

# GEZONDHEID

# & POLITIEK

## EEN PARTIJDIGE FUNCTIE

**Krijg ik daar kanker van?**

Informatie over giftige stoffen te weinig toegankelijk

**Medisch adviseurs**

De constructie van een neurotisch wezen

**Fouten en gebreken**

Uit de praktijk van een klachtenbureau

**Wie wast mij vandaag?**

Wijkverpleegkundigen en deeltijdarbeid

De rechten van **Proefpersonen**



## VERTROUWENSARTS IN DE GEVANGENIS



# I N H O ij D

VIJFDEJAARGANG, NR. 4, december '87

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

**redactie:** 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 Hermesen, Erik Heydelberg, Eddy Houwaart, Joost van der Meer, Marloes Merkus, Annemarie Mol, Marcel Post, René Purgay, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Dehaard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Janneke van Vliet, Cor van der Weeie, Goof van de Wijngaart en de kernredactie.

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

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

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

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

**abonnementen:** m.i.v. komend nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).  
abonnementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).  
Storten op giro: 5441758 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 BN Nijmegen.

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

e Stichting Gezondheid en Politiek  
Uitgeverij Macula  
ISSN 0 1678647

Jaap Talsma

Peter Kerklaan  
Lydi Sterrenberg

Lidy Schoon

Anke Oosterman

Boes Willemse

Herman van Aalderen

Diana Vos

Theo Meijman e.a.

Ruth Miltenburg

Victor van Amelsvoort

Lucas Bergkamp

Eddy Houwaart  
Guus Bannenberg

Cor van der Weeie  
Theo Vos  
Jos Dute  
Guus Bannenberg  
Marcel Post

Een bedreigde diersoort 4  
Column

Krijg ik daar kanker van? 5  
Informatie over giftige stoffen te weinig toegankelijk

Macht van de medisch adviseurs 9  
De constructie van een neurotisch wezen

Eerstelijns klachtencollege 14  
Een nieuwe klachtenregeling voor de thuiszorg

Als het medisch bolwerk faalt 17  
Uit de praktijk van een klachtenbureau

Een partijdige functie 20  
Vertrouwensarts in de gevangenis

Wie wast mij vandaag? 24  
Wijkverpleegkundigen en deeltijdarbeid

Techniek en patiëntenzorg 27  
De dreigende uitholling van het verpleegkundig beroep

Bij de rijksbegroting 31  
Column

Lijfstraffen en de rol van de arts 32

Proefpersonen 35  
De rechten van het object van medisch onderzoek

Reacties 39  
Sociale Geneeskunde:  
visie op een vakgebied

Boeken 40  
Het onvoorspelbare kind  
Gaan of niet gaan?  
Adviesorganen  
Choice or Chance  
Beheersing van de gezondheidszorg

Kort en Goed 48

# EEN BEDREIGDE DIERSOORT

Trouwe krantenlezers en televisie kijkers – en zijn we dat niet allemaal – worden er regelmatig en indringend op gewezen: de nederlandse huisarts heeft het moeilijk. Werden de problemen en probleempjes van de huisartsen in de media altijd al breed uitgemeten, de laatste tijd loopt het de spuigaten uit. De beroepsgroep werd tot *bedreigde diersoort* uitgeroepen. Dit begrip is voor tweeërlei uitleg vatbaar. Dunning gebruikte het in *figuurlijke* zin en doelde daarmee op de bedreigde positie van de huisarts in de veranderende structuur in de gezondheidszorg. Daarnaast krijgt de *letterlijke* betekenis, de diersoort die aan de agressie in andere soorten ten onder dreigt te gaan, veel aandacht. Eveneens aandacht, naar mijn mening, maar daarover straks.

Het is terecht dat de huisarts zich bedreigd voelt in zijn positie in de gezondheidszorg. Een beroep op vele fronten heeft zaakjes niet goed voor elkaar. Van vele kanten kritiek verwachten. Zo ziet de huisarts zich graag als *centrale figuur* in de eerste lijn, maar is slecht bereikbaar voor patiënten en regelt zijn waarneming soms merkwaardig. De situatie in Den Haag, elders in dit nummer beschreven, is daarvan een wrang voorbeeld. *Samenwerking* staat hoog in het vaandel maar bij andere eerstelijns hulpverleners valt vaak te beluisteren dat de huisarts volstrekt zijn eigen gang gaat. Huisartsen voeren actie voor een *norminkomen* maar hebben naast de daarbij horende normpraktijk tijdrovende en winstgevendende activiteiten als keuringen en ziekte wetcontroles. Ze veroorzaken vaak *hoge kosten*, zonder dat daar aanwijsbare externe redenen voor zijn. D. Post, verbonden aan het Zwolse ziekenfonds, zette de kosten die de gecontracteerde huisartsen maken, onlangs naast elkaar. Hij constateerde dat het voordelig zou zijn om de vijf duurste huisartsen tot hun pensioen op kosten van het ziekenfonds aan de Riviérs te laten bivakkeren en ze te vervangen door de vijf goedkoopste huisartsen. Ook hebben huisartsen sterk *wisselende opvattingen* over hun takenpakket. De één doet allerlei kleine chirurgische ingrepen zelf, de ander heeft geen decimeter hecht draad in huis. Een derde noemt zichzelf, na een tweedaagse spoedcursus, homeopaat, terwijl zijn buurtcollega principieel geen ecologische oorschrijft omdat hij in die filosofie is opgeleid.

Tegen deze achtergrond lijkt aandrang van vele kanten tot aanpassing van de huidige rol van de huisarts voor de hand liggend. Als daarnaast de *ziekenhuizen* parstaan om de *thuiszorg* voor pas ontslagen patiënten op zich te nemen en de *verpleeghuisartsen* lobbyen voor de positie van huisarts in de *verzorgingshuizen*, kan het gevoel een bedreigde diersoort te zijn alleen maar heviger worden. En dan de *medisch specialisten*. Laatst beweerde er een dat al dat huisartsenbezoek alleen maar tot onnodige vertraging in de behandeling leidt. Met één naar het ziekenhuis, als het niks blijkt te zijn heb je geluk gehad! Deze rondborstige visie wordt, enigszins genuanceerd, onderschreven door Dunning die (NRC, 1/12/1987) de huisarts een geïdealiseerde abstractie noemt die de slag om de gunst van de patiënt gaat verliezen van de specialist. Als argument hiervoor noemt hij de numerieke minderheid van huisartsen ten opzichte van specialisten. Het beeld van de bedreigde diersoort in de biotoop gezondheidszorg lijkt hiermee compleet.

De beroepsgroep heeft zeker mogelijkheden om deze dreiging positief tegemoet te treden. De huisarts kan zich

duidelijk profileren en actief inspelen op veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Dat vraagt *visie* en een *duidelijk beleid*. De Landelijke Huisartsen Vereniging doet haar best en probeert orde te scheppen in de chaos. Het *De positie van de huisarts in de toekomst*, een discussienota over één takenpakket waar op iedere huisarts aangesproken kan worden. Deze nota lijkt een goede aanzet om aan de positie van bedreigde diersoort te ontsnappen.

Ondanks dat lijkt het er de laatste tijd steeds vaker op dat de huisarts zich niet zo thuisvoelt aan het beleidsfront. Iedereen de rol van *slachtoffer van de omstandigheden* aan. Er is nogal wat zelfbeklag te zien. De huisartsen bedreigde diersoort is de prooi van de agressie van anderen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de *financieringsproblemen*: de verdrietige dokter-bestuurder die op een huilerige toon voor de televisiecamera meedeelt dat 'we nu zolang over tariefsverhoging onderhandeld hebben, we zijn zelfs boos weggegelopen' en de rechter heeft ons al een paar keer gelijk gegeven' en zegt die akelige meneer Dees dat het toch niet doorgaat'. Dit verband herinner ik me dat ik ten tijde van de huisartsenstaking in 1985, plaatsvervangende schaamte naar het journaal keek. Een in een frisse overall gestoken dokter die, staande voor een monumentaal pand, de journalist meedeelde dat het een schandaal was met die tarieven maar dat hij nu tenminste tijd had om de boel een verffe te geven. Een sneue man.

Bedenklijk wordt het, als *de patiënt* opgevoerd wordt om de zieligheid van de dokter te ondersteunen. Begrijp me goed, ik vind het angstwekkend dat een huisarts met geweld wordt bedreigd. Maar dat geldt toch ook voor een ambtenaar van de sociale dienst of willekeurig wie? In het 'hapklare' artikel van Tessel Pollman (Vrij Nederland, 3/10/1987) over de dreigende van een aantal huisartsen zijn het *de patiënten die de dreiging bedreigen*. Door te dreigen, te schelden en verwijskaarten te eisen. Toch wordt in dit artikel de essentie geraakt, als een huisarts opmerkt dat de dreiging van notabele kennelijk geen *garantie* is voor een *duidelijke dankbaarheid* en respect van de kant van de patiënt.

Heel veel grijs wordt het als een huisarts in de NRC (22/12/1987), eerder in de Volkskrant, de dokter krijgt om zijn gal te spuwen over het gedrag van de patiënten. Het artikel levert het beeld op van een dokter in een vervallen omgeving. Het is iets die totaal in de verlegenheid van zijn vak omgaat: *Ik ga geen discussies meer aan. Als iemand binnenkomt vraag ik: wat wenst U? Als ze weggaan zeg ik: tot Uw dienst. Je wordt een veredelde drogist...* De dokter nagelt hier, ter ondersteuning van zijn zieligheid, ten onrechte 'de patiënt' aan de schandpaal. 'Ik ben voor mondigheid, maar heb liever die ouderwetse patiënten'.

Om eerlijk te zijn: als ik 's nachts voor iets onzinnigs uit bed gebeld word en met mijn blote voeten op het koude zeil sta, denk ik over patiënten soms vreselijke dingen (die ik niet op durf te schrijven) en wentel ik me in zelfbeklag. Maar als dat klein leed de toon gaat zetten bij de discussie over de rol van de huisarts in de gezondheidszorg, komen we geen stap verder. Dan is het snel afgelopen met de bedreigde diersoort.

Jaap Talsma

# Krijg ik daar kanker van?

Walmende fabrieken, bijtende schoonmaakmiddelen, stinkende lijmen ... hoe ziek kun je er van worden en op welke termijn? Of valt het misschien wel mee? De antwoorden op zulke voor de hand liggende vragen liggen bepaald niet op straat. Wie de antwoorden toch wil vinden, zo maken Peter Kerklaan en Lydi Sterrenberg duidelijk, staat voor een ingewikkelde en soms onmogelijke taak. Deskundigen op dit gebied blijken niet te koop te lopen met wat ze weten.

*Peter Kerklaan*, medewerker wetenschapswinkel Leiden.  
*Lydi Sterrenberg*, beleidsambtenaar ministerie van O&W; directoraat-generaal voor wetenschapsbeleid.

De chemische industrie produceert tienduizenden verschillende stoffen, en elk jaar komen er vele duizenden nieuwe bij. Het bewustzijn over de mogelijke schadelijke effecten daarvan is de laatste jaren aanzienlijk vergroot. Omdat mensen zich bovendien steeds meer een eigen oordeel willen kunnen vormen over zaken die hun gezondheid aangaan is er een grote behoefte aan informatie ontstaan.

Deze *informatiehonger* kan echter nauwelijks worden gestild. De vraag-uit-de-praktijk en het aanbod van kennis sluiten niet op elkaar aan. Bovendien zijn de leveranciers van de noodzakelijke kennis niet op een publiek-vriendelijke voorlichting ingesteld. In het onderstaande artikel gaan we op de oorzaken en achtergronden daarvan in.

## Voorbeeld I: Schoonmaakmiddelen

Werknemers van een schoonmaakbedrijf maken dag in-dag uit met agressieve chemische middelen sanitaire ruimten schoon in bedrijven en instellingen. Zij verrichten deze werkzaamheden slecht voorgelicht, zonder afdoende beschermende kleding, handschoenen en laarzen. Etiketten op de flacons en jerrycans blijken slechts summiere informatie te geven over de gevaren van middelen en te treffen maatregelen, bijvoorbeeld bij huidcontact.

Er zijn bij de werknemers voortdurend klachten over huiduitslag, tintelende vingers en eczeem. Hun bedrijf is niet aangesloten bij een BGD en werknemers worden dan ook niet (periodiek) gekeurd. De klachten over de omstandigheden waarmee met de schoonmaakmiddelen moet worden

Informatie  
over  
giftige  
stoffen  
te weinig  
toegankelijk



Foto: Michel Pellanders

gewerkt, worden door de bedrijfsleiding niet serieus genomen. Enkele werknemers zijn onder behandeling van huisarts of specialist, maar die kunnen of durven geen rechtstreeks verband met de werkomstandigheden te leggen.

### Voorbeeld 2: Kunsthars

Het valt een bewoonster van een pas gerenoveerd hofjeshuis op, dat haar kinderen en zichzelf opvallend vaak last hebben van hoestaanvalen en benauwdheid. Bovendien blijft in het huis sinds de verbouwing een penetrante lucht hangen. De muren van haar huis zijn behandeld, zo blijkt, met een vochtwerende hars op kunststofbasis. Het is niet onwaarschijnlijk dat bepaalde chemische componenten uit die hars de stank en de klachten veroorzaken. Navraag bij zowel de aannemer van het renovatieproject als de fabrikant van de hars leveren niet veel meer op dan een globale samenstelling van het produkt, omdat men de precieze samenstelling niet prijs wil geven. Verder doorvragen bij diverse instanties levert die informatie ook niet op, want de samenstelling is en blijft een 'bedrijfsgeheim'. Een mogelijk verband tussen de chemische stoffen en de gezondheidsklachten is daarom onmogelijk aannemelijk te maken.

Dit zijn twee praktijkvoorbeelden van situaties waarin mensen gezondheidsproblemen hebben, die mogelijk het gevolg zijn van blootstelling aan giftige chemische stoffen. Het gaat ons er niet zozeer om te laten zien dat het contact met bepaalde chemische stoffen gevaarlijk kan zijn: dat mag algemeen bekend worden verondersteld. Wat we willen illustreren is hoe moeilijk of soms zelfs onmogelijk het is informatie te verkrijgen over giftigheid van chemische stoffen, waarmee iemand in de werksituatie, thuis of in de woonomgeving op een of andere manier in aanraking komt.

## Op zoek naar deskundigheid

Als mensen gezondheidsklachten hebben zoeken ze vaak allereerst contact met een arts, en als die klachten mogelijk met chemische stoffen te maken hebben, zal een arts dus in staat moeten zijn een verband tussen beide te leggen. In de werksituatie kan die arts een *bedrijfsarts* zijn, althans voor werknemers van grotere bedrijven of instellingen die een bedrijfsarts hebben of aangesloten zijn bij een bedrijfsgezondheidsdienst. Voor de meeste mensen is de *huisarts* echter de aangewezen persoon. Bij deze artsen is de kennis over giftige stoffen bepaald



Foto: Michel Pellanders

niet van indrukwekkende omvang. Aanstaande medici krijgen weliswaar enig onderricht in de toxicologie - de wetenschap die de schadelijke werking van stoffen onderzoekt -, maar zijn in de praktijk niet toegerust om symptomen van soms (onbekende) vergiftigingen goed te onderkennen. Vermoedt de arts dat er sprake is van een vergiftiging, dan kan zij of hij wel Informatie inwinnen bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum in Bilthoven.<sup>1</sup>

Om te beginnen moet de arts er echter attent op zijn dat er sprake van een vergiftiging kan zijn. Kunnen de (huis)artsen met *acute* vergiftigingsgevallen nog redelijk overweg, in situaties van *chronische* vergiftiging is dat moeilijker. Uit een onderzoek naar

de bekendheid met de mogelijke gevolgen van langdurige blootstelling aan bestrijdingsmiddelen, uitgevoerd onder huisartsen in de Bollenstreek, bleek dat 80% van de artsen vooral behoefte had aan meer en betere informatie over chronische gezondheidseffecten. Het onderzoek was opgezet omdat werknemers in de bloembollensector naar voren brachten dat zij met hun gezondheidsklachten, die zij zelf weten aan het langdurig omgaan met bestrijdingsmiddelen, nauwelijks gehoor vonden bij hun huisartsen.<sup>2</sup>

De ervaring van een van de auteurs bij de Leidse *Wetenschapswinkel* is dat artsen regelmatig geen raad weten met klachten die het gevolg zijn van blootstelling aan chemische stoffen. Patiënten die menen klachten te heb-





ben door contact met chemische stoffen worden van het kastje naar de muur gestuurd. Kortom, bij artsen bestaat gebrek aan kennis en ervaring. Bij hen hoeft je voor informatie niet aan te kloppen.

Maar hoe zit het met de producenten en beheerders van die kennis, de *toxicologen*? Binnen veel universiteiten, onderzoeksinstituten zoals TNO en de industrie wordt toxicologisch onderzoek verricht. Dit onderzoek levert (wetenschappelijke) kennis op over de mogelijke schadelijke effecten van chemische stoffen. Die kennis is echter niet altijd direct *bruikbaar* voor de informatiezoeker. Zo worden testen om de giftigheid van stoffen te bepalen meestal uitgevoerd op gewervelde die-

ren, zoals muizen, ratten, cavia's en konijnen. Hoewel proefdieren in hun biochemische huishouding veel op mensen lijken, kunnen er wat de verwerking van giftige stoffen betreft, toch aanzienlijke verschillen optreden. Daarom kunnen gegevens uit proefdieronderzoek nooit direct worden gebruikt voor inschatting van gezondheidsrisico's bij de mens.

Bovendien is informatie pas bruikbaar als die toepasbaar is op de *situatie* van de gebruiker van de informatie. Bij veel toxicologische gegevens is dat niet het geval. Bij het meeste onderzoek naar de giftigheid van een stof wordt bijvoorbeeld uitgegaan van blootstelling aan één enkele stof. In de praktijk worden mensen echter vaak aan verschillende stoffen tegelijk

blootgesteld. En een eenvoudige 'optelsom' om tot de effecten van gecombineerde blootstelling te komen is zeker niet zomaar te maken. Voor de interpretatie van de gegevens en de vertaling naar de praktijk is daarom deskundigheid nodig. Deskundigheid die de toxicologen in principe in huis hebben. Maar waar wordt deze ingezet?

Een tiental jaren terug zijn aan alle Nederlandse universiteiten wetenschapswinkels opgericht die bedoeld waren om wetenschappelijke kennis en onderzoek voor iedereen beschikbaar te maken. Vooral ook voor diegenen die tot dan toe nauwelijks of geen toegang hadden tot het kennis- en onderzoekspotentieel van wetenschappelijke instellingen. Het idee was dat wetenschappelijke onderzoekers, daartoe aangespoord door de wetenschapswinkeliers, zich meer gelegen zouden laten liggen aan overdracht van kennis. De wetenschapswinkels hebben de afgelopen tien jaar veel vragen op het gebied van mogelijke schadelijke effecten van chemische stoffen op de gezondheid gekregen. Deze hebben er echter niet zichtbaar toe geleid dat de toxicologische onderzoekers zich meer hebben ingezet voor een betere kennisverspreiding in de samenleving. Voorzover deze onderzoekers zich bewust zijn van een maatschappelijke taak, doen zij dat vooral door zich bijvoorbeeld verdienstelijk te maken als adviseurs van de overheid.

## Geheime kennis

Diezelfde overheid lijkt zich zeer weinig gelegen te laten liggen aan de overdracht van kennis en het geven van informatie. Weliswaar is in 1986 een "Stimuleringsactie Toxicologie" gestart, waaraan verschillende departementen (omprecies te zijn: 7) meebetalen. Maar het doel van die actie is - de naam zegt het al - het stimuleren van toxicologische *onderzoek*, niet de verbetering van *voorlichting*. Het "Advies Stimuleringsplan" van de Wageningse toxicoloog professor Kooman", waarop de actie is gebaseerd, rept nauwelijks over voorlichting en kennisoverdracht; het weinige dat er wel over dit onderwerp staat, komt neer op de gedachte dat door meer onderzoek en het opleiden van voldoende deskundigen (lees: toxicologen) het vertaal- en voorlichtingsprobleem zich vanzelf oplost.

Wij vinden dat de overheid zich meer zou moeten inspannen om naast het stimuleren van onderzoek de overdracht van kennis over de giftigheid van chemische stoffen aan de samenleving te bevorderen. Waarom geen stimuleringsprogramma rondom voorlichting en informatie over giftige stoffen opgezet?

Voorwaarde voor een goede voorlichting is naast de bruikbaarheid, waarover we zojuist spraken, ook de *beschikbaarheid en toegankelijkheid* van onderzoeksgegevens. Zonder dit basismateriaal kan ook de 'deskundige' niet werken. Om een aantal redenen is die beschikbaarheid niet optimaal. Ten eerste is van de vele tienduizenden chemische stoffen maar een *klein gedeelte onderzocht* op mogelijke giftige eigenschappen. Ten tweede is dat onderzoek vaak maar van beperkte betekenis: zo zijn van veel stoffen alleen de gevolgen van een *acute* vergiftiging bekend, niet de effecten van chronische blootstelling op *de lange termijn*. Die lange termijn effecten zijn echter juist verantwoordelijk voor veel (gezondheids-)problemen. Tenslotte is bepaalde informatie *niet openbaar*, zoals testgegevens van de chemische industrie. De dossiers die producenten van bestrijdingsmiddelen moeten overleggen bij de toelating van hun produkt worden bijvoorbeeld geheim gehouden. Die dossiers bevatten een schat aan informatie over de mogelijke gezondheidsrisico's van die stoffen, juist ook op de lange termijn. Ook produktsamenstellingen zijn vaak geheim. Veel produkten worden van een fantasienaam voorzien, die op geen enkele manier iets zegt over de samenstelling. Aardige voorbeelden daarvan staan in de *Lijmwijzer* die de Chemiewinkel van de Universiteit van Amsterdam heeft uitgebracht<sup>1</sup>. Honderden produktnamen zijn terug te brengen tot enkele tientallen chemische verbindingen. Aanduidingen daarvan zijn meestal niet op de verpakking terug te vinden.

Er is natuurlijk ook openbare informatie, bijvoorbeeld de resultaten van onderzoek dat aan universiteiten wordt uitgevoerd. Het verzamelen van deze informatie vergt echter meestal langdurig zoekwerk, omdat de bronnen over veel instellingen en instituten verspreid zijn. Van enige samenwerking tussen de vele instanties, organisaties en beroepsgroepen die zich met voorlichting en informatie op het gebied van giftige stoffen bezig houden - van TNO tot vakbonden - is nauwelijks sprake. Ieder heeft zo een eigen wijze van het verzamelen van gegevens en het verstrekken van informatie ontwikkeld. Deze versnippering werkt de eenduidigheid van de informatievoorziening niet in de hand. Ook hier zien wij een taak voor de overheid: een initiatief om te komen tot een meer efficiënte gegevensverzameling en uniforme informatievoorziening zou zeker op zijn plaats zijn.

## Verbeteringen

Ons verhaal is niet optimistisch en dat wordt nog eens versterkt door dat

we geen pasklare oplossingen kunnen bieden. Een voorwaarde voor verbetering is dat eerst het informatieprobleem ook als zodanig herkend en erkend wordt.

We hopen wel dat met het bovenstaande duidelijk is *waar* verbetering mogelijk is. Dat is, kort samengevat, *allereerst* in de houding van de wetenschappers, de toxicologen, die meer aandacht zouden dienen te besteden aan de overdracht van hun kennis, die voor een grotere groep bruikbaar gemaakt zou moeten worden dan nu gebeurt, niet alleen is daarvoor ervaring in de evaluatie van onderzoeksgegevens nodig, maar ook inzicht en kennis van voorlichting. *Ten tweede* zou de overheid een meer actieve rol moeten spelen bij het bevorderen van de kennisoverdracht en het efficiënt gebruiken van informatiebronnen. Zo zou de overheid meer dwingende regels kunnen stellen voor het openbaar maken van produktinformatie en onderzoeksgegevens door de industrie. Het zou bovendien goed zijn als het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum werd opengesteld voor iedereen die informatie wenst, en niet alleen voor artsen, zoals nu het geval is. *Tenslotte* zou in de opleiding van artsen en toxicologen veel meer aandacht besteed moeten worden aan kennis over de giftigheid van chemische stoffen (voor artsen) en de manier waarop je daar informatie over geeft (voor beiden).

Beschikbare en toegankelijke informatie over giftige stoffen is een gemeenschappelijk belang van overheid, beroepsgroepen als artsen en toxicologen, én gebruikers van die stoffen. Ook de industrie is gebaat bij meer informatie, namelijk over reeds verricht onderzoek. Pas wanneer begrijpelijke kennis voor iedereen beschikbaar is, wordt verantwoord omgaan met gevaarlijke chemische stoffen mogelijk.

## NOTEN

1. Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) te Bilthoven is een samenwerkingsverband tussen het RIVM en de afdeling Toxicologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Artsen kunnen daar terecht voor informatie over vergiftigingsverschijnselen en behandeling daarvan. Voorwaarde is wel dat de naam van de stof of het produkt bekend is.
2. Verslag onderzoek huisartsen Bollenstreek, C.M. van Gestel en W.J. Landman, Rijksuniversiteit Leiden, vakgroep Huisartsengeneeskunde, 1983.
3. Advies Stimuleringsplan Toxicologisch Onderzoek, prof.dr. J.N. Koeman, uitgegeven door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, november 1985.
4. Lijmwijzer, P. van Broekhuizen, C. Heeremans en G. de Zoeten, Chemiewinkel Universiteit van Amsterdam, 1986.

# Macht vande medisch adviseurs

Wie ziek is komt in een afhankelijke positie. Er is iets mis, maar wat er mis is en welke consequenties dat heeft voor je arbeidsgeschiktheid, daar oordelen medici over. Medisch adviseurs van bedrijfsverenigingen bijvoorbeeld. En hun oordelen kunnen heel ingrijpend zijn, laat Lidy Schoon in dit artikel zien. Wat je mankeert blijkt bovendien drastisch te kunnen veranderen als een andere adviseur zich over je buigt. Een verhaal over ziekte, procedures, kennis, macht en seksualiteit.

Lidy Schoon, studente politicologie

## De constructie van een neurotisch wezen

De laatste jaren komen er bij het Vrouwengezondheidscentrum Amsterdam regelmatig klachten binnen van vrouwen over de behandeling door medische adviseurs van de bedrijfsvereniging, de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) of de Raad van Beroep.<sup>1</sup> In dit artikel zal ik het hebben over één zo'n zaak. Toen zich bij het Vrouwengezondheidscentrum een vrouw meldde die in een hopeloos uitzienende WAO-procedure was verwickeld, besloot ik samen met haar alle gegevens op een rijtje te zetten.<sup>2</sup>

Veel aspecten van deze affaire wijzen op een structurele oorzaak. Met de publicatie van deze WAO-zaak hopen we een discussie op gang te brengen over de rol van medisch adviseurs bij bijvoorbeeld bedrijfsverenigingen. De instanties die zich met de uitvoering van de ziektewet en de ar-

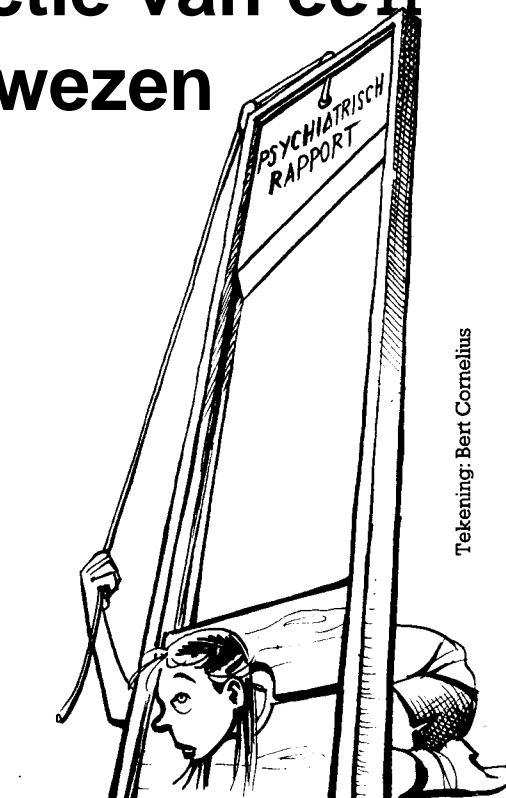
beidsongeschiktheidswetten bezighouden, achtervolgen mensen en zetten hen onder druk. Ze krijgen geen tijd en rust om zich te concentreren op hun ziekte en, als de reguliere geneeskunde geen behandelingsmethoden (meer) te bieden heeft, hun heil te zoeken bij andere geneeswijzen. Ze moeten voortdurend bij een arts van de bedrijfsvereniging verschijnen voor controle of zich onderwerpen aan het zoveelste onderzoek.

Van de talloze (medische) adviseurs die in deze zaak zijn ingeroepen, gaat de psychiater een doorslaggevende rol spelen. Hierdoor komt de nadruk van dit verhaal te liggen op het psychiatrisch onderzoek en het psychiatrisch rapport. Het gaat er niet om personen aan te klagen; die zullen dan ook anoniem blijven. Wel wil ik de werkwijze van bovengenoemde instanties blootleggen en laten zien dat een individu daar volkomen in verstrikt kan raken.

De gegevens van dit artikel zijn ontleend aan gesprekken met de betreffende vrouw, het dikke dossier van de correspondentie met de bedrijfsvereniging en het psychiatrisch rapport. Daar deze geschiedenis zich ontwikkeld heeft vanuit een lichamelijke ziekte, zal ik eerst de medische gebeurtenissen onder de loep nemen. In grote lijnen geef ik de ziektegeschiedenis van de vrouw weer. De ziekte waar het hier om gaat, is "endometriose", een baarmoederziekte. Daarna zal ik ingaan op het psychiatrisch onderzoek en gedeelten uit het psychiatrisch rapport citeren.

## De medische gebeurtenissen

Om dit verhaal te kunnen volgen, ontkom ik er niet aan iets te vertellen over de ziektegeschiedenis van de vrouw, die in 1986 26 jaar is. Als zij 20 jaar is begint zij een opleiding tot verpleegkundige. Tijdens de opleiding is zij regelmatig ziek; zij heeft klachten waar de orthopeed en de internist geen verklaring voor kunnen vinden. De vele ziektedagen hebben tot gevolg dat ze drie keer wordt teruggeplaatst in de opleiding. In september 1982 krijgt ze heftige buikpijn. De chirurg verwijdert haar blinde darm die echter gezond blijkt te zijn en dus de buikpijn niet verklaart. De vrouw wordt doorverwezen naar een gynaecoloog die in december 1982 via een operatief onderzoek (laparoscopie) vaststelt dat er sprake is van *endometriose*, een ziekte die aanleiding geeft tot hevige menstratiepijnen (zie kader). De behandelend gynaecoloog concludeert achteraf dat veel van de eerder onbegrepen pijn en ziekteverschijnselen terug te voeren zijn op de baarmoederziekte.



Tekening: Bert Cornelius



De vrouw krijgt de gangbare behandeling voor endometriose, een ingrijpende hormoonkuur. Na 6 maanden slikken wordt de behandeling gestaakt vanwege sterke bijverschijnselen, onder andere depressiviteit. De hevige menstruatiepijnen komen terug en wel zo erg dat de vrouw gemiddeld 14 dagen per maand ziek of hersteltende is. Er wordt een lichtere hormoonpil voorgeschreven, maar deze blijkt niet aan te slaan. Na verschillende andere therapieën te hebben geprobeerd, onder andere bindweefselmassage en specifiek voor menstruatiepijnen bestemde yoga, komt zij terecht bij een acupuncturist die haar intensief behandelt: drie behandelingen per week gedurende een jaar. Deze behandeling heeft succes, de dagen met menstruatiepijn worden geleidelijk teruggevoerd. Helaas laat de bedrijfsvereniging de vrouw niet met rust en maakt het haar lastig om het advies van de acupuncturist op te volgen om de dagen tussen de behandelingen door zoveel mogelijk rust te nemen.

Op het moment dat ze uit het officiële medische circuit verdwijnt, begint de bedrijfsvereniging stappen te ondernemen om haar uit de WAO te krijgen waar ze sinds oktober 1983 in zit. Dit terwijl de vrouw vanaf het begin van haar ziekteperiode (oktober 1982) de medische behandelingen heeft ondergaan en pas als deze geen verbetering geven alternatieve behandelingen zoekt, begin 1984. De bedrijfsvereniging vindt het allemaal

te lang duren en wil haar arbeidsgeschikt verklaren met ingang van juli 1984. In deze periode is de vrouw echter nog volledig in behandeling bij de acupuncturist. Van de bedrijfsvereniging ontvangt de vrouw dan een oproep om zich te laten onderzoeken door een adviserend gynaecoloog.

## De gynaecoloog als medisch adviseur

In maart 1984 wordt de vrouw onderzocht door een gynaecoloog die door de GMD is ingeschakeld. In zijn brief aan de verzekeringsgeneeskundige van de GMD, beschrijft de gynaecoloog zijn onderzoek van de vrouw, dat een kwartier in beslag neemt. Hij begint met een weergave van de ziektegeschiedenis op grond van de anamnese. Hij verricht verder een vaginaal onderzoek, hetgeen voor een beoordeling van endometriose ontoereikend is: uit de medische literatuur is bekend dat endometriose alleen via laparoscopie kan worden vastgesteld. Deze gynaecoloog zal ongetwijfeld in het medisch dossier hebben gelezen dat de diagnose endometriose reeds vastgesteld is door laparoscopisch onderzoek. Desondanks luidt zijn conclusie op grond van het vaginaal onderzoek:

*"Mogelijk is er sprake van endometriose, gezien de onregelmatigheid tussen de ligamenta sacrum uterina. Deze diagnose kan in feite alleen per laparoscopie bevestigd worden. het*

*lijkt me dat patiënte op elke pijn prikkel zeer gevoelig reageert. Dit aangaande de diagnose. Betreffende de beantwoording van uw verdere vragen: mijns inziens is er op gynaecologisch gebied geen bezwaar tegen verichten van arbeid cq. lichte arbeid. Gezien de gevonden afwijkingen lijkt een verhoogd ziekteverzuim mij niet reëel. Tot zover mijn bevindingen en conclusies uit dit onderzoek."*

De menstruatiepijn wordt door de gynaecoloog gebagatelliseerd door de opmerking dat de vrouw op elke pijn prikkel zeer gevoelig reageert. Het verslag van de gynaecoloog versterkt de bedrijfsvereniging in haar mening dat de vrouw weer aan het werk kan. Hervatting van de verpleegkundige opleiding wordt echter op medische gronden ongeschikt geacht. Er volgt een oproep om bij een arbeidsdeskundige te verschijnen. Als deze hoort dat de vrouw nog onder behandeling is bij een acupuncturist, blijft het gesprek over een mogelijke omscholing of passende arbeid achterwege.

Geregeld moet de vrouw ondertussen bij de verzekeringsarts verschijnen die haar het vuur na aan de schenen legt en aandringt op werkhervatting, terwijl de vrouw aanvoert dat zij zich hiervoor nog te ziek voelt.

Intussen is er een ware papieren oorlog uitgebroken tussen de verschillende instanties. De WAO-uitkering wordt per juli 1984 stopgezet, daar de vrouw inmiddels arbeidsgeschikt is verklaard. De bedrijfsvereniging ontzegt haar het recht op een WW-uitkering daar zij het afgelopen halfjaar onvoldoende sollicitatiepogingen heeft ondernomen; daarmee heeft ze het advies van de verzekeringsarts genegeerd. Ze komt zonder uitkering te zitten. Na talloze gesprekken bij de Sociale Dienst verstrekt deze instantie haar een nooduitkering.

Het kost haar veel energie en doorzettingsvermogen om door deze perikelen niet bij de pakken neer te gaan zitten en toch het maximale uit de acupunctuur te halen. Ten einde raad schakelt de vrouw een advocate in die concludeert dat er verschillende procedurefouten zijn gemaakt en dat de vrouw ten onrechte uit de WAO is gezet. Er wordt beroep aangetekend tegen de WAO-stopzetting. Het blijkt nu dat de zaak niet alleen de vrouw boven het hoofd gegroeid is. Ook de medici van de instanties komen er niet meer uit. Endometriose is een ziekte die nog vrij onbekend is en waar ook artsen vaak nog weinig over weten. De boel loopt in het honderd, terwijl het dossier in omvang toeneemt.

De vrouw is ondertussen nogal depressief geworden. Aan de ene kant is

## ENDOMETRIOSE

Wat is endometriose? De naam is afgeleid van "endometrium", dit is het slijmvlies dat de binnenkant van de baarmoeder bekleedt. Dit slijmvlies groeit gedurende iedere cyclus en wordt bij de menstruatie op een klein laagje na afgestoten. Bij endometriose komt dit baarmoederslijmvlies ook op andere plaatsen in het lichaam voor, zoals in de baarmoederwand, op de eierstokken, eileiders, blaas of darmen. Deze verdwaalde stukjes baarmoederslijmvlies ondergaan tijdens de cyclus dezelfde veranderingen als het slijmvlies in de baarmoeder. Het betekent dat tevens op andere plaatsen dan alleen in de baarmoeder, het menstruatieproces plaatsvindt. In het boek "Endometriose, een baarmoederziekte", staan vele ervaringen van vrouwen die zelf endometriose hebben. De menstruatiepijn wordt door hen als volgt omschreven:

*"De eerste drie dagen van mijn menstruatie zijn volkomen verloren dagen. Ook met pijnstillers. Ik ben compleet van de wereld en heb weer een week nodig om te herstellen" en "Tussen de menstruaties door was ik een dag of vier, soms vijf, zonder pijn, maar dan begon alles weer opnieuw?"*

Een gemeenschappelijke ervaring van deze vrouwen is, dat zij veel onbegrip ondervinden, last hebben van de onderschatting van de menstruatiepijn, en te kampen hebben met bijwerkingen van de zware hormoonkuur. Naast de hormonale therapie heeft de geneeskunde alleen nog een operatieve oplossing te bieden, zoals een baarmoederverwijdering, hetgeen echter ook geen afdoende behandeling is. De schrijfsters van het boek "Endometriose" zeggen dat hen bij het napluizen van de medische literatuur is gebleken dat er weinig bekend is over de ziekte. Dit gegeven vinden zij terug in de ervaringen van de vrouwen: vaak wordt pas na lange omzwervingen bij verschillende specialisten en operatieve ingrepen, waaronder vooral blindedarm-verwijdering, door de gynaecoloog de diagnose "endometriose" gesteld.

er de uitzichtloosheid van een onbegrepen ziektebeeld met een begrensd reguliere medische behandeling. Daarbij komt nog de onbegrepen pijn (met het etiket van simuleren) plus de bijverschijnselen van een hormoonkuur. Aan de andere kant speelt het voortdurende gevecht met instanties. Dat de bedrijfsvereniging de alternatieve geneeskunde niet erkent schept grote problemen. Daarnaast vindt ze er geen erkenning voor dat de druk van buitenaf - de dwang die de verzekeringsgeneeskundige uitoefent om het werk te hervatten, het stopzetten van de WAO-uitkering - het genezingsproces vertraagt en bemoeilijkt. Om meer aandacht te krijgen voor deze sociale en psychologische aspecten van de gehele procedure, besluiten de advocate en de vrouw om bij de bedrijfsvereniging aan te dringen op een psychiatrisch onderzoek. Het is voor hen een noodstap, voortkomend uit een gevoel van onmacht en hoopeloosheid, om te bewerkstelligen dat de bedrijfsvereniging de vrouw rust gunt voor herstel en afziet van haar eisen: Of verdere medische behandeling door de reguliere geneeskunde of snelle hervatting van het werk. De bedrijfsvereniging gaat accoord met het voorstel. Juist deze stap, het inschakelen van een psychiater, blijkt achteraf catastrofaal te zijn geweest. Er vindt een ommezwaai plaats van een lichamenlijk naar een psychiatrisch ziektebeeld.

## De psychiater als medisch adviseur

In september 1984 ontvangt de vrouw een oproep om bij een psychiater te verschijnen. De vrouw vertelt mij dat zij een gesprek van drie kwartier heeft gehad met de psychiater en dat haar daarna een vragenlijst is voorgelegd waarvoor zij een kwartier de tijd heeft gekregen. In aansluiting aan een vraag naar het gebruik van voorbehoedmiddelen wil de psychiater weten waarom zij deze niet gebruikt en op deze manier komt ter sprake dat de vrouw sinds 1982 een vaste lesbische relatie heeft. Op de vraag om een omschrijving te geven van haar vriendin, gebruikt zij de woorden warm, stimulerend en intelligent. Op de vraag of zij altijd zó geweest is, vertelt de vrouw dat zij daarvoor gedurende 3,5 jaar een eveneens prettige heteroseksuele verhouding heeft gehad. Gevraagd naar haar relatie tot haar ouders en de gezondheid van haar ouders, zegt ze dat haar moeder in oktober 1978 een vrij grote baarmoederoperatie wegens kanker heeft ondergaan. De vrouw krijgt geen kans haar antwoorden uit te diepen. De psychiater stelt gerichte

vragen en behoeft geen nadere toelichting. De ongeveer 100 schriftelijke vragen die zij daarna moet beantwoorden, hebben hetzelfde karakter. De antwoordmogelijkheden zijn beperkt tot een "ja" of "nee". Dit gesprek en de vragenlijst vormen de basis voor een uitvoerige rapportage, waarop ik nu zal ingaan.

Bij het lezen en herlezen van het rapport van de psychiater, vallen geregeld beschrijvingen op, die suggereren dat de klachten psychosomatisch zijn. Er staat dat de vrouw geen contact heeft met haar huisarts, zonder vermelding van redenen. Mij vertelt de vrouw dat zij door haar werk in het ziekenhuis het gebruikelijke bezoek aan de huisarts voor een verwijskaart overslaat, maar rechtstreeks contact opneemt met een specialist uit het ziekenhuis. De opmerking in het rapport kan echter suggereren dat het met de lichamenlijke klachten wel mee zal vallen.

De psychiater vraagt niet door op de menstruatiespijnen, hoe hevig de pijn is, of er pijn is tijdens de ovulatie, hoeveel dagen of uren de pijn duurt. Het woord "menstruatiespijn" komt niet voor in het rapport, er wordt in zijn algemeenheid gesproken over "buikpijn" en "buikklachten". De "buikpijn" krijgt gaandeweg de betekenis van een levenspijn, de pijn van een mogelijke kinderloosheid. De psychiater schrijft dat de directe pijn verlicht wordt door een warm bad en door in bed te liggen. Uit het vervolg wordt duidelijk dat hij hiermee het lesbische symboliseert door bad en bed te verbinden aan de warmte van een vriendin.

Ook het verdere verhaal over de lichamenlijke pijn, wordt psychosomatisch geduid. De gezonde blinde darm die weggehaald is bij de vrouw, roept bij de psychiater geen twijfels op aan de medische diagnostiek, maar aan de reële pijn van de vrouw. Bij de weergave van haar ziekteverhaal, schrijft hij "(...) en betrokkene doet daarna het hele verhaal weer (...)"

Het woord "weer" suggereert dat het verhaal reeds bekend is en tevens dat de vrouw aan het zeuren is.

De schriftelijke weergave van het gesprek, laat een voortdurende diskwalificatie van het verhaal van de vrouw zien. Deze diskwalificerende tendens maakt dat alles wat de vrouw zegt, onwaarschijnlijk overkomt bij de lezer/es van het rapport. Als het gaat over de grote baarmoederoperatie die haar moeder heeft gehad en de gevolgen daarvan voor de seksuele relatie van haar ouders, schrijft de psychiater:

*"Na de operatie van moeder was er een verstoorde seksuele relatie, betrokkene zegt dat moeder helemaal vernield is van onder (wat klopt, om-*

*dat het een uitgebreide gynaecologische operatie betreft) (...)"*

Hier grijpt hij dus in en zegt dat de lezer/es deze uitspraak wél moet geloven.

In het rapport valt een onderscheid te maken tussen de uitspraken die de psychiater ongeloofwaardig vindt, zoals:

*"Betrokkene typeert moeder verder als een vrij gesloten vrouw, met wie ze toch een goede relatie zou hebben"*

en uitspraken die als reëel worden onderschreven (over haar vader) zoals:

*"Betrokkene zegt dat hij ook een gesloten man is en dat ze veel met hem botst, omdat ze dezelfde karakters hebben"*.

Na de weergave van de familieanamnese en de biografie van de vrouw, geeft de psychiater zijn overwegingen, waarover straks.

Dit onderzoek kan getypeerd worden als een methode om gemakkelijk verwerkbare antwoorden te verkrijgen. Volgens de vrouw zijn een aantal feiten en data in het rapport onjuist weergegeven. Er ontstaat daardoor een duidelijker lineair verband tussen een aantal gebeurtenissen. Het begin van de lesbische relatie en de operatie van de moeder, laat de psychiater bijvoorbeeld ten onrechte samen vallen, evenals het begin van haar eigen ziekte en het lesbisch worden." Wat betreft haar heteroseksuele relatie, die in het rapport - alleen al omdat deze wordt verbroken? - als onbevredigend wordt beschreven, zegt de vrouw dat het voor haar een stimulerende relatie en een prettige tijd is geweest. Toen duidelijk werd dat haar vriend met haar wilde samenwonen, trouwen en kinderen krijgen, dus een traditioneel gezin opbouwen, zijn zij van elkaar vervreemd geraakt. Zij wilde vooralsnog doorgaan met haar beroepsleven.

## De constructie van een neurotisch wezen

De psychiater vangt zijn interpretatie van het onderzoek aan met de woorden: *"Op grond van de thans bekend staande gegevens is komen vast te staan dat (...)"*. Hoe de psychiater tot zijn conclusie is gekomen, laat de volgende bloemlezing uit zijn rapport zien:

*"De buikklachten zijn nog duidelijk aanwezig, er is een grote afhankelijkheid ontstaan van doktoren en paramedici en er zijn secundair door uitlatingen over de oorzaak en consequenties van haar ziek-zijn, traumatiseringen bij betrokkene optreden. Toen de mogelijkheid van een baarmoederverwijdering werd geoperd, werd betrokkene met de schrik van*

een kinderloos leven geconfronteerd. Er is sprake van een zeer ernstige toestand. Hierbij is de carcinofobie het meest relevant. Merkwaardig genoeg is betrokkene nooit verwezen naar een psychiater of in aanraking gekomen met psychotherapie, waar ook de relationele gedragingen van betrokkene in ieder geval opvallend zijn, zij het dat zij door betrokkene zelf niet zo als klacht naar voren worden gebracht, is daar de wending van het heteroseksuele naar het lesbische, op het moment dat betrokkene geconfronteerd waarschijnlijk met problemen rond kinderloosheid zich zeer waarschijnlijk reactief afwendt van het heteroseksuele en aan andere interesses krijgt, meer behoefte krijgt aan de warmte van een vriendin, waarbij betrokkene trouwens ook opmerkt dat met betrekking tot de ver-

lichting van haar buikkachten een warm bad, directe warmte dus, alsmede vele uren bedrust soulaas bieden. Het is duidelijk dat door haar ziek-zijn bijzondere ernstige invalidering bij haar is ontstaan, waarbij het in ieder geval vaststaat dat betrokkene haar eigen werkzaamheden nooit zal kunnen verrichten. Omsholing tot passende arbeid heeft uitsluitend kans van slagen als betrokkene kiest voor verandering van de ingeslepen psychische patronen de laatste jaren, waarbij een weliswaar begrijpelijke maar toch niet onbeduidende regressieve tendens is ingeslopen, reactief voor een belangrijk deel bepaald door de carcinofobie maar ook vanwege een gevoel van machteloosheid, de nu zeker verstrekkende afgesneden paden, het verpleegster worden, het kinderen krijgen."

Als de verzekeringsgeneeskundige van de GMD het psychiatrisch rapport ontvangt, gaat hij opnieuw het medisch dossier van de vrouw doorlichten. Dan stuit hij op het feit dat de vrouw in haar verpleegkundige opleiding een hoog ziekteverzuim heeft gehad. De vele ziektedagen worden nu in verband gebracht met het psychiatrisch beeld dat van de vrouw is geschetst.. De verzekeringsdeskundige consulteert opnieuw de psychiater, ditmaal met de volgende vraag:

"(...) of niet reeds eerder dermatige psychiatrische stoornissen moeten hebben bestaan, dat de conclusie gerechtvaardigd is dat betrokkene niet in staat moest worden geacht duurzaam in loondienst te functioneren."

De psychiater schrijft het volgende terug:

"Het betreft hier toch een zeer neurotische jonge vrouw, met een zeer traumatiserend verleden, op grond waarvan het moeder-kind contact al uitermate belangrijk is. Ze heeft wel een poging gedaan daarna een stap te maken naar het heteroseksuele in 1977 toen ze haar vriend ontmoette maar zag dit toch tussen de vingers wegglijden in 1979 toen ze - waarschijnlijk toch op grond van opkomende, niet meer te onderdrukken lesbische gevoelens, de relatie beëindigde.

Men kan stellen dat het regelmatige ziekteuitval een verklaring vindt in het door mij gestelde. Vóór 1979 ziet haar leven er ogenschijnlijk rustig uit maar dan alleen met betrekking tot studie. Er is dan sprake van een gecompenseerde neurose, min of meer, wanneer men tenminste het vervolgen van opleidingen als een vorm van compensatie beziet. De werkelijke decompensatie is stellig bij betrokkene ingetreden, toen haar moeder levensgevaarlijk ziek was en er een reële kans was dat ze dood zou gaan, dat speelde omstreeks 1980 weer! Dat heeft bij betrokkene de wending naar het lesbische bepaald en haar decompensatie onherroepelijk gemaakt, de jaren daarop."

De psychiater onderschrijft de visie van de bedrijfsvereniging dat de vrouw als een jeugdgehandicapte moet worden beschouwd en derhalve in aanmerking komt voor een AAW uitkering (zie voor een analyse van de psychiatrische diagnose bijgaand kader).

## Tot slot

Het rapport van een medisch adviseur heeft verstrekkende gevolgen. In de regel is het een laatste beslissing die een sterke waarde krijgt door het etiket van onafhankelijkheid, terwijl het in werkelijkheid een gekleurd advies is.

## HOMOSEKSUALITEIT ALS NEUROSE

In het rapport van de psychiater staan twee thema's centraal: de carcinofobie en de homoseksualiteit, die beide nauw verworven worden met "angst". De angst voor kanker, de angst voor een mogelijke kinderloosheid en de angst voor het dreigende verlies van de moeder. In de constructie van het psychiatrische ziektebeeld zijn zowel algemene psycho-analytische opvattingen te herkennen als meer specifieke opvattingen zoals die van de hoogleraar Kuiper, verwoord in zijn "Neurosenleer". Volgens de algemene psycho-analytische theorie zoals die door Freud is ontwikkeld, is een mensenkind in psychologische zin biseksueel.<sup>8</sup> De moeder is voor het meisje en het jongetje het eerste liefdesobject. Als de symbiotische relatie met de moeder verbroken wordt, moet het meisje overgaan van de liefde voor haar moeder, naar die voor haar vader. Een overgang van een homo- naar een heterorelatie. In het rapport van de psychiater is een aantal malen een verwijzing te vinden naar deze theorie. Het lesbisch-worden van de vrouw beschrijft de psychiater in termen van "regressie" (het terugvallen in vroegere ontwikkelingsstadia) en van "het reactief -worden", in de zin van het opnieuw aangaan van een relatie met een vrouw, zoals vroeger met de moeder.

In Kuipers "Neurosenleer", valt de Angst en het Homoseksuele samen. Homoseksualiteit wordt bij hem ondergebracht in de categorie "Perversies", het wordt behandeld als een bijzondere neurose, te samen met uiteenlopende verschijnselen als exhibitionisme, voyeurisme, masochisme en fetichisme. Kuiper legt een duidelijke relatie tussen een neurose en een perversie: "Wat bij de perversie wordt uitgeleefd, blijft verdrongen in de neurose" <sup>9</sup> en "De perverse patient bevredigt de seksuele driftimpuls, maar weert daarmee angst af (...)"<sup>10</sup>

Kuiper stelt dat de "perverse patient het geslachtsverschil niet kan aanvaarden" en dat perversies samenhangen met regressie.<sup>11</sup> Volgens hem zal elke medicus in een - zelfs stabiele - homoseksuele relatie, toch vooral het falen en mislukken zien. Dit wordt bevestigd door het gewraakte rapport. De verbroken heteroseksuele relatie laat de psychiater samenvallen met de Angst de moeder te verliezen, en de keuze voor een lesbische relatie laat hij eveneens uit deze angst voortkomen.

In de periode van het psychiatrisch onderzoek is Kuiper teruggekomen op zijn opvattingen over homoseksualiteit en de relatie tussen psycho-analyse en "homofilie" omschrijft hij nu als een "mislukt huwelijk".<sup>12</sup> Kuiper zegt dat hij onder de indruk is gekomen van het eigenaardige bestaan en de macht van het geschreven woord. Zijn ideeën zijn niet bedoeld waarvoor ze veelal worden gebruikt, namelijk om mensen die niet gebukt gaan onder hun homoseksualiteit, dit als het te pas komt, onder de neus te wrijven. "Evenmin zou een maatschappij het recht mogen hebben op grond van overwegingen, uitgedrukt in etiketten als "pathologisch, neurotisch of pervers" iemand met sancties te treffen, zijn baan af te nemen, te laten vallen bij een sollicitatie of wat dan ook."<sup>2</sup>

Kuipers visie nu is dat de psycho-analyse moet dienen als instrument om mens en maatschappij grotere vrijheid te verschaffen.



De normen die de bedrijfsvereniging hanteert, zullen eveneens de normen zijn van hun adviseurs. Het rapport van een psychiater die homoseksualiteit niet als een afwijking beschouwt, had nooit zo'n rampzalige conclusie kunnen bevatten.

Op grond van dit rapport kan ik niet anders dan concluderen dat het tijdperk van de sociale noodzaak om te zwijgen over homoseksualiteit nog lang niet achter ons ligt. Bij medische onderzoeken vertellen dat je homoseksueel bent, kan zoals deze geschiedenis ons leert, enorme gevolgen hebben. Bij deze vrouw was haar homoseksualiteit aanleiding om allerlei gebeurtenissen met elkaar in verband te brengen, wat haar het etiket neurotisch wezen en jeugdgehandicapte bezorgde. Bij elke medische keuring voor een baan of een verzekering kan het medische dossier te voorschijn komen. Een psychiatrisch rapport, gebaseerd op een onderzoek van één uur, kan iemand voor het leven tekenen. In de regel zijn deze rapporten geheim en worden niet ter inzage gegeven aan de betreffende persoon. Dat maakt het vrijwel onmogelijk om in het verweer te komen. Ook deze psychiater schreef: *"Ik acht het met het oog op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van betrokkene noodzakelijk dat haar de mogelijkheid tot kennismaking van het door mij uitgebrachte psychiatrische rapport wordt onthouden."*

Hierdoor kunnen dit soort interpretaties een eigen leven gaan leiden en gevrijwaard worden van kritiek van buitenaf.

Het ligt dus voor de hand dat we behoorlijk met dit rapport in onze maag zaten.

De vrouw is inmiddels hersteld van haar ziekte en begonnen met omscholing door het volgen van een hogere beroepsopleiding. In juli 1986 komt deze WAO-zaak voor de Raad van Beroep. De vrouw heeft een advocate bij zich en heeft mij meegevraagd om haar te steunen. De bedrijfsvereniging is vertegenwoordigd door een jurist. Tijdens de zitting wordt alleen gesproken over de vele proeed urefouten die in de loop der jaren zijn gemaakt. Een heen en weer gepraat over artikel zoveel van die wet en artikel zoveel van weer een andere wet. Het geeft een katerig gevoel omdat wij ons voorbereid hebben op een inhoudelijke bespreking van de zaak. Als we na afloop van de zitting een praatje maken met de jurist van de bedrijfsvereniging, zegt hij dat hij zich vanuit zijn papieren had voorgesteld een zielige zwaar depressieve vrouw te zullen ontmoeten. Zijn indruk van de vrouw nu zij in levende lijve voor hem staat, versterkt zijn

twijfels over de conclusies van de psychiater. Hij laat doorschemeren de zaak snel te willen afhandelen ten gunste van de vrouw.

Uiteindelijk wint de vrouw de WAO-zaak. Haar WAO-uitkering wordt met terugwerkende kracht met 15 maanden verlengd. De advocate dringt aan op vernietiging van het psychiatrisch rapport, dat in het laatste stuk van de bedrijfsvereniging (maart 1987) getypeerd wordt als een "naïeve conclusie". Achteraf gezien is de persoonlijke ontmoeting met de jurist van de bedrijfsvereniging van groot belang geweest en heeft het gezonde verstand de strijd beslecht. ••

---

In verband met een publicatie over het functioneren van (medische) adviseurs van de in het artikel genoemde instanties, zouden we graag in contact komen met mensen die ons daar informatie over kunnen verstrekken. De vragen die voor ons relevant zijn, zijn o.a.: hoe en door wie worden de (medische) adviseurs aangesteld; hoe zwaar weegt het rapport van zo'n adviseur en zijn daar criteria voor; wat motiveert artsen en andere deskundigen om hun diensten aan te bieden; hoe hoog is de honorering?

Reacties naar Lidy Schoon en Ireen van Engelen, p/a Wijttenbachstraat 66/bel, 1093 JG Amsterdam.

---

#### Noten

- 1) Persoonlijke mededeling van een medewerkster van het Vrouwengezondheidscentrum te Amsterdam.
- 2) In dit verband wil ik ook wijzen op zaken die recentelijk inde landelijke belangstelling hebben gestaan, zoals die van een Haagse neuroloog/psychiater/keuringsarts die vrouwen tijdens het keuringsonderzoek voor een WAO-aanvraag vernederend behandelde. Zie de Volkskrant van 11 november 1981 en 13 januari 1983.
- 3) De zaak viel me te meer op daar het ging om een baarmoederziekte waarin ik me door literatuurstudie had verdiept. Zie: Lidy Schoon, Een trage ontsluiting, Vrouwengeneeskunde politiek doorgelicht. Uitg. Macula, Boskoop, 1985.
- 4) Discussiepunten in de gynaecologie: endometriose. Amsterdam, Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde van de Vrije Universiteit, 27 maart 1987.
- 5) De informatie en de citaten komen uit het boek "Endometriose. Een baarmoederziekte". Carin Helms e.a. Amsterdam, Vrouwengezondheidscentrum, 1985.
- 6) Afgezien van de vraag of er een mogelijk verband bestaat tussen deze gebeurtenissen, blijft het een vraag waarom de psychiater deze data laat samenvallen, slordigheid of suggestie?
- 7) P.C. Kuiper, Neurosenleer. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1975, (Eerste bijdruk van de 7e druk).
- 8) Deze weergave is ontleend aan Juliet Mitchell, Fragmenten over Freuds theorie van de seksualiteit. In: Te Elfder Ure 27. Nijmegen, SUN, z.j.
- 9) Kuiper, p. 219.
- 10) Idem, p. 220.
- 11) Idem, p. 225.
- 12) p.c. Kuiper. Psychoanalyse en homoseksualiteit. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 1982, 2, P 156, In 1984 verscheen een geheel herziene druk, de Nieuwe Neurosenleer. In het voorwoord zegt Kuiper dat het ziektebegrip "neurose" scherper is geformuleerd, zodat het kon worden gezuiverd van maatschappelijke vooroordelen die terecht kritiek hebben uitgelokt Dit heeft vooral consequenties gehad voor de behandeling der homoseksualiteit en de aanvaarding van het geslachtsverschil.

Sinds het eind van de jaren zeventig staat de versterking van de rechtspositie van de patiënt in de belangstelling. Een van de redenen daarvoor is de afhankelijkheid van patiënten in de hulpverleningssituatie en de daaruit voortvloeiende ongelijke machtsverhoudingen.

Aan deze rechtspositie zit een inhoudelijk aspect: welke rechten dient de patiënt te krijgen. Deze "materieel" kant zal wettelijk geregeld worden in de wet op de behandelingsovereenkomst. Een ontwerp hiervoor zond de regering eerder dit jaar naar verschillende instanties om advies. De rechtspositie heeft echter ook een procedureel aspect, dat wel de "formele" rechtspositie wordt genoemd. Dan gaat het om de wegen die patiënten openstaan om hun rechten te laten gelden. Op dit moment zijn de mogelijkheden: de civiele rechter, de strafrechter en de tuchtrechter. Voor een procedure bij een van deze rechters moet echter de klacht van de patiënt een zekere "zwaarte" hebben. Voor klachten m.b.t. een onheuse bejegening, het niet bereikbaar zijn van huisarts of gezinszorg en onduidelijke verwijzingen op telefoonbeantwoorders kan de patiënt niet bij een van deze rechterlijke instanties terecht.

Uit onderzoek is gebleken dat slechts 50% van de patiënten die problemen hebben met hun huisarts dit ook daadwerkelijk tegen hem of haar durft te zeggen! 1

Een vrije artskeuze is - zij het relatief - nog vastgelegd in de Ziekenfondswet. Een dergelijke vrije keuze bestaat niet voor de andere drie kern-disciplines in de eerste lijn: de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk. Juist in de thuiszorg is vaak sprake van een langdurige hulpverlening. En de thuiszorg zal alleen nog maar toenemen nu de overheid versterking van de eerste lijn tot een van de speerpunten van haar beleid heeft gemaakt. Ook patiënten zelf wensen overigens meestal zo lang mogelijk in hun eigen omgeving verzorgd te worden.

Omdat een vrije produktkeuze in de thuiszorg min of meer ontbreekt is het van groot belang dat patiënten de mogelijkheid hebben ook klachten van een minder zwaar kaliber te kunnen uiten. Daarvoor is een informele, goedkope, makkelijk toegankelijke klachtenprocedure de aangewezen weg.

Dit is ook de mening van de overheid. Daarom heeft zij de *kruisorganisaties* en de *gezinszorg* wettelijk verplicht een onafhankelijke klachtenbehandeling in te stellen. De uitwerking hiervan is aan de instellingen zelf overgelaten, in het kader van

# Eerstelijns kl.



Tekening: Bert Comelius

## Een nieuwe klachtenregeli

de zelfreguleringsgedachte. Er volgt hier een korte beschrijving van de wijze waarop de kruisorganisatie en de gezinszorg deze wettelijke eis binnen hun instelling gestalte hebben gegeven.

### Kruisorganisatie

De verplichting een klachtenprocedure in te stellen is voor de kruisorganisaties sinds 1981 vastgelegd in de erkenningseisen. Dat zijn eisen waaraan een kruisorganisatie moet voldoen, wil zij voor financiering in het kader van de AWBZ in aanmerking komen. Deze erkenningseis is pas in 1987 gerealiseerd, omdat binnen de kruisorganisatie is besloten dat in heel Nederland dezelfde regeling zou gelden. Daarom moesten alle kruisorganisaties met deze regeling instemmen.

De klachtenprocedure verloopt in drie fasen. In de eerste twee fasen wordt getracht een oplossing te vinden voor de klacht: eerst door het bestuur en als dat niet lukt door een klachtencommissie binnen diezelfde organisatie. Wanneer ook dit mislukt of als de patiënt vindt dat hem geen recht is gedaan kan hij in beroep gaan bij de beroepscommissie op grootstedelijk of provinciaal niveau, nog steeds binnen de kruisorganisatie. De beroepscommissie kan dan een "aan-

wijzing" geven aan de instelling. Wat de juridische betekenis van "aanwijzing" is, is nog de vraag, al kan men in deze term wel een zekere bindende kracht lezen.

Behalve de patiënt of zijn familie kunnen echter ook de *instelling* of de *-beklaagde -medewerker* in beroep gaan bij deze commissie. Dit is niet juist omdat de klachtenprocedure gericht dient te zijn op de versterking van de rechtspositie van de patiënt uit hoofde van de ongelijke machtsverhoudingen.

In de klachtencommissie hebben zitting: één bestuurslid, één werknemer en één lid-contribuant. De beroepscommissie bestaat uit vijf leden, te weten drie bestuursleden, één vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging en één jurist, tevens voorzitter. De laatste commissie wordt bijgestaan door twee deskundigen: één arts en één verpleegkundige. Gezien de samenstelling van de commissies bestaat het risico van een zekere "verwevenheid van belangen", namelijk bij de werknemer en de bestuursleden. Daarmee wordt de kans op een onpartijdige behandeling kleiner. De toekomst zal leren of de patiënten desondanks toch voldoende vertrouwen in deze commissies zullen hebben. Over de wijze van stemmen in beide commissies (unanimiteit,

# Klachtencollege

In de toekomst zullen steeds meer mensen thuis verpleegd of verzorgd worden. Thuiszorg is vaak een langdurige vorm van hulpverlening waardoor de afhankelijkheid ten opzichte van de professionele hulpverleners groot is. Hulpverleners, die de patiënt vaak niet zelf uit kan kiezen.

In deze situatie is een goede en toegankelijke klachtenregeling van groot belang voor de patiënt. Anke Oosterman laat de klachtenbehandeling voor de verschillende eerstelijnsdisciplines de revue passeren en doet een voorstel voor een gemeenschappelijke klachtenregeling.

Iedereen is vol van versterking van de eerste lijn. De hoogste tijd om na te denken over de versterking van de positie van de eerstelijns patiënt.

Anke Oosterman, Vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg.

## g voor de thuiszorg

meerderheid etc.) staat niets in de klachtenregeling.

De patiënt en zijn familie kunnen met alle klachten bij de commissies terecht behalve met een eis tot schadevergoeding. De procedure is gratis en men kan zich - wel op eigen kosten - laten bijstaan door een deskundige of laten vertegenwoordigen, bijvoorbeeld door een familielid.

De commissie heeft een plicht tot geheimhouding. De indiener van de klacht heeft zelf inzage in alle stukken voorzover de vertrouwelijkheid dit toelaat, zulks ter beoordeling aan de commissie. De uitspraken van de beroepscommissie worden gepubliceerd. Dit kan een leidraad worden voor kwaliteitsverbetering binnen de kruisorganisaties, zoals ook bij de gezinszorg het geval is geweest.

### Gezinsverzorging

Hoewel binnen de gezinszorg al enige jaren aandacht wordt besteed aan klachtenbehandeling is de wettelijke verplichting daartoe pas in 1985 in de Rijkssubsidieregeling neergelegd. Hier werkt de procedure als volgt. De patiënt dient de klacht in bij de desbetreffende instelling en ontvangt hierop een schriftelijke reactie. Als hij het daarmee niet eens is staat vervolgens de weg open naar de Centrale Klachtencommissie Ge-

zinsverzorging (CKG). Deze commissie houdt binnen 6 weken zitting in of in de buurt van de woonplaats van de klager. Daar wordt de klacht in het bijzijn van beide partijen besproken. De CKG neemt dan met meerderheid van stemmen een beslissing en deelt deze schriftelijk aan de klager en de instelling mee. Wanneer de klacht gegrond wordt verklaard gaat de uitspraak vergezeld van een advies aan de instelling.

In de CKG hebben zitting: één lid van de Nationale Raad voor het Maatschappelijk Welzijn, tevens voorzitter, één lid van de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging en één lid van de Consumentenbond. Deze samenstelling garandeert een zekere mate van onpartijdigheid.

In deze commissie bestaat vertrouwen. Dit blijkt uit het feit dat in 1986 haar advies slechts twee keer niet werd opgevolgd. De belangrijkste uitspraken van de CKG worden gepubliceerd. Daarmee krijgen instellingen en cliënten een leidraad voor toekomstige problemen. Jammer is wel dat men bij deze commissie niet met alle klachten terecht kan omdat de klachtgronden restrictief zijn opgesomd. Zo wordt een klacht over een onvriendelijke bejegening niet onvankelijk verklaard. De klachtmogelijkheden bij de kruisorganisatie zijn dus groter.

De uitspraken van de CGK hebben betrekking op verschillende onderwerpen. Bijvoorbeeld over de verhouding zelfzorg/mantelzorg versus professionele zorg. Alleen daar waar onvoldoende mantel- en/of zelfzorg aanwezig is wordt gezinszorg geïndiceerd. De uitspraken van de commissie kunnen ook leiden tot een beperking van de hulp. Zo wordt in de aanwezigheid van vele hobby's geen reden gezien de hulp van de gezinszorg uit te breiden. Rommel die de familieleden tijdens het weekendbezoek achterlaten hoeft de gezinsverzorgster niet op te ruimen. En ook een zoon des huizes kan boodschappen doen, al wil zijn vader hem deze bezigheid liever besparen.

Uit diverse klachten komt een gebrekkige samenwerking tussen de eerstelijnsdisciplines naar voren en een tekort aan onderlinge informatie-uitwisseling. De CGK wijst dan ook op de noodzaak van een afstemming van de klachtenprocedures in de eerste lijn. Over de andere eerstelijnsdisciplines heeft zij immers niets te zeggen.

Uit de jaarverslagen van de CKG blijkt dat ongeveer 35% van de klachten gegrond wordt verklaard. Klachten over te weinig hulp worden zelfs in 50% van de gevallen gegrond verklaard.

### Huisarts en algemeen maatschappelijk werk

De beide kerndisciplines van de eerste lijn, de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk, hebben geen wettelijke plicht tot een klachtenregeling. Desalniettemin heeft de KNMG al lange tijd een klachtenopvang voor patiënten. Er is echter besloten deze met ingang van 1 januari 1988 op te heffen. Naast economische motieven speelt ook een rol dat patiënten reeds vanaf 1928 ook naar de wettelijke tuchtrechter kunnen. Bovendien lijkt het vertrouwen in de rechtspraak van artsen onderling minder groot geworden. Overigens: het wettelijk tuchtrecht is gericht op de kwaliteitsbewaking en niet op genoegdoening van de patiënt of op een oplossing voor een conflict tussen arts en patiënt. Onder de toekomstige wet *Beroepen Individuele Gezondheidszorg*, die onder andere de Medische Tuchtwet zal vervangen, zal de positie van de patiënt wel enigszins worden versterkt. Ook zal deze wet gaan gelden voor (wijk)verpleegkundigen. Het doel zal echter hetzelfde zijn: handhaving van een kwalitatief hoog peil van de beroepsbeoefening.

Toch is de KNMG van mening dat zij wel een taak heeft op het gebied van de klachtenopvang, en daarom stelt zij voor om regionale klachteninstituten in het leven te roepen sa-



men met patiëntenvertegenwoordigers. Deze instituten zullen in gelijke mate uit vertegenwoordigers van artsen en patiënten zijn samengesteld en zullen niet alleen bemiddelen tussen arts en patiënt maar ook informatie verstrekken. De KNMG laat deze wel mede afhangen van een financiële bijdrage van het ministerie van WVC. Of dit ministerie daartoe bereid zal zijn moet worden betwijfeld gezien de recente opheffing van de IKG's (Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg). Ook een verzoek om een bijdrage in de kosten voor de totstandkoming van een regionale stichting voor klachtenbemiddeling in Zuid-Limburg kreeg nul op het request.

Bij het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft 60% van de instellingen een eigen, interne, klachtenprocedure. Een modelregeling is in de maak. Het gebruik daarvan zal vrijwillig zijn, gezien het ontbreken van de wettelijke plicht tot een klachtenregeling.

Juist voor de gesubsidieerde instellingen heeft de overheid een wetsvoorstel "*Demokratisch Functioneren van Instellingen*" om advies naar meerdere colleges gezonden. In de eerste versie was sprake van een klachtenprocedure in twee fasen: de eerste in de instelling zelf en de tweede - facultatief - extern. Op het voordeel van zo'n gekombineerde procedure is ook reeds eerder gewezen.<sup>1</sup> Op deze wijze kan een eerste, interne, fase een snelle behandeling mogelijk maken met de deskundigheid die binnen de instelling aanwezig is. Vervolgens garandeert de externe fase een zekere objectiviteit en functioneert deze als een soort "stok achter de deur" voor de eerste fase.

Omdat dit wetsvoorstel nog steeds niet is ingediend - ondanks aandringen van patiëntenverenigingen - is niet duidelijk wat de uiteindelijke inhoud ervan zal zijn. Voor de eerste lijn biedt het geen bevredigende oplossing, omdat in ieder geval huisartsen die niet in een gezondheidscentrum werken er buiten vallen. Bovendien heeft de democratisering (inspraak van cliënten, medebeslissen) niet hetzelfde doel als een klachtenregeling (snelle oplossing voor klachten, oplossing van een conflict en herstel van hulpverleningsrelatie).

### Een eerstelijns klachtencollege

op dit moment staan er voor de patiënt zoveel verschillende wegen open om zijn beklag te doen dat duidelijkheid ver te zoeken is. Zo blijken patiënten zelden op de hoogte met de aard en het doel van het wettelijk tuchtrecht. Ook wordt de *Inspectie der Volksgezondheid* meer en meer

belast met een klachtenopvang, waartoe zij in feite niet is uitgerust. Bovendien heeft zij (nog) geen bevoegdheden waar het de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk betreft.

Over het algemeen valt een toename van het aantal klachten te constateren, ongetwijfeld mede als het gevolg van de toenemende mondigheid van patiënten. Veelal zijn de klachten niet van dien aard dat een burgerlijke, een strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure is aangevoerd. Het gaat om het horen van de patiënt en het vinden van een oplossing voor een gerezen conflict in een snelle, informele procedure, die de patiënt toch zekere garanties biedt, met name waar het de onpartijdigheid betreft.

In het *consumentenrecht* functioneren dergelijke klachtencommissies, die van de overheid subsidie kunnen ontvangen. Daaraan worden door de overheid bepaalde eisen m.b.t. de onpartijdigheid van de uitspraak gekoppeld. Ook eist de overheid een schriftelijke, gemotiveerde uitspraak en het respecteren van bepaalde termijnen.

Nu op dit gebied in de eerste lijn vele initiatieven worden en zijn ontwikkeld lijkt de tijd rijp om in aansluiting op de eerste, interne fase binnen de desbetreffende eerstelijnsvoorziening een tweede, externe fase voor de *hele eerste lijn* tot stand te brengen. In de eerste fase deponert de patiënt de klacht dan bij de instelling of de beroepsgroep op wiens (niet-)handelen de klacht betrekking heeft. Er volgt een snelle bemiddeling binnen de instelling of beroepsgroep zelf of doorverwijzing naar een meer geëigende instantie. Dat kan de klachtencommissie van een ziekenhuis zijn, maar ook het eerstelijnsklachtencollege bijvoorbeeld, wanneer het gaat om slechte coördinatie tussen de eerstelijnsdisciplines onderling of een gebrek aan samenwerking waar de patiënt hinder van ondervindt. De tweede fase speelt zich af voor het eerstelijnsklachtencollege, wanneer de patiënt hier direct naar verwezen wordt of wanneer hij van mening is dat de eerste fase geen oplossing heeft geboden. In dit eerstelijnsklachtencollege hebben deskundigen zitting die niet rechtstreeks bij de behandeling of verzorging betrokken zijn geweest. Deze deskundigen zijn afgevaardigden van de vier kerndisciplines. Ook dienen in dit college patiënten vertegenwoordigd te zijn. Het voorzitterschap wordt bekleed door een onafhankelijke jurist.

Of de uitspraak van dit college de vorm van een bindend advies moet krijgen zoals bij de consumenten-

tenklachtencommissie of alleen een bemiddelende functie heeft, is aan de deelnemers zelf ter beoordeling. Van belang is wel dat er een eenvoudige, informele procedure komt, waarbij zowel de patiënt alsook de eerstelijnsvoorzieningen kunnen rekenen op een onpartijdige uitspraak. In een later stadium kan worden bekeken of dit eerstelijnsklachtencollege zou kunnen uitgroeien tot een klachtencollege voor de intra- en de extramurale zorg. Dan zou het college steeds in wisselende samenstelling zitting kunnen houden, afhankelijk van de klacht (alleen betrekking hebbend op de extramurale situatie, alleen op de intramurale zorg of juist op de overgang van het een naar het ander, zoals bij een opname of ontslag).

In dit voorstel zijn de voordelen van een interne naast een externe fase aanwezig. Zo kan zo snel mogelijk een oplossing voor het conflict worden gezocht en de hulpverlening hersteld waar dit mogelijk is. Ook kan de samenwerking tussen de eerstelijnsvoorzieningen worden verbeterd. Op deze wijze kan tevens een zekere kwaliteitsbewaking worden gerealiseerd voor de thuiszorg, waar de meeste zorg achter gesloten deuren wordt gegeven.

Een wet op de kwaliteit van zorg zoals voorgesteld door de Commissie Dekker<sup>2</sup> zou hiervoor een goede wettelijke basis bieden. In afwachting daarvan dienen in ieder geval eisen te worden gesteld m.b.t. de onpartijdigheid van de procedure voor een eerstelijnsklachtencollege. Daartoe kan aansluiting worden gezocht bij de subsidieregeling voor de consumentenklachtencolleges<sup>3</sup>.

Immers: wat voor de consument noodzakelijk wordt gevonden is dit à fortiori voor de patiënt die in de thuiszorg in een afhankelijke positie verkeert en een "vrije-productkeuze" in het algemeen moet **ontberen**.<sup>4</sup>

#### Noten

- 1) Warmenhoven, N.E. van. Bereikbaarheid en toegankelijkheid eerstelijnsgezondheidszorg. Medisch Contact 1984, 47, p.1510.
- 2) Voor dit onderdeel is met name gebruik gemaakt van de jaarverslagen van de Centrale Klachtencommissie Gezondheidszorg over 1985 en 1986.
- 3) Herziening KNMG-rechtspraak. Medisch Contact 1986, 38, p. 1226.
- 4) Zie recensie in vorig nummer Gezondheid en Politiek, p. 5(1).
- 5) Vroom-Kastelein, W.R.. KNMG besluit tot klachteninstituten. Medisch Contact 1987, 24, p. 752.
- 6) Roscam Abbing, H.D.C.. Klachtenbehandeling in Algemene Ziekenhuizen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1981,4, p. 108.
- 7) Rapport Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, maart 1987, p. 93
- 8) Staatscourant 230,1975.

# Als het medisch bolwerk faalt

Medisch handelen is vaak al moeilijk te volgen voor de patiënt.. Wanneer dit handelen twijfelachtig of foutief is, en de patiënt als consument zijn recht probeert te halen, blijkt de medische wereld een bijna ondoordringbare jungle te zijn.

Klagen over personen en instanties in de gezondheidszorg heeft in TGP regelmatig en vanuit verschillende invalshoeken aandacht gekregen. De meest sprekende invalshoek is natuurlijk een bespreking aan de hand van concrete voorbeelden. Het Jaarverslag 1986 van het klachtenbureau van de Haagse patiëntenvereniging, "Patiëntenkracht" maakt dat mogelijk.

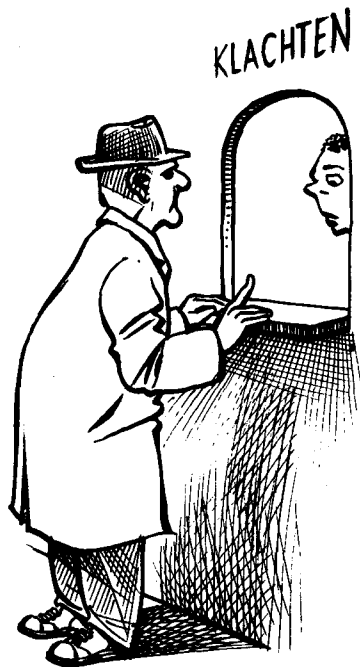
Boes Willemse las het jaarverslag en toont met praktijkvoorbeelden aan dat er veel patiëntenkracht nodig is om gehoor te krijgen voor een klacht..

Boes Willemse, huisarts.

## Uit de praktijk vaneen klachten bureau

Je beklag doen over de gezondheidszorg is nog steeds een ondankbare en moeizame zaak. Je moet hierbij vele barrières overwinnen. Eén van die barrières is dat je kan worden aangezien voor een zeurpiet: het woord "klager" zegt het al. Toch brengen klachten over de gezondheidszorg veel tekortkomingen van deze zorg aan het licht.

Sinds december 1985 kan iedereen met klachten over de gezondheidszorg gratis terecht bij het klachtenbureau van de Haagse Vereniging "Pa-



Tekening: Bert Cornelius

tiëntenkracht". Dit klachtenwerk werd mogelijk gemaakt door steun van de Haagse ziekenfondsen AZIVA en De Hooglanden. Twee coördinatrices behandelen de klachten. Zij worden hierin bijgestaan door een groep vrijwilligers bestaande uit juristen en verpleegkundigen. Gezamenlijk bepaalt men de ernst van de klacht en op grond daarvan wordt besloten aan welke instantie de klacht moet worden voorgelegd. Alle stappen die de coördinatrices nemen worden met de cliënt besproken.

Deze aanpak verschilt sterk van het in 1985 in dit tijdschrift besproken klachtenwerk van het Informatie- en Klachtenbureau voor de Gezondheidszorg (IKG) van de Algemene Vereniging voor Patiëntenbelangen. Bij het IKG gebeurde het feitelijke werk door de cliënt zelf, weliswaar bijgestaan door de vrijwilligers van het IKG. Daarnaast wilde het IKG geen schuldvraag stellen. Zij zag het als haar doel communicatieproblemen op te lossen en daardoor het hulpverleningscontact (weer) soepel te laten verlopen. De opzet van het Haagse Klachtenbureau is juist om te onderzoeken wat er misging en door wie het misging.

## Fouten

Waar mensen werken worden fouten gemaakt. Vaak zijn het vele kleine fouten, die samen een calamiteit veroorzaken. Dat is echter nog geen reden om fouten als "incidenten", "complicaties" of "gevolgen van bezuiniging" af te doen. Het lijkt de gewoonste zaak van de wereld dat fouten besproken worden om te voorkomen dat dezelfde fouten in de toekomst opnieuw gemaakt worden. Dit geldt vooral als er mensenlevens mee gemoeid zijn en zo zou je het dus in de medische praktijk verwachten. Hier is het echter nog steeds niet de gewoonte om openlijk over fouten te spreken.

Voor veel klagers is dit gebrek aan openheid juist het probleem. De klacht zelf betreft bijvoorbeeld een niet zo ernstige zaak, maar zij willen dat de fout openlijk wordt toegegeven en dat er excuses worden aangeboden. Als dit gebeurd was, hadden deze klagers zich nooit tot het Klachtenbureau gewend.

Fouten betreffen niet alleen de medische behandeling. Vaak klaagt men over de bejegening, zoals in het volgende voorbeeld.

Een patiënt heeft een herhaling van een laboratoriumonderzoek ondergaan. De specialist vertelt hem dat

de uitslag aangeeft dat het de goede kant opgaat. De patiënt vraagt verheugd hoe hoog de gemeten waarde nu was. De specialist zegt opnieuw dat het de goede kant opgaat. "Maar ik wil de cijfers weten", zegt de patiënt. Opnieuw herhaalt de specialist dat het de goede kant opgaat. Na nog een keer vragen geeft de patiënt het op. Hij is boos en voelt zich gekleinereerd. Had de specialist de gevraagde informatie gegeven, dan was de patiënt tevreden geweest, nu blijft hij met een kater zitten.

Sommige klagers ( $\pm$  30%) hebben al een klacht ingediend als ze bij het Klachtenbureau komen, bijvoorbeeld bij het Medisch Tuchtcollege of bij de Inspectie voor de Volksgezondheid, maar zijn niet tevreden met de uitspraak van deze instanties. Het is gebleken dat je bijzonder stevig in je schoenen moet staan om te bereiken dat je gehoord wordt en dat medische kennis je meer kans van slagen geeft. Een voorbeeld:

Een kerngezonde 80-jarige man is in het ziekenhuis opgenomen met een bekkenfractuur. Elf weken na de chirurgische ingreep gaat hij plotseling erg achteruit en hij overlijdt aan een ziektebeeld met hoge koorts. Ondanks de zware operatie en de hoge leeftijd van de man dient zijn dochter een klacht in bij de Geneeskundige Inspectie. De Inspecteur vraagt om uitleg bij de directeur van het ziekenhuis en wijst vervolgens de klacht af. Een jaar later komt de dochter bij het Klachtenbureau. Het dossier van haar vader wordt door een coördinatrice ingezien. Afschriften mogen niet worden gemaakt. Dit is vervelend, want er kan gemakkelijk iets over het hoofd gezien worden door de omvang van het dossier. Er wordt een klaagschrift voor het Medisch Tuchtcollege gemaakt, waarin mogelijke oorzaken van het overlijden worden genoemd. Twee dagen voor de zitting ziet de medewerkster het dossier nogmaals in bij het Medisch Tuchtcollege. Dit is een recht van iedere klager. Nu komt de medewerkster erachter dat een urineweginfectie destijds te laat en met ondoeltreffende medicijnen is behandeld. Op de zitting brengt ze dit naar voren. De arts krijgt alsnog een waarschuwing.

Als dit medische gegeven niet door de medewerkster van het Klachtenbureau naar voren was gebracht, was de klacht ongegrond verklaard. Niemand van het Medisch Tuchtcollege had kennelijk tijd of zin het hele dossier uit te pluizen.

## Het inzagerecht

Een andere bron van klachten betreft de *inzage* in dossiers. Hoewel inzage een recht is, ondervindt een pa-

tiënt die zijn medisch dossier in wil zien nog steeds grote tegenwerking. Ook medewerkers van het Klachtenbureau hebben veel assertiviteit moeten tonen. In de verschillende ziekenhuizen stuiten zij op diverse problemen bij de pogingen dit recht te verkrijgen. In het Leyenburg ziekenhuis bijvoorbeeld kreeg het Klachtenbureau niet veel medewerking. Na lang wachten kwam uiteindelijk de toezegging dat binnen drie weken de gevraagde gegevens verstrekt zouden worden. Na een rappèl deelde de directeur mee dat er geen gronden waren vermeld voor de verstrekking van de gevraagde gegevens. Hoewel dit niet verplicht is, werd het verzoek vervolgens gemotiveerd. Aangezien de zaak reeds maanden liep, vroeg het Klachtenbureau ook de Geneeskundige Inspectie om medewerking, onder andere om de naam te kunnen verkrijgen van de behandelend arts. Die medewerking werd toegezegd. Inmiddels berichtte de directeur van het Leyenburg dat hij ondanks de vermelde gronden de eerder toegezegde medewerking niet zou verlenen. Hij verwachtte namelijk een bezoek van de genoemde Inspecteur en wilde het gevraagde niet verstrekken vóór dat gesprek. Spoedig hierop ontving het Klachtenbureau een afschrift van een brief van de betreffende Inspecteur waarin hij de directeur van het Leyenburg meedeelde dat hij hem zou aanklagen bij het Medisch Tuchtcollege wegens zijn weigering de naam te verstrekken van de betrokken arts, tenzij de gevraagde opgave binnen een genoemde termijn werd verstrekt. Het gevraagde werd daarop aan het Klachtenbureau toegezonden. Vanwege de zeer onbevredigende gang van zaken werd de directeur van het Leyenburg ziekenhuis door Patiëntenkracht namens de cliënt bij het Medisch Tuchtcollege aangeklaagd. Dit College heeft een waarschuwing opgelegd aan de directeur. De uitspraak is in Medisch Contact van 17 juli 1987 gepubliceerd onder de titel: "Medisch directeur ziekenhuis mag inzagerecht niet frustreren". De dag na deze publicatie werd een voorstel voor wijziging van het standpunt van de KNMG in de dagbladen aangekondigd. Patiënten moeten in het vervolg óók rechtstreeks inzage in hun medische gegevens krijgen, als het hen ernstig nadeel kan opleveren. Mogelijk helpt dit bij het beëindigen van de bevoogdende houding van artsen tegenover patiënten.

Als de toestemming om het dossier in te zien eenmaal verkregen is, kan het nog zijn dat het dossier incompleet is, of dat van het gebeuren waarover de klacht is ingediend helemaal geen aantekeningen gemaakt

zijn. Men kan verder nog verbieden dat er copieën of afschriften worden gemaakt en het hele dossier kan ook nog kwijt zijn, zoals uit het volgende voorbeeld blijkt.

Een 77-jarige vrouw wordt getroffen door een beroerte. De huisarts laat de vrouw opnemen in het Bronovo ziekenhuis. Ze wordt eerst opgenomen op de EHBO afdeling, waar ze om 3 uur 's nachts uit bed valt. Om 6 uur in de morgen wordt ze overgebracht naar het Westeinde ziekenhuis voor het maken van een CT-scan, gevolgd door een operatie. De dochter dient een klacht in omdat geen voorzorg getroffen was om te voorkomen dat haar moeder uit bed kon vallen. De coördinatrice van het Klachtenbureau stuurt een brief aan de directeur van het Bronovo, om inzage van het dossier te vragen. *Een maand later* mag zij het dossier bij de directeur inzien. Deze geeft haar het verpleegrapport en zegt dat dit het dossier is. Dit accepteert ze niet. Het medisch dossier blijkt zoek te zijn en ze spreken af dat zodra het dossier gevonden is er een afschrift gestuurd zal worden. *Twee weken later* ontvangt de coördinatrice een brief van de directeur met een copie van de aanmelding, waar óók om was gevraagd. Over het EHBO-dossier wordt in de brief niet gesproken. *Wéér twee weken later* schrijft de coördinatrice de directeur een brief om hem te herinneren aan de wens om het EHBO-rapport in te zien. Op 10 oktober herinnert zij hem opnieuw aan deze wens. *Drie dagen later* ontvangt zij een brief van de directeur waarin hij vermeldt dat het EHBO-rapport naar het Westeinde ziekenhuis is gegaan en daar waarschijnlijk in "ongerede" is geraakt. *Twee weken later* schrijft het Klachtenbureau aan het bestuur van Bronovo om het ongenoegen over deze gang van zaken mee te delen. *Weer twee weken later* antwoordt het bestuur dat de behandeling van de patiënt naar behoren is gegaan en dat het zoek raken van het dossier een betreurenswaardig feit is. *Een maand later* volgt er een uitnodiging van de patiëntenvertrouwenspersoon voor een gesprek met de leden van de FONA-commissie van het ziekenhuis. Tijdens dit gesprek, dat *10 dagen later* plaatsvond, blijkt dat de leden van de FONA-commissie geen onderzoek hebben ingesteld en er wordt afgesproken dat dit alsnog zal gebeuren. *Na nog eens 3 weken* belt een arts, lid van de FONA-commissie, met de mededeling dat het dossier is teruggevonden in het Westeinde ziekenhuis. Drie dagen later, het is inmiddels *7 maanden na het eerste verzoek*, heeft de coördinatrice inzage in het dossier. Het maken van afschriften wordt niet toegestaan, er mogen alleen notities worden gemaakt.



Eveneens is er op die dag een gesprek met het lid van de FONA-commissie. Deze geeft de antwoorden van de betrokken hulpverleners. Het incident is inmiddels 8 maanden geleden. Hij heeft de betrokkenen, een co-assistent, een assistent en een neuroloog, om hun geheugen op te frissen, een afschrift van de brief van het Klachtenbureau aan het bestuur van het Bronovo ziekenhuis gestuurd en een afschrift van het verpleegrapport.

Duidelijk is dat er soms veel doorzettingsvermogen en koelbloedigheid nodig is om de gewenste informatie op tafel te krijgen. Indien het gebeuren een geliefd persoon betreft en deze ook nog is overleden, is de kans groot dat de klagers hun klacht intrekken uit zelfbehoud.

Dat dit geval niet op zichzelf staat, moge blijken uit het verhaal van een vrouw die klaagt over de behandeling van haar zoon in het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft. Vanaf mei 1985 had hij aanvallen van hevige pijn in het linkerbeen. Hij bezocht de EHBO afdeling 's nachts een aantal keren vanwege deze pijn; in totaal werd hij drie keer opgenomen. Na de derde opname beschouwde men hem als een aansteller. Toch kreeg hij zware pijnstillers en een controle-afspraken voor over 6 maanden. Op initiatief van zijn moeder bezocht hij het Academisch Ziekenhuis te Leiden. Hier constateerde men botkanker. Ondanks intensieve therapie overleed hij een jaar later. De moeder kwam bij het Klachtenbureau en vroeg om uit te zoeken of er in Delft een fout gemaakt was. Eind oktober '86 vroeg een coördinatrice van het Klachtenbureau inzage in zijn dossier in het betreffende ziekenhuis. Zes weken later kreeg zij van de directeur als antwoord dat onderzoek had uitgewezen dat de behandeling naar behoren was uitgevoerd. Als bewijs was een brief ingesloten van één der betrokken specialisten. De coördinatrice antwoordde dat zij toch inzage in het dossier wilde. Bij inzage een maand later bleek dat het dossier niet compleet was. Het poliklinisch dossier ontbrak. Er volgde een serie telefoongesprekken tussen de coördinatrice van het Klachtenbureau, de directie en een specialist. De coördinatrice werd van het kastje naar de muur gestuurd, maar 3 weken later kreeg zij de aantekeningen alsnog toegestuurd. Als de medewerkster 3 weken later een gesprek met de moeder heeft, blijkt dat er nog een andere chirurg bij de behandeling betrokken was en dat diens aantekeningen nog ontbreken. Volgens stuurt zij een brief met het verzoek om ook de aantekeningen van de tweede chirurg aan haar te doen toekomen. Tevens vraagt zij wie van de twee chirurgen de verantwoordelijkheid voor de behandeling

droeg. Hierop krijgt zij geen antwoord. Wel krijgt de moeder plotse-ling bezoek van één der chirurgen. Hij vraagt haar wat de bedoeling is. Hieruit zou je kunnen opmaken dat het voor de medische stand toch nog erg onwennig en bedreigend is als mensen om inzage van medische dossiers vragen.

## Nachtdienst

Ook brengen klachten vaak problemen van *organisatorische aard* aan de oppervlakte. Ongeveer 90% van alle huisartsen in Den Haag, Rijswijk en Voorburg zijn verbonden aan de Stichting Dokters Nachtdienst, een nachtdienstregeling van 19.00 uur 's avonds tot 7.00 uur 's ochtends. Door deze regeling zijn voor de hele regio Den Haag (ongeveer een half miljoen mensen) tot 1 uur 's nachts vijf huisartsen en tot 7 uur 's morgens drie huisartsen bereikbaar. Van de vijf huisartsen tussen 19.00 en 1.00 uur doen er twee huisbezoeken in taxi's, toegerust met een mobilfoon. De andere drie nemen de telefoon op en doen consulten in een daarvoor speciaal ingericht pand aan de Vondelstraat. Na 1.00 uur is er nog één huisarts beschikbaar voor huisbezoeken. Deze schaarse bezetting leidt tot een strenge telefonische selectie. Uit de volgende verhalen komt dit duidelijk naar voren.

Een 74-jarige man belt de Dokters Nachtdienst, omdat de catheter van zijn ernstig gehandicapte vrouw is losgeraakt. Hij krijgt te horen dat hier 's nachts geen dokter voor komt. Als hij vraagt in welke gevallen er wel een dokter komt, antwoordt men hem: "*in sterfgevallen en bij hartinfarcten*".

Een 70-jarige vrouw belt de Dokters Nachtdienst, omdat haar man er ernstig aan toe is. Ze is zo van streek, dat zij moeilijk uit haar woorden kan komen. In een later gesprek geeft de betreffende arts toe dat de vrouw angstig klonk, maar dat hij dit niet kon plaatsen. Zijn argument om niet onmiddellijk een arts te sturen was dat er de dag ervoor al een arts geweest was en dat deze een pijnstiller gegeven had. Pas toen de vrouw vroeg of zij de GG en GD moest bellen, heeft hij een arts opgeroepen, maar zonder door te geven dat het urgent was. Toen de waarnemend arts 25 minuten later ter plaatse arriveerde was de man al overleden en de GG en GD al ter plaatse.

De vele klachten over deze Dokters Nachtdienst waren voor de Vereniging "Patiëntenkracht" aanleiding om een gesprek aan te gaan met de plaatselijke huisartsenvereniging en het bestuur van de Dokters Nachtdienst. Deze besprekingen leverden niets op.

De "Patiëntenkracht" heeft er toen bij de staatssecretaris voor de Volksgezondheid en de vaste kamercommissie op aangedrongen om structurele maatregelen te treffen. Het Ministerie van VWC heeft daarop de Geneeskundige Inspectie van Zuidholland verzocht een onderzoek in te stellen. Deze stelde vast dat er de laatste vijf jaar vier klachten over de Dokters Nachtdienst bij de Geneeskundige Inspectie zijn ingediend en vier bij het Medisch Tuchtcollege. De Geneeskundige Inspectie heeft daarop geconcludeerd dat er op dit moment geen signalen bekend zijn, die wijzen op een toenemende structurele tekortkoming in het functioneren van de Haagse Dokters Nachtdienst. "Patiëntenkracht" heeft nog geen officieel antwoord van de staatssecretaris. Uit de conclusie van de Geneeskundige Inspectie blijkt dat de situatie van onderbezetting zal blijven bestaan, als het aan deze instantie ligt. Tenzij er massaal wordt geklaagd.

Wat maakt het nu zo moeilijk om gehoor te krijgen als je je beklagt over een dokter, een ziekenhuis of een andere instantie in de gezondheidszorg? Dat men in de gezondheidszorg weinig kritiek gewend is heeft hier vast mee te maken. Ook kan het ontstaan van de gezondheidszorg uit de armenzorg en de zorg op basis van kerkelijke naastenliefde hier een rol spelen. Je moet blij zijn dat men je überhaupt probeert te helpen. Maar hoe zit het dan met al die ziekenfonds- en particuliere ziektekostenpremies?

Een andere belemmerende factor kan worden gevormd door het geloof dat je "beter ziek" kunt zijn als je je lot volledig kunt toevertrouwen aan een alleswetende en allesbeheersende dokter. Vanuit deze optiek zou het voor de zieken zelfs schadelijk zijn, wanneer er veel fouten in de openbaarheid komen.

Eén ding staat vast: in deze tijd van toegenomen glasnost, ook in de medische wereld, moet het voor patiënten en hun belanghebbenden mogelijk zijn om duidelijkheid te krijgen over hun behandeling. Ook over de fouten die werden gemaakt.

Het medisch handelen is voor veel mensen nog steeds ondoorzichtig, laat staan de wegen die men moet bewandelen om voor een klacht gehoor te krijgen. Zolang de *daadwerkelijk ingediende* klachten het topje lijken te zijn van de ijsberg van *bestaande* klachten, is een instelling als het Klachtenbureau geen overbodige luxe. ••

Bron: Jaarverslag 1986 van het klachtenbureau van de Haagse patiëntenvereniging "Patiëntenkracht".

# Een partijdige functie

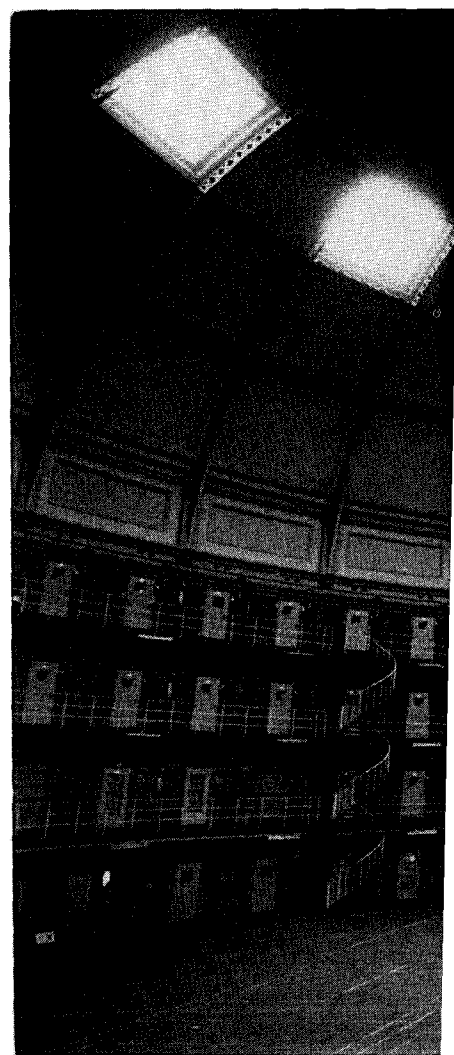


Foto: Piet den Blanken

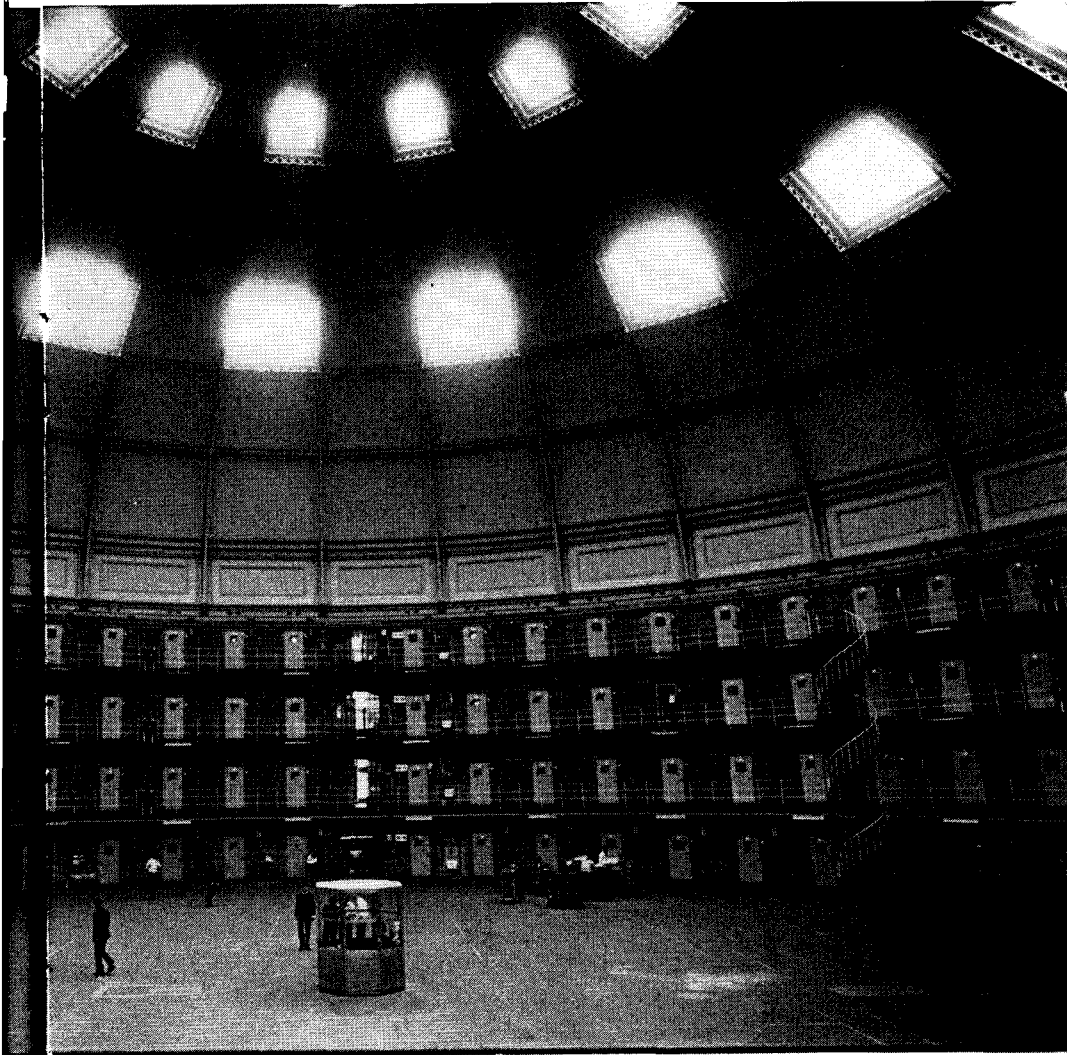
Wanneer je als vertrouwensarts door gevangenen te hulp wordt geroepen kun je in een lastig parket terecht komen. Hoe behartig je bijvoorbeeld de gezondheidsbelangen van iemand die in hongerstaking is gegaan - probeer je hem of haar weer aan het eten te krijgen? Herman van Aalderen zet uiteen dat het voor vertrouwensartsen in dergelijke situaties niet mogelijk is onpartijdig te zijn.

*Herman van Aalderen*

## Vertrouwensarts in de gevangenis

In februari 1978 werden vier Nederlandse artsen na een kort geding toegelaten in de gevangenis voor de behandeling van drie gevangenen uit de Rote Armee Fraktion (RAF), die in hongerstaking waren gegaan als protest tegen hun eenzame opsluiting. De pers noemde deze artsen *vertrouwensartsen*. Het begrip *vertrouwensarts* werd daarvoor al gebruikt voor een aantal andere func-

ties. In de zestiger jaren begon de medicalisering van de maatschappij snee toe te nemen. Vooral de huisarts wen in toenemende mate benaderd voor doktersbriefjes. Het ging om geneeskundige verklaringen voor het verkrijgen van woonruimte, toelating tot sportbeoefening, vrijstelling van d gymnastiek op school en allerlei andere doeleinden, waarbij de maatschappij gedekt wilde zijn door eei



medische verklaring. Huisartsen kwamen daarbij voortdurend in conflict met hun patiënten, wanneer zij dergelijke verklaringen weigerden. De KNMG heeft toen regionaal zgn. afdelingsvertrouwensartsen aangesteld, die deze taak overnamen van de behandelende artsen. Ongeveer acht jaar geleden werd deze functie weer opgeheven, omdat het systeem slecht functioneerde.

In de jaren zeventig kwam het probleem van de kindermishandeling in de belangstelling; kindermishandeling bleek veel vaker voor te komen dan werd aangenomen. Dat hier zo weinig over bekend was, kwam doordat bijna niemand erover durfde te praten met hulpverleners uit de eerste lijn. Er zijn toen vertrouwensartsen aangesteld, die zich specialiseerden in het omgaan met dit probleem en die bovendien verder van de directe leefomgeving van de betrokkenen afstonden.

Het begrip vertrouwensarts wekt daarom nogal een verwarring. Over werk soort vertrouwensarts gaat het? Dit artikel beperkt zich tot de taak en

functie van de vertrouwensartsen, die in *gevangenis* worden toegelaten om de geneeskundige behandeling van gedetineerden op zich te nemen zonder dat zij aan deze gevangenis zijn verbonden.

### Werkklimaat

Zoals gezegd werden in 1978 vier artsen toegelaten bij de drie gevangenen uit de RAF, die in hongerstaking waren. Zij hadden geen vertrouwen in de artsen, die door de overheid waren aangesteld in de inrichting: zij zagen hen als verlengstuk van de overheid, en wensten te worden behandeld door onafhankelijke artsen.

Sinds die tijd is het begrip vertrouwensarts ook voor dit soort artsen ingeburgerd. Het betreft artsen, die hongerstakers in gevangenis begeleiden, of te hulp worden geroepen door gevangenen, die in een streng isolatieregime leven en daarvan psychische en lichamelijke klachten ondervinden. Het begrip

wordt ook gebruikt voor artsen die door familieleden van in gevangenis of politiecellen overleden mensen als deskundigen worden aangetrokken. Deze familieleden hebben geen vertrouwen in het officieel ingestelde onderzoek naar de doodsoorzaak en willen een onafhankelijk onderzoek door de vertrouwensarts.

Het klimaat waarbinnen een vertrouwensarts van gedetineerden opereert, wordt gekenmerkt door *extreme machtsverschillen*. Gedetineerden bevinden zich uiteraard onvrijwillig in een gevangenis en zijn onderworpen aan een regime, dat sterk ingrijpt in vrijwel alle privé gebieden van het bestaan. Daarbij komt, dat een vertrouwensarts doorgaans te hulp wordt geroepen als er tussen gedetineerden en de overheid een openlijke conflictsituatie is ontstaan. In een dergelijke situatie heeft de gedetineerde geen vertrouwen meer in de overheid en daarom ook niet in de arts die door de overheid is aangesteld als behandelend arts van de inrichting.

Dit gebrek aan vertrouwen is niet geheel ten onrechte. Een arts die door de overheid in een gevangenis wordt aangesteld heeft namelijk een dubbele opdracht. Naast de medische behandeling van de gedetineerden heeft de gevangenisarts ook als taak om te waken over het (sociaal) medische klimaat van de inrichting en deze laatste taak moet hij in nauw overleg met de staf van de inrichting vervullen. De op het individu gerichte taak van de arts komt nogal eens in conflict met deze sociaal-geneeskundige taak. Zo'n conflict kan zich bijvoorbeeld voordoen bij gedetineerden, die licht psychotisch worden en tengevolge daarvan onrustig zijn. Het belang van de gedetineerde kan in zo'n geval zijn om in de gevangenis te worden behandeld. Het belang van de inrichting kan zijn, dat de gevangene zo snel mogelijk wordt afgevoerd naar een psychiatrische inrichting. De rust keert dan weer en de kans dat het onrustige gedrag van de patiënt overslaat op andere gedetineerden is geweken. Al jaren is er van tijd tot tijd overleg tussen de KNMG en het Ministerie van Justitie om aan deze ongewenste situatie een einde te maken, maar tot nu toe is daar nog geen bevredigende oplossing voor gevonden.

Hoewel een vertrouwensarts zich niet in dezelfde afhankelijkheid bevindt als de gevangenisarts, is zijn medische onafhankelijkheid toch niet onbegrensd. In de eerste plaats is het nog maar de vraag of hij wordt toegelaten. Het invoeren van een vertrouwensarts is geen recht, maar een



gunst. In het verleden zijn er enige kortgedingen gevoerd over het toelaten van vertrouwensartsen, waarbij het soms wel en dan weer niet werd toegestaan.

In de tweede plaats wordt aan de vertrouwensarts de eis gesteld, dat hij de gedetineerde behandelt in overleg met de gevangenisarts. Dat betekent, dat het verrichten van laboratorium-onderzoeken, het voorschrijven van medicijnen en vooral het voorschrijven van leefregels (dieet, sportbeoefening e.d.) slechts via de gevangenisarts kan plaatsvinden. Dit kan aanleiding geven tot problemen, wanneer enerzijds de gedetineerde erop staat, dat de gevangenisarts zo weinig mogelijk wordt ingelicht over zijn gezondheidstoestand en de gevangenisarts anderzijds niet bereid is om aanbevolen behandelingen over te nemen zonder uitvoerige informatie over de toestand van de gedetineerde.

### Openbare discussie

Zoals iedere behandelende arts heeft ook de vertrouwensarts als eerste taak om de gedetineerde te onderzoeken, te adviseren en zo nodig te behandelen. Een vertrouwensarts kan daarbij echter voor ingewikkelde problemen komen te staan. De gezondheid van de gedetineerde wordt vaak sterk beïnvloed door de omstandigheden, waarin hij zich bevindt (bijv. een streng isolatieregime). En juist deze situatie lijkt op het eerste gezicht onveranderlijk. Daar komt nog bij dat een vertrouwensarts er vaak pas bij geroepen wordt, als de gedetineerde in hongerstaking is gegaan. In dat geval gebruikt de cliënt juist de *gezondheidstoestand zelf* als een (laatste) strijdmiddel in het conflict met de overheid.

Voor de vertrouwensarts wordt het dan moeilijk om zich te beperken tot medische adviezen. Natuurlijk zal hij uitvoerig aan zijn cliënt moeten uitleggen welke risico's er verbonden zijn aan zijn gedrag. Hij zal met hem moeten afwegen of het middel, dat hij in de strijd gooit en de risico's die hij daarbij loopt in verhouding staan met het doel dat hij wil bereiken. Beperkt hij zich echter tot deze taak dan wordt hij - ongewild - een verlengstuk van de overheid. Hoe slechter het met de gezondheid van de cliënt gaat, hoe meer hij geneigd zal zijn om de cliënt over te halen zijn strijd op te geven terwille van zijn gezondheid. Hij legt zich dan neer bij de onveranderlijkheid van de situatie zelf.

Als een vertrouwensarts wil opkomen voor het belang van zijn cliënt dan ontkomt hij er naar mijn oordeel niet aan om zelf ook bij de overheid af te tasten in hoeverre deze bereid is om

tegemeet te komen aan de eisen van zijn cliënt. Doorgaans is dat geen eenvoudige taak, omdat de vertrouwensarts pas ter tonele verschijnt als het conflict reeds hoog is opgelopen. Beide partijen hebben zich dan meestal diep ingegraven in hun tegenstelde standpunten. Bovendien bevindt de overheid zich bij een dergelijke patstelling in de sterkste positie. Dat maakt de bereidheid om naar een compromis te zoeken niet groter. Een van de weinige mogelijkheden om de vastgelopen situatie te doorbreken is het op gang brengen van een *openbare discussie* over de situatie en over het conflict dat daaraan ten grondslag ligt.

De vertrouwensartsen van de hongerstakingende gevangenen uit de RAF werden in 1978 geconfronteerd met een dergelijke patstelling. Ze hadden geconstateerd dat de detentie situatie van de gevangenen inderdaad schadelijk was voor hun gezondheid. Het was hun duidelijk geworden, dat hun hongerstakingende cliënten bereid waren om bij hun strijd tot het uiterste te gaan. Hun interne pogingen om de overheid er toe te bewegen aan de (medisch gezien terechte) eisen van de gevangenen tegemoet te komen, hadden geen enkel resultaat gehad. De vertrouwensartsen hebben zich toen samen met de advocaten actief ingezet om een openbare discussie op gang te brengen. Onder invloed daarvan zijn de wederzijds vastzittende standpunten gaan schuiven en tenslotte werd er een compromis bereikt. De overheid kwam terug op haar extreme standpunt betreffende de veiligheidseisen en stond in beperkte mate bezoek van buiten toe. Bovendien mochten de gevangenen beperkt onderling contact hebben en werd hen enige sportbeoefening toegestaan. De gevangenen uit de RAF lieten hun eis om dagelijks gedrieën onbewaakt onderling contact te hebben vallen en gingen accoord met het bereikte compromis.

### Partij in een conflict

Het valt niet te ontkennen, dat een vertrouwensarts met een dergelijke handelwijze partij wordt in een conflict. Destijds zijn daarover de discussies hoog opgelaaid. Een jaar geleden was dit weer het geval. In een Amsterdamse politiecel was Hans Kok overleden. De familieleden hadden de arts Schumacher aangetrokken als vertrouwensarts om een onderzoek in te stellen. Ook hij trad - in een vastzittende situatie - met een aantal relevante gegevens in de openbaarheid. In beide gevallen werd de vertrouwensartsen verweten dat zij het vertrouwen in de medische stand

schaadden en dat zij de medische ethiek met voeten traden.

Naar mijn mening zijn deze verwijten onterecht en ook onjuist. Een vertrouwensarts heeft - zoals iedere arts - een zwaargewicht. Deze plicht tot zwijgen geldt echter uitsluitend tegenover de eigen cliënt. Wanneer deze hem van de zwaargewicht ontslaat, kan hem nooit medisch-ethisch onjuist handelen worden verweten. Bovendien is het onterecht om vol te houden, dat medisch handelen zich onafhankelijk van een maatschappelijk conflict dient af te spelen. Dit is in zijn algemeenheid al een onjuiste stelling, maar des te sterker bij conflictsituaties van gedetineerden. Opkomen voor de (maatschappelijke) belangen van de patiënt kan nooit het

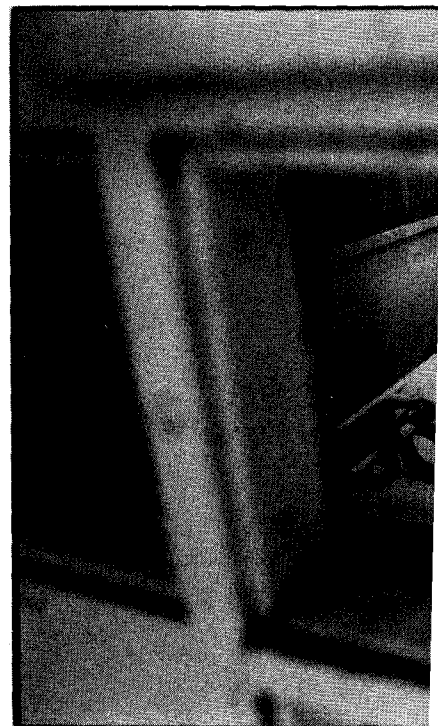


Foto: Piet den Blanken

aanzien van de medische stand schaadden. Men kan het natuurlijk oneens zijn met de keuze die een vertrouwensarts maakt, maar men kan hem nooit verwijten hiermee het aanzien van de medische stand te schaden. Eerder het tegendeel is het geval. Degene die dit argument in de discussie naar voren brachten hebben dit ook nooit inhoudelijk gestaafd.

Vertrouwensartsen van gedetineerden hebben altijd te maken met cliënten die maatschappelijk gezien in de zwakste positie zitten. Geë partij kiezen betekent dat men doorgaans ongewild en onbewust een verlengstuk wordt van de sterkste partij. Het betekent namelijk, dat de situatie als zodanig accepteert.

je bereid bent om binnen die situatie je taak te beperken tot het oplappen van de cliënt. Daarmee draag je als vertrouwensarts bij aan de aanpassing van de cliënt aan een ongezonde situatie.

Iemand die vertrouwensarts van gedetineerden wordt, wordt tegelijk partij in een conflict. Zoals gezegd; kiest hij niet dan wordt hij een verlengstuk van de overheid, kiest hij wel dan bemoeit hij zich namens zijn cliënt met het conflict.

Dit betekent uiteraard niet, dat de vertrouwensarts dus aan de leiband van zijn cliënt moet lopen. Hij behoudt zijn eigen verantwoordelijkheid. Zeker bij politieke gevangenen is het van groot belang zich dat te rea-

vraag was dan al voldoende om de vertrouwensarts als een verdacht persoon te beschouwen.

## Recht

Ook in de toekomst zullen zich conflicten blijven voordoen tussen gedetineerden en overheid. Eén bron van dergelijke conflicten is vaak, dat orde, rust en veiligheid van de inrichting zó voorop staan dat de overheid hieraan prioriteit geeft ten koste van de gezondheid van gedetineerden. Daarom zouden gedetineerden naast het recht op bijstand door een onafhankelijke advocaat ook het recht op bijstand door een onafhankelijke arts moeten krijgen. Het zou goed zijn als de discussie hierover weer op gang zou komen.♦♦



liseren. Bij politieke gevangenen is het gevaar groot, dat men niet alleen betrokken wordt in het conflict, maar ook nog in de ideologische strijd van de cliënt. Dit gevaar bedriegt de vertrouwensarts niet alleen van de zijde van de cliënt, maar ook van de tegenpartij en de buitenwereld. Die hebben de neiging om er bij voorbaat van uit te gaan, dat als een vertrouwensarts in de bres springt voor een politieke gevangene, hij ook de ideologie van deze gevangene zal delen. Bij de begeleiding van de gevangenen uit de RAF werd destijds aan de vertrouwensartsen herhaaldelijk gevraagd of zij vóór of tegen de ideeën van de RAF waren. Het principieel niet willen beantwoorden van deze

# Wie wast mij vandaag?

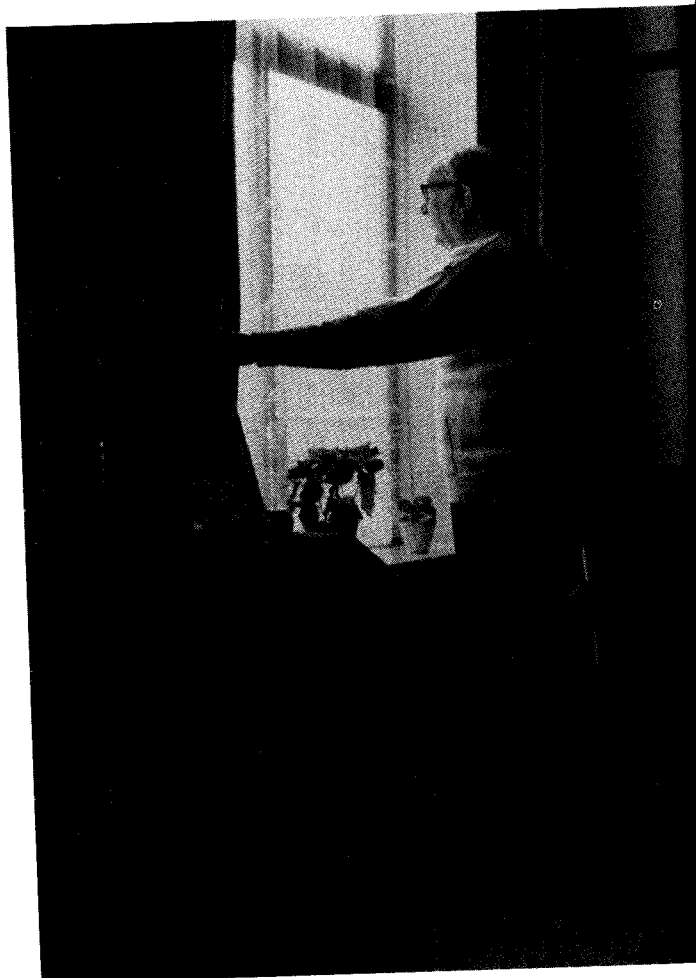


Foto: Lydia v.d. Meer

De mensen worden ouder en de verzorgingshuizen worden gesloten. De ziekenhuizen ontslaan de patiënten eerder en op de gezinszorg wordt bezuinigd. Nu de thuiszorg meer belang krijgt is het niet vreemd dat de wijkverpleegkundige steeds vaker genoemd wordt als centrale figuur in de eerste lijn. Dat stelt hoge eisen aan de begeleidende en coördinerende taak van die wijkverpleegkundige en aan de organisatie in de basisteams.

Tegelijkertijd bestaat er een grote voorkeur van wijkverpleegkundigen voor deeltijdarbeid. Diana Vos las een onderzoeksverslag over dit onderwerp en signaleert een aantal tegenstellingen en problemen. Er moet binnen de kruisorganisaties nog wel het één en ander besproken worden voordat de wijkverpleegkundige aan de hooggespannen verwachtingen zal kunnen voldoen.

*Diana Vos*, wijkverpleegkundige

heid te lezen. Helaas waren de conclusies weinig opzienbarend en werden mijn vragen rond het onderwerp deeltijdarbeid niet beantwoord maar eerder nog eens extra benadrukt. Met het onderzoeksrapport als uitgangspunt wil ik mijn kanttekeningen zetten bij het verschijnsel deeltijdarbeid. Wanneer gekozen wordt voor meer deeltijdarbeid, zijn een aantal belangrijke inhoudelijke en organisatorische aanpassingen noodzakelijk. Zolang de kruisorganisatie hier niet adequaat op inspeelt ben ik bang dat deze ontwikkeling de kwaliteit van de wijkverpleging niet ten goede komt.

### All-round of specifiek werken

Deeltijdarbeid komt veel voor bij de wijkverpleging, zo blijkt uit het onderzoek. De werknemers geven duidelijk aan behoefte te hebben aan méér mogelijkheden om in deeltijd te werken. Dat is voor een typisch vrouwenberoep niet zo verwonderlijk. De werkgevers zijn minder enthousiast over de ontwikkeling. Men heeft problemen met een stijging van de kosten bij toename van deeltijdarbeid (werving, selectie, arbeidsvoorwaarden, introductie- en opleidingsactiviteiten). De tegenstelling tussen de wensen van directies en wijkverpleegkundigen blijkt duidelijk uit de situatie in Oost-Groningen: de kruisorganisatie vraagt uitsluitend full-time krachten, vacatures worden niet of nauwelijks opgevuld... Toch blijkt uit het onderzoek dat de bestaande norm voor deeltijdarbeid door zowel werkgevers als werknemers wordt onderschreven.

Deeltijdarbeid brengt met zich mee dat er iets moet veranderen aan het takenpakket van de wijkverpleegkundige. Dit takenpakket beslaat een groot gebied. Naast de verpleegkundige zorg rond het ziekbed, de zgn. curatieve en begeleidende taken, zijn er de preventieve taken, die zich met name op de jeugdgezondheidszorg richten. In principe voert de wijkverpleegkundige al deze taken uit, ze werkt *all-round*.

## Wijkverpleegkundigen en deeltijdarbeid

Het NIVEL<sup>1</sup> heeft in samenwerking met het IVA<sup>2</sup> een onderzoek uitgevoerd naar de omvang van het verschijnsel deeltijdarbeid bij wijkverpleegkundigen. Op grond hiervan moeten consequenties getrokken worden voor de werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen en het beleid van hun werkgever, de kruisorganisatie. Het ministerie van WVC gaf opdracht tot het onderzoek.

Sinds 1980 wordt de financiering van het kruiswerk geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In deze wet is omschreven aan welke voorwaarden een kruisorganisatie moet voldoen om voor financiering in aanmerking te komen. Wat deeltijdarbeid betreft wordt de norm gehanteerd dat per basiseenheid minimaal tweederde van de wijkverpleegkundigen en de helft van de wijkziekenverzorgenden een volledig of nagenoeg volledig (32 uur) dienstverband hebben. Het minimale dienstverband is vastgesteld op 20 uur per week.

De vraagstelling van het onderzoek was of deze norm een rem is op het aantal potentiële deeltijdbanen en of deze regeling van deeltijdarbeid er inderdaad voor zorgt dat de kwaliteit en de continuïteit van het kruiswerk gewaarborgd is.

Zelf werk ik in een basiseenheid met een groot aantal parttimers, dus begon ik het onderzoek met nieuwsgierig-

Deeltijdarbeid maakt horizontale dan wel verticale splitsing van functies noodzakelijk. Bij een horizontale splitsing wordt de functie in twee all-round banen opgesplitst. Bij een verticale splitsing worden de verschillende taken over twee wijkverpleegkundigen verdeeld: de één doet de jeugdgezondheidszorg, de ander de curatieve zorg. Dit heet *specifiek* werken.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zowel de directies als de wijkverpleegkundigen sterk de voorkeur geven aan all-round werken. Ook bij deeltijdarbeid gaat de persoonlijke voorkeur van de wijkverpleegkundige sterk uit naar all-round werken. Dan komt er in het onderzoek een opmerkelijke tegenstrijdigheid aan het licht. Men is namelijk wél van mening dat specifiek werken gunstiger is voor een goede organisatie van de basiseenheid (bereikbaarheid, overlegmogelijkheid, overdracht, etc.). Hier is een interessant verschil aanwijsbaar tussen het individuele en het collectieve belang.

In de praktijk is het zonneklaar dat er problemen ontstaan over de organisatie van het werk wanneer er méér mensen verantwoordelijk zijn voor hetzelfde takenpakket. Spreekuren worden door steeds wisselende wijkverpleegkundigen verzorgd, er zijn méér overdrachtsmomenten. Een wekelijks overleg betekent eindeloos zoeken naar een



tijdstip waarop iedereen aanwezig kan zijn. Persoonlijk ken ik het probleem van de invulling van overheadtaken goed: het begeleiden van stagiaires, de bijscholing en het gestructureerde overleg krijgen onvoldoende aandacht of vinden plaats in eigen tijd. Het onderzoek levert dan ook op dat leidinggevende wijkverpleegkundigen pessimistischer zijn over deeltijdarbeid dan de deeltijdwerkers zelf.

## Kwaliteit en continuïteit

De vraagstelling of de vastgestelde norm voor deeltijdarbeid een goede bewaking van kwaliteit en continuïteit garandeert, is uiterst boeiend. Helaas levert het onderzoek tegenstrijdige antwoorden op. Allereerst blijkt dat er veel klachten zijn van patiënten over een grote wisseling van wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen zelf stellen vast dat de directe patiëntenzorg niet door deeltijdarbeid wordt geschaad. Wel onderkent men dat het vroegtijdig herkennen van problemen en de begeleiding van de patiënt onvoldoende tot zijn recht komt... Desondanks is de conclusie van het onderzoek dat de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening niet wordt aangetast!

De kwaliteit van de zorgverlening mag niet achteruit gaan en de patiënt mag niet de dupe worden van deeltijdarbeid. Bij de discussie over deeltijd is de patiënt voor mij niet zó heilig dat hij of zij niets mag merken van deze ontwikkeling. Maar die patiënt wordt al dagelijks geconfronteerd met wisselende verpleegkundigen door scholing, vergaderingen, ATV etc. Er is al te weinig continuïteit in personen. De eigen verantwoordelijkheid voor een goede zorgverlening is voor wijkverpleegkundigen dan in het geding.

Het is onthutsend dat er in het onderzoek geen enkel kritisch geluid met betrekking tot kwaliteit en continuïteit te ontdekken valt. Daarmee kom ik op de grote zwakte van dit onderzoek en de kern van het probleem in het kruiswerk. Er is namelijk bij de wijkverpleging nog nauwelijks sprake van enige kwaliteitstoetsing. Als er geen duidelijke kwaliteitscriteria zijn waaraan de zorgverlening moet voldoen dan zijn de effecten van deeltijdarbeid op die zorgverlening ook moeilijk meetbaar. Ik weet dat de kwaliteitstoetsing in de wijkverpleging een gevoelig onderwerp is maar vind het toch bedroevend dat er zowel op beleidsniveau als op uitvoerend niveau nauwelijks over wordt gediscussieerd.

En dit terwijl er toch duidelijk kwaliteitseisen vast te stellen zijn. Zo moet volgens mij één wijkverpleegkundige verantwoordelijk zijn voor een patiënt; daarom zal zij vrijwel dagelijks bereikbaar moeten zijn, ook voor contacten met andere hulpverleners. Ook voor de jeugdgezondheidszorg geldt dat continuïteit een waarborg is voor vroegtijdige onderkenning, begeleidende en preventieve taken op het consultatiebureau. Daarbij komt dat het voor een wijkverpleegkundige ondoenlijk is om met een deeltijdbaan deskundig te blijven op alle fronten en alle gestructureerde overlegvormen te bezoeken. De consequentie van deeltijdarbeid moet zijn dat het all-round werken wordt losgelaten.

## Keuzes

Ik vind het een goede ontwikkeling dat deeltijdarbeid ook binnen de wijkverpleging mogelijk wordt. Maar er voltrekken zich ook andere veranderingen binnen de eerste lijn. Er komen méér bejaarden, die zo lang mogelijk thuis moeten blijven. Er vindt een verschuiving van zorg plaats van de tweede naar de eerste lijn. De intensieve thuiszorg, nu nog in een experimenteel stadium, krijgt gestalte. Deze veranderingen stellen hoge eisen aan de begeleidende en coördinerende taken van de wijkverpleegkundige. Willen beide ontwikkelingen een goede kans krijgen, dan moeten

er keuzes gemaakt worden. Mijn voorkeur gaat daarbij uit naar een specialisatie in jeugd- of volwassenenzorg.

In het onderzoek wordt over dergelijke keuzes niet geïmagineerd. Daarmee wordt mijn bange vermoeden bevestigd dat het kruiswerk niet adequaat inspeelt op veranderingen in de gezondheidszorg en op maatschappelijke ontwikkelingen.♦♦

Bron: Deeltijd in de wijkverpleging, NIVEL, Utrecht 1987.

### Noten

- 1) Nederlands instituut voor onderzoek van eerstelijns gezondheidszorg.
- 2) Instituut voor sociaal wetenschappelijk onderzoek..

# Techniek en patiëntenzorg

Al eerder werd in TGP aandacht besteed aan het probleem van de budgettering van ziekenhuizen. De conclusie luidde dat de strijd tussen de verpleegkundigen, die meer formatieplaatsen willen, en de medisch specialisten, die apparatuur nodig hebben, een ongelijke is. De budgettering komt uiteraard weer aan de orde als het gaat om de invoering van nieuwe technologieën in de ziekenhuizen. De vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen deed een exploratief onderzoek naar de invloed van nieuwe technologieën op de inhoud van het verpleegkundig werk in algemene ziekenhuizen. Het onderzoek is verricht in opdracht van de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions te Dublin.

De resultaten van het onderzoek geven een verontrustend beeld van de invloed van technologie op het werk van de verpleegkundige. Als de ontwikkelingen ongecontroleerd doorgaan lijkt het beroep van verpleegkundige met uitsterven bedreigd.

*Theo Meijman, , Adri de Vries-Griever, , Carla van Ekeren, , Vakgroep Psychologie, sectie Functieleer en Arbeidspsychologie, Rijksuniversiteit Groningen.*

*Sonja Schmidt, Vakgroep Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam.*

In dit artikel gaat het over effecten van de introductie en het gebruik van nieuwe medische technologieën op het werk van verpleegkundigen, werkzaam in ziekenhuizen. Voordat de resultaten van het onderzoek beschreven worden moet aan de orde komen wat in dit verband verstaan wordt onder nieuwe medische technologieën.

*Medische technologie* is: het geheel van geneesmiddelen, apparatuur voor diagnostiek, behandeling en bewaking en de medische procedures van diagnose en behandeling.

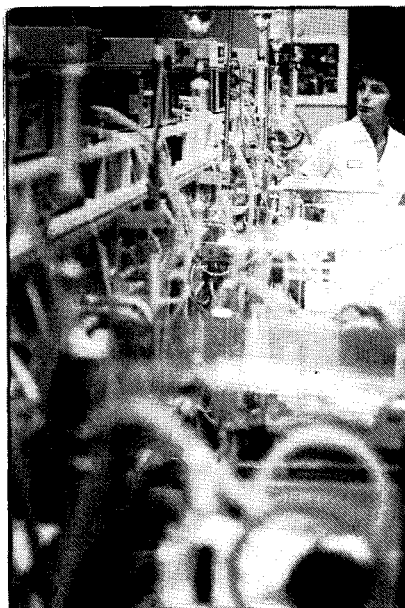
Onder *nieuwe* medische technologie wordt verstaan de ontwikkeling die vanaf het midden van de zeventiger jaren manifest is geworden en die zich tot op de dag van vandaag doorzet. De belangrijkste kenmerken hiervan zijn: de toepassing van nieuwe medische technieken, medicaties, diagnostiek en behandelingsmethoden, gebaseerd op geavanceerde natuurwetenschappelijke en biotechnische inzichten en technieken; dit gekoppeld aan de toepassing van micro-electronica in de sturing van apparatuur en procedures voor diagnostisering, behandeling, medicatie en bewaking, en voor de administratie daarvan.

Er komt steeds meer toepassing van industriële methoden in de bedrijfsvoering en de organisatie van de gezondheidszorg. Belangrijke aspecten van deze ontwikkeling zijn de rationalisatie van de behandeling en de zorgverlening, en de beheersing van de kosten. Deze bedrijfsvoering is mogelijk geworden door de introductie van de bovengenoemde technologie. Tegelijkertijd echter -stimuleert de veranderde bedrijfsvoering de verdere invoering van nieuwe medische technologie.

De geschetste ontwikkelingen brengen een ingrijpend proces van verandering in de gezondheidszorg teweeg, al is de aard en de omvang ervan nog niet volledig te overzien. Het betreft in eerste instantie veranderingen van de inhoud van de zorg zelf, onder meer tot uitdrukking komend

De dreigende uitholling van het verpleegkundig beroep

Foto: Harrie Timmermans



in andere vormen van medisch en niet-medisch handelen. Dit leidt op zijn beurt tot wijzigingen in de aard van het patiëntenaanbod. In samenhang hiermee ontstaat de behoefte aan andere vormen van behandeling en zorgverlening dan in het verleden. Behalve politieke, sociale, juridische en ethische implicaties heeft dit proces ook z'n weerslag op de beroepsinhoud en de arbeidsomstandigheden. Daarmee is het van belang voor de arbeidsbeleving en de arbeidsbelasting en de effecten daarvan op het welzijn en de gezondheid van de mensen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Inzicht in deze gevolgen is van groot belang om tot een optimale inpassing en toepassing van nieuwe medische technologieën in de gezondheidszorg te kunnen komen.

Verzorgende arbeid, zoals die van de verpleegkundige, onderscheidt zich wezenlijk van andere vormen van beroepsarbeid. Er bestaat tegelijkertijd een functionele (instrumenteel-technische) en een emotionele relatie tussen hulpverlener en patiënt. Het is de vraag of verzorgende arbeid gerationaliseerd kan worden volgens de principes, die aan de organisatie van de moderne goederen- en (zakelijke) diensten-producerende beroepsarbeid ten grondslag liggen.

### Het onderzoek

Aan het onderzoek is meegewerkt door 163 verpleegkundigen, verdeeld over twee ziekenhuizen. Het ene ziekenhuis is een grote instelling, met functies op het terrein van onderwijs en onderzoek. Het andere ziekenhuis is een kleiner algemeen ziekenhuis. Uit de twee ziekenhuizen worden elk drie afdelingen met elkaar vergeleken, die van elkaar verschillen in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van medisch technische apparatuur en instrumentatie. Het betreft enerzijds een Intensive Care Unit Chirurgie en een Cardiac Care Unit, en anderzijds de verpleeg afdelingen Chirurgie, Kinderchirurgie, Neurologie en Interne Ziekten. Aan de verpleegkundigen is een vragenlijst afgenomen met betrekking tot de functie-inhoud en de functie-uitoefening. Er zijn tevens observaties verricht op de afdelingen en gesprekken gevoerd met plaatselijke deskundigen en landelijke organisaties op het terrein van de gezondheidszorg.

De hoofdconclusie van het onderzoek is, dat de introductie en de toepassing van nieuwe medische technologieën een *fragmentatie* van de patiëntenzorg met zich brengt. Daarbij dreigt het zorg-aspect van het verpleegkundig handelen ondergeschikt te raken aan de verpleegtechnische aspecten. In het volgende zullen een

aantal meer specifieke resultaten uit het onderzoek besproken worden.

### Toename hoeveelheid werkzaamheden

Bij invoering van nieuwe technologieën bestaat in het algemeen de idee dat er efficiënter gewerkt kan worden zodat een *besparing* van arbeidstijd mogelijk is. Uit het onderzoek komt echter naar voren dat invoering van nieuwe technologieën in de patiëntenzorg inhoudt dat er meer diagnose- en behandelingsmethoden ter beschikking komen, die bovendien een grote hoeveelheid aan te administreren gegevens opleveren. Dit houdt dus juist een *uitbreiding* van werkzaamheden in. Vanwege de schaalvergroting in het ziekenhuiswezen en de eis tot een efficiënte bedrijfsvoering, worden de nieuwe medische technologieën geconcentreerd op bepaalde afdelingen. Op deze hoog-geïnstrumenteerde afdelingen moeten de verpleegkundigen naast de gebruikelijke verpleegkundige zorg vele technische werkzaamheden verrichten. Hieronder valt onder meer de bediening en bewaking van apparatuur (monitoren); de waarneming, interpretatie en registratie van gegevens; en andere apparatuur-gebonden handelingen zoals het verrichten van cardiac-output metingen, ECG's, het instellen en aansluiten van infuuspompen en beademingsmachines enz. Tegenover de toename van de totale hoeveelheid werkzaamheden staat echter een gelijkblijvend aantal verpleegkundigen, of soms zelfs een afname van de personeelssterkte.

Hoe gaan de verpleegkundigen met die toename in werkzaamheden om? Men stelt prioriteiten in de verschillende soorten verpleegkundige werkzaamheden, om toch een optimale zorg te kunnen bieden. *Verpleegtechnische werkzaamheden* hebben doorgaans de hoogste prioriteit, omdat apparatuur-gebonden werkzaamheden een afdwingend karakter hebben door enerzijds de diagnostische en functie-bewakende aard en anderzijds door de therapeutische en functie-ondersteunende aard van de apparatuur. Vervolgens wordt *fysieke basiszorg* gegeven en *huishoudelijk werk* uitgevoerd. Patiënten moeten nu eenmaal gewassen, verschoond en gevoed worden. Tenslotte blijft op hoog-geïnstrumenteerde afdelingen de minste tijd beschikbaar voor *psycho-sociale zorg* en vooral voor *organisatie- en coördinatie werkzaamheden*. Aan deze laatste soorten werkzaamheden bestaat echter - juist onder invloed van de toepassing van technologieën - een grote behoefte.

### Behoeft aan zorg en coördinatie

Door gebruik van nieuwe medische technologieën ontstaan nieuwe en complexe behandelingsmogelijkheden waarbij actief ingegrepen kan worden in de toestand van de patiënt. Naarmate patiënten meer aangesloten zijn op apparaten, wordt hun *imobiliteit* groter en staan zij meer aan infectie bloot. Bovendien worden patiënten door hun grote *afhankelijkheid* angstig en onzeker over hun behandelings- en genezingsmogelijkheden. Daardoor ontstaat juist bij hoog-geïnstrumenteerde afdeling een grotere noodzaak van het geven van fysieke basiszorg en psycho-sociale zorg.

Door de grote diversiteit en complexiteit van ziektebeelden en behandelingsmogelijkheden wordt ook de noodzaak van *coördinatie* steeds groter. Er is meer ervaring nodig om inzicht te krijgen in alles wat er met de patiënt aan de hand is en hoe de gang van zaken op de afdeling is. Er is meer tijd nodig voor het inwerken van leerlingen en het geven van onderwijs. Ook is er meer overleg noodzakelijk, overleg onderling, met artsen en met andere disciplines.

### Zuigkracht

Het bezuinigingsbeleid van de overheid richt zich vooral op de collectieve sector, zodat ook de ziekenhuizen gekort worden op hun financiële middelen. De budgettering wordt daarbij als sturingsmechanisme gebruikt. Het gevolg is dat ziekenhuizen in toenemende mate in een onderlinge concurrentiestrijd verwickeld raken. Eenmaal in die situatie geplaatst, zijn ziekenhuisdirecties genoodzaakt prioriteit te verlenen aan die "producties" welke bepalend worden geacht voor de omzet en de aantrekkingskracht van de instelling: medische verrichtingen en (top)klinische functies.

Binnen de ziekenhuisorganisaties is het uitgangspunt van de budgettering, dat de totale opbrengsten van verpleegdagen e.d. in een bepaald jaar dekking moeten geven voor de kosten in dat jaar. Met name voor middelgrote en kleine ziekenhuizen betekent dit dat er sprake is van een betrekkelijk vast liggend budget. De financiering van nieuwe, geavanceerde, en dus vrij kostbare apparatuur valt in het algemeen onder het totale ziekenhuis budget.

Dit heeft twee belangrijke consequenties. Ten eerste gaat er relatief veel geld naar hoog-geïnstrumenteerde afdelingen. Niet alleen voor de aanschaf van nieuwe apparatuur, maar ook voor het daarvoor beno-

digde gespecialiseerde personeel. Ook oefenen hoog-geïnstrumenteerde afdelingen een zuigkracht uit op andere afdelingen wat betreft het aantal gespecialiseerde artsen. Deze afdelingen zijn dus duur, en onttrekken financiële middelen aan lager geïnstrumenteerde afdelingen.

Ten tweede betekent dit, dat er vrijwel geen mogelijkheden meer zijn om personeelsuitbreiding te financieren. Dit wordt noodzakelijk omdat de invoering van nieuwe technologieën een toename van werkzaamheden veroorzaakt. De ziekenhuisorganisatie probeert dit op te vangen door personeel van andere afdelingen weg te halen en door intensivering van het

dat op de lager geïnstrumenteerde afdelingen. Op hoog geïnstrumenteerde afdelingen wordt het werk gespecialiseerder en treedt fragmentatie en daardoor uitholling van het beroep op. Fysieke basiszorg en huishoudelijk werk wordt toegewezen aan leerlingen, cursisten, verpleeghulpen en nood- of uitzendkrachten. Psychosociale zorg wordt overgenomen door andere professies, zoals psychologen en maatschappelijk werkers, en door patiëntenverenigingen.

Op lager geïnstrumenteerde afdelingen is eveneens sprake van uitholling en fragmentatie van het beroep. Het aandeel fysieke basiszorg en eenvoudige verpleegtechnische werk-

tie-inhoud zoals die door hen wordt gewenst. De verpleegkundigen zelf - zowel van hoog- als van lager geïnstrumenteerde afdelingen - blijken een veel meer geïntegreerde verpleegfunctie te prefereren, waarbij vooral meer ruimte moet zijn voor psychosociale zorg, voor coördinatie en organisatorische werkzaamheden.

De manier waarop in de verpleegkundige professie *carrière* gemaakt kan worden, sluit echter aan bij de tendens tot fragmentatie van het beroep. De carrière-mogelijkheden voor verpleegkundigen blijken in hoge mate gekoppeld te zijn aan de sterk technisch georiënteerde specialistische opleidingen voor hoog-geïnstrumenteerde afdelingen.

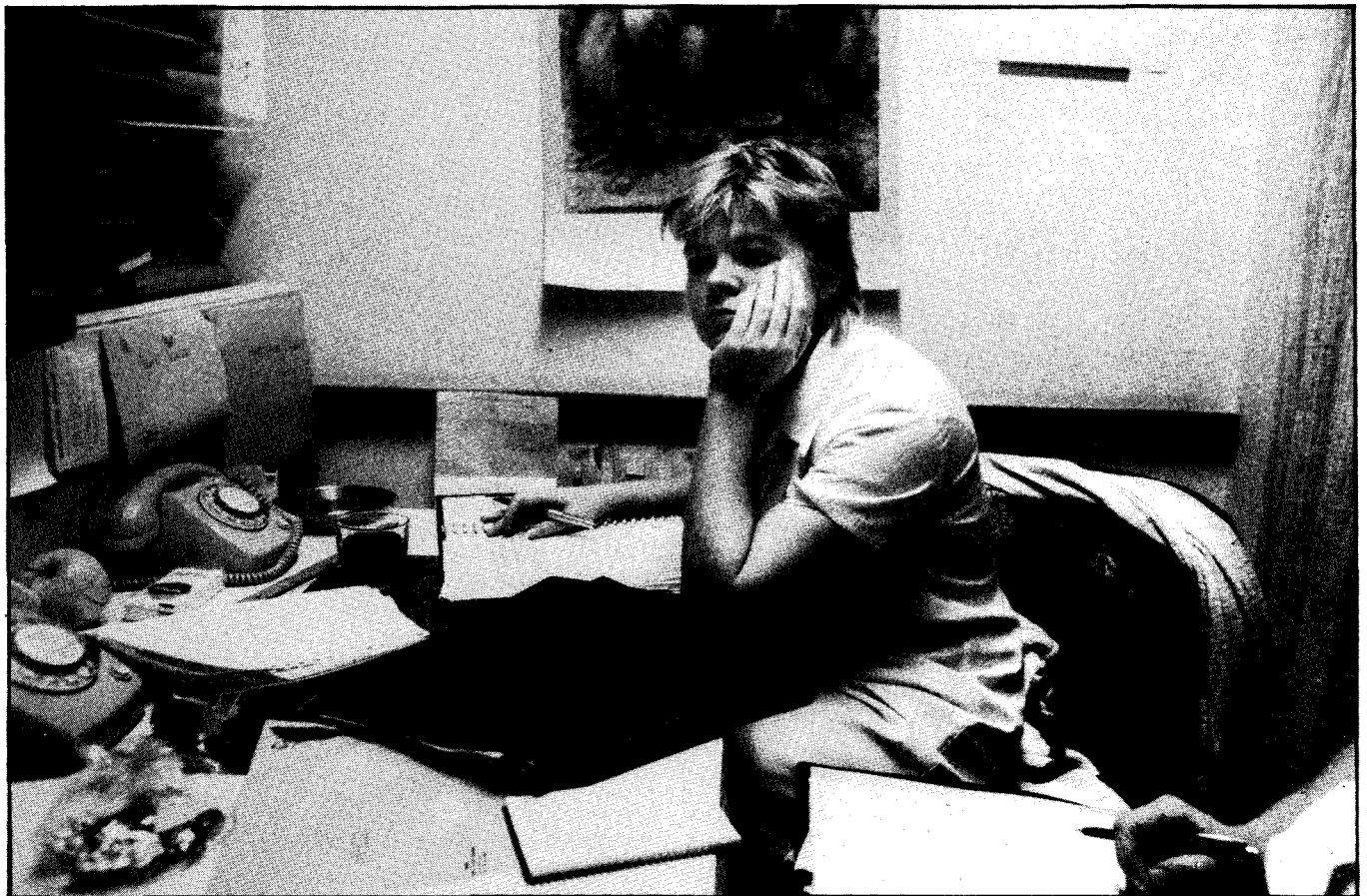


Foto: Paul Babeliowsky

werk. Dit laatste houdt in dat zowel verpleegkundigen van hoog- als van lager geïnstrumenteerde afdelingen worden belast. Vooral bij een relatief kleine personeelsbezetting veroorzaakt de werklast ook stress-reacties, zoals blijkt uit het onderzoek..

### Fragmentatie en uitholling

De tendens tot monopolisering van geld, middelen en personeel op hoog-geïnstrumenteerde afdelingen heeft ook gevolgen ten aanzien van de inhoud van de verpleegkundige functie. Er blijken aanmerkelijke verschillen te bestaan tussen de inhoud van het verpleegkundig werk op de hoog- en

zaamheden wordt groter, terwijl het geven van intensieve zorg daar aan de verpleegkundigen onttrokken wordt. Met een zeker automatisme verhuizen patiënten namelijk naar Intensive Care Units wanneer zij meer intensieve zorg behoeven. Ook wordt op lager geïnstrumenteerde afdelingen het geven van psycho-sociale zorg in toenemende mate overgenomen door anderen.

Tegenover deze gang van zaken in de verpleegkundige praktijk staat, dat er aanmerkelijke verschillen bestaan tussen de functie zoals die door verpleegkundigen in de huidige situatie wordt uitgeoefend, en de func-

teerde afdelingen. Mede daardoor gaat de samenstelling van de beroepsgroep veranderen. Op hoog-geïnstrumenteerde afdelingen is circa 50% van de verpleegkundigen man, tegen minder dan 15% op de lager geïnstrumenteerde afdelingen. Daarnaast zijn de verpleegkundigen op hoog-geïnstrumenteerde afdelingen gemiddeld zo'n vijf jaar ouder.

### Betekenis voor de patiëntenzorg

Uit het onderzoek blijkt dat, door de inzet van de betrokken verpleegkundigen, de nadelige effecten van



een ongecontroleerde invoering van nieuwe technologieën nu nog grotendeels ondervangen kunnen worden. Wanneer de lijn zich echter doorzet en de medische technologieën geconcentreerd blijven op bepaalde afdelingen, terwijl voldoende voorwaarden voor het gebruik van die technologieën ontbreken, valt te verwachten dat de ontwikkeling die zich nu al voordoet op hoog-geïnstrumenteerde afdelingen, zich nog sterker zal institutionaliseren. Daarbij kan gedacht worden aan een verdergaan van de zelfstandiging van hoog-geïnstrumenteerde afdeling in hoog-specialistische ziekenhuizen, zodat enerzijds centra ontstaan voor diagnostiek en behandeling, en anderzijds centra voor verzorging. Bij *behandelcentra* wordt met behulp van geavanceerde technologieën actief technisch ingegrepen om bepaalde symptomen van patiënten te onderzoeken of te behandelen, waarbij de patiënt wordt gereduceerd tot drager van een symptoom.

Bij *verzorgcentra* kan gedacht worden aan categorale verzorg- of herstelhuizen, die te onderscheiden zijn naar de soort van patiënten die er ligt. Daarnaast is er de thuisverzorging, waarbij de huisarts, de wijkverpleegkundige en de mantelzorg een belangrijke rol spelen. Door de monopolisering van kennis en geld op de behandelcentra, kan een relatieve achteruitgang in behandelbaarheid en deskundigheid op de verzorgcentra optreden.

In de toekomstige patiëntenzorg valt dus een verdergaande fragmentatie te verwachten van zowel organisaties als van het verpleegkundig beroep. De totale patiëntenzorg zou dan verdeeld worden over zeer verschillende professies. Een zo ver doorgevoerde fragmentatie van organisaties en functies behoeft een zeer grote mate van coördinatie en organisatie. Het is de vraag of ziekenhuisorganisaties hieraan kunnen voldoen gezien de beperkingen in financiële middelen.

In het beleid ten aanzien van de patiëntenzorg spelen twee maatschappelijke visies een belangrijke rol. Ten eerste de noodzaak om efficiënt te functioneren. Deze efficiëntiegedachte wordt in de ziekenhuisorganisaties omgezet in een beleid van schaalvergroting, fragmentarisering, specialisering en procedurering. Dit efficiëntiebeleid wordt echter grotendeels teniet gedaan door een toenemende bureaucrativering, en door het gebrek aan overzicht, coördinatie en organisatie, vooral in grote ziekenhuiscentra.

Ten tweede is het belangrijk dat patiënten en medewerkers inspraak

moeten hebben in de organisatie, en dat patiënten het recht hebben op zelfbeschikking. De democratiserings- en zelfbeschikkingsgedachte wordt omgezet in het streven naar het emanciperen en activeren van de patiënt. Het uitgangspunt is dat een patiënt iemand zou zijn die alleen een afwijkend symptoom heeft, en overigens volledig actief kan optreden en zijn eigen behandelings- en genezingsproces kan organiseren. Dit uitgangspunt is onjuist: in werkelijkheid is een patiënt iemand die zich in een specifiek proces bevindt: zijn ziekte. De patiënt en zijn omgeving zijn emotioneel bij dat proces betrokken: zij zijn geschokt, angstig en onzeker. Een patiënt is hulp-behoevend op het specifieke gebied van zijn ziekte, maar tevens op het gebied van het organiseren van die hulp. Voor de patiënt, in zijn toestand van fysieke en mentale hulpbehoefendheid en afhankelijkheid is van essentieel belang de aanwezigheid van een specifieke functionaris, die coördinerend, informierend, verzorgend, begeleidend en organiserend kan optreden. En dat zijn nu precies die functie-aspecten die huidige verpleegkundigen kenmerkend en essentieel vinden voor hun beroep. Een beroep dat dreigt te verdwijnen.

### Aanbevelingen

De behoeften en de belangen van verpleegkundigen blijken zeer sterk overeen te komen met die van patiënten. Op grond hiervan kunnen een aantal aanbevelingen ter optimalisering van de patiëntenzorg in ziekenhuizen worden gedaan. Deze aanbevelingen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het betreft het meer betrekken van verpleegkundigen bij de organisatie, de planning en het beleid; en de integratie van taken, functies en afdelingen, waarbij de monopolisering van geld, kennis en techniek bij hoog-geïnstrumenteerde afdelingen doorbroken wordt. Dit alles is alleen mogelijk bij een uitbreiding van het personeelsbestand, waarvoor van overheidswege de materiële middelen ter beschikking zullen moeten worden gesteld.

Het ziekenhuisbeleid moet gericht zijn op verbetering van de voorwaarden waaronder nieuwe technologie optimaal benut kan worden. Wat de verpleegkunde betreft zijn daartoe een aantal strategieën denkbaar. Zo moet er meer samenhang aangebracht worden tussen de los van elkaar staande *behandelingsgerichte* stadia van het verpleegproces. Dit moet vervangen worden door een *patiëntgerichte* organisatie, zodat zowel continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft als de fragmentatie van

het verpleegkundig handelen wordt tegengegaan.

*Medium-care voorzieningen* moeten gestimuleerd worden. Daartoe moet een adequaat opleidingsbeleid voor verpleegkundigen ontwikkeld worden. Dit is niet alleen van belang om de tendens van fragmentatie van het verpleegkundig beroep tegen te gaan. Ook blijkt dat in de onderzochte medium-care afdelingen de minste problemen gevonden worden met betrekking tot het bovengenoemde conflict tussen "wens en feitelijkheid" bij verpleegkundigen. Tenslotte moet de *taakverzwaring* opgevangen worden die onder invloed van de toepassing van nieuwe medische technologieën plaats heeft. De taakverzwaring betreft immers niet alleen de hoog-geïnstrumenteerde afdelingen maar ook, zij het op andere gronden, de laag-geïnstrumenteerde. In het eerste geval gaat het vooral om de uitbreiding van diagnostiek, bewakingsactiviteiten en behandelbaarheden en de daaraan gekoppelde toename van gegevensverwerking en administratie. In het tweede geval betreft het vooral de toename in werkdruk als gevolg van het mechanisme van "drainage van gelden, middelen en menskracht" van laag- naar hoog-geïnstrumenteerde voorzieningen. Dit hangt samen met de bedrijfsmatige exploitatie van ziekenhuizen, maar ook met de prioriteit die geavanceerde technologie krijgt boven de "weinig glamourvolle vanzelfsprekendheid" van de *basiszorg* ..

# BIJ DE RIJKSBEGROTING

Vijftien september 1987: prinsjesdag. Minister Ruding gaat voor de AVRO-televisie "de confrontatie" met "het publiek" aan. Bijstandsmoeders, ouderen, werklozen, gezins- en gezondheidszorg, op alle mogelijke ellende komt een zelfde antwoord: wat we ondanks alle financiële problemen doen is niet niks. Na de jaren '70 is er een boel puin te ruimen en we kunnen een gulden maar één keer uitgeven. U moet begrijpen dat we de ellende wel zien, er hard aan werken. En overigens zou u zelf wel iets meer solidariteit kunnen betonen aan andere bevolkingsgroepen die het ook niet gemakkelijk hebben.

Dan de slotvraag van Ria Breemer: - *"Ik zie uw betrokkenheid, maar is er nou een groep waarbij u zich het meest betrokken voelt?"* Ruding's antwoord: *"Moelijke vraag, nou nee, je leert om persoonlijke opvattingen te relativiseren"* leverde het meest schokkende moment in de uitzending op. Hij onthulde namelijk onbedoeld dat hij een reden heeft om het essentiële vraagstuk, de verdeling van middelen, van zich af te houden: hij kan er niets mee. Hoewel Ruding fraai gebruik leek te maken van zijn laatste kans tot scoren zette hij zichzelf (en het kabinet) in feite in zijn hemd. Hij koos gewoon de eenvoudigste oplossing: het probleem terugspelen naar de burger en ondertussen de allerplatste versie van het gelijkheidsprincipe verdedigen. Wij moeten begrijpen dat die en die zaken belangrijk worden gevonden, maar dat die en die zaken dat evenzeer zijn. *"Meer geld voor gescheiden vrouwen in de bijstand? Vind ik best, maar dan niet piepen over beruigingen op de gezinszorg"*. Rudings "kaasschaafverdediging" van deze begroting: *"de klappen zijn niet gering, maar ze tasten kwalitatief niets aan"*.

Het is volstrekt duidelijk dat die platte versie van het gelijkheidsprincipe losstaat van de financiële realiteit. Er moeten over de verdeling van middelen keuzes van een schier onoverzienbare omvang gemaakt worden. Ruding doet alsof dat probleem niet bestaat. De kern van de discussie over de verdeling van middelen bleef dus opnieuw liggen: **welke mensen en groepen vinden wij belangrijk (goed) en waar willen we dus wel (en niet) in investeren?** Natuurlijk, impliciet gaf hij antwoord op die vraag: gezonde, intelligente, blanke jongeren die goed op te leiden, zeer productief en gemakkelijk inzetbaar zijn. Maar wij moesten erop vertrouwen dat alle anderen niet minder belangrijk worden gevonden en dat ze in geen geval minder recht hebben op zorg van de overheid, al kon daar niet al te veel van verwacht worden. Het bleef bij dit impliciete antwoord, het zou immers niet eerlijk zijn om expliciet de ene groep boven de andere te stellen.

Waarschijnlijk is het veel eerlijker om de ene groep wel expliciet boven de andere te stellen. Het gebeurt toch, hoewel

omgeven door veel verhullend gepraat over herstel en noodzakelijke prioriteiten. Bij de begroting bijvoorbeeld wordt de discussie over de verdeling van middelen niet aangegaan, maar er worden wel besluiten genomen. Impliciete keuzes maken is niet alleen oneerlijk. Het getuigt ook van een bedenkelijk gebrek aan bereidheid om ontwikkelingen in de samenleving te volgen en openlijk deel te nemen aan de discussie over keuzes die gemaakt (zouden?) moeten worden. Welke ontwikkelingen?

Sinds enige tijd begint de discussie over **erfelijkheidsonderzoek en genetische manipulatie** zich openlijk te concentreren rond de vraag: wat is een goed mens en hoe willen wij dus dat onze toekomstige bevolking eruit ziet? De investeringen in onderzoek naar mogelijkheden om te sturen in het doelgericht produceren van "menselijke kwaliteit" zijn hoog.

De politieke behoefte aan "goede mensen" die het waard zijn om veel geld aan te besteden is kennelijk groot. Dit alles speelt zich in diepe stilte af. In zijn televisieserie "Beter dan god" probeerde Wim Kayser vergeefs politieke uitspraken te verkrijgen over de vormgeving van "de goede mens". Net als Ruding bij Ria Breemer weigerden politici aan die discussie deel te nemen. Liever houdt de politiek de schijn van objectiviteit en "rechtvaardige" gelijkheid in stand. Ondertussen wordt die discussie elders wel gevoerd. En is de neerslag van die discussie, hoewel verontrustend, tot nu toe vooral verhelderend. Zieken, demente ouderen, mensen met een handicap, criminelen, zwak begaafden en depressieven (om maar eens wat categorieën te noemen), ze kunnen maar beter voorkomen worden.

Hoe twijfelachtig dit soort discussieuitkomsten ook zijn, ze zijn duidelijk en kunnen met argumenten worden aangevochten. Ruding komt, met het kabinet, ook tot uitkomsten. Het laatste echter dat wij uit die hoek mogen verwachten is de erkenning dat achter die uitkomsten waarschijnlijk hoogstpersoonlijke voorkeuren schuilgaan. En het allerlaatste dat wij mogen verwachten is dat politici toegeven met de vraag naar *de goede mens die de moeite van hoge investeringen ten koste van anderen waard is* nog net zo weinig te kunnen als de rest van de bevolking. Juist dat lijkt mij het werkelijke bewijs dat men de "menselijke kant" van het gevoerde en voorgenomen beleid niet op zich wenst toe te laten.

Ruth Miltenburg

# Lijfstraffen

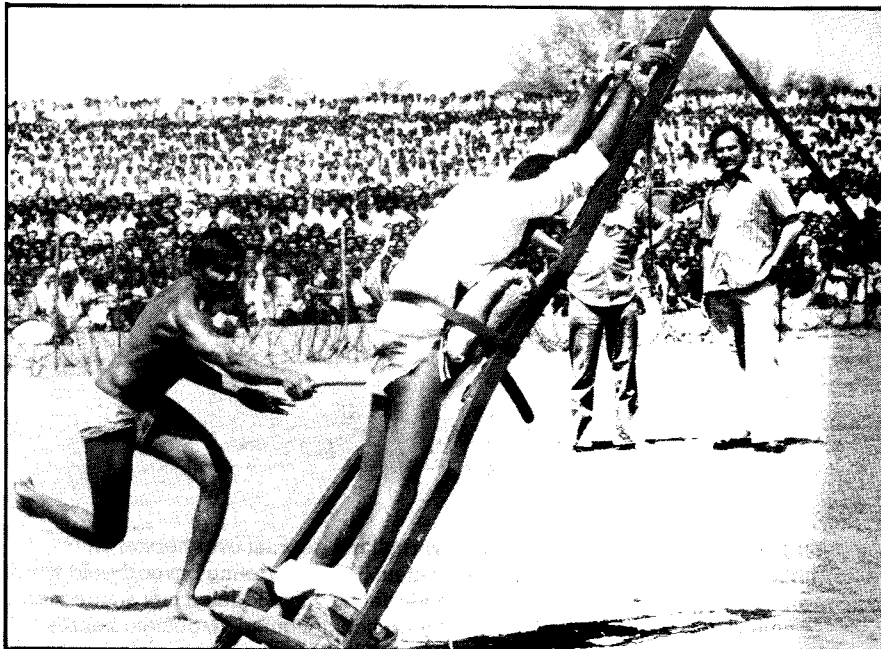


Foto: ABC Press.

De raakpunten tussen het recht en de geneeskunde zijn talrijk. Steeds vaker krijgen artsen te maken met rechters, die hun medisch handelen toetsen.

Vincent van Amelsvoort beschrijft een bijna omgekeerde situatie. Wat te doen als arts wanneer een gevangene eerst medisch goedgekeurd moet worden, voor hem een lijfstraf wordt toegekend? Van Amelsvoort laat zien dat het strak hanteren van westerse normen en waarden, in dergelijke situaties averechtse effecten kan hebben.

*Vincent van Amelsvoort*, oud-hoogleraar gezondheidszorg in ontwikkelingslanden.

Ik viel stil van verbazing. Ik steigerde van boosheid. Ik wist niet wat te doen. Was ik hiervoor als arts naar Nigeria gekomen? Wat stond hierover in het Nederlandse groene boekje over medische ethiek? Had ik niets beters te doen in een district met 180.000 mensen?

Gelukkig was er een oude wijze Nigeriaanse medical assistant. Nadat mijn boosheid wat was weggezaakt, heeft hij verstandig op mij ingesproken. In de weken daarna leerde ik wat feiten en begon ook verschillende achtergronden te zien.

De praktijk in landen als Nigeria, Ghana, Tanzania, Kenya, Zambia (om me tot eigen ervaringen te beperken) is, dat de rechter een lijfstraf kan opleggen. Deze bestaat als regel uit een bepaald aantal slagen (veelal tussen 3 en 30) met een rietje op de billen. Vóór dat deze opgelegde straf echter uitgevoerd mag worden, moet een arts schriftelijk verklaren dat de gevangene deze straf kan hebben of, zoals de Engelse omschrijving zo discreet zegt, dat de gevangene "fit is for corporal punishment".

Maar zijn lijfstraffen dan niet uit de tijd? Ja, precies, zo zien wij het, omdat ze bij ons in Europa uit de tijd zijn. Vroeger kenden wij ze ook, zie er de boeken over de middeleeuwse strafuitvoering maar op na. En het rietje op de Engelse kostscholen is nog amper verleden tijd. In het tegenwoordige Afrika echter zijn lijfstraffen geaccepteerd. In Botswana bijvoorbeeld zijn zij al eeuwenlang deel van een rechtssysteem, daar is goede documentatie over. In Kenya zie je zelfs het merkwaardige feit dat lijfstraffen toenemen. In het laatste jaar vóór de onafhankelijkheid: 1963,

## en de rol van de arts

Op een morgen in 1965 had ik een druk spreekuur in het Health Centre in Argungu in Noord Nigeria. Plotseeling kwam een politieagent de spreekkamer binnen met achter hem 4 gevangenen met rinkelende zwarte metalen kettingen aan hun voeten. Ik kreeg van de agent een briefje op mijn bureau gelegd of ik de gevangenen wilde onderzoeken en op het formulier wilde verklaren of zij, medisch gezien, de straf van een aantal slagen met een rietje op hun achterste zouden kunnen hebben.

werden er 209 lijfstraffen opgelegd" maar in 1978 waren het er 4.999. In Mozambique werden na de bevrijding van het Portugese kolonialisme bij de onafhankelijkheid alle lijfstraffen afgeschaft, maar in 1983 werden ze opnieuw ingevoerd.

Schril hiertegenover staat de Afrikaanse mening ovenwat wij Europeanen humane bestraffing noemen: de gevangenis. In Afrikaanse ogen is opsluiting zo ongeveer het wreedste dat je een medemens kunt aandoen: hem uitsluiten uit zijn dorpsgemeenschap, het hem onmogelijk maken feesten te vieren, vrienden te zien, op de akker te werken. Hieraan ligt natuurlijk mede ten grondslag, dat nict-westerse culturen vooral gemeenschaps-

culturen zijn, en dat men daarom liever een flinke aframmeling heeft dan eenzame opsluiting.

Maar dan blijft nog de vraag: waarom komt de dokter hieraan te pas? Kan iederè rechter of eventueel zelfs politie-agent niet met zijn gezonde verstand zien of iemand rietlagen kan hebben? Een gammele oude man van 65 jaar die kucht van tuberculose, is overduidelijk niet "fit". Waarom nu die dokter erbij gehaald? Ik denk dat dit een formeel restant van het Angelsaksische rechtssysteem is, dat veel voormalige Engelse koloniën hebben overgenomen. Namelijk de geweldig zwaarwegende plaats van het recht vergeleken bij de geneeskunde. Alles wat met een rechtszaak verbonden is, heeft maatschappelijk een véél zwaarder accent dan wij op het vasteland van Europa gewend zijn. Op het medische vlak zie je dat bijvoorbeeld al; in het Engelse recht is het verschoningsrecht van de arts veel beperkter. Vaak kan een arts zich daar niet op zijn beroepsgeheim beroepen. Geheel in tegenstelling dus tot de continentale praktijk. In het Engelse rechtssysteem zal ook veel vaker een beroep worden gedaan op de arts om lijkschouwing te verrichten, sectie op een lijk wanneer er juridische complicaties worden verwacht. En bovendien dient de arts dan later bij de eigenlijke rechtszitting persoonlijk in de rechtszaal aanwezig te zijn om eventuele vragen te beantwoorden, terwijl wij vaak met een schriftelijke verklaring genoegen zouden nemen, zodat de arts zijn werk in het ziekenhuis kan blijven doen. Nee, in het Engelse systeem moet en zal de arts naar de rechtszaal komen, er eventueel honderden kilometers voor reizen, welke dringende curatieve plichten hij thuis ook mag hebben. En zou de dokter het wagen niet naar de rechtszaal te komen, dan dreigt hem de uit detective-boekjes bekende zware straf wegens "contempt of court" (belediging van het hof).

In deze rechtsopvatting vinden we een wat formele verklaring voor de artsenhandtekening die nodig is bij lijfstraffen, we kunnen dit medisch-ethisch ook wat positiever zien, namelijk als een humanisering van de rechtspraak. De strafoplegger past niet zonder meer de opgelegde straf toe, maar vraagt zich eerst af (via dit medische advies) of de veroordeelde de straf ook kan dragen. Een bescherming namens de maatschappij van de gestrafte tegenover het juridische apparaat.

Ten derde kan men zich natuurlijk afvragen: en wat als ik nu niet meewens te werken en niets onderteken? We laten daar, dat niet meewerken géén niets doen is en in feite óók een

standpuntbepaling inhoudt. Maar het gaat vooral om de praktische consequentie. Die bestaat hierin dat de opgelegde straf niet ten uitvoer kan worden gebracht. Het rechtsapparaat lijkt in een matpositie terechtgekomen te zijn. De oplossing is dan in Afrika, dat de veroordeelde naar een ánder gerechtshof wordt verwezen. Als regel is dat een hoger gerechtshof, bijvoorbeeld op provinciaal niveau. Daar dient de gevangene dan eerst weer enige maanden in voorarrest te blijven en dan wordt zijn rechtszaak opnieuw van voraaf behandeld. De crux zit hem in die "maanden extra voorarrest". De beschuldigde zit ver van zijn eigen gebied, krijgt vaak weinig te eten, is afhankelijk van een niet altijd integer bewakingsapparaat. Kortom, hij komt er slecht af. Hij had véél beter bij zijn eerste, oorspronkelijke veroordeling die rietlagen op zijn billen kunnen hebben gehad. Dan was hij diezelfde middag vrijgelaten, en had dan weliswaar wat kreupel naar het busstation gelopen, maar hij was in ieder geval diezelfde avond weer thuis geweest, en de pijnlijke billen waren na een paar dagen wel vergeeten. Wegenseen weigerende arts, echter, zit hij nu nog maanden honger te lijden in een cel, en moet maar hopen dat zijn tweede rechtsgang beter afloopt.

Sommige artsen vragen daarom aan de veroordeelden zelf of zij goedvinden dat de arts hen voor het gevraagde onderzoekt en een verklaring afgeeft. De arts moet dan wel met de gestrafte onder vier ogen kunnen spreken, zodat er vrijheid van meningsuiting bestaat. Opvallend is dat in alle gevallen waarvan ik weet heb, Afrikaanse gevangenen de arts vragen alsjeblieft de verklaring te tekenen, zodat ze tenminste snel van alles af zijn.

Nu is er internationaal een beweging op gang gekomen tegen martelingen, vaak wordt de lijfstraffenzaak hieraan gelijk gesteld. Principeel is er natuurlijk een groot onderscheid tussen beide:

#### *lijfstraffen:*

- na openbaar proces door rechter opgelegd als onderdeel van het nationale strafrecht
- duidelijk gelimiteerd qua aard en aantal
- doel: strafoplegging
  - genoegdoening voor de gemeenschap
  - correctie van gestrafte

#### *martelingen:*

- geheime praktijk
- in principe onbeperkt
- intimidatie van slachtoffer en anderen

Van de vele internationale verklaringen is de meest recente de resolutie van de Verenigde Naties van 18 december 1982. Deze verbiedt de deelname van medisch personeel aan "torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment". De moeilijkheid, internationaal gezien, ligt hier bij het laatste zinsdeel: wát is binnen een bepaalde cultuur wreed of onmenselijk. Afrikanen denken hierover duidelijk anders dan Europeanen, zoals we boven al zagen.

Wat zijn de praktische consequenties wanneer u naar een derde wereld land wilt gaan? Allereerst dat u vóór uw vertrek overweegt of u wilt gaan werken in een land met een rechtsgang waarin lijfstraffen voorkomen. Als u fundamentele bezwaren heeft, dient u voor een dergelijk land geen arbeidscontract te tekenen. Formeel zou u ginds aangekomen tegen uw gastheren kunnen zeggen dat óók zij de December 1982 resolutie van de Verenigde Naties hebben onderschreven. Maar in de praktijk van een districtsziekenhuis zult u daar weinig aan hebben. De trage gang binnen de bureaucratie en rechtspraak in veel ontwikkelingslanden zal er wel toe leiden dat nog vele jaren artsenverklaringen voor lijfstraffen gevraagd worden. Betekent dit dan dat u voor alles kunt tekenen? Persoonlijk zou ik me twee dingen afvragen (naast de reeds eerder genoemde mening van de veroordeelde zelf):

- Is de lichamelijke schade van de lijfstraf permanent of tijdelijk? Het effect van de rietjes, bijvoorbeeld, is tijdelijk; van een hand afhakken niet.
- Is de lijfstraf reeds lang niet in een cultuur in gebruik? Bij recente wijzigingen in de rechtspraak van lijfstraffen, zoals afgelopen jaren bijvoorbeeld in Sudan en Pakistan plaatsvonden, zou ik dan wel ernstige bedenkingen hebben (zonder daarmee een oordeel uit te spreken over de rechtsgang op zichzelf).

Tot slot ligt er nog een zeer absolute uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 19 april 1985: "medewerking aan een systeem waarbinnen lijfstraffen worden toegepast is ontoelaatbaar. Daarbij dient gewezen te worden op de resolutie (van 18-12-1982) en met name op punt 4 uit de "principals of medical ethics": "It is a contravention of medical ethics (-) to certify fitness of prisoners for any form of treatment or punishment that may adversely effect their physical or mental health".

Met deze uitspraak lijkt het mij moeilijk werken. Allereerst schijnt deze uit te gaan van een soort universele medische ethiek. Nu is ethiek een "voortdurende kritische reflectie op het ethos". Ethiek staat niet lós van



het ethos (en dit ethos is plaats/tijd/cultuur gebonden), maar anderzijds valt ethiek ook niet samen met het ethos (het is namelijk een reflectie erop, neemt er dus afstand van). Ook de medische ethiek is dus cultuurgebonden, en wat in Nederland norm is, hoeft dat niet te zijn in Ghana.

Maar in het praktische vlak is de uitspraak van het centraal tuchtcollege ook voor tweeërlei uitleg vatbaar. Of je meent dat voorbijgaande pijn van enkele riet slagen op je billen niet valt onder "ongunstig de fysieke en geestelijke gezondheid beïnvloeden". Dat is zeker het standpunt geweest van generaties van ouders die meenden dat enkele fikse draaien om de oren weliswaar pijn deden, maar uiteindelijk de opvoeding een stuk verder zouden brengen. De ethiek zou hier spreken van de goede effecten tegenover de kwade effecten. Of je meent (als andere uitleg van deze uitspraak) dat elke straf je lichamelijke en psychische gezondheid negatief beïnvloedt.

De Bijlmerbajes is nu eenmaal minder leuk dan een zeilboot op de Kagerplas. En dit is in alle rechtssystemen ook een van de oogmerken van de strafoplegging: via gelimiteerde levensomstandigheden de correctie, (of als u fraaier wilt: "het inzicht") van de overtreder te bevorderen. Nu, als je daaraan als arts niet mag meewerken, valt ook de Nederlandse gevangenisarts onder het verbod van het Centraal Medisch Tuchtcollege. Een verdere consequentie zou dan zijn, dat je ongeveer de hele Nederlandse artsenuitzending naar ontwikkelingslanden wel zou kunnen stopzetten. Daaraan dacht het Centraal Medisch Tuchtcollege waarschijnlijk niet. Zojuist heeft de Minister van Ontwikkelingssamenwerking op 5 maart 1986 schriftelijk bericht, dat zij het medisch keuren van gedetineerden voordat de hun opgelegde lijfstraf tenuitvoer wordt gebracht, niet vindt stroken met de beginselen van de medische ethiek zoals deze vastgelegd zijn in onder andere de genoemde VN-resolutie. Zij wil de betrokken regeringen in de derde wereld nogmaals wijzen op deze resolutie en daarbij beklemtonen dat van Nederlandse artsen géén handelingen kunnen worden verwacht, die als strijdig met deze beginselen worden beschouwd.

Bovendien zou men kunnen bedenken dat óók de Nederlandse maatschappij de medewerking van een arts toelaat of zelfs vereist bij opzettelijke lichamelijke of geestelijke schade die wij nu eenmaal sociaal acceptabel achten. Als militair arts moest ik ook een uitspraak doen of een door warmte bevangen recruit zijn veldloop kon voortzetten of niet. Dat was een door onze Nederlandse

maatschappij gevraagde behandeling van iemand in een dwanggemeenschap die zijn lichamelijk en/of geestelijk heil op korte termijn mogelijk niet altijd ten goede kwam. Men kan verder denken aan de ringarts, die moet bepalen of een aangeslagen bokser verder kan boksen. Onze maatschappij heeft hierbij voornamelijk een commercieel doel getoleerd. Bij een sportarts lijkt het vaak wat genuanceerder, maar die oordeelt ook over financiële belangen. Zelfs een bedrijfsarts moet een medisch oordeel vellen over waar de grenzen liggen in situaties die de lichamelijke of geestelijke conditie van werknemers in een bedrijf negatief beïnvloeden.

Maar stel, dat u naar een derde wereld-land gaat, dat u meent dat u kunt meewerken aan de daar geldende eisen van medische verklaringen bij lijfstraffen. Nu komt u na drie jaar terug in Nederland. Loopt u dan de kwade kans alsnog voor de tuchtraad te worden gebracht, gelet op bovenstaande uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege? Nee, gelukkig niet, u heeft niets te duchten. Diezelfde uitspraak stelt namelijk ook nog: "De Nederlandse strafwet stelt handelingen, buiten Nederland gepleegd, in het algemeen slechts strafbaar wanneer daarop in het land waarin zij gepleegd zijn, ook straf is gesteld. (-) Het lijkt voor de hand te liggen dit beginsel ook bij toepassing van medisch tuchtrecht te doen gelden".

Wat overdreven gezegd: u mag in Nederland niet op de linkerweghelten rijden, maar wanneer u dat in Kenya doet, kunt u er in Nederland niet voor veroordeeld worden, omdat dat in Kenya niet strafbaar is. De Kenyanen houden namelijk links in het verkeer. Nu, wanneer de Kenyaanse strafwet de medewerking van een arts eist voor een lijfstrafverklaring, is deze in Kenya natuurlijk niet strafbaar. Geruststellend zegt het Centraal Medisch Tuchtcollege dan ook: "Daaruit moet volgen dat van laakbaarheid vergelijkbaar met de normen, die bij de toepassing van de Nederlandse Medische Tuchtwet gehanteerd worden, geen sprake kan zijn."

Als dit gevoel voor culturele eigenheden en waarden nu eens bij het begin van het probleem aanwezig was geweest, dan had dit hoofdstuk misschien niet geschreven hoeven te worden....

Verder lezen:

- "Principles of Medical Ethics", in: *WHO Chronicle*, 37 (1983), pp. 79-80 (wat bekoft). Volledig in *International Journal of Health Services*, vol. 14, nr. 3, 1984, pp. 505-508. In vertaling in *Medisch Contact*, 27 januari 1984, p.109.

- "Een Oegandese Waterdraagster op 19-hoog in New York", *Internationale Samenwerking*, 4, 9-3-1983, p. 20. Een artikel gebaseerd op gegevens van het persbureau van de derde wereld. Laat zien hoe slaan en lijfstraffen in ontwikkelingslanden algemeen gebruikelijk zijn.
- *Mensen in Verandering*, J. van Baal, 1967, Arbeiderspers. Zie pp. 46-49 over sterfgevallen in een gevangenis, als voorbeeld van de stelling hoe cultuurvreemd gevangenisstraf in een ontwikkelingsland is. In de ingezonden brieven-rubriek van *Medisch Contact* vindt men onder andere bijdragen op 29-10-1982, pp.1365/66 en 29-4-1983, pp. 489/10.

Overgenomen uit: Vincent van Amelsvoort en Frits Muller: 'Snijvlak Gezondheidszorg tussen twee werelden'. Macula, Boskoop 1986. Dit boek is te bestellen bij uitgeverij Macula door overmaking van f 21,50 (f17,- en f 4,50 porto) op girorek. 5441758 van uitgeverij Macula te Boskoop onder vermelding van 'Snijvlak'.

Naschrift

1. De Minister van Ontwikkelingssamenwerking Schoo doet in de geciteerde brief van 5 Maart 1986 een zeer besliste uitspraak op het terrein van de medische ethiek, waarbij ze voorbij gaat aan eerdergenoemde overwegingen over wát in een bepaalde cultuur nu wel 'unhuman' or 'degrading treatment or punishment' is.

De nieuwe Minister Bukman heeft op 26 November 1986 een verklaring uitgegeven, die tropenartsen desgewenst in hun gastland kunnen gebruiken. Hij legt het standpunt van de Nederlandse Regering vast: "U is a violation of medical ethics for health personnel, particularly physicians, to certify, or to participate in the certification of fitness of prisoners or detainees for any form of treatment or punishment that may adversely affect their physical or mental health (-). Corporal punishment is not, in the opinion of the Netherlands Government, in accordance with relevant instruments such as the Universal Declaration of Human Rights (1984) and the UN Covenant on Civil and Political Rights (1966)".

Ook hier interpreteert de Minister dus zeer beslist dat lijfstraffen vallen onder de genoemde internationale verklaringen, en interpretatie die in ontwikkelingslanden lang niet altijd onderschreven wordt, en die ik in mijn artikel met enige nuances ter discussie stelde. Ook het gezagdragende "Torture report" van een werkgroep van de *British Medical Association* (London, BMA, 1986, 29 pp en 2 ann.) sluit lijfstraffen buiten dit rapport, en noemt deze een "accepted part of the cultural pattern of the countries concerned".

Overigens heeft deze standpuntbepaling van twee Ministers voor Ontwikkelingssamenwerking er einde 1987 nog niet toe geleid, dat het Ministerie een toezegging wil doen ingeval een arts voortijdig uit zijn gastland teruggestuurd zou worden doordat hij/zij niet meewerkt aan een daar wettelijke fitness-verklaring. De Nederlandse aanstaande tropenartsen van de Nationale Tropencursus voor Artsen meenden dat een dergelijke toezegging (bijvoorbeeld voor het salaris voor de ginds-niet-uitgediende-contractmaanden) een logische consequentie zou zijn van de standpuntbepaling van het Ministerie.

2. In mijn artikel wijs ik op de onmogelijke positie van de Nederlandse gevangenis-arts, als men de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege in de ruimste zin zou interpreteren. Opponenten wijzen mij erop, dat wij in Nederland mede daarom sinds een tiental jaren de traditionele rol van gevangenis-arts gewijzigd hebben, en nu veel meer een soort "huisarts voor gevangenen" kennen, die onafhankelijk is van het gevangenis-wezen. Ik meen, dat deze verandering voor Nederland toegejuicht kan worden, maar dat deze ontwikkeling juist daardoor aantoon, dat medisch-ethische opvattingen cultureel bepaald zijn en met het verlopen van de tijd veranderen. Precies de wijzigingen in Nederland onderhouden dus het argument, dat men de culturele context van fitness-verklaringen in ontwikkelingslanden terdege in overweging moet nemen.

3. Een medisch-ethische beschouwing over 'goede en kwade effecten van medisch handelen' kan men vinden in de rubriek "Philosophical Medical Ethics", bv. het artikel Van Raanan Gillon "Primum non nocere and the principle of non-maleficence" in de *British Medical Journal*, vol.291, 13 Juli 1985, pp 130/31.

4. De slotalinea van bovenstaand artikel citeert de argumentatie van het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT), waarom een tropenarts na terugkeer in Nederland niet strafbaar is voor een fitness-verklaring in een derde wereld land.

Recent is dit ter discussie gesteld door J.A. Walkate: zie "Artsen, lijfstraffen en medische ethiek" in *Medisch Contact*, 42, nr 17, 24 April 1987, pp 529-530. Ik vrees dat Walkate de uitspraak van het CMT hier onjuist parafraseert. Walkate schrijft dat het CMT overwoog "dat handelingen van deze Nederlandse arts in een ander land, zonder dat er enig verband bestaat met de gezondheidszorg in Nederland, niet aan het oordeel van de Nederlandse tuchtrechter zijn onderworpen". Walkate schrijft het CMT dus het argument toe dat er bij het zogenaamde delict in de derde wereld géén verband mocht bestaan met de gezondheidszorg in Nederland, wil er van straffeloosheid in Nederland sprake zijn. Dit is echter niét het argument van het CMT; de relatie met de gezondheidszorg in Nederland wordt in dit verband niet aangevoerd. Daarentegen geeft het CMT wél het argument, dat in mijn artikel woordelijk wordt geciteerd, namelijk de vraag of het begane feit in het land-ginds zelf strafbaar is of niet.

5. Het kader van de fitnessverklaring, de totale relatie tussen gevangenenarts, behandelde ik niet in mijn bovenstaand artikel. Ik wil daarover verduidelijken, dat de fitnessverklaringen slechts een uiterst klein (en wat vervelend) onderdeel zijn van deze relatie. Echter: het perspectief van medisch werk voor gevangenen is veel breder. Van grote waarde en veel positiever zijn bijvoorbeeld het toezicht op voeding, behuizing en behandeling van gevangenen, en de formele en vooral informele invloed die een arts daarop kan uitoefenen. In een ontwikkelingsland hebben bij ons gebruikelijke controle-mechanismen zoals parlement, vrije pers, reclasering, veel minder greep op de positie van gevangenen. Vaak is het alleen de arts, die hier een humaniserende rol kan en mag vervullen.

December 1987.

# Proefpersonen

Onder welke voorwaarden mogen artsen experimenteren met mensen? Wat is de rol van de dokter, de medisch-ethische commissie en de proefpersoon? Ingewikkelde vragen op het raakvlak van de geneeskunde en het recht.. Tot nu toe is hierover weinig geregeld, waardoor kwalijke praktijken, zowel hier als in het buitenland, nog wel eens de kop op steken.

Lucas Bergkamp beschrijft de stand van zaken en waarschuwt voor een aantal valkuilen in de door de regering voorgestelde nieuwe regelingen.

Lucas Bergkamp, doctorandus in de geneeskunde en meester in de rechten.

## De rechten van het object van medisch onderzoek

In de medische wetenschap heeft het experimenteel onderzoek een extra dimensie door het gebruik van mensen. Hoewel in vele gevallen voorafgaand onderzoek met dieren kan geschieden, zijn de resultaten daarvan niet zonder meer ook van toepassing op mensen. De eerste toepassing van een nieuw geneesmiddel of een nieuwe onderzoeks- of behandelingsmethode bij de mens houdt daarom in dat er onbekende risico's genomen worden.

Gezondheid is in onze maatschappij een belangrijke sociale waarde. Van de geneeskunde worden alle mogelijke inspanningen verwacht om ziekten te verhelpen. Dat houdt niet in dat medische onderzoekers een vrijbrief hebben om mensen naar hun eigen goeddunken aan experimenten te onderwerpen. Experimenten worden niet in het belang van de proefpersonen ondernomen. Zij zijn gereleerd aan het belang van de onderzoeker, de geneeskunde of de samenleving. Hierin ligt een belangrijk onderscheid met medische hulpverlening, die al sinds eeuwen het belang van de lijdende medemens dient. Zo is het doel van de geneeskunde ook omschreven in de eed van Hippocrates die artsen bij hun beëdiging afleggen: "De geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel; ik zal van hen houden, wat ten verderve of ten letsel kan zijn."

Niet alleen patiënten, maar ook gezonde vrijwilligers worden als proefpersonen in experimenteel onderzoek betrokken. Studenten bijvoorbeeld onderwerpen zich tegen betaling fre-

quent aan onderzoek met nieuwe geneesmiddelen. Experimenten met mensen dienen tot heil der toekomstige zieken, maar de belangen van de proefpersonen mogen hieraan niet ondergeschikt worden gemaakt. Het recht bemoeit zich met conflicten tussen individueel en algemeen belang. Het probleem van de proefpersonen in de medische wetenschap heeft dan ook de aandacht van juristen en van de wetgever getrokken. De centrale vraag is óf er een taak voor het recht is weggelegd. Moet Themis (de Griekse verpersoonlijking van het recht) Aesculapius (de Griekse god van de geneeskunde) aan banden leggen?

### Wat er mis kan gaan

Het hangt van de medische praktijk en de misstanden af, of het recht en de wetgever een regulerende taak bij medische experimenten hebben. De excessen tijdens de Tweede Wereldoorlog die in de strafprocessen tegen de Nazi-artsen aan het licht kwamen, staan door de destijds heersende ideologie te ver af van de geneeskunde om als voorbeeld te kunnen gelden van hedendaagse onethische toestanden. Maar ook afgezien van de Nazistische vergrijpen deden zich in het experimenteel onderzoek met mensen misstanden voor.

In 1954, bijvoorbeeld, werden in de "Willowbrook State School", een zwakzinnigeninrichting in Amerika, geestelijk gehandicapte kinderen opzettelijk met hepatitisvirus besmet. Het onderzoek had ten doel de infectieuze periode van hepatitis vast te stellen. De ouders van de betrokken kinderen hadden voor dit onderzoek toestemming verleend en de onderzoekers rechtvaardigden hun handelswijze door te wijzen op het veelvuldig voorkomen van hepatitis in de betreffende tehuizen. Enkele jaren later injecteerden drie artsen van het „*Jeunet. Chronic Disease Hospital*” te New York levende kankercellen bij 22 chronisch zieken. De studie maakte deel uit van een onderzoek naar de immuniteit tegen kanker. De artsen vertelden de patiënten slechts dat ze "wat cellen" toegediend zouden krijgen en vermeden het woord kanker. Gelukkig kreeg geen der proefpersonen daadwerkelijk kanker. Een ander berucht geworden experiment, de "Tuskegee-case", kwam in 1973 aan het licht. In dit experiment werd een groep negers met syfilis meer dan vijftig jaar niet behandeld om de lange termijneffecten van syfilis te kunnen bestuderen. Ondanks het feit dat na 1945 een adequate therapie in de vorm van penicilline beschikbaar was, braken de onderzoekers het experiment niet af. Dit zijn slechts enkele voorbeelden

van de misstanden die in het buitenland bekend zijn geworden.

Ook in Nederland zijn medische wetenschappers niet altijd zorgvuldig te werk gegaan. Eind jaren zeventig kwam het experiment met zwakzinnigen in "Huije Assisië" aan het licht. Om wetenschappelijke redenen waren zwakzinnigen aan zeer belastend röntgen-onderzoek onderworpen, waarbij lucht in de holte van de hersenen werd gespoten. In een ander geval in 1980, werd een jongeman die een operatie onderging aan de Ii-chaamslagader zonder zijn toestemming of die van zijn wettelijk vertegenwoordiger, betrokken in een experiment met een nieuwe bewakingsmethode. Met een naald die in de holte rondom het ruggemerg was gebracht, werden drukmetingen verricht. De jongen bleek na de operatie aan zijn benen verlamd te zijn.

De Consumentenbond kreeg na een oproep in de Consumentengids een aantal negatieve reacties van mensen die als proefpersoon in experimenteel onderzoek gefungeerd hadden. Uit deze reacties bleek dat patiënten onvoldoende informatie kregen. Soms werd hen niet eens verteld dat zij in een experiment betrokken zouden worden.

Door deze onethische experimenten met mensen kwam de noodzaak tot regulering steeds meer op de voorgrond. Er zijn al wel regels voor experimenten met dieren, en de opmerking dat *proefdieren* in Nederland beter beschermd zijn dan proefmensen is dus niet geheel ongegrond.

### De huidige regelingen

In Amerika werd mede naar aanleiding van de beschreven misstanden in 1974 de National Research Act ingevoerd. Deze wet komt neer op de eis dat door de overheid gefinancierd onderzoek met mensen, voor aanvang goedkeuring behoeft van een speciaal daartoe ingestelde commissie, een zogenaamde "Institutional Review Board".

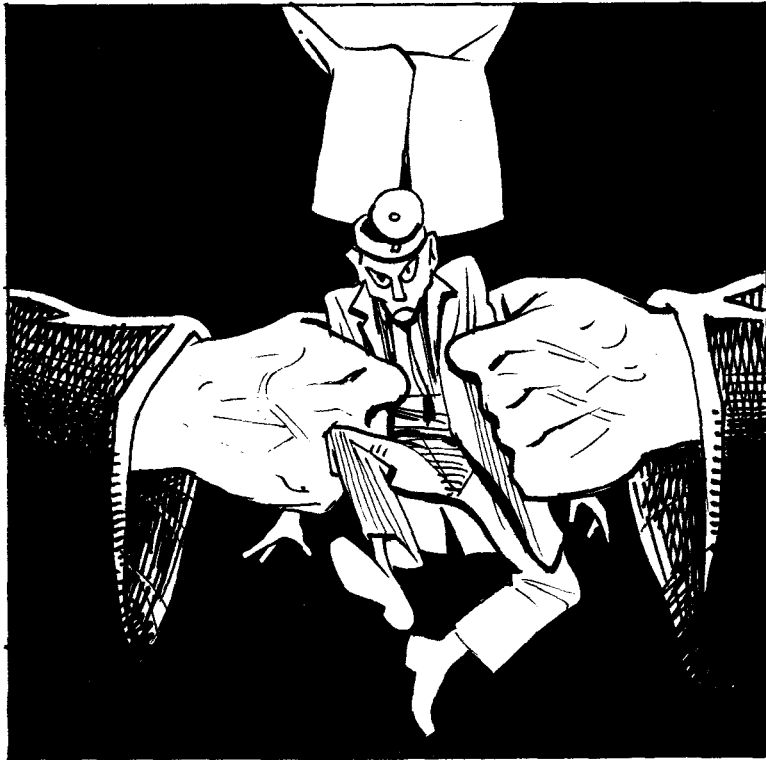
Ook binnen de medische professie werd de noodzaak signaleerd om een beter toezicht op experimenten met mensen uit te oefenen. Het oordeel over de toelaatbaarheid van een experiment hoort niet uitsluitend thuis bij de onderzoeker zelf, die eigenbelang heeft bij de uitvoering ervan. Een geslaagd experiment kan immers wetenschappelijke status, een publikatie in een vooraanstaand tijdschrift of financieel voordeel opleveren.

In 1970 richtte het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit in Amsterdamde eerste medisch ethische commissie in Nederland op. Binnen enkele jaren volgden de andere

academische ziekenhuizen en momenteel zijn ook in niet-academische ziekenhuizen en andere onderzoeksinstellingen medisch ethische commissies ingesteld.<sup>6</sup> Deze dienen een onafhankelijk oordeel over de goedloofbaarheid van een experiment te geven. De commissies zijn multidisciplinair samengesteld: naast artsen en wetenschappelijk onderzoekers hebben ook verpleegsters, juristen, ethici en soms consumenten- of patiëntenvertegenwoordigers zitting. De onderzoeker stelt zijn plannen nauwkeurig op schrift en vraagt de commissie vervolgens een advies uit te brengen over het voorgenomen experiment. Na een positief advies van de commissie, begint de arts zijn onderzoek, eventueel onder door de commissie gestelde voorwaarden of na wijziging van het voorgestelde experiment. In 1984 stelde de wetgever de aanwezigheid van dergelijke commissies in ziekenhuizen waar experimenten met mensen worden uitgevoerd, verplicht.<sup>7</sup> De arts-onderzoeker zelf heeft echter geen plicht om zijn experimenten in te dienen bij de commissie of het advies van de commissie te volgen. Hierin ligt de zwakke schakel van het toezichtssysteem. Bovendien ontbreken deze medisch-ethische commissies in een aantal onderzoeksinstellingen of functioneren gebrekkig. Voor experimenteel onderzoek in de huisartsenpraktijk is geen voorziening getroffen.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) stelt in haar gedragsregels voor artsen dat bij experimenten met mensen de toestemming van de betrokkenen vereist is en wijst op de Verklaring van Helsinki van de World Medical Association.<sup>8</sup> In deze internationale gedragscode voor medisch-wetenschappelijk onderzoekers zijn een groot aantal ethische beginselen opgenomen. In het kader van zelfregulering door de medische beroepsgroep is voorts van belang dat de redacties van een aantal medisch-wetenschappelijke tijdschriften een bewijs van goedkeuring door een medisch ethische commissie eisen, vóór tot publicatie van de resultaten van een experiment wordt overgegaan. Het gewicht dat deze eis in de schaal legt, is moeilijk te schatten, maar zal niet altijd even groot zijn.

Ook buiten de medische professie zijn maatregelen genomen om experimenten met mensen te normeren en reguleren. Zo heeft de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid in 1984 richtlijnen opgesteld voor experimenten met psychiatrische patiënten.<sup>9</sup> Hierin



Tekening: Bert Cornelius

staat voorop, dat opgenomen psychiatrische patiënten bij voorkeur niet aan experimenten moeten deelnemen. Daarom moet allereerst bezien worden of het experiment gericht is op, of verband houdt met de psychische stoornis waarvoor de betrokken patiënten worden opgenomen. Daarnaast moet afgewogen worden of het experiment niet even goed verricht kan worden bij personen die niet zijn opgenomen in een psychiatrische instelling. Verder bepalen de richtlijnen onder meer dat de schriftelijke toestemming van de proefpersoon vereist is, na uitvoerige voorlichting over het experiment en na voldoende bedenktijd. Een ander vereiste is dat een onafhankelijke medisch-ethische commissie positief oordeel over het uitgewerkte onderzoeksvoorstel heeft.

De Minister van Justitie heeft voorschriften uitgevaardigd omtrent onderzoek voor wetenschappelijke doeleinden ten aanzien van hen die rechtens vrijheidsbeneming ondergaan."

Er wordt onder meer bepaald dat na een duidelijke en zo volledig mogelijke voorlichting over de aspecten van het onderzoek, de toestemming van de gevangene uit een schriftelijke, door hem ondertekende verklaring dient te blijken. Een belangrijke bepaling zegt dat deze toestemming niet mag worden verkregen door daaraan het verlenen van gunsten of beloningen te verbinden.

Hoewel er dus wel enige regelingen met betrekking tot experimenten met

mensen bestaan, lijkt een afzonderlijke wet op de medische experimenten noodzakelijk. De juridische kracht en de reikwijdte van de bestaande regelingen is immers onvoldoende of onduidelijk. Bovendien ontbreken vaak sanctiemogelijkheden. De aandacht van de wetgever voor de problematiek stamt niet van vandaag of gisteren. Naar aanleiding van beschuldigingen geuit door de Anti-Vivisectie Stichting, verzocht de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid in 1955, de Gezondheidsraad te adviseren over het onderwerp "proeven op mensen". De Gezondheidsraad vroeg zich destijds af hoe bereikt kon worden, dat men zich in de geneeskundige wereld, meer dan destijds het geval was, rekenschap zou geven van het al of niet toelaatbaar zijn van proeven op mensen. De raad sprak zijn voorkeur uit voor preventieve boven repressieve maatregelen en stelde dat door de medische professie aanvaarde richtlijnen urgent waren. Voorts pleitte de raad voor het weigeren van publicatie van artikelen waarin proeven op mensen beschreven werden, welke in strijd waren met de medische ethiek. Tot slot oordeelde het college, dat het van belang zou zijn het geneeskundig onderwijs dienstbaar te maken aan het bijbrengen van medisch-ethische beginselen. Een wettelijke regeling achtte de raad niet noodzakelijk.

De wenselijkheid van een wettelijke regeling kwam in de Tweede Kamer in 1975 aan de orde, toen naar aanleiding van een artikel van de

hoogleraar gezondheidsrecht Leenen, vragen aan de Minister werden gesteld. Sindsdien geeft de Kamer regelmatig blijk van haar aandacht voor het vraagstuk van het medisch experimenteel onderzoek.

In de jaren tachtig zien twee adviezen het licht. Het eerste kwam in 1981 van de Gezondheidsraad en al snel volgde het deeladvies van de (toenmalige) Centrale Raad voor de Volksgezondheid in 1982. Beide adviesorganen achten een wettelijke regeling van het toezicht op experimenten van belang. De Centrale Raad beargumenteert dit standpunt met een verwijzing naar het risico, dat bij experimenten met mensen ethische eisen en rechten van mensen in de knel komen. De Gezondheidsraad voert aan dat het wetenschappelijk belang eist dat slechts technisch correcte onderzoeken worden verricht.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur schrijft, in de Voortgangsnota Patiëntenbeleid van 1983 dat de rechtspositie van mensen, die als proefpersonen betrokken zijn bij medische experimenten met onvoldoende waarborgen is omkleed. Met name bestaat bezorgdheid over de eerbiediging van de rechten van de proefpersoon door de gene die de experimenten uitvoert of daarvoor de verantwoordelijkheid draagt." De nationale en internationale gedragsregels zijn naar zijn meening te vrijblijvend. De Staatssecretaris opteert voor een wettelijke regeling aan de hand van het advies van de Centrale Raad, die, in tegenstelling tot de Gezondheidsraad, meer het accent legt op de rechtspositie van de proefpersoon dan op het wetenschappelijk belang. De wetgeving die de Staatssecretaris zich, in navolging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid voorstelt, draait om het verbod te experimenteren met mensen zonder toestemming van een medisch-ethische commissie. Bij overtreding van dit verbod stelt de onderzoeker zich bloot aan het risico van strafoplegging door de rechter.

Een ambtelijk concept voor een wet op de medische experimenten is in eerste instantie op de klippen van de deregulering ten onder gegaan. In januari 1986 nam de Kamer een motie aan van de leden Terpstra, Dees en Kamp, waarin de regering wordt verzocht op zo kort mogelijke termijn te komen met een wetsvoorstel medische experimenten op mensen. In Dees' begroting van Volksgezondheid is te lezen dat de voorbereiding van een lichtere variant van het wetsvoorstel is genomen. Er wordt naar gestreefd voor eind 1987 een wetsvoorstel bij de Kamer in te dienen.

In afwachting van de invoering van



deze wet, is de regering van plan de bestaande regeling van het experimenteelonderzoek met nieuwe geneesmiddelen aan te vullen. Geneesmiddelenonderzoek mag alleen worden gestart als goedkeuring door een medisch ethische commissie is verkregen en een verzekering is afgesloten tegen eventuele uit het experiment voortvloeiende schade van de bij het experiment betrokken proefpersonen.

Tot slot geeft de toekomstige regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek, die ook van toepassing is op experimentele behandelingen, de patiënt het recht op informatie (en om informatie te weigeren), het recht op inzage van zijn dossier, het recht om een (be)handeling te weigeren en het recht op privacy.

### Wat zijn de moeilijkheden?

De medische professe en de farmaceutische industrie hebben niet onverdeeld positief gereageerd op de plannen om medische experimenten strenger te reguleren. Aan de noodzaak wordt getwijfeld en gevreesd wordt voor overregulering, bureaucratie en vertraging van het wetenschappelijk onderzoek. Slechte regelgeving zou inderdaad kunnen leiden tot een vermindering van de wetenschappelijke activiteit of een exodus van wetenschappelijk onderzoek en onderzoekers. De farmaceutische industrie zou haar geneesmiddelenonderzoek naar het buitenland kunnen verplaatsen.

Nederland verkeert echter enigszins in een achterstandssituatie wat betreft de regulering van medische experimenten met mensen en er zijn aanwijzingen dat de industrie juist meer onderzoek in Nederland gaat uitvoeren. Een deugdelijke wetgeving, die proefpersonen optimaal beschermt zonder onnodige bureaucratie, zal juist stimulerend kunnen werken. Het vertrouwen van de samenleving in medische onderzoekers zal toenemen, wanneer duidelijk is dat schendingen van rechten (bijna) uitgesloten zijn.

De rol van het recht in de medische wetenschapsbeoefening moet niet over-, maar ook niet onderschat worden. Sinds de invoering van de National Research Act in Amerika zijn daar geen misstanden bekend geworden die in ernst en omvang vergelijkbaar zijn met de excessen van vóór die tijd. Het is echter niet zonder meer duidelijk dat er hier sprake is van een causaal verband. Wel lijkt het erop, dat mede onder invloed van dewetgeving de situatie zo gewijzigd is dat misstanden voorkomen worden. En juist deze preventieve werking van het toezichtssysteem is een groot voordeel.

Een wet kan inhoudelijke normen stellen, maar daarmee is niet gezegd dat deze normen ook nageleefd zullen worden. Wanneer de normen geen steun vinden onder de artsen zullen normschendingen, ondanks mogelijke sancties, niet uitblijven. Hoewel in de medische en juridische wereld over veel normen overeenstemming bestaat, blijkt de toepassing van de normen op concrete situaties moeilijk te zijn. De onderzoeker staat zelf niet onbevooroordeeld tegenover zijn experiment en hij is niet onafhankelijk. Het oordeel over de toelaatbaarheid van een experiment kan dus in laatste instantie niet aan de onderzoeker zelf worden overgelaten. Naast inhoudelijke normen is het derhalve gewenst dat ook een procedurele regeling in de wet wordt vastgelegd: een onderzoeker mag pas met zijn experiment aanvangen, indien hij de goedkeuring heeft van een medisch ethische commissie. Daarbij passen twee *waarschuwingen*.

Op de eerste plaats is het niet zo dat de goedkeuring van een commissie altijd inhoudt dat de proefpersonen in een experiment optimaal beschermd zijn. Uit buitenlands onderzoek is gebleken dat sommige commissies bepaald niet streng zijn. Ook zijn er aanwijzingen dat commissies methodologische en ethische tekortkomingen over het hoofd zien en inconsistent zijn in de toepassing van normen. Gegevens hieromtrent die betrekking hebben op de Nederlandse situatie ontbreken. Wel staat vast dat de kenbaarheid van de normen die de commissies hanteren gering is en een duidelijke normering nog niet is uitgekristalliseerd. Het is echter onredelijk om van medisch ethische commissies te eisen dat ze alle tekortkomingen in onderzoeksprotocollen signaleren en volledig consistent zijn in hun normtoepassing. De commissies zijn van relatief recente datum en zullen eerst de kans moeten krijgen ervaring op te doen voordat ze aan een definitieve beoordeling onderworpen kunnen worden. Veel vragen zijn immers nog onbeantwoord: hoe moeten de commissies precies zijn samengesteld, welke werkwijze is de beste, hoe moet de follow-up en feedback geregeld worden?

Ten tweede dreigt het gevaar dat een positief oordeel van de commissie door de onderzoeker of de proefpersoon wordt beschouwd als een "alibi" om zichzelf geen oordeel te vormen over de ethische aanvaardbaarheid van een experiment.<sup>7</sup> Dit is uiteraard ongewenst en bovendien is het zo dat een positief besluit van de commissie de onderzoeker van geen van zijn verantwoordelijkheden ontheft.

Een derde probleem ligt in de competentie van medisch ethische commissies en het daaraan gekoppelde

werkterrein. Hun werkterrein zal moeten worden afgegrensd, met name dient het experiment afgebakend te worden van de zuivere hulpverlening.

De therapeutische vrijheid van de arts in de hulpverlening mag niet in gevaar komen. Hij mag in de patiëntenzorg alle geëigende middelen en procedures aanwenden om het belang van de individuele patiënt te dienen. Er moet wel voor gewaakt worden dat door de wettelijke regeling van het experimenteel onderzoek met mensen, nieuwe procedures niet te snel tot geaccepteerde therapie bestempeld zullen worden. Als voorbeeld kan gelden de behandeling van leukemie bij jonge kinderen: om de effectiviteit van de therapie na te gaan deed de onderzoeker meer dan een half dozijn beenmergpuncties in een periode van twee weken. Hij stelde dat hij geen onderzoek verrichtte, doch deze puncties slechts deed om zijn patiëntjes te helpen, maar vermoed werd dat hij de toetsing door een commissie wilde omzeilen.

Het recht en de medische wetenschap zullen samen zorg moeten dragen voor een wetenschapsbeoefening waarin humane waarden en rechten van mensen worden geëerbiedigd. Experimenten met mensen zullen daartoe aan twee eisen moeten voldoen: het experiment dient redelijk te zijn en de toestemming van de roefpersoon moet zijn verkregen. Aan beide dient voldaan te zijn: toestemming maakt een onredelijk experiment niet redelijk en een redelijk experiment is niet geoorloofd zonder toestemming. ••

### Noten

1. Zie Katx J., Experimentation with human subjects, Russel Sage Foundation, New York, 1972.
2. Zie voor een uitgebreide beschrijving en analyse van de Medisch Ethische Commissies in Nederland: Bergkamp L., Medisch Ethische Commissies en het Toezicht op Experimenten met Mensen, onderzoeksrapport, Amsterdam, 1986.
3. Zie artikel 3 lid 7, sub 5, Besluit eisen voor erkenning ziekenhuizen, Nederlandse Staatscourant, 20 nov. 1984, nr. 234.
4. Zie KNMG, Gedragsregels voor artsen, 2e druk, 1984, p. 46.
5. Zie GHIGV, Toelaatbaarheid van experimenten met psychiatrische patiënten, 8 oktober 1984.
6. Zie bijlage III bij: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Deeladvies inzake medische experimenten met mensen, Rijswijk, 1982.
7. Zie Voortgangsnota Patiëntenbeleid, Tweede Kamer, zitting 1982/1983, 16771, nr. 14.
8. Zie Bergkamp L., t.a.p.
9. Zie ook Beaufort LD.de, Ethiek en medische experimenten met mensen, Assen, 1985, p. 166.
10. Zie ook Leenen H.J.J., Gezondheidszorg en Recht, Alphen a/d Rijn, 1981, p. 258 e.v.

## Sociale Geneeskunde: visie op een vakgebied

Guus Banneberg  
Eddy Houwaart

Sociale Geneeskunde is geen vak. Dat beweerde in het septembernummer van dit tijdschrift A.H.M. Kerkhoff in een reactie op twee artikelen van onze kant 1). Sociale geneeskunde is, zo schrijft Kerkhoff, eigenlijk nooit meer geweest dan een verzamelbegrip voor een conglomeraat van medische beroepsgroepen zoals jeugd- en bedrijfsartsen, die elk onder de vlag van dat begrip slechts zo goed mogelijk hun belangen hebben proberen te verdedigen. Hij meent dan ook dat het helemaal niet erg is dat deze beroepsgroepen hun eigen weg gaan en dat leerstoelen sociale geneeskunde aan de universiteiten verdwijnen. Het was immers altijd al een illusie te denken dat vakgebieden als bedrijfs-, jeugd- en algemene gezondheidszorg onder één noemer te brengen zijn.

### Vak of visie

Wanneer Kerkhoff zich de vraag stelt of de sociale geneeskunde nu een vak of een visie is, dan is in feite de vraag aan de orde of de sociale geneeskunde een wetenschappelijk vakgebied is met een duidelijk afgegrensd object. Het antwoord daarop is dat wanneer men de gynaecologie, chirurgie, interne geneeskunde en huisartsgeneeskunde als aparte wetenschappelijke vakgebieden beschouwt, de sociale geneeskunde evenzo als een apart wetenschappelijk vakgebied binnen de wetenschap geneeskunde gezien kan worden.

Een eerste belangrijk kenmerk van een wetenschappelijk vakgebied is te vinden in de omschrijving van *object* en *onderzoeksmethodiek*. Een goede omschrijving van de sociale geneeskunde als wetenschappelijk vakgebied, die ook recht doet aan de historische ontwikkeling van het vakgebied, is dat de sociale geneeskunde zich bezig houdt met de gezondheidsaspecten van gezondheidszorgbeleid, gezondheidsbeleid en/of beleid in algemene zin. Daarmee is aangegeven dat de sociale geneeskunde weliswaar tot de wetenschap geneeskunde behoort, ofwel put uit geneeskundige kennis, maar zich afgrenst van de huisartsgeneeskunde en de specialistische geneeskunde doordat ze zich niet zozeer met *zorg* alswel met *beleid* bezig houdt. Zo is immers ook de sociale geneeskunde in de vorige eeuw ontstaan: vanuit de betrokkenheid van geneeskundigen bij de gezondheidseffecten van het toenmalige sociaal-economische beleid (armoede, woon- en arbeidsomstandigheden). De voor de sociale geneeskunde kenmerkende reactie van deze geneeskundigen was niet zozeer om extra zorg te verlenen, maar om het beleid te beïnvloeden. Dat de sociale geneeskunde ook in onze tijd overigens niets aan actualiteit heeft ingeboet, bewijst de grote belangstelling van de Nederlandse overheid voor gezondheids- en gezondheidszorg beleid, ge-

tuige de recent uitgebrachte nota 2000. Deze nota, die het gezondheidsbeleid weer centraal stelt in het overheidsbeleid met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg, ademt een duidelijk sociaalgeneeskundige benadering.

Het onderscheid tussen zorg en beleid wordt in de Nederlandse sociale geneeskunde nogal eens verwaarloosd, hetgeen leidt tot verwarring onder sociaal-geneeskundigen over de taakopvatting. Zo is in de sociale geneeskunde een overmatige aandacht te bespeuren voor zorgvraagstukken als screening, welke eerder thuishoren bij de huisartsgeneeskunde (baarmoederhalskanker) of de specialistische geneeskunde (borstkanker), terwijl beleidsvraagstukken rondom bijvoorbeeld sociale ongelijkheid en gezondheid nog nauwelijks opgepakt worden. Ook in de discussie over het rapport Dekker is een opmerkelijke stilte in sociaalgeneeskundige kringen te bespeuren.

Het is in verband met gezondheids(zorg)beleid allang duidelijk dat niet alleen gezondheidsaspecten van belang zijn, maar ook economische, juridische, politieke, ethische en sociale aspecten. Alleen in directe samenhang met deze vakgebieden is een zinvolle bestudering van gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid mogelijk. Vandaar dat sociaalgeneeskundig onderwijs en onderzoek bijna altijd een interdisciplinaire aangelegenheid is geweest. Veel sociaalgeneeskundige vakgroepen hebben bovendien deskundigheid in huis gehaald van professionals die in bovengenoemde aspecten gespecialiseerd zijn, zoals medisch sociologen, gezondheidsjuristen en gezondheidseconomen. Daaruit moet overigens niet worden opgemaakt dat deze vakgebieden tot de sociale geneeskunde zelf zouden behoren.

Als vakgebied met een lange wetenschappelijke traditie heeft de sociale geneeskunde aan de bakermat gestaan van de ontwikkeling van belangrijke onderzoeksmethodieken in de geneeskunde, die later door de specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde overgenomen en aangepast zijn. Een voorbeeld daarvan is de epidemiologie: midden vorige eeuw tot ontwikkeling gekomen binnen de sociale geneeskunde als informatiebron ten behoeve van gezondheids- en gezondheidszorgbeleid, pas in de zesiger jaren op grotere schaal toegepast in klinisch onderzoek binnen de specialistische geneeskunde en eerst nu ontdekt als bruikbare onderzoeksmethodiek in de huisartsgeneeskunde.

### Theorieontwikkeling

Een tweede belangrijk kenmerk van een wetenschappelijk vakgebied is haar *theorieontwikkeling*. Er bestaat naar onze mening wel degelijk een lange wetenschappelijke traditie, waarbinnen de ontwikkelingen in de volksgezondheid en de samenleving met elkaar in verband worden gebracht en die ook nu nog zijn vertegenwoordigers kent. De ook door Kerkhoff genoemde artsen in de 16e eeuw ontwikkelden bijvoorbeeld een bloeiende epidemiologische onderzoekspraktijk, waarbij de vraag centraal stond hoe de grote volksziekten in die dagen werden voortgebracht door de vervuiling en het verval in de steden. Nauwkeurige beschrijvingen van de maatschappelijke toestanden waaronder de mensen leefden, lange reeksen van statistisch onderzoek en chemische en fysische analyse van bodem, water en lucht waren daarbij de wetenschappelijke hulpinstrumenten. Deze artsen maakten tevens duidelijk dat vooral "de mingevoede stand" het slachtoffer was van de "maatschappelijke ontwrichting" in de steden, die in hun ogen gepaard ging met een irrationele gezondheidspolitiek. Thorbecke wilde in 1865 met de instelling van een geneeskundig staatsrechtziektie verdere ontwikkeling van deze wetenschappelijke traditie bevorderen. De wetgeving was hier dus niet de *oorzaak* van het ontstaan van een wetenschappelijke discipline, zoals Kerkhoff stelt, maar juist het *gevolg* van vijftien jaar politieke en wetenschappelijke strijd.

Ook uit het begin van onze eeuw zijn voorbeelden te geven. De Duitse socialistische arts A. Grotjahn (1869-1931) heeft, zich zijn leven lang met succes ingespannen voor een consistente

theorie, met bijpassend onderzoek, over het verband tussen sociale verhoudingen en fysische omgeving enerzijds en volksgezondheid anderzijds (zijn zogenaamde Soziale Pathologie). Het is mede aan hem te danken dat geneeskundigen veel meer in termen van sociale klassen en groepen gingen denken. Direct en indirect is zijn invloed merkbaar op artsen die in Nederland na 1900de sociale sterfteverschillen onderzochten. Zij deden dit vanuit de gedachte dat kennis over en manipulatie van het natuurlijk en sociaal milieu de volksgezondheid in gunstige zin kon beïnvloeden.

Kerkhoff heeft, overigens wel gelijk dat deze onderzoekspraktijk in Nederland, anders dan bijvoorbeeld in Duitsland (leerstool sociale hygiëne), niet tot een academische discipline heeft geleid. Maar daarmee is naar onze mening meer gezegd over de boekhoudersmentaliteit van de ministers in die dagen dan over het wetenschappelijke gehalte van het onderzoek.

Het is in dit verband opmerkelijk dat Kerkhoff geheel voorbij gaat aan de bijdragen die *genreente-artsen* in het verleden aan de wetenschappelijke sociaal-medische theorie hebben geleverd. Zij waren het namelijk vooral die zich de vraag stelden welke collectieve maatregelen noodzakelijk waren om de sociale ongelijkheid van gezondheid op te heffen voor zover die samenhang met stedelijke infrastructuur. Juist de laatste jaren zijn de gemeentelijke gezondheidsdiensten weer actiever op dit punt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het recent verschenen rapport over sociale ongelijkheid in Amsterdam, en het op 20 november door de gezondheidsdiensten van Den Haag en Voorburg georganiseerde symposium "Een leefbare stad".

Of de onderzoeken en activiteiten van de laatste jaren zullen leiden tot een versterking van de theorievorming over het verband tussen maatschappelijke ontwikkelingen en volksgezondheid, moet worden afgewacht. Van verschillende kanten worden in ieder geval wel initiatieven in die richting genomen. Zeker is dat een dergelijke theoretische ontwikkeling een beter beheerst gezondheidsbeleid mogelijk maakt, bijvoorbeeld in de vorm van een zogenaamd facetbeleid. In dit verband is er ook wel voor gepleit om, in navolging van de milieu-effectrapportages, onderzoek te doen naar de haalbaarheid van gezondheidseffectrapportages bij het voorstellen van nieuwe wetgeving en maatregelen.

### Stimulering onderzoek

Uit dit betoog mag blijken dat de sociale geneeskunde een wetenschappelijk vakgebied is met een duidelijk object, een onderzoeksmethodiek en een respectabele theorievorming. De crisis van de sociale geneeskunde heeft dan ook niets te maken met haar bestaansrecht als wetenschappelijk vakgebied, maar eerder met door ons in voorgaande artikelen geanalyseerde interne en externe factoren: veranderende sociaal-economische omstandigheden, daarmee gepaard gaande veranderde vraagstukken van gezondheids- en gezondheidszorgbeleid en een sociale geneeskunde die wat betreft beroepsorganisatie en universitaire positie gemarginaliseerd is geraakt.

Wat zijn nu in antwoord op Kerkhoffs reactie de conclusies? Ten eerste bestaat er een lange traditie van wetenschappelijk onderzoek naar het verband tussen volksgezondheid en maatschappelijke omstandigheden waaronder mensen (moesten) leven. Die traditie was tot voor een aantal jaren bijna geruisloos aan het verdwijnen, maar herleeft nu weer enigszins. Ten tweede is het ondertussen wel zorgelijk dat de zojuist beschreven wetenschappelijke traditie een marginale plaats inneemt en dat op een moment dat de collectieve voorwaarden voor een goede gezondheid voor (een deel van) de bevolking steeds ongunstiger worden. En tenslotte moeten de sociaal-geneeskundige onderzoeks- en onderwijsfaciliteiten worden uitgebreid. Dat is alleen al nodig om de geneeskundigen en de medische wetenschapsbeoefenaars duidelijk te kunnen maken, dat zij slechts een zinvolle bijdrage aan de volksgezondheid kunnen leveren, wanneer hun praktijken gesteund worden door sociaal-medisch onderzoek en collectieve maatregelen die on-

rechtvaardige sociale verhoudingen, verloedering van stadsdelen en aantasting van het milieu beogen tegen te gaan. Als de geschiedenis van de geneeskunde iets leert, dan is het dat wel,

### Bronnen:

- 1) E. Houwaart: Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld? In: TGP (1986) nr. 4, 12-17. G. Bannenberg; De crisis in de sociale geneeskunde. In: TGP (1987) nr. 1, 51-55. A.H.M. Kerkhoff: Sociale geneeskunde is geen vak. In: TGP (1987) nr. 3, 45-47.
- 2) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987. B. Wijnberg en W. Jolinq: Ongelijkheid in gezondheid. In: Med. Contact (1987) nr. 28, 871-875.

## BOEKEN



### Het voorspelbare kind

*Micha de Winter*: Het voorspelbare kind. Swets & Zeitlinger; Lisse 1986.

Zal het in de toekomst nodig lijken steeds kleinere afwijkingen bij embryo's aantoonbaar te maken? En zal iedere abnormaliteit die kan worden aangetoond, hoe klein ook, tot abortus, genterapie of foetale chirurgie gaan leiden? Over dergelijke vragen valt alleen te speculeren, maar informatie over de manier waarop op dit moment met afwijkingen wordt omgegaan kan die speculaties wel gefundeerder maken. "Het voorspelbare kind", het proefschrift van Micha de Winter, bevat zulke informatie en probeert tegelijk het denken over afwijkingen open te breken. Onze samenleving is in de ban geraakt van het opsporen ervan, vindt De Winter. Screening moet, en is bovendien zo vanzelfsprekend en gewoon dat mensen het vaak niet eens meer als zodanig herkennen. Wie ziet bijvoorbeeld de indicatie "leeftijd" voor prenatale diagnostiek als een vorm van screening?

De Winter's boek heeft veel aandacht gekregen, vaak instemmend en soms afkeurend. Maar het verdient meer dan instemming of afkeuring: de problemen die erin worden besproken zijn zo belangrijk dat ze verder uitgespit zouden moeten worden.

"Het voorspelbare kind" gaat over het vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen (VTO). VTO staat voor een stelsel van voorzieningen dat erop gericht is afwijkingen zo vroeg mogelijk op het spoor te komen. Het screenen van grote groepen is daarbij een belangrijk middel. Tegelijk staat VTO voor een manier van tegen kinderen aankijken die De Winter "afwijkinggericht" noemt en die hem zorgen baart. Hij is niet tegen screening maar wil het van zijn vanzelfsprekendheid ontdoen, want, zegt hij, screening is geen waarheid maar een keuze.

Van verschillende kanten bestookt. De Winter dB ~

van VTO.. Om te beginnen laat hij zien dat met vroege opsporing professionele belangen zijn verbonden en dat het beleid bepaald wordt door strijd tussen verschillende groepen. Zowel hulpverleners als beleidsmakers zijn in onderlinge competentiestrijd verwickeld..

Een andere aamral is gericht op vooronderstellingen die aan VTO ten grondslag liggen. De Winter beschrijft invloedrijke ontwikkelingstheorieën waarin ontwikkeling wordt gezien als een proces dat volgens vaste wetmatige patronen verloopt: zaken als identiteit en seksualiteit wordt geacht via vaste fasen tot ontwikkeling te komen. Ontwikkeling is volgens die theorieën een individueel psychobiologisch gebeuren dat verstoord kan worden door ongunstige factoren; voorspellen en beheersen lijkt binnen zo'n visie mogelijk en nodig.

De Winter heeft verschillende bezwaren tegen dergelijke theorieën. Ze zijn, zegt hij, onjuist en gevaarlijk.. Onjuist zijn ze doordat ze ontwikkeling veel te veel voorstellen als een individueel bepaald psycho-biologisch proces. Dat veronderstelt.. een strenge scheiding tussen individu en gemeenschap. De Winter beschrijft daartegenover recente opvattingen van ontwikkelingspsychologen die ontwikkeling als een interactiefhistorisch proces zien, een benadering die hem veel juist lijkt. Wanneer kinderen zich ontwikkelen via interactie met de wereld om hen heen heeft ontwikkeling een meer open en minder voorspelbaar karakter.

Gevaarlijk zijn de modellen ook. Het beeld van kinderen als beheersbare natuurlijke mechanismen is een sterk historisch en cultureel bepaald ideaalbeeld van ontwikkeling. Maar doordat de theorieën de pretentie hebben algemeenengeldig, waardevrij en waar te zijn gaan ze functioneren als norm: zó en niet anders moeten kinderen zich ontwikkelen. Dit legt een zware last op de schouders van ouders.

Aan het gevaar en de onjuistheid van deze starre ontwikkelingsmodellen dreigt De Winter overigens soms onderling tegenstrijdige conclusies te verbinden. De onjuistheid leidt ertoe dat voorspellingen over kinderen heel vaak niet uitkomen, allerlei vroege diagnoses blijken weinig voorspellende waarde te hebben: "Over kinderlijke ontwikkeling kun je eigenlijk heel weinig voorspellen", zegt De Winter in een interview 1). Het gevaar dat de modellen als norm gaan werken kan een bijna tegengestelde consequentie hebben, namelijk dat ze zichzelf waarmaken: "Als we alles proberen te voorspellen, zelfs al in een prenatale fase, dan is het resultaat dat je totaal beheerste kinderlijke ontwikkeling kunt krijgen", zegt hij in hetzelfde interview. De theorieën falen dus jammerlijk en tegelijk maken ze zichzelf waar? Dat kan niet allebei waar zijn.

## Onzekere ouders

Maar ook als het streven naar beheersing zichzelf niet helemaal waarmaakt, is het gevaarlijk.. Dat brengt me op De Winter's derde aanval op de vanzelfsprekendheid van de opsporing van afwijkingen, die met de vorige samenhangt: VTO is een antwoord op onzekerheid, maar maakt mensen nog onzekerder.

In een uitgebreid historisch overzicht laat hij zien hoe screening langzamerhand de gezondheidszorg is binnengekomen als een nieuwe benadering: voor het eerst wachten artsen niet tot patiënten zich ziek melden, maar handelen ze op eigen initiatief. In de loop van de tijd zijn mensen daar niet alleen aan gewend geraakt; ze herkennen het vaak ook niet meer als zodanig. En ondertussen breidt het aantal screenings zich gestaag uit, met als meest opvallende jonge tak de prenatale screening. De Winter bespreekt een aantal voorbeelden van vroege screening: prenatale screening op chromosoomafwijkingen, op stofwisselingsstoornissen, op open neuraalbuisdefecten (spina bifida) en op bloedziekten, screening bij pasgeborenen op PKU (fenyktonurie), CHT (congenitale hypothyreoïdie) en cystic fibrosis, screening van jonge kinderen op gehoorstoornissen, visuele stoornissen en ontwikkelingsstoornissen. Aan alle vormen van screenen blijken niet alleen voordelen maar ook problemen verbonden te zijn. Zo is er bijvoorbeeld het probleem dat een fout-positieve uitslag van screening veel invloed kan heb-

ben binnen een gezin: zelfs als er niets aan de hand blijkt te zijn blijft vaak het idee bestaan dat er toch "iets" moet zijn. In discussies over voor- en nadelen van screening speelt dit soort moeilijkheden een grote rol. Maar andere vragen blijven helemaal buiten beschouwing, stelt De Winter; de vraag bijvoorbeeld welke betekenis, al dat speuren naar afwijkingen heeft in het leven van ouders en kinderen. Dat komt doordat screening altijd wordt geëvalueerd in termen van haar eigen logica, die een "zuiver instrumentale logica" is. Dat wil zeggen dat het doel om zoveel mogelijk deviantie te voorkomen, een basale vooronderstelling van screening, nooit ter discussie wordt gesteld. Die vooronderstelling hoort kennelijk tot de vanzelfsprekendheden van onze cultuur.

De Winter geeft een prachtig voorbeeld van het soort onderzoek waartoe die gevangenheid-in-vooronderstellingen aanleiding kan geven: in een psychologisch onderzoek naar de reacties op fout-positieve uitslagen gold als norm voor een volledige verwerking dat men de noodzaak van screening accepteerde en het risico van fout-positieve uitslagen aanvaardde! Het hoofdstuk bevat meer voorbeelden die een idee geven van de macht van de screeningslogica. Zo beschrijft De Winter dat het zware dieet dat PKU-patientjes moeten volgen om zwakzinnigheid te voorkomen tot grote psychische problemen kan leiden; de kinderen kunnen een obsessieve zin in verboden eten krijgen. Soms wordt het dieet om die reden vroegtijdig stopgezet: "een zekere mate van zwakzinnigheid acht men soms te verkiezen boven voortdurende psychische onrust en emotionele ontwikkelingsstoornissen" (p. 125). Bij deze informatie staat vermeld dat hij gebaseerd is op een "vertrouwelijke mededeling", en juist dat geeft te denken. Wordt zulke informatie niet opgeschreven maar alleen achter de hand gefluisterd? Bevinden we ons hier aan de grens van wat nog gezegd mag worden? De Winter vindt in ieder geval dat er een lacune in de discussie is: "welke vormen van zwakzinnigheid worden onacceptabel geacht, tegen welke prijs wil men ze voorkomen, en wat zijn de drijfveren hiertoe?"

Screening, stelt De Winter, is een antwoord op onzekerheid bij ouders. Maar screening heft de onzekerheid niet op: integendeel, ouders worden steeds onzekerder op hun "eigen terrein: het eigen welbevinden en de invulling van het ouderschap". De geschiedenis van een aantal ouderverenigingen laat bijvoorbeeld zien dat die ouderverenigingen weliswaar steeds meer aanzien en invloed kregen, maar dat de invloed van ouders in de verenigingen tegelijk afnam: deskundigen gingen vaker de bestuursposities bekleden. Dat betekent niet dat ouders een onbeduidende rol spelen in deze ontwikkeling. Ouders en hulpverleners zijn nu partners, samen gevangen in een tendens naar meer beheersbaarheid, en steeds meer voorkoming van afwijkingen. Er is dan ook een nieuw ouderschap ontstaan: het "wetenschappelijk ouderschap".

Ouders en deskundigen, onderworpen aan hetzelfde systeem, hebben elkaar nodig: ze moeten elkaar helpen afwijkingen op te sporen. In een kritiek op screeningsevaluaties geeft De Winter hiervan onbedoeld een mooie illustratie. Als een bepaald screeningsprogramma niet voldoet bij het opsporen van afwijkingen, dan kan het nog altijd goed zijn voor het verstevigen van de banden tussen ouders en hulpverleners, zo blijkt uit verschillende evaluaties. Op die manier zou screening dan een bijdrage leveren aan de optimalisering van VTO.. De Winter noemt dit terecht een ad hoc redenering, de banden tussen ouders en hulpverleners waren immers geen toetsingscriterium. Ondertussen duidt die redenering wel op een sfeer van een eendrachtige strijd van ouders en hulpverleners, of tenminste van het streven daarnaar.

## Onzekere moeders

De Winter's uiteindelijke diagnose luidt als volgt: "vroegtijdige onderkenning is een representatie van een modern "afwijkinggericht" cultuurpatroon, onder andere geïnspireerd door een instrumentele professionele logica. Het met alle middelen zoeken naar devianties bij kinderen. (of embryo's) vertegen-



Foto: Fons Klappe

woordigt een reële, te respecteren behoefte, anderzijds brengt dit het gevaar van moderne selectiemechanismen met zich mee: afwijkingen zijn niet langer verboden, maar ze zijn ongewenst, en moeten zoveel mogelijk worden opgespoord. Deze gedachtengang ontleent een belangrijk deel van zijn hedendaagse attractiviteit aan het ontbreken van alternatieven. In een samenleving, gebaseerd op solidariteit en onderlinge steun, zou deze instrumentele logica zeker minder kansen krijgen" (p. 222).

Met deze diagnose laat De Winter een bezorgdheid zien die denk ik een belangrijke achtergrond vormt van zijn aanval op de vanzelfsprekendheid van screening: ontstaat er bij gebrek aan solidariteit een heksenjacht op afwijkingen? Met name prenatale diagnostiek is een vorm van screening waar die heksenjacht tot ingrijpende selectie kan leiden. Het is een bezorgdheid die ik deel en dat maakt het verleidelijk ook automatisch mee te griezelen over de diagnose van het "afwijkingsgerichte cultuurpatroon" 2). Maar dat begrip roept toch ook tweede gedachten op. Afwijkingsgerichtheid, zo is de suggestie in de geciteerde paragraaf, is iets moderns en iets engs. Ja, maar wat is het eigenlijk? Waar komt het vandaan, wie lijdt eraan, en waarom? Dat blijft allemaal onduidelijk en daardoor ook blijft afwijkingsgerichtheid eigenlijk een ongrijpbaar en amorf iets, een soort spook dat boven onze cultuur zweeft. Het begrip "afwijkingsgericht cultuurpatroon" is, met andere woorden, wel heel suggestief, maar het is jammer dat De Winter er niet wat preciezer naar kijkt en het wat tastbaarder en aardser maakt.

Op sommige punten was het toch heel goed mogelijk geweest die afwijkingsgerichtheid minder spookachtig te maken. De Winter stelt bijvoorbeeld de belangrijke vraag waarom ouders zo onzeker zijn. Hij pleit ook voor nader onderzoek naar die vraag. Maar een voor de hand liggende manier om een begin te maken met een antwoord laat hij liggen door een blinde vlek die al eerder in een bespreking van het boek is geconstateerd: hij maakt geen onderscheid tussen vaders en moeders, maar heeft het steeds over "ouders" 3). Het belang van dat onderscheid lag des te meer voor de hand doordat De Winter zelf in een van zijn onderzoeken constateerde dat de ouders die consultatiebureaus bezoeken in overweldigende meerderheid moeders zijn. Hij behandelt dat echter niet als weinig verrassende doch veelzeggende informatie (het zijn primair moeders die de zorgen voor kinderen hebben) maar alleen als storend voor zijn onderzoeksopzet (hij kon de invloed van seks niet onderzoeken). Hij weet nu dus niet of consultatiebureaus bezøkende vaders gemiddeld even onzeker zijn als de moeders die daar komen. Maar hij weet wel dat er vooral moeders komen, en doet er niets mee. Mij lijkt het in verband met onzekerheid en afwijkingsgerichtheid wel degelijk van belang dat vooral moeders voor kinderen zorgen. Het maakt gerichtere analyse mogelijk. Zouden moeders van jonge kinderen niet speciaal onzeker kunnen zijn doordat ze vaak weinig contacten met andere volwassenen hebben en erg alleen staan in hun dagelijkse verantwoordelijkheden? Zouden vrouwen niet speciaal bang kunnen zijn voor afwijkende kinderen doordat ze weten dat de zorg ervoor hun hele leven zal kunnen overheersen? Zijn het dus niet speciaal vrouwen die in de praktijk belast zijn met de ethische opdracht een heksenjacht op afwijkingen te voorkomen? En wat betekent dat voor vrouwen die net bezig zijn uit hun keukens tevoorschijn te komen om meer aan het openbare leven mee te doen?

Door de seksneutraliteit van zijn betoog mist De Winter dergelijke invalshoeken om ons "afwijkingsgerichte" cultuurpatroon meer te verkennen als onderdeel van sociale betrekkingen. Zo'n "sociologisering" zou het begrip ongetwijfeld van een deel van zijn ethische suggestiviteit ontdoen: het zou minder slecht lijken, meer neutraal. Het zou tegelijk aardser en grijpbaarder worden: het afwijkingsgerichte cultuurpatroon zou onder andere wel eens te maken kunnen blijken te hebben met de maatschappelijke organisatie van de kindercare. Ik vraag me trouwens ook af of bij nadere beschouwing "afwijkingsgerichtheid" wel zo modern zal blijken te zijn. Voorkeuren voor normaliteit of perfectie zijn toch niet van vandaag of gisteren? Strekken niet eerder de middelen om ernaar te streven, zoals de biotechniek, zich over nieuwe gebieden uit, met alle ongekende consequenties van dien?

Het is niet verwonderlijk dat een te simpele diagnose ook leidt tot te simpele remedies. Voor zover die er zijn tenminste, want een van De Winter's grootste zorgen is juist dat er geen echt alternatief voor het "afwijkingsgerichte" cultuurpatroon bestaat. Ook zelf komt hij niet verder dan het noemen van de begrippen solidariteit en onderlinge steun. Uit die remedies blijkt overigens eens te meer de noodzaak het afwijkingsgerichte cultuurpatroon en haar alternatieven te sociologiseren. Wie moet er solidair met wie zijn? In een seksneutrale context klinkt een pleidooi voor solidariteit al gauw hetzelfde als CDA-pleidooien voor mantelzorg: de wonderschone taken dienen in de praktijk onbetaald verricht te worden door vrouwen, onze hoedsters van ethiek en warmte. Zo bedoelt De Winter het ongetwijfeld niet. Maar hoe dan wel?

## Suggestief

"Micha de Winter staat inmiddels bekend als het "Enfant terrible" van de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen", staat in een van de besprekingen van het boek te lezen; "hij heeft het gewaagd een proefschrift te schrijven waarin hij vraagtekens plaats bij de reputatie die deze tak van kindergeneeskundezorg zich inmiddels heeft verworven" 4). Deze opmerkingen suggereren dat het moed vereist om bij zo iets vanzelfsprekend goeds als vroegtijdige onderkenning twijfels te hebben. Dat lijkt wel te kloppen als je kijkt naar enkele reacties uit de hoek van de screeners zelf. De Winters boek lijkt als een aanval te worden ervaren, een aanval die bovendien niet goed te plaatsen is: hij zegt immers nooit dat hij tegen VTO is. De recensenten houden het op een verborgen agenda: "De Winter brengt via de gezondheidszorg een maatschappijvisie naar buiten. Hij maakt deze visie echter niet expliciet, maar gebruikt het "produkt" VTO ervoor" 5). Deze recensenten geven er daarmee blijk van dat VTO inderdaad maar met grote moeite ter discussie gesteld kan worden: wie het probeert wil misschien de maatschappij wel omverwerpen. Of de beroepsgroep ...

De vanzelfsprekendheid van het opsporen en voorkomen van afwijkingen betekent waarschijnlijk inderdaad dat er op dit moment eigenlijk geen overtuigende maatschappelijke alternatieven zijn. Vooral in verband met de vraag of er ergens grenzen zijn aan genetische techniek is dat griezelig; het maakt een boek als dit hard nodig. Dat de diagnose te suggestief is suggereert dan ook tegelijk dat er veel over deze zaken verder gedacht moet worden.

Cor van der Weele

## Noten

- 1) Cor Broekhoven: "Ongeremde groei VTO kan jeugdgezondheidszorg fataal worden." In: MGZ 14e jrg. no. 10; oktober 1986
- 2) "Afwijkingsgericht" is eigenlijk een ongelukkig gekozen term omdat er een anti-afwijkingsgezindheid mee bedoeld wordt. Iets als "afwijkingsonvriendelijk" zou duidelijker zijn geweest.
- 3) Joke van der Zwaard: "De screeners gescreend". In: Psychologie en Maatschappij, jrg. II no. 11.
- 4) Ronny Vink: "Vraagtekens bij vroegtijdige onderkenning". In: Klik, 1986, no. 12.
- 5) Constance Oudshoorn en [anny Holwerda: Reactie op het proefschrift van M. de Winter. In: De Psycholoog, XXII, 4 april 1987. Tevens: Jan Roosenschoon: "De Winter en de wetenschap". In: De Psycholoog XXII, 9 september 1987.





## Gaan of niet gaan?

**Guite HUISZIJJaap Kemkes (redactie)** Wel of niet gaan? Als gezondheidswerker naar de derde wereld. Wemos, Amsterdam, 1987. f 14,-.

De uitzending van Nederlandse artsen naar ontwikkelingslanden roept tegenwoordig veel discussie en emoties op. De eerste missie-artsen konden rekenen op onvoorwaardelijke morele steun en waardering voor hun pionierswerk onder de "arme inboorlingen". Tegenwoordig zijn er nog maar weinig milieus in Nederland, waar de tropenarts in spé er zo gemakkelijk vanaf komt. Bijna iedereen weet wel een mening te geven. Grofweg kan men vier soorten meningen onderscheiden: de paternalistische, de naïeve, de technocratische en de politieke.

*De paternalistische:* "de westerse koloniale invloeden verstoren de harmonieuze traditionele dorpsgemeenschap. Uit het westen geïmporteerde artsen, ziekenhuizen en medicijnen worden tot statussymbool en verdringen de eigen cultuur. Daarom is er geen plaats voor westerse artsen in deze landen."

*De naïeve:* "artsen zijn nodig om de grote nood van de arme, honger lijdende mensen in Afrika te lenigen. Misschien is het wel een druppel op een gloeiende plaat, maar we kunnen toch niet stil blijven zitten terwijl de mensen onder het oog van onze televisiecamera's sterven".

*De technocratische:* "gezondheidsproblemen zijn voor het merendeel op te lossen door medisch technisch ingrijpen. Infectieziekten kunnen voorkomen worden met vaccinaties, dan wel genezen worden met antibiotica. Geen kind hoeft meer dood te gaan aan diarree, als we maar genoeg voorlichting geven over orale rehydratie. Overbevolking pakken we aan met grootscheepse campagnes ter bevordering van het gebruik van anticonceptiva".

*De politieke:* "gezondheidsproblemen in de derde wereld zijn afgeleid van het probleem van de armoede. Het is daarom essentieel, dat de aandacht primair gaat naar het wegnemen van de oorzaken van die armoede". Sommigen concluderen op grond van deze politieke mening, dat westerse gezondheidswerkers niet kunnen bijdragen aan de gezondheid van de allerarmsten in de "overlevingsmaatschappijen" van de derde wereld en vaak zelfs een averechts effect sorteren. In andere woorden geneeskundige hulp aan ontwikkelingslanden moet worden gestaakt. Anderen concluderen op grond van dezelfde overtuiging, dat westerse gezondheidswerkers gezondheidsproblemen kunnen gebruiken als middel om de armsten bewust te maken en te organiseren om zich samen sterk te maken om de werkelijke (politieke en economische) oorzaken van hun ongezondheid aan te pakken.

De WEMOS (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking) heeft een discussieboekje samengesteld onder de titel "Wel of niet gaan". In deze map verwoorden gezondheidswerkers hun beweegredenen om al dan niet in een ontwikkelingsland te gaan werken. Verder bevat de map achtergrondartikelen over medische ontwikkelingssamenwerking en de relatie tussen gezondheid, politiek en onderontwikkeling. De bovengenoemde meningen vindt men terug in zowel de persoonlijke verhalen als in de achtergrondartikelen.

Mijn eigen overwegingen om eerst als medisch toerist en later als stagiaire en ontwikkelingswerker in Afrika te gaan werken, laat ik maar achterwege omdat zij niet wezenlijk zouden bijdragen aan de volledigheid van deze map. Maar er moet me wel iets van het hart. Vaak wordt de discussie over de ethische aspecten van medisch ontwikkelingswerk te eenzijdig vanuit het Westen gevoerd. Het is goed om dit in gedachte te blijven houden bij het lezen van deze map. In extremo leidt dit tot bevoogding van het soort: "Nee, vaccinaties zijn niet goed voor jullie, omdat het jullie traditionele leefwijze verstoort.", of:

"Nee, jullie krijgen geen dokter van ons, omdat jullie je eerst maar eens politiek moeten organiseren". De houding van een bekerende missionaris, verschilt niet wezenlijk van die van de huidige ontwikkelingswerker, die zijn ontwikkelingsstrategie komt preken, zonder te luisteren naar de wensen van de mensen in het ontwikkelingsland.

Gezondheidswerkers, die voor de keuze staan om al dan niet als stagiaire of ontwikkelingswerker in de Derde Wereld te gaan werken, kunnen zich verheugen in deze ruime belangstelling voor de ethiek van medische ontwikkelingssamenwerking. De discussieboekje "Wel of niet gaan?" is goed leesbaar en vertolkt een verscheidenheid aan meningen. Helaas moeten daarentegen de huisarts uit geëigend milieu, die zijn praktijk uitoefent in een arbeiderswijk, en de ongelovige wijkverpleegster, die in een gereformeerd dorp werkt, het nog steeds stellen zonder discussieboekje.

*Theo Vos*



## Adviesorganen

**Rielaard Janssen, Paul Koeken en Jan van der Made (redactie)**, Externe adviesorganen in de gezondheidszorg, het grijze circuit belicht. Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1987. ISBN 90352.1197.9. Prijs f 37,50.

Het aantal adviesorganen in de gezondheidszorg is groot. Alleen al op landelijk niveau functioneren er vierendertig, terwijl ook op provinciaal en gemeentelijk niveau vele adviserende raden en commissies in meerdere of mindere mate actief zijn. Een kleine tien jaar geleden werd het totale aantal adviesorganen geschat op maar liefst honderddertig. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat dit aantal in de loop der jaren is verminderd, integendeel.

De belangstelling voor deze adviesorganen neemt duidelijk toe, ook in de literatuur. In dit verband kan worden gewezen op "de prijs voor gezondheid" onder redactie van L.J. de Wolff (over het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, de voorganger van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) en "Spanningen in de gezondheidszorg" van de hand van H. Festen (over de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de voorloper van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid). Zie over deze laatste uitgave mijn recensie in dit tijdschrift (TGP 1986, nr. 4, p. 54-55). Daarnaast bevatten ook de (schaarse) algemene boeken over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg doorgaans wel een hoofdstuk over de taak, samenstelling en positie van de belangrijkste adviesorganen.

"Externe adviesorganen in de gezondheidszorg" onder redactie van Richard Janssen, Paul Koeken en Jan van der Made, is voor een deel het verslag van de studiedag, die op 19 november 1986 in Maastricht werd gehouden onder de titel "Het grijze circuit": Grijze moet hier niet worden opgevat in ongunstige zin. Het is, als menging van zwart en wit, bedoeld als metafoor voor de intermediaire positie die deze adviesorganen, met kenmerken van zowel overheid als maatschappelijke organisaties, innemen. Om deze intermediaire positie aan te duiden blijken overigens veel termen in omloop te zijn. Ik noteerde: moderne publieke sector, quasi-non-gouvernementele organisaties (quango's), para-gouvernementele organisaties, para-overheid, niet-staatelijke politieke organisaties, para-statale organisaties en het maatschappelijk middenveld.

Na de inleiding, waarin onder andere een kort overzicht wordt gegeven van de diverse voorstellen die de afgelopen vijf-

tien jaar zijn gedaan ter verbetering van de adviseringsstructuur, volgen drie theoretische opstellen. N.A.A. Baakman (verbonden aan de Produktgroep Bestuurs- en Bedrijfswetenschappen van de Open Universiteit) constateert dat allerlei beleidsdoelstellingen zoals privatisering, deregulering van overheidsregelingen en terugdringing van de collectieve lasten vooronderstellen dat er een wezenlijk onderscheid bestaat tussen overheid en maatschappij, zodat het inderdaad verschil uitmaakt of een taak bij de een dan wel bij de ander berust. Volgens hem is praten over de verhouding overheid-maatschappij alsof dat tegengestelde, elkaar uitsluitende sferen zouden zijn echter pure ideologie. Op deze *valse tegenstelling* steunt de politieke macht van vele instellingen in de gezondheidszorg. Inzicht in de werkelijke status van alle betrokken organisaties is noodzakelijk als men hun politieke macht zou willen slechten.

L.J. de Wolff (adviseur voor organisatie en communicatie) beschrijft de politieke situatie met behulp van de termen *corporatisme* en *étatisme*, zoals hij dat al eerder heeft gedaan, bijvoorbeeld in "De prijs voor gezondheid" (p. 219-235). Tot het midden van de jaren zeventig, de periode van het corporatisme, zorgden de maatschappelijke organisaties voor vernieuwing en verandering' waren de verantwoordelijkheden van de overheid en de maatschappelijke organisaties niet duidelijk gescheiden en hadden alle partijen uiteindelijk voordeel bij het overleg. In zo'n politieke constellatie zijn adviesorganen heel vanzelfsprekend. Het corporatisme heeft echter plaats gemaakt voor het étatisme, waarin niet wordt *overlegd*, maar *onderhandeld*. Wat de één krijgt, gaat ten koste van de ander. Initiatieven gaan vooral uit van de overheid en de verantwoordelijkheden zijn zoveel mogelijk gescheiden. De belangtegenstellingen die nu tot uitdrukking komen maken adviesorganen heel wat minder vanzelfsprekend. De negatieve houding ten opzichte van adviesorganen' die hieruit voortvloeit, vindt De Wolff een gevaarlijke ontwikkeling. Adviesorganen vervullen de functie van "makelaar" tussen overheid en maatschappij en juist ten tijde van het étatisme is deze functie van het grootste belang. Aan de hand van de inzichten van de speltheoreticus Axelrod laat hij zien dat ook bij tegengestelde belangen samenwerking mogelijk is en dat deze samenwerking uiteindelijk aan alle partijen het meeste voordeel biedt.

J.G.A. van Mierlo (verbonden aan de vakgroep Algemene Economie van de Rijksuniversiteit Limburg) wijst op de *politieke dubbelrol* die de maatschappelijke organisaties in de gezondheidszorg vervullen. Aan de ene kant beïnvloeden zij het besluitvormingsproces en kunnen zij worden beschouwd als pressiegroepen. Aan de andere kant nemen zij bindende beslissingen voor de samenleving en nemen als zodanig de rol van de overheid geheel of gedeeltelijk over. Daarbij is vaak niet duidelijk waar het één ophoudt en het ander begint. Van Mierlo gaat bij de beschrijving van het gedrag van adviesorganen uit van de overgang van corporatisme naar étatisme, zoals beschreven door De Wolff. Onder het corporatisme waren alle adviezen gericht op verhoging van de uitgaven, terwijl adviesorganen nu, in de periode van het étatisme, proberen bezuinigingen zoveel mogelijk te voorkomen en de schade van deze bezuinigingen voor de gezondheidszorg zo klein mogelijk te houden.

Anders dan De Wolff meent Van Mierlo dat adviesorganen aan belang hebben ingeboet. Hij pleit voor invoering van marktmechanismen in de gezondheidszorg, zodat de band tussen "beslissen, genieten en betalen" weer wordt hersteld. In een gezondheidszorg die niet door planning, maar door de markt wordt gereguleerd is voor adviesorganen slechts een beperkte rol weggelegd.

Na dit "theoretische" eerste deel volgt een tweede deel waarin de vijf belangrijkste adviesorganen in de gezondheidszorg achtereenvolgens de revue passeren: de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), die adviseert over de structuur, de uitvoering, de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg, als mede over de uitvoering van de gezondheidszorgwetgeving; het College voor Ziekenhuisvoorzienin-

gen (CVZ), dat adviseert over de uitvoering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen; het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG); de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad is een louter wetenschappelijk adviesorgaan en wijkt af van de overige adviesorganen, waarin steeds vertegenwoordigers van belangenorganisaties zijn opgenomen. Verder moet worden opgemerkt dat voor de Ziekenfondsraad en het COTG het uitbrengen van adviezen maar een klein onderdeel van de taak betreft. Zeker het COTG kan eigenlijk nauwelijks als een adviesorgaan worden beschouwd, nu ongeveer 95% van de werkzaamheden van dit college bestaat uit de goedkeuring of vaststelling van tarieven en het vaststellen van richtlijnen ten behoeve van de tariefbeoordeling.

Vier van de vijf onderdelen zijn geschreven door de secretaris van het betreffende adviesorgaan. Elk hoofdstuk bevat min of meer dezelfde ingrediënten: een beschrijving van de taak en de samenstelling van het adviesorgaan, een historisch overzicht, een beoordeling van positie en functioneren en een blik op de toekomst. Over het algemeen oordelen de auteurs positief over het functioneren van het door hen beschreven adviesorgaan.

Het boek wordt afgesloten met een bijdrage van Richard Janssen. Hij gaat onder andere na wat de consequenties van de voorstellen van de Commissie Dekker zijn voor de adviesstructuur in de gezondheidszorg. Deze commissie heeft gepleit voor het *opheffen* van het COTG, het CvZ en de Ziekenfondsraad, maar of dit gedeelte van het rapport door de regering zal worden overgenomen, is nog maar de vraag. Janssen wijst er op dat de machtsposities, die de verschillende belangengroepen binnen de adviesorganen innemen, mede de uitkomst van het politieke proces zullen bepalen.

Zoals gezegd is "Externe adviesorganen in de gezondheidszorg" voor een deel het verslag van een studiedag en dit heeft zijn sporen nagelaten. Met name de theoretische bijdragen zijn onvoldoende op elkaar afgestemd. Deze bijdragen worden verder gekenmerkt door een soms iets te luchtige verteltoon. Storend is af en toe het gebruik van meestal overbodig - jargon, vooral bij Van Mierlo. Mijn grootste bezwaar tegen het theoretische deel is echter dat overwegend in algemene termen wordt ingegaan op de verhouding tussen overheid en maatschappelijke organisaties. Er wordt weinig gezegd over specifiek met advisering samenhangende kwesties zoals bijvoorbeeld de binding van zowel de overheid als de maatschappelijke organisaties aan de adviezen, de verhouding tussen de vertegenwoordigers in de adviesorganen en hun achterban, de onderlinge verhouding tussen adviesorganen en de gevolgen van de rechtstreekse contacten die de overheid met voorbijgaan aan de adviesorganen steeds meer met de maatschappelijke organisaties lijkt te willen onderhouden (denk aan de afspraken die met de huisartsenorganisatie LHV werden gemaakt over de tarieven, waarbij het COTG volledig buitenspel stond). De analyse van het "grijze circuit" blijft daardoor wel erg globaal. Soms is het verband met het onderwerp ver te zoeken: een uitgebreid pleidooi voor meer marktwerking hoort volgens mij in een boek over adviesorganen in de gezondheidszorg niet thuis.

Meer ter zake zijn de bijdragen in het tweede gedeelte van het boek. Ze zijn geschreven door insiders en geven in kort bestek een goed beeld van de verschillende adviesorganen. Ook proeft men wat van de sfeer die in zo'n adviesorgaan kan hangen. Zo schrijft Kasdorp naar aanleiding van het advies dat de NRV over het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1985 uitbracht en waarin een andere verdeling van de financiële middelen werd bepleit: "Voor de ene partij betekende dat een vermindering, voor de andere een verruiming van middelen. Met veel moeite waren alle partijen daarmee accoord gegaan. Vervolgens werden de voorgestelde bezuinigingen door het ministerie overgenomen, maar de voorgestelde uitbreiding van middelen niet. Dan leer je het snel af om de braafste jongen van de klas te willen zijn. In het volgende advies werd alleen nog maar om uitbreiding van de middelen gevraagd" (p. 103).

"Externe adviesorganen in de gezondheidszorg" is mijns inziens niet in alle opzichten even geslaagd, maar het biedt een over het algemeen goed leesbaar overzicht voor iedereen die zich wil oriënteren op dit interessante onderwerp.

JosDute



## Choice or Chance

**H.H. Blatt:** America's health in the balance. Choice or chance? Harper & Row, New York, 1987, 252 blz., f 18.95.

Met de bekendmaking van het regeringsstandpunt over het rapport Dekker raakt de discussie over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg langzamerhand in een beslissend stadium. Daarmee wordt, althans voorlopig, het pessimisme toegesproken van critici die van mening waren dat een oplossing van deze discussie binnen de versterde verhoudingen van de Nederlandse gezondheidszorg niet meer mogelijk zou zijn. Het rapport Dekker blijft, hoewel gehavend, overeind in het regeringsstandpunt. Het kan gezien worden als een compromis tussen de lobby van de economen, die meer marktwerking in de gezondheidszorg voorstaan, en die van de planners op het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, die vasthouden aan planning van de gezondheidszorg door de overheid. Deze laatste visie leek de laatste tijd juist succes te gaan opleveren: kostenbeheersing van de gezondheidszorg begon middels de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) vruchten af te werpen en de planning van de zorg zou via de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg* (WVG) gerealiseerd gaan worden. Maar de prijs van toenemende overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg bleek politiek gezien toch te groot. De WVG ging in de ijskast en ook een afgezwakte versie, de *Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening* (WGM) haalde het niet. Gebruik makend van deze politieke patstelling stelden economen introductie van marktwerking voor als alternatief voor planning en kostenbeheersing van de gezondheidszorg. De geest was uit de fles. Op congressen en symposia die volgden lanceerden met name economen en directeuren van ziekenfondsen en grote ziekenhuizen de meest uiteenlopende ideeën met marktwerking als uitgangspunt: privatisering, commercialisering. *Health Maintenance Organisations* (1) en *Diagnosis Related Groups* (2). In het kielzog van deze ontwikkeling zagen zelfs grote investeerders als Vindex nieuwe markten in het verschiets. De ogen werden gericht op de Verenigde Staten, omdat daar reeds uitgebreide ervaring met marktwerking in de gezondheidszorg bestaat. Maar wat zijn de ervaringen met zo'n systeem eigenlijk in dat land?

### Tweeklassensysteem

Zeer recentelijk verscheen een evaluatie van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten van de hand van H.H. Hiatt. Hiatt is als hoogleraar verbonden aan zowel de *Medical School* als de *School of Public Health* van Harvard. Hij is in zijn land een vooraanstaand publicist op het gebied van gezondheidszorgbeleid, daarnaast is hij als wetenschapper goed bekend met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de geneeskunde. De ondertitel van het boek, keuze of toeval, geeft het centrale thema van zijn betoog aan: moet de richting van de gezondheidszorg bepaald worden door planning of overgelaten worden aan marktwerking.

„Systeem” is een verkeerde term. De gezondheidszorg voor Amerikanen wordt gevormd door een lappendeken van voor-

zieningen. Sommige overlappen, sommige zijn overbodig, sommige zijn gescheiden door gapende kloven.”<sup>3)</sup> Zo begint Hiatt zijn uitgebreide analyse van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. De kosten van de gezondheidszorg in dat land zijn gestegen van 13 miljard dollar in 1950, 4,4 procent van het BNP, tot maar liefst 387 miljard dollar in 1984, ofwel 10,6 procent van het BNP. Ter vergelijking: de kosten van de gezondheidszorg bedragen in Nederland op dit moment 8,4 procent van het BNP. Goedkoper kan de gezondheidszorg in de Verenigde Staten dus zeker niet genoemd worden. Deze stijging wijt Hiatt onder andere aan de structuur van het financieringssysteem: particuliere ziektekostenverzekeringen en alleen een beperkte collectieve ziektekostenverzekering voor ouderen en de minst draagkrachtigen. Dit systeem legt nauwelijks beperkingen op aan de voortgaande uitbreiding van gezondheidszorgvoorzieningen, het grote overschot aan artsen en de praktijk van hoge schadeclaims.

Ondanks deze hoge kosten is de gezondheidszorg in de Verenigde Staten verre van effectief: "Ondanks geleidelijke verhogingen in uitgaven voor de gezondheidszorg en de beschikbaarheid van de meest geavanceerde technologie voor misschien 85 procent van de bevolking hadden in 1986 bijna 37 miljoen Amerikanen noch een particuliere ziektekostenverzekering noch een overheidsvoorziening. Sommigen met mogelijk te genezen gezondheidsproblemen laat men sterven omdat ze niet kunnen betalen voor hun behandeling. De verschillen zijn groot tussen de gezondheid van de armen en de rijken. De kindersterftecijfers voor zwarte babies zijn twee keer zo hoog als die voor blanke; arme mensen sterven eerder aan kanker, harten vaatziekten en andere ziekten." Op grond van deze analyse spreekt Hiatt van een tweeklassensysteem in de gezondheidszorg. Niet alleen zijn er belangrijke verschillen in gezondheid, maar ook de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is voor grote groepen van de bevolking sterk ingeperkt. Dit leidt in extremo tot het schrijnende verschijnsel van het "dumpen" van patiënten. Ook stellen mensen op grote schaal een medisch noodzakelijke behandeling uit tot het niet anders meer kan; vervolgens moeten ze een beroep doen op de eerste hulp van de grote ziekenhuizen. De kosten van de gezondheidszorg worden door deze gebrekkige toegankelijkheid alleen maar opgejaagd, aldus Hiatt.

### Planning als alternatief?

Hiatt maakt in zijn boek een vergelijking tussen de gezondheidszorg in de Verenigde Staten en Canada. Deze vergelijking is daarom zo interessant omdat beide landen lange tijd exact hetzelfde gezondheidszorgsysteem hebben gekend, maar Canada eind jaren zestig een geheel andere weg is ingeslagen. In de provincie Saskatchewan werd met succes geëxperimenteerd met een allesomvattende regionale ziektekostenverzekering, waarbij de provinciale overheid de verantwoordelijkheid voor de planning van de gezondheidszorg op zich nam. Daarop werd besloten dit experiment om te zetten in een nationale ziektekostenverzekering. Terwijl de gezondheidszorg nu voor iedereen vrij toegankelijk is, bleken de kosten veel lager uit te pakken dan in de Verenigde Staten. Overigens bleken óók de administratieve kosten in het Canadese planningssysteem een stuk lager te zijn dan in het systeem van marktwerking in de Verenigde Staten.

Hiatt is duidelijk gecharmeerd van de sterke kanten van het Canadese gezondheidszorgsysteem. Aan het slot van zijn boek geeft hij een blauwdruk voor een nieuw gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten, opgesteld door een groep vooraanstaande leden van Harvard University, waarin belangrijke elementen uit het Canadese systeem zijn opgenomen. Interessant is verder dat hij in zijn voorstellen vraagt te zetten bij een aantal ideeën die door economen zijn geopperd om te schaven aan het systeem van marktwerking. Zo zegt hij over *Diagnosis Related Groups* dat het niet te vroeg is om te stellen dat het systeem van DRG's enkele negatieve effecten heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Ook over *for-profit*, ofwel het toestaan van winst oogmerk voor gezondheidszorginstellingen, is hij erg

terughoudend: "Bezien moet echter nog worden of for-profit-ziekenhuizen meer economisch zullen blijken. Sommige berichten geven aan dat hun tarieven niet afwijken van die van non-profit ziekenhuizen, Inderdaad, een onderdeel van hun "efficiëntie" is een vorm van economische weging: ze sluiten vaak onvermogene patiënten uit en elke verzekerde patiënt wiens behandeling meer zou kosten dan vergoed zou worden door de verzekeraars, "

In Hiatt's boek zijn geen revolutionaire ideeën te vinden. Wel is het een heldere analyse van het gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten van een publicist die het systeem vanuit zijn professionele achtergrond door en door kent. Het is bedoeld als een ondersteuning voor de lobby voor een nationale ziektekostenverzekering in de Verenigde Staten. In die zin is deze analyse echter ook zeer actueel voor de Dekker-discussie over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. In de V.S. bestaat uitgebreide ervaring met ver doorgevoerde marktwerking in de gezondheidszorg. De onevenwichtige ontwikkeling en de gebrekkige toegankelijkheid van de gezondheidszorg in dat land doet critici niet bepaald warm lopen voor de planningseffecten die van zo'n systeem uitgaan. Hiatt wil niet verder gaan dan beperkte marktmechanismen tussen verzekeraars, beroepsbeoefenaren en instellingen, mits in het kader van een regionale planning en een nationale of regionale ziektekostenverzekering voor iedereen. Deze laatste randvoorwaarden dienen door de overheid vastgesteld te worden. Hiatt: "Onze gezondheidszorgmiddelen overeenkomstig onze waarden en tevens efficiënter benutten, vereist nog een basale beslissing: we moeten besluiten of we bereid zijn het beheer op ons te nemen van onze gemeenschappelijke middelen",

GUDS Banneberg

#### Noten:

- 1) Health Maintenance Organisations (HMO's) zijn particuliere ziektekostenverzekeraars die zelf gezondheidszorginstellingen beheren en/of beroepsbeoefenaren in dienst hebben.
- 2) In een systeem van Diagnosis Related Groups (DRG's) krijgen gezondheidszorginstellingen een vaste vergoeding op basis van de gestelde diagnose i.p.v. de gedane verrichtingen.
- 3) Vertaling GB.



## Beheersing van de gezondheidszorg

### Boekbespreking

CA. Grünwald: Beheersing van de gezondheidszorg VUGA, Den Haag, 1987.

"De overheid moet zich onthouden van directe en gedetailleerde regelgeving. Zij moet zich beperken tot het aangeven van globale financiële doelstellingen en de uitwerking daarvan -in overleg- aan anderen overlaten. Het beheersingsvraagstuk zal een probleem blijven. Een reguleringsprincipe dat aansluit bij het karakter van de gezondheidszorg is nog niet gevonden",

Tot deze wat sombere conclusie komt Christa Grünwald op basis van haar onderzoek naar de pogingen van de overheid de gezondheidszorg te beheersen in de periode 1960-1986. Na een inleidend hoofdstuk waarin ze onderbouwt dat het met de zo

desastreus geachte kostenstijging wel meevalt. (en dat de oorzaken ervan hoofdzakelijk buiten de sector gezondheidszorg gezocht moet worden) werkt ze als volgt naar die conclusie toe,

Als eerste stap analyseert Grünwald de eigenschappen van het te beheersen gebied: in 30 pagina's vergelijkt ze de structurele, technologische en culturele kenmerken van de gezondheidszorg met die van onze "moderne" (westerse, hoogontwikkelde) samenleving. Ze maakt daarbij duidelijk dat de gezondheidszorg als systeem een afspiegeling is van de maatschappij en vindt dat dit systeem uiterst ingewikkeld en onoverzichtelijk is. In haar terminologie: De structuur van de gezondheidszorg is hypercomplex. Er is sprake van fragmentatie. Een bestuurlijke hiërarchie ontbreekt. Er is een grote dynamiek van ontwikkelingen",

Op basis daarvan concludeert zij dat het gezondheidszorgsysteem als een *evolutionair systeem* kan worden aangeduid: "de ontwikkelingen worden in sterke mate bepaald door een onvoorspelbare interactie van factoren van verschillende aard, met onverwachte aspecten" (p.67). De richting waarin het systeem zich ontwikkelt is dan ook niet *doelrationeel*; dat wil zeggen dat niet naar één of meerdere doelen wordt toegewerkt. Veeleer is sprake van een complex geheel van subsystemen welke zich aanpassen aan elkaar en aan buiten het systeem gelegen factoren (*systeemrationaliteit*). Een dergelijk systeem is niet op de gebruikelijke manier van buitenaf te sturen: "Interventie van buitenaf betekent ingrijpen in een causaal veld, waarbij het resultaat sterk afhankelijk is van factoren die men niet in de hand heeft dat maakt de kans op een gering succes en onbedoelde neveneffecten groot" (p.68),

Ook de overheid is volgens Grünwald een complex systeem. Bij het overheidsbeleid zijn veel instanties betrokken. De afstemming van ideeën en handelen van deze instanties is gebrekkig en het instrumentarium om te kunnen beheersen beperkt. Een teveel aan regels werkt al gauw dysfunctioneel. In bestuurlijk opzicht is de gezondheidszorg verbrokkeld; bovendien sluiten de doelstellingen van het beheersingsbeleid niet aan bij de dominerende waarden van het zorgveld

Alsof dit nog niet genoeg is blijkt ook het *beleidsproces* complex. De vele niveau's en organen zorgen voor misverstanden, onduidelijkheden en zelfs het ontstaan van "vijandbeelden",

De condities voor een actief en sterk sturend overheidsbeleid zijn dus slecht. Overheidsbeleid dat niet met deze gegevenheden rekening houdt is gedoemd te mislukken,

Grünwald's tweede stap is een beschrijving van het gevoerde beheersingsbeleid. Drie "ideaal-typen" of modellen van beheersingsbeleid vormen het analysekader:

- een bestuurscentralistisch model. Beleid en planning van het gewenste produkt staan centraal, Sturing geschiedt door middel van wet- en regelgeving,
- een interactie model. Beleid is een samenspel van overheid en 'samenleving, Consensus staat centraal, de overheid plant het proces daartoe,
- een evolutionair model. De overheid beperkt zich tot het scheppen van condities die een gewenste ontwikkeling stimuleren, Planning is mogelijk in de vorm van prognoses of scenario's,

Bijna 100 pagina's besteedt Grünwald aan een beschrijving van pogingen van de overheid de gezondheidszorg te herstructureren en te laten bezuinigen. Haar kritiek is niet mals. De overheid hanteerde aanvankelijk een sterk bestuurscentralistisch model. Uit het voorgaande valt af te leiden dat dat niet "kan"; de condities voor een dergelijke aanpak ontbreken. En de overheidsapparaten werkten nog slecht ook. Grünwald citeert een departementale medewerker: "Soms leggen wij bevindingen dat iets niet werkt vast in notities, maar die komen niet altijd tot de ambtelijke of bestuurlijke top, omdat diegenen, die het moeten doorgeven, zelf de desbetreffende regelingen hebben geadviséerd" (p.209). Ongewenste effecten van maatregelen worden liever met extra maatregelen gecompenseerd.

Grünwald is wel voor meer marktelementen en zelfregulatie in de gezondheidszorg. Toch heeft ze ook haar bedenkingen: de

overheid blijft volgens haar de meest aangewezen instantie om te beheersen. De markt is een geschikt reguleringsmechanisme voor het economisch systeem; zonder beperkingen toegepast binnen de gezondheidszorg "...doet men afstand van grote humanitaire verworvenheden ..." (p.238). De overheid kan wat haar betreft wel marktprocessen nabootsen; bijvoorbeeld door financiële kaders vast te stellen voor de aanbodkant en door beloningen voor wie binnen deze kaders blijft. Voor de patiënt denkt Grünwald aan "een soort bonus/malus-regeling en eigen bijdragen voor behandelingen met een beperkte noodzaak" (p.238).

De vraag is natuurlijk of een *beetje* markt niet een *beetje* "afstand doen van grote humanitaire verworvenheden" en daarmee al teveel van het slechte is. Een vraag waar op we op dit moment alleen morele antwoorden kunnen geven. Grünwald geeft volmondig toe dat er in binnen- noch buitenland ervaring is met het bewust hanteren van het evolutionaire model. Wat zowel in het boek als in deze bespreking met een weids woord „systemrationaliteit" genoemd wordt is niets meer dan een etiket voor processen waar we nog vrijwel niets van weten. Het pleidooi voor iets meer marktachtige elementen wordt daarmee wat modieus. Het staat bovendien nogal vreemd als iemand op basis van wetenschappelijk onderzoek dergelijke maatregelen suggereert en in één adem zegt dat de uitwerking daarvan op de patiëntenzorg moeilijk voorspelbaar is.

Al met al is het een wat tweeslachtig boek. Aan de ene kant is het de neerslag van iemand die (vanuit de positie van medewerkster bij het Nationaal Ziekenhuis Instituut) jarenlang intensief bezig is geweest met ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dat heeft een boeiende beschrijving opgeleverd over die ontwikkelingen, vanuit een overvloed aan materiaal. Ook zegt Grünwald behartenswaardige dingen over de rol van respectievelijk de overheid en de wetenschap in de gezondheidszorg. Aan de andere kant is het ook een proefschrift. Dit betekent: een overzicht van de wetenschappelijke theorievorming en de toetsing van hypothesen. Het theorie-hoofdstuk is relatief leesbaar, hoewel ik denk dat het niet-sociale wetenschappers moeite zal kosten. De hypothesen zijn naar mijn gevoel nogal kunstmatig: ze zijn rijkelijk vaag, soms zijn het "open deuren" en ze maken de indruk, dat ze pas in de loop van het onderzoek zijn geformuleerd. Als in de handelseditie deze "wetenschappelijke vormvereisten" achterwege gelaten waren, dan had dat een prettiger leesbaar boek opgeleverd.

Toch meen ik dat dit boek het lezen zeker waard is. Drie lessen kunnen er wat mij betreft uit worden getrokken: Een actieve opstelling van de overheid heeft weinig zin zolang deze overheid intern nog zo hopeloos verdeeld is. Meer onderzoek naar hoe ontwikkelingen in de gezondheidszorg verlopen is dringend gewenst. En tenslotte (voortlopend op dat onderzoek) moeten pogingen om de gezondheidszorg beter beheersbaar (in de zin van stuurbaar) te maken gericht zijn op veranderingen van de aard van het gezondheidszorgsysteem. Dit komt neer op een pleidooi voor structuurwetgeving.

*Marcel Post*



# KORT & GOED

## Wel bekwaam - niet bevoegd

"Wel bekwaam - niet bevoegd". Veel leden van Het Beterschap, belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgden, bellen om informatie over medisch handelen door verpleegkundigen en de consequenties daarvan. Het Beterschap heeft daarom alle informatie nog eens op een rijtje gezet in een brochure "Beroepsverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden". De prijs van de brochure is f 10,- (inclusief portokosten) voor leden van de vereniging en f 15,- voor niet-leden. Te bestellen door overmaking van dit bedrag op gironummer 24.87.360 t.n.v. Het Beterschap, Utrecht, o.v.v. Brochure Beroepsverantwoordelijkheid.

## Cursussen Eerste Lijn

Het Service Platform Eerste Lijn (S.P.E.L.) Noord-Holland organiseert in het seizoen 1987/1988 themabijeenkomsten en cursussen ten behoeve van samenwerking in de eerste lijns(gezondheids)zorg.

Deze activiteiten zijn bedoeld voor teams, besturen en individuele hulpverleners. De onderwerpen hebben betrekking op

- de organisatie van de samenwerking, zoals het ontwikkelen van inhoudelijk beleid,
- de samenwerking zelf, zoals onderlinge verwijzing en consultatie,
- inhoudelijke thema's,

waar meerdere disciplines mee te maken hebben, zoals spanningsklachten en communicatie met buitenlanders.

Bovendien heeft het SPEL Noord-Holland de mogelijkheid activiteiten 'op maat' te organiseren. Vereiste is steeds dat meerdere disciplines deelnemen en dat de deelnemers werkzaam zijn in de provincie Noord-Holland.

Wilt u een folder of inlichtingen, bel of schrijf naar het secretariaat van SPEL N-H, postbus 326, 2000 AH Haarlem, tel. 023-132300.

## WEMOS en Organon

Organon International, Nederlands grootste farmaceutische industrie, gedraagt zich in Derde Wereldlanden onzorgvuldig bij de marketing van anabole steroïden. Bovendien berusten beweringen van Organon over de toepasbaarheid van deze mannelijke hormoonpreparaten niet voldoende op wetenschappelijke gegevens. Organon is marktleider voor anabole steroïden in de wereld.

Dit staat in het rapport "Organon and Anabolic Steroids" van de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS). De publicatie, waarin tevens een reactie van Organon is opgeno-

men, is gebaseerd op een enquête over anabole steroïden onder zustergroepen in 30 landen.

Het WEMOS-rapport vermeldt dat Organon medio 1985 op een artsen congres in India nog actief reclame maakte voor enkele producten die ze al sinds 1984 niet meer op de markt bracht. Bovendien had de Indiase regering één van deze producten al in 1983 verboden. Tevens brengt Organon in Zuid-oost Azië het preparaat Orabolin drops op de markt met een speciale aanbeveling voor het gebruik bij kinderen. Deze in Nederland niet verkrijgbare preparaten zijn in veel ontwikkelingslanden

zonder recept te koop.

WEMOS constateert ook verbeteringen, zoals het up-to-date brengen van bijsluiters, maar is nog niet tevreden: "Als je alle bijsluiters en informatie op een rijtje zet, geeft Organon voor anabole steroïden tientallen toepassingen, terwijl volgens de huidige toepassingen maar twee, zeer specialistische toepassingen verantwoord zijn".

Voor meer informatie over het rapport 'Organon and Anabolic Steroids' kunt u bellen met: WEMOS, 020-653115; René Breuk, 020-659774; Joost van der Meer, 020-248558.

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

## Waarover praten zij?

Informatie-uitwisseling over het wel en wee van de patiënten vormt het belangrijkste element van de samenwerking tussen de eerstelijns hulpverleners en medewerkers van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

Dit komt duidelijk naar voren in een onderzoeksverslag van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NcGv) en het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het onderzoek maakt duidelijk dat het overheidsbeleid, dat door middel van samenwerking de samenhang tussen de eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg wil verbeteren, niet aansluit op de dagelijkse gang van zaken. Bevordering van samenwerking zal direct moeten aansluiten op deze praktijk, waarin elkaar goed op de hoogte houden over het wel en wee van de patiënten, het belangrijkste samenwerkings-element is.

Verder wordt in dit onderzoek aangetoond dat RIAGG's niet in ongunstige

zin afwijken van andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Zo informeert ruim 80% van de RIAGG-medewerkers de eerste lijn over aanvang en einde van behandeling. De eerste lijn blijkt moeite te hebben met het tot stand brengen van samenwerking met de RIAGG, vooral wat betreft de organisatorische aspecten van de hulpverlening. Dat heeft te maken met de verschillende werkwijzen van eerstelijns en RIAGG en ook met het brede takenpakket van de RIAGG - preventie, dienstverlening en verschillende typen handelingen - hetgeen onduidelijkheid schept voor de eerstelijns.

Het rapport 'Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht', door Denise de Ridder en Joost Visser, is te bestellen door overmaking van f 35,- (inc. portokosten) op girorekening 108700 t.n.v. het NcGv of girorekening 3113485 t.n.v. het NIVEL, onder vermelding van 'Lijnen'.

## Maatschappelijk Werk in tijd

Hoe verdelen de maatschappelijk werkers hun tijd?

Deze vraag is onderzocht door Ir.C.F. Hermans, in opdracht van de Joint, de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening.

Eén van de conclusies van dit onderzoek is dat 80% van het direct cliëntgerichte werk van de maatschappelijk werker uit begeleiding bestaat, in de vorm van hulpverlening. Ook blijkt de tijdsinvestering in vragen op het gebied van inkomens- en bestedingsproblemen ten opzichte van 1980 te zijn verdubbeld.

Het verslag van het 'Actualiseringsonderzoek tijdnormstelling algemeen maatschappelijk werk' is te bestellen bij de Joint, Postbus 268, 5201 AG 's Hertogenbosch, tel. 073-139920. De prijs is f 10,-.

## Slotcongres Psychiatrie in Werkelijkheid

Op maandag 1 en dinsdag 2 februari 1988 zal in het Muziekcentrum Vredenburg in Utrecht het slotcongres "Psychiatrie in werkelijkheid" worden gehouden. Onder de titel "De nieuwe psychiatrie" stelt de psychiatrische cliëntenbeweging verschillende actuele zaken aan de orde. Zoals de toenemende aandacht voor de biologische psychiatrie, de groei van de "intensieve zorg"-voorzieningen, en de stagnatie van sociaal- maatschappelijk aanbod aan bewoners van beschermde woonvormen.

De voordrachten op de eerste dag zijn samengevoegd onder de titel: "Inpraak en medezeggenschap en de commissie Dekker". 's Avonds houdt Ischa Meyer een Keefman-lezing. De tweede dag zal gewijd zijn aan "nieuwe regionale perspectieven" en "de nieuwe gevaarlijke gek".

Parallel aan het slotcongres vertoont Theater Springhaver in Utrecht een serie psychiatrie-films onder de titel "Terug naar Basaglia. Psychiatrie in Italië 1978-1988. Ook is in de foyer van Vredenburg een "alternatieve-initiatieven-markt" met een speakerscorner, waar men gedurende 5 minuten kan spreken over een onderwerp dat verband houdt met het congres.

Voor opgave en informatie: Stichting Psychiatrie in Werkelijkheid, Postbus 5596, 1007 AN Amsterdam Tel. 020-128973 (9.00 - 12.00)

## Gekkenwerk

"Juist in de huidige situatie van de arbeidsmarkt is het van belang maatregelen te treffen voor ex-psi- chiatrische patiënten om werk te vinden".

Dit is een afsluitende op- merking van het Links Ak- koord in Amsterdam, bij de aanbieding van de notitie 'Gekkenwerk'. Hierin wordt groot belang gehecht aan een arbeidstoekomst voor ex-psi- chiatrische patiën- ten. (Betaald) Werk speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van zelfver- trouwen. Het geeft zowel een maatschappelijke sta- tus als een sociale contac- ten. Bovendien is het een middel om tijd te structure- ren en bezig te zijn.

De huidige dagactivitei- ten blijven vaak beperkt tot de sfeer van ontmoeting, vorming en hobbies. Ten

onrechte gaat men er van uit, dat deze activiteiten jaar in jaar uit voldoening kunnen geven. De notitie bevat verschillende be- leidsvoorstellen. Ten eerste wordt voorgesteld be- staande mogelijkheden be- ter toe te passen, zoals de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers en de door- stroming uit de Sociale Wérkvoorziening naar het bedrijfsleven. Ten tweede vindt men dat er een 'werk- stichting' moet komen, die werkprojecten op gaat zet- ten voor ex-psi- chiatrische patiënten en die zal bemid- delen bij het vinden van werk.

Voor informatie over deze notitie 'Gekkenwerk' van de Links-Akkoord-ge- meenteraadsfractie kunt u krijgen bij Antoinette Tan- ja, tel. 020-946289.

## Medische hulp El Salvador

Het Medische Komitee El Salvador (MKES) is on- lang met een actie gestart om haar donateursbestand uit te breiden. Het uiteinde- lijke doel is: 1000 donateurs in 1987 en 2000 donateurs eind 1988. Zo wil het MKES haar verplichtingen ten op- zichte van de gezondheids- diensten van het volksver- zet in El Salvador ook in de toekomst kunnen nako- men. Ieder kwartaal stuurt zij een standaardzending 'basismiddelen en klein in- strumentarium'.

Door middel van een driemaandelijks Nieuws-

brief worden de donateurs op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen op gezondheidsgebied in El Salvador en de activiteiten van het MKES.

Mensen, die het MKES fi- nancieel willen te steunen en/of aan deze actie in ei- gen familie- en kennissen- kring bekendheid willen ge- ven, worden verzocht kon- takt op te nemen met het Medisch Komitee El Salva- por, Postbus 8105, 5004 Ge Tilburg, tel. 013-430947.. Een gratis info-pakket ligt klaar.

## Uitgaven van de WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

*Joke Roelofs, Maud Verhoofstad, Goof van de Wijngaart (red.):*

### NIEUWE ONTWIKKELINGEN IN DE ZWAKZINNIGENZORG (f 14,50)

Een aantal deskundigen op het terrein van de gezondheidszorg analyseert ontwikkelingen in het veld en probeert daarbij aan te geven welke weg de Nederlandse zwakzinnigenzorg moet inslaan om een menswaardig karakter te behouden.

*Paul Kleingeld, Goof van de Wijngaart, Anna van der Zwan:*

### HUISARTS, BENZODIAZEPINE, PATIËNT: VERKENNING VAN EEN ONGEMAKKELIJKE DRIEHOEK (f 8,50)

Verslag en nadere analyse van een onderzoek onder huisartsen.

*Lysbeth de Jong: DE PANIEK WORDT STEEDS  
HEVIGER.* Dagboekfragmenten 1971-1980.  
Samengesteld door Willem Winters met een  
voorwoord van Anne Wadman (f 18,-).

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

*Hans Spijker en Maud Verhoofstad: EEN LANG  
LEVEN IN UTRECHT.* Zeven gesprekken over  
wonen, werken en ouder worden. (f 13,-)

Ouderen eindelijk eens zelf aan het woord ... 'Het zijn mooie uitspraken van krachtige persoonlijkheden die met het ouder worden hun eigen weg hebben gevonden, waardoor dit bundeltje een boeiend maar ook wat eenzijdig beeld geeft van wat ouderen in deze tijd kunnen beleven. (...) Deze vertekening van de werkelijkheid bereikt een dieptepunt in het buitengewoon lompe einde van het slotinterview: (...) een uitspraak die het citeren in de krant niet eens verdraagt.' (Utrechts Nieuwsblad)

**Bestellen:** door overmaken van het bedrag tussen haakjes (incl. verzendkosten) naar gironummer 5540505 van de Stichting WGU, Postbus 9060, Utrecht.. O.v.v. de gewenste uitgave.

