op het terrein van lichamelijke gezondheid zijn verschillende zelfhulpgroepen actief, bijvoorbeeld op het gebied van (psycho-sociale) hulpverlening aan kankerpatiënten.

Op dit moment wordt er volop gediscussieerd over de vraag of de overheid deze nieuwe vorm van hulpverlening nu wel of niet moet ondersteunen en stimuleren, en - wat moeilijker is - op welke manier dat dan wel moet gebeuren.

Dat de overheid zelfhulpinitiatieven moet ondersteunen staat volgens mij buiten kijf. Zelfhulp heeft reeds lang haar waardevolheid bewezen. Ook recente publikaties wijzen erop dat zelfhulp een effectieve vorm van hulpverlening kan zijn. Het steun geven aan zelfhulpinitiatieven, door de overheid of anderen, is echter niet zonder gevaar. In dit artikel worden een aan-



Foto: Jan Lankveld

tal voorwaarden aangegeven waaronder deze ondersteuning op een verantwoorde wijze kan plaats vinden. Dat gebeurt aan de hand van de beschrijving van de ontwikkeling van twee zelfhulporganisaties, AA en Phoenix. Deze laatste organisatie richt zich op medicijnverslaafden in ons land.

Autonome institutionalisering

Van Harberden beschrijft in zijn boek "Zelfhulp bij Anonieme Alcoholisten" de ontwikkeling van deze zelfhulporganisatie." Ik zal kort ingaan op een aantal aspecten hiervan. De ontwikkeling van AA is te karakteriseren als een proces van *autonome institutionalisering*. Dat wil zeggen dat rondom de alcoholproblematiek een hulpverleningsinstelling is opgebouwd door de probleemdragers zelf, zonder noemenswaardige hulp van buiten af. Onder een instelling wordt in dit verband een sociaal handelings- en middelenpatroon rondom een bepaald probleem verstaan.¹

In 1935 komen twee alcoholisten (Bill en dr. Bob) in de Verenigde Staten tot de ontdekking dat het mogelijk is om door onderlinge steun de fles te laten staan. Hiermee begint de historie van AA, want vanaf dit moment ontstaan er in de VS vele AA zelfhulpgroepen. Na de tweede wereldoorlog

verspreidt AA zich buiten de VS en in 1948 kent Nederland zijn eerste groep. Anno 1986 schatte men dat AA wereldwijd anderhalf miljoen leden telt, verspreid over 118 landen, in meer dan 60.000 groepen. Daarbij bleek dat het mogelijk was om door onderlinge steun van de drank af te blijven: de onderlinge hulpverlening bleek effectief. AA had dan ook binnen korte tijd een hulpverleningsdoktrine waarin de helpende mechanismen waren vastgelegd: de zgn. Twaalf Stappen. Met het feit dat er een succesvolle hulpverleningsdoktrine was ontwikkeld die gericht was op een enorme groep probleemdragers had AA (onbewust) voldaan aan wat in de literatuur² wel de eerste voorwaarde genoemd wordt voor een succesvol institutionaliseringsproces: de probleemkonditie.

Een tweede voorwaarde voor een succesvolle institutionalisering is de steun vanuit de maatschappelijke omgeving. AA heeft van begin af aan op deze steun van haar omgeving kunnen rekenen. Veel medici, psychotherapeuten, kerken, bedrijven en massamedia ondersteunden AA op enigerlei wijze. Volgens Van Harberden komt dat doordat dit zelfhulpinitiatief nauw aansloot bij de Amerikaanse cultuur waarin de traditie om zich in clubs en verenigingen te organiseren, het pragmatisch denken, het wantrouwen in gevestigd gezag en het antihe-

donisme een belangrijke rol speelden. Mede hierdoor kon AA rekenen op veel goodwill vanuit de Amerikaanse samenleving.

Door een concrete en eenvoudige doelstelling (het onthouden van elke vorm van drankgebruik) en door het feit dat deze doelstelling door veel leden (zelf) gerealiseerd werd, groeide AA snel uit tot een grote organisatie. Met name het feit dat deze vorm van hulpverlening door de probleemdragers zelf gedragen werd en wordt, is een belangrijke voorwaarde voor de succesvolle institutionalisering geweest. Alleen hierdoor was een optimale overdracht van ervaringskennis mogelijk. AA bezat namelijk iets wat geen enkele andere hulpverlening voor alcoholverslaafden had: de eigen ervaring met alcoholverslaving én de persoonlijke kennis en ervaring om hieraan te ontsnappen. Het feit dat de achterban (alcoholverslaafden) zelf de organisatie vormde is een van de belangrijkste kondities geweest waaronder AA tot een succesvolle hulpverleningsinstantie kon uitgroeien.

Bij de ontwikkeling van AA heeft met name één van de oprichters (Bill) een belangrijke rol als leider vervuld. Hij heeft in belangrijke mate (mede) vorm gegeven aan AA. De aanwezigheid van een dergelijke leidersfiguur heeft ook een positieve bijdrage aan het institutionaliseringsproces van AA geleverd. Evenals het feit dat AA vanaf het begin het belang van communicatie heeft erkend om haar boodschap te verspreiden. Zij heeft dan ook enorme hoeveelheden publikaties op haar naam staan en heeft talloze malen vruchtbaar gebruik gemaakt van verschillende massamedia.

Geanticiperde institutionalisering

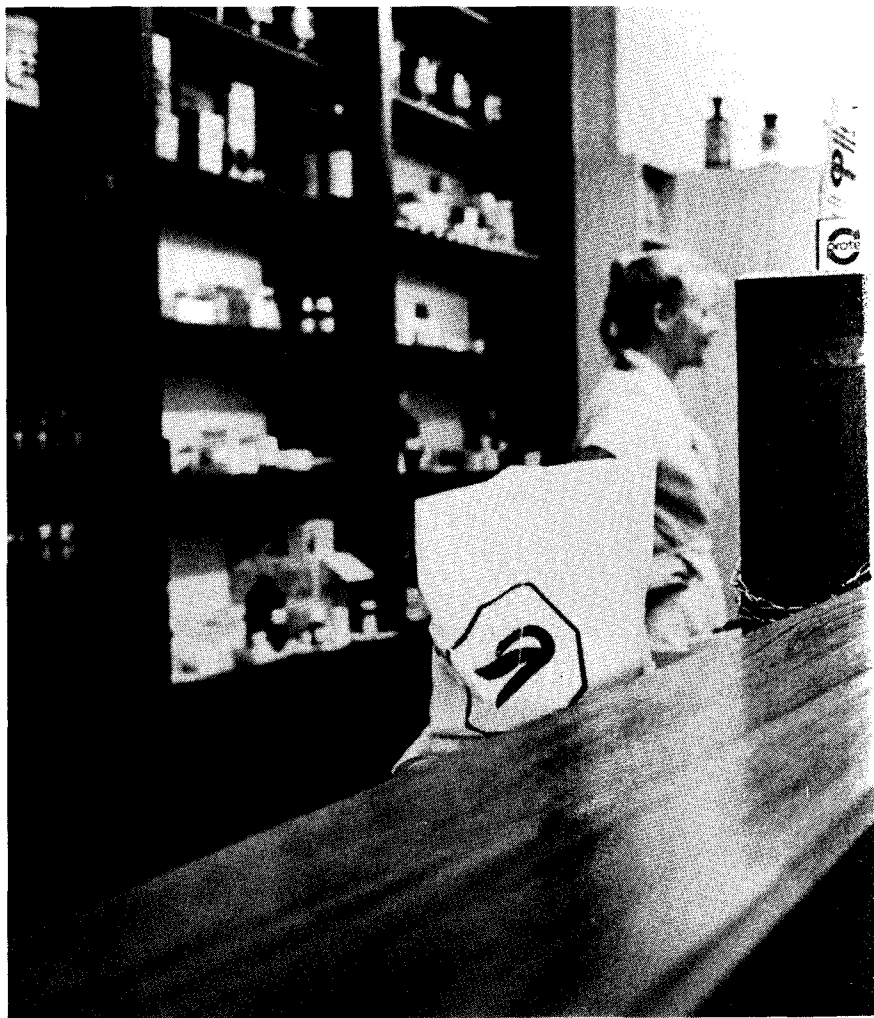
Phoenix is een betrekkelijk jong zelfhulpinitiatief voor mensen die verslaafd zijn aan tranquillizers. De ontwikkeling van deze vorm van zelfhulp is enigszins te kontrasteren met de reeds geschetste ontwikkeling van AA. Het gaat hierbij om een voorbeeld van wat Peper³ geanticiperde institutionalisering noemt: aan de ontwikkeling van Phoenix is in belangrijke mate door derden bijgedragen. Dit in tegenstelling tot de ontwikkeling van AA die geheel door de probleemdragers zelf is gedragen.

In 1972 gaat in Eindhoven een eerste zelfhulpgroep voor medicijnverslaafden van start, onder leiding van Elly Lambooy, die zich in het tijdschrift "Mensen van Nu" als kontaktpersoon voor lotgenoten had opgeworpen. Het succes van deze groep leidt ertoe dat de leden nieuwe groepen in heel Nederland willen gaan opzetten. Met medewerking van radio- en televisiepro-

gramma's worden leden en contactpersonen voor deze groepen geworven. Als organisatorisch kader voor deze groepen werd gekozen voor een Stichting onder de naam "Mensen van Nu". Een lang leven was deze Stichting echter niet beschoren want organisatorische en financiële problemen rond de verwerking van de vele hulpvragen leidden in 1976 tot de opheffing ervan." Na het verdwijnen van "Mensen van Nu" gingen mevrouw Lambooy en enkele anderen door met kleine zelfhulpgroepen op verscheidene plaatsen in het land. In het najaar van 1981 verschijnt het boekje "In plaats van pillen" van de hand van Elly Lambooy," waarin deze de hulpverleningsmethode beschrijft die zij de afgelopen jaren in de groepen heeft ontwikkeld. Deze methode geeft aan hoe het mogelijk is om door contact met lotgenoten aan de afhankelijkheid van tranquillizers te ontkomen.

Om de reacties die door deze publicatie werden opgeroepen op te vangen, zetten Elly Lambooy en een medewerkster van het Provinciaal Opbouworgaan Noord-Brabant (PON) een werkgroep op. Al snel trekt mevrouw Lambooy zich om persoonlijke redenen terug. Desalniettemin wordt eind 1982 door de stuwende kracht vanuit het PON de Stichting Phoenix een feit. Het opbouworgaan heeft voor ruimte, ondersteuning en subsidies gezorgd. In het kader van de WVM-maatregel worden twee part-time medewerkers aangesteld, met name voor het verrichten van organisatorische werkzaamheden. Vanaf 1982 zijn er 33 groepen van start gegaan. Eind 1985 waren er daarvan nog vijf actief. Zoals ik elders⁸ reeds vermeld heb kennen Phoenix-groepen een aantal problemen, naast het feit dat ze ook een aantal positieve resultaten boeken." Wat de problemen betreft doel ik op het feit dat ervaringskennis een te geringe rol speelt in het hulpverleningsproces en op het feit dat hierdoor de resultaten gering zijn. Ik ben dan ook van mening dat er sprake is van een moeizaam institutionaliseringsproces. Aan de hand van de reeds bekende institutionaliseringsvoorwaarden zal ik aangeven hoe dit verklaard kan worden.

Medicijnverslaving is in Nederland een aanzienlijk probleem. Hoewel de cijfers niet erg nauwkeurig zijn, schat men dat er in Nederland één miljoen frequente gebruikers zijn en dat tweehonderdduizend mensen daarvan min of meer verslaafd zijn⁹. Alles wijst er dan ook op dat er wat dit betreft een goede basis is voor een zelfhulpinitiatief als Phoenix. Ook de vele reacties die de vroegere Stichting Mensen van Nu te verwerken kreeg versterken dit vermoeden. Phoenix-groepen maken volgens de organisatie gebruik van de



Phoenix-methode, welke in 1981 door Elly Lambooy in haar boekje "In plaats van pillen" werd geïntroduceerd. Het blijkt echter dat er in de groepen maar heel weinig van deze methode gebruik gemaakt wordt.^{8,11} Deze bron van ervaringskennis blijft dan ook nagenoeg onaangesproken. Ik denk dat hier een eerste knelpunt ligt m.b.t. het institutionaliseringsproces.

De zelfhulpinitiatieven Phoenix en Mensen van Nu hebben van begin af aan steun ondervonden vanuit de Nederlandse samenleving. Onder andere de steun van het PON, de aandacht in de diverse media en de subsidies zijn hier bewijzen van. Het zelf oplossen van problemen past natuurlijk ook in een cultuur van emancipatie en (meer recentelijk) privatisering. Boze tongen beweren daarnaast dat de bezuinigingen op de gezondheids- en welzijnzorg, een welwillende houding jegens zelfhulp bepaald niet in de weg staan. Aan de andere kant kan van de professionele zorg niet gezegd worden dat ze zelfhulpinitiatieven met open armen ontvangt. Uit deze hoek zijn dan ook nogal wat skeptische geluiden te horen geweest, ook over Mensen van Nu en Phoenix. Wat zelfhulp in zijn algemeenheid betreft stellen Van Harberden en Raymakers¹² dat er sprake is van een welwillende, doch afwachtende houding vanuit de Nederlandse samenleving. Een ontbrekend overheidsbeleid past dan ook in dit plaatje.

Ik meen echter dat deze situatie geen remmende invloed heeft gehad op het institutionaliseringsproces van Phoenix. Dit gezien de grote hoeveelheid steun die men wél heeft ondervonden. Misschien heeft Phoenix wel te weinig steun uit haar omgeving ontvangen.

Zoals eerder reeds aan de orde is geweest, is de steun vanuit de achterban een noodzakelijke institutionaliseringvoorwaarde. In tegenstelling tot de AA wordt Phoenix-zelfhulp slechts in zeer beperkte mate door lotgenoten (d.w.z. ex-medicijnverslaafden) gedragen. Nadat mevrouw Larribé zich had teruggetrokken, bleef ook de organisatie van Phoenix slechts in zeer beperkte mate door ex-verslaafde over. Wanneer men hierbij het feit voegt dat het PON; een belangrijke rol bij de totstandkoming en ontwikkeling van Phoenix heeft gespeeld, ook in initiërende zin, dan rijst de vraag in hoeverre dit initiatief door de eigen achterban gedragen wordt. Het ontstane bouwwerk wordt in belangrijke mate gedragen door niet-lotgenoten, in vele gevallen (semi-) professionele hulpverleners en andere personen die uit de professionele zorgwereld afkomstig zijn.

Door dit gebrek aan steun vanuit de achterban is er een tekort aan ervaringskennis op het gebied van ontworpen stelling aan de medicijnverslaving; waardoor een groot deel van de reeds genoemde inhoudelijke problemen verklaard zijn.



Foto: Harry Meijer

Tot slot nog enkele opmerkingen over leiderschap en communicatie. Elly Lambooy trok de kar van de Stichting Mensen van Nu en vervulde hiermee zowel een functioneel als symbolisch leiderschap. Zij was de centrale figuur en drijvende kracht. Toen zij besloot niet langer bij de oprichting van Phoenix betrokken te willen zijn, viel er een niet onbelangrijke randvoorwaarde voor institutionalisering weg. Zij bleef echter wel via haar boeken een belangrijke voorbeeld-figuur voor veel groepsleden. Deze positie heeft echter nooit een formeel beslag gekregen. Mevrouw Lambooy zelf had graag een adviserende functie naar het bestuur toe willen vervullen. Om een aantal onduidelijke redenen is dat echter nooit gebeurd. Daarmee heeft Phoenix de kans gemist een belangrijke leidster voor haar organisatie te behouden, al was het maar in symbolische zin. Wat de mogelijkheden tot communicatie betreft heeft Phoenix weinig problemen ondervonden. Phoenix heeft verscheidene folders en affiches verspreid via verschillende kanalen en regelmatig verschijnen er in dag- en weekbladen artikelen over Phoenix-zelfhulp. Tot nu toe is er bewust gekozen voor een lokale en regionale verspreiding, daar waar groepen aanwezig waren of waar ze opgezet konden worden. Dit om een herhaling van de toeloop zoals bij Mensen van Nu te voorkomen.

De overheid en de zaakwaarnemer

Van Harberden konkludeert dat AA aan alle belangrijke institutionaliseringskenmerken heeft voldaan en dat hierdoor deze vorm van zelfhulp een groot succes kon worden. Wat Phoenix betreft ligt dat wat anders, maar dat is gezien het feit dat het om een betrekkelijk jong initiatief gaat niet erg verontrustend. Het is echter wel noodzakelijk om lering te trekken uit de inmiddels opgedane kennis omtrent het eigen functioneren. Kort samengevat heb ik de volgende knelpunten gesignaleerd: Allereerst wordt er te weinig gebruik gemaakt van een eensluitende probleemoplossende methode, hoewel deze wel voor handen is. Daarnaast berust het initiatief te weinig op de steun vanuit de achterban: niet lotgenoten hebben een wel erg grote rol gespeeld bij de ontwikkeling van Phoenix. Tenslotte heeft Phoenix kansen laten liggen om het symbolisch leiderschap van Elly Lambooy te behouden.

Uit de vergelijking tussen de institutionaliseringsprocessen van AA en Phoenix zijn een aantal conclusies te trekken over de rol van de overheid en de zaakwaarnemer bij anticipering op (toekomstige) institutionaliseringsprocessen van zelfhulpinitiatieven. Onder een zaakwaarnemer wordt in dit verband een persoon of organisatie verstaan die opkomt voor de belangen van een bepaalde groep in onze samenleving, zonder zelf tot die groep te behoren of zelfs zonder door die groep te zijn aangesteld. In het voorafgaande kan bijvoorbeeld het PON als een zaakwaarnemer worden gekenmerkt. Wanneer in de toekomst de overheid of een zaakwaarnemer (nieuwe) zelfhulpinitiatieven wil ondersteunen, dan zal men er in elk geval op moeten letten of er voldoende draagkracht (in figuurlijke zin) bij de achterban aanwezig is. Wanneer dat niet het geval is dan dient men in elk geval deze achterban te mobiliseren alvorens tot andere activiteit en te komen. Het kan echter ook zinvol zijn de vraag te stellen of zelfhulp wel een geschikte oplossing is voor een probleem. Wanneer de achterban niet te mobiliseren blijkt dan is zelfhulp beslist geen mogelijkheid om het probleem het hoofd te bieden! Het zijn namelijk enkel en alleen de (ex-) lotgenoten die de noodzakelijke ervaringskennis bezitten om de centrale problematiek op te lossen op de voor zelfhulp zo karakteristieke manier. Bij een eventuele steunverlening is het natuurlijk ook zinvol de andere genoemde institutionaliseringsvoorwaarden (grootte van de doelgroep; de aanwezigheid van een hulpverleningsdoktrine; steun vanuit de omgeving;

leiderschap en communicatie) in ogenschouw te nemen en zondig mede tot ontwikkeling te brengen. Tenslotte moet het begrip steun ook als steun opgevat worden: een zaakwaarnemer of de overheid moet niet - al dan niet uit eigenbelang - het initiatief gaan dragen. Want in dat geval is het zelfhulpinitiatief ten dode opgeschreven.

Steunpunten

Door te stellen dat steun aan zelfhulpinitiatieven noodzakelijk is maar dient te gebeuren onder een aantal randvoorwaarden, heb ik nog niet aangegeven hoe dat dan dient te gebeuren. Naar mijn mening dient de overheid een twee-sporen beleid te volgen. Aan de ene kant directe financiële steunverlening aan zelfhulpinitiatieven om activiteiten te kunnen ontplooiën en anderzijds financiële steunverlening aan zgn. steunpunten of clearinghouses. Vanuit zo'n steunpunt zouden nieuwe zelfhulpinitiatieven kunnen ontstaan en zouden bestaande zelfhulpinitiatieven geholpen kunnen worden bij allerlei problemen die zich voordoen. In België, Duitsland, Engeland en Australië bestaan dergelijke steunpunten reeds enige tijd. Bij het ontwikkelen van dergelijke steunpunten kan de keuze gemaakt worden tussen landelijke, regionale of lokale steunpunten. Ik denk dat deze keuze niet wezenlijk is, maar dat het veel belangrijker is dat op een dergelijk steunpunt ervaring aanwezig is met het opzetten van zelfhulpinitiatieven. Steunpunten zouden m.i. door bestaande en goed-functionerende zelfhulporganisaties gedragen moeten worden. Alleen dan kan het eigen karakter van zelfhulp tot zijn recht komen en hebben nieuwe initiatieven kans van slagen. Steunpunten waar bijvoorbeeld professionele of wetenschappelijke belangen een grote rol spelen, lijken mij garant te staan voor een inkapseling van zelfhulp in die belangen.

Op dit moment zijn er vanuit bestaande zelfhulpgroepen al enige initiatieven ontwikkeld om nieuwe collega-groepen te helpen. Het is alleszins zinvol om deze initiatieven te ondersteunen. Tot slot nog een waarschuwing. Wanneer de overheid of een andere instantie overgaat tot (met name financiële) steunverlening aan een zelfhulporganisatie, dan zal zij zeer voorzichtig moeten zijn met het stellen van voorwaarden. Ook van een nieuw zelfhulpinitiatief kan niet het onmogelijke verwacht worden. Eisen vanuit de financier, bijvoorbeeld op het gebied van resultaten, kunnen een natuurlijk institutionaliseringsproces in de weg staan, doordat de organisa-

tie geforceerd allerlei activiteit en gaat ontwikkelen die men feitelijk nog niet aankan. Phoenix is hierdoor bijvoorbeeld een beroep gaan doen op niet-ervaringsdeskundigen voor het begeleiden van haar groepen, omdat de eigen achterban nog niet voldoende was gemobiliseerd. Het mag dus onder geen beding zo zijn dat de financier (al dan niet direkt) invloed uitoefend op de activiteit en het beleid van een zelfhulporganisatie, omdat hierdoor hoe dan ook het eigen karakter van zelfhulp - en daarmee de helpende kracht - verloren gaat. ••

Noten

1. Harberden, P. van, Zelfhulp bij Anonieme Alcoholisten. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1986, pag. 251 e.v.
2. Geelen, K., Zelfhulp onder de loep. IVA, Tilburg, 1987.
3. idem als 1, pag. 25-47.
4. Peper, A., Vorming van welzijnsbeleid. Boom, Meppel, 1972, pag. 39 e.v.
5. Voorden, W. van, Institutionaliseren arbeidsmarktbeleid. 1975.
6. Dongen-Liebregts, J. van, De Stichting Mensen van Nu. In: P. van Harberden en R. Lafaille, Zelfhulp een nieuwe vorm van hulpverlening. VUGA, Den Haag, 1978.
7. Lambooy-Clabbers, E., In Plaats van pillen. Zomer en Keuning, Ede, 1981.
8. Verkaar, E., Het functioneren van Phoenix-zelfhulpgroepen. In: Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen, jrg. 12, 1986, nr. 3, pag. 108-114.
9. Verkaar, E. en J. Versteijnen, Levensverhalen als toetssteen. In: Welzijnsmaandblad, jrg. 40, 1986, nr. 8, pag. 14-19.
10. Lambooy-Clabbers, E., De Phoenix-groepen. In: R. Lafaille, Zelfhulptechnieken. Van Loghum Slaterus, Deventer/Antwerpen, 1983.
11. Repriëls, F. en A. Steenbrink, Het Phoenix-project: zelfhulpgroepen voor medicijnverslaafden. PON, Tilburg, 1987.
12. Harberden, P. van en T. Raymakers, Zelfhulp: de overheid en de zaakwaarnemer. In: Welzijnsmaandblad, jrg. 39, 1985, nr. 11., pag. 2-7.
13. Köbben, A., De Zaakwaarnemer. In: intermediair, jrg. 19, 1983, nr. 16, pag. 1-7.
14. Swartelé, F. Zelfhulp heeft de steun van een platform nodig. In: Welzijnsmaandblad, jrg. 38, 1984, nr. 11/12, pag. 25-31.

BEDRIJF:

De bedrijfsgezondheidszorg is een vergeten hoek van de gezondheidszorg. Bedrijfsartsen maken deel uit van een situatie die ze niet beheersen: zowel de bedrijfsleiding als de werknemers zijn beter georganiseerd dan de BGZ. De overheid heeft zich beperkt tot het verplicht stellen van een bedrijfsgezondheidsdienst voor een aantal grotere bedrijven. Met de inhoud van de zorg bemoeit de overheid zich niet of nauwelijks.

Op twee fronten heeft de BGZ het moeilijk. Het eerste probleem is dat bedrijven verschillende pakketten zorg in kunnen huren. De omvang en aard van die pakketten kan aanleiding tot discussie zijn en leidt ook tot steeds meer concurrentie. Zo worden de lucratieve onderdelen van de bedrijfsgezondheidszorg soms door commerciële ondernemingen aangeboden. Dit bedreigt de continuïteit van de werkzaamheden van de BGD'en.

Daarnaast is de inhoud van de bedrijfsgezondheidszorg sterk veranderd door een verbreding van het begrip gezondheid. Daaronder vallen nu ook zaken als mentale belasting en risico's van het werken met chemische stoffen. De medicus is daar niet bij uitstek voor opgeleid, daarom worden ook anderen zoals bedrijfshygiënist ingehuurd. De arts wordt in die situatie steeds meer manager dan iemand die zorg verstrekt. Een ontwikkeling die zich op dit ogenblik overigens ook in andere sectoren van de gezondheidszorg voltrekt.

Kortom: op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg is veel aan de hand. Een reden om er in een aantal artikelen

GEZONDHEIDS-

ZORG

aandacht aan te besteden. De aard van de gezondheidsbedreigingen komen daarbij in dit nummer niet aan de orde, hoewel er ook over dat aspect van de arbeid en gezondheid veel te zeggen valt. Denk aan nieuwe technologische ontwikkelingen, de gevaren van chemische stoffen en de toegenomen werkdruk..



Welke uitbreiding heeft de bedrijfsgezondheidszorg ondergaan en welke verschuiving vindt er plaats in de taken die ze uitvoert? *Rein van Doom*, zelf niet-medicus in een BGD, gaat in op de terreinverbreding van de BGZ. Hij laat zien dat artsen meer en meer moeten toestaan dat anderen dit terrein betreden.

Bedrijfsartsen zaten toch al tussen twee vuren, de werkgevers en de werknemers. Aan de hand van onderzoek onder bedrijfsartsen laat *Nico Plomp* zien dat ze het daar moeilijk mee hebben. Hij raadt hen aan strategischer te opereren in het bedrijfsstoernooi..

In een bedrijf zijn mensen niet primair cliënten of patiënten, maar werknemers. Als werknemers zijn ze beter georganiseerd dan de meeste patiënten, maar toch hebben zij het moeilijk als het erom gaat hun gezondheidsbelang te verdedigen. *Jan Kor!! de Gidts* laat dat zien, aan de hand van zijn ervaringen als cursus-leider arbeid en gezondheid.

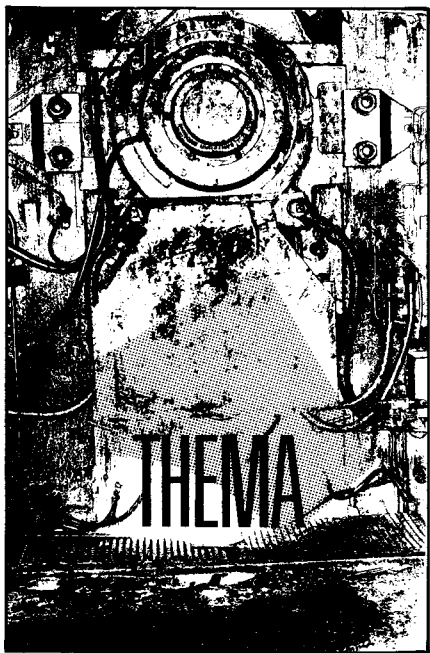
Karel Hulshoftenslotte kraakt een kritische noot over de commercialisering van de bedrijfsgezondheidszorg, waaruit blijkt dat de bedrijfsgezondheidszorg zelf steeds meer een "bedrijf" wordt.

Niet bij artsen alleen

De bedrijfsarts is er allang niet meer alleen om de slachtoffers van bedrijfsongevallen te verzorgen. Preventieve activiteiten maken een belangrijk deel uit van de bedrijfsgezondheidszorg. Het werk van de BGD is veranderd, er zijn andere deskundigen bijgekomen. Rein van Doorn laat zien dat bijvoorbeeld bedrijfshygiënist bij de bedrijfsgezondheidszorg betrokken zijn geraakt. Toch ligt de leiding nog in handen van de artsen. Is het nog slechts een kwestie van tijd dat de leiding in dit kleine medisch bolwerk door anderen wordt overgenomen?

Rein van Doorn, toxicoloog, is werkzaam bij de BGD Midden-Ijssel.

Veranderingen in de DGZ



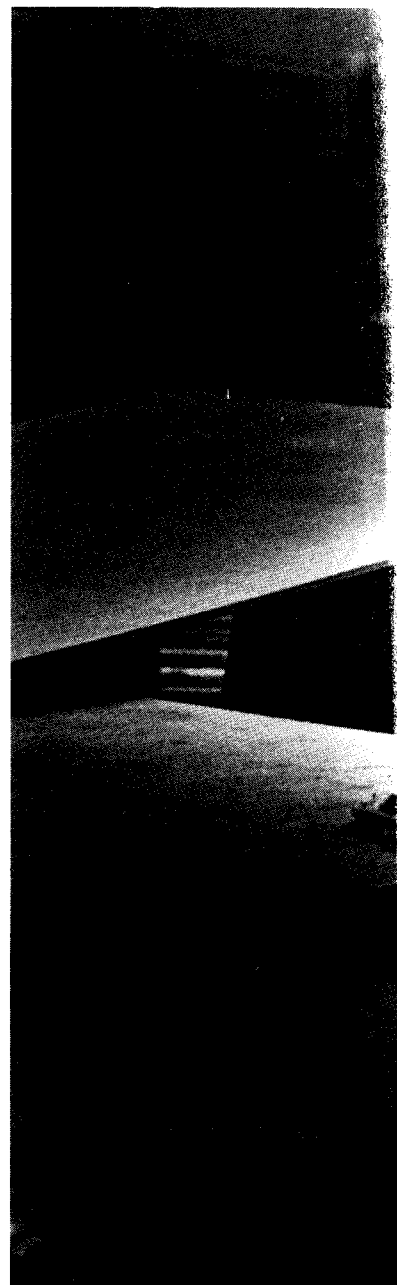
Gezondheidszorg in de Nederlandse industrie kwam voort uit "de nood der arbeiders". In het begin van deze eeuw waren de arbeidsomstandigheden slecht, kwamen er veel ongevallen voor en werden veel arbeiders het slachtoffer van tuberculose. Medici - zoals Samuel Coronel - verrichtten baanbrekend werk door daarover te rapporteren en voorzinningen en hygiëne te bepleiten. Sommige "sociale" bedrijven namen artsen in dienst. Het accent lag sterk op curatieve werkzaamheden zoals ongevalsbehandeling en tuberculosebestrijding. Verbetering van de gezondheid bleek zowel goed voor de arbeider als voor het bedrijf.

In 1928 werd de eerste bedrijfsgeneeskundige dienst opgericht bij Philips in Eindhoven. Later ontstonden ook bij andere grote bedrijven zogenaamde

enkelvoudige diensten. De bedrijfsartsen hielden zich behalve met curatieve taken ook bezig met het arbeidsmilieu. Onderzoek voerde men uit in samenwerking met technische afdelingen van de bedrijven. Daar beschikte men immers over meetmogelijkheden voor zaken als lawaai en stof op de werkplek. In navolging van de enkelvoudige diensten werden vooral na de Tweede Wereldoorlog zogenaamde gezamenlijke diensten opgericht. Een aantal veelal kleinere bedrijven nam gezamenlijk een of meerdere artsen in dienst voor geneeskundige zaken.

Overall waar artsen werkzaam zijn verschijnen korte tijd later verpleegkundigen. Bedrijfsverpleegkundigen (bvk's) werden inmiddels ook al zo'n vijftig jaar geleden geleden voor het eerst aangesteld in de industrie. Het werk bestond in eerste instantie uit het assisteren van de bedrijfsarts. Routinekussen en minder aantrekkelijk werk werd doorgeschoven naar de bvk. Destijds was het verschil tussen werken in een ziekenhuis en werken bij de BGD nog niet zo groot. De verhoudingen tussen arts en bvk waren hiërarchisch en het accent van het werk lag op de ongevalsbehandeling. Gaandeweg voltrok zich een accentverschuiving van curatieve naar preventieve gezondheidszorg. Tuberculose kwam bijna niet meer voor in de bedrijven en de ongevalsbehandeling verplaatste zich naar de ziekenhuizen. De verpleegkundige kreeg een groeiende zelfstandige taak via werkplekbezoeken en onderzoek van arbeidsomstandigheden.

De naam "bedrijfsgeneeskundige dienst" maakte plaats voor "bedrijfsgezondheidszorg" om aan te geven dat veel belang werd gehecht aan preventieve taken.



Eind zeventiger jaren trad een sterke kwantitatieve groei op in de bedrijfsgezondheidszorg. De bedrijfstak bouwnijverheid sloot zich collectief aan. Alle bouwvakkers kunnen sindsdien gebruik maken van de diensten van de BGD in hun regio. Er ontstond een landelijk sluitend netwerk van ongeveer honderd bedrijfsgezondheidsdiensten. Ongeveer vier op de tien werknemers genieten momenteel bedrijfsgezondheidszorg. Bedrijfsgezondheidsdiensten in Nederland verzorgen ieder voor zich een populatie van 10.000 tot 30.000 werknemers. Traditioneel zijn industriële bedrijven sterk vertegenwoordigd. Alleen voor bedrijven met meer dan 500 werknemers bestaat een wettelijke verplichting zich aan te sluiten bij een BGD (of er zelf een op te richten). Vele kleine bedrijven maken op vrijwillige basis gebruik van de diensten van BGD'en.

Meestal wordt door de aangesloten bedrijven een vereniging gevormd waarin de BGD wordt ondergebracht. Het bestuur van de vereniging bestaat

uit vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers. Men stelt een ledenprijs vast (circa 150 gulden per werknemer per jaar) waarmee de BGD gerund kan worden. Met een begroting van 2 tot 5 miljoen per jaar wordt personeel aangenomen, huisvesting betaald en apparatuur aangeschaft.

Een zaak voor technici

De kwalitatieve aspecten van bedrijfsgezondheidszorg hebben zich lange tijd vrijwel autonoom ontwikkeld. In de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet), waar een opsomming wordt gegeven van taken van een bedrijfsgezondheidsdienst, wordt het aan de BGD zelf overgelaten hoe invulling wordt gegeven aan "de bescherming en bevordering van de gezondheid van de werkende mens". Dat heeft ertoe geleid dat momenteel een scala van diensten wordt aangeboden aan de bedrijven. De onderlinge ver-

schillen tussen BGD'en zijn vrij groot. De werkzaamheden die vrijwel overal worden uitgevoerd zijn:

- aanstellingsonderzoek
- spreekuur
- werkplekbezoek
- werkplekonderzoek
- periodiek onderzoek
- begeleiding van langdurig zieken

Hoewel er in de arbeidsomstandighedenwet alleen sprake is van de bedrijfsarts, is de tijd van éénpersoonsdiensten lang voorbij. Zoals meestal loopt wetgeving achter bij de praktijk. Een moderne BGD maakt op grote schaal gebruik van multidisciplinaire samenwerking. Volgens een ruwe schatting is een-derde van het BGD-personeel bedrijfsarts. We treffen administratief en laboratoriumpersoneel aan, maar ook bedrijfsverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, arbeidshygiënisten, toxicologen, sociologen, veiligheidskundigen en psychologen. De intrede van de diverse gezondheidswerkers is een uitloeijsel van het streven naar deskundigheid en



kwaliteit. De "alwetende" dokter heeft wellicht eerder dan zijn cliëntele ingezien dat er grenzen zijn aan zijn/haar kennis. De bedrijfsgezondheidsdienst dient deskundig te zijn ten aanzien van de volgende zaken:

- arbeidsomstandighedenonderzoek en -advies
- medisch onderzoek
- organisatieadviezen

Vooraf op het gebied van het arbeidsomstandighedenonderzoek voltrokken zich ingrijpende veranderingen. De bedrijfsverpleegkundige is de voorpost en "het gezicht" van de BGD op de werkplek. Hij/zij signaleert knelpunten en is dikwijls een vraagbaak voor werknemers. Een en ander kan leiden tot het meten van klimaat, lawaai, trillingen, chemicaliën, straling, ergonomische adviezen en adviezen over persoonlijke beschermingsmiddelen. Oriënterend-onderzoek met eenvoudige meetapparatuur levert echter niet altijd de gewenste informatie. Al in het begin van deze eeuw ontstond in de Verenigde Staten een technisch/medische discipline die zich bezighield met signaleren, meten en evalueren van fysisch-chemische belastingsvormen op de werkplek: "industrial hygiene". Afgezien van enkele bedrijfshygiënist(en) in de (chemische) industrie kenden wij tot voor kort deze functionaris niet. Eigenlijk werd het werkplekonderzoek beschouwd als een zaak voor technici, zoals veiligheidstechnici. Maar hoe kan de bedrijfsarts de gezondheid van werknemers beschermen als hij/zij niet weet welke zaken de gezondheid bedreigen? De ervaring leerde dat het onderzoek van technici (voor zover aanwezig in de bedrijven) onvoldoende inzicht gaf in de risico's van het werk. Vooral door de ervaringen van de BGD West-Brabant die vier zogenaamde arbeidshygiënist(en) in dienst nam voor arbeidsomstandighedenonderzoek en -advies, werd eind zeventiger jaren de noodzaak voor BGD'en om over dergelijke deskundigen te beschikken steeds meer erkend. Deze hygiënist(en) leggen een verband tussen meetgegevens en gezondheid. Inmiddels kent Nederland zo'n honderd voornamelijk academisch opgeleide arbeidshygiënist(en), die grotendeels werkzaam zijn voor BGD'en.

Groene aanslag

De belangrijkste reden dat de arbeidshygiëne zo populair is bij bedrijfsgezondheidsdiensten is dat het een essentiële schakel vormt in de werkzaamheden van een BGD. Voor een goede aansluiting tussen werkplekbezoek en medisch onderzoek van werknemers is arbeidshygiënisch werkplekonderzoek onmisbaar. Een voorbeeld uit een grafisch bedrijf kan dit wellicht verduidelijken. Tijdens een werkplekbezoek benaderde een werknemer de bedrijfsverpleegkundige met de vraag of de groene aanslag

die tijdens het hardsolderen besloeg op zijn bril, schadelijk kon zijn voor de gezondheid. Het materiaal dat op zijn bril kwam, kwam immers waarschijnlijk ook in zijn longen terecht. De werkplekinventarisatie leerde dat bij het hardsolderen gebruik werd gemaakt van zilverpoeder. De werkzaamheden werden verricht in één grote ruimte. Kopergas met watermerk werd om een grote cilinder gespannen. Op de randen van het kopergas werd met een kwastje bevochtigd zilverpoeder aangebracht. Vervolgens werden de randen met behulp van een soldeerbrander aan elkaar gehecht. Hierbij trad rookontwikkeling op.

Allereerst was het zaak om informatie in te winnen bij de leverancier van het zilverpoeder. De samenstelling van poeder bepaalt immers de samenstelling van de rook. Dat bleek verre van eenvoudig. De leverancier wist niet precies hoe het poeder was samengesteld en verwees naar een producent in Duitsland. Na herhaald aandringen was de Duitse producent bereid om de informatie te verstrekken. Inmiddels had de BGD het poeder laten analyseren. De analyse kwam goed overeen met de opgave van de producent. Het zilverpoeder bestond grotendeels uit cadmium met daarnaast zilver en koper. Cadmium is aanwezig als vloeimiddel (het kookpunt van cadmium is veel lager dan van zilver of koper) wanneer het poeder wordt gesmolten verdampt cadmium gemakkelijk. Dit betekent dat de rook die bij het solderen vrijkomt grotendeels uit cadmium(oxyden) bestaat. De BGD deed metingen (personal sampling), waaruit bleek dat tijdens het solderen de grenswaarde voor cadmium vele malen werd overschreden.

De bevindingen werden op een rijtje gezet en het bedrijf werd dringend geadviseerd om na te gaan of er vervangingsmiddelen bestaan, op korte termijn lokale afzuiging toe te passen en een onderzoek uit te voeren naar eventuele gezondheidsschade bij de werknemers. Uit vervolgmetingen bleek dat de aangebrachte afzuiging effectief functioneerde. Het medisch onderzoek gaf aan dat er sprake was van verhoogde cadmiumconcentraties in de nieren van één van de werknemers; schade aan de gezondheid was echter niet aantoonbaar. Dit voorbeeld vormt een (zeer) beknopt verslag van arbeidshygiënisch onderzoek en leert het volgende:

- alleen bij voldoende kennis van werkplek en productieproces is gericht medisch onderzoek mogelijk
- verbetering van arbeidsomstandigheden vereist inzicht in de risico's van het werk
- preventieve gezondheidszorg in de bedrijven betekent meer adviseren (en daarvoor is inzicht in risico's en risicobeheersing nodig) en minder keuren.

Touwtrekkerij

De arbeidshygiëne is een wettelijk gebied, dat zowel door bedrijfsgezondheidsdiensten, als door bedrijfsveiligheidsdiensten wordt geclaimd. NVVK (Nederlandse Vereniging van Veiligheidskundigen) stelt zich daarbij uiterst kortzichtig en formeel op. Zij beroept zich op de taakomschrijving van de bedrijfsveiligheidsdienst in de arbeidsomstandighedenwet. In de praktijk wordt daar het arbeidsmilieu een aandachtsgebied van de veiligheidsdienst genoemd. Maar dit gebied is evenzeer voor de bedrijfsgezondheidsdienst. In plaats van te streven naar een zinloze monopolisering van het arbeidsomstandighedenonderzoek (wie's belang is dat?) zou de NVVK zich beter kunnen bezighouden met mogelijkheden tot samenwerking taakverdeling. De NVVA (Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne) en de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde) doen dit gelukkig wel. Men onderkent daar het belang van veiligheidskunde. Steeds meer BGD'en nemen veiligheidsdeskundigen in dienst. Hierdoor kan een integratie van deskundige diensten ontstaan, waarin diverse deskundigheden goed tot recht komen. Het arbeidsomstandighedenonderzoek is één van de aandachtssterreinen waar de bedrijfsgezondheidszorg haar grenzen bereikt.

Hoewel minder stormachtig zijn, zijn ook duidelijk ontwikkelingen op psychosociaal gebied. Steeds meer bedrijven drijven in de dienstverlening sluit zich aan bij de BGD. In dergelijke bedrijven speelt de arbeidshygiëne (nog) een geringe rol. Er zijn daarentegen wel nodige problemen met betrekking tot werksfeer, stress en communicatie. Wanneer dat leidt tot ziekte of arbeidsverzuim, worden stellingnamen en adviezen van de BGD verwacht. Bedrijven doen een groter beroep op psychosociale deskundigheid. Steeds meer BGD'en overwegen om bedrijfspsychologie aan te bieden aan hun leden. Anderen doen dat al.

Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de positie van de bedrijfsarts. De traditionele "huisarts aan het bedrijf" wordt organisatieadviseur, in industriële bedrijven vooral ondersteund door arbeidshygiënist(en) en kantoorbedrijven door maatschappelijk werk en psychologen. Wellicht dat in de toekomst de vraag beantwoordt wordt of geneeskunde de meest geschikte opleiding is voor de taak, waarvoor de "bedrijfsarts" wordt gevraagd. ••

Het brandalarm

Gezondheid op het werk is geen zaak waar de overheid hard voor loopt. Eén ding is er in elk geval onderhand wel geregeld: werknemers mogen voor hun eigen gezondheidsbelang opkomen. De overheid laat het hierbij afweten, de werknemers moeten het zelf doen. Daarbij kunnen ze best een steun in de rug gebruiken.

Scholing van ondernemingsraadsleden is een manier om de weerbaarheid te vergroten. Opkomen voor eigen gezondheidsbelang is volgens Jan Korff de Gidts iets wat mensen moeite kost, zelfs in de werkorganisatie, waar mensen toch gewend zijn voor hun belangen op te komen. Daarbij moetelt meer weerstanden worden overwonnen dan die van de werkgevers alleen.

Jan Korff de Gidts, chemicus, is zes jaar actief in de scholing van vakbonds- en ondernemingsraadsleden in het Instituut voor Medezeggenschap in Driebergen.

en de paperclip



Gezondheid op het werk

De paperclip

Juni 1987. Op de cursus van de ondernemingsraad van een groot chemisch bedrijf komt de apparatuur aan de orde, die aanwezig is in de centrale regelkamer. Er komen klachten van operators naar voren die betrekking blijken te hebben op het brandalarm. Op de gekste momenten gaat het alarm over, terwijl een controle telkens oplevert dat het loos alarm is. Maar toch knap vervelend als je werkt in een bedrijf met tienduizenden tonnen brandgevaarlijke chemicaliën in huis. En extra belastend als je in de krant lees over de branden en explosies op de Shell raffinaderij in Zuid Frankrijk en in de EN! opslagtanks van Napels.

Een operator wist wel raad toen herhaalde meldingen bij chef en bedrijfsleiding geen soelaas boven. Hij klemde een paperclipje tussen de alarmknop en het paneel, waardoor het alarm werd uitgeschakeld. Eén van de cursusdeelnemers zei daarop dat dit nou een goed voorbeeld was van "welzijn op de werkplek".

Welzijn! De spijker op de kop geslagen: hoe krijg je als operator die paperclip van je regelpaneel. Je wordt er toch voor betaald om je werk goed te kunnen doen?

De paperclip vereenvoudigt het welzijnsbegrip. Wie geeft in het bedrijf opdracht voor de reparatie van het brandalarmsysteem? Wat heb je als

operator te beslissen? Hoe krijg je verbeteringen in de werksituatie gerealiseerd?

In dit artikel besteed ik aandacht aan (actuele) kwesties op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn in bedrijven en de beperkte betekenis van de Arbowet vanuit de invalshoek van ondernemingsraden.

Een breed terrein

De afgelopen tien à twaalf jaar is de belangstelling voor kwesties rond veiligheid, gezondheid en welzijn (VGW) in bedrijven en instellingen behoorlijk gegroeid. In de zeventiger jaren bleek dat vooral uit de berichtgeving in kranten en via radio en t.v. *Spectaculaire branden en explosies* in petrochemische bedrijven (DSM, Shell, Akzo) zorgden voor stevig wat aandacht voor de veiligheid van dergelijke groot-schalige complexen dicht bij de bewoonde wereld. Tegelijkertijd werd discussie gevoerd over de interne veiligheid in bedrijven. Met name het jagen tijdens de revisiestops werd daarbij bekritiseerd. Onderzoek naar de oorzaken van grote ongelukken met brandbare stoffen leverde op dat men vrijwel altijd met betere technische voorzieningen en minder haast de ramp had kunnen voorkomen.

Giftige chemische stoffen kwamen in het nieuws vanwege de lange termijn effecten van jarenlange blootstelling. Kanker als beroepsziekte van asbestisoleerders op scheepswerven haalde in 1976 zelfs het NOS-journaal. De eerste t.v.-beelden van de maanmannetjes die met gifmaskers de Lekkerkerkse benzeenvaten uit de achtertuinen moesten opgraven maakten grote indruk op werknemers bij DSM die zelf zonder gifmaskers tot hun enkels in het giftige en kankerverwekkende benzeen hadden gewerkt. Hun reactie: Als dat spul zo gevaarlijk en giftig is, waarom heeft de bedrijfsleiding ons dan nooit ingelicht?

Gevaren van chemische stoffen vormden een ware katalysator voor vakbondsleden en hun bestuurders om in actie te komen. Op drukbezochte studieconferenties van vakbonden werden vele *onhoudbare werksituaties* aan de orde gesteld. In bedrijven startten vakbondsleden met eigerronderzoek, veelal ondersteund door studenten en wetenschappers die met de Industriebonden samenwerkten. Er kwamen handzame boekwerkjes als "Veilig op je werk" en "Beter werk".

Een nieuw tijdschrift voor arbeid en gezondheid, het "Risikobulletin" verscheen en creëerde een nieuw circuit onder de onderzoekers. Ook collega-vakbonden en ondernemingsraden werden actief en vroegen om een nieuwe wetgeving.



TNO vond bij één op de twee industriearbeiders tekenen van *gehoorschade*. Honderdduizenden arbeiders werkten onder een veel te hoog lawaainivo. Als wettelijke norm, zo zeiden wetenschappers, moet 80 decibel worden aanvaard. Lawaaidoofheid moest bovendien nu eens als beroepsziekte worden erkend. Ook de *slaap- en gezinsproblemen* die de *volcontinuïedienst* veroorzaakten kwamen in discussie. En er werd zelfs mede voor het realiseren van de 5-ploegendienst in de chemie gestaakt. Andere zaken waren ziekteverzuim, hoge werkdruk, onveilige machines, etc. etc...

Vele Kamervragen werden er gesteld, ook over het functioneren van de *Arbeidsinspectie*. Contacten binnen de bedrijven bleken door de Arbeidsinspectie vooral met de directie, bedrijfsartsen en veiligheidsfunctionarissen te worden gelegd. Onaangekondigde bedrijfsbezoeken vonden nauwelijks plaats en er was weinig kon-

tact tussen werknemers en functionarissen van de Arbeidsinspectie. Klachten van werknemers bij deze overheidsinstantie leverden weinig resultaat op. Binnen de dienst bleek dat ambtenaren zelf ook onvrede hadden met de wettelijke mogelijkheden en het functioneren van de Arbeidsinspectie.

Vele malen is de vinger gericht geweest op "Den Haag" om met nieuwe wettelijke regelingen enige orde op zaken te stellen. Wat heeft de Arbowet 7 jaar na totstandkoming voor werknemers opgeleverd?

Arbowet: geen breekijzer

Minister Albeda heeft bij de verdediging van de Arbowet in de Kamer het wetsontwerp een voor bedrijven revolutionaire verandering toegeschreven.



Foto: René de Wit

Toch heeft de Arbowet in mijn ogen geen breekijzerfunctie vervuld. Integendeel. De Arbowet heeft bij de totstandkoming de verwachtingen gewekt dat het nu wel eens eenvoudiger zou worden om slechte arbeidsomstandigheden in het bedrijf aan te pakken. Maar de praktijk leerde anders.

In honderden cursussen voor vakbondsleden en ondernemingsraden is de Arbowet op de agenda geweest en heeft hij tot ontuchtering geleid. Bij de behandeling ervan bleek telkens weer dat de Arbowet als raam- of kaderwet niet meer beschreef dan een aantal lijnen, die de leiding van het bedrijf of de instelling zou moeten volgen om het Arbobeleid tot stand te brengen (art. 4). Zij dienden dit te doen door middel van voorlichting (art. 6), werknemersverplichtingen (art. 12) en verslaglegging (art. 10). (zie kader) De voorzichtige gefaseerde en door werkgeversorganisaties en minister vertraagde invoering van de Arbowet

versterkte het idee dat de wet een wasen neus is. In 1980 zegde minister Albeda een geleidelijke invoering toe in 4 fasen van in totaal 8 jaar; we mogen blij zijn dat dit jaar de 2e fase van kracht wordt.

De belangrijkste pluspunten in de wet zijn gelegen in de nieuwe verbanden tussen ondernemingsraad en Arbeidsinspectie, met name door middel van het verzoek tot wetstoepassing (art. 40). De ondernemingsraad kan bij verschil van mening met de bedrijfsleiding de Arbeidsinspectie vragen een uitspraak te doen. Na het horen van beide partijen kan de Arbeidsinspectie nu ook een zogenaamde aanwijzing geven aan het bedrijf, waaraan ze een beoordeling geeft van de te nemen maatregelen.

De praktijk van de afgelopen jaren heeft echter laten zien dat er nauwelijks ondernemingsraden zijn die tot een dergelijke procedure durven over

De kern van de Arbowet

- * De directie moet een Arbobeleid ontwikkelen op basis van zowel de opgedane ervaringen in het bedrijf als de opvattingen over de stand van wetenschap en techniek en de bedrijfsgezondheidszorg.
- * De voorgeschreven middelen zijn:
 - vastleggen bevoegdheden en verantwoordelijkheden van leiding, chefs en werknemers
 - opstellen van veiligheidsvoorschriften
 - voorlichting geven aan werknemers
 - meldingsplicht voor ongevallen en beroepsziekten
 - maken van Arbojaarverslag voor het bedrijf
 - opstellen van Arbojaarplan (verplicht in de 3e fase 1989?)
- * Alle werknemers moeten zich houden aan de voorschriften en eventuele gevaren e.d. melden bij hun baas. Als de directeur zich aan de wettelijke verplichtingen houdt en er gebeurt toch wat, dan kan een werknemer of juist zijn baas erop worden aangesproken.
- * Directie en OR moeten samenwerken: d.w.z. Ondernemingsbesluiten met VGW-aspecten moeten aan de OR worden voorgelegd.
- * De OR/VGW-commissie krijgt tijd om eigen onderzoek te doen in het bedrijf, op cursus te gaan, alsmede de gelegenheid om de Arbeidsinspectie onder 4 ogen te spreken. De OR heeft tevens het recht om de Arbeidsinspectie te verzoeken voor een bepaalde kwestie de wet toe te passen.
- * De Arbowet is een kaderwet. Veel uitvoeringsbesluiten liggen nog te wachten op concrete invulling.

te gaan. Het in het verleden danig ge-deukte imago van de Arbeidsinspectie heeft hier nog veel mee te maken. De Arbeidsinspectie maakt bovendien zelf weinig „reklame” met verbeteringen, die door de Dienst worden bereikt, waarmee ze tevens de mogelijkheid onbenut laat de toon te zetten en zelf positie te kiezen.

Op het gebied van de uitvoeringsbesluiten, waarmee de Arbowet concreet voor verschillende onderwerpen wordt ingevuld, laten de minister en zijn Arbeidsinspectie ook kansen liggen.

Als *lawaainorm* is voorlopig tot 85 dB (A) i.p.v. 80 dB (A) vastgesteld. Dit als gevolg van druk van werkgeverskant in verband met de economische haalbaarheid. De sanering in het gebruik van *chemische stoffen* komt vooral van de kant van een ander ministerie, namelijk van de milieukant (VROM) en lijkt bij Sociale Zaken geen enkele prioriteit te hebben. Men loopt mee in de langzaam draaiende molen van de EEG.

Wanneer er Kamervragen worden gesteld over de zwaarte van in de industrie toegepaste 50 kg.-zakken, geeft de minister niet thuis. Het nodige onderzoek dat nog verricht moet worden, dient als excuus. Deze blunder van de minister, ingefluisterd door zijn eigen Arbeidsinspectie, wordt duidelijk als de gezamenlijke bedrijfsartsen uit de bouw protesteren en vaststellen dat dit onderzoek reeds is geschied en een 25 kg.-zak het maximum mag zijn. Een half jaar later staat de minister met zijn gehele dienst in zijn hemd wanneer tussen werkgevers- en werknemersorganisaties in de bouw een CAO wordt afgesloten waarin de 50 kg.-zak wordt uitgebannen.

Het wachten is ook nog steeds op het van kracht worden van bepalingen waarin het recht van werknemers wordt geregeld op onderzoek en advies van een goede bedrijfsarts. Nog altijd kent grofweg zo'n 2/3 van de werknemers *geen bedrijfsarts* in het bedrijf.

Bij dit alles moet wel gezegd worden dat het werk van de ambtenaren van de Arbeidsinspectie, met name die in de Buitendienst, er niet eenvoudiger op is geworden. Juist toen er enkele jaren terug uitzicht was op een uitbreiding van 200 man, werd dat door de eerste bezuinigingsgolf in ambtenarenland verhinderd. De uitbreiding verdween als sneeuw voor de zon. Met grote moeite kan nog een deel gerealiseerd worden.

Verder bestond er tien jaar geleden al fiks wat onrust in de gelederen over de autoritaire verhoudingen, de koninkrijkes in de districten, de stroeve communicatie tussen de districten en Den Haag. Anno 1987 lijkt het ondanks een reorganisatiebeweging er niet beter op geworden. Het Stoomwezen wordt geprivatiseerd. Het aantal districten wordt inmiddels van 10 naar 9 en binnenkort naar 8 teruggebracht. Vacatures worden maandenlang niet vervuld. En het aantal bedrijven per technisch ambtenaar is nauwelijks verminderd, terwijl de taken sterk zijn uitgebreid. Inspecteurs krijgen bijvoorbeeld opdracht geen bijdragen meer te verlenen aan cursussen voor OR/VGW-kommissies, omdat "het niet hoort bij het takenpakket".



Het is een teken aan de wand dat de personeelsvertegenwoordiging, de Dienstcommissie van de Arbeidsinspectie, het overleg met de ambtelijke top heeft opgeschort omdat ze geen uitzicht meer heeft op reëel overleg. Bij wie moet deze personeelsvertegenwoordiging zelf, trouwens terecht met klachten over werkdruk en arbeidsomstandigheden? En wat moet er gebeuren in de steeds ingewikkelder arbeidssituatie? Er is alles bij elkaar reden genoeg voor een sterker overheidsoptreden bij de Arbeidsinspectie.

Nieuwe beroepsziekten

Geïsoleerde éénmans-arbeid in het bedrijfsleven neemt sterk toe en wettelijke bepalingen zijn broodnodig. Dat geldt zowel voor de 's nachts opgeroepen storingsmonteur die een automatisch alarm in de stroomvoorziening moet zien te verhelpen als voor de operator die in zijn eentje de ronde doet

langs de tanks en de apparatuur. Wat gebeurt er als hem wat overkomt? In zelfde geldt voor de nachtwacht in een verpleeghuis. In gevallen moet een norm komen voor de minimale bezetting en de technische communicatiemiddelen die ter beschikking staan om een dam te kunnen opwerpen tot besparingen.

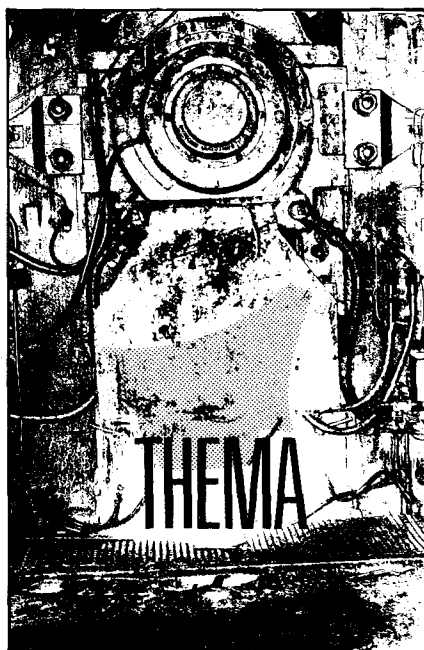
Rond 1990 zijn er naar schatting 700.000 tot 800.000 werknemers en werknemers aan *beeldschermen* aan het werk. Juist nu kunnen er kwalitatieve eisen gesteld worden aan de inhoud van automatisering overgebleven arbeidplaatsen en de arbeidsomstandigheden ervan. Een vooruitziend beleid zou inhouden dat er in de toekomst meer arbeidsplaatsen dan nu gekleinmerkt kunnen worden door het uitvoeren van voor werknemers zinvolle en complexe taken. En dan is er méér nodig dan een voorlichtingsblad over beeldschermapparatuur.

Inmiddels heeft zich reeds de eerste *beroepsziekte onder datatypistes* aan-



gekondigd ten gevolge van een te hoog toetsenbord en een verkeerde werkhouding: een ontsteking van de pees-schede in de onderarm, in de wandelgang bekend als de "tennisarm"! Zouden er zoveel mensen tennissen?

Er is op dit punt één wettelijke bepaling waar ik wel veel van verwacht, namelijk de wettelijke registratie- en meldingsplicht voor ongevallen en beroepsziekten. Nederland loopt wat dit betreft vergeleken met West- en Noord-Europa enige tientallen jaren achter. (Het laatste bericht over de 2e fase is overigens dat het toch weer 1988 wordt). Het is niet verwonderlijk dat de aandacht voor beroepsziekten nog altijd spaarzaam is want wat er nu wordt geregistreerd en gemeld is het topje van een treunige ijsberg. In de ons omringende landen wordt tien à twintig maal zoveel beroepsziekten gemeld, wanneer we de cijfers vergelijken per miljoen werknemers. Het topje van onze ijsberg wordt bij het



CBS geregistreerd en bedraagt 500 à 800 gevallen per jaar.

In Zweden zijn drie oorzaken verantwoordelijk voor meer dan 80% van de gemelde beroepsziekten. Verrassenderwijs is monotone arbeid/foutieve belasting koploper. Gevolgen van chemische stoffen en asbest, alsmede de beroepshardhorendheid als gevolg van lawaai zijn goede tweede en derde. Het Finse register geeft aan dat 1/3 van de beroepsziekten bij vrouwen huidaandoeningen betreft, vooral bij schoonmaaksters en keukenpersoneel, veroorzaakt door schoonmaak- en afwasmiddelen. Beroepshardhorendheid komt veel meer voor bij mannen dan bij vrouwen, terwijl een serie beroepsziekten ten gevolge van monotone en repetitieve arbeid (tendovaginitis, peritendinitis, epicondylitis, aha de tennisarm!) bij vrouwen meer voorkomen.

In Nederland hebben fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar de nieuwe markt van beroepsaandoeningen al ontdekt. Mooie folders komen het laatste jaar meer en meer op de directietafels terecht waarin het aanbod wordt gedaan met behulp van video-beelden werknemers de juiste werkhouding aan te leren. Daar is natuurlijk weinig op tegen, maar het wordt wel te bont wanneer het bij het aanpakken van de poppetjes wordt gelaten. Beter afgestelde apparatuur, nieuwe en dus lagere beeldschermtafels, lichtere cementzakken, gewichtloze heffers en andere technische hulpmiddelen zijn brood- en broodnodig. Tiiinstructies bijvoorbeeld in de bouw of in ziekenhuizen zijn lapmiddelen gebleken wanneer niet tegelijkertijd naar de organisatie wordt gekeken. Welke verpleegkundigen tillen nog een patiënt met z'n tweeën, zoals is voorgeschreven. Wat doe je als je er alléén voor staat? Wordt het geen tijd dat er een moderne stalen verpleegster wordt ontworpen, die ook de zaal nog in kan?

In Finland is de trend signaleerd dat er een toename zal optreden in het aantal gediagnostiseerde beroepsziekten, omdat de kennis over de typen en de oorzaken van beroepsziekten bij veel artsen en paramedici toeneemt. Lezers, maak uw borst maar nat!

Arbowet: bliksemafleider?

Het zou erop kunnen lijken dat ik alle heil verwacht van wettelijke bepalingen uit het Haagse. Dat is niet het geval. In mijn praktijk als cursusleider voor ondernemingsraden blijkt dat dergelijke verwachtingen wel vaak bestaan bij werknemers.

Vooral wanneer het hele specifieke kwesties betreft, ben ik geneigd om te

bezien of een ondernemingsraad in een wettelijke bepaling steun kan vinden om een eigen koers in het bedrijf uit te zetten. Ik zet de Haagse discussie dus op zijn kop: pas bij kwesties die actueel zijn in het bedrijf en die door de personeelsvertegenwoordiging worden aangepakt is wettelijke steun een extra pluspunt bij het bepalen van prioriteiten.

Hèt probleem van ondernemingsraden in een bedrijf is dat ze als serieus gesprekspartner beschouwd willen worden. En de Arboret is daarbij maar van beperkte waarde: vertrouwen in een nieuwe wet leidt niet automatisch tot verbeteringen in het bedrijf. De OR wordt alleen serieus genomen als ze vertrouwt op eigen kracht en kennis van het eigen bedrijf. Een ondernemingsraad die zichzelf serieus presenteert en haar voorstellen voor verbetering met argumenten en steun kracht kan bijzetten, heeft invloed. En daarmee is een OR weer terug bij af: ze zal zelf een positie in het bedrijf moeten opbouwen op basis van geboekte resultaten en afgedwongen respect. Zo werkt het krachtenveld in een bedrijf nu eenmaal en in deze zin heeft de Arboret heel wat jaren als bliksemafleider gewerkt..

Het in de inzet beschreven waargebeurde verhaal over de paperclip en de organisatie in het bedrijf, geeft aardig weer waar het om gaat. Er wordt geïmproviseerd, véél geïmproviseerd in bedrijven en instellingen. Er staan maar beperkte middelen ter beschikking. En apparatuur kan net zoals een mens een keer falen. Maar je moet de risico's wel verkleinen, zo je wilt als OR systematisch aanpakken: stappen zetten wanneer je vindt dat de maat nu vol is. *"Dat een paperclip in een brandalarm-systeem niet kan in een bedrijf en dat het te dol is dat we ons daar nog druk over moeten maken. Kan dit niet snel geregeld worden? U wilt als directeur toch niet dat we hiervoor de Arbeidsinspectie opbellen? Ze lachten ons uit en bovendien vertelden ze ons er bij dat het verboden is volgens art. 12 van de Arboret om signaleringen en beveiligingen uit te schakelen. Maar dat wisten u en wij ook wel. Dus, wat wilt u?"*

Initiatieven

Het eigen initiatief van ondernemingsraden is op het gebied van arbeidsomstandigheden de laatste jaren sterk toegenomen. Met name in de industrie vormden ondernemingsraden vaste commissies voor veiligheid, gezondheid (el). welzijn (VGW-commissies) die voorbereidend werk uitvoeren voor het overleg met de directie.

1. De OR van een kantoor van 100 mensen en een opleidingscentrum met

een capaciteit van 200 cursisten kaartte de brandpreventie aan. Tweehonderd extra mensen in het gebouw is een extra risicogroep als er brand mocht uitbreken. Brandmeldingsprocedures werden doorgelicht en het aantal EHBO-ers werd uitgebreid. Voorbereidingen werden getroffen voor een ontruimingsoefening.

2. De regionale OR van de Spoorwegen in Rotterdam lukte het in nauwe samenwerking met de Vervoersbond om met de bedrijfsleiding afspraken te maken over hoe te handelen bij het werken op emplacements met vervuilde grond (meldingsprocedure, maskers). Belangrijk was ook dat een al langer levende wens van het personeel, n.l. een nieuw onderkomen met doucheruimten nu gerealiseerd werd.

Resultaat na bijna 3 jaar trekken en duwen in de grote organisatie van N.S.

3. De OR van een chemicaliënbedrijf wist gedaan te krijgen dat een onderzoek werd verricht naar de werkomstandigheden in een fabriek.. Er kwamen 120 punten aan het licht, waarvan 30 punten de toets van de Arboret en het Veiligheidsbesluit. Fabrieken en Werkplaatsen niet konden doorstaan. De OR/VGW-commissie bekeek al deze punten en deed een voorstel voor aanpak aan de directeur. Afspraken werden gemaakt.

4. De VGW-commissie van een ziekenhuis stuitte tijdens een rondgang op een gevaarlijke werksituatie in de beddencentrale. Werde eerst de zaak gebagatelliseerd, toen later de Arbeidsinspectie achter de VGW-commissie ging staan en de apparatuur afkeurde, was de kogel door de kerk. Er staat nu nieuwe apparatuur en die werkt gandioos!

5. De VGW-commissie van een groot laboratorium ontdekte tijdens een cursus dat op andere laboratoria prima afzuiginstallaties op de preparererafdelingen functioneerden, die op hun eigen lab niet te bekennen waren. Ze vroeg de rapportage op waarin het omgaan met het giftige formaline werd beschreven. Er werden metingen uitgevoerd en de afzuiging werd verbeterd.

Op veel plaatsen zijn OR/VGW-commissies experimenteel aan het uitzoeken welke stappen voor verbeteringen het meeste effect hebben. Het werkterrein is breed, maar het komt in beweging. Al is het maar doordat een paperclipje verwijderd wordt. Wie volgt? ■

Tussen de raderen

Er heerst malaise bij de bedrijfsgezondheidszorg. Bedrijfsartsen bevinden zich in een situatie die ze niet gewend zijn. Werkgevers stellen heel uiteenlopende eisen en ook werknemers verwachten meer dan vroeger. Elk bedrijf is een toernooiveld met eigen karakteristieken en de arts staat er wat onwennig tussen. Het ontbreekt de bedrijfsgezondheidsdiensten aan duidelijke strategie, betoogt Nico Plomp. Hij stelt voor dat ze een eigen strijddoel formuleren en zich strategischer opstellen.

Nico Plomp, socioloog, is werkzaam bij de Vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam.



De positie van bedrijfsartsen

Wat is er mis met de bedrijfsgezondheidszorg?

Ogenscheinlijk gaat het de bedrijfsgezondheidszorg de laatste twee decennia voor de wind. Tussen 1913 en 1985 nam het aantal bedrijfsartsen toe met 90% tot 949. Het aantal werknemers dat door bedrijfsgezondheidszorg wordt bereikt, bedraagt nu 1,7 miljoen: een stijging van 65% ten opzichte van 1973.¹ De ARBO-wet (Arbeidsomstandighedenwet), die op 1 januari 1983 in werking trad, verbeterde de rechtspositie van de bedrijfsarts in de onderneming. De onafhankelijkheid van de bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) werd tevens versterkt doordat het verplicht werd van adviezen aan de directie voortaan ook een copie te zenden aan werknemersvertegenwoordigers (Ondernemingsraad of ARBO-commissie). Verder is de grens waarbij industriële ondernemingen verplicht zijn een BGD aan zich te verbinden in 1982 van 750 naar 500 werknemers verlegd en valt sinds juni 1985 ook het personeel van overheidsinstellingen onder de ARBO-wet.

Toch heerst er geen grote tevredenheid of optimisme onder bedrijfsartsen. Dit bleek ondermeer uit de voordracht die de vice-voorzitter van de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde) Lindeboom hield tijdens de bedrijfsgeneeskundige dagen van dit jaar die als thema hadden "De toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg".² Hij was bezorgd, niet zozeer over de kwantitatieve ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ), maar vooral over de kwaliteit en doeltreffendheid ervan. De dienstverlening moet, zo zei hij, meer afgestemd worden op de behoeften van de afnemers (werkgevers en werknemers); er is sprake van concurrentie vanuit andere disciplines (veiligheidskunde, verzekeringsgeneeskunde); er ontbreekt een centraal aanspreekpunt in de BGZ voor werkgevers, werknemers en overheid. Tenslotte zouden de in de BGD gebruikelijke methodieken en instrumenten meer op hun effect en doelmatigheid moeten worden beoordeeld.

In deze bijdrage wil ik ingaan op de achtergronden van deze crisis van de BGZ, die wel een identiteitscrisis wordt genoemd.

Eisen van werkgevers

Ik denk dat de reden voor de zelfkritiek binnen de 40-jarige NVAB niet primair gezocht moet worden in dramatisch kwaliteitsverlies van de BGZ zelf. Veranderingen in de omgeving van de BGZ, en met name in de opstelling van de *werkgevers*, op nationaal en bedrijfsniveau, zijn belangrijker.

De werkgevers hebben zich tegenover de BGZ jarenlang met gematigde welwillendheid 'opgesteld, al spraken sommigen liever over onverschilligheid. Maar de economische recessie van de afgelopen jaren in het bedrijfsleven en het klimaat van wat wel de "nieuwe zakelijkheid" of meer populair de "no-nonsense aanpak" wordt genoemd, leidt bij de werkgevers tot een scherper oog voor de kosten-baten-balans van de BGZ, waarvan zij nog steeds de volledige kosten dragen. Wat betreft de batenkant moet er kritischer gekeken worden naar de rol die een BGD kan spelen bij het bestrijden en begeleiden van ziekteverzuim en de bijdrage die de BGD's kunnen leveren aan de uitvoering van de ARBO-wet en de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW). De BGZ moet, volgens een nota van de Algemeen Werkgevers Vereniging, "een instrument zijn tot het ontwikkelen van sociaal beleid dat moet inspelen op vernieuwing van de technische en commerciële kant van de onderneming. Dit houdt in dat rekening gehouden moet worden met de belangen van de ondernemingen en dat men bereid moet zijn, als de situatie dat vraagt alternatieve oplossingen aan te reiken".¹ De werkgeversvereniging stelt dat er meer aandacht besteed moet worden aan het management van de BGD (ook anderen dan artsen zouden deel uit moeten maken van de leiding van BGD's); er is bezwaar tegen basispakketten die bedrijven contractueel van BGD's moeten afnemen; commerciële instanties die zich aanbieden op de BGZ-markt (vaak voor het doen van keuringen) moeten met rust worden gelaten.

Ook de overheid is de laatste jaren minder geneigd de bedrijfsgezondheidszorg te beschermen en te propagieren. Het Directoraat Generaal van de Arbeid stelt kwaliteitsbevordering van de BGD's voorop.² Uitbreiding van de werkingssfeer van de ARBO-wet en de gefaseerde invoering van de ARBO-wet blijven uit of gaan veel langzamer dan aanvankelijk toegezegd.

Verskillende rollen

Ook uit mijn onderzoek naar ervaringen en verwachtingen met BGD's binnen ondernemingen bleek een kritische opstelling van werkgevers tegenover de BGZ.³ Bedrijven zijn min-

der bereid te doen "wat de dokter zegt"; men wil zich meer bezighouden met de wijze waarop de BGZ wordt uitgevoerd. De verwachtingen ten aanzien van de BGZ lopen per bedrijf nogal uiteen. Hetzelfde geldt trouwens de gezondheidkundige problematiek en de omstandigheden waarbinnen een BGD moet functioneren.

Er zijn bedrijven waar men bedrijfsartsen een zeer beperkte taak toedient: zij dienen zich bezig te houden met aanstellingskeuringen, medische problemen rond het functioneren van werknemers en vooral met verzuimbegeleiding (-bestrijding). Dit alles op de manier die het bedrijf het beste toeschijnt. Bemoeienis met werkomstandigheden, laat staan beleid, wordt niet op prijs gesteld en in één bedrijf wisten men zelfs geen BGD-vertegenwoordigers toe te laten in de veiligheidscommissie ("als er iets medisch is, dan vragen we het de dokter wel"). Kenmerkend voor deze bedrijven is de sterke nadruk die wordt gelegd op de hiërarchische lijnen. Het zijn vooral bedrijven waar massa-productie plaatsvindt, met relatief laag geschoold personeel. Kenmerkend is ook een relatief hoog ziekteverzuim en personeelsverloop, terwijl een sociaal beleid ontbreekt of sterk op beheersing is gericht.

Er zijn echter ook bedrijven waar een zeer brede inbreng van de BGD wordt verwacht. Bij reorganisaties, investeringen en milieukwesties wordt een opinie verwacht. De BGD dient te participeren in allerlei overlevingsvormen tot aan het managementteam toe: het management vindt veilige en gezonde omstandigheden belangrijk. Deze bedrijven hebben meestal relatief hoog geschoold personeel én laag verzuim. Er zijn vaak toxicologische risico's. Aan het eindproduct worden doorgaans hoge kwalitatieve eisen gesteld. De betrokkenheid en belangstelling van het management bij de bedrijfsgezondheidszorg komt niet primair voort uit de drang naar kostenbeheersing, maar vooral uit het besef dat veiligheid en gezondheid bij een verantwoord lange termijn beleid belangrijke items zijn in deze bedrijven. Deze bedrijven vormen voor de BGD een gunstige omgeving.

In de beide zojuist geschetste ideaaltypische bedrijfssituaties hadden bedrijfsartsen moeite met hun rol, zo bleek uit mijn onderzoek. Waar slechts een beperkte inbreng werd verwacht, achtte men zich beknot in zijn mogelijkheden en werd bemoeienis met het BGD-werk als inbreuk beschouwd op de eigen professionele autonomie. Waar een ruime inbreng van de BGD verwacht werd, voelden bedrijfsartsen zich tekort schieten in hun kennis en deskundigheid en wilden zij zich geen verantwoordelijkheid laten opdringen

voor zaken die vooral het management aangingen. In beide gevallen vond dat men zich te zeer met het belang moest identificeren.

Malaise

Juist in situaties waarin de afname van de BGZ, werkgevers maar ook werknemers, zich gaan interesseren voor of bemoeien met de inhoud van de aangeboden zorg; den een tweetal dilemma's duiden.

Allereerst is er het dilemma van de *professionele oruifhankelijkheid* die men in acht dient te nemen. Het is dienstbaarheid jegens werkgovernende werknemers, waarmee het nut, de lang van BGZ wordt gerechtvaardigd.

De autonomie-aanspraken van bedrijfsartsen zijn gebaseerd op de specifieke deskundigheid die hen is toegeschreven (en die leken nagaan) en op de ethische standaard die hij bij zijn beroepsmatig handelen in acht dient te nemen. Het dilemma is niet waarneembaar wanneer bedrijfsartsen en cliënten hetzelfde nastreven of wanneer de cliënt het aan de (professional) overlaat wat er moet gebeuren. Maar wanneer cliënten (werkgevers en werknemers) in toenemende mate zelf willen aangeven wat er gedaan moet worden en hoe, en daarbij naast gezondheidkundige andere motieven hebben, wordt het dilemma zichtbaar. Duidelijk wordt dat gezondheid niet slechts economische waarde op zich heeft, maar ook economische waarde, en dat het tussen werkgevers en werknemers een verwerp van onderhandeling kan zijn.

Bedrijfsartsen vinden het vaak moeilijk hun positie te bepalen. Wanneer hun werk inzet wordt van tegenstellingen tussen werkgever en werknemer, ze zijn geneigd zich afzijdig te houden en zich te beroepen op hun autonomie. Zij vermijden het door te uitspreken over zaken die gevoelig zijn, of schipperen tussen de verschillende verwachtingen die aan hen gesteld worden. Gevolg is onduidelijkheid bij hun rolpartners in het bedrijf over wat van een BGD te verwachten is en wat zij kan, zodat niemand de BGD meer ergens op kan aanspreken.

Het tweede dilemma waarvoor bedrijfsartsen komen te staan wanneer werkgevers (en ook werknemers) de actiever ten aanzien van hen gaan optellen is dat tussen de *beperkte kennis* waarover zij beroepshalve beschikken en de complexiteit en omvang van de zeer uiteenlopende problematiek waarvoor van hen een bijdrage wordt verwacht. Bedrijfsartsen kunnen worden geconfronteerd met vragen als "wat zijn de effecten van stof X op de lange termijn", "hoe dienen wij het verzuim aan te pakken", "zijn deze machines gezondheidkundig verantwoord", vragen waarmee zij op grond

van hun kennis geen raad weten. Ze kunnen niet de zekerheid bieden die van hen verwacht wordt.

Beide dilemma's vormen de achtergrond van het malaise gevoel dat in de bedrijfsgezondheidszorg is waar te nemen. Duidelijk blijkt dit ook uit het onderzoek van Winter en Dijkstra, die ruim 500 bedrijfsartsen enquêteerden; de meesten brachten niet regelmatig adviezen uit aan hun directies, en meer dan de helft was niet tevreden over het resultaat van de adviezen. De zwakte van bedrijfsartsen is gelegen in hun gebrek aan inzicht in veranderingsstrategisch handelen, concludeerden de beide onderzoekers."

Het bedrijfstoemooi

Hoe lastig en mogelijk deprimerend de bemoeienis en kritiek van werkgevers en werknemers ook mag zijn, zeker wanneer deze niet geheel is ingegeven door edele, gezondheidkundige motieven, het is hun goed recht. Bovendien meen ik dat uiteindelijk een actieve betrokkenheid van werkgevers en werknemers de effectiviteit en de kwaliteit van de BGZ ten goede kan komen, wanneer de BGZ dit tenminste kan zien als een uitdaging en erin slaagt een eigen opstelling en identiteit te bepalen.

In plaats van iemand die verscheurd wordt door tweestrijd, of die aangeslagen is door de dilemma's die hem belagen, dient een bedrijfsarts zich op te stellen als een *deelnemer aan een toernooi* waarin hij het moet opnemen tegen anderen (werkgevers en werknemers), en waarbij ieder zijn eigen, deels onderling strijdige doeleinden, nastreeft. Het gaat er in het toernooi om dat ieder zoveel mogelijk zijn eigen doelstellingen realiseert maar het bijzondere van de speelsituatie is, dat men de hulp en ondersteuning van anderen nodig heeft voor het bereiken van het eigen doel. Dus voor een BGD geldt dat deze streeft naar een zo groot mogelijke gezondheidkundige invloed op de gang van zaken in het bedrijf.

Anders dan de werkgever heeft een bedrijfsarts echter vrijwel geen formele beslissingsmacht in de organisatie. Toch kunnen bedrijfsartsen wel invloed krijgen, namelijk door te tonen dat hun professionele deskundigheid belangrijk is bij problemen die in het bedrijf door beide partners van belang worden geacht. Behalve probleemgericht en deskundig moet de bedrijfsarts ook op de hoogte zijn van wat er speelt in een bedrijf en wat de regels en juiste momenten zijn om zaken aan de orde te stellen. Wanneer de arts bijvoorbeeld weet dat er renovatieplannen zijn voor een fabriekshal, en er een projectgroep is geïnstalleerd om dit voor te bereiden, dan is het van belang daar op een vroeg moment sug-

gesties voor arbeidsplaatsverbetering in te brengen.

Een dergelijke opstelling van een BGD noem ik *probleemgericht strategisch handelen*. Artsen die deze kunst beheersen lukt het veel beter invloed in bedrijven uit te oefenen, dan hun collega's. De BGZ wordt ook meer geapprecieerd.

Kenmerken van deze probleemgerichte, strategische opstelling, in vergelijking met de meer traditionele, zijn:

- Verschillen in belangen en verantwoordelijkheid van werkgevers, werknemers en bedrijfsartsen worden erkend en bepalen de manier van optreden in hoge mate. Juist de verschillen in verwachting jegens de bedrijfsarts, bieden de ruimte om een eigen koers te varen." Bovendien betekent het dat een bedrijfsarts zich niet voor alles verantwoordelijk weet in het bedrijf, maar zich scherper bewust is van



de eigen taak en verantwoordelijkheid. De arts is deskundige en pleitbezorger voor gezondheidkundige zaken, verantwoordelijk voor zijn adviezen, maar niet voor wat men ermee doet.

- Problemen en vragen vanuit het bedrijf (werknemers en werkgevers) zijn uitgangspunt voor het BGZ-programma en -optreden: een standaardprogramma speelt een kleinere rol. Dit maakt het voor BGZ niet gemakkelijker (eerder zal het tekort aan kennis blijken) maar uiteindelijk wel interessanter en uitdagender. Per probleem en situatie zullen bedrijfsartsen moeten aangeven wat zij op grond van hun kennis en mogelijkheden kunnen inbrengen en wat zij gegeven hun pro-

fessionele ethiek voor hun verantwoording willen nemen. Een probleemgerichte opstelling is een stimulant voor het ontwikkelen en verbeteren van de methodieken. Uiteindelijk verhoogt dit de professionele status.

Beide kenmerken leiden tot grotere *duidelijkheid* over wat de rol van de bedrijfsarts is of kan zijn, wat wel en wat niet van hem kan worden verwacht. Hiervoor is het van belang dat een BGD ook periodiek openbaar verslag doet van haar bevindingen en werkzaamheden, en plannen van activiteiten en wensen voor de toekomst presenteert.

Infrastructuur

Wil de BGZ de uitdaging waarvoor zij staat aankunnen, dan dient haar *organisatie* drastisch te worden verbeterd. Zowel op bedrijfs- als nationaal niveau. Dit is het meest urgente knelpunt, en het bestaat uit verschillende onderdelen:

1 BGD's van waaruit de BGZ voor bedrijven wordt verzorgd, zijn over het algemeen monodisciplinair samengesteld en kenmerken zich door een *losse structuur* die in veel opzichten vergelijkbaar is met "maatschappen" waarin curatieve artsen samenwerken. Het is vooral de individuele bedrijfsarts die de inhoud en het gezicht van de BGZ naar het bedrijf toe bepaalt, daarin bijgestaan door verpleegkundigen en soms door een arbeidshygiënist. De omvang en de complexiteit van problemen die zich voordoen maken een dergelijke losse "maatschap-structuur" volstrekt ontoereikend. De talrijke problemen die zich rond de leiding van BGD's voordoen, zijn hiervan een duidelijke aanwijzing.

Een BGD moet tenminste kunnen beschikken over arbeidshygiënische en epidemiologische expertise en hulpmiddelen, en dient haar diensten aan te bieden in op bedrijven toegesneden pakketten en niet alleen in een bepaalde hoeveelheid artsentijd. Rapportage naar bedrijven van bevindingen en activiteiten moet veel meer aandacht krijgen. Protocollen voor veel voorkomende activiteiten, zoals aanstellingskeuringen, periodiek geneeskundig onderzoek en werkplekbezoek zijn belangrijk. "Medical Audit" (een manier om kwaliteit te evalueren) rond deze activiteiten is geboden om de effectiviteit te waarborgen en te verbeteren. Zo'n meer marktgerichte wijze van opereren vraagt een krachtiger management. Leiding van BGD's dient geselecteerd te worden op leidinggevende capaciteiten.

2 De BGZ is in Nederland vrijwel alleen te vinden in de BGD's die diensten aan bedrijven leveren. Een orgaan op nationaal- of bedrijfstakniveau

ontbreekt. Zo'n orgaan zou zich *sturend of beleidsmatig* met de inhoud van de BGZ moeten bezighouden; de BGZ wordt nu op zeer uiteenlopende wijzen uitgevoerd en is sterk afhankelijk van bedrijven, niet alleen financieel, maar ook wat betreft haar mogelijkheden, faciliteiten en taakstelling. De samenhang van de BGZ als (inter-)discipline wordt hierdoor bedreigd. De afhankelijkheid van bedrijven kan de ontwikkeling van de BGZ ondermijnen en een behoorlijke spreiding over de werkende bevolking belemmeren. In bedrijven met de meeste sociale en gezondheidkundige problemen, zijn de mogelijkheden voor de BGZ het geringst, zo blijkt uit mijn onderzoek. Daarom is het van groot belang dat er nationaal, maar bij voorkeur per bedrijfstak, organen komen waarin met werkgevers en werknemers afspraken worden gemaakt over organisatie, (minimum)faciliteiten en kwaliteit voor de BGZ in hun bedrijfstak, over de verplichtstelling en financiering. Ook zouden deze organen kunnen arbitrerende in geval van conflict tussen BGD's en bedrijven.

3 Ten derde zijn *centra voor opleiding en onderzoek* hard nodig. Het is bekend dat bedrijfsgezondheidszorg in de universiteit misdeeld is. Er is behoefte aan toepassingsgericht onderzoek, gericht op het ontwikkelen en toetsen van methodieken die in de BGZ kunnen worden gebruikt. De bedrijfsgezondheidszorg wordt vrijwel uitsluitend bedreven door generalisten die kennis toepassen; specialisten en producenten van kennis zijn in dit veld onmisbaar om ook in de toekomst als "discipline" te blijven bestaan. Dergelijk praktijk-gerichte instituten van onderzoek en ontwikkeling kunnen worden beheerd door organen van werkgevers en werknemers. Daarbij is aansluiting of samenwerking met uitvoeringsorganen van de sociale wetgeving volgens mij een aantrekkelijke optie, niet alleen vanwege de financieringsmogelijkheden.

De opleiding van bedrijfsartsen zal ook bij interdisciplinaire BGD's een zaak van de beroepsgroep moeten blijven, maar de huidige structuur van de opleiding is onvoldoende. De volledige financiering van bedrijfsartsen in opleiding door de afzonderlijke werkgevers leidt tot concessies aan de kwaliteit en grondigheid. Opleidingsplaatsen in de BGZ, die vergelijkbaar zijn met die van specialisten, en opleidingsinstituten die zijn geïntegreerd binnen universiteiten (en die niet volledig afhankelijk zijn van cursusgelden), zouden veel beter zijn.

Uitdaging aannemen

Evenals de curatieve gezondheidszorg, is de bedrijfsgezondheidszorg

in laatste jaren in toenemende mate geconfronteerd met kostenbeheersing en vragen naar haar effectiviteit. Een belangrijk verschil met de curatieve sector is evenwel dat haar financiers, de afzonderlijke bedrijven, tevens afnemer zijn van de BGZ waardoor zij veel meer rechtstreeks invloed kunnen uitoefenen op de inhoud en omvang ervan.

De actieve bemoeienis van buitenaf met de BGZ, (die overigens niet alléén door kostenbeheersing is ingegeven), heeft onder bedrijfsgeneeskundigen geleid tot verwarring en bezorgdheid. Men voelt zich bedreigd in autonomie en professionele identiteit, en heeft tegelijk het gevoel dat men moeilijk aan de verwachtingen van buitenaf kan voldoen.

Het risico is inderdaad aanwezig dat de BGZ te zeer ondergeschikt wordt gemaakt aan werkgeversbelangen en haar geloofwaardigheid en gezond-



heidskundig vernieuwingsstreven verliest. Aan de andere kant is de actieve betrokkenheid van de afnemers (werkgevers en werknemers) een uitdaging aan de BGZ die juist kan leiden tot verbetering van de effectiviteit en kwaliteit. Voorwaarde is dan wel dat de BGZ erin slaagt zich beter te organiseren zodat zij in staat is een eigen identiteit en wervingskracht te behouden. Ze moet leren beter bij te dragen aan de oplossing van specifieke problemen die zich **aandienen** .••

Noten

1. Jonkers, A.H., P.E.M. Lindeman (ed.). Het bestand van en vacatures voor bedrijfsartsen en verpleegkundigen bij bedrijfsgezondheidskundige diensten op 01-08-1986. T.Soc.Gezondheidszorg 64 (1986) 13.
2. Lindeboom, R.D. NVAB steekt haar eigen boezem, de macht van de "arts" en de macht van "de baas". Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 7/8.
3. Algemene Werkgevers Vereniging. Bedrijfsgezondheidszorg nader bekeken. Haarlem, 1985.
4. Willems, J.H.B.M. Enige bespiegelingen over (de toekomst van) de bedrijfsarts in Nederland. Arbeidsomstandigheden (1987) 7/8.
5. Plomp, H.N. Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten, een studie naar het verloop en de determinanten van professionaliseringsprocessen in organisaties. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1987.
6. Plomp, H.N. Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten, een studie naar de stemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1985.
7. Tanke, G.M.N. Beeld van de BGZ op basis van enkele observaties betreffende taakverdeling in 7 arbeidsorganisaties. Scriptie CORVU-opleiding, Amsterdam, 1985.
8. Winter, C.A., A. Dijkstra. De bedrijfsgeneesarts over zijn werk. NIPG, Leiden, 1984.
9. Vliert, E. van de. De vrijheidsgrenzen van de bekleemde bedrijfsarts, een organisatiepsychologische visie. T.Soc.Gezondheidszorg 64 (1986) 22.

UITVERKOOP VAN DE BGZ

In de curatieve gezondheidszorg komt de discussie over commercialisering, privatisering en concurrentie – mede door toedoen van de Commissie Dekker en de Boerema-„affaire” – voorzichtig op gang. In de bedrijfsgezondheidszorg is commercialisering echter al bijna geen discussiepunt meer. „Actieve acquisitie”, „marktverkenning” en „klantgerichtheid” nemen in het beleid van de bedrijfsgezondheidsdiensten een steeds belangrijker plaats in. Bedrijfsgezondheidsdiensten concurreren met elkaar en bedrijven zijn vrij om zelf te bepalen door wie ze de zorg laten verlenen.

Op commerciële leest geschoeide organisaties als „Medicheck” hebben de lucratieve markt van de bedrijfsgezondheidszorg ontdekt. Zij proberen managers van bedrijven te overtuigen van het belang van regelmatige check-ups van de werknemers, terwijl het nut hiervan nogal omstreden is. Bovendien is arbeidshygiënische kennis en een toereikend instrumentarium doorgaans niet in deze organisaties aanwezig. Onder deze concurrentiedruk blijken de standpunten over de minimaal noodzakelijke omvang en kwaliteit van de zorg (het „basispakket”) nogal rekbaar. De hevige concurrentie verslechtert de sfeer in een aantal regio's onder andere doordat bedrijven en werkgevers verschillende bedrijfsgezondheidsdiensten tegen elkaar proberen uit te spelen.

Economische of commerciële motieven bepalen zo in toenemende mate de inhoud en de omvang van de bedrijfsgezondheidszorg. Check-ups leveren kennelijk voldoende cheques op om verder niet al te uitgebreid stil te hoeven staan bij de inhoud en de kwaliteit van de aangeboden zorg. Dit terwijl uit onderzoek van de Industriebond FNV blijkt dat het met deze kwaliteit allerminst rooskleurig is gesteld.

Deze ontwikkeling is voor een deel veroorzaakt doordat het voor bedrijfsgezondheidsdiensten moeilijker wordt het hoofd boven water te houden. De verwachting dat met

de invoering van de Arbeidsomstandighedenwet ook meer bedrijven tot het instellen van bedrijfsgezondheidszorg zouden worden verplicht, is tot nu toe niet uitgekomen. Door faillissementen en inkrimpingen van bedrijven – met name in het begin van de jaren tachtig – is het financiële draagvlak van veel bedrijfsgezondheidsdiensten (te) smal geworden. De overheid zegt aan deze ontwikkeling niets te kunnen veranderen. De verplichting bedrijfsgezondheidszorg te verlenen geldt slechts voor een beperkt aantal bedrijven, waardoor meer dan de helft van de werknemers deze zorg moet ontberen. Intussen werpen de bedrijfsgezondheidsdiensten zich massaal op marketing- en managementcursussen om de problemen het hoofd te kunnen bieden. „Hoe verkoop ik de zorg” is voor de diensten een belangrijker thema aan het worden dan „hoe geef ik de zorg”.

In de praktijk wordt slechts een deel van de noodzakelijke activiteiten ontplooid, terwijl in geen enkele andere sector van de gezondheidszorg zóveel (wettelijk) is vastgelegd over de omvang en de inhoud van de zorg. „Ja”, roepen de werkgevers, „maar de wet geldt alleen voor een bepaalde categorie bedrijven”. De individuele werknemer die een beroepsziekte oploopt moet dan maar hopen dat hij of zij in zo'n bedrijf werkzaam is. De rest van de werknemers is afhankelijk van de vrijwillige keuze van het bedrijf of er zorg wordt verleend, en zo ja welke zorg en door wie. Zo blijft de rest van de beroepsbevolking voor haar bedrijfsgezondheidszorg mede afhankelijk van de manier waarop de in aanmerking komende dienst haar pakket van voorzieningen weet te verkopen aan het bedrijf. Als dat is wat de Commissie Dekker en de regering voor ogen staat met de commercialisering in de gezondheidszorg, dan kan Ria Bremer haar televisieprogramma „Vinger aan de pols” beter omdopen in „Voet tussen de deur.”

Karel Hulshof, bedrijfsarts

Ongelijk en Ongezond

Er bestaat een verband tussen inkomen en gezondheid. Begrijpelijk als je bedenkt dat sommige bejaarden met alleen AOW door lang in bed te blijven bezuinigen op de stookkosten om zo te kunnen kiezen tussen een bezoekje aan de specialist en een nieuwe, warme trui.

Sinds kort heeft "de politiek" zich op ongelijke gezondheid gestort, getuige een studiedag en een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Joost van der Meer bespreekt het rapport en wijst op de gevaren van deze plotselinge politieke aandacht. Progressieven blijken niet meer de enigen te zijn die het over ongelijke gezondheidskansen hebben. Zal de huidige regering dit item net zo gemakkelijk in haar rechts-confessionele beleid inpassen als de mantelzorg?

Joost van der Meer

Van links naar rechts en terug?

Voor het eerst sinds de Tweede Wereldoorlog heeft de wandluis zich weer op de muren van een Rotterdamse daklozenverblijf genesteld. De kinderarts Bil Dew konstateerde al enkele jaren geleden in Volkskrant een toename van de armoedeziekten rachitis en tbc onder zijn patiëntjes. Met alleen lager onderwijs is de kans op het krijgen van een chronische ziekte tweemaal zo groot als met een universitaire bul opzak.

De welvaart in ons land stijgt, maar gezondheidsverschillen tussen groepen met lage inkomens en de beter betaalden nemen toe. Gegevens uit Nederlandse epidemiologisch onderzoek en de cijfers over het arbeidsverzuim en de WAO tonen aan, dat er ook in Nederland aanwijsbare verschillen in sterfte en voorkomen van ziekte zijn, wanneer men de gegevens indeelt naar opleiding, beroep of inkomen. De verschillen zijn vrijwel steeds in het nadeel van mensen met een lage positie op de maatschappelijke ladder. Simpel gezegd: hoe lager het inkomen, des te slechter iemands gezondheid. Artsen aan het begin van deze eeuw hadden oog voor dergelijke gegevens. Bij de dokters van nu ontbreekt de aandacht voor sociaal-ekonomische bepaalde gezondheidsverschillen, signaleerde Frits Muller onlangs in dit tijdschrift. "Ze zien het gewoon niet die klinici in mijn omgeving", aldus de hoogleraar sociale geneeskunde Lepen.

Des te verheugender is het, dat, sinds enkele maanden een heus overheidsrapport bestaat met als titel 'Tongelijke verdeling van gezondheid'. De bundel is een neerslag van een conferentie, die het Ministerie van WV, en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) belegde op 16 en 17 maart van dit jaar. Doel van de bijeenkomst was een analyse te maken van gezondheidsverschillen in relatie tot sociaal economische status en alle personen en partijen bijeen te brengen die bij het probleem betrokken zouden moeten zijn. Een arde doel was het aanbieden van beleidsvoornemens en oplossingen voor de gesignaleerde problemen; tot slot wilde men aanbevelingen voor een onderzoeksprogramma over gezondheidsverschillen en verschillen in maatschappelijke status.

Het rapport zet de tot nu toe bekende schaarse Nederlandse gegevens over gezondheidsverschillen op een rij, en geeft een overzicht van gegevens uit het buitenland. Een speciale plaats is daarbij ingeruimd voor Zweden, dat sinds kort een beleid kent dat gericht is op het reduceren van gezondheidsverschillen op enkele, specifieke terreinen. Ook de Zweedse regering signaleert een vergroting van sociaal-ekonomische gezondheidsverschillen bij het toenemen van de welvaart.

Daarnaast ruimt de bundel plaats in voor gezondheidsverschillen in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, gezondheidsverschillen in de klinische praktijk, en voor een economische beschouwing over gelijkheid in gezondheidszorg. Een concrete onderzoeksstrategie, gevolgd door een aanzet tot beleidsvorming ten aanzien van sociale verschillen in gezondheid sluiten het rapport af.

Wie zich al voor het onderwerp interesseerde, kent de grote lijn van dit rapport waarschijnlijk al: gezondheid wordt niet alleen bepaald door gezondheidszorg; er zijn te weinig gegevens in Nederland over sociaal-economische gezondheidsverschillen, en moet dus meer onderzoek naar gedaan worden; dit onderzoek moet 'zich niet beperken tot gezondheidszorg, maar ook de gezondheidseffecten van andere beleidsterreinen onderzoeken. Toch bevat het rapport ook veel gedetailleerde gegevens, voor de ècht ingewijde wellicht ook oude koek, juist omdat de Nederlandse cijfers zo schaars zijn.

Goed bedoeld zijn de pogingen om niet te blijven hangen in de roep om meer onderzoek, en met de weinige gegevens toch een begin te maken met beleidsvoorstellen. Vooralsnog komen die neer op het zenden van rapporten aan de regering, het steunen van meer onderzoek naar gezondheidsverschillen en het voornemen een vervolgonferentie te organiseren. Het meest concreet is het voorstel van de Rotterdamse hoogleraar Sociale Gezondheidszorg Van der Maas. Hij poneert een compleet uitgewerkte zes-jarige onderzoeksstrategie.

Kritische kanttekeningen

Het instemmend knikken zal bij de meeste lezers de overhand hebben bij het doorbladeren van het rapport. Een globale bespreking van het rapport zou neerkomen op het overschrijven van het themanummer "Ongelijk-Ongezond" van dit tijdschrift." Daarom een paar kritische kanttekeningen.

Eén van de oorzaken voor maatschappelijk bepaalde gezondheidsverschillen is de zogenaamde innovatievoorsprong van groepen, die het maatschappelijk voor de wind gaat. Zij zouden, zo wil een theorie, van voorzieningen het eerst gebruik maken. Dit zou de toename van de verschillen bij het stijgen van de welvaart verklaren. Dit "innovatiegedrag" zou dan geleidelijk moeten doordruppelen naar groepen met een lagere sociaal-economische status. Gewezen wordt onder meer op het feit d'at het hartinfarkt, eens een "managersziekte", nu het meest voorkomt bij mensen uit lagere sociale milieus. Reden, waarom een van de inleiders van de conferentie het

woord welvaartsziekte in deze kontekst "misleidend" noemt. Mogen welvaartsziekten dan nu eindelijk binnen het bereik van de massa zijn, voor gezondheid is dat allerminst duidelijk. In de Derde Wereld heeft de "trickle down" theorie, waarbij de economische vooruitgang van een land via de elite *vanzelf* zou doervloeiën naar de massa, haar onjuistheid bewezen. Nu is Europa de Derde Wereld niet, maar een kritische beschouwing van een dergelijke theorie was zeker op zijn plaats geweest.

Het valt op, dat het rapport relatief weinig aandacht besteedt aan gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen, immers een belangrijk maatschappelijk bepaald gezondheidsverschil. Eén van de verklaringen uit het rapport zelf is, dat vrouwen een betere levensverwachting hebben dan mannen. "*Waren het de vrouwen geweest, die naast een achterstandpositie op andere terreinen ook nog in gezondheid een achterstand hadden, dan was dit gezondheidsverschil waarschijnlijk allang onderwerp van onderzoek en beleid geweest*". Wat meer expliciete aandacht voor de verschuiving van de sexegebonden gezondheidsverschillen zou op haar plaats geweest zijn. De algemene verklaring voor het ongezonder worden van vrouwen is, dat zij maatschappelijk meer gelijk aan de man worden en dus ook diens gezondheidsrisiko's lopen. De plaats van de feminisering van de armoede, het toenemend aantal bijstandsmoeders, krijgt in het rapport te weinig aandacht.

De veranderingen in maatschappelijke verhoudingen en de consequenties voor de methoden van onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen komen eveneens nauwelijks aan bod. De sociaal-economische status wordt in veel studies nog bepaald aan de hand van het beroep van de *VADER* van een *GEZIN*. De „Juwelijkscarrière" van vrouwen wordt afgemeten aan het beroep van de echtgenoot en aan het beroep van de vader in plaats van aan haar eigen, werk of carrière. In hoeverre dergelijke onderzoeksmethoden moeten veranderen komt niet aan de orde. Het zal er wel niet eenvoudiger op worden, maar bij een bespreking van de complexiteit van het onderzoeksterrein had ik een dergelijke discussie verwacht.

Van marxistisch tot liberaal

Meer tot nadenken stemt het verschijnen van het rapport zelf, op een tijdstip dat de commissie Dekker haar voorstellen bekend maakt en het kabinet de ene bezuiniging op de zorg na de andere uit de hoed tovert. Het Engelse "Black Report" over sociale gezondheidsverschillen verscheen onder de

conservatieve regering van Margaret Thatcher. Een Zweeds rapport over dit onderwerp verscheen in opdracht van de toenmalige liberaal- conservatieve coalitie. En ook dit rapport verschijnt onder een regering waarvan de ministers zich niet hebben laten kennen als steunpilaren voor sociale gelijkheid. Historisch is het thema ongelijkheid in gezondheid een thema uit linkse kringen, maar dit is al enige tijd niet meer zo. Ook voor de christelijk conservatieven is de zorg voor de sociaal ongelijke medemens immers van belang. Ook de liberalen kunnen met het thema overweg, aldus Wijnberg en Joling in Medisch Contact: "Voor de liberalen moet het wegnemen van ongelijkheden in gezondheid en de zorg politiek interessant zijn uit het oogpunt dat door gerichte maatregelen de weerbaarheid van de mensen in de samenleving en de verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid kunnen worden gestimuleerd. Bovendien is het uit rendementsoverwegingen van belang, dat de zorg daar terecht komt waar ze het meest effectief is".³ Ook van der Maas signaleert: "Vijftien jaar geleden zou zo'n onderzoek marxistisch genoemd worden, nu is het een kunst fout als je gegevens over sociale verschillen niet in je onderzoek betreft".⁴

Op zich is alle aandacht voor sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen toe te juichen. Toch houdt het ook een waarschuwing in voor progressieve denkers over (gezondheids)zorg. Het is al meer voorgekomen dat begrippen met een aanvankelijk vernieuwende betekenis geleidelijk werden opgegeten door rechts, onherkenbaar verwerkt in het nieuwe christelijk-conservatieve gerecht van de stelselherziening. De begrippen "zelfzorg" en "mantelzorg" hebben in de loop der jaren een totaal andere smaak gekregen, eigen verantwoordelijkheid betekent tegenwoordig eigen schuld. Een dergelijke begripsverwarring kan ook makkelijk op het gebied van ongelijkheid in gezondheid gaan optreden. Zo meent Rutten in het WRR-rapport dat het wegnemen van financiële drempels zeker geen voldoende voorwaarde is om gelijkheid in gezondheid te bereiken - waarschijnlijk terecht. Het omdraaien van die bewering, namelijk dat eigen bijdragen geen ongelijkheid in de hand werken, volgt onmiddellijk daarop. De juistheid van deze stelling is op zijn zachtst gezegd controversieel. Later moet Rutten toegeven, dat de gezondheidseffecten van de door hem genoemde maatregelen zich waarschijnlijk zullen concentreren in de laagste inkomensgroepen. Toch ziet hij geen reden, af te zien van eigen bijdragen. Ergens moet een gemiddelde te vinden zijn waar efficiency en gelijkheid elkaar

ontmoeten, vindt Rutten. Hoe dat moet in een situatie waarin nu al sprake is van het zichtbaar worden van tevoren onzichtbare verschillen (bijvoorbeeld het weer opduiken van "armoedeziekten") maakt Rutten niet duidelijk. Hier treedt waarschijnlijk al een spraakverwarring op rond het begrip gelijkheid. Hij kent zes verschillende soorten gelijkheid waarvan de eerste en de zesde in de woorden van Rutten de grootste kosten met zich mee zullen brengen in termen van doelmatigheid. "Afhankelijk van de vraag, of je wel of niet rekening wilt houden met individuele voorkeuren, kies je een bepaald gelijkheidsconcept als politieke doelstelling", aldus de econometrist.

Some animals are more equal than other animals?

Op de politieke agenda

De grote vraag blijft, wat er van de beleidsaanbevelingen uit het rapport terecht zal komen bij een kabinet dat huursubsidie vermindert, bezuinigt op onderwijs, en eigen bijdragen wil. Deze bundel is niet onder tafel gewerkt, zoals indertijd met het "Black Report" gebeurde. Het gevaar bestaat wel, dat dit een éénmalige uiting van gevoel voor sociale (on)gelijkheid is. De bundel zelf konstateert zorgelijk, dat dit onderwerp de neiging vertoont geruisloos van de politieke agenda te verdwijnen. De samenstellers zien als een van de oorzaken daarvan het ontbreken van een echte pressiegroep. "Zo lang mensen uit een bepaalde groep of van een bepaalde sociaal-

De zes gelijkheden van Rutten

1. Gelijkheid van uitgaven per hoofd
† (prijsverschillen)
2. Gelijkheid van inputs per hoofd
† (verschillen in morbiditeit)
3. Gelijkheid van inputs naar behoefte
† (verschillen in spreiding, etc.)
4. Gelijke toegankelijkheid naar behoefte
† (verschillen in preferenties, tijdsprijzen, etc.)
5. Gelijk gebruik naar behoefte
† (compensatie)
6. Gelijke gezondheidstoestand

ekonomische status zich er niet van bewust zijn, dat hun slechtere gezondheid niet berust op individuele fluctuaties, maar een karakteristiek is van de groep waarin ze verkeren, zal er nooit een politieke belangengroep zijn om in dit grijze gebied de ongelijkheid in gezondheid te laten prevaleren boven belangen van andere partijen. Een samenleving moet besluiten of ongelijkheden in gezondheid een aanvaardbaar bijverschijnsel zijn van meer algemeen politiek beleid. Wil die afweging ooit gemaakt kunnen worden dan zullen sociaal-economische verschillen op de politieke agenda moeten komen".

Niet alleen mensen uit (lagere) sociaal-economische groepen zullen hun stem moeten laten horen. Onderzoekers zouden niet alleen verschillen moeten constateren, maar er ook op moeten attenderen. Van der Maas doet in de bundel al een eerste aardige sug-

gestie: het maken van een voor breed publiek toegankelijk onderzoek over sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland.

De discussie moet op straat gebracht worden. Onderzoekers kunnen daaraan meewerken door zich als actiegroep te gaan gedragen. Het is kwesbaar om steeds weer opnieuw, op de liefst op ongelegen momenten, de aandacht van publiek en politiek te brengen. De stelselherziening en voorstellen van de commissie De Groot kunnen bekeken worden op hun gezondheidseffecten en deze beredeneerd kunnen uitgebreid in de media gebracht worden. In een tijd, waar de afruil tussen gelijkheid en doelmatigheid steeds meer in de richting van de laatste verschuift, zullen sociaal-economische gezondheidsverschillen op de politieke agenda moeten komen.

De roep om een beleid ter vermindering van deze verschillen klinkt nauwelijks hoorbaar in de Kammer van de Staten in het torentje van Lubbers.

Noten

1. Muller, F. Ongelijke kansen op gezondheid. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1985 nr 1
2. TGP 1985 nr 1
3. Medisch contact nr 28, 10 juli 1985
4. TGP 1985 nr 1
5. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij 1987.

MANTELZORG: NACHTMERRIE OF REALITEIT?

Zomeruniversiteit Vrouwenstudies, begin juli, Groningen. In het kader van het thema „Welzijn” staat als laatste een forum over mantelzorg op het programma. „Onder de dekmantel van de zorgzame samenleving als ideaal moeten vrouwen gaan zorgen voor familie, burens en anderen”, staat in de aankondiging. Forumleden, afkomstig uit de eerstelijns zorg, het vrijwilligerswerk, de universiteit en de Groningse gemeenteraad zullen knelpunten aangeven, die zij verwachten als mantelzorg norm is. Mij lijkt het zinvol stil te staan bij de vraag, wat bijvoorbeeld de huidige ontwikkelingen rond 24 uren-hulpverlening en uitbreiding van thuiszorg betekenen voor vrouwen. Ik vermoed dat men verbanden gaat leggen met de discussies over de herverdeling van betaald en onbetaald werk. En verder ben ik eigenlijk alleen maar nieuwsgierig...

Een van de forumleden begint met een inleiding over feiten, mogelijkheden en grenzen van de mantelzorg, een onderzoek uitgevoerd door de VU in Amsterdam. De zaal wordt voorgoehouden, dat kinderen veel vaker hun ouders zelf willen ondersteunen dan dat de ouders dat willen. Ouderen zijn bang afhankelijk te worden van hun kinderen. Zij kunnen niets terugdoen. Tevens blijkt uit het onderzoek dat 25% van de ouderen niet weet wat zij wenselijk vindt, mantelzorg of professionele zorg. Rumor in de zaal: de aan de ouderen gestelde vragen zijn zeer verschillend te interpreteren. Niet duidelijk naar voren komt, dat er verschil is tussen wat iemand zelf wil en wat in het algemeen wenselijk geacht wordt. Over de methoden kan hier nu niet worden uitgeweid, meent de spreker. De voorzitter kapt verder commentaar af: het is niet de bedoeling tijdens de inleiding te interrumperen.

Oké, maar ... het duurt en duurt. Niets wordt er gezegd over de vrouwen, die de mantelzorg mogelijk maken, hun beschikbaarheid, hun (drie-)dubbele belasting, de haalbaarheid. Hoe is dat mogelijk? Het werk van vrouwen blijft weer onzichtbaar. Er wordt over „kinderen” gesproken en niet over (schoon-)dochters.

De heer Knipscheer, socioloog aan de VU, krijgt een uur lang de tijd voor deze inleiding. Hij meent zich te moeten verontschuldigen voor het feit dat hij - een man - hier gevraagd is. Hij had er beter aan gedaan zich te verontschuldigen voor het feit dat hij mantelzorg door een „mannelijke” bril bekijkt en vrouwen niet wenst te zien; voor het feit dat hij een zogenaamd sekseneutraal betoog houdt. Waarom, vraag ik mij verbijsterd af, krijgt deze man - die niets te melden heeft aan vrouwen - alle ruimte? Waarom kapt de voorzitter niet hem af, maar wel de zaal? Is dit toeval, of is het illustratief voor de traditionele sekseverhoudingen in de gezondheidszorg?

Mijn hoop vestigt zich op de rest van het forum. Het wordt iets beter, maar vrolijk word ik er niet van. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij het functioneren van een vrijwilligersorganisatie en een organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, maar er wordt weinig gezegd over de specifieke positie van vrouwen hierbinnen. De wijkverpleegster in het forum geeft wel aan hoe zwaar het voor veel vrouwen is, die belast zijn met de onbetaalde zorgverlening. Zij merkt zeer terecht op, dat

vrouwen die dit werk doen in het forum hadden moeten zitten. In dat opzicht is het tenminste positief dat de onderzoekster uit Nijmegen, die bezig is met een onderzoek naar thuiszorg bij dementerende ouderen, nu eens de gezinsverzorgster centraal stelt. Zij richt zich echter alleen op de inhoud van het werk. Ook van haar krijg ik geen politieke of economische analyse van de ontwikkelingen, die op dit grensgebied van betaald en onbetaald vrouwenwerk plaats vinden. Zij zegt niets over de oorzaken van het zwaarder worden van het werk in de bejaarden- en gezinszorg, niets over de zwakke rechtspositie en de flexibele contracten, niets over de beschikbaarheid van laag- of ongeschoolde, gehuwde vrouwen voor dit werk. Dus ook geen oproep aan de vrouwen in deze sector zich, nu ze nodig zijn, sterk te maken en hun eisen te stellen. Alleen de allerlaatste spreekster, een gemeenteraadslid voor de PvdA in Groningen, roept de vrouwenbeweging op zich te verzetten tegen de ideologie van de zorgzame samenleving en een tegenbeweging te ontwikkelen. Was er geen „waakzame vrouw uit de gezinszorg” beschikbaar geweest voor het forum?

Eindelijk is het tijd voor reacties en vragen uit de zaal. En gelukkig ... de vrouwen in de zaal doen het beter. Een oudere vrouw klaagt de overheid aan en zegt dat 50+ vrouwen zich misbruikt voelen. Zij draaien er immers voor op. Een andere vrouw hekelt de tegenstrijdigheden in het regeringsbeleid: van de ene kant willen ze in 1990 vrouwen vanaf 18 jaar verplichten betaald werk te doen, aan de andere kant gaan ze uit van een sector, die steunt op onbetaald vrouwenwerk. En wat te denken van plannen de subsidie voor gezins- en bejaardenzorg te verminderen, waardoor deze hulp voor velen onbetaalbaar wordt? Wat te denken van sluitingen van bejaardentehuizen en herstellingsoorden? Het huidige financieel-economisch beleid van de regering stuurt aan op een toenemende mate van onbetaald vrouwenwerk gelegitimeerd door opvattingen over een zorgzame samenleving. Aan het „liefdeswerk” van vrouwen worden geen prijskaartjes gehangen. Alsof dit onbetaalde vrouwenwerk geen tijd kost en economisch geen betekenis heeft.

De vrouwen in de zaal laten horen een situatie te willen, waarin vrouwen zelf kunnen bepalen of en onder welke voorwaarden zij een bijdrage willen leveren aan zoiets als mantelzorg. Als je werkelijk pretendeert een zorgzame samenleving te willen, schep dan bijvoorbeeld goede mogelijkheden voor een „verzorgingsverlof”. Maar, roept meneer de inleider (van de christelijke VU, weet u wel) er zal altijd mantelzorg zijn. Zeggen dat dit onwenselijk is, is niet reëel. Zal hij bedoeld hebben, dat hij vanaf nu een handje zal gaan helpen en afziet van zijn wetenschappelijke carrière? En was het dan een vergissing dat hij bij zijn bespreking van demografische ontwikkelingen het ineens niet meer over „kinderen” had, maar alleen liet zien hoeveel dochters er worden verwacht? Er komen minder dochters: een knelpunt voor de mantelzorg...

Hetty Schut

De Waarheden over de overgang



intake gesprek van een groep "Vrouwen in de overgang"

Foto: Bertien van Mane;

In het vorige nummer van dit tijdschrift besprak Ingrid Baart het boek "Het zal de overgang wel zijn" van Anna Oldenhave en Miem Baart-Gregory. Ze had veel lof, maar ook kritiek: de auteurs doen volgens haar teveel alsof ze dé waarheid, de biologische waarheid, over de overgang te pakken zouden hebben. Anna Oldenhave reageert hieronder en zet haar ideeën over de overgang nader uiteen, terwijl Ingrid Baart op haar beurt haar kritiek uitgebreid toelicht.

Oldenhave en Baart zijn het er over eens dat gangbare ideeën over de overgang voor veel vrouwen niet gunstig zijn. Maar ze stellen niet dezelfde oplossingen voor en dat komt omdat ze de overgang heel verschillend benaderen. Voor Anna Oldenhave is de overgang niets bijzonders: een natuurlijk verschijnsel waar helaas sommigen last van hebben maar dat vooral niet opgeblazen moet worden. Integendeel, het is in het belang van vrouwen dat de overgang wordt "uitgekleed" tot het biologisch gebeuren dat het is. Ingrid Baart brengt daar tegen in dat we niet moeten pretenderen ooit te weten waf de overgang "is": alle ideeën daarover zijn menselijke maakfels. Zij is er tegen dat welk maakfel dan ook wordt uitgeroepen tot dé waarheid over de overgang: dat doet geen recht aan de grote verschillen tussen de levens en overgangen van vrouwen.

Vergelijken van de beide benaderingen is overigens niet zo eenvoudig, doordat de twee teksten eigenlijk niet over hetzelfde onderwerp gaan: Oldenhave heeft het over "de biologische overgang" en Baart over "het denken en spreken over de overgang". Vanuit de positie die Ingrid Baart daarbij kiest blijken de verschillen met Anna Oldenhave zich uit te strekken over biologie, filosofie, sociale wetenschappen en politiek.

Wat moet er gebeuren aan de overgang? De politieke optie van Oldenhave is het inmiddels vertrouwde "vrouwen samen sterk": voor de overgang als normaal onderdeel van vrouwenlevens. Baart ziet hier wel iets in, maar wil het niet als dé oplossing beschouwen. Vrouwen zijn verschillend, situaties zijn verschillend, en ook oplossingen voor problemen kunnen en moeten verschillen. "De" overgang moet niet zozeer worden omgevormd als wel verdwijnen. Met als doel, dat vele overgangen bloeien..

Is er dan nog iets dat vrouwen samenbindt? Of kunnen we beter ophouden daarnaar te zoeken en het vechten voor verschillen als nieuw doel voor de vrouwen(gezondheids)beweging.. zien?

Cor van der Weele

De biologie

van

de

overgang

Hierbij wil ik graag reageren op de recensie van Ingrid Baart op ons boek "Het zal de overgang wel zijn" in het vorige nummer van dit tijdschrift. Voor ik inga op de kritische vragen die in deze gedegen recensie worden opgeworpen beschrijf ik kort de overgang en roep ik de conclusies van ons onderzoek in herinnering.

De overgang als een fysiologisch proces van onvruchtbaar worden komt bij iedere vrouw op natuurlijke wijze voor als er niet met geneesmiddelen (hormoonpreparaten, o.a. de pil) of operatief (baarmoeder *enlof* eierstokverwijdering) wordt ingegrepen. De overgang wordt gekenmerkt door veranderingen in en later het uitblijven van de menstruatie en door veranderingen in de hormoonspiegels. Dit fysiologische proces is voor de meeste vrouwen weinig belastend. Het kan echter gepaard gaan met klachten die kunnen variëren in ernst. Zo kunnen problemen rond de menstruatie, opvliegers en een droge vagina voorkomen.

Wij constateren in ons boek dat menstruatieproblemen in de vorm van hevig vloeien in de periode voor de menopauze veel voorkomen, zowel volgens de ondervraagde vrouwen als volgens gynaecologische handboeken en artikelen. Deze menstruatiestoornissen worden in de meeste gevallen veroorzaakt door de hormonale veranderingen vóór de menopauze. Ze hangen dus wezenlijk met de overgang samen, maar zijn in onderzoek naar overgangsklachten niet of nauwelijks onderkend, laat staan onderzocht. Wij vermoeden dat hevig menstrueel bloedverlies bij een deel van de vrouwen in de periode voor de menopauze (de prémenopauze) oorzaak is voor het vaker voorkomen van "vage" klachten als moeheid, lusteloosheid en geïrriteerdheid. Depressies blijken in tegenstelling tot wat velen denken, niet vaker voor te komen tijdens de overgang.

Universele biologie

Ook bij vrouwen, stellen wij in ons boek, heerst veel verwarring over de overgang. En daarop richt zich de kritiek van Ingrid Baart; zij stelt: "Als er bij hen verwarring bestaat, kunnen ze dan nog wel iets waars zeggen? En hoe moet een onderzoeker beoordelen welke uitspraak waar is en welke niet?" Zij vindt dat wij teveel de (nog vast te stellen) "waarheid van de biomedische wetenschap" hanteren om deze problemen op te lossen.

Dit was inderdaad één van de moeilijkste aspecten van ons onderzoek. We wilden persé de uitspraken van vrouwen serieus nemen en hiermee integer omgaan. Er is echter een verschil tussen het serieus nemen van de uitspraken van vrouwen en het accepteren als "waar" van hun *verklaringen voor de oorzaak* van hun eventuele problemen of klachten. Verklaringen zoeken, hypothesen opstellen, is het werk van een wetenschapper die meer overzicht heeft over het gebied dan elke vrouw apart...

Ingrid Baart schrijft in haar recensie: "De echte waarheid over de overgang is voor de schrijfsters een (nog precies vast te stellen) universele biologische waarheid, die alle genoemde psychosomatische klachten zal verklaren". Dit is slechts gedeeltelijk juist. Wij willen alleen proberen te verklaren waardoor die gemiddelde *verhoging* van psychosomatische klachten in de prémenopauze wordt veroorzaakt. Maar ik denk inderdaad wel dat er een *universele biologische beschrijving* van de overgang mogelijk is; wij hebben hiertoe de overgang willen "uitkleden". De overgang overkomt namelijk alle vrouwen die hiervoor oud genoeg worden, ongeacht huidskleur, geloof, seksuele voorkeur of burgerlijke staat, en ongeacht de vraag of ze wel of geen kinderen heeft, wel of geen baan, arm of rijk is, dik of dun, dom of slim en wel of niet tevreden met allerlei aspecten van haar leefsituatie.

Pechvogels

Wij zetten daarmee inderdaad, zoals Ingrid Baart stelt, de sociale wetenschappen in de hoek. We denken namelijk

Anna Oldenhove, onderzoekster bij vrouwenstudies in de faculteit Sociale Wetenschappen in Leiden

dat de sociale wetenschappen die gemiddelde verhoging van psychosomatische klachten in de premenopauze niet zullen kunnen verklaren. Wemenen dat vrouwen in de premenopauze niet vaker problematische leefsituaties zullen hebben dan ervoor of erna (andere onderzoekers hebben dit ook niet vast kunnen stellen). Wel zullen allerlei problemen in de leefsfeer tot meer klachten kunnen leiden, maar dit geldt ongeacht de fase waarin een vrouw verkeert, denken wij.

Dan is er het probleem van de culturele stereotypen bij de symtoomrapportage. Ingrid Baart heeft gelijk als ze stelt dat de antwoorden van vrouwen, als ze weten dat het onderzoek over de overgang gaat, gekleurd zouden kunnen zijn door het stereotype beeld dat de overgang een periode is waarin vrouwen slecht functioneren. Dit is vaak moeilijk te voorkomen. Een vervolgonderzoek dat wij op dit moment in Ede uitvoeren draagt wel de neutrale naam "Gezondheid en welzijn bij vrouwen tussen de 40 en 60". Toch weet men dat het over de overgang gaat, want twee eerdere onderzoeken in deze gemeente gingen over de overgang en ons onderzoek werd aangekondigd als een vervolg hierop. Doordat we echter ook vragen of men het idee heeft in de overgang te zijn kunnen we bekijken of vrouwen die *menen* in de overgang te zijn (maar dit niet zijn volgens onze definitie) inderdaad meer klachten aangeven.

De hypothese die we in Ede willen toetsen is de hypothese van ons boek, die luidt dat hevig menstrueel bloedverlies bij een deel van de onregelmatig menstruerende vrouwen leidt tot een gemiddelde verhoging van "vage" klachten. Deze verbanden zullen worden gedistilleerd uit gegevens van vrouwen, die we binnen het kader van onze theorie gaan bestuderen. Mocht onze hypothese uitkomen, dan kan dat dus betekenen dat wij een andere "waarheid" vinden ten aanzien van de oorzaak van de klachten van vrouwen dan de cultureel geaccepteerde en door sommige vrouwen zo beleefde waarheid. Voor andere vrouwen zal hun "waarheid" mogelijk bevestigd worden: als je hevig vloeit voel je je minder goed en die problemen horen - naast opvliegers - bij de biologische overgang voor de pechvogels onder ons. Een meerderheid van de vrouwen zal hun ervaring mogelijk bevestigd kunnen zien dat de overgang *geen* periode is waarin je als vrouw psychisch en lichamelijk slechter functioneert.

Stabiele vrouwen

Ons doel is om te achterhalen wat er wel of niet bij de overgang hoort en te verklaren hoe het komt dat onregelmatig menstruerende vrouwen gemiddeld meer klachten hebben dan regelmatig of niet meer menstruerende vrouwen. Dan pas kun je goed zicht krijgen op problemen die óók tijdens de overgang kunnen voorkomen, maar er niets mee te maken hebben, en waarvoor dus een andere oplossing gevonden moet worden. De overgang uitkleden tot een biologisch fenomeen, waarvan *sommige* vrouwen *bepaalde* klachten kunnen krijgen geeft duidelijkheid, iets waar vrouwen van deze leeftijd mee gediend zijn. Mijn idee is dat de overgang slechts één aspect is van de middelbare leeftijd en in de meeste gevallen één van de onbelangrijkste aspecten. Als vrouwen van deze leeftijd plezier, klachten of problemen hebben, dan zal dat in de meeste gevallen *niets* met de overgang te maken hebben.

Sociale wetenschappers kunnen zich bezighouden met de beeldvorming rond de overgang. Belangrijker is echter dat zij zich met de echt wezenlijke kanten van de middelbare leeftijd bezighouden, via scherp omschreven onderzoek onder andere naar specifieke kansen en problemen van vrouwen op middelbare leeftijd, haar onderdrukte positie en de ondergewaardeerde rol van deze veelal zeer stabiele vrouwen die men vaak alleen nodig heeft om *gratis*, via onder andere het vrijwilligerswerk, de maatschappij tot een zogenaamde "zorgzame samenleving" te maken. ••

Welke biologie, welke overgang

Wij zien de dingen niet zoals ze zijn, maar zoals wij ze zien. (Succesagenda, september 1987)

"Ik denk inderdaad dat er een universele biologische beschrijving van de overgang mogelijk is; wij hebben de overgang hiertoe willen" uitkleden."

Laat ik de dialoog met Oldenhavé beginnen door op deze uitspraak van haar te reageren. Zij vormt volgens mij de kern van haar betoog, en geeft aan dat Oldenhavé een essentialistisch standpunt heeft over de mens als biologisch wezen. Dat wil zeggen dat voor haar de mens in het bezit is van vastliggende biologische eigenschappen, die de menselijke mogelijkheden universeel bepalen. Er valt op dat standpunt nogal wat af te dingen. Ik zal dat hier doen in dialoog met de tekst van Oldenhavé én met een imaginaire lezer/es die "ook zo" over biologie denkt. Dezer lezer/es betrek ik in de discussie omdat het essentialistische denken diep verankerd is in de (vrouwen)gezondheidsbewegingen en omdat ik hoop met 'een breder opgezet betoog te kunnen laten zien welke theoretische en praktisch-politieke bezwaren er aan dit perspectief kleven.

Oldenhavé's uitspraak (en het biologisch essentialisme in het algemeen) bevat een aantal elementen die ik hier kritisch onder de loep zal nemen:

- Er is een universele biologie van de mens (in dit geval één biologische overgang, waardoor onder andere een onregelmatig menstruatiepatroon kan ontstaan).
- Deze biologie is te kennen en te beschrijven.
- De geleefde "overgang" is uit te kleden tot die biologische beschrijving.

Universele biologie?

Iedere vrouw die er oud genoeg voor wordt krijgt te maken met dé overgang, zo betoogt Oldenhavé. Ongeacht huidskleur, geloof, seksuele voorkeur... etcetera. Maar hoezo dé overgang? Is er dan één model voor dat lichamelijke proces dat voor iedereen geldt? Is er dan maar één "biologie", en is die onafhankelijk van "het sociale"? Diverse auteurs die zich de laatste jaren in het sociobiologie-debat gemengd hebben, beschouwen zo'n statische opvatting van "biologie" als achterhaald. "Biologie" en "omgeving" vloeien volgens hen in elkaar over en dan niet voor hele soorten op een uniforme manier, maar voor ieder individu weer anders.¹

Xatuurlijk zijn er wel algemene dingen over de overgang te zeggen, maar daarmee is de overgang van mevrouw A nog niet die van mevrouw B. Of een vrouw nog een baarmoeder of eierstokken heeft, maakt in het door Oldenhavé ~~geantende~~ overgangmodel verschil. Daarmee bestaat er dus al meer dan één model van de overgang als biologisch proces: met en zonder eierstokken. Maar zouden we bijvoorbeeld niet ook de voedingsgeschiedenis van een vrouw moeten insluiten in het biologische model van de overgang? En misschien horen er nog meer factoren in het leven van een vrouw tot het biologische proces "overgang" ... Wat te denken van "geluk" of .xmgeluk"? Er zijn weinig onderzoeken gedaan die een causale relatie vinden tussen veranderingen in omgevingsfactoren en veranderingen in lichaamsstoffen. Maar ze zijn er wel. ~En weet niet iedere vrouw dat haar menstruatiecycclus van ritme kan veranderen door "geluk" of "ongeluk"? ¹ Laten we „geluk" en "ongeluk" ook insluiten in het biologische model.

Dan heb je het toch niet meer over de biologie, Dan ga je het over de psyche hebben en over sociale factoren. En hoe die van invloed zijn op de biologie... Wat is nog de biologie, als je haar niet afgrinst ...

Oldenhavé brengt inderdaad een scherpe scheiding aan tussen de biologische overgang en de sociale wereld. De "problemen in de leef sfeer" vormen voor haar het universum van de sociale wetenschappen. En zeer waarschijnlijk, zegt Oldenhavé, heeft de gemiddelde verhoging van psy-

chosomatische klachten in de premenopauze niets met deze leef sfeerproblemen te maken.

Toch is het niet de biologie die dergelijke scheidingen en afgrenzingen maakt.. Wij bedenken ze. De splitsingen tussen lichaam/biologie, psyche en sociale omgeving zijn onderdeel van onze conceptualisering van mensenlevens, ze zijn geen afspiegelingen van de werkelijkheid. En ook niet van de werkelijkheid van individuele vrouwen in de overgang. Dat brengt me op mijn tweede punt.

Is de biologie te kennen?

De universele biologie, zegt Oldenhavé, is te kennen en kan beschreven worden. Inderdaad wordt ze gekend; door biologen, door medici... door wie niet eigenlijk? Dat "kennen" is echter voor meerdere interpretaties vatbaar.. Ik denk dat het voor Oldenhavé inhoudt dat er in de natuur een biologische werkelijkheid aanwezig is die voorafgaat aan en losstaat van de sociale werkelijkheid. Van deze biologie kan door middel van een voortschrijdend kennisproces de "waarheid" bloot gelegd worden (die correspondeert met de werkelijkheid). Kennistheoretisch heet dit een naïef (of ontologisch) realistisch uitgangspunt en ik deel dat uitgangspunt niet. Het lichamelijke biologische proces ontvouwt zich immers niet onmiddellijk aan een onderzoeker of aan een vrouw. Dat proces wordt "gekend" en "geleefd" en dat "kennen" en "leven" is altijd een menselijke *activiteit* binnen een bepaalde sociale samenhang. De producten van dat kennen en leven, de "waarheid" (bijvoorbeeld de medisch/biologische waarheid over de overgang) of de "geleefde werkelijkheid" (bijvoorbeeld de psychosomatische klachten van vrouwen), zijn daarom altijd *constructies*. Er wordt geen werkelijkheid bloot gelegd of bloot gegeven, maar er wordt een werkelijkheid geconstrueerd. Het product kan niet los getrokken worden van het proces. Dé biologie pur sang, zal zich nooit aan de mens tonen en dat: wat voor ons de biologie "is", kunnen we in principe niet los maken van *hòe er door wie* over lichamen gedacht wordt, hoe er door wie mee geleefd wordt en wie daar wat mee doet." Alleen daarom al wil ik de wetenschappen niet opdelen in vaste pure speciale wetenschappen aan de ene kant en vaste pure natuurwetenschappen aan de andere kant..

Allemaal goed en wel dergelijke kennistheoretische debatten. Maar er bestaat toch gewoon kennis over hoe het lichaam functioneert en dat is vaak hele praktische en werkzame kennis. Een schildklierafwijking kun je meten en behandelen. Een been kan gezet worden en een zwangerschap heeft ook een bepaald verloop ...

Wanneer je, zoals ik, een relativistisch kennistheoretisch standpunt inneemt, werk je natuurlijk ook met gegevens zoals die op een bepaald moment volgens wetenschappelijke criteria gelden. Je kunt allerlei concepten (bloed, hormonen) a-posteriori (achteraf) als "waarheden" hanteren, zonder overigens te ontkennen dat het om constructies gaat. Het gaat er niet om het bestaan van een werkelijkheid buiten onze kennis te ontkennen. Het gaat erom te onderkennen dat onze wetenschappelijke kennis nooit samenvalt met die werkelijkheid.

Wat heb je dan aan zo'n kennistheoretische precisie? Het lijkt wel een spelletje voor intellectuelen. Laten we het eens bij de overgang houden. Is het niet gewoon beter voor l'Touwen als die herleid wordt tot het biologische element, ontdaan van alle mythes ...

Dat ik nogal wat problemen heb met de formulering "hét" biologische element, is hierboven wel duidelijk geworden. Van feministische zijde wordt inderdaad vaak naar voren gebracht dat de natuurlijke, biologische lichaamsprocessen van vrouwen gemedicaliseerd of gemythologiseerd worden. En dat het goed zou zijn als die natuurlijke processen gelaten werden voor wat ze zijn; ge-

woon "biologie" en niks zieligs of rampzaligs. Het vaststellen van de "biologie" van vrouwen wordt in dit perspectief als een goede feministische politiek beschouwd.

Is een kennistheoretisch relativisme dan een filosofisch spelletje, dat er voor de praktijk en de politiek niet zo toe doet, ja zelfs nihilistisch uitwerkt? Nee, integendeel. Ik wil hier zelfs beweren dat een zeker relativisme en vooral een niet-essentialistisch standpunt politiek gezien te prefereren zijn! Vanuit een relativistische visie bestaat immers de noodzaak om steeds maar weer constructies van werkelijkheden (bijvoorbeeld van de overgang, of van "overgangen") en de wijze waarop daar bijvoorbeeld machtsrelaties mee gemoeid zijn, te bezien. Iemand die op deze manier onderzoek doet naar de overgang zal niet ontkennen dat de lichamen van vrouwen verbonden zijn met "biologie" en dat dat een rol speelt in het overgangsproces. Evenmin zal zij ontkennen dat biomedisch onderzoek van belang kan zijn voor het veranderen van "waarheden" over de overgang. Maar hoe en waar op welke manier, dat zou vanuit verschillende vraagstellingen onderzocht moeten worden. Uitspraken over de biologie, of de vrouw kunnen aan dergelijk onderzoek niet gauw ontleend worden.

Welke overgang?

Als er geen uitspraken gedaan worden over de overgang, die herleid wordt tot één biologie, waar heeft dergelijk onderzoek het dan over? Het kan bijvoorbeeld laten zien hoe er in verschillende periodes, voor verschillende vrouwen, verschillende "overgangen" bestaan of bestaan hebben. Daarbij kan ook worden onderzocht welke technische benaderingen van levensproblemen van vrouwen met bepaalde overgangsconstructies verbonden zijn. De constructies worden dus gedé-construeerd. Bell laat bijvoorbeeld zien hoe in de jaren dertig en veertig de intellectuele wortels gelegd zijn voor de medicalisering van de overgang, waarbij zowel een biologische benadering als een psychologische en omgevingsbenadering een rol speelden. Het leek er toen even op alsof de endocrinologen zich het alleenrecht over de - biologische - definitie van de overgang zouden verwerven. Maar dokters voelden zich daardoor bedreigd en zagen zich al overbodig worden. Vandaar dat zij om het hardst gingen roepen dat de omgeving en de psyche óók een rol spelen in het overgangsproces en dat zij als medici natuurlijk de personen bij uitstek waren om vast te stellen hoe dat allemaal in elkaar zat. Met de erfenis van omschrijvingen van de overgang uit die tijd zitten we nog steeds."

Anderen doen bijvoorbeeld onderzoek naar de overgang binnen modellen waarin rekening wordt gehouden met veel verschillende factoren; zoals de socio-culturele context waarin vrouwen leven, hun levens- en familiegeschiedenis, en precieze hormonale bepalingen over langere tijd. En dat alles voor grote populaties vrouwen, het liefst in longitudinale studies en dan ook nog in vergelijking met ouder wordende mannen." Degene die zelf wetenschap bedrijft vanuit een min of meer relativistisch standpunt zal trouwens ook haar eigen activiteiten opvatten als constructies. Zij zal daarmee bijvoorbeeld andere constructies, en de macht die daarmee gemoeid is, willen afbreken of omvormen."

Misschien is zulk onderzoek wel preciezer dan onderzoek waar geprobeerd wordt voor iedereen en altijd geldende uitspraken te doen. Maar het wordt allemaal wat fragmentarisch, of dat nu politiek te prefereren is, ... er is immers geen eenheidsstandpunt meer mogelijk.

Naar mijn idee moeten we af van het idee dat er feministische eenheidsstandpunten voor alle vrouwen en hun problemen mogelijk zijn. Ik ben ervan overtuigd dat we juist naar **verschillende** oplossingen en politieke strategieën moeten zoeken.

Misschien kan ik iets duidelijk maken over praktisch-politieke consequenties door te laten zien wat er gebeurt als je, zoals Oldenhave wil, een universele biologische beschrijving van de overgang geeft. Welke overgang wordt er dan geconstrueerd? Hoe raakt de overgang dan maatschappelijk georganiseerd, en met welke technische middelen zou hij beheerd kunnen worden?

- Belicht vanuit de biologie zijn het overeenkomsten tussen vrouwen, en niet verschillen, die naar voren komen.
 - De scheidingen tussen lichaam, geest en sociale omgeving blijven ten aanzien van de overgang gehandhaafd. Tegen deze scheidingen wordt door veel feministen en andere critici van de gezondheidszorg niet vooropgegaan. Ze hebben namelijk onaangename consequenties. Op grond van de biologie van de overgang kan worden vastgesteld bij wie het proces normaal verloopt, wie er iets biologisch aan de hand is en bij wie er wel alles aan de hand is, maar zonder biologische verklaring. De norm kan in dit geval worden vastgesteld aan de hand van de relatie tussen menstruatieproblemen en ("ps")/somaclische klachten. Aan de hand van zo'n norm kunnen vrouwen worden ingedeeld in categorieën. We weten dan weer precies wie er normaal is en wie niet.
 - Vervolgens kan er dan gekeken worden wie welke categorie "technisch gaat benaderen" of met andere woorden; welke hulpverlener er voor welk probleem, op welke manier, ingeschakeld zal worden. De dokter zal niet de "echte biologische problemen" krijgen. En (vrouwen waarbij de dokter het niet op kan lossen, die de een of andere reden buiten de norm vallen, gaan naar de psychiater?
 - Tenslotte: zou de farma-industrie aan de gang kunnen met een welomschreven biologisch probleem; zouden damesbladen kunnen verhalen over het effect van menstruatieperikelen vóór de overgang en zouden zeer veel vrouwen hun ervaringen voortaan met die termen ontfangen.
- In Oldenhave's perspectief is de wetenschapper (dus; het voor haar naar wens zou gaan, degene die straks gescheiden heeft wat aan de biologie toe te schrijven is en wel niet) degene die de werkelijkheid vanuit haar overzichtspositie kan kennen. Weliswaar moet die wetenschapper (uitspraken van vrouwen over hun overgang serieus nemen en integer benaderen, maar ze zijn van een ander kaliber dan de uitspraken van de wetenschapper zelf: die hebben de waarheid in pacht. Is dat nu werkelijk zo'n andere verhouding dan die tussen beterwetende medische wetenschapper en vrouw, waartegen feministen zo ageren?

Feministische strategieën

Lopen relativisten dan niet tegen vergelijkbare problemen op?

Wanneer je essentialisme afwijst, worden verschillen tussen vrouwen benadrukt en kan "biologie" niet de bindende factor zijn. Er hoeft dan ook niet één juiste oplossing te komen van "het overgangsprobleem", die als het ware dwingend is voor alle vrouwen, omdat zij gefundeerd is in "de biologie". Er kunnen vele oplossingen zijn, voor vele vrouwen, waarbij verschillende factoren in het ene of het andere geval van "gewicht" kunnen verschillen. Een bepaalde biologische toestand leidt helemaal niet altijd tot dezelfde klachten en symptomen. Een zelfde hoeveelheid bloedverlies levert bij de een duizelingen op, bij de ander niet; de een gaat er mee naar de dokter, de ander peinst daar niet over want voor haar heeft het niets met ziekte te maken. Waarom zouden we al deze overgangen tot "de biologische" herleiden? Zou het niet interessanter zijn om te proberen na te gaan hoe die verschillen in elkaar steken en welke oplossingen er geëigend voor zouden kunnen zijn?

Wanneer men een (naïef) realisme afwijst, heeft niemand de waarheid in pacht. Zowel de uitspraken van vrouwen

over de overgang als de uitspraken van wetenschappers daarover, zijn constructies. Het zijn allebei uitspraken die in een sociale samenhang gedaan worden, binnen een netwerk van kennis- en machtspraktijken. Op hun beurt veranderen deze uitspraken die kennis- en machtspraktijken." Je zou kunnen zeggen dat zowel de uitspraken van vrouwen als die van medici over "het vrouwenlichaam" aan dezelfde "culturele invloeden" onderhevig zijn. Dit betekent echter niet dat het dezelfde uitspraken hoeven te zijn; wetenschappelijke uitspraken zijn aan andere regels en conventies gebonden en hebben een ander gewicht dan dagelijkse uitspraken.

In het huidige onderzoek naar klachten die gerelateerd zijn aan de menstruatiecyclus, krijgt deze culturele verwevenheid van medische theorieën over vrouwenlichamen en de beleving die vrouwen zelf van hun lichaam hebben, veel aandacht. In mijn recensie van Oldenhavé's boek in het vorige nummer van dit tijdschrift, stipte ik al aan dat uit het huidige onderzoek naar voren komt dat zowel de uitspraken van vrouwen over hun menstruatie, als de uitspraken van medici hierover, onderhevig blijken te zijn aan dezelfde culturele stereotypen. (Ook Oldenhavé onderkent dit nu blijkbaar en houdt er in haar vervolgonderzoek rekening mee.) In beide soorten uitspraken is de menstruatie een gebeurtenis die vrouwen nogal aangrijpt; ze zouden er emotioneler van worden en minder goed kunnen denken en handelen. De ideeën van medici over de overgang, de klachten die vrouwen uiten en voelen, de ervaringen die ze vertellen en de punten die ze aanstrepen op vragenlijsten die gebruikt worden in onderzoek naar symptomen tijdens de menstruatie - het blijkt allemaal gekleurd door deze stereotypen.

Culturele stereotypen zijn constructies, en wel heel krachtige. Vijftig jaar onderzoek naar (psychosomatische) klachten gerelateerd aan de menstruatiecyclus heeft géén uitsluitsel kunnen geven over de vraag of vrouwen vóór of tijdens de menstruatie nu *echt* méér klachten hebben dan in andere periodes van hun cyclus. Of vrouwen al dan niet (psychosomatische) klachten rapporteren in onderzoeken blijkt af te hangen van een enorme hoeveelheid factoren. Om er enkele te noemen: het maakt verschil of ze denken dat ze in een prémenstruele fase zijn (zonder dat ze dat echt zijn), of ze voorlichting hebben gekregen over (pré)menstruele klachten die het bestaan ervan ontkent of bevestigt, of ze lang of onregelmatig menstrueren, of ze het verder leuk hebben in hun leven, enzovoorts. Dat maakt het er natuurlijk voor onderzoekers die willen weten wat voor klachten vrouwen nu *echt* hebben, om dan vervolgens dé (meestal biologische) oorzaak vast te kunnen stellen, niet gemakkelijker op. Het doet Koeske, een van de bekendste onderzoekers op dit gebied, verzuchten: "Until more elaborate theories of symptom perception emerge, it is not clear how much of self-report data is measurement error, and how much systematic or meaningful variation".⁹

Het zijn met name sociaal-wetenschappelijke onderzoekers die zich bezig houden met theorieën over symptoom-perceptie. Bij Oldenhavé lijken ze zich alleen te mogen bezig houden met "problemen in de leefstijl". Gelukkig doen ze meer. En ik zou hetgeen zij te zeggen hebben op het gebied van de symptoom-perceptie door mensen (je zou kunnen zeggen over de wijze waarop "biologie" iets "sociaals" wordt) zeker niet graag in de hoek willen schuiven.

In je recensie van Oldenhavé's boek staat dat je het een goed idee vindt om na te gaan of de menstruatieproblemen misschien de veroorzakers waren van al die vage klachten die aan de overgang toegeschreven worden ...

Mét Oldenhavé ben ik van mening dat de huidige denkbeelden over "de overgang" niet positief uitwerken voor vrouwen. Ik ben er dan ook voor dat daaraan gesjord en getrokken wordt. Dat kan *onder andere* door te kijken naar de menstruatieproblemen vóór de menopauze en de klach-

ten die daarbij genoemd worden. Gemakkelijk zal dat niet zijn; want wat zegt het eigenlijk wanneer er een correlatie blijkt te bestaan tussen onregelmatige en hevige menstruaties in de prémenopauze en gemiddeld verhoogde scores van psychosomatische klachten? Niet meer - en ook niet minder - dan dat vrouwen dan veel psychosomatische klachten rapporteren. En niet dat die menstruaties, dat de biologie, die klachten *veroorzaakt*. Een andere (verklarende) hypothese zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat veel van die vage klachten geuit worden onder invloed van stereotype denkbeelden over de overgang.

Er zijn veel manieren om te sjoeren en te trekken aan de denkbeelden over de overgang. Andere feministische strategieën dan die van Oldenhavé zijn bijvoorbeeld het deconstrueren van stereotype overgangsbeelden" en het opzetten van onderzoek waarin met veel factoren wordt rekening gehouden." Feministische wetenschap bedrijven is niet die ene weg aflopen naar dé waarheid die correspondeert met dé werkelijkheid van vrouwen. Het is het maken van tal van nieuwe constructies, die het veld van (medische) kennis- en machtspraktijken rondom lichamen ten goede van vrouwen **veranderen** ..

Noten

1. Zie hiervoor bijvoorbeeld: R. Lewontin, *Human Diversity*. New York (Scientific American Books Inc.), 1982. L. Birke, *Feminism and Biology*. Brighton (Harvester Press) 1986. En: R. Bleier, *Science and Gender*. New York (Pergamon Press) 1984.
2. Bijvoorbeeld: A. Mazur & T. Lamb, "Testosterone, Status, and Mood in Human Males", in: *Hormones and Behavior*, 14, 236-246, 1980. En: M. Me Clintock, "Major Gaps in Menstrual Cycle Research: Behavioral and Physiological Controls in a Biological Context", in: P. Komnenich et. al. (eds.), *The Menstrual Cycle Volume 2*. New York (Springer), 1980.
3. Zie hiervoor ook Me Clintock en: W. Jöchle, "Coitus induced ovulation", in: *Nature*, 229,244, 1971..
4. Er is de laatste jaren binnen de kennistheorie een levendig debat gaande over "realisme" en "relativisme". Schematisch bezien kun je daarin twee extreme standpunten onderscheiden: aan de ene kant het naïef realistische en aan de andere kant een totaal relativistisch standpunt. Beide uitersten komen eigenlijk niet voor, de ideeën en meningen bewegen zich daartussen. Voor degene die geïnteresseerd is in dit debat beveel ik een bundel aan die uitgegeven is bij de Rijksuniversiteit. Utrecht: B. van Vught Tijssen, D. Raven en J. de Wolf, *Cognitive relativism and social science*. Vakgroep Culturele Antropologie RUU, 1987. Verder zijn er belangwekkende kennissociologische studies gedaan naar natuurwetenschappelijke ontwikkelingen. Zie bijvoorbeeld: B. Latour & S. Woolgar, *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. London (Sage Publications) 1986. En: K. Knorr-Cetina, *The manufacture of knowledge*. New York (Pergamon Press), 1981.
5. S. Bell, "Changing ideas: The medicalization of Menopause" in: *Social Science and Medicine*, 6, 535-542, 1987.
6. Zie bijvoorbeeld: P. Kaufert, "Anthropology and the menopause: the development of a theoretical framework", in: *Maturitas*, 4,181-193, 1982. En: M. Goodman, "Toward a Biology of Menopause", in: *Signs*, 4,739-753, 1980.
7. Deze visie werk ik verder uit in een artikel dat in het Tijdschrift voor Vrouwenstudies verschijnt: I. Baart, "Kritiek op de dokter. Feminisme en de relatie vrouwen / geneeskunde", in *Tv Vj*, jrg. 8, 3, 1987.
8. De franse filosoof Foucault beschreef het samenspel van macht en kennis als een verhoog, bijvoorbeeld het medische verhoog. Medische kennis en bijvoorbeeld uitspraken van vrouwen die hiermee te maken hebben, krijgen altijd vorm binnen dit verhoog. Zie hiervoor de werken van Michel Foucault en ook onder noot 7.
9. R. Koeske, "Lifting the Curse of Menstruation: Toward a Feminist Perspective on the Menstrual Cycle", in: S. Golub (ed.), *Lifting the Curse of Menstruation*. New York (Harrington Park Press) 1985. Andere artikelen waarin het probleem van de symtoomrapportage besproken wordt zijn bijvoorbeeld: M. Parlee, "The Premenstrual Syndrome", in: *Psychological Bulletin*, 80, 454-465, 1973. En: D. Ruble, "Premenstrual Symptoms: A Reinterpretation", in: *Science*, Vol. 197, 291-292, 1977.

Het contract

Psycho-sociale hulp vormt een steeds belangrijker deel van het huisartsenwerk, maar huisartsen kunnen hier vaak moeilijk mee uit de voeten. Huisartsen en patiënten zijn in de loop van de tijd ook anders tegenover elkaar komen te staan: opvattingen en meningen van de huisarts zelf zijn belangrijker geworden.

Hugo Smeets ziet mogelijkheden om de resultaten van de psychosociale hulpverlening te verbeteren. Een hulpverleningscontract tussen patiënt en arts is daarbij een belangrijk instrument. Is deze poging, de patiënt meer invloed te geven, opnieuw gedoemd te stranden of zet dit voorstel werkelijk zoden aan de dijk?

Hugo Smeets

tussen huisarts en patiënt

In dit artikel wil ik enkele recente ontwikkelingen met betrekking tot de psychosociale hulpverlening in de huisartsgeneeskunde kort bespreken. De verschuivingen die er recentelijk zijn opgetreden in de kennis over psychosociale problemen zijn redelijk geabsorbeerd door deze beroepsgroep. Er zit echter een addertje onder het gras. De patiënt wordt ook nu weer vergeten.

Psychosociale hulpverlening is voor de huisarts van tegenwoordig een vertrouwd begrip. Door huisartsen zelf gemaakte schattingen over hoe vaak er in een consult (ook) psychosociale hulpverlening plaats vindt, variëren van 10-50%: een waarschijnlijk groeiend aantal waar de huisartsgeneeskunde nog onvoldoende op berekend is.

Eén van de problemen is, dat er grote onduidelijkheid heerst over wat psychosociale hulpverlening nu precies is. In de praktijk zijn zeer uiteenlopende definities terug te vinden, wat menig huisarts hoofdbrekens oplevert. Bijvoorbeeld, gaat het over lichamelijke klachten met een sociale achtergrond of is er sprake van een ziekte die zich in verhevigde mate uit vanwege psychische bijeffecten? Of kan het ook een psychosociaal probleem zijn dat gesomatiseerd (tot een lichamenlijk probleem gemaakt) wordt? Eénduidigheid in deze is belangrijk; op het wat schimmige terrein van de psychosociale therapie van de huisarts laten de resultaten van de hulpverlening in het algemeen te wensen over.

Rulpvragen in de praktijk

Nemen we als voorbeeld de psychosociale hulpverlening aan etnische minderheden. Passende hulp is vaak moeilijk te leveren en in de hulpverlening liggen de communicatieproblemen voor het oprapen. De taalbarrière leidt tot spraakverwarring over het verband tussen psychosociaal functioneren en "lichaamssignalen". Zo zullen huisartsen die veel met mediterrane patiënten werken, maagklachten als de meest voorkomende klacht bestempelen. De omstandigheden waaronder deze patiënten werken en wonen, laten hen weinig andere keus dan hun klachten te somatiseren: de problemen liggen "als een steen op de maag" en huisartsen zullen, machteloos, meestal slechts zuurremmers en rust voorschrijven. Maar bovenal zijn er grote misverstanden tussen alloctonen en huisartsen over het functioneren van de gezondheidszorg. Een huisarts die een andere vorm van hulp adviseert, zoals het-maatschappelijk werk, zal op een berg ongeloof en onbegrip stuiten bij zijn patiënt.

Deze communicatieproblemen zijn aanleiding geweest een project te starten met hulpverleners van alloctone

oorsprong.¹ Zij functioneren als een soort *deskundigheidspool* en kunnen gekonsulteed worden door huisartsen bij psychosociale problemen in de hulpverlening aan etnische minderheden. In het deelproject in Utrecht valt op dat de frekwentie van het gebruik van deze konsultatiemogelijkheid tussen huisartsen sterk verschilt. Twee huisartsen met vergelijkbare praktijken blijken niet in dezelfde mate een beroep te doen op assistentie van bijvoorbeeld de allochtone maatschappelijk werker. Een reden hiervoor kan het eerder aangeroerde punt zijn, namelijk dat zij psychosociale klachten verschillend definiëren en interpreteren. En ook hier geldt, een mens neemt waar, wat hij wil waarnemen.

Theoretische verklaringen

Handboeken voor psychosociale hulpverlening van huisartsen bestaan niet. In de praktijk is een breed scala van therapeutisch behandelen ontstaan, waarvan de effecten moeilijk te achterhalen zijn. In feite is de patiënt overgeleverd aan de vindingrijkheid van zijn individuele huisarts. Om de hulpverlening meer op een lijn te krijgen is onderzoek naar de precieze verschillen tussen artsen (de zogenaamde „Interdoktervariantte“) zeer gewild. Recent heeft Verhaak onderzocht waarom huisartsen in verschillende mate psychosociale klachten waarnemen. Het blijkt dat huisartsen psychosociale klachten vooral bespreken, indien de patiënten ze expliciet naar voren brengen. In andere gevallen worden ze meestal genegeerd. Het kunnen herkennen van de klachten heeft blijkbaar iets te maken met de communicatiestijl van de huisarts. Verhaak trekt dan ook de konklusie dat huisartsen een psychosociale diagnose stellen op grond van wat zij bij de patiënt "uitlokken". Dit betekent dat psychosociale problemen pas "zichtbaar" en bespreekbaar worden, indien arts en patiënt op éénzelfde golflengte zitten.

Het inzicht dat deze factoren in de diagnostiek van psychosociale problemen een rol spelen, heeft lange tijd ontbroken. Tot voor kort was de diagnostische methodiek gebaseerd op de herkenning van symptomatische klachten; in navolging van Habermas kan dit de instrumentele periode in de huisartsgeneeskunde worden genoemd.² Het ging vooral om het genezen van lichamelijke klachten. Kenmerkend was dat de artsen zich in de eerste plaats op de ziekteverschijnselen richtten met de veronderstelling dat een ziekte altijd objectief is vast te stellen, mits men over de juiste geneeskundige kennis en medische instrumenten beschikt. De medische feiten verklaren dan de klachten. Binnen deze cognitieve diagnostiek was het

aandeel van de patiënt zelf in het diagnostisch proces zeer gering. Hij is de drager van een ziekte die hem per ongeluk overkomt.

Van interpretatie naar interactie

Huisartsen zijn sinds de jaren vijftig steeds meer geconfronteerd met psychosociale problemen. De gebruikelijke diagnostiek bleek hierbij ontoereikend en langzamerhand werd duidelijk dat de *meetbaarheid van ziekten* slechts één onderdeel van de diagnostiek is. Onder de huisartsen ontstonden verschillende manieren om met deze problemen om te gaan. De één zal trachten lichamelijke afwijkingen uit te sluiten, terwijl de ander juist zal proberen psychosociale factoren vast te stellen.

De instrumenten die de huisarts in handen had, leverden onvoldoende gegevens om klachten te kunnen verklaren. De huisarts zal er ook een persoonlijke beoordeling van moeten geven. Wanneer de arts allerlei achtergrondgegevens van de patiënt in zijn diagnose gaat betrekken, ontstaat de *interpretatieve* episode. De communicatie met de patiënt wordt steeds belangrijker. We kennen dit in de praktijk als het verhelderen van de hulpvraag, waarin de arts ook de psychische en sociale factoren naar voren haalt. De huisarts tracht met de patiënt de problemen achter de klachten te formuleren. Dit betekent dat het medisch diagnostisch kader van de huisarts ingevuld wordt vanuit twee invalshoeken: *het medisch onderzoek* levert hem objectieve gegevens en de *interpretatie van het patiëntenverhaal* geeft hem subjectieve gegevens. De laatste gegevens zijn niet alleen gekleurd door de wijze waarop de patiënt vertelt met zijn klachten om te gaan; de interpretatie van de arts is mede afhankelijk van zijn betrokkenheid en gesprekstechnieken. De huisarts zelf is zodoende een extra variabele in het diagnostisch proces geworden die de uiteindelijke diagnose mede bepaalt. Een opvatting die in het huisartsgeneeskundig onderzoek weerspiegeld wordt, doordat de arts-patiënt relatie steeds meer centraal is komen te staan. Ziekte is niet langer een toevulsverschijnsel, maar de situatie van de patiënt is minstens zo belangrijk. De huisarts heeft zodoende zijn plaats van onbevange waarnemer in moeten ruilen en dus zullen ook de diagnoses van arts tot arts verschillen. Zo wordt het psychosociale probleem van de patiënt deels door de interpretaties van de huisarts gekonstrueerd.

Karakterstiek voor psychosociale problemen is, dat ze moeilijk meetbaar zijn. In de diagnostiek van huisartsen is er dan ook een verschuiving opge-

treden van het meten van de klachten naar het interpreteren ervan. Er is sprake van een interactie tussen huisarts en patiënt. We spreken van de *interactieve* episode.³ De interpretatie van de arts is verbonden met een onderhandeling tussen hem en de patiënt over de formulering van de klachten en het stellen van de diagnose. Deze *onderhandeling* moet uitmonden in een overeenstemming (consensus) over de definitie van de ziekte. Bij onderhandelingen spelen belangen een rol. Het belang van de patiënt is dat zijn klachten erkend worden; het belang van de arts is dat hij een juiste diagnose wil stellen. Daarbij staat de arts onder invloed van het gezondheidszorgsysteem, zoals de omstandigheden van zijn praktijk en de plaatselijke gezondheidszorg, zijn medische uitgangspunten en zijn visie op gezondheid. Kortom de arts die psychosociale therapie tot een deel van zijn vak rekent, zal anders dan zijn collega de onderhandelingen met zijn patiënt ingaan.

In de psychosociale hulpverlening hangt veel af van de inzet die de patiënt kan opbrengen, dus zal het resultaat van de hulpverlening beïnvloed worden door de actieve medewerking van de patiënt. Een goede therapeutische uitgangspositie ontstaat indien een consensus tot stand komt op basis van gelijkwaardige onderhandelingen. Daartoe dienen beiden op de hoogte te zijn van elkaars intenties, dat wil zeggen dat duidelijk moet zijn welke impliciet gestelde doelen aanwezig zijn en op welke - voor beiden verschillende - geldigheidsaanspraken die doelen terug te voeren zijn. Gelijkwaardigheid is mogelijk als de achterliggende intenties begrepen worden. De arts kan door gesprekstechnieken de geldigheidsaanspraken van de patiënt boven tafel krijgen. Verbetering van het onderwijs voor huisartsen hieromtrent, zoals Verhaak aanbeveelt, is maar één zijde van de medaille. Tijdens de interactie zal de patiënt ook de intenties van de huisarts te weten moeten komen. Voor de patiënt vormen de kennis van het functioneren van de gezondheidszorg en het handelen van de huisarts de keerzijde van de onderhandeling.

De positie van de patiënt

Eerder in dit artikel heb ik in het voorbeeld over de hulpverlening aan Marokkanen beschreven, dat ogenschijnlijk vooral de taalbarrière de hulpverlening in de weg staat. In feite is er echter sprake van een veel diepgaander communicatiestoornis. Voor de patiënt staat het verdwijnen van de klachten voorop. Hij zal in de eerste plaats geïnteresseerd zijn in de betekenis van zijn klachten voor de arts. De interpretatie van de arts is name-

lijk bepalend voor de diagnostische route en het therapeutisch kanaal dat de patiënt gaat volgen". Om de Marokkaanse patiënt werkelijk te kunnen begrijpen, zal de arts op de hoogte moeten zijn van de betekenis van klachten binnen de Marokkaanse cultuur. In die cultuur wordt het onderscheid tussen lichaam en psyche niet geaccepteerd. De Marokkaanse patiënt zal altijd om een medische behandeling vragen, omdat hij denkt dat alleen dan zijn maatschappelijk welzijn aan de orde zal komen". Dat kost de arts veel tijd en taktisch optreden. De Nederlandse arts zal vooral gespits zijn op de mogelijkheden die de Nederlandse gezondheidszorg biedt. Hij zal aan de hand daarvan zijn eigen werkstijl ontwikkelen, afgestemd op de manier waarop hij denkt het beste hulpverleningsaanbod te geven. Zo onderscheiden Gerritsma en Smal twee typen van geneeskundig handelen". De groep *klinisch geïoriënteerde huisartsen ordenen klachten aan de hand van hypothesen die elkaar opvolgen*. De *groephuisartsgeneeskundig geïoriënteerden* daarentegen zetten meerdere vermoedens op een rij, die zij volgens een meerspondiagnostiek onderzoeken. Zelfs voor experts is het typen van verschillen in werkstijl geen kleinigheid, voor de patiënt als leek zullen deze verschillen nauwelijks te doorgronden zijn en zal hij dus weinig weten over het referentiekader van de arts die voor hem zit.

Onderhandelen

Zoals duidelijk zal zijn, spelen dergelijke problemen niet alleen in het contact tussen huisartsen en allochtone patiënten. Het verloop in dit voorbeeld stelt me echter in staat een laatste probleem van de psychosociale hulpverlening naar voren te brengen. De huisarts leert steeds beter hoe hij meer te weten kan komen over zijn patiënten. In de opleiding komen verschillende technieken daarvoor aan de orde. Hij leert over sociale mechanismen, beleving en uiting van klachten en vormen van communicatie om de patiënt te doorgronden. Het is opvallend dat, ondanks de erkenning van de tweezijdigheid van het tot stand komen van een vaststelling van de klachten en wat er aan te doen, de opleiding sterk gericht is op het eenzijdig handelen. Alleen de onderhandelingspositie van de arts wordt versterkt. De laatste positie, die van het interactief handelen, zal in de praktijk tot stand moeten komen. Als de deskundigheid van de arts als enige wordt bevorderd dan komt er nog niet veel van terecht.

Meer voorlichting geven zou een deel van die achterstand van de patiënt kunnen wegwerken maar het blijft onvoldoende. Ideaal zou het zijn

als de patiënt voldoende deskundigheid zou hebben om een overeenkomst te sluiten met de arts. Een dergelijk voorstel lijkt onuitvoerbaar door de veelheid en diversiteit van de hulpverleningskontakten die plaats vinden. Maar gezien alle inspanningen is het misschien gerechtvaardigd om van de huisarts een *hulpverleningskontra* te vragen.

Tijdens de kennismaking zet de arts zijn werkwijze en visie ten aanzien van gezondheidsproblemen uiteen. De patiënt kan zo door een onderlinge vergelijking dié arts kiezen die past bij zijn referentiekader. De patiënt zal aan de arts zijn probleemlijst voorleggen en aangeven waar zich zijn *zwakke plekken* bevinden. De arts kan vervolgens uitleggen op welke wijze hij bijvoorbeeld de relatie tussen zwakke plek en psychosociale problemen bekijkt en vragen of de patiënt zich daarmee kan verenigen. De startpositie van de arts-patiënt relatie is daarmee voor een deel expliciet geworden. In de daadwerkelijke hulpverlening zal pas echt onderhandeld kunnen worden, indien de patiënt kan *meebeslissen* over de hulp die nog is. Daartoe zullen arts en patiënt op de hoogte moeten zijn van de diverse hulpverleningsmogelijkheden.

Het is in de psychosociale hulpverlening van belang dat de patiënt gelijkwaardig met de arts kan onderhandelen. Het resultaat van de hulpverlening zal verbeteren als de patiënt zijn eigen bijdrage levert in die hulp. Interactie over de standpunten en mogelijkheden van de patiënt en de arts is nodig en kan bereikt worden doordat de patiënt meebeslist. In de praktijk liggen concrete aangrijpingspunten in de vorm van een hulpverleningscontract en door samenwerking tussen disciplines.

De tijd dat een goed verstaander genoeg had aan een half woord, hebben huisartsen allang achter zich gelaten. Uitgebreid vragen en antwoorden heeft hen echter onvoldoende geholpen om psychosociale problemen te kunnen interpreteren. Er is meer nodig dan proberen elkaars taal te verstaan. Bij ethnische minderheden wordt duidelijk dat door betere communicatie niet automatisch betere hulp voorhanden is. De interactieve werkwijze staat nog in de kinderschoenen, toch is dit dé manier om meer resultaten in de psychosociale hulpverlening te behalen, ook voor Marokkanen. ••

Noten

1. Projekt psychosociale hulpverlening aan ethnische minderheden: een gemeenschappelijk deel project en werken aan de gezondheidsbevordering van huisartsen in Utrecht (bv. de groep Marok.: art. 1987).
2. P. Verhaak. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk, Nivel 1986.
3. Habermas, J.: Zur Rekonstruktion der Historischen Materialismus. Fr.a.IV, blz. 184, deelt de ontwikkeling van systemen in structuur daarvan waarop de episodien zijn gebastard.
4. Touw-Otten F.: Wetenschappelijke bijdrage van de huisartsgeneeskunde in de psychosociale hulpverlening. Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde 1981, blz. 74.
5. Habermas J.: Überlegungen zur Kommunikationspathologie, Fr.a.IV, spreking van de voorwaarden van een gestoorde communicatie".
6. Willems, D.: Het zal toch nützlich zijn? TGP 86/4.
7. Meer Ph. V.d.: Omgaan met Marokkanen. Deventer 1984.
8. Gerritsma en Smal: De werkwijze van de huisarts en internist, Utrecht 1987.

Sociale geneeskunde is geen vak

In het maart-nummer van dit tijdschrift stond de sociale geneeskunde afgebeeld als een uitgeteerd oud mensje in een grafkist, klaar om zich neer te vleien en het deksel dicht te trekken. Eddy Houwaart en Guus Bannenberg betoogden in twee opeenvolgende artikelen dat het zo droevig met de sociale geneeskunde is gesteld doordat zij het contact heeft verloren met haar eigenlijke onderwerp: de relaties tussen fysieke en maatschappelijke factoren en gezondheid.

A.H.M. Kerkhoff is het over de malaise-toestand van de sociale geneeskunde wel met hen eens, maar niet over de oorzaak daarvan, en droevig vindt hij de situatie ook niet. De sociale geneeskunde heeft helemaal niet het contact met haar onderwerp verloren, om de simpele reden dat ze geen eigen onderwerp heeft en ook nooit gehad heeft. "Sociale geneeskunde" is eenvoudig een verzamelnaam die lange tijd een schijn van eenheid gaf aan verschillende takken van wetenschap, stelt hij in deze discussiebijdrage. Het is een teken van de goede gezondheid van deze takken dat ze die schijneenheid niet meer nodig hebben.

Is "sociale geneeskunde" dus alleen maar een achterhaalde term? Kan de grafkist worden gesloten?

A.K.M. Kerkhoo; directeur van de GG & GD in Leiden.

Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld? Deze omineuze vraag stelde zich E. Houwaart enige tijd geleden in dit tijdschrift.

Zijn bezorgdheid lijkt alleszins gerechtvaardigd. Zo is de meer dan een halve eeuw geleden opgerichte Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg doende zichzelf op te heffen en zijn de toch al schaarse leerstoelen in de sociale geneeskunde successievelijk aan het verdwijnen. In het gunstigste geval worden zij overgedragen aan (klinische) epidemiologen, aan beslistkundigen of anders aan hoge ambtenaren van het Ministerie van VVC.

Welhaast even somber is het beeld dat G. Bannenberg onlangs in deze kolommen heeft geschetst." Deze auteur ziet enig licht in de vorderingen op het terrein van epidemiologie, beslistkunde en "health technology assessment". Eveneens acht hij de toenemende belangstelling voor het gezondheidszorgonderzoek een gunstige ontwikkeling. Toch meent ook Bannenberg dat sprake is van een ernstige crisis in de sociale geneeskunde; de gunstige ontwikkelingen betreffen immers veeleer "methodologieën" ter ondersteuning van beslissingen op het terrein van geneeskunde en gezondheidszorg en niet de sociale geneeskunde "zelf".

Ten aanzien van de oorzaken van de malaise is het oordeel van de beide auteurs eensluidend: de sociale geneeskunde lijdt aan bloedarmoede, ja zelfs is zij haar opdracht ontrouw geworden. Met instemming citeert Houwaart in dit verband de Amsterdamse hoogleraar Leenen, die op een onlangs gehouden congres voor openbare gezondheidsregeling te Rotterdam liet weten dat de sociaal geneeskundigen zich onvoldoende hebben bezig gehouden met "de grote maatschappelijke problemen".

Tot hier toe valt het niet moeilijk de beide auteurs in hun betoog te volgen. Inderdaad lijkt het de sociaal geneeskundigen wel eens aan maatschappelijke beweging te ontbreken en kan een zekere gezapigheid deze en gene niet worden ontzegd. Heel wat moeilijker valt het recept te aanvaarden dat Houwaart en Bannenberg tegen de malaise voorschrijven: de sociaal geneeskundigen moeten terug naar de bron, zij moeten zich weer gaan bezighouden met de invloed die het materiële en het immateriële milieu op de gezondheid hebben. Wat hier wordt gesuggereerd, is dat de sociale geneeskunde een tak van wetenschap, een medisch specialisme of zo men wil een eigen vak zou zijn. Dit nu is een fictie die de discussie slechts vertroebelt. Naar ik in het navolgende zal trachten aan te tonen, is de sociale geneeskunde geen vak en is zij dat ook nooit ge-

weest. Zij is wat René Sand jaren geleden reeds een visie noemde, een point de vue, een zienswijze die niet alleen zou moeten worden gedragen door elke medicus (of deze nu huisarts, verzekeringsgeneeskundige of thoraxchirurg is), maar door alle professionelen die zich vanuit welke opleiding dan ook met geneeskunde en gezondheidszorg bezig houden."

Artsen als advocaat

De sociale geneeskunde is geen vak. Om deze stelling te schragen moeten wij ons buigen over een vraag die naar de mening van sommigen overigens al veel te veel pennen in beweging heeft gebracht: wat is precies de inhoud van het begrip sociale geneeskunde?

De idee van een sociale geneeskunde werd geboren in de achttiende eeuw. Heel duidelijk vindt men haar terug in de geschriften van J.J. Rousseau. Deze filosoof meende dat niet alleen de (door de Ouden reeds aangewezen) factoren in de natuur - bodem, water en lucht - de mens ziek konden maken maar ook de maatschappelijke omstandigheden die voortvloeien uit slechte wetten, ongezone regels en knellende conventies. Rousseau sprak in dit verband van onnatuurlijke ziekten.

In medisch-praktische zin heeft de grote denker zijn ideeën nooit nader uitgewerkt. Wel deden dat artsen als de bekende Johann Peter Frank, die sterk door Jean Jacques werden beïnvloed. In zijn beroemd geworden inaugurale rede *Ueber den Volkseind* (1790) stelde hij als een der eersten de "medische" gevolgen van armoede en ongelijkheid op indrukwekkende wijze aan de kaak."

Was de idee van een sociale geneeskunde hiermee geboren, de naamgeving volgde pas tegen het midden van de negentiende eeuw. Naar met name Nederlandse leerboeken consequent vermelden, was het de Parijse chirurg Jules Guérin die als eerste van een *médecine sociale* sprak en deze definiëerde als "l'ensemble des rapports entre la médecine avec la société".⁵

Vanzelfsprekend moeten zowel deze naam als de definitie worden begrepen tegen de achtergrond van de toenmalige omstandigheden. Die waren voor grote delen van de bevolking miseraabel. Het Congres van Wenen had in 1814 de oude absolutistische regeringsvorm van voor de revolutie weer trachten te herstellen met als gevolg dat de kloof tussen hoog en laag, tussen arm en rijk, zich weer verdiepte. Met de opkomst van de Industriële Revolutie werd deze kloof bovendien nog breder; men denke slechts aan de ellendige omstandigheden waaronder de arbeiders in de Noordfranse industriesteden moesten werken en leven. De groeiende tegenstellingen leidden

soms tot felle botsingen, waarvan de Juli-revolutie van 1830 en de Februari-revolutie van 1848 bekende voorbeelden zijn. Evenzeer leidden zij echter tot een hernieuwde bezinning over de structuur van de samenleving, en tot pogingen tot betere en dus ook zondere maatschappijvormen te komen.

Met zijn naamgeving trad Guérin aldus in het voetspoor van mannen als Fourier, Cabot en Saint Simon." Hoe de Parijse chirurg in concreto tot een andere samenleving wilde komen, is niet zo duidelijk. Zeker is slechts dat hij zelf in elk geval als *officier de liaison* wilde optreden, als bemiddelaar tussen de strijdende partijen. Artsen waren daartoe naar zijn mening bij uitstek geschikt, daar zij een belang dienden dat een ieder in gelijke mate aangaat: de gezondheid." Zeker is ook dat er in die dagen geneeskundigen waren die zich heel wat partijdiger opstelden. In Frankrijk waren dat bijvoorbeeld F. Villermé en L. Fodéré, in Duitsland waren het mannen als R. Virchow, R. Leubuscher en S. Neumann. Zij wierpen zich op als "die natürlichen Anwälte der Armen" en verdedigden hier belangen desnoods op de straatbarricaden. Ook in eigen land zijn - zoals ook Houwaart al heeft aangegeven - goede voorbeelden te vinden van artsen die zich sterk maakten voor de zogeheten lagere stand - hetzij als bemiddelaar, als advocaat of als aanklager.⁹

Tussen visie en vak

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden dat in het midden van de negentiende eeuw sociaal bewogen artsen opstonden die in maatschappelijke misstanden de diepere oorzaak van tal van ziekten zagen en die langs andere dan puur curatief-medische wegen probeerden deze factoren te elimineren. *Een nieuwe, wetenschappelijke discipline vestigden zij hierbij niet.* Wel hebben hun inspanningen bijgedragen aan de totstandkoming van wetten op het terrein van welzijn en gezondheid.

Daarmee werd hun visie echter nog geen vak. Wat wel gebeurde, is door A. Querido een aantal jaren geleden haarfijn uiteen gezet." Juist toen de belangrijkste "sociale" wetten eindelijk tot stand kwamen, zo schrijft deze Amsterdamse hoogleraar, was de medische belangstelling voor maatschappelijke vraagstukken sterk aan het afnemen. Het werk van de Inspecteurs van het Staatstoezicht (wier taak het was ziekmakende factoren op te sporen), was verzand erin de aandacht der medici werd welhaast volledig in beslag genomen door de snelle vooruitgang van de wetenschap. "In feite", aldus Querido, "is de ontwikkeling van

de sociale geneeskunde zoals wij deze thans kennen minder gebaseerd op inzicht en belangstelling van geneeskundigen, dan op de consequenties van de verschillende wetten".

Querido's beweringen werpen een bijzonder licht op de ontwikkeling van de sociale geneeskunde. Het was niet zozeer de maatschappelijke beweging, als wel de noodzaak van medische inbreng bij de uitvoering van de nieuwe, sociale wetten die leidde tot wat thans de sociale geneeskunde wordt genoemd. Zo was het de Leerplichtwet (1900) die de aanstelling van gemeentelijke schoolartsen tot gevolg had en waren het de verschillende hygiënische wetten die - naast de Armenwet - de gemeenteartsen een staansgrond gaven. Van grote betekenis waren ook de verschillende ongevallenwetten. Deze vroegen om een geheel nieuw soort geneeskundige activiteit: controleren. Bij de uitvoering van de sociale wetgeving was het immers nodig dat medisch geschoolde deskundigen beoordeelden of de verzekerde (nog) rechten kon doen gelden.

Het is met name deze verzekeringsgeneeskunde die haar stempel heeft gedrukt op de verdere sociaal-geneeskundige ontwikkelingen aan de universiteit. De uitvoering van de ziektewet, de invaliditeitswet en de al genoemde ongevallenwet maakten al ras duidelijk dat de geneesheren onderwezen moesten worden in de kunst op adequate wijze om te gaan met de talrijke titels en paragrafen der nieuwe wetten. Het behoeft dan ook niet te verbazen dat de eerste Nederlandse leerstoel in de sociale geneeskunde (die in 1918 in Utrecht werd ingesteld) niet door een bewogen maatschappijcriticus à la Virchow of Villermé werd bezet, maar door de controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank. Men zou haast concluderen dat uit Guérins "rapports" in het Hollandse rapporten waren geworden.

Grote belangstelling, zo meldt Querido, ontmoette het nieuwe vak bij de studenten niet. Daar Baart de la Faille echter een beminlijk mens was, spraken de studenten af bij toerbeurt zijn colleges te volgen, opdat de man niet voor lege banken zou behoeven te spreken. u Daarmee misten de studenten overigens een unieke kans om met de sociale aspecten van ziekte en gezondheid bekend te raken, want de verzekeringsgeneeskunde was het enige vak dat op een academische leerstoel kon bogen. De schoolartsen moesten een eigen stek aan de alma mater helemaal ontberen en voor de gemeenteartsen was er niet veel meer dan een *privatdocentschap* in de "sociale hygiëne" in Amsterdam (sinds 1908).¹² Weinig beter ging het met de

oefeningeneeskunde die in de jaren twintig opkwam. Het duurde tot 1953 alvorens G.C.E. Burger een buitengewone bevoegdheid in de technische hygiëne aan te krijgen van de TH van Delft kreeg.

Instituten

Het is hier niet de plaats uitvoerig in te gaan op de verdere ontwikkeling van de verschillende taken aan de universiteit. Volstaan zij met de constatering dat geen sprake is geweest van de ontwikkeling van één sociale geneeskundige stam waaruit verschillende vakken ontsproten. Het omgekeerde is evenmin het geval geweest: uit de diverse disciplines heeft zich geen gemeenschappelijk leervak ontwikkeld. Ook toen na de Tweede Wereldoorlog aan alle universiteiten sociaal-geneeskundige instituten werden gevestigd, is dat niet gebeurd. De instituten groeiden heel voorspoedig, hetgeen onder meer tot uitdrukking kwam in een groeiend aantal medewerkers van uiteenlopende disciplines. Ook die laatste ontwikkeling leidde echter niet tot het ontstaan van een eigen vak "sociale geneeskunde". De instituten droegen bij aan de ontwikkeling van nieuwe (inter)disciplines als medische sociologie en medische psychologie en aan de verdere groei van de sociaal-geneeskundige takken. Zelfs vormden zij in sommige steden de bakermat voor vakken als de huisartsen- en de verpleeghuisgeneeskunde. Tot de vorming van een vak sociale geneeskunde leidden ze echter nergens. De visie zelf is ook aan de academie geen vak geworden.

De geschiedenis van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) weerspiegelt welbeschouwd geen ander beeld. In 1906 sloten de verzekeringsartsen zich aan, in 1908 de schoolartsen en in 1919 de gemeentartsen. Aan het einde van de jaren twintig gingen de laatstgenoemde twee verenigingen op in de ANVSG. Het doel van de nieuwe vereniging was, anders dan men op grond van de naam wellicht zou denken, echter niet het amalgameren van de verschillende takken. Naar Bergink mededeelt, wilden vooral veel schoolartsen van meet af aan liever zelfstandig blijven.¹⁴ Dat de Algemene Vereniging op het nippertje toch tot stand is gekomen was omdat zij uiteindelijk wettelijk werd erkend voor het argument dat één vereniging nu eenmaal meer in staat kan zijn uit te oefenen dan één of zelfs twee kleine. De nieuwe vereniging zou de verschillende onderdaken kunnen bieden die school- noch gemeentartsen waren en toch niet in de curricula van de verschillende disciplines kon worden behandeld. Dit was de reden waarom de vereniging niet werd opgeheft. Het was de bedoeling dat de verschillende disciplines elkaar op vele punten konden ontmoeten. Van grote betekenis

schijnt deze overweging echter niet te zijn geweest. In de latere jaren groeiden de verschillende takken eerder uit dan in elkaar. De vraag hoe in verscheidenheid één te blijven heeft de Vereniging dan ook regelmatig bezigt gehouden en op gezette tijden voor de nodige problemen gepleet. Volgens Brenkman was het in 1953 al nauwelijks meer mogelijk om de verschillende participerende verenigingen onder één dak te houden.¹⁵

Beschouwing

Anders dan Houwaart ben ik dan ook van mening dat de op handen zijnde opheffing van de ANVSG niet als een uiting van bloedarmoede of algehele malaise moet worden beschouwd. Het is een blijk van de goede gezondheid der participerende verenigingen. De scheiding illustreert dat zij thans sterk genoeg zijn om op eigen benen te staan en dat is een gunstige ontwikkeling, die zich overigens vijf of zes jaar geleden ook al in de sfeer van de opleidingen aftekende: de gemeenschappelijke basiscursus sociale geneeskunde werd toen afgeschaft. Zelfs het feit dat de leerstoelen in "de" sociale geneeskunde verdwijnen, dient niet uitsluitend negatief te worden beoordeeld. De idee van zouden verzekeringsgeneeskunde, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, jeugdgezondheidszorg, de veelheid aan onderdelen van de "AGZ" en, alsof dat nog niet genoeg was, sinds kort ook nog de sportgeneeskunde onder één noemer aan de universiteit gedoceerd kunnen worden, moet als irreal van de hand worden gewezen. Een dergelijke gang van zaken leidt er slechts toe dat menigeen de term sociale geneeskunde slechts associeert met begrippen als vaag, zweverig en onwetenschappelijk. Daar is geen behoefte aan. Nodig is thans, naast - het zij gaarne toegegeven - wat meer élan, "academische ruimte" voor de afzonderlijke interdisciplines en met name ook de sociaal-geneeskundige takken. Alleen zo kunnen zij hun fundament verstevigen met adequate methoden en de vorming van een behoorlijke "body of knowledge". Voor zover sprake is van een gemeenschappelijke noemer behoeft die naar mijn mening niet voortdurend tot uiting te worden gebracht in de belaste term "sociale geneeskunde". Die kan beter worden gereserveerd voor een historisch begrip uit de 19e eeuw.

Sommigen vrezen dat met het overboord gooien van de vertrouwde naam de zo noodzakelijke dwarsverbanden volledig teloor gaan. Naar mijn mening is die vrees ongegrond, zeker zolang in dit land nog tijdschriften bestaan die de vertegenwoordigers der verschillende takken en disciplines tot forum kunnen dienen.

Noten

- Houwaart, E.: „Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld?“. In: Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, dec. '86, 12-17.
- Bannenberg, G.: „De crisis in de sociale geneeskunde“. In: Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, maart '87, 51-1.
- Vgl. Sand, R.: *Vers la médecine sociale*. Paris Baillière, 1948; Urk, G.R. van: „Sociale geneeskunde als specialisme“. Tijdschrift Soc. Geneesk. 44 (1966), 385-31.
- Zie voor een goed overzicht van de verschillende opvattingen ook: Doeleman, F.: „Over de sociale geneeskunde in Nederland“. In: W.F. Tordoir, (ed.) *Sociale Geneeskunde in de praktijk*. Utrecht: BO Scheltema en HHolkema, 1973, 13. en Doeleman, F.: „Persoonlijke beschouwingen over sociale geneeskunde“. Tijdschrift Soc. Geneesk. 41 (1963) 679-681.
- Lesky, E.: „Einleitung zu Johaan Pate-Franks Akademische Rede vom Volksleid als der Mutter der Krankheiten“. In: E. Lesky (ed.) *Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis*. Darmstadt: V. S. Schafel, Buch Gesellschaft, 1971, 12-4-147.
- Sand, R.: „Médicine sociale“. 220-221.
- Ackerknecht, E.H.: *Medicine at the Paris hospital. 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins U.P., 1967, 183-191. Zie verder: Timmer, M. en Hansma, J.: „Social medicine in Western Europe“. 1-1972. Suppl. 1 bij nr. 11 Tijdschrift Sociale Geneeskunde 53 (1975) 3-4.
- Sand: *Méd. Soc.* 221.
- Deppe, H.U. en Regus, M.: *Seminar in Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Frankfurt a.M. Suhrkamp, 1975, 163-223.
- Houwaart, E.: „Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld?“. In: Tijdschrift Soc. Geneesk. 61 (1963) 258-274, 295-308 en 335-352.
- Querido, A.: „De ontwikkeling van de sociale geneeskunde tot specialisme“. In: J.A. van Dongen (ed.) *De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw*. Amsterdam: J.H. de Bussy, 1966, 260-7.
- Querido: *De ontwikkeling*, 263.
- Over de opleiding: A.Th.L.M. „De opleiding in de sociale geneeskunde“. In: J.C. van Es e.a.: *Maatschappelijke Gezondheidszorg in perspectief*. Assen: Van Gorcum, 1968, 40-50.
- Vos, R.: Een bedrijfsarts in het bedrijf. G.C.E. Burger als „fabrieksarts“. In: N.V. Philips' Gloeilampen Fabrieken 1919-1938. Groningen: Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, 79.
- Bergink, A.H.: „Van Nederlandse Vereniging van Schoolartsen via de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde naar Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg“. Tijdschr. Soc. Geneesk. 48 (1970) suppl. 1.
- Verslag van de buitengewone gemeenschappelijke vergadering van de Ned. Ver. van Schoolartsen en van de Ver. van Gen. en Geneesk. Verzorging, gehouden te Zaandam op zondag 7 april 1929. Tijdschr. Soc. Geneesk. 7 (1929) 165-6. Zie ook: Rapporten en advies der besprekers inzake de reorganisatieplannen, volgens besluit der huishoudelijke vergadering van 15 dec. 1928. Tijdschr. Soc. Geneesk. 7 (1929) 289-292.
- Brenkman, C.F.: „De Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde“. In: J.C. van Es, F. Doeleman, J. Plas, N. Troege en E. van de Weg reds. *Maatschappelijke Gezondheidszorg in perspectief*. Assen: Van Gorcum & Co., 1968, 1-18.

Klagen

P.C. Ippel, Klachtbehandeling en klachtprocedures. Serie Praktijkhandelingen, WE.J., Tjeenk Willink, Zwolle, 1987. VIII + 128 pagina's. Prijs: f 39,50.

Klagen is in. Wie echter een klacht wil indienen betreedt een terrein, waarop hij of zij al snel door de bomen het bos niet meer ziet. De rechtssocioloog Pieter Ippel doet in "Klachtbehandeling en klachtprocedures" een poging om voor de klager enige orde aan te brengen in, wat hij noemt, Klaagland.

In de inleiding gaat hij in op de juridische plaatsbepaling van klachtenprocedures. Ze behoren niet tot de rechtspraak, maar zijn wel een meer of minder geregelementeerde vorm van conflictbeslechting. Daarom worden zij wel gekarakteriseerd als *pseudo-rechtspraak*. Een belangrijke vraag is steeds hoe (in)formeel een klachtprocedure moet worden ingericht. Veel procedurele waarborgen bevorderen misschien wel een zo eerlijk mogelijk proces, maar zij kosten veel tijd en geld. Door de ingewikkeldheid van de procedure heeft de klager meestal professionele bijstand nodig. Een informele procedure daarentegen kan vaak op een gemakkelijke wijze een klacht verhelpen.

Na de inleiding volgen hoofdstukken over achtereenvolgens het klachtrecht over overheidshandelingen, klachten over politietoetreden, de klachtbehandeling in de gezondheids- en verzorgingszorg, de klachtbehandeling in gesloten instellingen zoals psychiatrische ziekenhuizen en TBR-inrichtingen en het klachtrecht voor consumenten („klantenklachten"). Voor de gezondheidszorg komen de klaagmogelijkheden bij de medische tuchtrechter, de burgerlijke rechter en de geneeskundige inspectie aan de orde. Verder bespreekt Ippel recente voorstellen voor verbetering van het klachtrecht in de gezondheidszorg zoals het rapport van het Landelijke Patiënten- en Consumenten Platform en besteedt hij aandacht aan de in voorbereiding zijnde wet op het democratisch functioneren van gesubsidieerde instellingen. Behalve een wijziging van de bestuursaanstelling en vergroting van de cliënteninspraak is daarin ook een regeling voor klachtopvang opgenomen. De schrijver constateert dat "de bevolgen ideeën over democratisering met een politiek en collectief cachet in de jaren tachtig een meer individuele toespising hebben gekregen en dat men dit resultaat nu (moeizaam) wettelijk probeert vast te leggen" (p. 53). Verder spreekt Ippel over "de juridisering van de psychiatrie" (p. 64), die is ontstaan door onder andere de opkomst van de patiëntenvertrouwenspersonen en van de advocatenpiketdiensten, die rechtshulp verschaffen bij (dreigende) gedwongen opname. Heeft de klachtopvang in psychiatrische ziekenhuizen via de patiëntenvertrouwenspersonen een snelle ontwikkeling doorgemaakt, in verpleeghuizen staat deze nog in de kinderschoenen. Ippel citeert de Utrechtse hoogleraar C. Kelk, die heeft gepleit voor een zwaardere juridische aanpak (onafhankelijke commissies die een bindende uitspraak kunnen doen) dan de op dit moment op experimentele schaal toegepaste klachtenbemiddelingsinstanties. Dezelfde Kelk stelt echter ook dat "klachtrecht ge~n alibi mag zijn om verandering van structurele condities - zoals verbetering van de geografische spreiding, meer kleinschaligheid en humanere accommodaties - uit de weg te gaan" (p. 73).

In het slothoofdstuk gaat Ippel kort in op de voor- en nadelen van klachtprocedures. Hij beveelt de klager aan de pro's en

contra's van het indienen van een klacht nuchter te overwegen, advies van deskundige personen in te winnen en de verwachtingen niet te hoog te stellen. "Klagen mag dan in veel gevallen vrij staan, een negatieve uitkomst kan een extra teleurstelling betekenen" (p. 102). En het aantal ongegrondverklaringen van klachten is hoog. Achter in het boek zijn bijlagen opgenomen met nuttige tips en adressen van klachtinstanties.

Zoals uit het overzicht van de inhoud reeds blijkt, beperkt Ippel zich niet tot de gezondheidszorg. Dit brede perspectief maakt het boek aantrekkelijk. De klachtbehandeling in de gezondheidszorg speelt zich immers niet af op een eiland. Zokunnen de, niet altijd onverdeeld gelukkige, ervaringen met bijvoorbeeld de Nationale Ombudsman (die klachten over overheidsop treden behandelt) en de branchegeschillencommissies (consumentenklachten) worden betrokken in de discussie over de vraag hoe het klachtrecht in de gezondheidszorg het beste kan worden geregeld.

Naar mijn oordeel kan de poging van Ippel om een kort en praktijkgericht overzicht van klachtprocedures te geven geslaagd worden genoemd. Het boek is actueel, vlot geschreven en door de afwisseling van grote en kleine letters overzichtelijk ingedeeld. Het bevat bovendien veel praktische informatie zonder dat de lezer er in verdrinkt. Daarbij gaat de auteur ook sociologische beschouwingen niet geheel uit de weg. De vele literatuurverwijzingen tenslotte nodigen uit tot verder lezen.

Jos Dute

Unnatural selection?

Unnatural Selection? Coming to terms with the new genetics.
Edward Yoxen William Heinemann Ltd, Londen, 1986

Diskussies over de ontwikkelingen op het gebied van de diverse betrekkelijk nieuwe reproductieve (voortplantings-) en "genetische" technologieën blinken vaak niet uit in helderheid. Afbakening van het precieze onderwerp van discussie bijvoorbeeld blijkt een probleem, het gaat over "alles tegelijk". Kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie, klonen; zeer verschillende technieken met veelal zeer verschillende doelen en implicaties worden op een hoop gegooid en betwijfeld of verguisd. Ook het onderscheid tussen bestaande technieken en toekomstige ontwikkelingen is niet altijd duidelijk. Dit was bijvoorbeeld het geval in het veelbesproken televisieprogramma "Beter dan God" dat de VPRO dit voorjaar uitzond. Discussie-stimulerend, dat zeker, maar wat dit betreft niet verhelderend.

Dat zaken die met voortplanting te maken hebben sterk aan emoties raken, bevordert evenmin de helderheid. Tussen 1960 en vandaag de dag zijn de mogelijkheden op dit gebied drastisch toegenomen, en veel mensen voelen zich persoonlijk bedreigd door deze snelle ontwikkelingen. Discussies worden daardoor gemakkelijk "verhit".

Het schrijven van "Unnatural Selection?" was voor de wetenschapsdynamicus Edward Yoxen een manier om persoonlijk "in het reine te komen" met de ontwikkeling van deze technologieën, die hij samenvat met de wat ongelukkig gekozen term "nieuwe genetica". De ondertitel verwijst naar zijn hoop dat met behulp van zijn boek de lezers en lezeressen dat ook zullen doen.

Onnatuurlijk

"Het ligt in ons vermogen de vorm van deze medische innovaties te beïnvloeden, richtlijnen en grenzen te stellen en een maatschappelijke discussie te eisen ten aanzien van alle implicaties", aldus Yoxen. Met een onvoorwaardelijk afwijzend standpunt, of door te denken dat wat we ook doen, "het toch wel doorgaat", zitten we volgens hem op de verkeerde weg. Om in-

vloed te kunnen uitvoeren op de ontwikkelingen is het van belang dat zoveel mogelijk mensen gaan nadenken over wat de technologieën voor het dagelijks leven betekenen. Hiervoor zijn nodig:

- concrete voorbeelden die de mogelijkheden laten zien en helpen beslissen wat wel en niet "goed" is
- een terminologie die duidelijk en bruikbaar is.

Dat reproductieve en genetische technologieën zowel een cultureel als een wetenschappelijk fenomeen zijn blijkt uit de woord- en begrippenkeuze. "Kunstmatige" inseminatie bijvoorbeeld benadrukt heel duidelijk het "onnatuurlijke" (= niet nastrevenswaardige) karakter van deze techniek. Er wordt ook nog steeds gesproken over "reageerbuisbabies", terwijl iedereen eigenlijk allang weet dat alleen de bevruchting buiten het lichaam plaatsvindt. Willen we met de nieuwe technologieën wat vertrouwd raken, wat volgens Yoxen essentieel is ten einde er nu en in de toekomst verantwoord mee om te kunnen gaan, dan zal om te beginnen de terminologie wat neutraler moeten, stelt hij.

Hoe autonomie en verantwoordelijkheid te creëren is de centrale vraag aan de hand waarvan Yoxen de diverse technologieën stuk voor stuk behandelt. Zowel de medisch-technische als vooral ook de ethische, sociale en psychische aspecten van kunstmatige inseminatie (KI), in vitro fertilisatie (IVF), eicel- en embryodonatie, draagmoederschap, sexe-preselectie, prenatale diagnostiek, "genetic screening" en genterapie komen uitgebreid aan de orde.

Aan IVF, de basis-techniek voor diverse andere technieken en mogelijkheden wijdt Yoxen drie hoofdstukken. In een ervan beschrijft hij de historische achtergrond, een lange geschiedenis van nauwelijks gesponsord, controversieel onderzoek dat het pad heeft gebaad naar een periode van zeer snelle uitbreiding. Yoxen suggereert dat andere medische innovaties zich op een dergelijke manier zouden kunnen ontwikkelen. De techniek van klonen bijvoorbeeld zou dan in de 90-er jaren een grote vlucht kunnen nemen.

In een ander hoofdstuk gaat hij in op de bezwaren tegen IVF. Hierbij wijst hij onder andere op het belang van onderzoek naar de medische risico's van IVF. In de maatschappelijke discussie over IVF en andere voortplantingstechnologieën ligt de nadruk op ethische, sociale en juridische problemen. Aan risico's van medisch-biologische aard - zoals bijvoorbeeld de onbekende lange-termijn effecten van de tijdens de procedure gebruikte hormonen op de gezondheid van de vrouwen het eventuele kind - is tot nu toe verbazend weinig aandacht besteed. Alleen vanuit de hoek van de vrouwenbeweging worden ze regelmatig naar voren gebracht.

Grenzeloos

Bij elk van de door hem beschreven technologieën ziet Yoxen mogelijke negatieve effecten, zeker bij "verkeerd gebruik",

De vraag die bijvoorbeeld onvermijdelijk opdoemt bij het toepassen van prenatale diagnostiek is wat er gebeurt met de algemene sociale houding ten opzichte van "handicaps", wanneer deze steeds vaker en beter te voorkomen zijn. "Als onze technologische expertise verandert, verandert wat we als ernstig probleem zien, en het soort oplossingen die we daarvoor zoeken".

En, waar ligt de grens?

Toch spreekt Yoxen ook hier weer zijn vertrouwen uit dat de mensheid uit de technologische opties die selecteert, die werkelijk de vrijheid van mensen dient en hen de macht geeft hun leven te leven zoals hen dat goeddukt.

"Unnatural Selection?" is een informatief en leesbaar boek. Doordat de verschillende technologieën en huidige en toekomstige mogelijkheden duidelijk van elkaar worden onderscheiden, en emotionele aspecten expliciet gemaakt worden, kan het een zinvolle bijdrage leveren aan een heldere discussie. Tijdens het lezen van het boek heb ik me wel verbaasd over - en soms een beetje geërgerd aan - Yoxen's schijnbaar grenzeloze optimisme als het gaat om keuzes die gemaakt (zullen) wor-

den bij de toepassing van deze technologieën. Het citaat op de voorpagina: "Mijn droom is een samenleving waarin de verhoudingen zo georganiseerd zijn dat we kunnen zeggen, 'ik beginnig volkomen welke stap ik zet; ik heb daarin vrije keuze, doordat ik advies heb ingewonnen en de mogelijkheden heb afgewogen, en ik ben me bewust van mijn verantwoordelijkheden ten opzichte van mijzelf en anderen zoals ik doe'."

Het doet nogal naïef aan, eigenlijk. De negatieve ervaringen met medische innovaties in het verleden en heden- en de sfeer van voortplantingsregulatie zijn er vele (gevaarlijke spiraaltjes, (prik-)pil, DES, etc) - rechtvaardigen enige scepsis. Ze illustreren de belangentegenstellingen tussen bijvoorbeeld de farmaceutische industrie aan de ene kant en (groepen) vrouwen aan de andere kant. En nu - vooral in India - de prenatale diagnostiek al misbruikt wordt om foetussen te aborteren enkel en alleen omdat ze van het verkeerde (vrouwelijke) geslacht zijn begrijp ik niet waar Yoxen zijn overtuiging op baseert dat het allemaal wel goed zal komen met het stellen van grenzen.

Het is te hopen dat de discussie over deze en volgende medische innovaties niet alleen aan helderheid wint, maar ook genoeg kritische impulsen blijft krijgen.

Kazuo van der Berg

Tuchtrecht

R. Dixon, De praktijk van het medisch tuchtrecht, in het bijzonder de "procesrechtelijke facetten", *Sene Oezondheidstucht* nr. 20, Kluwer, Deventer, 1987. IX + 108 pagina's. Prijs: f 33,-.

De kritiek op het medisch tuchtrecht is al vele jaren niet van de lucht. Sommigen beschouwen het tuchtrecht als een noodzakelijk instrument om de kwaliteit van het medisch handelen op peil te houden, maar zien in de huidige regeling een aantal tekortkomingen. Zij pleiten voor bijvoorbeeld meer openheid, een andere samenstelling van de tuchtcolleges, alternatieve straffen en een grotere rol voor de inspecteur voor de volksgeneeskunde. Anderen vinden dat de tuchtrechtspraak maar beter kan worden afgeschaft. Opvallend is dat de leden van de tuchtcolleges zelf (voor het merendeel artsen) doorgaans erg positief zijn over het functioneren van het medisch tuchtrecht. Van elkaar de hand boven het hoofd houden zou volstrekt geen sprake zijn, eerder het tegendeel zou het geval zijn. De opgelegde maatregelen, die op het eerste gezicht wellicht vrij mild lijken (zoals de waarschuwing en de berisping), zouden binnen de beroepsgroepen hard aankomen. Expliciet of impliciet verwijten zij daarbij de tegenstanders niet te weten waarover zij praten.

Oordelen is inderdaad moeilijk als je de feiten niet kent. Dit kan evenwel de tegenstanders niet worden tegengeworpen omdat juist de *ontoegankelijkheid* van de tuchtrechtspraak een van de belangrijkste kritiekpunten vormt. De zittingen vinden doorgaans achter gesloten deuren plaats, de uitspraken worden al evenmin in het openbaar gedaan (afgezien van die in hoger beroep) en een aantal betrokkenen zoals de leden en de secretarissen van de tuchtcolleges en de geneeskundige inspectie zijn tot strikte geheimhouding verplicht. Voor 1972 kon de klager slechts uit het feit dat hij niets te horen kreeg over de uitspraak afleiden dat zijn klacht gegrond was verklaard. Naar de opgelegde maatregel kon hij slechts gissen. Tegenwoordig krijgt de klager van elke uitspraak een afschrift.

De beoordeling van de medische tuchtrechtspraak wordt ook bemoeilijkt omdat nog geen 4% van alle uitspraken wordt gepubliceerd. De enige instantie die sinds 1952 alle uitspraken onder ogen krijgt is de *geneeskundig hoofdinspecteur voor de*

volksgezondheid. Vanaf die tijd zijn namelijk alle colleges wettelijk verplicht hun besloffen aan hem op te sturen. R. Drion, oud-geneeskundig hoofdinspecteur voor de volksgezondheid, heeft naar de ontwikkeling van de tuchtrechtspraak van 1954 tot 1978 een onderzoek ingesteld en had daarvoor de beschikking over alle 3328 uitspraken die in deze periode zijn gedaan. In "De praktijk van het medisch tuchtrecht" heeft hij de resultaten van dit onderzoek neergelegd. Het analyseren van alle gevallen ging hem te ver. Hij heeft zich voornamelijk beperkt tot de jaren 1954-1964 (888 uitspraken) en 1974-1978 (1376 zaken) en deze periodes regelmatig naast elkaar gelegd om de ontwikkeling van de tuchtrechtspraak zichtbaar te maken.

Toename klachten

In het eerste hoofdstuk behandelt hij de rechterlijke instanties die zijn betrokken bij het medisch tuchtrecht. Dit zijn niet alleen de medische tuchtcolleges en het Centraal Medisch Tuchtcollege, maar ook, als een zwaardere maatregel is opgelegd, het Gerechtshof en de Hoge Raad. Bij de inwerkingtreding van de Medische Tuchtwet in 1930 was de verwachting dat er voor de diverse colleges niet veel werk zou zijn. Dit bleek ook zo te zijn tot de jaren zeventig, toen het aantal klachten snel opliep tot meer dan vierhonderd per jaar, vijfmaal zoveel als in de periode 1954-1964. Tegenwoordig worden ongeveer vijfhonderd klachten per jaar ingediend. Opvallend is dat de tuchtcolleges van Amsterdam en 's-Gravenhage verreweg de meeste klachten krijgen te verwerken (ongeveer 75%). Drion vraagt zich af of dit is te verklaren uit het feit dat binnen de ambtsgebieden van deze twee colleges de vier grote steden liggen en men in de grote steden wellicht gemakkelijker klaagt dan in meer landelijke gebieden. In Amsterdam en 's-Gravenhage leiden namelijk relatief minder klachten tot het opleggen van een maatregel. Het lukt hem echter niet een dergelijk verband aan te tonen.

In het tweede hoofdstuk staat de klager en zijn klacht centraal. De positie van de klager is in de loop der jaren veranderd. Werd hij aanvankelijk gezien als louter de aangever van de klacht, nu is hij meer partij in het tuchtgeding geworden. Het is dan ook bepaald niet ongebruikelijk dat een klager zich laat bijstaan door een advocaat (in 1982 in ongeveer een kwart van de gevallen).

De ingediende klachten kunnen in enkele categorieën worden onderverdeeld. De meeste klachten hebben betrekking op het weigeren of verzuimen na herhaald verzoek bij de patiënt te komen (219 klachten, 44% een maatregel), onjuiste behandeling of onzorgvuldigheid (768 klachten, 21,6% een maatregel), communicatie- of relatietoornissen (299 klachten, 11% een maatregel), seksuele handelingen (43 klachten, 70% een, doorgaans zware, maatregel), onjuiste of onvoldoende gefundeerde rapportering bijvoorbeeld in de sociale verzekerings sfeer (286 klachten, 9% een maatregel) en schending van het beroepsgeheim (68 klachten, 40% een maatregel). Drion gaat ook in op, wat hij noemt, de meervoudige klager, dat wil zeggen de klager die in de loop der jaren meerdere klachten indient. Het "rendement" van dergelijke klachten is over het algemeen gering.

Behalve door de rechtstreeks belanghebbende zoals de patiënt kunnen ook klachten worden ingediend door het bestuur van de instelling waarbij de arts werkt en door de geneeskundige inspectie. Het eerste komt zelden voor en ook inspecteurs dienen weinig klachten in. Het onderzoek van Drion bevestigt dat klachten die door de inspectie worden ingediend zeer effectief zijn: in gemiddeld 80% van de gevallen wordt een maatregel opgelegd.

In het derde hoofdstuk gaat het over degenen over wie kan worden geklaagd, namelijk artsen, tandartsen, verloskundigen en apothekers. Tegen huisartsen en specialisten worden ongeveer evenveel klachten ingediend. Opmerkelijk is dat over tandartsen veel meer wordt geklaagd bij de belangenorganisaties van tandartsen (de districtsraden van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde, NMT) dan bij de medische tuchtcolleges. Bij artsen ligt dit juist andersom:

er gaan minder klachten naar de districtsteden van de KNMG, de belangenorganisatie van artsen, dan naar de tuchtcolleges. Overigens vermeldt Drion niet dat de klachtmogelijkheid bij de KNMG inmiddels is afgeschaft.

Tegen verloskundigen worden maar zelden klachten ingediend. Klachten tegen apothekers vielen buiten het onderzoek.

De tegenhanger van de meervoudige klager is de meervoudige verweerder, de arts waarover in de loop der jaren meerdere klachten worden ingediend. Het kan op toeval berusten, maar Drion heeft de indruk dat in dergelijke gevallen het *gedragspatroon* van de arts ten opzichte van zijn patiënten mede de oorzaak van de klachten is. Bij het opleggen van een maatregel blijkt het "tuchtverleden" nauwelijks een rol te spelen. Zo kreeg bijvoorbeeld een arts een berisping omdat hij niet bij een ernstig zieke patiënt wilde komen, terwijl hij een paar jaar later voor een soortgelijk feit de lichtere maatregel van waarschuwing kreeg opgelegd.

Minder maatregelen

Hoofdstuk vier behandelt de tuchtmaatregelen (waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing en ontzegging van de bevoegdheid). In de periode 1974-1978 werd in 15,6% van het totaal aantal gevallen een maatregel opgelegd (in negen van de tien gevallen een waarschuwing of een berisping). In vergelijking met de periode 1954-1964 is dit een halvering. Echter, niet alleen worden relatief minder maatregelen opgelegd, de opgelegde maatregelen zijn ook minder zwaar.

In hoofdstuk vijf beschrijft Drion het hoger beroep. Als de klager van een uitspraak van een medisch tuchtcollege in beroep gaat heeft hij zelden succes. Slechts in 3,4% wordt alsnog een maatregel opgelegd. Als de aangeklaagde arts in beroep gaat is dit anders: in 71% van de gevallen volgt alsnog afwijzing van de klacht dan wel wordt een lichtere maatregel opgelegd.

In het zesde hoofdstuk komen enkele afzonderlijke aspecten van de tuchtrechtelijke procedure aan de orde, zoals de lengte van de procedure, die in de loop der jaren is opgelopen tot gemiddeld 11 à 12 maanden, de rechtsbijstand en de publicatie van beslissingen. In het laatste hoofdstuk tenslotte volgen enkele samenvattende beschouwingen over de ontwikkeling van de medische tuchtrechtspraak. Drion concludeert dat de tuchtcolleges in toenemende mate worden gebruikt als *Klachtencommissies*, omdat de overheid tot nu toe heeft nagelaten het klachtrecht te regelen. Het doel van tuchtrechtspraak is echter niet om patiënten genoegdoening te verschaffen, maar om de kwaliteit van de gezondheidszorg op peil te houden. Door instelling van een adequate klachten/geschillenregeling zouden de tuchtcolleges zich beter kunnen richten op hun eigenlijke taak.

Drion is er naar mijn oordeel in geslaagd veel feitelijke informatie op een overzichtelijke wijze te presenteren, waardoor meer inzicht ontstaat in de gang van zaken bij de tuchtrechtspraak. In dit opzicht is deze studie zeker een aanwinst. Daar staat tegenover dat hij zich nauwelijks aan theoretische beschouwingen waagt. De voor de hand liggende vraag of er geen betere methoden zijn om het peil van de beroepsuitoefening te handhaven dan het medisch tuchtrecht krijgt bij Drion zelfs nog geen begin van antwoord. Ook ontbreken beschouwingen over bijvoorbeeld de rol van de inspectie, de openbaarheid, en de criteria die worden gehanteerd om een uitspraak al dan niet te publiceren. Verder zie ik niet in waarom Drion zich vooral op de procedurele kant van de tuchtrechtspraak heeft gericht en de *normen* waaraan het medisch handelen wordt getoetst buiten beschouwing heeft gelaten. Juist omdat het overgrote deel van de uitspraken niet wordt gepubliceerd en er daarom weinig zicht bestaat op deze normen, was een analyse hiervan interessant geweest. Wellicht een suggestie voor een volgende studie.

Artsen in nazi-Duitsland

Benno Muller-Hill, Met de wetenschap als excuus: de rol van psychiaters, anthropologen en genetici in Nazi Duitsland, Anthos/IEPO Baarn, 1986, f 27,50, ISBN 90 60741722

Zo'n honderd jaar geleden gaf de Engelse bioloog F. Galton de naam eugenetica aan het streven met behulp van de erfelijkheidsleer het menselijk ras gezonder en gelukkiger te maken. Galton verwierf in eigen land heel wat medestanders, maar 'verkelijk grote triomfen vierde de eugenetica in de Verenigde Staten en op het Europese continent, - waar in de jaren 1910-1930 eugenetische bewegingen tot ontwikkeling kwamen. De leden van deze bewegingen - veelal biologen, medici en antropologen - waren verontrust over wat zij zagen als een voortvande degeneratie van het menselijk ras door de voortplanting van door hen niet geschikt geachte individuen, zoals overoerulose en psychiatrische patiënten. In de V.S. behaalde de eugenetische beweging grote successen met de invoering van sterilisatie- en immigratiewetten (1907-1924). De wetten hadden tot doel - in eugenetische termen uitgedrukt - de kwaliteit van het genetisch materiaal van de bevolking op peil te houden via gedwongen sterilisaties en een beperking van de immigratie van "inferieure rassen". Ook in Europa (Scandinavië, Duitsland, Nederland, Engeland) werden in de jaren twintig overheidsmaatregelen "ter voorkoming van huwelijken en voortplanting van erfelijk belaste" overwogen, maar voordat het tot een dergelijke bevolkingspolitiek van de overheid kon komen was de eugenetische beweging over zijn hoogtepunt heen. Twijfels over de wetenschappelijke waarde van de eugenetica en ethisch-religieuze bezwaren van de kant van talrijke wetenschappers en politici maakten dat de politieke invloed der eugenetici na 1930 snel afnam.

Behalve in Duitsland, Daar werd de eugenetica een essentieel onderdeel van de Nazi-politiek na 1933. Voor een groot aantal Duitse eugenetici was eugenetica al sinds 1900 synoniem met rassenhygiëne en de stap naar racisme en verheerlijking van het Germaanse ras kon moeiteloos worden gemaakt. Terwijl de Nazi's hen de middelen verschaften om de eugenetische theorie tot een verschrikkelijke werkelijkheid te maken, leverden omgekeerd de eugenetici onder de biologen, medici en antropologen de wetenschappelijke rechtvaardiging voor de nazi-vernietigingspolitiek. "Niemand zal het een staatsleider kwalijk nemen, wanneer hij een eind maakt aan de aantasting van de staatsorganen door een vreemd ras", zo concludeerde de bioloog J von Uexkull in 1933 op grond van zijn eugenetische theorie. Wetenschappelijke overmoed en politieke rassenwaan reikten elkaar hier de hand.

Classificerende wetenschap

De Duitse hoogleraar in de genetica Benno Muller-Hill doet in zijn boek *Met de wetenschap als excuus* verslag van deze intensieve samenwerking tussen eugenetici en nazi's in de jaren 1933-45. Zijn boek bevat tevens commentaren van nog levende onderzoekers die er toendertijd bij zijn geweest. Het boek begint met een korte opsomming van jaartallen en feiten. Daaruit blijkt dat de eugenetici al direkt na 1933 de kans kregen de uitvoering van hun plannen voor te bereiden: euthanasie, verbieden van huwelijken, gedwongen sterilisatie, opsluiting en deportatie. De praktijk liet niet lang op zich wachten.

In het tweede deel van het boek wordt de mars naar de destructie nader beschreven. Deze begon met het ontslag van Joodse medewerkers van de wetenschappelijke instituten. Dat gebeurde vrijwel zonder verzet. In 1934 werd de wet ter voorkoming van erfelijk ziek nageslacht uitgevaardigd. Sterilisatie werd mogelijk bij "aangeboren zwakzinnigheid", schizofrenie, manisch-depressieve psychosen, epilepsie, St Vitusdans, erfelijke blind- en doofheid, zware lichamelijke misvorming en alcoholisme. De hoogleraar Antropologie F. Lenz verdedigde de wet: "Nog maar een minderheid van de volksgenoten is van

Achtung Jude!

**Besuch
verboten!**

r. & Uf Witkowsky

facilli

Leitender Arzt am Städt. Krankenhaus Heuböle



**... Dlfamlentng ... PruiHdu1ri
... mit fremdrassigen "men"**

dlen aard dat hun onbeperkte VJ.mp...L~] ' ; "" rrs:m;~ 722
het ras'. IJ, 1937 begon de geOV:OI.g'.,,3:SL.S.,,s '3:., ""' g-
kleurde Duitse kinderen. Artsen voerden e"; s:sr:s"s";ss ~:

Aan de vernietigingspolitiek namen ook een groot aantal psychiaters deel. Psychiatrische ziekenhuizen waren, voorafgaand aan de Nazi tijd door "arbeidstherapie" tot winstgevende instellingen omgebouwd. Shocktherapie en deden hun intrede (electriciteit; insuline). De basis voor straffen en folteren van psychiatrische patiënten was al gelegd. In de Nazi periode werd de patiënt als mede actor helemaal uitgeschakeld. Voor hen die ongeneeslijk ziek waren kon het leven - op voor hen onmerkbaar wijze - vernietigd worden, vonden ook de psychiaters. Zij leden immers ondraagelijk. Vanaf 1939 werd dit doden van patiënten door Hitler gesanctioneerd. Het eindstation voor ieder die van de normale behandelingen niet beter werd. In de oorlog werden weigerachtige, "neurotische" soldaten op dezelfde wijze behandeld.

De expansie van de oorlog naar Rusland maakte de opleiding van medisch-antropologisch middenkader nodig. Het werk werd immers aanzienlijk uitgebreid. Was er eerst een eenjarige opleiding voor artsen in antropologie en genetica, werden "Eignungsprüfer" opgeleid en te werk gesteld om de bevolking van de veroverde gebieden in te delen. Classificatie van mensen zonder medische of antropologische kennis was in een eenjarige opleiding werden voorbereid op hun plaats. Klasse I was Duits, klasse IV Joden of andere "verheerlijkte" groepen, Klasse II en III waren de "verheerlijkte" groepen. selectie op het perron van Auschwitz. "Wij zijn de beste van ons volk, het is noodzakelijk". Want het V.3Sde "3" k '3': cs '3:0', en schied herkennen, te classificeren op "3c '3":s, ""' o:rs:as' s' s' verband tussen ras. uiterlijk [2];,er, 2n 'Jem:3' L' arts en gedragswetenschapper (in 1970: "DDen:3' 's '1:1:-3:.,,K:3' s' s' rem omschreef het doel van de classificering als volgt, "dat wat betreft het na te streven is: 3.3.1b6el van ons volk afgaan de in het onbewuste worteier de reaces van de besten van het volk". Met die laatste werden natuurlijk de nazi's bedoeft.

Muller-Hill wijdt een apart hoofdstukje aan het wetenschappelijk onderzoek van de slachtoffers. Grote belangstelling hadden de onderzoekers voor tweelingen en dwergen. 00' zeoch

mon naar specifieke eiwitten die verschillende reacties van verschillende rassen op infecties zouden veroorzaken...

Het boek eindigt met de bespreking van negen vragen over 'FiZisme en de rol van de wetenschap daarin'. Vragen als 'Waarom kwam het tot een massale vernietiging van groepen mensen in Nazi-Duitsland niet in andere fascistische landen', 'Of', waarom waren JUI's actief betrokken bij deze vernietiging'. Muller-Hill behandelt ze uitvoerig, zonder evenwel een duidelijk antwoord te geven. Het analytische gedeelte van het boek is daardoor wat teleurstellend.

Na de oorlog pleegden een aantal van de eugenetici respectievelijk nazi-artsen zelfmoord, Velen trokken zich terug op de stelling pure wetenschap te hebben bedreven en niet geweten te hebben wat er met hun "kennis" gebeurde. Anderen maakten na een inactieve periode een come back in de wetenschap en bereikten wederom hoge posities. Zij waren het, die een deel van de nieuwe generatie genetici in de BRD hebben opgeleid, zoals het VPRO-programma over de vorderingen in de genetica een paar maanden geleden duidelijk maakte. De vraag dringt zich dan ook op hoeveel van de oude eugenetische traditie is blijven voortbestaan. Te meer, daar uit de vraaggesprekken die Muller-Hill met de nazi-geleerden hield, blijkt hoe weinig deze hebben begrepen van wat er in Jaren na 1933 is gebeurd en hoe naïef zij zich nog altijd voordoen bij de beoordeling van de huidige ontwikkelingen in de genetica.

Frits Muller/Eddy Houwaart

Transformatie van de gezondheidszorg

J. G. van der Maesen: Transformatie van de Gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Van Gorkum, Assen, 1987, 337 blz. f 49,50

Met deze studie wil van der Maesen "een brug slaan tussen de abstracte theorie over de staat en de merkbare veranderingen in de gezondheidszorg" (pag. VI), Laurent van der Maesen presenteert zich als een marxistisch denker en onderzoeker. "Marxistisch" is geen etiket meer waarmee je snel serieus genomen wordt. Dat maakt nieuwsgierig naar het resultaat van deze aanpak. Te meer daar van der Maesen vanuit de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) al vele jaren betrokken is bij gezondheidszorgvernieuwing. Als weinig anderen zou hij in staat moeten zijn theorie en praktijk op vruchtbare wijze met elkaar te verbinden.

De inhoudsopgave belooft veel. Van der Maesen bespreekt factoren die leiden tot de groei van de gezondheidszorg. Dan bespreekt hij vier overheidsnota's uit de periode 1974-1983, maatregelen ter beteugeling van de groei. Daarna komen vier "grondnotieven" aan de orde. Met dit denkschema gaat van der Maesen het overheidsbeleid en pogingen tot vernieuwing van de gezondheidszorg in vier experimenteerregio's in Nederland te lijf. De ontwikkelingen in Zuid-Limburg, Rotterdam, Almere en in de Zuidoostlob van Amsterdam komen uitgebreid aan de orde. Hij presenteert een strategie tot vernieuwing van de gezondheidszorg en beperking van de kostengroei, kraakt nog enkele recentere overheidsnota's af en geeft tenslotte een theoretische onderbouwing van "zijn" alternatief.

Jargon

De tekst zelf is lastig. Van der Maesen schrijft omslachtig, ingewikkeld, bij herhaling inconsistent en in een jargon waaraan ik 300 pagina's lang niet heb kunnen wennen. Soms lijkt het wel een raadsel, waarbij de lezer gedurende een hoofdstuk de rode draad moet ontdekken en van der Maesen in het daaropvolgende hoofdstuk zijn oplossing geeft. Een voorbeeld. De twee belangrijkste termen van het boek worden (pas op pag. 64) als volgt gedefinieerd:

"Onder *grondnotiefferverstaan* we een geheel van basale postulaten. Onder *maatschappelijke transformatie* verstaan we de aard en de richting van veranderingen in maatschappelijke verhoudingen en de consequenties voor hun culturele dimensies. Deze veranderingen werken bepalend in op de productie en de distributie van materiële en immateriële goederen en diensten. Het geheel of complex van basale postulaten schept hierover een beeld en legitimeert de aard en de richting: Is Dat Duidelijk? Respektievelijk "maatschappijvisie" en "verandering" had van mij ook mogen, Maar terug naar de inhoud,

Overheidsbeleid

Van der Maesen spreekt - niet verrassend - negatief over de overheidsnota's tussen 1974 (struktuurnota) en 1983 (beperkte middelen). Het beleid is inconsistent. Een analyse van tendensen ontbreekt. Het gaat slechts om een rechtvaardiging van voorgenomen maatregelen. Die maatregelen richten zich op symptomen in plaats van op de werkelijke oorzaken (kapitalistische produktieverhoudingen). Wanneer hij later in het boek recentere overheidsnota's bespreekt blijft de kritiek in essentie hetzelfde. Dat doet de structuur van zijn betoog geen goed.

Een van de aardige punten in het boek is de overeenkomst die van der Maesen schetst tussen de maatschappijvisie achter het overheidsbeleid, de dominante visie op ziekte in de geneeskunde en de maatschappelijke produktieverhoudingen. Deze drie elementen leiden allen tot meer groei en versterken daarbij elkaar. Van der Maesen konkludeert daaruit dat voor beteugeling van die groei een verandering van visie en daarmee van werken in de hulpverlening nodig is. Zijn strategie is daar juist op gericht.

De praktijk

In ruim honderd pagina's beschrijft van der Maesen de pogingen tot vernieuwing in de vier regio's. Hij baseert zich daarbij uitsluitend op nota's, notulen, e.d. Feitelijk zijn de vier hoofdstukken samenvattingen van vier eerder verschenen folia's (nr. 19-22).

Van der Maesen is overwegend negatief over de gang van zaken in de regio's. In Zuid-Limburg, Rotterdam en Almere zijn de respektievelijke ontwikkelingsinstituten er niet in geslaagd doeleinden te expliciteren, strategieën te formuleren en te reflektieren over de veronderstellingen bij de eigen opzet. Daardoor gaven ze ruim baan aan economische groei-impulsen (het nieuwe academisch ziekenhuis in Maastricht), beperkten zich tot ondersteuning van de gezondheidscentra die er al waren zonder de omkering in het gemeentelijk beleid ter discussie te kunnen stellen (Rotterdam), en richtten zich uitsluitend op de planning en structurering van de vernieuwing in plaats van ook op de inhoud daarvan (Almere).

In de Zuidoostlob deed de Stichting Gezondheidszorg Zuid-oostlob met van der Maesen als voorzitter het beter. Het lukte de SGZ om een inhoudelijke discussie in de gezondheidscentra op gang te brengen en te houden en een aantal ongewenste ontwikkelingen te keren. Op de methode ga ik onder "strategie" dieper in. Het is deze methode die van der Maesen in de andere regio's heeft willen invoeren. Iets waarin hij niet is geslaagd. Iets wat hem er niet van weerhoudt deze methode aan te bevelen om te komen tot transformatie van de gezondheidszorg in Nederland, zonder dit nader toe te lichten.

De strategie

Van der Maesen omschrijft de methode van de SGZ als volgt: "... *poog dan naast het "beschikbare" ook iets nieuws te scheppen, "het andere": Vergelijk de resultaten dan naar verloop van tijd met die van het eerste. Trek hieruit konklusies voor de hulpverlening tijdens openbare discussies. Korrieger zodig "het andere" of zelfs, indien mogelijk, "het beschikbare" en poog daartoe nieuwe konsepties te ontwikkelen ... Het gaat om het voortdurend scheppen van "het andere" als praxis, voor de interpretatie op en tevens bepaling van de hulpvraag. Juist de vervlechting van hulpverlening en vraag, hun beider bepaald Zijn door maatschappelijke verhoudingen, maakt de "perma-*

nente interventie" als methode onvermijdelijk" (p. 210-211, alle aanhalingstekens van van der Maesen).

Resultaat zal zijn: "Een dialektisch proces waarin - dankzij het verhelderen van feitelijke tegenstellingen - nieuwe vormen en inhouden van hulpverlening kunnen gedijen" (p. 288-300).

Bewijs?

Het bewijs dat deze methode voor de gezondheidscentra resulteert in een andere werkwijze en daarmee in een beteugeling van de kostengroei wordt volgens van der Maesen geleverd door de onderzoeken van Wijkel en Bertels. Een wat mij betreft voor deze bewering nogal zwak bewijs. Wijkel² toont aan dat huisartsen in gezondheidscentra 10% minder naar de intramurale zorg verwijzen. Daarbij is echter geen onderscheid gemaakt in gezondheidscentra die wel en niet inhoudelijk werden ondersteund. Bertels³ laat zien dat fysiotherapeuten in gezondheidscentra vergeleken met solistisch werkende kollegae meer mensen hulp bieden, korter behandelen en per behandelkontakt minder fysiotechniek toepassen. Zij deed haar onderzoek bij zeven gezondheidscentra, waarvan vijf in het werkgebied van de SGZ. Ook daar is niet tussen beide groepen gedifferentieerd. Een kwalitatieve vergelijking met de werkwijze van solisten-hulpverleners is noch door Wijkel noch door Bertels gemaakt.

Hantering van de methode vereist volgens van der Maesen de volgende voorwaarden:

- Dat de hulpverlening plaatsvindt in samenwerkingsverbanden,
- een historisch-materialistische visie,
- een onophoudelijke inhoudelijke ondersteuning van de ontwikkelingen in de samenwerkingsverbanden door een ontwikkelingsinstituut, een instituut wat deze ontwikkelingen weer in zichzelf verwerkt,
- en steun van onderzoekers bij "het benoemen van momenten waarin "het andere" kan gedijen", en het onderbouwen, *o//* de reflectie over de konfrontatie tussen oude en nieuwe praktijken.

De vraag wordt levensgroot of van der Maesen zich met deze redenering niet gewoon laat kennen als de ideoloog van een voorbijgevoerde werkelijkheid. Hij stelt dat een verandering van visie kan leiden tot transformatie van de gezondheidszorg. Dat zijn pogingen de methode van de SGZ te exporteren mislukken doet hem enkel voorwaarden opstellen. Dat realisering op grote schaal van deze voorwaarden onmogelijk is deert hem kennelijk niet.

Het waardevolle van dit boek is voor mij vooral dat van der Maesen een strategie aanreikt om met hulpverleners en bewonersorganisaties zorginhoudelijke discussies te voeren, discussies die lijken te kunnen leiden tot een andere (betere) hulpverlening. Daarbij gebruikt hij klassieke elementen van marxistische vormingstheorieën als "eigen leefsituatie bespreken", "benadrukken van maatschappelijke posities", de "dialektische methode" etc. Daarmee laat hij zien dat deze benadering in bepaalde situaties nog steeds waardevol is.

Volgens mij had dit een boek moeten worden over gezondheidscentra als "werkplaatsen" voor de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten, daarin ondersteund door een SGZ. Illustratie met zijn ongetwijfeld rijke arsenaal praktijkervaringen en anekdotes was een welkome aanvulling geweest.

De pretentie om via de "methode" de gezondheidszorg te transformeren vindt ik nogal hol. De kostengroei opvoeren als centrale probleem met de "methode" als de oplossing daarvoor doet aan als een weinig geslaagde poging het boek een grotere actualiteitswaarde te geven.

Marcel Post

Noten 1. Smit, D. de en H. Smeets: Van successen en mislukkingen in de ene regio wordt elders niets geleerd. Interview met Laurent van der Maesen. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. 1987, nr 1 pag. 48-50
2. Wijkel, D. Samenwerken en verwijzen. NIVEL, Utrecht, 1986.
3. Bartels, M e.a., Tijd voor Kwaliteit. Evaluatieonderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. SISWO/OSA Amsterdam 1985

KORT & GOED

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

PSYCHIATRIE IN WERKELIJKHEID

De psychiatrische cliëntenbeweging organiseert sinds 1 februari 1987 verschillende regionale congressen over de geestelijke gezondheidszorg met als thema Psychiatrie in Werkelijkheid. De bedoeling van deze serie is het kritisch bekijken en bespreken van de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Iedere regio vult naar eigen inzicht en behoefte haar deelcongres in. Op deze manier ontstaat een gevarieerd beeld van de cliëntentvisie op de geestelijke gezondheidszorg.

Tevens worden regelmatig Keefmaniezingen georganiseerd.

Een overzicht van de nog te verwachten activiteiten:

Regio Kennemerland

Thema: Participatie in het kader van de WVG en de commissie Dekker. Tijd: 16 oktober, 10.00-17.00 uur.

Plaats: de Egelantier in Haarlem. Entree is gratis. Keefmaniezing door Peter Faber op 17 oktober, aanvang 14.00 uur. Plaats: Nieuwe Kerk, Groenmarkt in Haarlem. Entree f 5,-.

Regio Brabant

Thema: Dagopvang, inbedding binnen RIGG's en RIAGG's (onder voorbehoud).

Tijd: 14 november, 10.00-16.30 uur. Plaats: "de Boulevard", Snelle straat, Den Bosch. Entreegeld is nog niet bekend.

Keefmanlezer is nog onbekend, tijd: 13 november om 20.00 uur. Plaats: "de Boulevard".

Regio Noord-Nederland

De activiteiten zullen in december plaatsvinden, maar zijn nog niet bekend.

Op 6 december zal J. v. Gasteren haar Keefmaniezing houden. Op 5 en 6 februari 1988 zal de slotmanifestatie van deze serie congressen plaatsvinden, waarschijnlijk in Utrecht. De Keefmaniezingen zullen dan in boekvorm worden uitgebracht.

Voor inlichtingen en meer informatie kunt u contact opnemen met het secretariaat van Psychiatrie in Werkelijkheid, postbus 5596, 1007 AN Amsterdam, tel. 020-128973 (van 9.00-12.00 uur).

Sexueel geweld

Tien jaar geleden werd nog aarzelend gepraat over het bestaan van verkrachting en vrouwenmishandeling. Tegenwoordig is duidelijk hoezeer sexueel geweld tot het dagelijks leven van vrouwen en meisjes behoort. Daarmee is ook een analyse mogelijk geworden van de achtergrond van dit geweld.

"Drift en woede", geschreven door Daphne de Wijs en Ineke Jonker, is een werkboek dat inzicht

wil verschaffen in de mechanismen die sexueel geweld voortbrengen en in standhouden. Tevens worden er methodieken en strategieën uitgewerkt die vrouwen kunnen gebruiken om zichzelf weerbaarder te maken en invloed uit te oefenen op maatschappelijke organisaties en politieke besluitvorming. Ook aan de verschillende benaderingen in de hulpverlening aan de slachtoffers

wordt aandacht besteed. Het werkboek bevat tenslotte een uitgebreide lijst met de belangrijkste adressen, literatuur en audiovisuele middelen op het gebied van sexueel geweld.

Het boek kost f 12,50 en is verkrijgbaar bij de Stichting Burgerschapskunde, Postbus 349,2300 AH Leiden, tel. 071-121841, of bij de vrouwenboekhandel..

VERZOEK TOT TWEEDE

AANKONDIGING WEE~BAAR

Het Beterschap, belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, organiseert op 30 oktober in het Sonsbeek Paviljoen in Arnhem de themadag "De patiënt: losse handen" "De verpleging: aan banden"

Het programma bestaat uit de volgende voordrachten: "Wat is, wil, doet en kan de werkgroep Psychiatrie van Het Beterschap?"; Veiligheidsbeleid in de praktijk van de psychiatrische verpleging? door Bob van Oosten, lid van de werkgroep psychiatrie; "Vormen, oorzaken en effecten van agressie op de verpleging" door Hans van Pernis, docent verpleegkunde HBOV; "Agressie, was het maar waar" door Monique van de Mije, voorzitter landelijke patiëntenraden Utrecht; "Macht en onmacht bij agressie" door Alex Bredewold, hoofdverpleegkundige afd. opname St. Elisabeth's Gasthuis Deventer; "Leren omgaan met agressie, maar dan wel geweldloos weerbaar" door Geuk Schuur, docent regionale school "De erudiet", Assen.

's Middags worden workshops gehouden over "Het formuleren van een veiligheidsbeleid binnen de psychiatrische verpleging" en "Het praktisch aanleren van geweldloze weerbaarheidstechnieken bij agressie". Het programma wordt afgesloten met een toelichting waarbij de inleiders forum leden zijn. Er is een markt.

Aanmelding tot 20 oktober door f 42,50 voor leden, f 55,- voor niet-leden over te maken op rekeningnummer 2487360 van Het Beterschap in Utrecht onder verwijzing van "themadag psychiatrie". Aanmeldingen worden geaccepteerd tot 1 oktober. Baars of Ganny Boer, 030-5123~

Pandora

Op donderdag 26 november 1987, van 13.30 tot 17.00 uur, organiseert de Stichting Pandora het Symposium Ingebeeld. "Ingebeeld" is een vervolg op het symposium dat onder dezelfde naam werd gehouden in de Week van de Psychiatrie 1986.

Het onderwerp is: patiënten-informatie en patiëntenvoorlichting in de psychiatrie; wensen en werkelijkheid. Het symposium is bestemd voor iedereen die met schriftelijke en mondelinge informatie-verstrekking en patiëntenvoorlichting te maken heeft; zoals patiënten, gvo-funktionarissen, hulpverleners in alle sectoren van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook beleidsmakers, familieleden en andere geïnteresseerden.

Begin november verschijnt over dit onderwerp een door de Stichting Pandora bij Uitgeverij De Horstink uit te geven boekje.

Het symposium vindt plaats in het AOC Telecenter, WG Plein 190 te Amsterdam (het voormalige Chirurgiegebouw van het Wilhelmina Gasthuis).

Inlichtingen bij: de Stichting Pandora, Postbus 5622, 1007 AP Amsterdam, 020-851171.

Oproep

Verpleegkundigen van de **Homogroep gezondheidszorg** Noord-Nederland zijn dringend op zoek naar vrouwelijke en mannelijke homoseksuele collega's, die mee willen werken aan een onderwijsproject. Door middel van een zelf te produceren videofilm willen zij een discussie op gang brengen. De groep is te bereiken op: 030-5123~

Wilt u meer informatie? Schrijf u op voor de mailinglijst van de groep. Het adres is: 030-5123~

Homoseksualiteit beyond disease

Homoseksualiteit wordt nu geclassificeerd als een ziekte door de WHO en de American Psychiatric Association (APA). In de nabije toekomst zal dit waarschijnlijk veranderen. Tijdens een internationale conferentie zullen, naar aanleiding van de veranderende opvattingen over homoseksualiteit de wetenschappelijke en politieke aspecten besproken worden. Tevens zal een overzicht gegeven worden van theorieën en methodes op het gebied van onderzoek over homoseksualiteit en geestelijke gezondheidszorg. Nederlandse lezingers zullen tijdens de conferentie worden geïnterviewd.

cultureel programma gepresenteerd worden.

De organisatie van deze conferentie is in handen van de International Lesbian and Gay Association, de Nederlandse Vereniging tot Integratie van Homoseksualiteit COC en de Interfacultaire Werkgroep Homostudies van de Rijksuniversiteit Utrecht.

De conferentie zal plaatsvinden van 9 tot en met 12 december in Hotel Krasnapolski in Amsterdam.

Meer informatie is te verkrijgen bij de 'Nerkgr' op: 030-5123~

Mannen hulpverlening

De Stichting Ondersteuning Mannenwerk (SOMAN) organiseert op 30 oktober een conferentie in Zeist over mannenhulpverlening. SOMAN wil door middel van cursussen en workshops aandacht vestigen op de specifieke problemen van mannen, die verband kunnen houden met hun positie in de maatschappij. Problemen rondom hoge werkdruk, vaderschap, agressie en vastgelopen relaties zijn voorbeelden hiervan.

De stichting werkt sa-

men met vergelijkbare organisaties, die zich richten op vrouwenhulpverlening.

De conferentie van 30 oktober is bedoeld voor staf- en beleidsfunctionarissen en natuurlijk voor mannelijke en vrouwelijke hulpverleners. De kosten zijn f 75,-, bij een minimum-inkomen f 50,-. De folder en aanmeldingskaarten zijn aan te vragen bij SOMAN, postbus 19198, 3501 DD Utrecht, tel. 030-731751 CT. van Eist), of 030-444022 (G. Evers).

Verplegen in China

In juli 1988 willen wij met een groep van 15 personen een studiereis maken naar China met als thema "verplegen".

De reis zal ongeveer 5 weken duren.

Heb je belangstelling, bel of schrijf naar Annelies Gerritsen of Koos van Wensen, Achter de Vismarkt 38, 2801 NC Gouda, tel. 01820-23461.

Biologische klok

In de gezondheidszorg is het werken in ploegen-diensten een vaak voorkomende situatie. Deze onregelmatige werktijden hebben grote invloed op het biologische ritme van de werker. Zo slaapt men doorgaans tijdens nachtdiensten, overdag korter dan men gewend is 's nachts te slapen. Het ruoer overdag speelt hierin niet alleen rol. Proefpersonen in een volstrekt rustig

laboratorium slapen overdag namelijk ook korter. Dit moet te maken hebben met de inwendige, biologische klok, waardoor iemand overdag minder slaperig is dan 's nachts.

Deze biologische klok blijkt ook invloed te hebben op de (bij)werking van medicijnen. Aspirine blijkt bijvoorbeeld 's avonds langer en beter te werken dan 's morgens.

Meer informatie over de biologische klok van mensen, dieren en planten is te vinden in een cahier van de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij. Dit cahier is te bestellen door f 10,- over te maken op giro 2252162, t.n.v. de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij in Leiden, onder vermelding van "Biologische klok".

Gezondheidsrisiko's bij bodemverontreiniging

"Meetbare effecten op de gezondheid worden niet verwacht", "de normen worden niet overschreden". Dit zijn vaak gehoorde uitspraken bij bodemverontreiniging, die met name voor bewoners van gifwijken nauwelijks geruststellend is zijn.

In een gezamenlijke uitgave van Nederland Gifvrij en de Chemiewinkel van de Universiteit van Amsterdam wordt aangetoond

dat er meer te zeggen is over gezondheidseffecten bij bodemverontreiniging en over eventuele risicogroepen. Dit wordt aangetoond met behulp van een praktijkvoorbeeld: de verontreiniging van de wijk Berflo-Es in Hengelo met het bestrijdingsmiddel HCH.

Deze uitgave is informatief zowel voor actiegroepen, bewonersgroepen als voor artsen, gezondheids-

diensten en beleidsmakers. "Gezondheidsrisico's bij bodemverontreiniging. Handleiding voor de beoordeling van het gezondheidsrisico", door Eco Matser en Ferdi Hendriks, is te bestellen door overmaking van f 12,50 op: gironummer 3150252 van de Milieuwinkel in Amsterdam onder vermelding van de titel. Ook verkrijgbaar in de boekhandel.

Nicaragua

De stille oorlog in Nicaragua gaat onverminderd voort. Nog steeds vallen er dagelijks burgerslachtoffers en is er sprake van economische stagnatie. Daardoor is er een grote druk op de gezondheidszorg ontstaan. Desalniettemin blijft dit een prioriteit. En terecht, want er is al veel bereikt in de afgelopen jaren: de kindersterfte is bijna gehalveerd, de levensverwachting met 7 jaar toegenomen, polio werd uitgeroeid en malaria nam af.

Om dit proces te ondersteunen is het Nicaragua Komitee Nederland een *Medische Aktie* begonnen binnen het kader van de campagne "Nicaragua moet overleven". Doel ervan is het inzamelen van geld om daarmee *basis-materialen* als verbandmiddelen en hechtmateriaal naar Nicaragua te kunnen sturen.

U kunt helpen: Stort een gift op gironr. 3580163 van het Nicaragua Komitee Nederland te Utrecht o.v.v. "Medische Aktie". Meer informatie? Bel 030-718163 (op werkdagen tussen 14.00 en 17.00 uur).

**Uitgaven van de
WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT**

Lysbeth de Jong - 'De paniek wordt steeds heviger'
Dagboekfragmenten 1971-1980. Dagboek over het leven in een verzorgings- en verpleegtehuis. Samengesteld door Willem Winters. f 15,- (f 18,-)

'Onthullend en ontroerend voor wie wil weten hoe een oudere vrouw haar leven in een tehuis beleeft'. (Samen op Weg - Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen)

'Een "roman van een oude vrouw" wordt het in het voorwoord genoemd, en dat vind ik juist getroffen. Maar ook is het een leerboek voor ieder die beroepshalve (...) met psychogeriatrische patiënten te maken heeft' (Welzijnsweekblad)

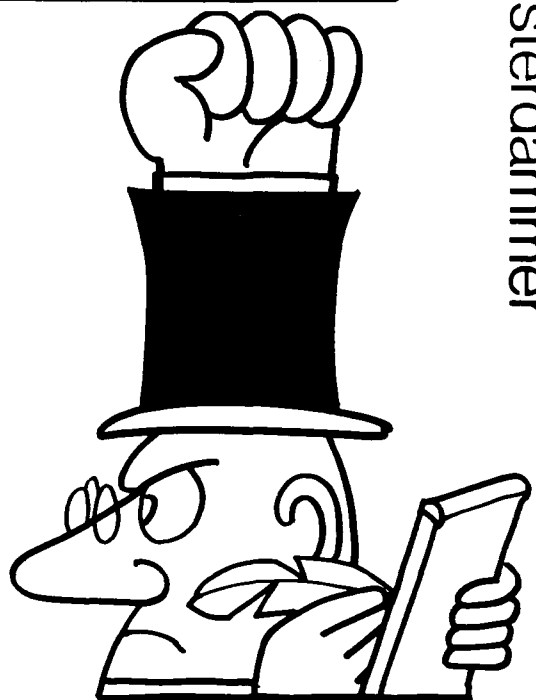
'Willem Winters heeft met zijn selectie uit Lysbeth de Jong's dagboeken een belangwekkend document uitgegeven' (De Volkskrant)

Hans Spijker en Maud Verhoofstad - **Een lang leven in Utrecht** Zeven gesprekken over wonen, werken en ouder worden. f 10,- (f 13,-)

Bestellen: door overmaken van het bedrag tussen haakjes (inclusief verzendkosten) naar gironummer 55.40.505 van de Stichting WGU, Postbus 9060, Utrecht.. Onder vermelding van de gewenste titel. Op dat adres is ook een volledige fondslijst aan te vragen.

Groene

de
amsterdammer



Al 110 jaar in de oppositie