

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA: THUISZORG



**Gezondheidsweten-
schappen**

Een schaap met
zeven poten

**Nel Draijer over
haar onderzoek**

**Grenzen van de zorg
Voer voor filosofen**

**Toekomstscenario voor
patiëntenorganisaties**

**Gehandicapten en hun
aanspraken op werk**

INHOUD

<i>Evelyne de Leeuw</i> <i>Richard Starmans</i>	Gezondheidswetenschappen Een schaap met zeven poten	156
<i>Mirre Bots</i>	Een pleidooi voor compassie Nel Draijer over haar spraakmakende onderzoek	160
<i>Eric Verkaar</i>	Patiëntenorganisaties Een garantie voor kwaliteit	165
<hr/>		
THEMA: Thuiszorg		168
<hr/>		
<i>Gerard Goudriaan</i>	Thuiszorg op zijn plaats	170
<i>Frans van der Pas</i>	Wonen en thuiszorg Een huis is meer dan een dak boven je hoofd	174
<i>Rob Jordaans</i>	Dankbaar zijn . . . of zelf organiseren	177
<i>Willemien Quant</i>	Zorg is geen vrouwenzaak De ideologie van het moederen als hinderpaal bij de thuiszorg	178
<i>Beatrijs Jansen</i>	De dubbele pet van de zorgbemiddelaar Het Project Individuele Zorgsubsidie	180
<i>Gerard Goudriaan</i>	Strijd in de thuiszorg	186
<i>Truus Zeurniet</i>	Vuile ramen	189
<hr/>		
<i>Sonja Schmidt</i> <i>Eelco Tasma</i>	De aanspraken op werk van gehandicapten en arbeidsongeschikten	190
<i>Joost van der Meer</i>	Boter bij de vis	195
<i>Lidy Schoon</i>	Tussen zelfhulp en professionalisering Een gesprek met De Maan	196
<hr/>		
<i>Hans Achterhuis</i>	Grenzen van de zorg Voer voor filosofen en ethici	200
<i>Aase Riemann</i>	Grenzen van de zorg In het dagelijks werk van verplegenden	202
<i>Hein Raat</i> <i>Janneke van Mens-Verhulst</i> <i>Trudi van den Bos</i>	Boeken Verslaving zonder grenzen Spreekuur of zwijguur Thuiszorg tussen de lijnen	205
<hr/>		
		Kort en Goed 208

ZESDE JAARGANG, NR. 4, december '88

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

Redactie: Thea Dukkers van Emden, Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Marjon van Weersch.
Eindredactie: Mirre Bots.

Redactieraad: Guus Bannenbergh, Yvonne van Geenhuizen, Annet Gerritsma, Peter Groenewegen, Maria Hermsen, Kees Hertog, Eddy Houwaart, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Marcel Post, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Jaap Talsma, Janneke van Vliet, Cor van der Weele, Goof van de Wijngaart, Boes Willemse en de redactie.

ontwerp: Frans Rodermans
tekeningen: Bert Cornelius
zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum

bijdragen: zenden aan het redactiesecretariaat: Herengracht 418, 1017 BZ Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs op aanvraag. Bijdragen voor „Kort en Goed“ naar: Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 146181, 3500 AG Utrecht.

abonnements: instellingen - f 55,00
particulieren - f 45,00
studenten - f 40,00

losse nummers: f 12,00

uitgever: Van Gorcum & Comp. b.v.

Postbus 43, 9400 AA Assen

Tel. 05920-46846

Giro 802255

Opzegging van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Van Gorcum

Stichting Gezondheid en Politiek, Uitgeverij Van Gorcum ISSN 0 167 8647

Gezondheidswetenschappen Een schaap met zeven poten

De discussies rond de wetenschappen voor gezondheid zijn in de jaren tachtig flink opgelaaid. In Nederland zijn universitaire opleidingen gezondheidswetenschappen als paddestoelen uit de grond geschoten. Zelfs in zo'n mate dat vrijwel iedere universiteit er inmiddels op kan bogen de werkelijke gezondheidswetenschappen in huis te hebben.

De rappe groei van dit populaire wetenschapsgebied kan echter niet verbloemen dat er de nodige kinderziekten zijn waar de jonge wetenschappen doorheen moeten, of dat er zelfs in sommige gevallen sprake is van ware schisma's.

Evelyne de Leeuw, wetenschappelijk medewerkster bij de vakgroep GVO aan de Rijksuniversiteit Limburg
Richard Starmans, huisarts-onderzoeker bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg

Wat zijn nu eigenlijk gezondheidswetenschappen? In Leiden en Nijmegen noemt men studierichtingen in de humane biologie zo. In Groningen en Amsterdam zijn bewegingswetenschappen gezondheidswetenschappen. In Rotterdam rekent men zich met planning en management van de gezondheidszorg tot de gezondheidswetenschappen. En in Maastricht wordt een scala gezondheidswetenschappen bestreken, dat reikt van verplegingswetenschap, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, theorie van de gezondheidszorgvoorzieningen en geestelijke gezondheidkunde tot biologische gezondheidkunde en bewegingswetenschappen. Fiselier inventariseerde het een en ander, en kwam tot de conclusie dat het een zeer divers conglomeraat studies, studietjes en wetenschapsgebieden was, zij het dat juist die diversiteit ook heel veelbelovend kon zijn.¹ En dan hebben we het alleen nog gehad over de universitaire studierichtingen; voor wat betreft het onderzoek worden de gezondheidswetenschappen geclaimd door het gehele medisch-industriële complex.

In dit artikel willen wij de geschiedenis van de gezondheidswetenschappen in ons land kort belichten, daaruit lering trekken voor de huidige stand van zaken en suggesties voor de toekomst formuleren.

Sinds het begin van deze eeuw bestaan er in de Verenigde Staten zogenaamde *Schools of Public Health*, waar traditioneel epidemiologen, gezondheidstech-

nici (*sanitary engineers*), gezondheidsvoorlichters en gezondheidszorgmanagers op masters-niveau worden opgeleid. Afhankelijk van de traditie van de betreffende universiteit leunt de ene school meer op een bèta-pakket (met toxicologen, milieukundigen en epidemiologen) of een gamma-pakket (met sterke gedragswetenschappelijke componenten in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidkunde en GVO, of gezondheidszorgeconomie). Niettemin proberen alle schools die geaccrediteerd willen worden door een overkoepelend orgaan (*Association of Schools of Public Health*) een zo breed mogelijk pakket te bieden; dat is één van de criteria voor accreditering. Dat laatste is belangrijk voor de status en daarmee voor de financiering van de instelling. *Public Health* studeren in de vs betekent dan ook dat je in principe de keuze hebt uit een ongelooflijk breed scala aan gezondheidswetenschappen: een inventarisatie onthulde bijna vierhonderd verschillende benoemde afstudeerrichtingen, die zo mal kunnen worden als *church health education*.²

Het frappante is nu dat een dergelijke traditie nergens anders ter wereld bestaat. Nadat Nederland als eerste met een Europese variant op *Public Health* begon (Sociale Gezondheidkunde in Maastricht) zijn er ook in andere landen vergelijkbare ontwikkelingen te zien.

Pas in de jaren zeventig brak in Europa het bewustzijn door dat gezondheid niet slechts een zaak is van het geneeskundig circuit, of zelfs maar van een

enkel voorlichtingspraatje." Met name de werken van Blum en het Canadese Lalonde-rapport zijn instrumenteel geweest in het aantonen van de complexiteit en het holistische karakter van het gezondheidsvraagstuk, en de ingewikkelde wijze waarop een beleid dat zich zou moeten richten op bevordering van gezondheid vormgegeven zou kunnen worden.

Maastricht

De eerste universiteit om in dat gat in de wetenschappelijke markt te springen was de nog erg jonge Rijksuniversiteit Limburg, die na hevig touwtrekken in 1975 met een medische faculteit van start ging. Over de verdere uitbouw van de instelling waren de ideeën in eerste instantie nog niet erg uitgekristalliseerd. De toenmalige bouwdekaan Wijnen wilde de schijn vermijden dat de Rijksuniversiteit Limburg met al te veel aandacht voor de gezondheidszorgsector wilde uitgroeien tot een 'verbrede Medische Hogeschool'.⁴

Van Kemenade, toen minster van Onderwijs en Wetenschappen, had echter andere ideeën over de uitbouw van de instelling. Hij zag grote knelpunten op het gebied van de *social health* en gaf de Rijksuniversiteit Limburg opdracht in een ontwikkelingsplan haar gedachten over een sociaal-medisch onderzoekscentrum, een experimentele opleiding: staffbeleidsfunctionarissen voor sociale vraagstukken in de gezondheidszorg, verder uit te werken, evenals

de samenwerking en integratie met organisaties in de gezondheidssector. Over deze nieuwe studierichting merkte Van Kemenade op geen nieuwe discipline, een 'schaap met zeven poten', te willen creëren (hoe wrang en vooruitziend overigens om dat schaaap zeven en niet gewoon vijf poten te geven. Het uiteinde lijke gezondheidswetenschappelijke produkt in Maastricht lijkt nu juist te gronde te gaan aan de overvloed van precies zeven afstudeerrichtingen); het zou juist om een integratie van bestaande disciplines moeten gaan.

Het bleek voor de Maastrichtenaren een lastige klus om *social health* handen en voeten te geven. Een studiegroep omhelst in het ontwikkelingsplan het *Health Field Concept* van Lalonde en legt uit dat gezondheidkundige vraagstukken vanwege hun complexe karakter en hun samenhang met alles en iedereen om een multidisciplinaire benadering vragen. Sterker nog, de commissie stelt vast dat een vrijwel autonome groei van vakgebieden mede een bijdrage geleverd heeft, aan de gezondheidkundige problemen.

Niet iedereen is even blij met de koers die de Rijksuniversiteit Limburg met visionaire blik lijkt te hebben ingeslagen. Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne stelt in 1977 dat het opnemen van sociale geneeskunde binnen de Medische Faculteit prioriteit dient te hebben boven de ontwikkeling van sociale gezondheidkunde. En als het dan zo nodig moet, stelt hij dat hij liever een *School of Public Health* naar Amerikaans voorbeeld heeft dan de voorstellen van de Limburgers; een idee dat ook nu nog leeft bij het departement Volksgezondheid.⁵

De werkgroep in Maastricht gaat echter stug door en ontwikkelt een ideologisch kader voor de nieuwe studierichting Sociale Gezondheidkunde. Gezondheids(zorg) moet vooral breed worden gezien en de nieuwe studie moet dan ook worden omschreven als een 'interdisciplinaire benadering van maatschappelijke structuren en verschijnselen in relatie tot gezondheid en ziekte.' Bij voorkeur moet de studie een niet-medische entree hebben, omdat anders de visie op genoemde structuren en verschijnselen vertroebeld zou kunnen worden.

Hoge hoed

De weg naar de start van de nieuwe studierichting blijft echter vol hobbels. Met name het departement van Volksgezondheid lijkt dwars te liggen. Gesprekspartners van dat ministerie vertellen de Maastrichtse plannenmakers dat ze weliswaar de probleemanalyse erg goed vinden, maar dat de oplossing: een nieuwe studierichting hen niet erg wenselijk voorkomt. Er zijn volgens het

departement twee grote knelpunten: enerzijds worden door deze opzet van een separate visie noodzakelijke vernieuwingen in het medisch curriculum niet gestimuleerd, anderzijds betwijfelt men sterk of er überhaupt wel behoefte is aan de voorgestelde afgestudeerden in sociaal-gezondheidkundig onderzoek, planning en beheer van gezondheidsvoorzieningen en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De verdere ontwikkeling van sociale gezondheidkunde en gezondheidswetenschappen in Maastricht lijkt aan een zijden draadje te hangen, totdat bewindsman Pais bij een bezoek in februari 1979 aan de Rijksuniversiteit Limburg zijn goedkeuring voor de nieuwe studie als een konijn uit de hoge hoed tovert. Voorwaarde is wel dat het curriculum moet worden ingericht naar zijn voorgestelde twee-fasenstructuur. De afstudeerrichting sociaal-gezondheidkundig onderzoek wordt door de minister vervangen door een richting verplegingswetenschappen, die overigens nooit in de plannen van de voorbereidingsgroep was genoemd. Toch komt Pais later in dezelfde maand per brief een beetje terug op het schrappen van die richting. Met betrekking tot een sociaal gezondheidkundig onderzoekscentrum zegt hij: 'Ik verzoek u in het bijzonder aandacht te besteden aan aspecten van onderlinge relatie en coördinatie alsmede de terugkoppeling naar post-hoger-onderwijs.'

In september 1980 gaat de deur van de 'Algemene Faculteit' aan de Rijksuniversiteit Limburg voor de eerste studenten open. Studenten die over het algemeen een redelijk gepolitiseerde en idealistische blik op de studie willen werpen. Op discussie-avonden wordt herhaaldelijk aangedrongen op de ontwikkeling van een *common body of knowledge* voor de gezondheidswetenschappen, omdat men van mening is dat sociale-gezondheidkunde méér moet zijn dan slechts de optelsom van drie afstudeerrichtingen.

De kiem van verdeeldheid was echter gezaaid en studenten hadden ernstige twijfels bij de expansiedrift, van de universitaire bestuurders die reeds spoedig een drietal nieuwe studierichtingen aan de al bestaande wilden toevoegen. Dank zij het aandringen van de studenten werd daar uiteindelijk een zevende richting, filosofie en theorie van de gezondheidswetenschappen, aan toegevoegd. Die richting zou de integratieve factor voor de gezondheidswetenschappen kunnen worden. In 1984 stroomden de eerste studenten de nieuwe richtingen in; uiteindelijk dreigden de Maastrichtse gezondheidswetenschappen toch een schaaap met zeven poten te worden.

Opportunisme

Voor de idealisten van het eerste uur die de sociale gezondheidkunde in Maastricht mee hielpen vormgeven (en dat waren zowel docenten als studenten) was de naamsverandering naar gezondheidswetenschappen, die gepaard ging met de vier nieuwe afstudeerrichtingen (biologische gezondheidkunde, geestelijke gezondheidkunde, bewegingswetenschappen en filosofie & theorie van de gezondheidswetenschappen) het begin van het einde. Het ideologisch raamwerk waar in de voorbereidingstijd zo naarstig aan was gewerkt, stond opeens op losse schroeven. Bovendien leek het er erg op dat de start van de nieuwe 'exacte' richtingen voornamelijk door opportunisme ingegeven werd: bèta-financiering van wetenschappelijk werk (onderwijs en onderzoek) is nu eenmaal ruimer dan alfa- of gamma-financiering, en bovendien geven de 'exacte' richtingen altijd nog wat meer status dan de voor de buitenwacht 'vage' richtingen gvo, beleid en beheer en verplegingswetenschap. Voor de faculteit als organisatorische eenheid was de expansie op het eerste gezicht dus heel voordelig: met een dergelijk brede greep op allerlei gezondheidswetenschappen leek het voortbestaan van de organisatie verzekerd, ook nadat het experiment (want dat was de nieuwe studierichting nog steeds) zou zijn afgelopen.

Ook elders in het land waren uit opportunisme ingegeven studies gezondheidswetenschappen opgedoemd. Weliswaar zonder een min of meer idealistisch conceptueel raamwerk, zoals dat in Maastricht werd betracht, maar niettemin erg gezondheidswetenschappelijk.

Toch begon zich hierdoor ook iets af te tekenen van wat thans wel de 'balkanisering' der gezondheidswetenschappen wordt genoemd: onderdelen van de gezondheidswetenschappen identificeren zich niet - zoals dat oorspronkelijk conceptueel de voorkeur zou hebben gehad - met de gezondheidswetenschappen als geheel, maar met andere vergelijkbare onderdelen of zelfs traditionele disciplines. Zo zal een biologisch gezondheidkundige uit Maastricht zich uit *peer-group-overwegingen* eerder identificeren met een biologisch gezondheidkundige uit Leiden of Nijmegen dan met het overkoepelende begrip gezondheidswetenschapper. Overigens begrijpelijk, maar niettemin funest voor de interdisciplinaire integratie die in de voorbereidingen van de eerste studierichting in Maastricht zo essentieel werd geacht.

De uitwerking

Zoals gesteld waren ideeën over de integratie van de diverse disciplines uitdruk-

kelijk aanwezig. Bij de start van de toen nog sociale gezondheidkunde geheten studierichting stond een studie met een brede basis voor ogen, aangevuld met accenten: de afstudeerrichtingen. Er werd een gemeenschappelijke basis verondersteld voor de drie afstudeerrichtingen in de vorm van de sociale gezondheidkunde. Philipsen' bood met zijn schematische driehoek een kader voor de gezondheidswetenschappen:

gezond bestaan

bedreigende en **A** interventies
begunstigende ~ factoren

De eigenheid van de gezondheidswetenschappen komt volgens Philipsen tot uiting in de andere doelen bij de studie naar de interventies. Anders dan bij geneeskunde worden namelijk ook verzorging, verpleging, ondersteuning en begeleiding bestudeerd. Hij wijst op het belang van preventie in het kader van bedreigende en begunstigende factoren en op andere dan biologische definities, waar het gaat om het gezond bestaan. Hij pleit voor een integratie met psychische, sociale en culturele determinanten bij de gezondheidswetenschappelijke benadering van ziekte en gezondheid.

Wanneer de ontwikkeling van het curriculum in de afgelopen jaren wordt gevolgd, dan blijkt een aantal factoren deze gewenste benadering te doorkruisen. Op de eerste plaats werd vanuit de hoogleraren een ontwikkeling afgedwongen, waarbij binnen het curriculum steeds meer tijd werd ingeruimd voor afstudeerrichtingspecifieke blokken ten nadele van de algemenere sociale-gezondheidskundige blokken; zij meenden dat dit omwille van de kwaliteit van onderwijs noodzakelijk was. Thans bestaat een vrijwel geheel gescheiden curriculum voor de doktoraalfasen van de afzonderlijke afstudeerrichtingen. In tegenstelling tot andere universiteiten zijn in Maastricht multidisciplinaire curriculumgroepen verantwoordelijk voor de inhoud van het onderwijs en in principe niet de vakgroepen. Helaas is toch gekozen voor een sterke koppeling tussen de afstudeerrichtingen en bepaalde vakgroepen (bijvoorbeeld GVO en verplegingswetenschap). Daarmee werd de bijdrage van andere groepen aan de desbetreffende afstudeerrichting steeds geringer en ging de betreffende groep zich volledig verantwoordelijk voelen voor die afstudeerrichting. Op de derde plaats werd het wellicht wat broze evenwicht danig verstoord met de komst van vier nieuwe afstudeerrichtingen, waarvan een aantal een totaal andere wetenschapsdiscipline en wetenschapsfilosofie heeft; dit betreft met name de richtingen bewegingswetenschappen en

biologische gezondheidkunde. Hierdoor werd de werking van de twee eerder genoemde factoren nog sterker. De feitelijke huisvesting van de medewerkers van die richtingen op een andere lokatie maakte de start van een eventuele samenwerking nog moeilijker.

Het ingestelde *External Review Committee* waarschuwde al in 1984 voor de gevolgen van de verbijzondering naar de afstudeerrichtingen en pleitte voor de ontwikkeling van zowel algemene als afstudeerrichtingspecifieke doelstellingen voor het curriculum. De huidige dekaan Boon stelde onlangs dat de gezondheidswetenschappen nooit een eigen identiteit kunnen krijgen, als de integratie van de verschillende disciplines niet lukt. "Alleen door integratie kan de studie meer worden dan de som van de afzonderlijke disciplines. De thans veelal nevenschikte plaats van de algemene blokken zou dan ook fors opgewaardeerd moeten worden.

De onderzoeksstages van nominaal ruim 4 maanden (in de praktijk meestal veel langer) zijn gebleven en deze bieden studenten de gelegenheid om zich te profileren. Het veld leerde hierdoor de gezondheidswetenschappers kennen, van de eerste drie afstudeerrichtingen heeft dan ook vrijwel iedereen een baan.

Toch zijn de toekomstperspectieven voor de huidige generatie gezondheidswetenschappers niet gunstig. De richting Beleid & Beheer heeft te lijden onder het feit dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt ingetrokken; een deel van het curriculum was daar toch sterk op gericht, er werd en wordt niet tijdig op nieuwe ontwikkelingen gereageerd. Elementen van politicologie ontbreken helaas vrijwel geheel. De afstudeerrichting heeft hierdoor een sterk technocratisch karakter. Wellicht biedt een ontwikkeling naar gezondheidsrecht perspectief. Er bestaat een aperte maatschappelijke behoefte naar gezondheidsrecht in algemene zin en meer specifiek naar het patiëntenrecht.

De richting Verplegingswetenschap biedt verpleegkundigen een uitstekende vervolgstudie. Het veld waardeert dit, zoals op het symposium over gezondheidswetenschappen duidelijk naar voren kwam. Voor niet-verpleegkundigen is het perspectief echter nog onduidelijk. Toch zou het niet misstaan om naast de theorievorming meer aandacht te besteden aan bijvoorbeeld thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en zwakzinnigenzorg.

De Gvo-ers profiteren van de groei-mogelijkheden binnen het kruiswerk, de basisgezondheidsdiensten en het onderzoek bij verschillende instituten.

De toekomst voor de afgestudeerden van de vier nieuwe richtingen is waarschijnlijk somber. De arbeidsmarkt in de zorgsector wordt vrijwel overall inge-

krompen. Bovendien hebben veel andere bestaande opleidingen vaak afstudeervarianten die een grote overlap met deze richtingen vertonen. Het is zeer de vraag of het veld specifieke Maastrichtse elementen zal onderkennen en waarderen. Deze elementen moeten in elk geval niet gezocht worden in een brede sociaal gezondheidkundige benadering.

Het onderzoeksprogramma kwam moeizaam van de grond. Op de eerste plaats vergde de opbouw van het onderwijsprogramma veel inspanningen. Daarnaast bestond de staf grotendeels uit junioren die zelf nog een promotie-onderzoek moesten voorbereiden. Veel van die junioren zijn daar nog steeds doende mee en worden 'ingehaald' door de eerste lichtingen AIO's.

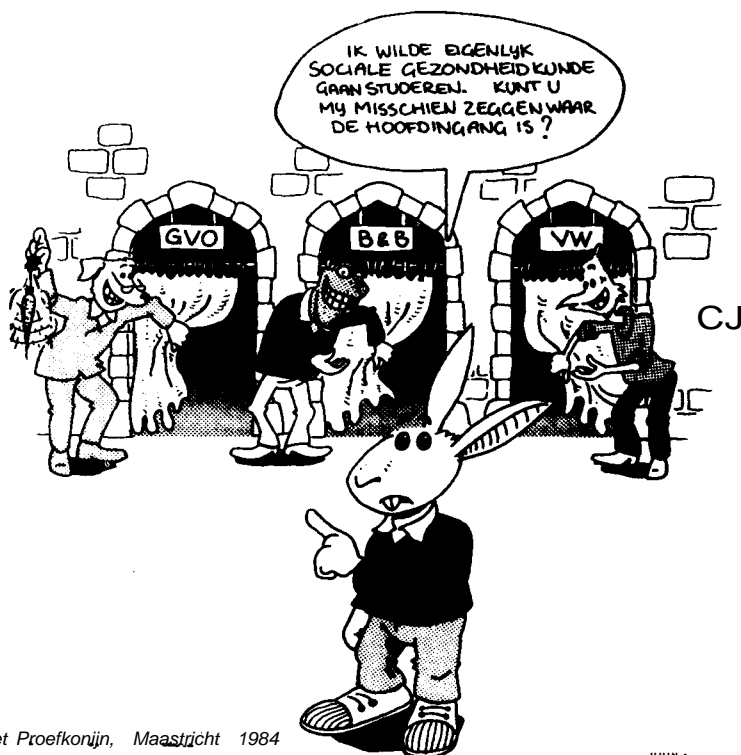
Het onderzoeksprogramma valt binnen dezelfde structuur als dat van de medische faculteit. De huidige beoordeling en financiering van research maakt het beginnende groepen niet gemakkelijk. Veel projecten worden dan ook extern gefinancierd. De uitstraling hiervan naar het onderwijs - een academisch utopie? - vindt zelden plaats, omdat daar weer aparte tijdelijke aanstellingen gerealiseerd worden. Toch zijn er wel enkele interessante derde-geldstroomprojecten van de grond gekomen, zoals enkele evaluatieprojecten over wijkverpleegkundige huisbezoeken aan ouderen, geriatrische ziekenhuisafdeling, manuele therapie, zwakzinnigenzorg en transmurale psychiatrische zorg. Ook het 'rug-schoolproject', een onderwijs- en onderzoeksprogramma over lage rugpijn, biedt veel perspectief.

Gebrek aan visie

Moeten we dit artikel nu negatief afsluiten? Zijn de gezondheidswetenschappen, alle goede intenties ten spijt, verworden tot wéér een nieuwe serie studierichtinkjes waar niemand wat aan heeft? Nee, dat niet. Hoewel er meer dan genoeg reden voor pessimisme is, denken we dat er nog wel hoop voor de gezondheidswetenschap is.

Gezondheidswetenschap kan, mits met een zekere visie, inspelen op de ontwikkelingen in het Nederlandse zorgsysteem. Het staat buiten kijf dat een geïntegreerde visie daaraan méér kan bijdragen dan de traditionele en zelfs orthodoxe gezondheidsdisciplines, méér ook dan de visieloze juristen en economen die dank zij een cursusje links en rechts een boterham met dik beleg in de gezondheidszorg verdienen. Feit blijft dat de intentie van de Maastrichtse gezondheidswetenschappen goed was, maar dat door pragmatisme, egoïsme, opportunisme en de hang naar waardering bij een valse *peer group* alle

SOCIALE-GEZONDHEID-KUNDE



Uit: *Het Proefkonijn*, Maastricht 1984

intenties snel bergafwaarts glijden. Misschien is dat wel te wijten aan het ontbreken van gedreven ideologen, die zo'n concept richting moeten geven. Thung en Philipsen waren voor Maastricht de *godfathers* van de sociale gezondheidkunde. De gedreven strijd voor een brede kijk lijkt bij de huidige leden van het wetenschappelijk corps echter wat afwezig. Hoewel ook hun intenties vanzelfsprekend buiten kijf staan (qua onderzoek en het geven van onderwijs is er zeker sprake van enthousiasme) moet helaas erkend worden dat een bezielend betoog voor de ware gezondheidswetenschap de laatste jaren in Maastricht niet meer is gehoord.

Daarbij wordt te vanzelfsprekend teruggesproken op de meerwaarde die Maastricht zou hebben met haar fantastische probleemgestuurde onderwijsstelsel. Het wordt tijd om onder ogen te zien dat die meerwaarde niet kan compenseren dat er wat inhoud betreft het nodige dreigt mis te gaan met de Maastrichtse gezondheidswetenschappen. Het probleemgestuurde groeps- en werkgroep mag niet langer een excuus zijn voor het gebrek aan visie en inhoud in het curriculum.

Toch wordt er veel leuk onderzoek gedaan, dat zou kunnen bijdragen tot

het ontwikkelen van een gezondheidswetenschappelijke visie. Daarbij moeten we wel de kanttekening maken dat het vaker derde-geldstroomonderzoek dan regulier onderzoek betreft. Dat betekent dat je je kunt afvragen of extern gefinancierd onderzoek wel zo'n grote (en gewenste) uitstraling op het onderwijs heeft. Wij betwijfelen het.

Het is politiek fascinerend en tegelijkertijd beschamend dat het Sociaal-Gezondheidskundig Onderzoekscentrum (sooc) waarop Pais in 1979 zo aandrang bij zijn goedkeuring voor de Maastrichtse gezondheidswetenschappen, niet van de grond is gekomen. In ons land zijn er tal van instituten (NIVEL (Utrecht), IVA (Tilburg), NIPG-TNO (Leiden), Centrum voor Besliskunde (Rotterdam)) die zó met de vlag van een SGOC kunnen weglopen. Intussen lijkt het of men in Maastricht, waar bij uitstek zo'n centrum een plaats zou moeten krijgen, apathisch in de eigen stront zit te staren. Nu is het misschien niet zo eenvoudig om zo'n instituut van de grond te krijgen, maar er zijn in Maastricht meer dan genoeg onderzoeksprojecten, juist ook extern gefinancierd, die een plaats binnen zo'n SGOC kunnen krijgen. Het zou die projecten en de gezondheidswetenschappen verder kunnen profileren, hoewel

zo'n integratieve benadering misschien wel lijnrecht tegenover de genoemde 'balkanisering' staat.

Wij zien voor een Maastrichtse SGOC een belangrijke taak in het innoveren en stimuleren van het extramurale zorgveld. Daarnaast kan vanuit zo'n instituut een integrale visie op gezondheid vormgegeven worden, waardoor het een sterke uitstraling kan hebben op de ontwikkeling van de gezondheidswetenschappen.

Literatuur en noten

1. Fiselier, P.J.M., 'Wat is gezondheidswetenschappen', in: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2e jrg. (1987), no. J, pg.4-8.
2. Leeuw, Evelyne de, *Education for Health: How You Can Do It And How You Can Not*, Masters thesis, School of Public Health, Berkeley, California, 1986.
3. Op deze ontwikkelingen wordt uitvoerig ingegaan in: L.J.G. van der Maessen, *Transformaties van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Over de kosten en het geneeskundig paradigma bezien vanuit politiek-economische veronderstellingen*, proefschrift Erasmusuniversiteit Rotterdam, Assen (Van Gorcum) 1987.
4. Voor de geschiedkundige analyse in het volgende deel van het artikel hebben we zwaar geleund op het werk van twee collega's, namelijk: Liedekerken, P. en M.A. Roex, 'Het Archief', in: E. de Leeuw, O. van Rijn, R. Derks & V. Damoiseaux (red.) *Het Proefkonijn*. Herinneringsbundel, uitgegeven bij gelegenheid van het afstuderen van de eerste studenten Sociale Gezondheidskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1984, pp. 83-89.
5. Directeur-generaal Prof. Van Londen heeft recent herhaaldelijk aangekondigd dat nog steeds de noodzaak tot een *School (of Institute) of Public Health* bestaat. Daarbij wordt dan gedacht aan de *School of Public Health* als postdoctoraalonderwijsinstituut; vergelijk het met de *Master- of Businessopleidingen* aan de Erasmusuniversiteit. Hoewel misschien een toe te juichen plan maakt vooral de hele naamgeving de zaak wat ondoorzichtig; immers, volgens internationale verdragen mogen onze doctorandi zich gerust *master* noemen. Waarom dan nog verder studeren voor een titel die je al hebt?
6. Hoewel in het reguliere onderzoeksprogramma van de Faculteit der Gezondheidswetenschappen op het moment sporadisch aandacht wordt besteed aan integratieve en multidisciplinaire aspecten van gezondheid en gezondheidszorg is het helaas geen expliciete zorg (meer) van de faculteit.
7. Philipsen H., 'Gezondheidswetenschappen in Maastricht: de stand van zaken', in: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 3e jrg. (1988), no 1, pg. 10-13.
8. Zie hiervoor L. Boon en M. van Overbeek, 'De eenheid van het onderwijs in de gezondheidswetenschappen', in: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3e jrg. (1988), no 1, pg. 18-23.
9. Zie hiervoor P. van Lin, 'De maatschappelijke betekenis van gezondheidswetenschappen', in: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3e jrg. (1988), no. 1, pg. 31-34.

Een pleidooi voor compassie

Interview met onderzoekster Nel Draijer

Een paar maanden geleden kreeg minister De Koning het rapport *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten* aangeboden van de Stichting tot Wetenschappelijk onderzoek omtrent Seksualiteit en Geweld. Een golf van publiciteit volgde, radio en tv besteedden er aandacht aan, er verschenen grote koppen in de krant, waar met name de gevonden cijfers breeduit werden gemeten.

Onderzoekster Nel Draijer benadrukte echter steeds dat het niet alleen om de aantallen gaat - al geven deze een houvast na alle 'wilde' gissingen en vermoedens - maar ook om meer inzicht in en kennis van de traumatische gevolgen die incest voor kinderen heeft. Zowel in haar speech bij het aanbieden van het rapport als tijdens de persconferentie erna hield zij een pleidooi voor compassie met het leed dat veel vrouwen ten gevolge van het vroegere misbruik ondervinden.

Een reden voor TGP om nu, enkele maanden later, eens dieper op het een en ander in te gaan. Welke overlevingsstrategieën ontwikkelen kinderen, hoe spelen deze later door in hun leven en wat kunnen hulpverleners daar tegenover stellen?

Maar ook: draagt het onderzoek bij aan een verandering in beleid en mentaliteit? Welke verwachtingen heeft Nel Draijer daar zelf van? Waar richt haar vervolgonderzoek zich op?

Mine Bots

Een van de dingen die je in je onderzoek noemt, is dat hulpverleners moeten incalculeren dat het verwerken van een misbruikgeschiedenis een hele tijd in beslag kan nemen.

'Ja, zo'n houding van we gaan even een trauma verwerken en daar trekken we een half jaar voor uit, daar geloof ik niet in. Het is heel belangrijk, zoals Freud en Breuer indertijd al zeiden, om een trauma met alle bijbehorende affecten te kunnen vertellen, opnieuw te beleven en te verwerken. Wat je als kind niet kunt plaatsen, kun je als volwassene wel een plaats proberen te geven. Maar het seksuele trauma is niet het enige probleem. Affectieve verwaarlozing is minstens zo ingrijpend en heeft ook allerlei consequenties die verwerkt moeten worden: wantrouwen in relaties, geen controle uit handen kunnen geven, gebrek aan zelfrespect, problemen met agressie. Die woede is zo groot en heeft er zo lang onder moeten blijven dat het een hele tijd kan duren voordat vrouwen daar een vorm voor vinden. Hulpverleners zouden moeten weten dat er zeker in degenen die ernstig misbruikt zijn, een gigantische agressieve en destructieve kracht huist. Ze zouden die in hun behandelkamer moeten verwelkomen.

Ik vind het belangrijk om daar op te hameren, want het lijkt wel een soort nieuw verbod. Gekwetst en zielig, dat kan iedereen zich inmiddels wel bij slachtoffers voorstellen, maar niet dat dat gepaard gaat met een wilde, ongeremde agressie die er op een volkomen ongecontroleerde manier uit kan komen op momenten dat men het zelf niet wil. Ik denk dat het voor veel vrouwen die dit soort ervaringen hebben een verademing kan zijn om die agressie te kunnen accepteren als een normaal en begrijpelijk onderdeel van zichzelf. Therapeuten moeten niet alleen een band krijgen met het zielige, kleine kind, maar ook met dat agressieve wezen dat zich niet vertoont. Als ze dat niet doen, blijft die kant zich vooral tegen de vrouwen zelf keren, of tegen haar kinderen.

Van het hele onderzoek heeft dat de meeste indruk op me gemaakt. Als ouders hun kinderen gewelddadig of op een seksuele manier bejegenen, schepen ze hen op met een zelfdestructieve kracht, die ze soms hun leven lang niet kwijtraken. Alleen door een goede therapie is dat te doorbreken.'



Goos van der Veen

Wat kunnen hulpverleners nog meer verwachten?

'Hulpverleners krijgen bij uitstek te maken met de verschuivende onthulling. In eerste instantie komen vrouwen in therapie en praten heel lang niet over hun ervaringen met seksueel misbruik, hetzij omdat ze het niet willen, hetzij omdat ze het niet kunnen omdat ze het zelf helemaal kwijt zijn. Hulpverleners zouden op verschillende momenten in de behandeling zelf daarover moeten beginnen. En het kan best zijn dat ze eerst drie keer te horen krijgen "nee, er is niks gebeurd of voor zover ik weet niet". Belangrijk voor de hulpvragers is dat ze weten dat ze er op een gegeven moment over kunnen beginnen, dat er een sfeer van openheid is.' *Jij hebt het in je rapport ook over de neiging van vrouwen om eerder benoemde misbruikervaringen opeens terug te trekken en te ontkennen. Kun je iets meer vertellen over hoe dat in z'n werk gaat?*

'De centrale lijn van het onderzoek in mijn ogen is: wat betekent het nou om heel aangrijpende dingen mee te maken, die je als kind niet kunt verwerken. Het duikt steeds in de verschillende hoofdstukken op. Vrouwen stoppen die

ervaringen weg. Maar het steekt op een onwillekeurige manier toch weer de kop op, óf in dromen en nachtmerries óf in vage herinneringen en beelden. De overweldigende lading die erachter zit, raakt het niet zomaar kwijt, dus zullen vrouwen keer op keer op keer proberen om die beelden en herinneringen weg te stoppen, er niet over te praten. Of ze gaan op een gegeven moment helemaal over de rooie, raken volslagen in paniek. Dat kan ook. Een van de hulpmiddelen om uit de paniek en verwarring te komen is dan om maar net te doen alsof het allemaal niet waar is. Soms vertellen ze de ene week dingen die ze de volgende week weer even hard ontkennen.'

Ook bij de politie en de rechtbank komen dat soort mechanismen voor. Mijn indruk is, en dat hoorde ik laatst ook weer rechtbankpresident Asscher zeggen naar aanleiding van een incestzaak, dat volwassenen dan niet meer weten of ze het nou moeten geloven of niet. Eerst vertelt een meisje of vrouw alles, misschien zelfs heel gedetailleerd, even later ontkent ze weer.

'Dat is voor mij eerder een teken dat er inderdaad iets is

gebeurd dan dat er niks is gebeurd. Wat heel duidelijk uit de interviews naar voren komt - en juist ook bij degenen die niet mee wilden doen - is dat de stap om te gaan praten ook een stap tegenover jezelf is om het waar te laten zijn. Dat betekent dat er dus heel lang op die grens gebalanceerd wordt. Er is een enorme angst. Nu komen de boze wolven echt. Een van de moeilijkste dingen is ook om weer te gaan voelen. Velen hebben zich vroeger in die bedreigende situatie van hun gevoel afgesneden, het gebeuren zoveel mogelijk buiten zichzelf geplaatst. Aan de ene kant wordt er sterk naar verlangd om weer te kunnen en durven voelen, maar aan de andere kant is het tegelijkertijd het afgrijselijkste wat er is, want dan voel je ook al die afschuwelijke dingen die je zolang hebt weggestopt. Vrouwen zijn daar heel ambivalent over en daar kun je alleen maar respect voor hebben.'

In je onderzoek zeg je ook dat op dit moment het openbare debat lijkt vast te lopen in een polarisering: wie voor 'slachtoffers' kiest, kiest tegen 'daders' en omgekeerd. Progressieve advocaten gaan zover geen daders meer te willen verdedigen en hulpverleners weigeren de behandeling van daders. Jij pleit voor een derde positie.

'Ja, er moet toch een derde positie mogelijk zijn, een positie die niets toedekt of rechtvaardigt, die in volle omvang de gevolgen van traumatisering onder ogen ziet én bereid is de motieven van de daders te onderzoeken en hen te confronteren. Als je iets aan het probleem wil veranderen, zul je ook de daders moeten aanspreken als mensen met een probleem. Dat mensen daders niet willen behandelen of verdedigen komt volgens mij, omdat men sterk gevangen zit in een goed-en-kwaaddenken.'

Op één hoop

Onrustbarend en ook wel nieuw voor mij was dat zoveel van de misbruikte meisjes ook nog eens zwaar lichamelijk gestraft werden.

'Dat vond ik zelf ook nogal schokkend. Eigenlijk is het een groot probleem, maar niemand heeft het erover, noch tijdens de persconferentie noch in de interviews. Ze hebben het allemaal over het seksuele, terwijl 11,5% van alle ondervraagden vormen van ernstige agressie heeft meegemaakt.'

Maar hoe ligt het onderscheid precies?

'Van degenen die door familieleden zijn misbruikt, werd 25% ook nog zwaar geslagen, geschopt of van de trap af gegooid bijvoorbeeld. Van de rest was dat 9%. Of als je het omdraait: van de zwaar gestrafden is één op de drie ook nog door een familielid seksueel misbruikt. Het komt vaak ook uit hetzelfde voort: te veel problemen bij de ouders zelf en daardoor weinig koestering, weinig aandacht en waardering voor het kind.'

Bestaat er door dit soort cijfers niet het gevaar dat mensen het allemaal op één grote hoop gooien?

'Ik merk ook dat mensen dat doen. Ze gooien het met gemak op één hoop. Zo'n kop in de krant van EEN OP DE DRIE en het verhaal gaat daarna over incest, dan denk ik "dat klopt niet, je hebt het niet goed gelezen". Het lijkt wel alsof er een combinatie is van aan de ene kant onverschilligheid en aan de andere kant spanning & sensatie. Het is allemaal heel erg, maar nu gaan we het gauw over iets anders hebben, dan zijn we er weer vanaf.'

Door sommige mensen worden de aanbevelingen die ik heb gedaan ook vaag genoemd, maar dat vind ik zelf helemaal niet. Ze zijn alleen niet heel concreet. Het werkt niet als een wasmiddel, zo van "hup, alle vlekken weg". Je kunt niet ineens van één individu, dat toevallig dat onderzoek heeft gedaan, verwachten dat die het wiel uitvindt, dat die nou eens alles zal gaan zeggen, waar nog niemand op is gekomen. Men vergeet dat er de afgelopen jaren door zo-

veel mensen goed over incest is nagedacht en geschreven. Daarbij, ik ben een onderzoekster. Ik kan alleen maar laten zien *wat* ik gevonden heb en *hoe*, mensen uit de praktijk moeten er maar vormen voor zien te vinden, die kunnen dat waarschijnlijk ook veel beter. Verder vind ik, en dat staat er in verzwakte vorm ook wel in, dat je niet op onderzoek moet gaan wachten voordat je iets doet. Dat stond laatst ook weer in de krant "Brinkman ging nog niets doen, want hij wachtte eerst op onderzoek". Dat vind ik een fake-argument. Dan krijgt onderzoek een sussende functie. Bovendien moet je niet al te veel van onderzoek verwachten. Die statistische samenhangen zijn er allemaal wel, maar ze zijn ook weer niet zo sterk dat je kunt zeggen "ga je preventieprogramma's maar op die en die groepen richten, dan kun je het voorkomen".'

Maar ondertussen worden de takenpakketten van de bureau's vertrouwensartsen, die toch een belangrijke functie hebben in deze, wel bevroren.

'Dat vind ik absoluut inconsequent. Ik heb ook in mijn speech tegen De Koning gezegd: geweld kost geld. Als je ziet wat voor vergaande consequenties die ervaringen kunnen hebben, dan moet je als overheid gaan investeren in vroegtijdige signalering en vroege interventie. Dat kost in eerste instantie een hoop geld, maar op de lange termijn verdient je dat ruimschoots terug, want de betreffende vrouwen maken nu aanmerkelijk meer gebruik van huisartsen, hulpverleners, psychiatrische behandelingen enzovoort. Voor een kabinet dat geld nog als het belangrijkste argument hanteert, moet je dat zelfde argument ook maar gebruiken, vind ik. Dat met name die bureau's vertrouwensartsen kort gehouden worden, dat vind ik van een achterlijkheid, daar heb ik geen woorden voor. Die bureau's zitten nu al verstoppt, ze krijgen meldingen waar ze niets mee kunnen doen, omdat ze er het personeel niet voor hebben. Op den duur werkt dat ook tegen ze, want zeggen de mensen dan "je moet maar niet naar de vertrouwensarts gaan, er gebeurt toch niets". Maar waarom? Omdat ze er bij Volksgezondheid geen geld in willen stoppen.'

In de VS, waar een meldingsplicht bestaat, zie je ook dat die centra het helemaal niet aankunnen. Dus wat doen ze - en dat staat nooit in de officiële rapporten vermeld - ze richten zich op die kinderen die doodgeslagen dreigen te worden. Die tendens zie je in Nederland ook al. Die groep heeft eerste prioriteit en seksueel misbruik komt achteraan, want daar ga je toch niet aan dood. Maar denk ik dan: op korte termijn niet, op langere termijn misschien wel.'

Onderste steen

Wat vind je van alle publiciteit, die over je heen gespoeld is?

'Ik had het helemaal niet verwacht. Het leek er aanvankelijk op alsof er een soort omwenteling in onze cultuur gaande is, dat men bereid is om die nare dingen voor waar te accepteren, wat tot nu toe niet gebeurde. Zo'n onderzoek kan dan toch iets betekenen, want opeens wordt erover gesproken, niet alleen tegen mij, maar ook op het werk, met elkaar. Mensen die ik nauwelijks ken, ook veel mannen, beginnen plompverloren tegen me te zeggen "goh, mijn zoontje heeft dat en dat meegemaakt" of "ik ben door die en die verkracht". Ook word ik door mensen uit alle hoeken van het land gebeld, omdat ze problemen met hun kinderen hebben en seksueel misbruik vermoeden, of ze zijn in rechtszaken verwickeld. Het zal koste wat het kost, de onderste steen moet bovenkomen, maar ze willen die mevrouw daar en daar te pakken krijgen om haar te vragen "wat moet ik doen?".'

Al komt er juist na zoveel positieve publiciteit ook een tegenreactie. Men vindt het allemaal te overdreven, "op zo'n manier durft geen enkele vader meer met z'n dochter onder de douche te staan". Of er worden vraagtekens gezet bij de integriteit van de onderzoekster of de betrouwbaar-

ONDERZOEK SEKSUEEL MISBRUIK VAN MEISJES DOOR VERWANTEN*

Het begon allemaal met een studieconferentie over seksueel geweld, die in 1982 in Kijkduin door de toenmalige staatssecretaris van Emancipatiezaken, Hedy d'Ancona, werd georganiseerd. Men kwam gezamenlijk tot de slotsom dat het hoog tijd werd om de zichtbaarheid van incest te vergroten. Dat resulteerde in '83 in een motie in de Tweede Kamer, waarin werd gevraagd om een landelijk onderzoek naar aard, omvang, achtergronden en gevolgen van seksueel misbruik van kinderen. Na een literatuurstudie - welke resulteerde in het boek *De omgekeerde wereld* (eveneens van de hand van Nel Draijer) - en een vooronderzoek om de vraagstelling helder te krijgen, startte in 1986 het veldonderzoek.

Via de PTT werden ruim 6000 willekeurige adressen benaderd met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. Op ongeveer een derde van deze adressen woonde een vrouw tussen de 20 en 40 jaar - want op deze groep richtte zich het onderzoek - en hiervan heeft de helft meegedaan. Van degenen die weigerden, deed 10% dat omdat ze het te privé of te moeilijk vonden, waarbij vaak indirect gezinspeeld werd op misbruikervaringen in hun jeugd: 'Ik ben bang dat al die dingen weer bovenkomen.' Of: 'Ik voel er niets voor personen in een kwaad daglicht te stellen. Ik heb het liever niet over mijn jeugd.'

Uiteindelijk zijn 1054 vrouwen geïnterviewd, van wie 15,6% ervaring heeft met seksueel misbruik door familieleden. Ooms en broers maakten ieder een kwart van de daders uit, vaders en vaderfiguren 19%. Van alle ondervraagden is dus 3,2%, oftewel één op de dertig vrouwen, misbruikt door een vader, stief- of pleegvader of door de vriend van moeder..

Onderscheid werd gemaakt naar de ernst van het misbruik. Ruim de helft van de gevallen (8,4%) was ernstig tot zeer ernstig te noemen. Criteria daarbij waren: meermalig, langer dan een jaar, door verschillende personen, daadwerkelijke penetratie of pogingen daartoe (waarbij opgemerkt dient te worden dat deze dingen niet noodzakelijkerwijs te zamen hoeven voor te komen). Veel van de vrouwen uit de misbruikte groep vertonen een soort post-traumatische stressreactie. Ze hebben beduidend meer somatische en psycho-somatische klachten

dan degenen die deze ervaring niet hebben: ze zijn depressiever, angstiger, hebben meer concentratieproblemen. Ook werden er door hen meer zelfmoordpogingen gedaan, was er sprake van een groter alcohol- en medicijngebruik, en meer seksuele en emotionele problemen. Als kind bleken ze bovendien vaker van huis weggelopen te zijn en als volwassene vaker in een psychiatrische inrichting beland.

Ook de gezinsachtergronden werden in het onderzoek betrokken. Sociaal milieu, opleidingsniveau van de ouders en religie bleken - in tegenstelling tot wat men vaak denkt - geen enkele rol te spelen. Noch of men in een stad of dorp woonde. Op al deze punten bleken er geen significante verschillen te zijn tussen de misbruikte groep en de overige ondervraagden. Wel bleken allerlei aspecten *binnen* het gezin een belangrijke rol te spelen. De gezinnen waar het misbruik plaatsvond hadden als kenmerken gemeen dat er veelal sprake was van affectieve verwaarlozing, gebrek aan lichamelijke koestering, veel conflicten tussen de ouders onderling, en een moeder of vader die zelf veel problemen had (waardoor de kinderen meer over hun ouders moederden dan andersom). Bovendien bleek er in deze gezinnen meer lichamenlijk gestraft te worden. Andere, minder in het oog springende verschillen met de rest van de ondervraagden waren: de jongens kregen een voorkeursbehandeling wat betreft helpen in het huishouden en opleiding, ook werd er minder openlijk over seksualiteit gepraat.

Nel Draijer doet in haar onderzoeksrapport ook een aantal aanbevelingen, onder andere op het gebied van interventie en preventie. Zo zou er bijvoorbeeld in de opleiding van leerkrachten, huisartsen, psychiaters, psychotherapeuten, werkers in de kindbescherming en andere hulpverleners meer aandacht moeten worden besteed aan het herkennen van signalen van seksuele en lichamelijke mishandeling bij kinderen en pubers. Ook zouden deze beroepsgroepen moeten worden geschoold in het ter sprake brengen van deze pijnlijke kindervaringen.

heid van het geheugen van kinderen. Sommigen vinden het daarbij niet nodig het onderzoek te lezen, anderen lijken dat alleen maar te doen om citaten uit hun verband te kunnen rukken.'

Op zich kan ik me wel voorstellen dat er twijfels zijn omtrent de betrouwbaarheid van het geheugen als informatiebron, want zoveel is daar nog niet over bekend.

In het algemeen gesproken zijn die twijfels correct; zij worden ook in het onderzoeksrapport genoemd. Er is ongetwijfeld sprake van vertekening in de herinnering. Zoals ik dat heb geformuleerd: "De resultaten geven een beeld van datgene wat men bereid, en waartoe men in staat is zich te herinneren. Zij vormen niet een afspiegeling, maar een benadering, een reconstructie van de werkelijkheid". Mijn standpunt omtrent de meest waarschijnlijke vertekening wijkt echter af van dat van de critici die met verwijzing naar de psychoanalyse suggereren dat vrouwen ook wel achteraf ervaringen gefantaseerd kunnen hebben. Ik denk dat de vertekening meer in de richting van een onderschatting van het probleem gaat.

Zo wees Vroon er bijvoorbeeld in de *Volkscrant* op dat

Freud had moeten constateren dat veel van de "gruwelikheden die vrouwen hem op seksueel gebied voorlegden" verzonnen waren. Hij is dus kennelijk niet op de hoogte van het gegeven dat er inmiddels verschillende studies zijn verschenen (Masson, Miller, Kröll) die aannemelijk hebben gemaakt dat Freud ten onrechte en uit persoonlijke motieven de misbruikgeschiedenissen van zijn vrouwelijke cliënten tot fantasie heeft verklaard. Tegenwoordig gaan psychoanalytici er niet meer vanuit dat dergelijke verhalen steeds fantasieën zijn, wel dat fantasieën een belangrijk - en voor een kind vaak het enige - middel zijn om dergelijke pijnlijke gebeurtenissen te "begrijpen". Ze fantaseren bijvoorbeeld dat hun vader veel van hen houdt en dat zij heel bijzonder zijn.

Wat vind je van de storm van verontwaardiging en kritiek die de kinderpsychiater in de zaak Oude Pekela, professor Mik, over zich heen kreeg, omdat hij zich zo emotioneel uitliet over wat die kinderen was aangedaan?

'Die man leefde inderdaad hartstochtelijk mee, maar tegelijkertijd dacht ik toen ik die verhalen in de krant las "dit is een eerste klas amateur". Want iemand die jarenlang met

kinderen heeft gewerkt, had dat allang moeten weten natuurlijk. Het leek wel of die man daar voor het eerst van hoorde. In mijn ogen kan hij die gesprekken dan ook niet goed voeren.'

Maar jij hebt toch ook gezegd dat je je tijdens het onderzoek machteloos voelde of onder een glazen stolp. Je mag toch wel aangeven dat het jezelf raakt.

'Ja, maar alleen je eigen emoties in het openbaar belijden zonder uitleg hoe seksueel misbruik doorwerkt, zonder reflectie op hoe het in elkaar zit, vind ik niet juist. Ik vind dat behandelaars niet *en plein publique* breeduit moeten gaan meten wat het effect van al die verhalen op hen zelf is, daar zoeken ze maar supervisie voor.'

Waarom heb je eigenlijk geen jongens in je onderzoek betrokken?

'Omdat er een nog groter taboe op rust. Van meisjes begon het nu net allemaal door te dringen en was er al het nodige bekend over wat daar allemaal in meespeelt. Bij jongens is het conflict, denk ik, nog ingewikkelder. Zij zullen er minder snel over praten. Hen wordt geleerd om met seksualiteit te experimenteren, om heel braniechtig van alles te durven. Dan wordt het ook moeilijker om toe te geven dat er dingen tegen je zin zijn gebeurd, dat je gekwetst bent en niet alleen maar flink en stoer van alles hebt uitgeprobeerd. Ik ben er echter van overtuigd dat het veel meer voorkomt dan wij nu denken en dat daar de komende tijd nog veel van boven tafel zal komen. Het vereist in mijn ogen een apart onderzoek, je zult hen anders moeten benaderen. Ook met het oog op preventie is zo'n onderzoek belangrijk, want bij jongens vormt misbruik van anderen een van de reacties op de eigen seksuele traumatisering.'

Psychiatrie

In het onderzoeksrapport heb je het regelmatig over een vervolgonderzoek. Wat behelst dat precies?

'Wat mij in hoge mate intrigeerde was de groep vrouwen die in psychiatrische inrichtingen is terechtgekomen. Dat was in mijn onderzoek overigens niet zo'n grote groep, slechts 24, maar de helft daarvan bleek een misbruikgeschiedenis met familieleden te hebben. Heel vaak blijkt dat in de behandeling echter niet boven water te zijn gekomen. Ze worden steeds wisselend gediagnosticeerd: schizofreen, psychotisch, borderline. Wat ik wil doen, is een bijdrage leveren aan een meer betekenisvolle diagnostiek, dus niet alleen op de symptomen letten en die beschrijven, maar ook de kindertijd erbij halen, waardoor duidelijk kan worden waarom ze die symptomen hebben.

Wat er in dit onderzoek soms ook al uitkwam, terwijl ik er niet echt naar heb gevraagd, was dat vrouwen die in hun kindertijd ernstig seksueel getraumatiseerd zijn, vaak last hebben van dissociatieve stoornissen. De mensen die daaronder lijden, hebben last van geheugenstoornissen, ze zijn niet alleen hele periodes uit hun jeugd kwijt, maar ook later weten ze soms niet meer wat ze gedaan hebben, ze zijn bijvoorbeeld een gedeelte van de dag kwijt. Een ander kenmerk is depersonalisatie: het is net alsof ze er niet zijn, alsof ze buiten zichzelf staan, alsof ze dingen als in een droom doen. Dat is eigenlijk precies wat kinderen vroeger in die situatie deden. Ik ben dit niet, mijn lichaam is dáár, maar ik ben ergens anders. Sommige vrouwen houden chronisch dat soort ervaringen, met name bij toestanden waar stress optreedt of waarbij weer sprake is van seksuele dwang. In z'n meest extreme vorm leidt dit tot de meervoudige persoonlijkheidsstructuur... Als kind hebben ze - bij wijze van overlevingsstrategie - delen volledig afgesplitst en die zijn een eigen leven gaan leiden. Ze ervaren die ook als wezensvreemd. Zo vinden ze soms kleding in hun kleerkast, waarvan ze zich helemaal niet kunnen herinneren dat ze die hebben gekocht. Het is ook hun eigen smaak niet. Of ze vinden scherven op de grond of blauwe plekken bij hun

kinderen, maar kunnen zich bij god niet herinneren wat er gebeurd is. Ze weten er niets meer van.

Wat wij willen (Nel Draijer doet het vervolgonderzoek samen met Suzette BOON/MB) is een soort vragenlijst ontwikkelen, die binnen de psychiatrie gebruikt kan worden voor het onderkennen van dissociatieve stoornissen en voor het onderkennen van de kindertraumata die daaraan ten grondslag liggen. Dissociatieve stoornissen verwijzen in feite terug naar de aard van de afweermechanismen in de kindertijd. Als je dat weet, krijgen een heleboel klachten en symptomen van vrouwen betekenis. Zoals ik al zei, sommige vrouwen worden voor schizofreen versleten én behandeld, terwijl ze dat absoluut niet zijn. Een behandeling kan veel gericht plaatsvinden, als ze weten dat ze eigenlijk zo gek nog niet zijn of dat hun gekte op vroeger is terug te voeren, als een normale reactie op vreselijke omstandigheden.'



- Het rapport *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten* is te verkrijgen door f 60,- over te maken op giro 55.27.12 van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, v.v. titel en ISBNnr. 90 363 9703 0. Er is tevens een populaire versie van het onderzoek verschenen onder de titel *Een lege plek in mijn geheugen*, voor f 7,50 in de boekhandel te koop.

Patiëntenorganisaties

Een garantie voor kwaliteit

Als de plannen die door de commissie Dekker ontvouwd zijn in de zogenaamde 'derde Dekkerbrief, uitgevoerd gaan worden, heeft dit grote gevolgen voor de patiëntenbeweging. Binnen deze beweging wordt reeds enige tijd gediscussieerd over de rol die patiëntenorganisaties in een toekomst à la Dekker kunnen gaan spelen.

Eric Verkaar brengt in dit artikel de consequenties van de voorgenomen veranderingen voor de patiëntenbeweging, in kaart en schetst een aantal alternatieven voor een toekomstige gedragslijn.

Eric Verkaar, socioloog

De relatie tussen verzekeraar-zorgverstreker zal in de toekomst aan de nodige verandering onderhevig zijn. Het ligt in de bedoeling dat de patiënt als consument kan gaan kiezen uit verschillende verzekeringsmaatschappijen en hierdoor indirect ook uit verschillende zorgverleners. De macht van de individuele patiënt lijkt hierdoor op het eerste oog wat toe te nemen omdat hij nu - anders dan tot nu toe voor veel patiënten het geval was - kan 'stemmen met de voeten'. Dat wil zeggen dat hij een andere verzekeraar of zorgverlener kan kiezen, wanneer de aangeboden zorg of verzekering niet bevalt. Daar moet dan wel bij aangetekend worden dat informatie over kwaliteits- en prijsverschillen ook voor de patiënt als consument beschikbaar moet komen.

Een hele hoop problemen in de gezondheidszorg worden op deze wijze natuurlijk niet opgelost, omdat niet iedereen voor elk wissel van verzekeraar zal veranderen en bovendien komt een aantal 'kwalen' meestal bij alle zorgverstrekkers of verzekeraars tegelijk voor. Een verzekeraar zal bijvoorbeeld niet snel genegen zijn een verstrekking voor een kleine groep patiënten extra in zijn pakket op te nemen, omdat hij hiermee geen grote nieuwe patiëntenmarkt aanboort. Om aan dergelijke problemen (collectieve belangen van verschillende patiëntengroepen) het hoofd te kunnen bieden, zijn reeds jaren verschillende patiëntenorganisaties actief. Uit een inventariserend onderzoek is gebleken dat verscheidene patiëntenorganisaties met succes ver-

schillende verbeteringen in de zorg te weeg hebben kunnen brengen, zoals de opname van extra verstrekkingen in het ziekenfondspakket. Dat kon vaak gebeuren omdat ziekenfondsen gevoelig waren voor zorginhoudelijke argumenten. Wanneer een verzekeraar in de nieuwe situatie echter op dergelijke wensen van een patiëntenorganisatie ingaat, tast hij daarmee onmiddellijk zijn eigen concurrentiepositie aan. Alleen wanneer het om grote groepen patiënten gaat, kan het voor een verzekeraar nog interessant zijn. Wanneer de uitkering uit de centrale kas voor bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld chronische patiënten en gehandicapten) niet hoog genoeg is, zal een verzekeraar er al helemaal niet aan denken om aan de wensen van deze groeperingen tegemoet te komen. De verzekeraar zal deze mensen in zijn bestand tolereren omdat hij een acceptatieplicht heeft, maar zal eveneens de kosten voor deze groep zo laag mogelijk proberen te houden.

Men kan dan ook stellen dat de onderhandelingspositie van met name categorale patiëntenorganisaties (dit zijn organisaties van patiënten met een specifieke ziekte of problematiek) ten opzichte van de verzekeraars er in de nieuwe situatie niet beter op zal worden. Dat zelfde geldt - en misschien nog wel in versterkte mate - voor de onderhandelingspositie van patiëntenorganisaties ten opzichte van de zorgverstrekkers. Elke wens van een patiëntenorganisatie om tot verbetering van de zorg te komen, zal - voorzover deze wens financiële consequenties heeft - een risico inhouden voor het contract dat een

zorgverstreker met een verzekeraar heeft. Het lijkt dus erg onwaarschijnlijk dat een zorgverlener aan deze wensen van een patiëntenorganisatie tegemoet zal komen, omdat hij hierdoor misschien te duur wordt voor de verzekeraar waarmee hij een contract heeft.

Wanneer er dus een prijsconcurrentie tussen verzekeraars gaat plaatsvinden - wat duidelijk in de bedoeling van de regering ligt - zal de onderhandelingspositie van patiëntenorganisaties ten opzichte van zowel verzekeraars als verstrekkers danig worden aangetast.

Als gevolg van de regeringsplannen zullen ook de adviesstructuren ingeperkt gaan worden, terwijl dit nu juist de plaatsen zijn waar de (gebundelde) patiëntenorganisaties de laatste jaren meer invloed hebben gekregen. Op provinciaal niveau leveren veel patiënten consumentenplatforms leden voor de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Op deze manier proberen zij enige invloed op de gezondheidszorg uit te oefenen. Deze raden zullen door de opheffing van de wvg en de uitkleding van de wzv een aantal van hun taken verliezen (zie hiervoor ook het kader).

Ook op gemeentelijk niveau zijn patiëntenvertegenwoordigers actief. Op dit moment veelal in het kader van de wvg in de Wettelijke Advies Commissies Huisartsen Vestigingsbeleid (WACS). Ook deze commissies zullen in de toekomst worden opgeheven, zodat ook hier de invloed van georganiseerde patiënten verloren zal gaan.

Op nationaal niveau ten slotte hebben patiëntenvertegenwoordigers onder andere via het Landelijk Patiënten Consumenten Platform (LPCP) sinds een aantal jaren een stem in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Nu deze raad haar adviesbevoegdheid kwijt raakt gaat ook hier een stuk invloed verloren.

Toekomstmuziek

Na deze misschien wat als een 'klaagzang' aandoende opsomming van de invloed van de patiëntenbeweging die in de toekomst verloren zal gaan, wil ik nu kort ingaan op de eventuele mogelijkheden die er wel voor de patiëntenbeweging in het verschiet liggen.

Op de eerste plaats moet worden vermeld dat in de huidige plannen de democratisering van de verzekeraars een voorwaarde wordt genoemd voor een goede werking van het systeem. Men denkt hierbij aan leden- of verzekerdenraden, zoals verschillende verzekeraars deze al kennen. Het is echter zeer de vraag of deze raden voldoende invloed krijgen op het beleid van een verzekeraar om - op essentiële punten - wijzigingen aan te kunnen brengen. Daarnaast is niet duidelijk wie in deze raden zitting gaan krijgen. Zijn dit vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties of zijn dit 'gewone' verzekerden? In het laatste geval is het niet denkbeeldig dat bijvoorbeeld de directeur van de plaatselijke kruisvereniging zich als verzekerde een plaats in deze raad weet te verwerven. Het is echter zeer de vraag of hij de belangen van de patiënt als consument kan behartigen. Bovendien: kan een patiëntenraad het zich veroorloven om door het *pushen* van patiëntvriendelijke maatregelen haar eigen verzekering uit de markt te prijzen?

Het zal duidelijk zijn dat door deze vorm van democratisering van de zorgverzekeringen de andere dan financiële belangen van de patiënten niet zo snel gewaarborgd zullen zijn. Overigens, het is opvallend dat de plannen niet reppen van democratisering van (besturen van) instellingen. De wet Democratisch Functioneren van Zorginstellingen moet hierin in de toekomst voorzien, maar deze zal naar alle waarschijnlijkheid niet van toepassing zijn op algemene ziekenhuizen.

Welke wegen kan de patiëntenbeweging bewandelen om haar wensen werkelijk gerealiseerd te krijgen?

Volgens Meerhof lijken er twee mogelijkheden te zijn. Allereerst zouden patiëntenorganisaties 'partij' moeten proberen te worden in de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgverstrekkers. Deze zogenaamde drie-partijenoptie roept echter nogal wat problemen op. Welke positie zouden patiëntenorganisaties dan precies moeten innemen? Kunnen zij een contract afkeuren en wat dan? Politiek gezien lijkt deze optie dan ook een utopie.

Een tweede optie is het behouden van (verschillende) bevoegdheden van de provincies, met name op het vlak van de toetsing van randvoorwaarden met betrekking tot kwaliteit, spreiding en toegankelijkheid. Patiëntenorganisaties zouden hierbij betrokken kunnen worden door middel van advisering of inspraak. Deze optie lijkt sterk op het behoud van (een deel van) de oude situatie. De regering lijkt het uitgangspunt regionalisatie echter verlaten te hebben om de concurrentie tussen verzekeraars werkelijk te laten functioneren door deze niet aan allerlei regionale

afspraken gebonden te laten zijn. Zelfs al zouden provincies een wat uitgebreidere taak toegewezen krijgen dan nu het geval lijkt te gaan zijn, dan is het nog maar de vraag hoeveel daadwerkelijke invloed patiëntenorganisaties op deze manier kunnen uitoefenen. Patiëntenorganisaties zouden zich zelf ook nu al de vraag moeten stellen in hoeverre zij tot nu toe - door participatie aan allerlei adviesstructuren - ook werkelijk invloed op de gang van zaken in de gezondheidszorg hebben kunnen uitoefenen?

Consumentenvoorlichting

Ten slotte wil ik een derde optie ten aanzien van strategisch gedrag van patiëntenorganisaties in de toekomst naar voren brengen. Patiëntenorganisaties moeten proberen de prijsconcurrentie tussen verzekeraars te sturen in de richting van kwaliteitsconcurrentie. Daartoe zullen zij een zeer actieve rol in het veld van de gezondheidszorg moeten gaan spelen. Ze moeten patiëntenstromen proberen te sturen naar de verzekeraars die een kwalitatief goed aanbod van zorgverstrekkers in hun pakket hebben. Hiervoor moeten zij wel informatie over zorgverleners gaan verzamelen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan informatie, zoals de reeds bestaande brochure van de Vereniging Kind en Ziekenhuis, waarin van elk ziekenhuis in Nederland exact wordt aangegeven welke voorzieningen het voor kinderen en ouders heeft. Daarnaast zullen ze ook meer 'technische' informatie moeten verzamelen bijvoorbeeld aan de hand van klachten van patiënten en aan de hand van gegevens over fouten en ongevallen. De regering lijkt volgens haar plannen dergelijke initiatieven te steunen, want zij wil onafhankelijke consumentenvoorlichting die de consument kan helpen bij het maken van keuzen, stimuleren. Het zal zaak zijn voor patiëntenorganisaties deze onafhankelijke consumentenvoorlichting op korte termijn op touw te zetten en deze te blijven controleren.

Daarnaast dienen patiëntenorganisaties met name met zorgverstrekkers te onderhandelen over de kwaliteit van de door hen aangeboden zorg. Alleen wanneer consumenten gevoelig zijn voor de kwaliteit van de zorg - en dat dienen ze door middel van informatie gemaakt te worden - is er voor patiëntenorganisaties een redelijke basis voor onderhandeling. In samenwerking met de zorgverstrekkers kan dan ook met de verzekeraars onderhandeld worden over opname van nieuwe verstrekkers in het pakket en over de hoogte van de vergoedingen voor zorgverstrekkers.

In eerste instantie lijkt het erop dat

alleen categorale patiëntenorganisaties een dergelijke sturende rol kunnen gaan spelen ten aanzien van de hen betreffende problematiek. Algemene patiëntenorganisaties (organisaties die zich niet op één ziekte of problematiek richten, maar op meer algemene voor iedereen geldende zaken in de gezondheidszorg) en platforms kunnen echter uitstekend een coördinerende rol vervullen en in onderhandeling treden met (individuele of gebundelde) zorgverstrekkers en verzekeraars op punten die elke patiënt aangaan. Hierbij kan gedacht worden aan de hoogte van de premies, de polisvoorwaarden, de algemene gang van zaken in een ziekenhuis of de organisatie van de spreken van huisartsen. Ook de organisatie van de informatievoorziening lijkt mij een taak die uitstekend door platforms op zich genomen kan worden.

Daarnaast moeten met name de platforms zich blijven richten op de adviesstructuren. Door middel van politieke pressie zullen ze natuurlijk wel de bevoegdheden van deze organen moeten 'oprekken'. Praten zonder dat met de uitkomst van een gesprek iets wordt gedaan, is natuurlijk een zinloze bezigheid.

Prijskaartje

Een ontwikkeling die, naar mijn mening, in dit nieuwe voorgestelde stelsel onontkoombaar is, is de differentiatie naar *prijskopers* en *kwaliteitskopers*, dat wil zeggen aan de ene kant patiënten/consumenten die genoeg nemen met een matige kwaliteit voor weinig geld en aan de andere kant patiënten/consumenten die slechts de allerbeste kwaliteit wensen en daar ook meer geld voor willen betalen. Het zal duidelijk zijn dat de achterban van de meeste patiëntenorganisaties (gehandicapten, chronische patiënten) tot de categorie kwaliteitskopers zullen behoren. Zij zijn namelijk verplicht zorg af te nemen, terwijl dit voor anderen slechts een risico is. De markt sturen in de richting van kwaliteitsconcurrentie is mijns inziens echter de enige manier om in het toekomstige stelsel aan de (kwaliteits)wensen van de patiënt/consument te kunnen voldoen. Dat hieraan een prijskaartje zal komen te hangen, is onder de geschetste voorwaarden onvermijdelijk. In het oude stelsel, zoals we dat nu kennen, heeft de inwilliging van deze wensen natuurlijk ook een prijs gekend, maar deze werd gelijkkelijk over alle verzekerden verdeeld doordat er een uniform tarievenstelsel werd gehanteerd, althans voorzover het de ziekenfondsverzekering betreft.

Voor alle duidelijkheid wil ik hier wel stellen dat een dergelijke differentiatie naar prijs- en kwaliteitskopers mij hoogst ongewenst voorkomt, omdat het

het loslaten van het solidariteitsbeginsel betekend.

Een oplossing voor dit probleem zou een vaste prijsstelling voor verzekeringen kunnen zijn, waarbij alle voorzieningen in één pakket terechtkomen, zoals ook nu het geval is. Deze vaste prijs zou in een landelijk overleg vastgesteld kunnen worden. Via de centrale-kassystematiek zouden de premies aan de verzekeraars kunnen worden doorgevoerd. Het onderscheid tussen basispakket en aanvullend pakket wordt in deze oplossing dus verlaten. Dit onderscheid werkt, zoals ik hiervoor reeds heb betoogd, de prijsconcurrentie tussen verzekeraars in de hand. Chronische patiënten en gehandicapten zullen bovendien altijd gedwongen zijn het duurdere aanvullende pakket te kiezen. Hoe nu echter aan het doelmatigheids-criterium van de regeringsplannen te voldoen, wanneer elke verzekerde voor een gelijk pakket een gelijke prijs betaalt? Verzekerden kunnen dan alleen nog maar bewogen worden een andere verzekeraar te kiezen wanneer deze niet voldoende kwaliteit kan aanbieden. Werkt dat nu niet juist kostenverhogend doordat iedereen een zo hoog mogelijke kwaliteit wil, ongeacht het prijskaartje dat daaraan hangt?

Aan deze kostenverhoging valt alleen te ontkomen, wanneer verzekeraars er toch bij gebaat zijn goede zorgverstrekkers te contracteren tegen een zo laag mogelijke prijs ondanks dat ze hierdoor geen (nieuwe) verzekerden aantrekken (omdat de prijs van een verzekeringspolis bij elke maatschappij gelijk moet zijn). Dit kan door alle verzekeringsmaatschappijen toe te staan winst te maken. Deze winst dient dan wel vrij besteedbaar te zijn, dat wil zeggen zij moet kunnen terugvloeiën naar de 'aandeelhouders', beleggers of verzekerden, al naar gelang de aard van de verzekeringsmaatschappij.

Verzekeringsmaatschappij en worden op deze wijze gestimuleerd om enerzijds goede hulpverleners te contracteren (en wat dat 'goed' inhoudt, maakt de consument natuurlijk zelf uit door weg te lopen, als het hem niet bevalt), anderzijds dienen deze zorgverstrekkers zo goedkoop mogelijk te zijn, omdat daardoor meer winst wordt gemaakt. Zorgverstrekkers worden op deze wijze gedwongen zowel goede als (relatief) goedkope diensten aan te bieden, omdat ze bij in gebreke blijven op een van beide terreinen niet langer door een verzekeraar zullen worden geaccepteerd. Deze wijziging in het beoogde stelsel doet mijns inziens recht aan de doelstelling van de stelselwijziging, maar behoudt tevens een stuk solidariteit tussen patiënten door een differentiatie naar prijskopers en kwaliteitskopers onmogelijk te maken.

De patiëntenbeweging dient zich dus

in mijn ogen hard te maken voor een ombuiging van de regeringsplannen in een richting die prijsconcurrentie tussen verzekeraars uitsluit. Daarbij moet men zich realiseren dat de eigen achterban met name tot de kwaliteitskopers zal behoren en dus financieel de dupe zal zijn. Bovendien zal in een stelsel waarin kwaliteitsconcurrentie de boventoon voert, de speelruimte van patiëntenorganisaties het grootst zijn om tot realisering van de eigen doelen te komen.

Het zal niemand verbazen dat de patiëntenbeweging voor de taken die in dit artikel worden geschetst nog niet helemaal is toegerust. Toch is er in de afgelopen jaren een uitstekende basis gelegd voor al het werk dat nog gaat komen. Zonder een structurele financiering is het echter niet mogelijk dit werk ten uitvoer te brengen. Het is dan ook verheugend dat de regering in haar plannen aan deze wens van de patiëntenbeweging tegemoet lijkt te komen, want de patiëntenbeweging kan alleen de belangen van de patiënt als consument behartigen wanneer zij voldoende

menskracht kan inzetten. Hierbij moet dan niet alleen aan vrijwilligers worden gedacht, maar in toenemende ook aan professionele krachten. Enig tegenwicht tegen de professionele organisaties van zowel verzekeraars als zorgverstrekkers lijkt gerechtvaardigd! Maar dit is alleen realiseerbaar door een structurele financiering, bijvoorbeeld uit de toekomstige centrale kas. Het wordt hoog tijd dat de overheid ook op dit punt een concrete invulling aan haar goede voornemens geeft.

Noten

1. Verkaar, E. *Strategisch gedrag van patiëntenorganisaties. Verslag van een vooronderzoek*, Rotterdam, EURBMG 1988, nog niet gepubliceerd. Tekst is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.
2. Meerhof, R. 'De Patiëntenbeweging na Dekker', in: *Verslag vierde Platformdag voor provinciale, regionale en plaatselijke patiënten/consumentenplatforms*, Werkgroep 2000, Amersfoort 1987.
3. Ministerie van vvc, *Verandering verzekerd; stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg*, Rijswijk 1988.

De Dekker-plannen in het kort

Het huidige financieringsstelsel waarin een onderscheid bestaat tussen particuliere verzekeringen en ziekenfondsverzekeringen wordt 'ingeruld' voor een stelsel waarin dit onderscheid verdwenen is en waarin (potentiële) patiënten verplicht verzekerd zijn voor een zogenaamd 'basispakket'.³ Hierin zullen ongeveer 85% van de voorzieningen zijn opgenomen. In dit voorgenomen stelsel zal ook de mogelijkheid tot een aanvullende verzekering bestaan, waarin alle overige voorzieningen zijn opgenomen. De premie van het basispakket wordt deels inkomensafhankelijk en deels nominaal. De premie van het aanvullende pakket wordt geheel nominaal. Beide nominale premies worden rechtstreeks door de patiënt aan de verzekeraar betaald, terwijl de inkomensafhankelijke premie aan een centrale kas betaald gaat worden. Verzekeraars krijgen alnaargelang hun bestand met verzekerden (veel of weinig risicogroepen) een uitkering uit deze centrale kas. Het ligt in de bedoeling dat verzekeraars met elkaar kunnen gaan concurreren door de nominale premies zo laag mogelijk te maken of door de aanvullende pakketten zo aantrekkelijk mogelijk samen te stellen. Hierdoor zou de zorg een stuk doelmatiger kunnen worden.

De concurrentie tussen verzekeraars moet mogelijk worden door verzeke-

raars en zorgverstrekkers in onderhandeling contracten te laten afsluiten. Op deze wijze kunnen ook - anders dan nu het geval is - zorgverleners geweigerd worden óf omdat ze te duur zijn, óf omdat ze te weinig kwaliteit leveren.

Een hoofdrol in dit voornemen spelen de intrekking c.q. vermindering van de planningswetgeving wvg en wzv, hieraan gekoppeld een terugdringing van de rol van de provincie binnen de gezondheidszorg. De Provinciale Raden voor de Volksgezondheid kunnen diensgevolge ook een aantal van hun taken invullen.

Op landelijk niveau zal met name de adviestaak van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid worden ingetrokken. Deze raad zal slechts een overlegplatform worden voor alle betrokken partijen in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt - deels ter vervanging van het corg en de Ziekenfondsraad - een Raad voor de Zorgverzekering opgezet. Deze raad zal vergaande bevoegdheden krijgen om het functioneren van het nieuwe verzekeringsstelsel te garanderen en controleren. Zij zal - volgens de plannen - slechts uit kroonleden gaan bestaan, welke dan wel geacht worden het vertrouwen te genieten van diverse maatschappelijke organisaties, waaronder de werkgevers en werknemersorganisaties en de consumentenbond.

THUISZORG, PANACEE OF CANAPE

Na ziekenhuisdirecteuren, particuliere verpleegbureaus, bewakingsdiensten, thuis beademende longartsen en thuis bezorgende traiteurs melden zich onlangs ook de woningbouwverenigingen in de lange rij van plannenmakers voor 'de zorg thuis'. Woningbouwverenigingen willen alarmsystemen aanleggen, klussen en boodschappen voor u doen, zondig de huisarts waar-schuwen, en uw vuilnisbak buiten zetten.

Twee jaar geleden was het de Nota 2000 die in de gezondheidszorg pennen en camara's in beweging bracht, vorig jaar waren het de plannen van de commissie-Dekker, en daardoorheen loopt als een steeds dominantere lijn DE THUISZORG. Gezondheidszorg is bij thuiszorg begonnen en komt er met een supersonische klap na krap honderd jaar weer bij terug.

Is thuiszorg als begripsaanduiding, ook maar enigszins bruikbaar om veranderingen in de gezondheidszorg te bewerkstelligen? Dat is de vraag die de redactie van TGP zich met dit thema heeft gesteld.

De aandacht voor zorg en dienstverlening in de thuissituatie is de afgelopen jaren ontstaan op basis van reële veranderingen in de gezondheid en leefsituatie van grote groepen mensen. Deze veranderingen liggen met name op het terrein van chronische ziekten, handicaps en ouderdomsgebreken. Daardoor, maar evenzeer door een toegenomen gevoeligheid voor de kwaliteit van het verblijf thuis boven dat in ziekenhuis of

inrichting, is er onder de bevolking een toename van de behoefte aan verzorging en verpleging thuis te constateren. De vraag naar het thuis kunnen verblijven neemt toe.

Thuiszorg als streven, als een oriëntatie van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening op de thuissituatie, is een verschijnsel dat waardering verdient. Dat neemt niet weg dat er vele kanttekeningen geplaatst kunnen worden.

Wordt het vanuit Den Haag niet vooral gezien als het financiële (bezuinigings) ei van Columbus en als lanceerbasis voor de zorgzame samenleving? En wanneer de illusie van bezuinigingen via thuiszorg niet uitkomt (en dat zou heel goed kunnen), houdt thuiszorg dan nog zijn politieke prioriteit?

Een andere kanttekening: zal de bevordering van thuiszorg niet over de rug van vrouwen gaan? Hoe ethisch en hoogstaand de (meestal mannelijke) notaschrijvers thuiszorg ook vinden, het blijft een feit dat de uitvoerende werkzaamheden in de thuiszorg blijkbaar hormoon- en chromosoonafhankelijk zijn, zodat alleen vrouwen deze maatschappelijk hoogstaande taak op zich nemen. Een schale troost voor hen is dat het andere geslacht zich in de beleidsvoorwaardelijke en ondersteunende sfeer de benen onder het lijf vandaan loopt.

Nog een kanttekening: waar blijft de cliënt? Thuiszorg, zo schrijft Frans van der Pas, ontwikkelt zich weliswaar vanuit de filosofie van de

zelfstandigheidsbevordering.. van de cliënt, maar scheidt daartoe nog te weinig voorwaarden. Erger nog, voordat we het weten verwatert het huis tot een dependance van het ziekenhuis.

Ten slotte: waar hebben we het eigenlijk over als we spreken van thuiszorg?

Thuiszorg is een verschijnsel dat als begrip en als 'streven om zorg thuis te bezorgen' in minder dan drie jaar veel opgang heeft gemaakt. Zoals het dan meestal gaat, worden verschillende invullingen gegeven, wordt de een na de andere definitie gelanceerd en creëert iedere betrokken belangengroep zijn eigen werkelijkheid. Iedere vorm van eenduidigheid ontbreekt. In de praktijk verwijst het begrip thuiszorg naar een bundeling van zeer ongelijksoortige pakketten van zorg- en dienstverlening. Maar dat niet alleen. Met name waar het de zorg voor ouderen en gehandicapten betreft, verwijst de noemer thuiszorg in de praktijk ook naar huisvesting, transport, huishoudelijke diensten, veiligheid, communicatie en maaltijdvoorziening.

Bijde bruikbaarheid van thuiszorg als panacee voor al het feiten en falen van het zorgsysteem zijn - het moge duidelijk zijn - vraagetekens te plaatsen. In dit nummer wordt thuiszorg vanuit verschillende posities en belangen belicht en worden situaties van dichtbij gezien. Tevens wordt ingegaan op de verschillende betekenissen die op het begrip thuiszorg geplakt kunnen worden.

In geen van de artikelen wordt het laatste woord gesproken, we hopen wel dat u, net als de redactie, na lezing een beetje minder comfortabel op de canapé van het thuiszorgdebat zit.

In het eerste artikel gaat GERARD GOUDRIAAN in op thuiszorg als begripsaanduiding. Het dient niet verward te worden met de eerste lijn. Sterker nog, thuiszorg kan als begrip beter bij de vuilnisbak gezet worden. Thuiszorg is hooguit een oriëntatie die voor verschillende activiteiten staat binnen en buiten de zorg.

Thuiszorg staat, zo betoogt FRANS VAN DER PAS, voor een zelfstandig kunnen functioneren in de eigen omgeving. Zelfstandig thuis verblijven heeft alles te maken met de samenleving waarin we leven en dus niet alleen met de gezondheidszorg en haar voorzieningen. Huisvesting speelt hierbij uiteraard een belangrijke rol. Hij schetst dan ook enkele belangwekkende initiatieven op dit terrein.

Dankbaar zijn... of zelf organiseren, dat is voor cliënten een belangrijk strijdpunt in de thuiszorg. Voor bepaalde cliëntengroepen, zoals gehandicapten, lijkt een cliëntgebonden budget de oplossing. En voor de overigen? Is voor hen dankbaarheid het ideaal?

Thuiszorg en emancipatie horen blijkbaar bij elkaar. Maar geldt dit ook als we de positie van vrouwen in de thuiszorg ter sprake brengen. WILLEMEN QUANT laat zien dat vrouwen veel te snel en vanzelfsprekend de plicht tot zorgen voelen en dat de overheid met het begrip zorgzame samenleving hier handig op inspeelt. Over zorg zal dus anders gedacht moeten worden, want niet alleen voor vrouwen, maar ook voor de thuiszorg zelf is de ideologie van het moederen een hinderpaal.

Ook BEATRIJS JANSEN staat niet alleen te juichen in haar bespreking van een thuiszorgexperiment in Rotterdam. Daar wordt uitgetest hoe door middel van individuele zorgsubsidie en zorgbemiddeling de positie van de cliënt verbeterd kan worden. Een bericht over keuzen en dilemma's op het pad naar een betere thuiszorg, waar niet alleen de klant beter van wordt.

Op de markt van de zorg aan huis woedt een verbeterd strijd over de vraag wie de baas in de thuiszorg is. GERARD GOUDRIAAN brengt een aantal strijdende partijen in beeld. Of het ideaal van de thuiszorg in dit strijdgewoel ten onder gaat kunnen wij niet voorspellen. Wel dat over niet al te lange tijd een nieuw onderwerp in de mode zal raken en dat de schijnwerpers van de actualiteit niet langer op de thuiszorg gericht zullen zijn. Of het streven naar meer zorg aan huis ook dan nog breed gedeeld wordt, zal de tijd leren. Enig wantrouwen lijkt op zijn plaats, zeker indien thuiszorg als bezuinigingsmogelijkheid een illusie blijkt te zijn.

Thuiszorg op zijn plaats

Thuiszorg is een verschijnsel dat in minder dan drie jaar veel opgang heeft gemaakt. Thuiszorg is in de mode. Voor een deel is dit valse schijn, omdat thuiszorg natuurlijk altijd al is geleverd. Voor een deel is thuiszorg één van die modieuze verschijnselen in de gezondheidszorg, die kortstondig iedereen bezighouden.

Daarnaast is het begrip thuiszorg bijna geruisloos de term eerste lijn gaan vervangen zonder dat duidelijk is geworden hoe deze zich tot elkaar verhouden.

Gerard Goudriaan gaat aan de hand van verschillende beleidsnota's van de overheid na hoe de termenverschuiving van eerste lijn naar thuiszorg in zijn werk is gegaan. Om vervolgens tot de conclusie te komen dat er inmiddels zoveel onder het begrip thuiszorg wordt gevat - van thuisbeademing, tot gezinshulp en buurtconciërge - dat het volkomen onhanteerbaar is geworden.

Gerard Goudriaan, medisch socioloog

Inzicht in de termenverschuiving van eerste lijn naar thuiszorg! kan volgens mij alleen plaatsvinden door deze kwestie in het historisch perspectief te plaatsen van het zoeken van de overheid naar ordeningskaders en ordeningscriteria voor de gezondheidszorg. Daarvoor is het goed terug te keren naar het begin van de jaren zeventig en daar op zoek te gaan naar de wortels van het ordeningsstreven. Uiteindelijk zou dit streven op het eind van de jaren tachtig zijn voorlopig beslag vinden in het vooropstellen van de zorg thuis.

In de huidige opzet van de gezondheidszorg is echelonnering een centraal ordeningsprincipe. Het is een kernbegrip in het ordeningsbeleid van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg. Onder echelon wordt gewoonlijk verstaan een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. Voordat staatssecretaris Hendriks de echelonneringsgedachte in 1974 zo succesvol lanceerde, was het echelonneringsprincipe al in eerdere publikaties en rapporten ter sprake gekomen! Belangrijk is het in 1970 verschenen *Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland* van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Dit advies kan worden beschouwd als een eerste poging in de beleidswereld het echelonneringsbegrip praktisch in te vullen.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid (de voorganger van de Natio-

nale Raad voor de Volksgezondheid) stelt het principe voorop dat de wijze waarop de consumenten zich door het gezondheidszorgsysteem bewegen (dat wil zeggen ten aanzien van diagnostiek, behandeling, verpleging en revalidatie) de voorzieningen te groeperen zijn in echelons. Zoals men de sporten van een ladder één voor één beklimt als men de ladder opgaat en ze in omgekeerde volgorde weer afdalend afdaalt, zo zal men zich ook bewegen in een echelonsgewijs opgebouwde gezondheidszorg. De Centrale Raad lijkt het verstandig van drie echelons uit te gaan. Als regel denkt men hierbij, zo stelt de raad, aan de huisarts, de wijkverpleegster, de sociaal werkster etcetera als eerste echelon, aan de ambulante gezondheidszorg als tweede echelon en aan de klinische voorzieningen als derde echelon. Echter, 'een bezwaar hierbij is dat het onderscheid tussen de echelons dan berust op twee heterogene criteria, te weten de mate van specialisatie en al of geen opname. Het verdient daarom de voorkeur de echelons primair te onderscheiden op grond van breedheid of specialisatie en binnen elk echelon secundair onderscheid te maken tussen intramurale en extramurale vormen van zorg'.³

Over het gebruik van de twee heterogene criteria merkt de Centrale Raad het volgende op: 'Binnen het tweede en derde echelon kan vervolgens onderscheid gemaakt worden tussen extramurale voorzieningen voor ambulante patiënten en intramurale voorzieningen voor opgenomen patiënten. En zoals het meer gespecialiseerde echelon pas

in aanmerking komt waar het minder gespecialiseerde te kort schiet, zo moet ook binnen elk afzonderlijk echelon pas gebruik gemaakt worden van klinische voorzieningen als het niet mogelijk is ambulant adequate hulp te bieden' (pag. 178).

De worsteling met de criteria op grond waarvan echelons onderscheiden zouden moeten worden, was toen al duidelijk zichtbaar: de mate van specialisatie of de opname in een instelling. De oplossing die toen werd gekozen, bestond uit het vooropstellen van het specialisatiecriterium met daarnaast, binnen ieder echelon, een onderscheid tussen extramurale en intramurale voorzieningen.

Een andere lijn

Na deze gedachtenbepalingen over echelonnering verscheen in 1974 de *Structuurnota Gezondheidszorg* van de toenmalige staatssecretaris Hendriks. Teneinde herverkaveling (substitutie) en een betere bestuurbaarheid van de gezondheidszorg te bereiken, wordt in de Structuurnota onder meer voorgesteld te komen tot ordening van de afzonderlijke voorzieningen. Daartoe dient de gezondheidszorg in een aantal echelons te worden onderverdeeld (= echelonnering). Gesteld wordt dat binnen een echelon voorzieningen die voorheen gescheiden en onafhankelijk van elkaar functioneerden, moeten worden geïntegreerd in gemeenschappelijke organisatorische kaders. In de Structuurnota wordt als criterium voor de vaststelling van de te onderscheiden



Mieke Schlaman

echelons de mate van specialisatie genoemd. Het eerste echelon dient alle niet-gespecialiseerde voorzieningen te omvatten. In het tweede echelon dienen de gespecialiseerde voorzieningen gegroepeerd te worden. De Structuurnota neemt de ordeningslijn van de Centrale Raad (specialisatie + plaats van zorg binnen ieder echelon) dus niet over.

Een andere lijn werd dominant. Vanuit het echelonneringsprincipe, zoals geformuleerd in de Structuurnota, werd hoog ingezet op beheersing van de gezondheidszorg via versterking van de eerste lijn. Patiënten zouden in hun gang door de gezondheidszorg eerst van de eerstelijnsvoorzieningen gebruik dienen te maken, omdat deze het minst ingrijpend zijn en relatief goedkoop. Pas als een patiënt te weinig gebaat is bij eerstelijnsgezondheidszorg is verwijzing door de huisarts naar de tweede lijn op zijn plaats. De huisarts dient aldus, via het zuinig zijn met het verwijsbriefje, de toegangspoort naar de tweede lijn te bewaken, in het bijzonder de medisch specialist. De huisarts houdt zo controle op de toegang naar de specialist en kan daardoor onnodige inschakeling van de tweede lijn voorkomen.

Dit in 1974 ingezette beleidsstreven van echelonnering en het beter toerusten van de eerste lijn om zo beperkt

mogelijk te verwijzen is lang de dominante beleidslijn geweest. In 1983, met het uitbrengen van de nota *Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen*, begon dit streven te wankelen. De nota neemt afstand van de echelonneringsleidraad: er wordt een nieuwe indeling van de gezondheidszorg geïntroduceerd 'enigszins verwant met een indeling naar echelons'. Deze nieuwe indeling houdt een zorgmodel in bestaande uit zelf- en mantelzorg/thuiszorg/gespecialiseerde zorg/residentiële zorg.

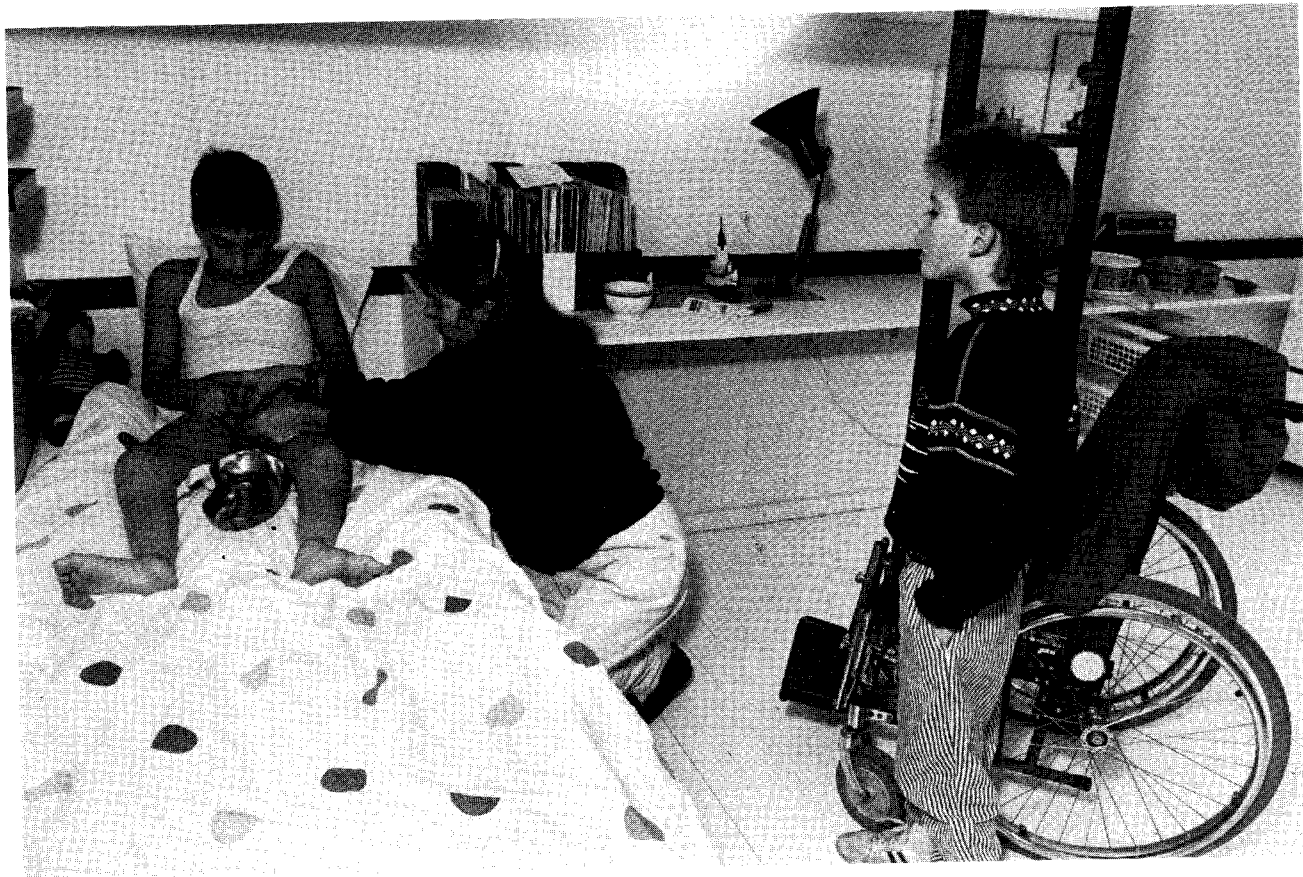
Achtergrond van de introductie van dit zorgmodel is het uitgangspunt dat de verschillende sectoren binnen dit model gekenmerkt worden door de mate waarin de patiënt zijn zelfstandigheid (de centrale doelstelling van de nota) kan behouden. De zelfstandigheidsbevordering is ook de reden waarom het begrip thuiszorg in deze beleidsnota wordt geïntroduceerd. Er wordt hiervoor ook een uitgebreide motivatie gegeven.

'De benaming thuiszorg is gekozen om te accentueren hoe in het zorgmodel, waarvan hier wordt uitgegaan, de vormen van zorg met de grootste mate van behoud van zelfstandigheid en verblijf in het eigen milieu voorop komen. Dit betekent dus eerst zelf- en mantelzorg, vervolgens thuiszorg, en indien onver-

mijdelijk, daarna pas gespecialiseerde en residentiële zorg. Binnen het geheel van de thuiszorg kan men nog onderscheiden algemene thuiszorg (huisartsgeneeskunde en wijkverpleging) en bijzondere thuiszorg (verloskunde, kraamzorg, fysiotherapie, tandheelkunde etcetera). De term thuiszorg is echter zoverre onnauwkeurig dat hier niet slechts wordt bedoeld op hulp die wordt verleend bij de mensen thuis (bijvoorbeeld door huisarts en wijkverpleegkundige) maar ook op hulp geboden binnen praktijkruimten in de wijk. Daarom kan ook ... wordengesproken van eerstelijnsgezondheidszorg, zij het dat deze term verwijst naar het echelonneringsprincipe, dat op meer criteria is gebaseerd dan alleen de mate van zelfstandigheid van de patiënt. Met het oog op het kunnen volgen van de continuïteit in de beleidsontwikkeling zal verder echter sprake zijn van eerste lijn."

Nauwkeurigheid ontbreekt, om het eens eufemistisch te zeggen. Scherper gesteld: vanuit het overheidsbeleid wordt een hutspot gekookt, die een paar jaar later zwaar op de maag zal liggen.

Dat in de nota verschillende ordeningsmodellen door elkaar heen lopen blijkt wanneer thuiszorg en eerstelijns-



Mieke Schlaman

gezondheidszorg als min of meer synonieme begrippen worden beschouwd. Ook komt naar voren dat specialisatie als enig onderscheidend criterium is losgelaten. Zelfstandigheid wordt nu eveneens als criterium voor het echelonneringsprincipe genoemd. Een nieuw element is dat expliciet wordt gesproken van overheveling en verschuiving van middelen van de tweede naar de eerste lijn.

Geconcludeerd kan worden dat het begrip thuiszorg vanaf toen onder twee noemers werd gebruikt:

- 1) de zorg in de thuissituatie, gericht op het zo lang mogelijk handhaven van de zelfstandigheid van de patiënt;
- 2) de zorg die volgens het echelonneringscriterium specialisatie onder de eerste lijn valt.

De verwaring die later rond het begrip thuiszorg optrad, is voor een belangrijk deel terug te voeren op het dubbelzinnige gebruik van deze term.

De introductie van het begrip thuiszorg in 1983 betekende een essentiële koerswijziging. Was tot 1983 het dominante uitgangspunt 'de eerste lijn als trechter naar de tweede lijn', daarna verschoof het beleid in de richting van 'eerste lijn als substituuat van klinische voorzieningen'. In dit nieuwe beleid komen ele-

menten van overheveling en verschuiving van opnamebedden naar de zorg thuis naar voren, hoewel het verwijzingsbeleid nog een belangrijke invalshoek was. Het gaat vooral om het creëren van opvangmogelijkheden thuis, waardoor mensen niet nodeloos een beroep op instellingen hoeven te doen. Hiermee werd ook benadrukt dat het zorgelement een belangrijke plaats in de eerste lijn diende in te nemen.

Kortweg is deze beleidswijziging te typeren als een verschuiving van verwijzing naar overheveling; van een primaire gerichtheid op de samenwerkende huisarts naar het meer vooropstellen van het zorgelement. Op grond van deze constatering kan de beleidsomslag van 1983 - achteraf - getypeerd worden als een ontkoppeling van eerste lijn en (psycho)somatische gezondheidszorg. In plaats daarvan ontstaat een koppeling van de eerste lijn aan zorg. Niet voor niets wordt in de beleidsstukken niet meer gesproken van eerstelijnsgezondheidszorg maar - voor het eerst - van thuiszorg én eerstelijnszorg.

Het is opmerkelijk dat in het overheidsbeleid het denken over echelonnering zich niet aan deze beleidsverandering heeft aangepast. Eerstelijnszorg en thuiszorg worden nog steeds als synoniem aan elkaar voorgesteld, ze zijn

echter niet aan elkaar gelijk te stellen. De achtergronden verschillen en ieder van de begrippen bestrijkt een eigen segment van de gezondheidszorg.

Containerbegrip

Het komt in rapporten over thuiszorg maar weinig voor dat met betrekking tot dit begrip differentiatie plaatsvindt. In veel gevallen wordt ten onrechte gesproken van dé thuiszorg. Thuiszorg wordt als containerbegrip gebruikt. Binnen de thuiszorg kunnen echter verschillende zorgcategorieën worden onderscheiden, die ieder hun eigen type hulp vragen. Per categorie is een specifieke antwoord nodig én mogelijk op de vraag hoe vormgegeven dient te worden aan de basisfilosofie 'thuis als oriëntatie'.

Consequentie van deze gedachte is dat niet in algemene zin over de vraag naar zorg (thuis) gesproken kan worden, maar dat iedere categorie - zoals bijvoorbeeld gehandicapten - zijn eigen specifieke zorgvraag heeft en dus ook zijn eigen type oplossingen vraagt. Deze gedachte sluit aan bij het individualiseringsbeginsel van het 'zorg-op-maat-concept', dat impliceert dat in het aan te bieden voorzieningenpakket meer rekening gehouden dient te worden met de

specifieke achtergronden en kenmerken van de cliënt.

Thuiszorg die de hulpvraag centraal stelt, kan geen massaal en ongedifferentieerd verschijnsel zijn. Als we deze gedachte serieus nemen, is thuiszorg als begrip *onhanteerbaar*. Het dient via een ontrafeling van de vraagcategorieën teruggebracht te worden tot een oriëntatie die uitgaat van de vraag naar zorg thuis. En misschien nog beter: een oriëntatie die de vraag om thuis te kunnen blijven vooropstelt.

Welke categorieën zouden bij hantering van dit uiterst belangrijke uitgangspunt kunnen worden onderscheiden?

Algemene indelingen over patiëntencategorieën bestaan niet. Wel is er min of meer consensus over het onderscheid in de volgende categorieën:

- herstellende patiënten (vaak: post-operatieve patiënten)
- revaliderende patiënten
- terminale patiënten
- chronische patiënten
- licht geestelijk gehandicapten
- ouders met een gehandicapt kind
- psychiatrische patiënten
- mensen met functiebeperkingen (waaronder lichamelijk gehandicapten en ouderen)

In feite zijn deze categorieën in twee hoofdcategorieën onder te brengen:

- a) die patiëntencategorieën waar behandeling, gericht op herstel, vooropstaat (net ontslagen ziekenhuispatiënten, revaliderende patiënten);
- b) die cliëntencategorieën waar herstel (in principe) niet meer mogelijk is en waarbij behandeling dus niet vooropstaat. Het gaat hier, zoals de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) aangeeft, om het beschermen van degene die in een situatie verkeert, waarin geen "oplossing" mogelijk is. Het beschermen heeft tot doel de situatie te stabiliseren en draaglijk te maken en zo mogelijk nog erger te voorkomen."

Een dergelijke indeling in (hoofd)categorieën is niet bedoeld als intellectuele exercitie. Er is ook nog wel het nodige op aan te merken. Het citaat van de NRV, dat gekozen is vanwege het scherpe onderscheid tussen behandeling en bescherming, doet nogal medisch aan. Misschien moet er nog een hoofdcategorie extra toegevoegd worden: de cliënten die slechts compensatie bij de dagelijkse levensverrichtingen nodig hebben.

Waar het mij om gaat, is dat het denken verder op gang komt teneinde de zorgvraag beter te kunnen articuleren en verfijnen.

Vuilnisman

Het denken rond thuiszorg heeft nog een andere beperking. Als het werkelijk

de bedoeling is dat mensen zich zo lang en zo goed mogelijk thuis kunnen handhaven, is er meer nodig dan zorg alleen. Het is namelijk twijfelachtig of alleen de bestaande zorgsystemen in staat zullen zijn mensen de reële mogelijkheden te geven thuis te verblijven. Een aanpassing van de maatschappelijke infrastructuur, die veel verder reikt dan het terrein van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, is hiervoor een vereiste. Te denken valt aan een huisvestingsbeleid gericht op ouderen en gehandicapten, woningaanpassing, aangepaste CAO's met de mogelijkheid van verzorgingsverlof voor werknemers (te vergelijken met het zwangerschapsverlof, maar dan andersom), een buurtinfrastructuur die het thuisleven zo draaglijk mogelijk maakt (buurtwinkel, een basisgevoel van veiligheid, mogelijkheid van vervoer) en speciale voorzieningen als buurtconciërge en maaltijdvoorziening (tafeltje-dek-je, de pizzalijn of de traiteur aan huis).

Deze kanttekeningen zouden wat mij betreft ertoe mogen leiden dat thuiszorg als begrip zo snel mogelijk bij de vuilnisbak wordt gezet. Het is een onmogelijk en onhanteerbaar begrip dat alle hulp in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening die thuis wordt aangeboden, op één hoop veegt. Daarom is thuiszorg een even onzinnig begrip als bureauezorg of instituutzorg. Het zegt niets over de inhoud van de zorg, alleen iets over de plaats waar de zorg wordt verstrekt. Er is dus maar één oplossing: vuilnisman, mag deze term ook mee?



Noten

1. Een uitgebreide analyse van deze problematiek is te vinden in: G. Goudriaan, *Thuiszorg tussen de lijnen*, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Den Haag 1988.
2. Bijvoorbeeld: publikaties van Querido in 1962, van de Wiardi-BeckmanStichting in 1967 en van de vakcentrales - over de volksverzekering - in 1972.
3. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland*, 1970; bijlage 13 bij de *Nota betreffende geestelijke volksgezondheid*, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, verslagen en mededelingen 1971, pg. 117.
4. *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen*, 1983, pg. 24.
5. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Nota visie op zorgverlening vanuit de eerste lijn*, Zoetermeer 1987, pg. 20.

Aankondigingen, mededelingen, korte berichten en agendapunten die u opgenomen wilt zien in de rubriek **Kort & Goed**, tijdig - dat wil zeggen 6 weken voor de verschijningsdatum van elk nummer - sturen naar Postbus 275, 3500 AG Utrecht, ter attentie van Kort & Goed. De verschijningsdata van TGP zijn: eind maart, eind juni, eind september en eind december.

Wonen en thuiszorg

Een huis is meer dan een dak boven je hoofd

Nogal eens wordt vergeten dat er aan thuiszorg behalve zorg ook een thuis zit, de plaats waar mensen wonen en leven. Zelfstandig thuis verblijven heeft alles te maken met de omgeving waarin we leven en niet alleen met de gezondheidszorg en haar voorzieningen. Zoals Illich al zei 'gezonde mensen zijn zij die in gezonde huizen wonen en zich op gezonde wijze voeden, in een omgeving die zowel geschikt is om erin geboren te worden, op te groeien, te werken, te genezen als te sterven'. Beleid rond thuiszorg zal dan ook condities moeten scheppen die dat mogelijk maken. Een van die condities is huisvesting.

Frans van der Pas neemt in dit artikel het huidige huisvestingsbeleid, met name voor gehandicapten en chronisch zieken, onder de loep en schetst enkele interessante initiatieven op dit terrein.

Frans van der Pas

De relatie tussen huizen, mensen en de samenleving is ongekend groot. Een huis is niet alleen een stapel bakstenen of een gelijmd prefabelement. Dat is het hooguit voor de calculator van een bouwaannemer. Een huis staat in een buurt, dorp of stad. Er gebeurt van alles in en rondomheen. Er zijn burens, kinderen, dieren. Er zijn winkels en er is verkeer. Een huis leeft. Het krijgt zijn vorm door de bewoners en de samenleving waarin dezen vertoeven. Het heeft een geschiedenis en een toekomst. De bewoners, of ze nu huurder of eigenaar zijn, geven er kleur en geur aan. Een huis is levensruimte.

Alle geestdrift, om meer hulpverleners aan huis te laten werken betekent wel dat deze levensruimte regelrecht wordt bedreigd. Draagt al die thuiszorg wel bij aan het zich thuisvoelen of wordt de bewoner steeds meer vervreemd van dat wat eens zijn thuis was? In de substitutiediscussies en -berekeningen, waarin gekeken wordt of thuis goedkoper is dan elders, verwatert het huis al snel tot een dependance van het ziekenhuis. In plaats van een ziekenhuisbed krijgen we een ziekbed thuis. Hieromheen dringen allerlei zorgverleners, thuiszorgcoördinatoren en specialisten het huis binnen. Zij leggen de bewoner waarden en normen op, waar deze helemaal niet om heeft gevraagd. In het beste geval wordt ongewenste opdringerig-

heid de deur uitgewerkt, maar velen zullen zich door de gediteerde afhankelijkheid in hun lot schikken. De medicalisering van de levensruimte, waardoor de mens de controle over de eigen omgeving en wijze van leven verliest, is een reële bedreiging.

Vanuit deze optiek worden klachten over bijvoorbeeld de gezinszorg heel reëel. 'Steeds maar andere gezichten, een onpersoonlijke en onberekenbare stroom van komende en gaande gezinsverzorgsters op vaste tijdstippen in de week.' Of 'Ze doen het werk dat hen is opgedragen, daar valt nauwelijks iets aan te veranderen.'. Dit soort klachten komt van mensen die voelen dat ze de grip op wat er met hen in hun huis gebeurt verliezen. Dit afdoen met opmerkingen als 'gezeur' of 'het is een zaak van geven en nemen' vervreemdt mensen van hun onafhankelijkheid. Thuiszorg zal aan voorwaarden moeten voldoen, die de levensruimte respecteren. Thuiszorg is daarom zo belangrijk, omdat het mensen de gelegenheid geeft zichzelf te zijn en zich thuis te voelen.

Piet Vroon signaleerde in *de Volkskrant* van 28 oktober een Rotterdams onderzoek. In de jaren 1955-1957 werden van ruim 3000 mensen van 65 jaar en ouder tweehonderd gegevens vastgelegd over de gezondheidstoestand, dagelijkse bezigheden, sociaal-economische kenmerken, familiecontacten en

dergelijke. In 1983 waren slechts enkele nog in leven, maar uit de gegevens van de overledenen vielen conclusies te trekken. Er lijkt een grote kans te zijn op spoedig overlijden bij onvrede over de gezondheid, een laag inkomen, een gevoel van zinloosheid en slecht contact met kinderen en verwanten. Bij gezondheid gaat het niet zozeer om de feiten, maar om wat iemand van de feiten vindt. 'In het algemeen', zo zegt Vroon 'kunnen we zeggen dat de zin die in het bestaan wordt aangetroffen heel belangrijk is voor de sterftkans. Mensen houden het lang vol als er maar een goed sociaal netwerk is.'

Drastische stijging

De huisvesting in Nederland is afgestemd op de norm van het kleine, gezonde gezin. Maar de vergrijzing slaat toe. De komende decennia zal het aantal mensen van 55 jaar en ouder flink toenemen. Telt Nederland nu 3,2 miljoen mensen van 55 jaar en ouder, in het jaar 2030 zullen dat er volgens verwachting zo'n 5,3 miljoen zijn (34% van de bevolking, dus 2 op de 3). Naarmate de leeftijd hoger wordt nemen de kansen op een handicap toe. Los van de toenemende vraag om hulp, zal het aantal benodigde woningaanpassingen flink toenemen. Er is nu al een drastische stijging te zien. Werden in 1986 bij de gemeenten nog zo'n 12.000 aanvragen ingediend,



Mieke Schlaman

vorig jaar waren het er al 20.000. Daaraan werd zo'n 80 miljoen gulden uitgegeven.

De oorzaak van deze stijging ligt overigens niet alleen bij de vergrijzing. Grotere bekendheid en meer durf om van de geldende subsidieregelingen gebruik te maken, spelen ook mee. Iedere particulier kan immers bij de gemeente een aanvraag voor een huisaanpassing indienen. Daarmee doen zij een beroep op de Beschikking Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten.

Bovenstaande cijfers laten aardig zien dat onze huidige woningen gebouwd zijn volgens de norm van een leven zonder handicap. Dat het ook anders kan, laat een experiment van de Nationale Woningraad zien. Zij hebben het initiatief genomen om met veertig woningbouwcorporaties 'aanpasbare' bouwprojecten te ontwikkelen. Dit experiment wil voorbeelden van nieuwbouwen vernieuwde woningen opleveren, die op ieder gewenst moment tegen minimale kosten bouwkundig kunnen worden aangepast aan de specifieke functiebeperkingen van de bewoner. Zo kunnen gedwongen verhuizingen worden voorkomen en brengen specifieke aanpassingen minder ingrijpende, minder langdurige en minder dure bouwactiviteiten met zich mee. Nu moeten ieder jaar meer dan 7000 mensen die

gehandicapt raken gedwongen verhuizen, omdat de benodigde aanpassingen bouwtechnisch onmogelijk zijn of veel te kostbaar worden. De subsidie voor huisaanpassingen kent namelijk een maximum van 45.000 gulden. Daarnaast heeft deze subsidieregeling zijn beperkingen. Zo zijn alleen huisaanpassingen binnen het huis toegestaan. Dus iemand die drie hoog woont op een flat zonder lift heeft er niet zo veel aan, als er problemen met het lopen ontstaan. Galerijen en trapportalen van een flat zijn gemeenschappelijke voorzieningen en behoren dus niet tot het huis. Tevergeefs doen jaarlijks dan ook vele mensen een beroep op de subsidieregeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten.

Ondertussen neemt het aantal flats zonder liften, waar een snel vergrijzende groep mensen woont, rap toe. De Stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), een geprivatiseerde loot van het ministerie van Volkshuisvesting, wil hier iets aan doen. Zij concludeerde in een voorstudie dat de eisen die in Nederland aan liften worden gesteld, zo zwaar zijn dat er technisch gezien zeer ingrijpende verbouwingen nodig zijn. Met de Zweedse benadering als voorbeeld wordt nu geëxperimenteerd met tien proefflats, waarvoor afwijken-

Aanpasbaar bouwen is het bouwen van een huis, dat niet op voorhand is aangepast en bestemd voor gehandicapten. Het is zo gebouwd dat, mocht een bewoner gehandicapt raken, de aanpassingen snel, eenvoudig en goedkoop aangebracht kunnen worden. In de huidige bouwstijl is daar zelden sprake van. Voordeuren en gangen zijn te smal. Toiletten zijn weggestopt onder trappen, die ook nog eens een scherpe bocht hebben. Aanpassingen in dit soort huizen zijn erg duur. In *Eisen voor aanpasbaar bouwen*, een uitgave van de Nationale Woningraad, staan vele tips genoemd.

de regels zijn bedongen bij de ministeries van Volkshuisvesting en Sociale Zaken. Zonder dat de veiligheidseisen in het gedrang komen, worden hier liften ontwikkeld die langzamer, lichter en goedkoper zijn dan de gangbare types in Nederland en die toch aan alle technische voorwaarden voldoen.

Het aardige van het experiment is dat de liften niet alleen voor de nieuwbouw ontworpen worden, maar ook om ze te kunnen inpassen in bestaande flats zonder lift.

Woonzorgbeleid

Met huisaanpassingen, aanpasbaar bouwen en toegankelijke flats zijn niet alle problemen de wereld uit. Ook de woonomgeving en de mogelijkheid om bij anderen het huis binnen te gaan, zullen aandacht moeten krijgen.

De gemeentelijke afdelingen Openbare Werken, Ruimtelijke Ordening en Stadsontwikkeling zijn de eerst aangewezene om te zorgen dat stoepen, straten en oversteekplaatsen door iedereen goed te gebruiken zijn. In steeds meer gemeenten wordt zichtbaar rekening gehouden met de niet zo goed en snel ter been zijnde mens. Dat wandelaars met kinderwagens daar ook van profiteren is mooi meegenomen. Op hoeken van straten worden standaard op- en afritten gelegd, in het straatpatroon verschijnen steeds vaker speciale tegels, die als oriëntatie dienen voor blinden en slechtzienden. Rateltickers bij drukke oversteekplaatsen zijn geen onbekend verschijnsel meer, evenmin als bankjes om uit te rusten. Ik wil niet beweren dat dit allemaal even consequent wordt toegepast, maar er is een groeiend besef merkbaar dat er iets gedaan moet worden.

Een aardige bijkomstigheid van het experiment aanpasbaar bouwen is dat men de vrijheid om bij elkaar op bezoek te kunnen gaan incalculeert. Voor rolstoelgebruikers is het een verademing om zonder sjouw hulp bij burens en kennissen op bezoek te kunnen in plaats van altijd maar weer te moeten vragen of de mensen bij hen willen langskomen.

Aanpassingen, aanpasbaar bouwen en een toegankelijke woonomgeving leveren alleen maar rendement voor het zelfstandig wonen op, als deze in nauwe relatie staan tot de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening. De voorzitter van de Nationale Woningraad, N. van Velzen, heeft dat in het kader van aanpasbaar bouwen nog eens haarscherp geformuleerd. Als het mogelijk is om woningen aan te passen aan de specifieke omstandigheden van de bewoners, zullen woonomgeving, bereikbaarheid en zorgverlening met deze ontwikkelingen gelijke tred moeten houden. Hij spreekt in dat verband van een samenhangend woonzorgbeleid.

Drs. W. van Santen, die in zijn dagelijks werk hoofd is van de afdeling zorgverlening bij de Nationale Kruisvereniging, liet op een congres over wonen en dienstverlening zijn gedachten over de samenhang tussen wonen en dienstverlening de vrije loop. Thuiszorg onderscheidt zich van het intramuraal voorzieningenaanbod door de loskoppeling van wonen en zorg, de verantwoordelijkheden zijn in aparte organisaties ondergebracht. Door een goed samenspel kan het aanbod voor de bewoner toenemen.

Hij ziet vele mogelijkheden voor wo-

ningbouw- en kruisverenigingen om tot gezamenlijke actie over te gaan, bijvoorbeeld door het afsluiten van contracten met elkaar. Het kruiswerk kan een woningbouwvereniging bijvoorbeeld garanderen dat een bewoner van een bepaald flatgebouw zorg krijgt. Behalve zo'n zorgcontract kan er ook gedacht worden aan een wooncontract, waarbij de woningbouwvereniging het kruiswerk garandeert bepaalde woningen vrij te houden.

Een voorbeeld van een losgekoppelde woon- en zorgfunctie is de assistentie die bewoners met een lichamelijke handicap in zogenaamde clusterprojecten krijgen. Deze staan beter bekend als roxusprojecten. De woningbouwcorporaties zorgen voor volledig aangepaste woningen. De bewoner met een handicap huurt de woning net als ieder ander. Met de stichting FOKUS heeft de woningcorporatie een zorgcontract afgesloten, waarin is vastgelegd dat FOKUS voor dienstverlening op afroep aan huis zorgdraagt. Van Santen acht het niet ondenkbaar dat kruiswerk en woningcorporaties zorg- en wooncontracten afsluiten ten behoeve van licht psychogeriatrische patiënten.

Ondertussen gaan woningbouwverenigingen lustig voort om meer service aan hun huurders te bieden. Het verschijnsel 'huismeester' komt weer terug. Een portier, die behalve in de gaten houdt wie er binnenkomt, levert ook hand- en spandiensten aan bewoners van een complex woningen. De reeds eerder genoemde Stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting heeft zelf een heel programma ouderenhuisvesting opgezet. Daarin zijn ze niet vies van een uitstapje naar het terrein van de zorgverlening. Zo hebben zij in een wijk in Utrecht onder de bewoners een voorstudie laten verrichten naar de wenselijkheid van een cliëntgebonden budget. Het idee is dat mensen die zorg nodig hebben door gezinsverzorging en kruiswerk op hun hulpvraag geïndiceerd worden en vervolgens de keuze krijgen tussen hulp vanuit de instelling of een bedrag in geld, waarmee zij zelf hulp kunnen aantrekken. De voorstudie laat zien dat er best belangstelling voor deze keuzemogelijkheid bestaat. De uitvoering staat of valt echter met de inbreng van kruiswerk, gezinsverzorging en ziektekostenverzekeraars.

Brede visie

In de inleiding is gesteld dat gezondheid niet in de eerste plaats te maken heeft met gezondheidszorg en voorzieningen. In de *Nota 2000* wordt dit ook onder de loep genomen. Geconstateerd wordt dat het beleid op het terrein van de volksgezondheid veel te sterk op de zorgvoorzieningen is geënt. In plaats

van het alternatiefthuiszorg gaat de *Nota 2000* echter uit van een brede visie op volksgezondheid. Hierin bepalen vier determinanten onze volksgezondheid: biologische en erfelijke factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving én de leefwijze van mensen. Uitgaande van deze factoren moet het beleid zich vooral richten op bescherming en preventie. Het beleid dat hier bedoeld wordt, doorkruist de kunstmatige scheiding tussen de verschillende beleidssectoren. Het wordt ook wel facetbeleid genoemd. Vanuit deze stellingname geredeneerd lopen gehandicapten- en ouderenbeleid in belangrijke mate parallel, zeker als emancipatie als uitgangspunt wordt genomen.

En hier is weer een herkenbaar punt. Het zijn immers juist ouderen, gehandicapten en gezinnen met gehandicapte kinderen die alsmatig aandacht vragen voor zorg op maat. Een zorg die zich niet beperkt tot een aanbod van voorzieningen, maar die uitgaat van wat de mensen vragen. Hun doel is niet alleen om medisch gezien aan hun trekken te komen, maar vooral ook maatschappelijk. Zij vragen bestuurders, ambtenaren en zorgverleners om uit hun hokken te komen en vanuit een brede visie aan de slag te gaan. Een visie die de levensruimte van mensen respecteert en die leidt tot voorwaarden om deze uit te breiden. De genoemde ontwikkelingen op het gebied van huisvesting en woonomgeving zijn hier goede voorbeelden van. Maar helaas zijn het er nog veel te weinig.

De thuiszorg vanuit de medische en maatschappelijke dienstverlening ontwikkelt zich weliswaar vanuit een filosofie waarin zelfstandigheidsbevordering vooropstaat, maar scheidt nog veel te weinig voorwaarden om dit te realiseren. —

Literatuur

Thuiszorg, droom of realiteit?, Provinciale Drentse Kruisvereniging, Assen 1986. Hierin opgenomen 'Een kritische benadering van het begrip thuiszorg' door dr. H. J. Achterhuis.

N. van Velzen, 'Samenhang huisvesting en zorgverlening gehandicapten gewenst' in: *Woningraad*, nr. 9, 1988.

Eisen voor aanpasbaar bouwen, Nationale Woningraad, Almere 1987.

Volkshuisvesting en dienstverlening bij elkaar, Experimentenprogramma ouderenhuisvesting, SEV-Rotterdam, jan. 1988.

'Overzicht SEV-experimenten' in: *Het Experiment-SEV*, nr. 3 1988.

F. van der Pas, *Clieëntgebonden budget. Een voorstudie in Utrecht en voorstel voor experiment*, SEV-Rotterdam 1988.

Nota 2000. Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, tweede kamer 1985-1986, 19500 nrs. 1 en 2.

Dankbaar zijn . . . of zelf organiseren

Er is de laatste tijd veel te doen rondom het op komst zijnde cliëntgebonden budget. Wat houdt dit cliëntgebonden budget (afgekort KGB, eveneens een positieve Perestrojka-omwenteling, maar dan in Nederland) in? Aan de hand van een indicatie voor de benodigde uren hulp die iemand met een handicap nodig heeft, wordt een budget vastgesteld. Met dit budget zal de hulpvrager een keuzemogelijkheid worden geboden om de algemene dagelijkse assistentie zelf te organiseren of dit te laten doen. Assistentie die vanwege de beperkingen door een handicap nodig is bij wassen, kleden, eten, huishoudelijke taken enzovoort. Na indicatie kan de hulpvrager met het toegekende bedrag op de vrije markt hulp 'kopen' en zelf de tijdstippen, indeling en mate van hulp bepalen.

In ons landje hebben we echter onze stijfkoppige tradities. Iemand die bij bepaalde handelingen hulp nodig heeft, dient nog altijd verzorgd en begeleid te worden. En voor velen is een andere gedachtengang hiervoor en een andere handelwijze een welhaast zondig iets. Van de hulpverlener wordt alleen dankbaarheid verwacht. De positieve omwenteling zegt: 'zullen we er nu eens vanuit gaan dat de hulpvrager zelf weet wat nodig is en dat hij zelf de benodigde hulp kan organiseren'. De integratiebulldozer is immers sinds jaren aldoor in beweging gebleven, terwijl de traditie stil is blijven staan. Zelfs een integratieverpestende actie van Mies Bouwman volgens het traditionele 'wij zorgen voor ...' brengt die bulldozer niet tot staan.

Er is tot op heden nagenoeg voorbijgegaan aan de rijke deskundigheid van de hulpgebruiker en diens inzicht in wat nodig is en kan.

Binnen de hulpverleningsorganisaties kan door de veelheid van aanvragen de individuele hulpvrager niet anders worden gezien dan een standaard-hulpvraagpakket. Figuurlijk gezien is in de huidige situatie de gehandicapte hulpvrager een produkt in de rekken van een supermarkt (organisatie) in afwachting van de rekkenvuller (hulpverlener) om te worden verzet of aangevuld. Maar in de praktijk is de hulpvrager echt geen robot die op vaste tijdstippen volgens rooster gewassen, aangekleed of in bed gelegd kan worden. Laat staan dat men zich op vaste tijden mag leegplassen. Binnen de woonsystemen waarbij meerdere hulpvragers gezamenlijk enkele hulpgevers kunnen inschakelen is er het begrip 'wachtijd'. Frustrerend om steeds maar weer te moeten wachten tot het tijdstip van hulp geven is aangebroken.

Een televisiespotje van een spaarbank zegt dat mensen een derde van hun leven doorbrengen met wachten. Voor een hulpvrager is dat een waarheid als een koe. Eindkreet van het spotje is dat bedoelde bank meer doet in minder tijd. Een cliëntgebonden budget levert een gelijk resultaat. Meer doen in minder tijd, met een grotere tevredenheid.

In de situatie van enkele hulpgevers voor meerdere hulpvragers mag men niet voor het blok komen te staan, óf 's avonds met de kippen op stok gaan óf nog een kwart van de nachtfilm zien. Hoge nood en drie kwartier wachttijd is niet onder woorden te brengen, maar schreeuwt om een cliënt-

gebonden budget, want op hulp vragen hoeft geen wachttijdstraf te staan.

Bovendien heeft men zowel bij de gezinszorg, woonprojecten als andere hulpverleningsorganisaties met verloop van personeel te maken. De hulpvrager dus ook. In enkele jaren ziet men tientallen hulpgevers aan zich voorbijtrekken. Steeds weer andere handen aan je lijf, steeds weer opnieuw uitleg geven. Ooit heb ik er eens over nagedacht om een instructiecassetteband met uitleg te maken.

Met het toegekende budget kunnen, afhankelijk van het aantal benodigde uren hulp (de indicatie), twee, vier of meer mensen worden aangetrokken. De hulpvrager is werkgever met een klein hulpverleningsbedrijfje.

Naast de algemene dagelijkse assistentie vallen ook huishoudelijke taken en specifieke handelingen onder het takenpakket. Al deze zaken kunnen door een en dezelfde assistent uitgevoerd worden. Een verademing in vergelijking met de huidige taakafbakeningsgevechten. Wat de een doet, mag de ander niet.

In huishoudelijke onwetenschap beschikte ik in mijn vrijgezellentijd over een niet al te grote serviesvoorraad. Door de taakafbakening van de assistente voor persoonlijke hulp mag deze geen vaat afwassen. Wel mag zij schoon servies uit de kast pakken. Daar ik maar enkele uurtjes huishoudelijke hulp in de week had toegewezen gekregen, ontstond er een steeds terugkerende file van vuil vaatwerk op het aanrecht. Het kwam voor dat ik bezoek eerst moest vragen de benodigde kop en schotels af te wassen alvorens wat te drinken te kunnen aanbieden. Door schade en schande heb ik indertijd de serviesvoorraad uitgebreid.

Terwijl de assistente voor persoonlijke hulp mijn schoenen aantrekt, staat de huishoudelijke hulp in de keuken af te wassen. Hopelijk is de wijkverpleegster dadelijk niet te laat, anderst stapt ze tegelijk met de fysiotherapeut binnen. Op dergelijke momenten voel ik me openbaar verzorgingsbezit. Nadat iedereen de hulp binnen de eigen toegestane grenzen heeft uitgevoerd, kan ik aan mijn eigen werk beginnen.

Wanneer tegenstanders van het nieuwe systeem praten over de duizenden toekomstige cliëntgebonden-budgetgebruikers schemert de herkenning van de obstakels in de huidige hulpverlening door. De tegenstander wordt daarbij overvallen door een ongegronde angst voor een zelfstandigheidsrage. Een paar honderd of duizend gebruikers, de praktijk zal tijdens de landelijke experimenten de drang naar het recht om de eigen hulp te organiseren bewijzen.

Een bijkomend detail bij een cliëntgebonden budget is dat de hulpverlener bij de indicatie voor de benodigde uren hulp een stem dient te hebben. Dit om situaties, zoals er hier enkele zijn beschreven, te voorkomen. Minder strubbelingen, minder irritaties, de gebruiker is de deskundige.

Het cliëntgebonden budget zal een stap voorwaarts blijken waar het gaat om 'hulp op maat'. Dankbaarheid zal plaats maken voor geïntegreerd zelf organiseren.

Rob Jordaans, toekomstig cliëntgebonden-budgetgebruiker

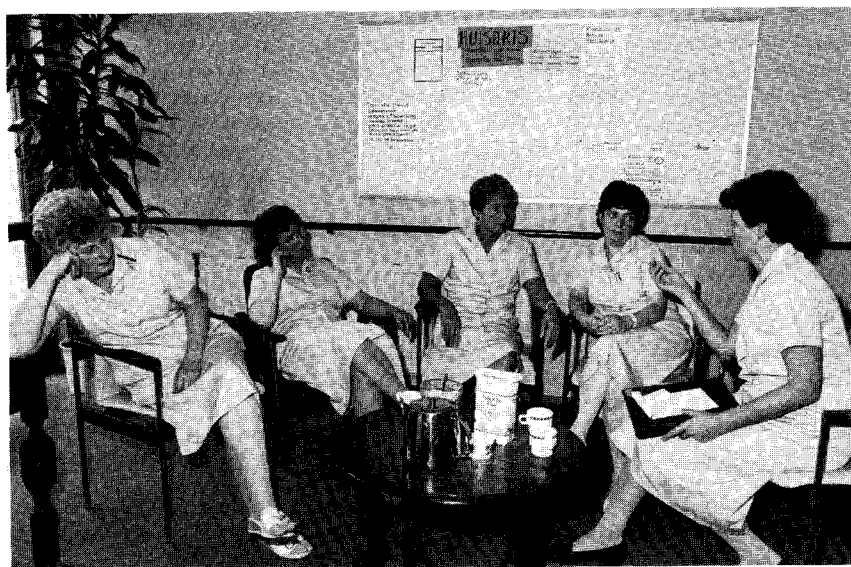
ZORG IS GEEN VROUWENZAAK

Het fenomeen zorg is nauw verbonden met een traditioneel vrouwbeeld en de ideologie van het moederschap. Ontwikkelingen in het beleid rond zorg en zorgverlening hebben daarom vooral consequenties voor vrouwen.

Aan de hand van enkele kenmerken van de zorg zal verhelderd worden dat denken over thuiszorg vanuit deze ideologie vrouwen zwaar zal belasten. Maar ook voor de ontwikkeling van de thuiszorg is deze ideologie een hinderpaal.

Thuiszorg is gebaat bij een zakelijke, onbevengende benadering.

Willemien Quant



Mieke Schlaman

Dat de tweede feministische golf die nu zo'n twintig jaar over Nederland spoelt het traditionele man-vrouwrollen patroon nog maar weinig uit zijn evenwicht heeft gebracht, laat zich illustreren door het feit dat 'zorgen' nog steeds een vrouwenzaak is. Weliswaar komen er in de zorgberoepen steeds meer mannen, maar het percentage mannelijke verpleegkundigen gaat de 20 nog niet te boven. Bovendien stromen mannen in de zorgberoepen snel door naar leidinggevende functies en staffuncties, terwijl vrouwen in de zorgfuncties blijven.

Ook de niet-professionele zorg, de mantelzorg, is hoofdzakelijk een vrouwenzaak. Een eerlijke verdeling van de zorg binnen- en buitenshuis is dus bij lange na nog niet gerealiseerd en van een zorgzame samenleving kan aller-

minst worden gesproken zolang de helft van de bevolking zich niet met zorg inlaat.

Van huis uit

'Zorgen' behoort tot de kern van het verpleegkundig beroep. Een verpleegkundige verricht enerzijds handelingen die een grote deskundigheid en vakbekwaamheid vragen, anderzijds 'zorg'-handelingen waarvan je zou kunnen zeggen dat er geen speciale scholing of deskundigheid voor nodig is. In het verpleegkundig beroepsprofiel horen deze activiteiten bij elkaar: geen technische handeling zonder zorg.

Toen nog niet zo lang geleden de vraag actueel was of zorgkunde in het voortgezet onderwijs een vak zou moeten zijn, werd als argument tegen aangevoerd dat je zorgen niet hoeft te leren, dat krijg je wel van thuis mee.

De bezuinigingen in de gezondheidszorg leiden vooral tot een bezuiniging op allerlei zorgtaken. Het gevolg daarvan is dat in ziekenhuizen, bejaardentehuizen en verpleegtehuizen inmiddels de vrijwilliger zijn (of liever: haar) intrede heeft gedaan om zich bezig te houden met activiteiten waarvoor verpleegkundigen en verzorgenden geen tijd meer hebben.

Een ander middel om de beroepsmatige zorg goedkoper te maken is de trend om zorg te verdelen in 'lichte' en 'zware' zorg en vervolgens voor de lichte zorg minder geschoolden in te schakelen, omdat dezen goedkoper zijn. Maar juist bij zorg is het moeilijk om deze verdeling te maken. Als je ergens mee zit, is iemand die je helpt bij het wassen of de dagelijkse huishoudelijke zaken de meest voor de hand liggende praatpaal.

In het welzijnswerk zijn ervaringen opgedaan met de verdeling in 'licht' en 'zwaar' werk, bijvoorbeeld in opvanghuizen, begeleid kamerwonen en huiskamerprojecten. Het zogenaamde lichte werk, de dagelijkse opvang en begeleiding, wordt door vrijwilligers en onbetaalde krachten (meestal vrouwen) gedaan, terwijl het de bedoeling is dat zij, als er problemen zijn, doorverwijzen naar ervaren maatschappelijk werkers. In de praktijk komt het erop neer dat zo'n verwijzing niet lukt, omdat de cliënt zijn zaken wel met de nabije begeleider wil bespreken, maar er niets voor voelt om naar een verre hulpverlener te gaan. Voor de vrijwilligers blijkt het moeilijk te zijn om de cliënt los te laten. Lichte zorg kan dus heel zware zorg worden.

Plicht tot moeders

In de thuissituatie zorgen mensen voor elkaar. Om deze zorg te onderscheiden van de zorg die door beroepskrachten, zoals wijkverpleegkundigen, zieken-, gezins- en bejaardenverzorgenden wordt verleend, is de term mantelzorg in zwang gekomen. Onderzoek naar de motieven van mensen (vrouwen dus) die zich met zorg in de thuissituatie bezighouden laat zien dat mantelzorg nauwelijks als vrijwilligerswerk te beschetsen valt.¹ Hun motieven verwijzen namelijk naar een vorm van verplichting. De ondervraagde mantelzorgers achten het hun plicht, ze voelen het als een verantwoordelijkheid, om voor de zorgbehoeftigen in hun omgeving te zorgen. Ze geven daarbij aan dat zij wel van deze zorg af zouden willen als er andere oplossingen voorhanden waren.

Het verlenen van zorg is dus een morele plicht, maar dan wel een plicht waarbij het erop lijkt dat alleen vrouwen die ervaren. Nancy Chodorow heeft in *Waarom vrouwen moeders* beschreven hoe de ontwikkeling van dat plichtsbef tot zorgen een onderdeel is van de socialisatie die vrouwen in onze cultuur doormaken.²

Thuiszorg kan alleen maar functioneren als er naast de professionele zorg van wijkverpleegkundigen en verzorgenden voldoende niet-professionele hulp aanwezig is. Het idee van de zorgzame samenleving dus.

Op zich is er niets tegen dat idee. Wat er wel op tegen is, is dat door beleidsmakers voornamelijk in *moraliserende* zin over die zorgzaamheid gesproken wordt. Het lijkt erop alsof verwacht wordt dat door een moraliserend betoog de zorgzame samenleving vanzelf wordt opgeroepen.

De ervaring leert dat vrouwen zich hierdoor inderdaad aangesproken voelen, met alle schuldgevoelens die het gevolg zijn van moraliserende betogen erbij. De grootste angst van de (heren) politici, zegt Nancy Chodorow, is dan

ook het vooruitzicht dat vrouwen niet meer moeders. Ook al is het zo dat vrouwen dank zij anti-conceptiemiddelen nog slechts een korte periode van hun leven 'moeders', als gevolg van hun socialisatie voelen ze de plicht ertoe nog heel sterk.

Maar niet alleen in de mantelzorg worden vrouwen aangesproken op hun neiging tot moeders. Ook de vrouwen die beroepsmatig zorg verlenen, de wijkverpleegkundigen en de gezins-, zieken- en bejaardenverzorgsters, zijn daar gevoelig voor. Zoals gezegd, is de overgang tussen professionele zorg en niet-professionele zorg naadloos, de grenzen zijn moeilijk te trekken. Als in de eigen omgeving van de patiënt geen aanvullende zorg aanwezig is, is de druk op de wijkverpleegkundige of verzorgende groot om zelf die aanvullende zorg te verlenen. Te voorzien is echter dat de tijd daarvoor steeds meer zal ontbreken.

Thuiszorg blijkt namelijk niet zonder meer goedkoper te zijn dan intramurale zorg. Eén van de middelen om de kosten in de hand te houden is om het pakket dat door de instellingen voor thuiszorg (wijkverpleging, gezins- en bejaardenzorg) wordt geleverd te definiëren in termen van functies. Een patiënt krijgt een indicatie voor een bepaalde functie, de aanvullende zorg moet door de eigen omgeving geleverd worden. Maar als de tijd die je voor de patiënt beschikbaar hebt, bemeten is op de geïndiceerde hulp, dan schiet die voor enige extra zorg te kort. Dat leidt ófwel tot overbelasting ófwel tot een onbevredigend gevoel omdat je onvoldoende hulp hebt kunnen bieden. Of wellicht tot beide.

Voor vrouwen lopen de kans verstrikt te raken tussen hun neiging tot te veel zorg willen geven en het gebrek aan tijd daarvoor. Relatief veel vrouwen knappen dan ook af op de verpleging en verzorging, omdat ze voortdurend met het gevoel kampen te kort te schieten.

Onontkoombaarheid

Gerard Goudriaan stelt dat het idee van thuiszorg een verdere reikwijdte heeft dan het terrein van de zorgverlening. Het gaat in feite om een sociaal en cultureel beleid.³ Zo'n beleid heeft alles te maken met het doorbreken van het idee dat er altijd wel vrouwen zullen zijn die zich onbetaald en (on)vrijwillig zullen inzetten voor hun verwanten en patiënten die hulp nodig hebben.

Pas als er met de ideologie van het moeders is afgerekend, kan er zakelijk en praktisch over zorg en mantelzorg worden nagedacht en wordt emancipatie van de zorg mogelijk. Wellicht is invoering van het vak zorgkunde in het voortgezet onderwijs hiertoe een middel.

Toch kan ook dichtbij huis worden begonnen, bij de instellingen die thuiszorg geven. Bij deze wordt over het zo efficiënt en effectief mogelijk verlenen van de beroepsmatige thuiszorg, niet in het minst door de druk van de bezuinigingen, volop nagedacht. De zorgtaken worden beschreven, gerubriceerd en gekwantificeerd. Hetzelfde zou met de mantelzorg moeten gebeuren.

De zwaarte van de mantelzorg ligt vooral in de 'eindeloosheid' en 'onontkoombaarheid' ervan. Beschrijving en kwantificering van zorgtaken leiden ertoe dat die eindeloosheid en onontkoombaarheid duidelijker proporties krijgen, waardoor het mogelijk wordt om 'echte' vrijwilligers in te schakelen. Tot nu toe zijn die in de thuiszorg nagevoeg afwezig.

Het zou een taak kunnen zijn van de instellingen die zich met thuiszorg bezighouden om die beschrijving en kwantificering van mantelzorg te ontwikkelen. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden beschikken immers over veel informatie, bijvoorbeeld over wat er allemaal komt kijken als ouders een gehandicapte kind thuis willen verzorgen. Of over de druk die er wordt gelegd op huisgenoten/verzorgers van een dementerende bejaarde of psychiatrische patiënt.

Een helder beeld van wat mantelzorg inhoudt, biedt ook aanknopingspunten voor de steun die vanuit de professionele zorg aan de mantelzorg geboden kan worden. Tot nu toe is die steun meestal incidenteel en individueel. Denkbaar is dat steun aan mantelzorgers een taak is die de zorginstellingen beleidsmatig gaan aanpakken en dat er een heel scala aan steunmogelijkheden aangeboden gaat worden. Dat kan variëren van gespreksgroepen voor mantelzorgers tot het beschikbaar stellen van budgetten voor allerlei voorzieningen. In Zweden bijvoorbeeld, in dit opzicht meer dan Amerika het land van de ongekende mogelijkheden, zijn budgetten beschikbaar voor onkosten die mantelzorgers moeten maken.

Een zakelijke en praktische benadering van de mantelzorg is tevens in het belang van de professionele hulpverleners, want ook voor hen weegt de eindeloosheid en onontkoombaarheid ervan zwaar.

De voortschrijdende emancipatie van vrouwen moet emancipatie van zorg met zich mee brengen. Thuiszorg is gebaat met beider emancipatie

Noten

1. Toos Janssen, *Thuiszorg bij oudere mensen*, Nijmegen 1965.
2. Nancy Chodorow, *Waarom vrouwen moeders*, Amsterdam (Sara) 1980.
3. Gerard Goudriaan, *Thuiszorg tussen de lijnen*, een publikatie van de Harmonisatie-raad Welzijnsbeleid, Den Haag 1988.

De dubbele pet van de zorgbemiddelaar

Het Project Individuele Zorgsubsidie in Rotterdam

In de wirwar van discussies over de definiëring, structuur, financiering en kosten van de thuiszorg raakt de zorg zelf nogal eens op de achtergrond. Toch wordt op veel plaatsen, al dan niet op experimentele basis, gewerkt aan het verbeteren van de thuiszorg. In Rotterdam draait sinds mei '88 het proefproject Individuele Zorgsubsidie. Daarin wordt gewerkt met zorgbemiddelaars en zorgcontracten.

Omdat het in Nederland de eerste keer is dat deze vormen van hulpverlening zich voordoen, reden voor TGP om de keuzes en dilemma's die er ongetwijfeld bij zo'n andere aanpak om de hoek komen kijken eens nader te beschouwen. Hoe gaat het project bijvoorbeeld om met de positie van de cliënt, de hulpvrager als werkgever, de betaling van vrijwilligers, het verschijnsel zwart werk?

Vooraf aan de zorgbemiddelaars en de individuele zorgsubsidie wordt ruimschoots aandacht besteed. *

Beatrijs lansen, projectmedewerker bij de STOZA te Amsterdam

Thuiszorg wordt steeds belangrijker en complexer. Vooral voor ouderen. Nu al komt een betrekkelijk grote groep ouderen met thuiszorg in aanraking. Van de 65-plussers woont op dit moment ongeveer 10% in een verzorgingstehuis of verpleeghuis. Van de mensen ouder dan 80 wordt zelfs 35% met opname geconfronteerd. Aan opname gaat vaak een periode van thuiszorg vooraf.

Daarnaast is er een groep ouderen die met weinig of veel professionele thuiszorg zelfstandig kan blijven wonen. Hun aantal is niet precies bekend. Vergelijken met andere leeftijdsgroepen maken ouderen een groot deel van het cliëntenbestand van hulpverleningsinstaties uit. Zo wordt bijvoorbeeld 80% van de hulpverleningsuren van gezinszorg en wijkverpleging aan ouderen besteed. Niet de ouderen op zich, maar de groei van het aantal ouderen én hun

aandeel in de zorgvraag hebben ertoe geleid dat de ouderenzorg een belangrijke prioriteit van het veld en de overheid is.

De overheid is vooral bezorgd over de kosten die de vergrijzing met zich meebrengt. Den Haag zoekt daarom vooral naar een zo'n goedkoop mogelijke zorg en veronderstelt dat dit in de meeste gevallen thuiszorg in plaats van opname is. Substitutie en kostenverlichting worden in één adem genoemd. Door het inperken van de intramurale capaciteit stuurt de overheid de zorg richting thuiszorg zonder noemenswaardige investeringen in deze thuiszorg te doen. De kosten als heersend principe leiden er toe dat de veranderingen in de zorgvraag en de kwaliteit van de zorg op het tweede plan raken.

Dit beleid gaat zich nu wreken. Substitutie wordt moeilijker en gaat niet

meer vanzelf. Hoewel het weleens wordt vergeten, is de toegang tot verzorgingstehuizen en verpleeghuizen de laatste jaren al enigszins ingedamd. In deze eerste ronde is vooral geschoven met de meest makkelijke groep ouderen. Bovendien moet de grootste golf hoogbejaarde ouderen nog komen. De overheid heeft daarom behoefte aan meer fundamentele informatie onder welke voorwaarden en in hoeverre substitutie verder kan worden doorgevoerd.

Het is echter te simpel om de gaten en problemen in de thuiszorg volledig op het conto van de overheid te schrijven. Het zorgveld lijkt gevangen tussen willen en kunnen. Klemgezet door bezuinigingen en regelgeving van buitenaf, door de complexiteit in de hulpvraag en door gebrek aan afstemming en strijdende belangen in de eigen gelederen.



[es Lammer]Hollandse Hoogte

Een inhoudelijk beleid komt in de tussentijd niet van de grond.

Proefprojecten

De overheid, het veld, maar ook de financiers zitten met de ouderenzorg in hun maag. Tijd voor bezinning dus. wvc heeft de handschoen opgepakt en geld beschikbaar gesteld voor een zestal proefprojecten, voluit 'demonstratieprojecten substitutie ouderenzorg' geheten. De projecten duren drie jaar en hebben voor wvc als doel de beoogde substitutie te bevorderen. Na deze drie jaar moet duidelijk zijn in welke mate en onder welke voorwaarden verschuiving van opname in een verzorgingstehuis en verpleeghuis naar thuiszorg en informele zorg mogelijk is en welke aan-

passingen in de regelgeving nodig zijn. Door het starten van meerdere, zich van elkaar onderscheidende projecten hoopt wvc een variëteit aan interventiestrategieën aangeleverd te krijgen.

De overheid levert dus het geld en het veld de ideeën. Het is echter belangrijk te realiseren dat achter deze kruisbestuiving een verschil in optiek schuil gaat. Voor wvc is kostenbesparende substitutie het centrale doel. Voor het veld is substitutie niet zozeer een eigen keuze, maar een van bovenaf opgelegd feit. Het doel ligt voor hen primair in het creëren van een goed alternatief voor opname en het verbeteren van de thuiszorg om de substitutie in goede banen te leiden.

Dat de geldbuidel aantrekkelijk

werkt, blijkt wel uit het feit dat er meer dan honderd reacties uit het veld kwamen. Uiteindelijk zijn hier zes projecten uitgerold. De probleemstelling van waaruit deze projecten werken komt grotendeels overeen. Het grootste probleem ligt bij gebrek aan afstemming en wel op twee, onderling verweven niveau's. Hulpverleners stemmen onderling niet goed op elkaar af, evenmin stemmen ze goed af op de hulpvraag van de cliënt. Gevolg is onnodige inefficiëntie en te weinig zorg op maat. Vanuit deze gedeelde vooronderstelling kiezen de zes projecten verschillende trajecten om substitutie te bevorderen.

Het Rotterdamse project ziet afstemming ook als het belangrijkste probleem. Daarnaast worden echter ook de hoeveelheid hulp en de afhankelijke positie van ouderen als medebepalende factoren voor opname in een verzorgingstehuis onderkend. Het project 'Individuele Zorgsubsidie' is bovendien in potentie het meest vernieuwend voor de thuiszorg, omdat er twee nieuwe principes in de thuiszorg worden geïntroduceerd: zorgbemiddeling en individuele zorgsubsidie. Te zamen moeten zij ervoor zorgen dat ouderen die op de drempel van een verzorgingstehuis staan, toch zelfstandig kunnen blijven wonen.

Het project onderscheidt zich verder van de andere projecten doordat het bijna volledig buiten de reguliere zorg is geplaatst. De haalbaarheid van het project zal daarbij ongetwijfeld een rol hebben gespeeld. Een groot voordeel van deze benadering is dat de aanpak veel verder is gegaan dan voor de huidige zorgverlenerskaders aanvaardbaar en realiseerbaar is. Hierdoor biedt het meer mogelijkheden om nieuwe inzichten op hun merites uit te testen.

De gekozen constructie heeft echter ook twee belangrijke nadelen. Ten eerste heeft het project voornamelijk nauwelijks consequenties voor de reguliere zorg. Ten tweede brengt het een nieuwe tweedeling in de thuiszorg teweeg, namelijk tussen reguliere hulp en individuele zorgsubsidie. Dit is des te frappanter, daar afstemming en aaneensluiting van de zorg een belangrijk doel is.

Zorgbemiddelaars

De introductie van zorgbemiddeling is te plaatsen binnen de toenemende aandacht voor coördinatie en het zogenaamde casemanagement. In brede kring is men het eens dat er gaten in de hulpverlening vallen, doordat deze in brokken is verdeeld en niemand de verantwoordelijkheid voor het geheel heeft én neemt. Bij casemanagement wordt de verantwoordelijkheid voor één cliënt gebundeld. Invalshoek daarbij is de case ofwel de cliënt. Op dit moment con-

centreert de discussie hierover zich vooral rond de vraag of de wijkverpleegkundige of de huisarts deze taak toebedeeld moet krijgen. In Rotterdam is een andere ingang gekozen. Daar is de zorgbemiddeling gecentreerd in een aparte, nieuwe functionaris. Deze zogenaamde zorgbemiddelaar staat buiten de reguliere zorg en houdt zich alleen bezig met zorgbemiddeling. In Rotterdam zijn er in totaal drie zorgbemiddelaars voor 75 ouderen.

De zorgbemiddelaars zijn in dienst van het project. Het is hun taak om ervoor te zorgen dat de reguliere hulp zo optimaal mogelijk wordt ingezet en zo goed mogelijk op elkaar aansluit. Zij moeten het daarbij vooral hebben van hun kennis van het veld, er bestaat namelijk geen hiërarchische relatie met de reguliere hulpverleners. De zorgbemiddelaar kan dus geen opdrachten geven. Ook zijn er geen voorrangregels voor de ouderen die aan het project deelnemen. De regels en eventuele wachtlijsten die er in de eerste lijn zijn, gelden ook voor hen.

Naast de coördinerende en regelende taak in de reguliere zorg, hebben de zorgbemiddelaars ook nog een aantal andere taken. Zij begeleiden de ouderen bij hun keuze voor het project en fungeren als vertrouwenspersoon voor de cliënt. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor de besteding en organisatie van de individuele zorgsubsidie. Zij beoordelen de behoefte aan extra hulp die vanuit de individuele zorgsubsidie mogelijk is, beheren het budget dat hiervoor per oudere beschikbaar is, en zorgen voor een goede aansluiting tussen de reguliere hulp en de individuele zorgsubsidie.

Op de zorgbemiddelaars wordt een zware wissel getrokken en er worden hoge eisen aan hen gesteld. Ze moeten over geriatrische deskundigheid beschikken, een hulpverleningsachtergrond hebben, een vertrouwensrelatie met de cliënt kunnen opbouwen, goed met de reguliere hulpverleningskanalen kunnen onderhandelen en een goede kennis hebben van de sociale kaart van Rotterdam.

Ook al worden de zorgbemiddelaars zorgvuldig geselecteerd en begeleid, toch zit er een 'ingebakken' spanningsveld in de functie. De zorgbemiddelaar staat enerzijds aan de kant van de cliënt, maar kan bij het toekennen van de individuele zorgsubsidie ook tegenover de cliënt komen te staan. De cliënt zit met andere woorden ook in een potentiële onderhandelingspositie met de zorgbemiddelaar. Omdat de eindverantwoordelijkheid van de meeste zaken bij de zorgbemiddelaar ligt, zal deze meestal aan het langste eind trekken. Hoe de dubbele pet van de zorgbemiddelaar kan uitwerken, kan worden geïllustreerd met een voorbeeld uit Amerika,

waar een vergelijkbaar project loopt. Daar ontstond een ware competentiestrijd tussen de zorgbemiddelaars om de individuele zorgsubsidie zo laag mogelijk te houden. Hieraan werd het succes van het werk afgehaald. Het is niet erg waarschijnlijk dat deze werkwijze in het voordeel van de cliënt is.

Een positieve gedachte in het Rotterdamse experiment vind ik dat er een persoon is, die de cliënt kan ondersteunen in het formuleren van zijn behoefte en die kan optreden namens de cliënt. Het is mijn inziens echter belangrijk dat deze functie op geen enkele wijze in de taken, belangen en verantwoordelijkheden van hulpverleners wordt geïncorporeerd.

Om de scherpe kantjes van de afhankelijkheid van de zorgbemiddelaar weg te nemen, is het belangrijk dat de deelnemende ouderen een keuze hebben bij het aanstellen van hun zorgbemiddelaar. Dit is nu niet het geval, omdat er één zorgbemiddelaar per regio is.

Individuele zorgsubsidie

De individuele zorgsubsidie stelt ouderen in staat om hulp te krijgen, die nu via de reguliere kanalen niet mogelijk is. Het moet net dat beetje extra zijn, waardoor opname kan worden voorkomen. De individuele subsidie is dus ter aanvulling op de bestaande reguliere zorg, zoals wijkverpleging, gezinszorg en hulpmiddelen. De zorgsubsidie per oudere is maximaal f 6.888,- per jaar. In feite is er niet echt sprake van een individuele subsidie, maar van een doelgroepsubsidie. Wanneer een bepaalde oudere minder hulp en dus minder geld nodig heeft, kan een ander meer krijgen. De f 6.888,- is dus een gemiddeld bedrag.

De hoogte van de zorgsubsidie is gebaseerd op de kosten die wvc gemiddeld per jaar per verzorgingstehuisplaats kwijt is en is afgeleid van de totale kosten van het project. Een plaats in een verzorgingstehuis kost gemiddeld f 30.000,- per jaar, de gemiddelde eigen bijdrage is f 10.000,-. wvc betaalt dus f 20.000,-. Het totale budget voor het project is bepaald op tweederde van dit bedrag per deelnemende oudere, ofwel 75 x f 13.555,- (er kunnen maximaal 75 ouderen aan het project deelnemen). Na aftrek van alle overheadkosten, zoals projectleiding en onderzoek, en de kosten van de zorgbemiddelaars, blijft er f 6.888,- per oudere over om daadwerkelijk aan zorg te besteden.

Het is niet moeilijk om uit de gehanteerde berekeningswijze het kostenverhaal van wvc te herleiden. Als thuiszorg twee derde kost van een opname in een verzorgingstehuis, is thuiszorg goedko-

per. Deze vergelijking gaat echter mank. Ten eerste omdat er ook andere projectkosten uit dit geld moeten worden gefinancierd. Ten tweede, omdat in dit budget niet de kosten voor reguliere hulp en het dagelijkse levensonderhoud zijn meegerekend. Ten derde zijn de kosten van thuiswonen en wonen in een verzorgingstehuis niet direct te vergelijken. Bij de kosten van een verzorgingstehuis wordt immers uitgegaan van een gemiddelde. De ene oudere zal echter 'duurder' zijn dan de andere. Bij de thuissituatie wordt uitgegaan van de kosten per individu.

De berekeningswijze is dus van grote invloed op het kostenplaatje voor substitutie. Onderscheid maken tussen de kosten per persoon en de gemiddelde kosten van een doelgroep is belangrijk, eveneens als wie de kosten betaalt (overheid, cliënt, ziekenfonds, AWBZ), de periode waarover de kosten worden berekend en welke kosten überhaupt worden meegerekend. Voor het Rotterdamse project zal een theoretisch rekenmodel worden gemaakt, waarmee de totale kosten per cliënt kunnen worden vergeleken.

Er zijn tot nu toe echter weinig voorbeelden voorhanden van een reële kostenvergelijking tussen zelfstandig wonen en intramurale opname. Tot voor kort was het gebruikelijk om alleen de kosten van de thuiszorg te laten meetellen. Dit geeft echter een onvollediger kostenbeeld wordt geschetst, verstoemt de euforie over de geldelijke opbrengsten van substitutie. Al met al verwacht wvc dat de kosten voor thuiszorg voor de deelnemers aan dit project lager zullen zijn dan opname. Rotterdam deelt die verwachting niet..

Tot zover zijn er duidelijke parallellen met de aanvullende hulp, die vanuit de drie thuisverplegingsexperimenten van de Ziekenfondsraad en de polissen van diverse ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars mogelijk is. De individuele zorgsubsidie bevat daarnaast echter twee wezenlijk andere elementen.

Ten eerste de reikwijdte van de extra hulp, die met de subsidie kan worden aangetrokken. Deze kan heel divers zijn. Wat ermee gedaan kan worden, is bijvoorbeeld een dochter in staat stellen om regelmatig over te komen (reiskostenvergoeding), uitbreiding van huishoudelijke hulp, het vergoeden van de eigen bijdrage voor hulpmiddelen, extra verpleging en verzorging, noodzakelijke begeleiding bij vakantie, onkostenvergoeding van vrijwilligers etcetera. Met de zorgsubsidie worden dus nieuwe mogelijkheden gecreëerd om de inzet van mantelzorgers te ondersteunen. Hiermee wordt aangesloten bij een belangrijke aanbeveling die in veel



Mieke Schlaman

recente onderzoeken valt te lezen.

De besteding van de subsidie wordt bewust opengelaten, om zoveel mogelijk tot de bron van de behoefte van de ouderen zelf door te dringen en niet uit te gaan van het bestaande aanbod. Men hoopt hierdoor meer inzicht te krijgen in welke hulp ouderen nodig hebben om zelfstandig te blijven wonen. Deze benadering kan een interessante discussie opleveren over de grenzen van de thuiszorg. Ik bedoel niet de financiële grens, maar de vraag wat onder de noemer thuiszorg valt en waar de overgang ligt naar bijvoorbeeld inkomensmaatregelen (vergoeden van eigen bijdrage) en normale kosten van levensonderhoud. Voorlopig wordt dit overgelaten aan het gezond verstand van de zorgbemiddelaars en de projectleiding. Een aanvraag voor een strijkijzer is bijvoorbeeld door hen niet gehonoreerd.

Vernieuwend

Hoewel de reikwijdte van de individuele zorgsubsidie in principe groot is, blijft de besteding tot nu toe grotendeels beperkt tot hulp uit de bestaande sociale omgeving en hulp van vrijwilligers. Dit

is niet zo vreemd, omdat hier vanuit het project sterk de nadruk op wordt gelegd. Bovendien is het budget niet toereikend voor langdurige, dure hulp. In tegenspraak met de bedoeling bestaat hierdoor het gevaar dat vooraf de behoefte toch in een bepaalde richting wordt gestuurd.

Het tweede nieuwe element van de individuele zorgsubsidie is het emancipatorisch karakter. Dit is voor mij tevens het meest vernieuwende element van het hele project. Ouderen zijn voor hulp meestal voor een belangrijk deel afhankelijk van hun directe omgeving. Naast deze fysieke afhankelijkheid hebben ouderen vaak het gevoel dat ze niets terug kunnen doen. De zorgsubsidie maakt het mogelijk dat mantelzorgers en vrijwilligers voor hun diensten worden vergoed. Hierdoor is een meer wederkerige relatie mogelijk.

De positie van de oudere wordt ook versterkt, doordat de hulp die vanuit de zorgsubsidie wordt geleverd in een contract wordt vastgelegd. Hierin zijn de taken en betaling geregeld. Het is een overeenkomst tussen cliënt en hulpverlener, waarbij de hulpvrager opdrachtgever is. De machtspositie van de hulp-

vrager wordt daarmee versterkt. Niet langer worden alleen vanuit de hulpverleners voorwaarden gesteld, ook de hulpvrager kan nu voorwaarden stellen aan de hulp die wordt geleverd. De oudere kan dus, meer dan nu het geval is, meebepalen welke hulp door wie, wanneer en hoe wordt geleverd. Deze grotere zeggenschap blijft vooralsnog echter beperkt, de ouderen hebben namelijk het geld voor de individuele zorgsubsidie niet zelf in handen. Het beheer van de subsidies, het betalen van de hulpverleners en de afdracht van sociale lasten gebeurt centraal. Bovendien heeft de zorgbemiddelaar de laatste stem in de aanwending en besteding van de subsidie, hij moet het contract goedkeuren. Het is de nog maar de vraag in hoeverre de ouderen daadwerkelijk een eigen inbreng hebben.

Een andere vraag die in dit verband naar voren komt, is hoe ver de zeggenschap van cliënten überhaupt kan gaan. Verzorging, verpleging en medisch! technische handelingen zijn nu bij uitstek het terrein van professionele hulpverleners, die hiervoor een speciale opleiding hebben genoten. Bij de groep cliënten die langdurig hulp nodig heeft,

is de thuiszorg echter vooral basiszorg. Meestal is hiervoor geen specialistische vaardigheid vereist. Iemand leren wasen kan bijvoorbeeld ook op aanwijzing van de ervaren cliënt. Cliënten zouden in de thuiszorg daarom in principe veel zelf kunnen regelen, terwijl dat nu primair door hulpverleners gebeurt. Bij de individuele zorgsubsidie gebeurt het in overleg tussen cliënt en zorgbemiddelaar, met een doorslaggevende rol voor de zorgbemiddelaar. Het is juist op dit punt dat het project op twee gedachten hinkt. Waarom niet een doorslaggevende rol voor de cliënt ingeruimd en een ondersteunende en adviserende rol voor de zorgbemiddelaar? Natuurlijk is het zo dat een deel van de cliënten geen voldoende inzicht heeft in de eigen hulpbehoefte/handicap en de daaraan gepaarde mogelijkheden en onmogelijkheden. Dit moet naar mijn mening echter niet worden gebruikt om de zeggenschap van de cliënt af te houden. Waar nodig, zou de zorgbemiddelaar juist hierin een ondersteunende taak kunnen vervullen.

Zwart werk

De individuele zorgsubsidie heeft nog een geheel andere, op het eerste oog onverwachte vraag opgeworpen, namelijk over het verschijnsel zwart werk. Uit de subsidie is een kosten- en/of onkostenvergoeding voor mantelzorg en vrijwilligers mogelijk. Aan andere hulpverleners kan gewoon salaris worden betaald. Er kan alleen tot betaling van een salaris worden overgegaan, als een contract is afgesloten, waarin sprake is van een formele werkgevers/werknemersrelatie. Dit houdt in dat er ook sociale premies moeten worden betaald. Als zwart werk voor betaling in aanmerking wil komen, moet dit dus worden 'gewit'. Er wordt echter meestal niet voor niets zwart gewerkt. Veel huishoudelijk werk wordt door particuliere hulpen gedaan en een groot deel van deze hulpen bestaat uit vrouwen die wat bijverdienen ter aanvulling op de inkomsten van hun man of ter aanvulling op een uitkering. Deze vrouwen zijn meestal niet geïnteresseerd in een arbeidscontract, omdat het werk netto dan niets extra's oplevert.

Dit probleem heeft ook nog een aantal andere kanten. De vraag naar verzorgend personeel is momenteel groter dan het aanbod. Omdat zwart werk niet mogelijk is, kan dit voor de ouderen die aan het project deelnemen, betekenen dat zij problemen ondervinden met het vinden van hulpverleners die zij niet uit eigen zak, maar vanuit de zorgsubsidie kunnen betalen. Voor de politiek werpt het vragen op over de inkomenspolitiek in het algemeen en de positie van vrouwen op de arbeidsmarkt in het bijzonder.

Voor het project leefde de concrete vraag hoe met zwart werk moest worden omgesprongen. Uiteindelijk is ervoor gekozen om binnen de bestaande wettelijke regels te blijven en zwart werk niet te erkennen. Wel wordt deze hulp geregistreerd, zodat inzicht wordt verkregen in de omvang en aard van het zwart werk.

Vrijwilligers

Hoewel er op een aantal punten belangrijke kanttekeningen zijn te plaatsen, heb ik veel waardering voor de nieuwe wegen die Rotterdam met de zorgbemiddeling en individuele zorgsubsidie inslaat. Een teer punt in het project vind ik echter de plaats die het vrijwilligerswerk wordt toebedacht. Een nevendoeel van het project is namelijk om tot nieuwe samenwerkingsvormen tussen vrijwillige en professionele hulpverleners te komen.

Op twee manieren wordt aandacht besteed aan de positie van vrijwilligers. Ten eerste kunnen vrijwilligers uit de individuele zorgsubsidie een onkosten- en/of kostenvergoeding van maximaal acht gulden per uur krijgen. Het bedrag is afhankelijk van de taken, de tijdstippen waarop de hulp wordt verleend en de situatie van de vrijwilliger. Ten tweede kan in de contracten die worden afgesloten expliciet worden opgenomen wat een vrijwilliger wel en niet aan handelingen verricht. Aan de ene kant is hierdoor, in ieder geval op papier, een beschermingsclausule voor vrijwilligers mogelijk. Aan de andere kant is de reikwijdte van de taken erg groot. Een vrijwilliger kan bijvoorbeeld ook injecties geven. Als de cliënt hiervoor de verantwoordelijkheid op zich neemt, is dit juridisch mogelijk.

Wat de taakafbakening tussen vrijwillige en professionele hulpverleners betreft, is nog niets vastgelegd. Men wil afwachten hoe deze verhouding zich in de praktijk ontwikkelt en deze niet van tevoren al aan regels binden. Deze keuze is gedeeltelijk ingegeven door de eideloze discussies over taakafbakening tussen bijvoorbeeld gezinszorg en wijkverpleging, die tot nu toe nog weinig hebben opgeleverd. Daarnaast wordt ernaar gestreefd om vrijwilligers een belangrijk aandeel te geven in de extra hulp die vanuit de individuele zorgsubsidie mogelijk is. Het is nog maar afwachten hoe deze keuze in de praktijk uitpakt.

Vrijwilligerswerk met een duidelijk liefdadigheidskarakter wordt in het algemeen door ouderen afgekeurd. Wellicht ligt dit anders, als ouderen over betalings- en contractiemogelijkheden beschikken. De formalisering en professionalisering kan ook een uitwerking hebben op de vrijwilligers zelf. Het kan zijn dat een deel van de bestaande vrij-

willigers hierdoor wordt afgestoten. Op individueel niveau kan dit voorkomen worden, omdat vrijwilligers niet verplicht zijn een zorgcontract te tekenen. Zij komen dan echter ook niet voor betaling in aanmerking.

De kenmerken van het vrijwilligerswerk op zich veranderen door dit alles natuurlijk wel. Het is trouwens überhaupt de vraag hoe groot de rek in het potentieel aan vrijwilligers is.

Het streven naar uitbreiding van het vrijwilligerswerk in de thuiszorg vind ik een slechte zaak, want vrijwilligers worden steeds meer beschouwd als supergoedkope arbeidskrachten, hetzij als vervanging van bestaand, betaald werk, hetzij bij het voorzien in een nieuw soort hulpvragen. De kostenvergoeding voor vrijwilligers is laag. Zij kunnen tot een maximum van 800 gulden per jaar belastingvrij worden 'betaald'. Er wordt hierbij bewust gebruik gemaakt van de formule kostenvergoeding en niet van uurloon. Dan zouden vrijwilligers namelijk aanspraak kunnen maken op het wettelijk minimumuurloon.

Met het benadrukken van het vrijwilligerswerk 'nieuwe stijl' speelt het project de overheid in de kaart. De overheid wil het vrijwilligerswerk stimuleren om de kosten van de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Omdat het kostenmotief niet geheel overtuigend én discutabel is, is de overheid op zoek naar edeler motieven. Het gevaar bestaat dat de overheid uit het project het argument *gebleken behoefte* haalt, terwijl sprake is van een *gestuurde behoefte*. Het is immers de bedoeling om de vraag het aanbod te laten bepalen, maar het aanbod wordt in sterke mate bepaald door de richtinggevende kaders van het project. Zoals ik al eerder heb gezegd, kan ook de hoogte van de individuele zorgsubsidie ertoe leiden dat vooral van goedkope vrijwilligers gebruik wordt gemaakt.

Naast dit bezwaar heb ik nog drie andere bezwaren tegen de huidige uitbreiding van het vrijwilligerswerk. Ten eerste wordt het onderscheid betaald-vrijwillig steeds willekeuriger. Vrijwilligershulp wordt voornamelijk die hulp die door de financiële stop op de gezondheidszorg buiten de reguliere of commerciële financiering valt. Mijn tweede bezwaar richt zich op de effecten van de willekeur. Vrijwilligershulp is geen recht, maar afhankelijk van de *goodwill* en aanwezigheid van plaatselijke vrijwilligers (organisaties). Een goed voorbeeld hiervan is de praktische thuishulp, noodzakelijk geworden door de deinstitutionalisering van de gehandicaptenzorg. Maar: thuishulpcentrales zijn er niet overal, gezinszorg en kruiswerk wel. Noodzakelijke hulp mag niet afhankelijk worden van willekeur!

Ten derde maak ik bezwaar tegen de

Het *Project Individuele Zorgsubsidie* is een van de zes demonstratieprojecten substitutie ouderenzorg van het ministerie van wvc. Voor wvc is het project vooral bedoeld om een goedkoper alternatief voor opname in een verzorgingstehuis te realiseren. Voor Rotterdam is de belangrijkste doelstelling van het project om het zelfstandigheidsideaal van ouderen invulling te geven. Door middel van zorgbemiddelaars en individuele zorgsubsidie moet een goed en bij voorkeur beter alternatief voor opname in een verzorgingstehuis worden gecreëerd.

Het project richt zich op ouderen met een positieve indicatie voor een verzorgingstehuis, maar die zelf liever thuis willen blijven wonen én voor wie dit met een verhoogde inzet van de thuiszorg ook mogelijk wordt geacht. In totaal kunnen 75 ouderen aan het project deelnemen, verdeeld over drie gebieden van Rotterdam. Het project is in mei 1988 gestart en heeft een duur van drie jaar. Het wordt begeleid door een wetenschappelijk onderzoek. Door vergelijking met een controlegroep zullen na drie jaar de bereikte substitutie alsmede de kosten- en kwaliteitseffecten beoordeeld kunnen worden.

Het initiatief tot het project is genomen door de gemeente Rotterdam. Net als de drie andere grote gemeenten en de provincies wordt Rotterdam geconfronteerd met een vermindering van de te verdelen verzorgingstehuisplaatsen. Voor Rotterdam was dit aanleiding om over een structurele oplossing voor dit probleem te gaan nadenken. Dit resulteerde in het projectvoorstel, dat voor het eerst werd geventileerd in de gemeentelijke discussienota *Ouderen thuis*, die in augustus 1987 verscheen.

Vanaf toen is het snel gegaan. In november werd het project toegevoegd aan de andere vijf substitutieprojecten ouderenzorg en tegelijkertijd werd een projectgroep geformeerd, waarin de gemeente, onderzoekers, vrijwilligers, ouderenbonden, de indicatiecommissie voor de verzorgingstehuizen, gezinszorg, kruiswerk en andere instellingen vertegenwoordigd zijn. Uit hun midden voert een klein team de dagelijkse leiding. Hierin zijn de eerste lijn, cliënten en vrijwilligers niet vertegenwoordigd. Het project wordt voor twee derde gefinancierd door wvc en voor een derde door de gemeente Rotterdam.

De hoofdlijnen van het project zijn ontleend aan het *Kent Community Care Project*. In dit Engelse graafschap is, met redelijk succes, substitutie en een kwaliteitsverbetering van de zorg en het leven van ouderen ontstaan door een combinatie van zorgbemiddeling en individuele zorgsubsidie.

beperkte van de discussie over vrijwilligerswerk. De discussie wordt vooral gevoerd over de vraag of en in hoeverre vrijwilligerswerk nodig is om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Het probleem van de hoge kosten is echter niet zozeer een feit, als wel resultante van een economische visie. In deze visie wordt productief werk vooral gerelateerd aan de directe bijdrage aan het bruto nationaal produkt. Wanneer productief werk anders wordt gedefinieerd én werkgelegenheid echt een belangrijk politiek *item* zou zijn, zou met evenveel recht gesteld kunnen worden dat er gewoon een hoop werk in de thuiszorg ligt te wachten.

Onomkeerbaar

Een geheel ander probleem is dat het, tegen de verwachting in, moeilijk bleek ouderen te vinden die bereid waren om aan het project deel te nemen. Op het moment dat een positieve indicatie voor opname in een verzorgingstehuis is afgegeven, blijkt vaak al een onomkeerbaar proces in werking te zijn gesteld. De spullen zijn al verdeeld, men heeft zich uiteindelijk bij de verhuizing neergelegd en kan of wil hier niet meer op terugkomen. Er is daarom besloten om de keuze voor het project eerder voor te leggen en wel op het moment dat de ouderen in het dienstencentrum een aanvraag voor een verzorgingstehuis komen bespreken. Dan is er nog ruimte voor alternatieven. Een positieve indicatie blijft echter een vereiste. De aanmeldingen voor het project zijn door

deze veranderde werkwijze wel genomen. Medio september waren er in totaal ongeveer veertig deelnemers.

Vanuit direct betrokkenen zijn ook andere hypothesen over het achterblijven van de deelname naar voren gebracht. De hulpvraag en de sociale situatie van de beoogde doelgroep is misschien wel zo slecht, dat zelfstandig wonen ook met extra inzet slechts voor weinigen een echt alternatief is. Daarnaast zou het wellicht kunnen zijn dat ouderen een minder negatieve houding tegenover een verzorgingstehuis hebben dan in het algemeen wordt verondersteld. Het is bekend dat een grote groep ouderen liever naar een verzorgingstehuis gaat dan afhankelijk te zijn van hun kinderen. Hopelijk zal het onderzoek meer informatie geven over 'positieve' en 'negatieve' keuzes voor een verzorgingstehuis en de overwegingen die daarbij een rol spelen.

Het Rotterdamse project is een interessante exercitie voor zorginhoudelijke beleidsmakers en pioniers in de thuiszorg. Het is een stimulans om na te denken over de inrichting van de thuiszorg en om nader stil te staan bij de keuzes en dilemma's die zich daarbij voordoen. Het project pakt een aantal van deze keuzes op, zoals de zorgbemiddeling, laat een aantal vragen liggen, zoals de vraag wat nou wel en niet onder thuiszorg valt, en scheidt een aantal nieuwe vragen, bijvoorbeeld hoe ver je met de zeggenschap van de cliënt kunt en wilt gaan.

Het is begrijpelijk dat het project

geen antwoord geeft op alle vragen die over de thuiszorg bestaan, maar het is volgens mij wel belangrijk dat deze vragen op een rij gezet en uitgewerkt worden. Dit zou bij voorkeur buiten de directe hulpverleningssituatie om moeten gebeuren, om niet te verzanden in de beladenheid van de dagelijkse hulpverleningspraktijk.



• Met dank aan Ans Beunis en René van Sluys voor de achtergrondinformatie die zij over het project hebben gegeven.

Strijd in de thuiszorg

Vroeger zijn vier disciplines als kerndisciplines aangewezen: huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinsverzorging. Deze disciplines die in het algemeen als de belangrijkste zorgaanbieders in de thuiszorg worden beschouwd worstelen in meer of mindere mate met hun identiteit. Tegelijkertijd liggen ze met elkaar in de slag om de eigen positie in de thuiszorg zo sterk mogelijk te maken.

Gerard Goudriaan

Huisartsen voeren al jaren een diepgaande discussie over de positie en identiteit van hun beroep. In de jaren vijftig begonnen huisartsen zich beknôd te voelen door de zich snel ontwikkelende specialistische geneeskunde. Rond 1955 maakte een aantal huisartsen zich openlijk zorgen. 'De huisarts gelooft niet meer in zichzelf.' Huisartsen voelden zich meer en meer tweederangsartsen. De huisarts kent geen eigen werkgebied, er is geen taakomschrijving en geen duidelijke taakafbakening ten opzichte van de specialisten. De plaats van de huisarts werd problematisch.

Tegelijk werd de tijd rijp voor een nieuw elan. Vanwege het toenemend onbehagen richtte een aantal huisartsen in 1956 het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op. Het NHG stelde zich tot doel de huisartsgeneeskunde te bevorderen en richting te geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze. Na de oprichting van het NHG worden in een hoog tempo steeds meer voorwaarden voor een verdere emancipatie vervuld: de start van een eigen tijdschrift. (*Huisarts en Wetenschap*, 1958), de opening van het Nederlands Huisartsen Instituut (1965), een (buitengewoon) hoogleraarschap in de 'geneeskunde van de huisarts' (1966), de installering van een Staatscommissie Huisartsen (1964) en het opzetten van een huisartsenregister (1973).

Het reveil der huisartsen was begonnen. Dit leidde in de jaren zestig tot het exploreren van de samenwerkingsgedachte: het samen met anderen (intra- en interdisciplinair) methodisch verlenen van zorg. Deze exploratie en de latere uitvoering daarvan kunnen inhoudelijk worden gezien als een aanpassing aan en herkenning van veranderingen in het klachtenaanbod,

namelijk de toenemende psychosociale problematiek.

Echter niet alleen inhoudelijke redenen voor samenwerking komen naar voren, ook doelmatigheidsoverwegingen worden van belang geacht. De toenmalige lector huisartsgeneeskunde, Van Trommel, stelde in zijn in 1970 gehouden oratie dat interdisciplinaire samenwerking een efficiënte manier was om aan, zoals hij dat noemde, hulpkrachten zoals verpleegsters bepaalde werkzaamheden te delegeren. Een geluid dat in 1988 weer te horen is, nu uit de mond van de voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Consequentie van dit alles was de realisering van het 'eerstelijnsconcept' en de opkomst van de 'eerstelijnsbeweging', waarin multidisciplinaire samenwerking, horizontale integratie en versterking van de eerste lijn voorop stonden.

In de loop van de jaren zeventig kan geconstateerd worden dat de identiteit van de huisarts, mede op grond van deze strategische operaties, fundamenteel gewijzigd is. De huisarts had zich sterk gericht op de integrale benadering van de cliënt (het woord patiënt was verdwenen, evenals de witte jas) met name vanwege het grote aantal psychosociale klachten waarmee hij in aanraking kwam. In die jaren werd deze accentuering in het huisartsenwerk bijna als een vanzelfsprekende verandering beschouwd. Maar al in 1975 hield Philipssen - als één van de zeer weinigen - een kritische beschouwing over deze nieuwe taakinfilling. De vraag, zo stelde hij, waarom dit 'nuttig of wenselijk is, althans geen kwaad kan, wordt niet of nauwelijks aangeroerd. De meest frequente verwijzing naar de inhoud van de nagestreefde verandering geldt de

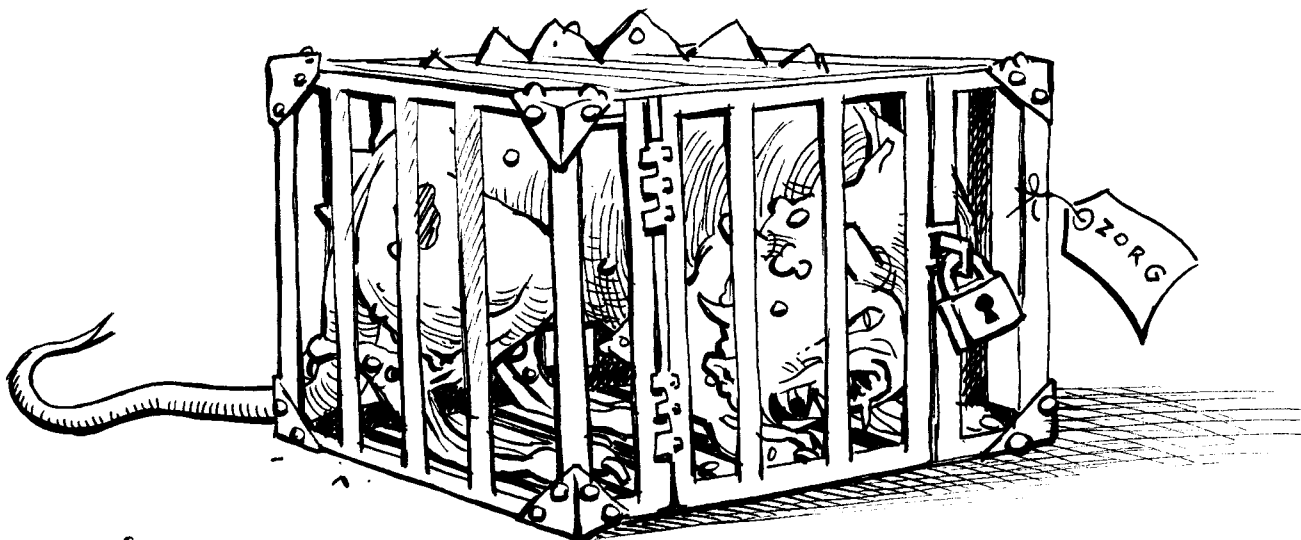
toegenomen behoefte aan hulpverlening op psychosociaal gebied. Deze toename wordt zonder meer als vanzelfsprekend aangenomen.!

Nog krachtiger was in 1979 de kritiek van de arts Van Veen. 'De huisarts is steeds meer buiten het gezondheidszorgsysteem komen te staan en kiest deels ook bewust, en om zeer respectabele redenen, deze wat excentrische positie. Toch heeft dit een verontrustend aspect. Met alle aandacht voor psychosociale problematiek, voor zijn persoonlijk functioneren als hulpverlener en voor samenwerking binnen de eerste lijn, dreigt de huisarts zijn bestaansrecht als huisarts uit te hollen door de zorgverlening aan chronische patiënten en de samenwerking met specialisten, het huisbezoek en het ziekenhuisbezoek nogal weinig aandacht te geven. [...] Chronisch ziek zijn dient zich aan als "nieuw" probleemveld, maar de huisarts lijkt moe geworden door allerlei "opgedrongen" taken.' Van Veen vraagt zich af of psychosociale hulpverlening door de huisarts geen oneigenlijke taakuitbreiding is. Temeer omdat de huisarts verstrikt lijkt in 'ambivalente gevoelens ten aanzien van chronische patiënten: enerzijds een dankbare groep mensen en een vast deel van het dagprogramma, anderzijds een jaar in jaar uit aandacht vragende groep, en de personificatie van de medische onmacht tot genezen'.

Deze kritiek vond, wegens zijn geïsoleerde karakter, geen weerklank. De huisartsen bleven hun identiteit primair zoeken in het verhelpen van de psychosociale problematiek via interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

Op het oorlogspad

Tot ver in de jaren '80 bleef deze situatie voortduren. Een eerste frontale aanval



BERT CORNELIUS

op deze positiebepaling kwam uit kringen van het CDA. Een commissie van het wetenschappelijk instituut van deze partij bracht in 1987 het rapport *Zorgvernieuwing door structuurverandering* uit. Men pleitte ervoor om het eerste lijnsconcept te verlaten en de nadruk te leggen op verticale bindingen tussen eerste- en tweedelijnszorg. De commissie kwam tot deze conclusie op grond van de constatering dat de vier kerndisciplines te weinig met elkaar gemeen hadden om in gestructureerde vorm goed met elkaar te kunnen samenwerken. Ook werd er in het rapport op gewezen dat er nauwelijks onderzoeken zijn die positief berichten over kwaliteitsverbetering, democratisering en winst op het persoonlijke vlak.

Lid van de cnx-commissie was de adviserend geneeskundige en voormalig huisarts Post. Bovenstaande constatering bleken, gezien andere artikelen van zijn hand over deze kwestie, uit zijn pen gevloeid te zijn. Post is op het oorlogspad. Hij maakt zich vooral zorgen over het imago van de huisarts. Dit ging in de jaren zestig en zeventig naar beneden door een uitgebreide praattcultuur, waarin het geneeskundig werk op het tweede plan werd gezet, aldus Post. De huisarts ging zelfs zo ver dat 'de kleding zich totaal aanpaste aan de dracht van de maatschappelijk werker: trui, geiteharen sokken en sandalen.' Volgens Post verdween hierdoor het respect voor de huisarts. Opwaardering van de huisarts kan naar het oordeel van de auteur weer plaats hebben als hij de geneeskundige lijn (de huisarts in relatie tot de specialist) meer in het oog houdt dan de samenwerkingslijn.

In een later artikel in *Medisch Contact* werkt Post deze gedachte verder uit door te pleiten voor een nieuwe ordening in de gezondheidszorg. Post ziet

drie ordeningscircuits: een medisch hulpverleningscircuit (huisarts en specialist) dat hij de *medische orde* noemt, een *verpleegkundige orde* (intra- en extramuraal verpleging) en als derde de *sociale orde* (het maatschappelijk werk en de gezinszorg). Tussen de ordes dienen dwarsverbanden te bestaan, geen structurele samenwerkingsverbanden: de medische orde werkt samen met de andere ordes. [...] De eerste lijn dient dus te worden opgeheven als een structuur waarin samenhang dient te zijn. Zo langzamerhand is ook wel duidelijk dat er geen lijn te ontdekken is in de eerste lijn: de huisarts heeft te weinig patiënten gemeenschappelijk met wijkverpleging en maatschappelijk werk om structurele samenwerking hiervoor aan te geven."

De gedachten van Post kunnen niet als wilde gedachtenspinsels van één persoon worden gekarakteriseerd. Wel is het goed te beseffen dat in 1987 fundamentele beslissingen werden genomen over de landelijke koepels in het welzijnswerk in het kader van de Herstructurering Landelijke Organisaties (HLO-operatie). Bij deze operatie waren eerstelijnsorganisaties als de LHV ook betrokken. Door te stellen dat men niet aan welzijnswerk doet maar aan gezondheidszorg, dat de functionele relaties van de huisarts in de gezondheidszorg liggen en wel op de as huisarts-specialist-ziekenhuis streefde de LHVernaar via deze inhoudelijke argumentatie niet bij de m.o-operatie betrokken te worden. In termen van LHV-directeur Laffr e: 'Bij de herstructurering van de landelijke organisaties [gaat men] uit van het begrippenkader uit de bekende *Structuurnota* van Hendriks uit 1974. [...] Begrippen als "eerste lijn" en "eerste echelon" hebben ons op het verkeerde been gezet en de huisarts in

een verkeerd gezelschap ingelijfd, ook al noemt men hem honderd keer de spil, de centrale figuur etcetera."

Hoewel de achtergronden van bovenstaande zwenking licht suspect aandoen (imagoverbetering van de huisarts, buiten de herstructurering van de landelijke organisaties willen vallen) is de inhoudelijke kant onverminderd van belang. Het betekent een terugtrekken van de huisartsenrol op het primaire terrein van zijn deskundigheid: de medische hulpverlening. Ik juich dat toe.

Centrale plaats

Helaas zijn bovenstaande gedachten niet representatief voor de huisartsenwereld. Zo bracht de LHV vorig jaar een discussienota uit over de positie van de huisarts in de toekomst, die haaks staat op deze denkbeelden. In de nota staat de positionering van het produkt huisartsgeneeskunde centraal. Zowel in de eerste lijn als in de thuiszorg dient de huisarts een centrale plaats in te nemen. Wat betreft de indicatiestelling voor de thuiszorg waarbij meerdere functies worden aangeboden (bijvoorbeeld behandeling, verpleging en verzorging) dient de huisarts, al dan niet in overleg met de specialist, de indicatie tot thuiszorg te stellen. Hij neemt daarbij de verantwoordelijkheid voor het totstandkomen van een afgestemd thuiszorgaanbod voor zijn rekening.

Centraal kenmerk van een thuiszorgmodel moet volgens de LHV-nota zijn dat de huisartsgroep als uitgangspunt van ordening wordt gekozen. Om het proces rondom de thuiszorg zo goed mogelijk te laten verlopen is het nodig dat het netwerk van hulpverleners zo wordt gestructureerd dat de medische indicatie de rode draad in het thuiszorgproces is. Wat thuiszorg is, wordt in de

nota niet vastgesteld, wel dat de huisarts hierin de spil dient te zijn.

De huisartsenwereld is in beweging. Dat is een duidelijke conclusie. Minder duidelijk is welke richting het uiteindelijk op zal gaan. Wel lijkt het erop dat de LHVtendeert de huisarts de baas van de thuiszorg te laten zijn. Blijkens een officiële reactie van deze organisatie op de derde Dekkerbrief (18-4-1988) heeft de LHVde volgende mening: 'Een doelmatige thuiszorg is alleen mogelijk als gelijkelijk aan de organisatie in ziekenhuizen en dergelijke - de ondersteunende verpleeg- en verzorgingsfuncties rondom de huisarts worden georganiseerd'. In het vervolg op deze reactie pleitte LHV-voorzitter A.M.e. van de Zandt onlangs op een congres over thuiszorg voor het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige door waarneemgroepen van huisartsen.

Identiteitscrisis

Naast de huisarts is het vooral de wijkverpleging die met haar identiteit worstelt.

De wijkverpleging heeft verschillende fasen gehad in het zoeken naar haar identiteit. Tot de jaren zestig was de wijkverpleegkundige nog volop de verlengde arm van de huisarts, haar identiteit primair zoekend in het goed uitvoeren van de opdrachten van de arts. Daarna stond het zoeken naar een niet-medisch referentiekader voorop. Eerst - in de jaren zeventig - via het agogisch model, later - begin jaren tachtig - op basis van een interne beroepsinhoud. Basisgedachte is dan: hoe geven we het beroep van wijkverpleegkundige gestalte via een eigen verpleegkundige inbreng?"

Vooraf hierdoor kan men constateren dat de wijkverpleging zich de laatste jaren nogal afzet tegen de gezinsverzorging. De relatie wijkverpleging-gezinsverzorging staat onder spanning, omdat de onduidelijkheid groeit omtrent doelstellingen, verantwoordelijkheden en taken van beide beroepsgroepen. Vooral in de wijkverpleging is de angst groot voor, wat genoemd wordt, de toenemende uitholling van het beroep.

Voor cliënten is de verhouding tussen wijkverpleging en gezinsverzorging evenzeer verwarrend. Er is sprake van elkaar ten dele overlappende taken, waarop men gemakkelijk het zicht kwijt kan raken. Bovendien is er in de ogen van de cliënt soms sprake van een overmatig aantal hulpverleners dat aan huis komt.

Niet alleen de relatie wijkverpleging-gezinsverzorging is spanningsvol, ook de relatie huisarts-wijkverpleging brengt spanningen met zich mee. Evenals (een deel van) de huisartsen wil ook de wijkverpleging een centrale rol in de thuiszorg spelen.

Jaren voordat de discussie in huisartsenkring losbarstte over een medisch georiënteerde of breder georiënteerde huisarts stelde de directeur van de Provinciale Drentse Kruisvereniging, Tjassing, al voor om tot een meer beperkte rol van de huisarts te komen. De huisarts moet volgens Tjassing (in 1984!) weer medicus worden; de coördinerende rol in de eerstelijnszorg zou naar de wijkverpleegkundige kunnen gaan." Een pleidooi dat vergelijkbaar is met recente voorstellen over het centraal stellen van de positie van de wijkverpleegkundige."

Begrijpelijk is dat ook de Nationale Kruisvereniging zich weert. Zo pleitte van Santen, hoofd afdeling zorgverlening, voor een zorgagent die de belangen van de cliënt behartigt en het aanbod van voorzieningen coördineert. En wie zou deze functie het beste kunnen invullen? Juist ja, de wijkverpleegkundige."

Van Santen spreekt tevens de hoop uit dat er een tijd zal komen waarin men spreekt van mijn wijkverpleegkundige, of liever nog van mijn huisverpleegkundige, naast mijn huisarts of mijn boekhouder..

In dit spektakel is de vierde kerndiscipline, het maatschappelijk werk, hooguit een figurant.. In de experimenten van de Ziekenfondsraad is het maatschappelijk werk niet aanwezig. Ook in andere experimentele thuiszorgprojecten (zoals de wvc-demonstratieprojecten op het terrein van ouderen) is de maatschappelijke werker een opvallende afwezige.

Een verklaring hiervoor is de veranderende inhoud van de problematiek. Bij thuiszorg gaat het om het creëren van opvangmogelijkheden thuis, niet primair om psychosociale problematiek. Hooguit kan het maatschappelijk werk een rol spelen in de marge van de thuiszorg. 11

Al met al zijn de kerndisciplines weer lekker ouderwets bezig. Vooral huisarts en wijkverpleegkundige vormen steeds meer tegenovergestelde kampen die met elkaar een machtsstrijd in de thuiszorg uitvechten. Ook Knapen komt in een recent artikel over de Ziekenfondsraadprojecten intensieve thuisverpleging tot deze conclusie. 12

Dit soort domeingevechten maakt het niet gemakkelijker om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de thuiszorg. Iedere discipline probeert de mogelijkheden van de thuiszorg en de gepercipieerde vraag zoveel mogelijk te definiëren naar de eigen behoeften en belangen. Duidelijker wordt het er niet door. En dat is ook de bedoeling. Door de thuiszorg in vage termen te blijven beschrijven en definiëren is iedere discipline in staat een zo groot mogelijke hap uit deze verleidelijke boterham te nemen.

Aanbieders van zorg hebben per definitie hun eigenbelang en zullen daarom proberen de zaak zo vaag mogelijk te houden. Verwarring rond de thuiszorg is in hun belang.

~ ~

Noten

1. H. Philipsen, 'Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen', in: C.W. Aakster en G. Kuiper (red.), *Leerboek medische sociologie*, Groningen/Deventer 1978, pg. 24.
2. W.A. van Veen, 'Chronische patiënten', in: *Holland naar de horizon*, opstellen aangeboden aan Chris Bruins bij zijn afscheid als directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1979, pg. 54.
3. D. Post, 'Het dalende imago van de huisarts', in: *Inzet*, nr. 111987.
4. D. Post, 'Heffen we de eerste lijn op?', in: *Medisch Contact*, nr. 191988.
5. idem, pg. 592.
6. Chr. R.J. Laffrae, 'Praat me niet van de eerste lijn', in: *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 1988 nr. 3, pg. 34-35.
7. Zie: J.H. Kruijswijk Jansen, in: *TvZ*, 1988 nr. 20, pg. 640-643.
8. H.J. Tjassing, 'Wordt de huisarts weer arts?', in: *MGZ*, 1984 nr. 4, pg. 12-17.
9. Bijvoorbeeld Heydelberg en v.d. Meydenberg onlangs in dit tijdschrift: E. Heydelberg en B. v.d. Meydenberg, 'De wijkverpleegkundige handhaaft zich in de thuiszorg', in: *TGP*, 1988 nr. 2, pg. 97-101.
10. W. van Santen, 'Wijkverpleegkundige kan zorgagent worden', in: *Staatscourant*, 7 oktober 1988, pg. 5 en 11.
11. Een krampachtige poging om het maatschappelijk werk een plaats in de thuiszorg toe te schrijven is van Joint, *Maatschappelijk werk en thuiszorg: een paar apart?*, Den Bosch 1988.
12. M.H.J.M. Knapen, 'Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging. Coördinatiefunctie en rolverdeling', in: *Medisch Contact*, nr. 37 1988, pg. 1083-1085. Knapen komt tot de conclusie dat er een machtsstrijd binnen de eerste lijn woedt om de coördinatie van de zorg, waarvan de uitslag nog niet valt te voorspellen'.

Vuile ramen

Schone ramen geven me een heerlijk gevoel. Als ze vuil zijn, voel ik me niet thuis. Ik voel me vies. Zo'n 40 jaar pakte ik iedere dinsdag een emmer water, spons en zeem. Er is niets heerlijkers dan daarna een kopje koffie te drinken, ze ruikt dan zo lekker. Het zijn tijden van weleer. De mevrouw van de gezinsverzorging vindt eens in de twee weken meer dan voldoende. Net zo goed als vuile ramen me irriteren, laat ik mij irriteren door dat overloze gepraat over coördinatie in de thuiszorg.

Hoe lang is het al weer niet geleden dat de gehele eerste lijn te hoop liep rond het idee van samenwerken. De huisarts, de wijkzuster, de gezinsverzorgster en de maatschappelijk werkster hadden de mooiste plannen. Ze zouden intensief met elkaar overleggen over de behandeling en zorg van patiënt A tot en met Z. Ze zouden maatschappelijke ziektes, die tot dan toe geïndividualiseerd werden, gaan ontdekken en aan de schandpaal nagelen. Ze zouden sociale en politieke actie gaan voeren om de maatschappelijke achtergronden van ziekten aan de kaak te stellen. Er zou weer tijd komen voor een persoonlijk gesprek van mens tot mens. Waar zijn al die voornemens gebleven? Opgegaan in rook en bezuinigingen.

Maar zonder perspectief valt er niet te leven ofte werken, zeker niet als beleidsmakers. De thuiszorg als nieuw elan dus. Als hongerige wolven werpen de zorgverleners en politici zich op deze verse worst. Meegaan met de tijd heet dat. Ook ik ga met mijn tijd mee. Ik word lekker oud, chronisch ziek, flink gehandicapt en dus afhankelijk van andermans armen en benen. Ik mag zelfstandig thuis blijven wonen. Ja, zelfs met hulp binnen drie maanden in mijn eigen bed sterven.

Er schijnt nog wel een probleempje te zijn. De samenwerking tussen al mijn hulpverleners verloopt wat stroef. De coördinatie van wie wat doet, schijnt nog altijd zoek te zijn. De Landelijke Huisartsen Vereniging roept dat mijn onder-

steunende verpleeg- en zorgfuncties door mijn huisarts georganiseerd moeten worden. De Nationale Kruisvereniging vindt dat 'dikwijls' de wijkzuster de meest aangewezen persoon is om de coördinatie van mijn individuele zorgverlening op zich te nemen. Ook de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging steekt een helpende hand uit. Ik kan altijd bij mijn stoet van gezinsverzorgsters terecht met vragen over het inschakelen van andere hulpverleners. En de overheid? Die ziet 'in principe' vele mogelijkheden en vindt dat hulpverleners daar afspraken over moeten maken.

En zo blijkt de lappendeken, waar Hendriks het in zijn Structuurnota van 1974 al over had, nog altijd in de lappendekmand te liggen. Er ligt een vergeeld papertje bij: 'Moet nodig gestikt worden'. Onderling zijn al die verschillende hulpverleners er in de vele voorbijgegangene jaren niet uitgekomen wie naald en draad mocht pakken om er een mooi, stevig stiksel van te maken.

En hoe zit het nu bij mij thuis? Deze week kwam er een jongeman langs. Of ik aan een experiment wil meedoen. In plaats van te verhuizen naar het verzorgingstehuis mag ik thuis blijven en dan zorgt hij voor alle hulp. Dat schijnt goedkoper te zijn. Van het geld dat ik daarmee uitspaar, heeft hij dit baantje gekregen. Toen ik hem vroeg of hij dan iedere week mijn ramen kwam lappen, moest hij lachen. Nee, dat was zijn werk niet. Daarvoor moest ik bij de gezinsverzorging zijn. Ik heb hem het hele verhaal verteld. Tja, dat was een probleem, maar als ik nu eens een vrijwilliger kende, die om de week ook de ramen wilde lappen. Hij wil het buskaartje van de vrijwilliger dan wel vergoeden.

Door mijn vuile ramen heen zag ik hem in een fonkelnieuwe auto stappen. Toch leuk dat ik op mijn oude dag iemand aan een baan kan helpen, maar mijn koffie smaakte niet.

Truus Zeurniet

De aanspraken op werk van gehandicapten en arbeidsongeschikten

In 1986 is de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) in werking getreden. Deze wet beoogt te bevorderen dat gehandicapten en arbeidsongeschikten aan het arbeidsproces deelnemen. De regering besloot op grond van twee overwegingen tot het invoeren van deze wet. In de eerste plaats ondervinden gehandicapten en arbeidsongeschikten grote weerstanden bij het krijgen van werk. In de tweede plaats wilde de overheid 'flankerend beleid' bij de stelselherziening van de sociale zekerheid. Vanuit haar wens om het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen heeft de regering het verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering bemoeilijkt. Hier moest natuurlijk voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten wel een grotere kans op het vinden van werk tegenover staan.

Nog voor de evaluatie van de WAGW heeft plaatsgevonden, laat de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid echter weten dat hij weinig vertrouwen heeft in de effectiviteit van deze wet.¹

Wat betekent deze uitspraak? Zijn er geen gehandicapten en arbeidsongeschikten te vinden die aan het werk willen? Is er op lokaal niveau onvoldoende animo aanwezig om deze wet uit te voeren? Hoe serieus neemt de overheid haar beleid om de arbeidsmarktperspectieven voor gehandicapten en arbeidsongeschikten te verruimen en in hoeverre heeft ze gezorgd voor voorwaardenscheppende maatregelen om de uitvoering mogelijk te maken?

Sonja Sclunidt, werkzaam bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam

Eelco Tasma, beleidsmedewerker bij de Gehandicaptenraad

In 1947 werd de Wet Plaatsing Minder Validen, die het in dienst hebben van 2% 'minder validen' verplicht stelde, ingevoerd. Deze wet leed echter een kwijnend bestaan door gebrek aan duidelijkheid over wie als 'minder valide' beschouwd moest worden en door een absoluut gebrek aan controle en sancties. Deze wet is dan ook vervangen door de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW).

De oorspronkelijke versie van deze wet was het geesteskind van het kabinet

Den Dyl. De toenmalige staatssecretaris Dales stelde in 1973 een krachtdadige wet voor. Deze stuitte in de Tweede Kamer en bij werkgevers op grote weerstand. Zij waren het eens met de doelstelling van de wet, maar wezen het zonder pardon verplicht stellen van 5% gehandicapte werknemers van de hand. De wet verdween in de la en werd begin jaren tachtig weer tevoorschijn gehaald. Deze hernieuwde aandacht had niet in de laatste plaats te maken met de onverwacht grote toename van het aantal ar-

beidsongeschikten tot zo'n 700.000 in 1982. De Sociaal Economische Raad (SER) bracht in 1982 een advies uit, waaruit bleek dat de raad huiverig stond tegenover verplichte percentages, maar ze liet wel ruimte voor een afgezwakt wetsontwerp.²

In 1985 kwam staatssecretaris De Graaf daarmee voor de dag. In plaats van het verplichte percentage van 5% is er een flexibel percentage, tussen de 3% en 7%, gekomen. Bovendien kregen de werkgevers en werknemers (organisa-

ties) drie jaar lang de tijd om de doelstelling van de wet in praktijk te brengen. Deze drie jaar lopen 1 juli 1989 af.

Wachtlijsten

In het algemeen is men het erover eens dat deelname aan het arbeidsproces voor een ieder, dus ook voor mensen met een handicap en arbeidsongeschikten, van belang is: het verrichten van arbeid geeft greep op het leven en biedt de mogelijkheid om een bijdrage aan de samenleving te leveren. Deze opvatting en de constatering dat gehandicapten en arbeidsongeschikten op dit punt in een achterstandspositie verkeren ten opzichte van niet gehandicapten heeft in veel landen tot wettelijke maatregelen geleid. De WAGW is dus niet bepaald uniek. Alle lidstaten van de EEG, behalve Denemarken, kennen een quotumregeling. Dat dergelijke maatregelen op economische motieven berusten neemt niet weg dat er ook sociale motieven meespelen. De behoefte aan arbeid is onder mensen met een handicap pregnanter aanwezig dan bij niet gehandicapten. In meerdere opzichten zijn zij hun greep op het eigen leven kwijtgeraakt. In meerdere of mindere mate zijn zij door hun handicap afhankelijk geworden. Het kan daarbij gaan om sim-

pele alledaagse handelingen, maar vooral in financieel opzicht is de afhankelijkheid groot; door het verrichten van arbeid kan deze doorbroken worden.

Ondanks de, door de structurele werkloosheid gevoede, ideeën over alternatieve arbeid blijkt de centrale plaats die arbeid in het waardenpatroon inneemt niet te zijn aangetast. Hetzelfde geldt voor mensen met een handicap.¹ Dit blijkt uit de actie- of werkplannen van de verschillende organisaties van gehandicapten en arbeidsongeschikten, maar ook uit de ontwikkelingen die zich, verrassend genoeg, voordoen bij de sociale werkvoorziening, de dagverblijven voor ouderen (DVO'S) en in de psychiatrische zorg. Zowel voor de sociale werkplaatsen als voor de DVO'S bestaan zeer lange wachtlijsten." Binnen de DVO'S en de psychiatrische zorg wordt steeds meer gezocht naar activiteiten die op normale arbeid lijken, steeds meer wordt ook de (therapeutische) waarde van arbeid erkend.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het zo volwaardig mogelijk in het arbeidsproces ingeschakeld zijn een niet meer weg te denken aspiratie is van arbeidsongeschikte en gehandicapte mensen.

Een profiel van een gehandicapte is, vanwege de grote verscheidenheid zowel in objectieve als in subjectieve zin, moeilijk te geven. Er zijn mensen met zware en lichte, zichtbare en onzichtbare, stationaire en progressieve handicaps. Mensen kunnen opeens of langzamerhand gehandicapt zijn geworden, of ze kunnen met een handicap geboren zijn. Verder wordt vaak onderscheid gemaakt tussen lichamelijk en geestelijk gehandicapten. Binnen deze twee categorieën zijn echter nog eindeloos veel differentiaties en gradaties aanwezig. Bovendien bestaan er ook in subjectief opzicht grote verschillen, bijvoorbeeld tussen arbeidsongeschikten en mensen met een handicap. De gemiddelde arbeidsongeschikte, in de volksmond wao-er, beschouwt zichzelf in de regel niet als een gehandicapte; veel gehandicapten zijn beledigd wanneer hen verteld wordt dat ze arbeidsongeschikt zijn.

Dat iemand een handicap heeft, wil nog niet zeggen dat deelname aan het arbeidsproces daardoor per definitie bemoeilijkt is. Slechte ogen bijvoorbeeld kunnen uitstekend gecompenseerd worden met een bril of contactlenzen. Doofheid kan iemand daarentegen grote problemen opleveren. Desondanks is het mogelijk dat deze persoon niet ar-

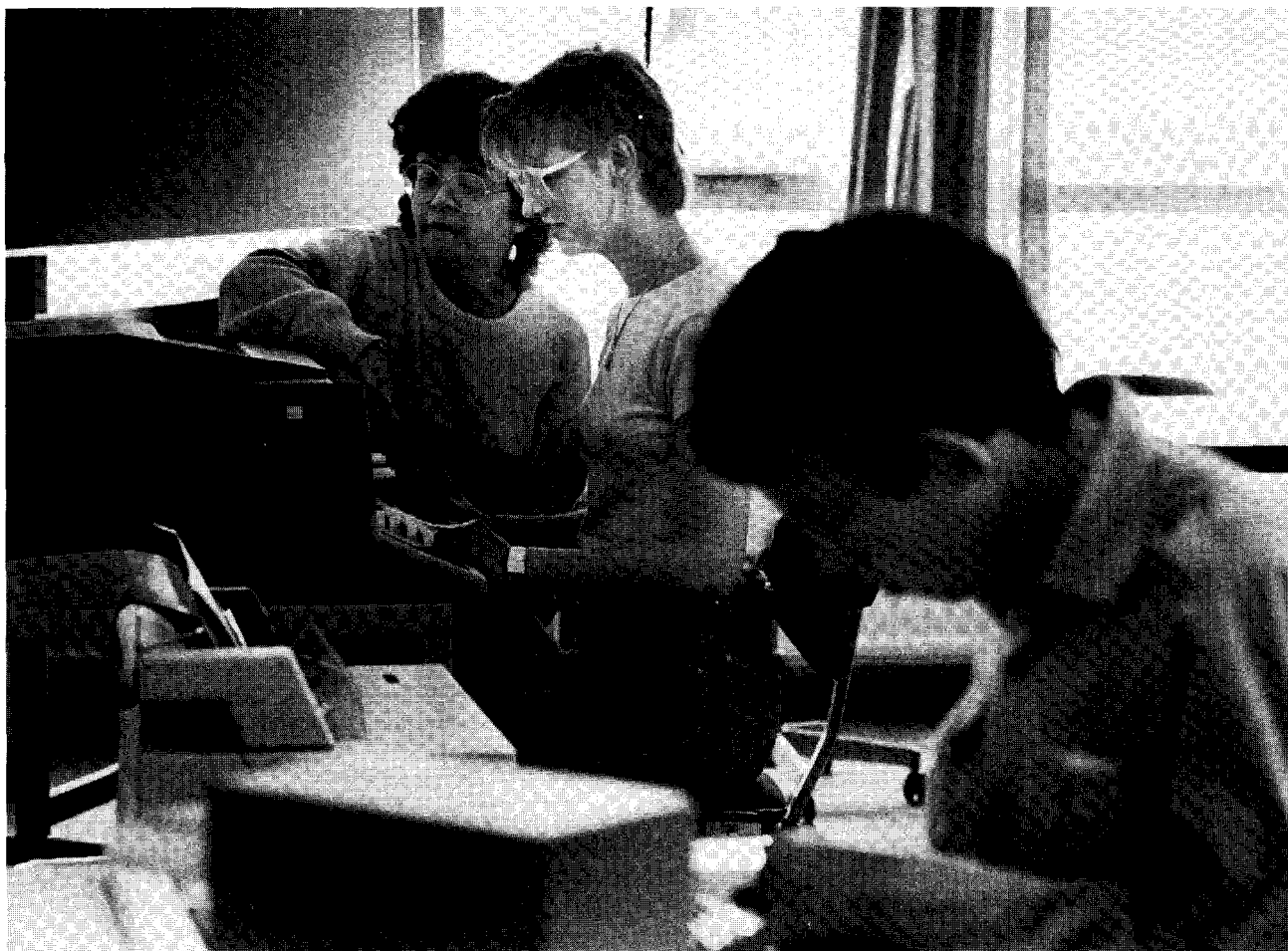
INHOUD VAN DE WAGW

Doel: zoveel mogelijk de deelname van gehandicapte werknemers aan het arbeidsproces bevorderen. Om deze doelstelling te bereiken is in de WAGW een aantal nieuwe maatregelen getroffen. In hoofdzaak gaat het om de volgende maatregelen:

- Werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties en werkgevers hebben tot taak er zorg voor te dragen dat gehandicapte werknemers zoveel mogelijk gelijke kansen hebben als niet gehandicapte werknemers, wanneer het gaat om deelname aan het arbeidsproces. Als na drie jaar blijkt dat deze taakstelling onvoldoende is gerealiseerd, wordt bij Algemene Maatregel van Bestuur en bedrijfstaksgewijs een minimumpercentage in dienst zijnde gehandicapte werknemers per onderneming (*quotumverplichting*) vastgesteld. Dit percentage kan liggen tussen de 3% en 7%; gemiddeld wil men uitkomen op 5%. Voldoet de werkgever niet aan het vastgestelde percentage, dan is een geldelijke boete verschuldigd. Werkgevers die meer gehandicapten in dienst hebben dan het vastgestelde percentage kunnen een geldelijke bijdrage ontvangen. De hoogte hiervan is nog niet bekend. Gedacht wordt aan f 500,- per maand per te veel of te weinig in dienst genomen werknemer.
- De WAGW verplicht de werkgever tot aanpassing van de samenstelling en toewijzing van arbeid, van arbeidsplaatsen, van productie- en werkmethoden, van de bij arbeid te gebruiken hulpmiddelen en zo nodig van de inrichting van het bedrijf.
- Werkgevers kunnen vragen om een vergoeding voor de

extra kosten die voortvloeien uit de hierboven genoemde verplichtingen. Een aanvraag voor een dergelijke vergoeding moet worden ingediend bij de bedrijfsvereniging waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsvereniging zal daarna de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) om een advies vragen.

- De werkgever is verplicht om, als het in het belang is van de zieke werknemer dat hij passende arbeid verricht, hem daartoe zoveel mogelijk in de gelegenheid te stellen. Weigert de werkgever dit zonder deugdelijk grond, dan heeft de bedrijfsvereniging na advies van de GMD verhaalsrecht op deze werkgever.
- De werkgever is verplicht om mee te werken aan het treffen van voorzieningen ten behoeve van het behoud/herstel/de bevordering van arbeidsgeschiktheid. Weigert hij dit zonder deugdelijke grond, dan heeft de bedrijfsvereniging verhaalsrecht op deze werkgever.
- De ontslagbescherming van gehandicapte werknemers is verzaamd: de directeur van het Gewestelijk Arbeidsbureau is bevoegd om, na advies van de GMD, van afgifte van een ontslagvergunning af te zien als de werknemer terstond of in de nabije toekomst in staat is volledig of gedeeltelijk passende arbeid te verrichten, tenzij dat redelijkerwijs niet van de werkgever verlangd kan worden.
- De GMD heeft de bevoegdheid gekregen om gehandicapte werknemers te bemiddelen naar arbeid. Op deze wijze kan de GMD in concrete bemiddelingssituaties efficiënter en sneller met werkgevers onderhandelen. Tevens krijgt de GMD op deze wijze beter toegang tot de scholingsinstrumenten, die voorheen geheel beheerd werden door de GAB's.



Administratieve opleiding

Gehandicaptenraad

beidsongeschikt wordt geacht.

Een voorbeeld kan dit misschien illustreren. Een kokkin en een serveerster, beiden even oud, proberen een zware kookketel te verplaatsen. De ketel valt en beiden verbrijzelen hun voet. Het oude loon van de kokkin was f 3000,-, dat van de serveerster het minimumloon. Beiden worden in staat geacht zittend werk te doen. De kokkin zou, rekening houdend met haar vooropleiding, daarmee f 2400,- kunnen verdienen. De serveerster, ongeschoold als zij is, niet meer dan het minimumloon. De loonschade van de kokkin bedraagt f 600,- ofwel 20%. Op grond hiervan wordt zij voor een deel arbeidsongeschikt verklaard. Bij de serveerster is er geen sprake van loonschade, zij wordt dan ook niet arbeidsongeschikt verklaard.

Met de vraag wie als gehandicapte werknemer beschouwd moet worden, heeft ook staatssecretaris De Graaf geworsteld. Uiteindelijk is in de WAGW voor de volgende omschrijving gekozen: gehandicapt is de werknemer die een gedeeltelijke uitkering krijgt op grond van de Wet Arbeidsongeschikt-

heidsverzekering (WAO) en/of de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) of de invaliditeitswetten voor ambtenaren, of die een voorziening op de werkplek nodig heeft, die bekostigd wordt uit de AAW of een soortgelijke regeling. In de toekomst kan aan deze beperkte definitie een ruimere betekenis worden gegeven door middel van een zogeheten 'vangnet-bepaling'. In het vangnet vallen dan al degenen die weliswaar geen uitkering of voorziening ontvangen, maar die wel bij het verkrijgen van arbeid duidelijke belemmeringen ondervinden. Voorsnog is aan deze vangnetbepaling een zeer beperkte invulling gegeven en heeft deze uitsluitend betrekking op 'herplaatsbaar verklaarde' ambtenaren. Alleen de gehandicapte werknemers die binnen de omschrijving van de wxow-doelgroep vallen, tellen voorlopig mee voor het verplicht te stellen percentage gehandicapten.

Uitgaande van de bovenstaande omschrijving van de wxow-doelgroep heeft de Gehandicaptenraad berekend dat het aantal gehandicapte werknemers ongeveer 300.000 personen be-

draagt." Dit getal is beduidend lager dan het totale aantal gehandicapten in Nederland.?

Om iedereen die ten gevolge van een handicap of arbeidsongeschiktheid een belemmering ondervindt bij het verkrijgen van werk recht te doen, is een ruime definitie van belang. De omschrijving van de wxow-doelgroep is daarentegen beperkt van inhoud. Gehandicapten of arbeidsongeschikten die geen uitkering en/of voorziening hebben, vallen buiten de boot. Toch is hier wel wat voor te zeggen. Bij een minder eenduidige definitie zal een werkgever immers, eenmaal geconfronteerd met mogelijke sancties, geneigd zijn stroomissen of beperkingen die niet relevant zijn voor het verrichten van arbeid toch als zodanig te laten honoreren. Zeker in de beginfase is iedereen met maximale duidelijkheid gediend. Aan de hand van de praktijk kan vervolgens het vangnet worden ingevuld.

De omvangrijke behoefte en daarnaast het gegeven dat het met de arbeidsdeelname van mensen met een handicap droewig is gesteld (1 à 1,5% zowel bij het bedrijfsleven als bij de

overheid") geven afdoende aan dat overheidsinitiatieven op grote schaal geboden zijn en geen marginale maatregelen.

Bedrijfsleven

De invoering van de WAGWis niet opgemerkt gebleven: het aantal voorlichtende brochures en studiedagen is haast niet meer te tellen. Deze inspanningen zijn niet zonder effect gebleven. Alhoewel over het geheel genomen optimisme zeker niet op zijn plaats is, zijn er gunstige uitzonderingen te bespeuren.

In de *particuliere sector* is het opnemen van afspraken in de CAO'en van de eerste tekenen van een actief WAGW-beleid. Een eerste onderzoek daarnaar, zij het beperkt van opzet, laat zien dat de meeste afspraken nogal globaal zijn uitgevallen en vooral gericht op het herplaatsen van eigen arbeidsongeschikte werknemers.⁹ Er zijn echter ook bedrijven (Oce, AMEV) die afspraken hebben gemaakt over het aanstellen van gehandicapten van buiten het bedrijf.

In het stadium van de CAO-onderhandelingen is de opstelling van de wergevers- en wernemersorganisaties van belang. Het blijkt dat de FNV het meest uitgesproken stelling neemt en het meest krachtdadig de wxow-aanpak onderschrijft. Daarbij ondersteunt de FNV-centrale de aangesloten bonden bij het onderbouwen van en onderhandelen over concrete maatregelen. Het enthousiasme waarmee de bonden de steun van de FNV-centrale oppakken is verschillend. De Bouw- en Houtbond bijvoorbeeld heeft de WAGW'e moeite waard gevonden om er met de werkgevers een conflict over aan te gaan. Ook het CNV ondersteunt de WAGW-taakstelling, maar deze centrale geeft de voorkeur aan een meer harmonieuze aanpak. Van concrete stappen door cxv-bonden is weinig bekend.

De werkgeversorganisaties zeggen de globale doelstelling van de WAGW'e ondersteunen, zij zijn echter allergisch voor het dreigement van het verplichte quotum. Behalve algemeen voorlichtende activiteiten is er bij deze organisaties weinig van concrete initiatieven te merken.

In de overheidssector springen enkele partijen er gunstig uit. Dit geldt vooral de lagere overheden. Zo heeft de gemeente Rotterdam gehandicapten als doelgroep binnen haar Project Positieve Actie opgenomen en ze heeft voor deze groep aanbevelingen gedaan op het gebied van aannamebeleid, omscholing en begeleiding. De gemeente Amsterdam heeft met diverse gemeentelijke diensten afspraken gemaakt om werknemers die het werk bij de ene dienst fysiek niet meer aankunnen te herplaatsen in lichtere werkzaamheden

bij een andere dienst.¹⁰ Ook de provincies Noord-Holland en Gelderland hebben intussen plannen gelanceerd voor een wxow-beleid.¹¹

De rijksoverheid heeft zich pas onlangs vastgelegd op het in dienst hebben van 5% gehandicapte werknemers, maar uit een eerste telling onder de departementen blijkt dat er dan nog heel wat moet gebeuren. Het departement van wvc springt er het gunstigste uit met 3,8% gehandicapte werknemers. Het departement van Algemene Zaken echter, het ministerie van premier Lubbers, heeft op dit moment nul procent gehandicapte werknemers in dienst.¹²

Bij de uitvoering van de WAGW'spelen de uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetten een belangrijke rol. Dit geldt met name voor de GMD'en het ABP. Deze organen hebben in het kader van de WAGW'en vergunning gekregen om mensen met een handicap naar arbeid te bemiddelen. Deze taak moet de GMD'echter sinds januari 1987 combineren met een omvangrijke herbeoordelingsoperatie vanwege de herziening van het stelsel van sociale zekerheid, in casu de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De GMD'heeft verder, zowel op centraal als op regionaal niveau, met de reguliere organen op het gebied van de arbeidsbemiddeling moeten onderhandelen over het beschikbaar stellen van scholingsbudgetten. Hoewel een helder beeld pas mogelijk is wanneer de officiële evaluatie van de WAGW in het voorjaar van 1989 is afgerond, kan nu al worden vastgesteld dat de GMD(en) ook het ABP) in de afgelopen twee WAGW-jaren de nieuwe taken die haar zijn toegevoegd niet vlekkeloos heeft uitgevoerd.

Behalve de uitvoeringsorganen en het bedrijfsleven, die expliciet zijn aangegeven om de WAGW'gestalte te geven, zijn ook andere instellingen op dit gebied actief. Hiertoe behoren vooral instellingen als Avo-Nederland en Start, die zich toeleggen op arbeidsbemiddeling, specifieke opleidingsinstituten voor gehandicapten en enkele revalidatiecentra.

Het voorgaande laat zien dat er in de praktijk serieus aandacht wordt besteed aan de verbetering van arbeidskansen voor gehandicapten. De schaal waarop dit gebeurt, blijft echter ver achter bij het enorme aantal gehandicapten en arbeidsongeschikten dat (begeleiding naar) arbeid behoeft.

Vraagtekens

Op het eerste gezicht heeft de overheid met de invoering van de WAGW'en belangrijk de stap in de goede richting gezet. Deze wet is zonder meer veel krachtiger dan de voorgaande. Bij een nadere be-

schouwing kunnen er echter ernstige vraagtekens bij het overheidsbeleid worden geplaatst.

In de eerste plaats heeft de overheid uit pragmatisch oogpunt het primaat gelegd bij het indammen van de instroom van arbeidsongeschikte werknemers naar de WAO/AAW'alle wxow-instrumenten staan in dit teken. Dat brengt met zich mee dat het al of niet hebben van een arbeidsovereenkomst van cruciaal belang is voor de vraag of iemand baat kan hebben bij deze wet. Ook uit de ontwikkeling van de jurisprudentie op het gebied van het arbeidsrecht blijkt dat een gehandicapte werknemer met een arbeidsovereenkomst beter af is dan een zonder. Deze jurisprudentie is vlak voordat de WAGW' werd ingevoerd tot stand gekomen.¹³

Het gevolg van de pragmatische invulling van de WAGW's dat langdurig arbeidsongeschikten en vroeggehandicapten die geen band meer hebben met een bedrijf weinig van deze wet te verwachten hebben. Weliswaar vallen deze groepen onder de omschrijving van de wxow-doelgroep, maar zij komen niet in aanmerking voor de arbeidsbevorderende middelen die in de wet zijn opgenomen. Vroeggehandicapten en langdurig arbeidsongeschikten raken op deze manier nog verder achterop dan vóór de invoering van de WAGW' het geval was.

In de tweede plaats is er de relatie tussen de WAGW'en het streven van de overheid om op de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te bezuinigen. Dit blijkt weer eens uit de brief die staatssecretaris De Graaf op 29 september jl. aan de Stichting van de Arbeid heeft gezonden. In deze brief laat hij zich somber uit over het nog steeds toeneemende aantal arbeidsongeschikten en stelt hij vast dat de WAGW' minder bezuiniging zal opleveren dan werd gehoopt. Hij verbindt hieraan de conclusie dat de WAGW'en mislukking is gebleken, terwijl de uitkomsten van de officiële evaluatie nog niet voorhanden zijn. De staatssecretaris stelt vervolgens voor om de WAO-premie te differentiëren en om de laagste arbeidsongeschiktheidsklasse van de WAO'en de AAW'af te schaffen.

De premiedifferentiatie is bedoeld om werkgevers te prikkelen meer aan preventie te doen: naarmate een werkgever meer arbeidsongeschikten uit het arbeidsproces laat verdwijnen, des te meer premie zou hij moeten betalen. Hoewel over het te verwachten effect valt te twisten, is de redenering op zich wel te volgen. Anders ligt het met het tweede voorstel. Het afschaffen van de laagste arbeidsongeschiktheidsklasse, de klasse 15%-25%, betekent een verhoging van de toegangsdrempel tot de WAO/AAW' De Graaf acht dit gewenst om de financiële verantwoordelijkheid van de werknemer te bevorderen. Dit is

een uiterst curieus argument. Financieel is het opgenomen zijn in de laagste klasse volstrekt niet interessant. De uitkering bedraagt in zo'n geval slechts 10% van het laatstverdiende loon. Afschaffing van deze klasse lijkt dan ook veel eerder bedoeld te zijn om het aantal arbeidsongeschikten te verlagen: een cosmetische ingreep derhalve.¹⁴

Bij de totstandkoming van de WAGW werd de relatie tussen deze wet en de herziening van het stelsel van Sociale Zekerheid nog in alle toonaarden ontkend. Ook in zijn brief van 7 juli 1988, eveneens aan de Stichting van de Arbeid gericht, benadrukte de staatssecretaris dat het hem ernst is wat betreft het opleggen van een verplicht quotum, als de sociale partners in gebreke zouden blijven bij het in dienst nemen van gehandicapte werknemers. In de septemberbriefkomst hij op dit ferme standpunt terug. Bovendien doet hij aan werkgevers het aanbod dat er over degenen die niet primair worden gerekend tot de doelgroep van de WAGW (het vangnet) te onderhandelen valt. Daarmee zet hij de deur open naar onduidelijkheid, die door middel van de beperkte definitie van de WAGW-doelgroep juist voorkomen diende te worden.

Een derde vraagteken is te stellen bij het allesoverheersende streven van deze regering om zoveel mogelijk verantwoordelijkheden over te dragen aan de sociale partners. Bij de WAGW komt dit tot uitdrukking door hen een invoeringsperiode van drie jaar te gunnen. Daar komt bij dat de sociale partners ook via de uitvoeringsorganen, de SER en de Stichting van de Arbeid, bij de WAGW zijn betrokken. Al zou de staatssecretaris tot quoteringsbesluiten, dan nog loopt de voorbereiding ervan via de Sociale Verzekeringsraad (SVR) waarin de sociale partners een tweederde meerderheid hebben. Kortom, de sociale partners beschikken over een permanente beïnvloedingsmogelijkheid op de gang van zaken. Vooralsnog heeft dit alleen tot onderling geruzie geleid.

De ideologie van de terugtrekkende overheid speelt niet alleen een rol bij de WAGW, maar ook bij de sociale verzekeringswetten. Deze reorganisatie staat volkomen in het teken van 'functionele decentralisatie' en is gespeend van welke inhoudelijke oriëntatie dan ook. In dit verband is het vermeldenswaard dat voorgesteld is om de begeleiding naar arbeid niet meer aan de GMD over te laten, maar in handen te geven van de verschillende bedrijfsverenigingen. Dit, terwijl de staatssecretaris de GMD juist had aangewezen als de belangrijkste instantie op het gebied van de uitvoering van de WAGW. De besluitvorming over deze reorganisatie is al een aardig eind op weg. Niemand is er echter nog in geslaagd om een bevredigend beeld te schetsen van de wijze waarop het ver-

groten van de arbeidskansen voor gehandicapten en arbeidsongeschikten in de nieuwe opzet eruit zal zien.

Bij de hierboven genoemde ontwikkelingen van het overheidsbeleid ten aanzien van de WAGW zijn de voorwaardenscheppende activiteiten achterwege gebleven. Domweg, omdat daarover niets te melden valt. Hoe de gepresenteerde bewegingen van de overheid te rijmen zijn met het bevorderen van de kansen op werk voor arbeidsongeschikten en gehandicapte mensen valt moeilijk in te zien.

Inkomenszekerheid

De doelstelling van de WAGW is geen abstract idee gebleken, maar in de praktijk uitgewerkt tot concrete initiatieven op het gebied van voorkeursbehandeling bij aanstelling, scholing, arbeidsbemiddeling enzovoort.

Tegenover deze druppels op de gloeiende plaat staat het beleid van de landelijke overheid. In plaats van aan te sluiten bij het gegeven dat de WAGW, zij het schoorvoetend, blijkt aan te slaan en ervan uit te gaan dat er een draagvlak voor de verdere toepassing en uitwerking aanwezig is, houdt de overheid voornamelijk de adviesorganen bezig en wacht zij af of die eruit zullen komen. Bovendien doet de overheid voorstellen die haaks staan op de doelstelling van de WAGW. Deze opstelling kan ontmoedigend uitwerken op de praktijk. Zodoende dreigt de overheid een vruchtbare bodem te leggen voor het mislukken van de WAGW.

Een actief overheidsbeleid is gewenst én mogelijk. Gehandicapten en arbeidsongeschikten behoeven een overheid die zich daadkrachtig voor hun aanspraken op arbeid inzet. Die aanspraken kunnen niet overgelaten worden aan de werking van de markt of de moeizame discussies tussen de sociale partners. Argumenten voor de mogelijkheid van een actief overheidsbeleid ontlene wij aan de aspiraties onder gehandicapten en arbeidsongeschikten, die ondanks een mijnenveld aan demotiverende ontwikkelingen recht overeind blijven, aan de concrete initiatieven die in weerwil van de passieve houding van de overheid van de grond komen en aan de positie van de overheid als een van de grootste werkgevers. Juist die positie verschaft de overheid de mogelijkheid om het goede voorbeeld te geven. Maar dit alles veronderstelt wel dat de landelijke overheid haar eigen beleidsvoornemens serieus neemt.

Wellicht is het ontbreken van deze inzet de bottleneck en is het de overheid vooral om iets anders te doen, namelijk bezuinigen op de kosten voor arbeidsongeschiktheid. De WAGW mag ons inziens echter niet worden misbruikt om het stelsel van sociale verzekeringen

verder te verslechteren. Deze koppelverkoop is niet alleen onzuiver, maar ook onjuist. Verruimen van de arbeidsperspectieven voor arbeidsongeschikten en gehandicapten kan alleen slagen door hen inkomenszekerheid te verschaffen. —

Noten

1. Brief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Stichting van de Arbeid, 29 september 1988, pg. 2.
2. Sociaal Economische Raad, *Advies inzake vermijdbaar verzuim wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid*, 's Gravenhage 1982.
3. Sociaal en Cultureel Planbureau, *Enige aspecten van arbeid in de toekomst*, 's Gravenhage (Staatsuitgeverij) 1986.
4. NOSW, *Jaarverslag*, 's Gravenhage 1988.
5. FIAD, *Arbeidsmatige activiteiten in een duo*, zonder plaats en zonder jaar.
6. Bijlage bij de brief van de Gehandicaptenraad aan de Sociaal Economische Raad, Utrecht 7 maart 1988.
7. CBS, *Gehandicapten welgeteld*, 's Gravenhage 1975/1976.
8. IPSO FACIO, *Wenselijkheid en mogelijkheid van integratie van gehandicapten in het arbeidsproces*, deel I en II, Den Haag (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) 1985.
9. ANIB, *De WAGW en het CAO-overleg*, Haarlem 1988.
10. Gemeente Amsterdam, *Vervolgotitie beleid voor mensen met een lichamelijke handicap: een gemeentelijk actieprogramma*, Amsterdam (afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg) 1988; Gemeente Rotterdam, *Werkaande WAGW*, Rotterdam (Project Positieve Actie) 1988.
11. Provinciaal Bestuur van Noord-Nederland, *Beleidsnota ten behoeve van mensen met een lichamelijke handicap in Noord-Holland*, Haarlem 1987.
12. *De Volkskrant*, 6 oktober 1988.
13. HR, 8 november 1985, NJ 1986, 309 (Van Haaren, CeHaVe); HR, 3 februari 1978, NJ 1978, 248 (Roovers, De Toekomst).
14. *De Waarheid*, 19 oktober 1988.

BOTER BIJ DE VIS

De specialisten zijn weer aan het werk. Dank zij rechter mr. C.M. van Harinxma thoe Slooten, die met dit vonnis de gezondheidszorg geen dienst bewees. Wat had de rechter niet kunnen bereiken door de specialisten van de LSV een zondagdienstenn.rcrrr op te leggen! Er zal geen mens méér om doodgaan. Zeventien weken staakten de artsen in Israël, zonder een effect op de sterfte in dat land. En denk eens aan de enorme kostenbesparende effecten van zo'n vonnis. Minder voorgeschreven medicijnen, minder ligdagen: dat scheelt miljarden. Om nog maar te zwijgen van de ronduit riante algemene effecten: minder druk op de verpleging en arts-assistenten; de eerste lijn wordt in één klap en volautomatisch versterkt. Welke bewindsman heeft dat ooit voor elkaar gekregen? De patiënten die overblijven, krijgen een frisse dokter aan hun bed, partners een frisse arts erin, en dat is ook nooit weg. Misschien dat artsen dan ook eens ophouden met het spelen van seksuele spelletjes met hun patiënten ...

Nee, de rechter heeft zijn gouden kans gemist en de gezondheidszorg in gevaarlijk vaarwater gebracht. De specialisten hebben namelijk al gedreigd met een heel ander soort actie. Ze zullen kostenverhogend gaan werken. De LSV is immers uit het budgetoverleg gestapt. Rekening houden met financiële mogelijkheden en met het beperken van verrichtingen zou wel eens tot het verleden kunnen gaan behoren.

Ik zie de krant artikelen al voor me.

'Amsterdam, 22 november 1992. Opnieuw heeft de inspectie voor de Volksgezondheid een controle uitgevoerd in de Amsterdamse ziekenhuizen. De ploeg inspecteurs werd bijgestaan door 400 man Mobiele Eenheid die, deels voorzien van steriele wapenstokken, de controleurs vergezelden. Dit omdat medewerkers van de inspectie zeggen regelmatig door de medisch specialisten bedreigd te worden. "Er is tot nu toe nog niks gebeurd, maar overal waar ik kom, zie ik duidelijk scalpels en infuusnaalden klaarliggen", aldus een inspecteur, die anoniem wenste te blijven.

De inspecteurs zijn op pad, omdat een aantal specialisten bewust en systematisch zeer veel verrichtingen doet en hiermee de ziekehuisbudgetten verre overschrijdt. Zij vinden hun gemiddelde inkomen van fl. 257.000,- per jaar onvoldoende.

Bij een van de inspectierondes bleek dat de atoomvrije schuilkelder van het Academisch Medisch Centrum dubbele wanden bevatte, die al bij de bouw moeten zijn neergezet. In de geheime ruimtes werd een compleet operatiecomplex aangetroffen; er stonden zojuist vier baarmoederverwijderingen gepland. In de belendende zaal lagen acht patiënten te herstellen van een neustussenschotcorrectie, en op de ruimte die dienst deed als *intensive care* trof men zelfs iemand aan die een harttransplantatie had ondergaan. De patiënten, merendeels zeer ziek door overbehandeling, werden naar huis gestuurd.

Ondertussen wijken, naar verluidt, sommige specialisten al uit naar België om daar aan hun verrichtingen te komen. De rijkszwacht heeft echter verklaard alle Saab turbo's streng te zullen controleren op de aanwezigheid van specialisten.

'Vlissingen, 22 november 1992. De gezamenlijke vissers zullen vanaf vandaag nog uitsluitend ter kerke gaan. Alleen in uiterste nood vaart men nog uit om een kistje schol of kabeljouw op te halen. De actie heeft niet de sympathie van de meeste viseters. "Acht jaar lang hebben de vissers hun positie veilig kunnen stellen", aldus een consument. "De vissers zitten in alle overlegorganen: op het ministerie, het visserijchap, de AID, de visafslag, en bij Albert Heijn en Iglo. Talloze malen voert de regering overleg met de vissers, maar men weigert mee te werken."

'Het is een hetze van de pers en de grootwinkelbedrijven tegen de vissers', zo luidt het commentaar van secretaris M.A.N. Nekepis van de Landelijke Sociëteit van Vissers. 'U weet toch hoe er tegen de visser wordt aangekeken? Alles wat in dit land boven het maaiveld uitkomt, wordt gelijk weggesnoeid. Voor mij is de lol eraf, ik geloof dat ik maar beter specialist kan worden. Die doen minder en verdienen meer.'

Gelukkig is het nog 1988. Maar het zal me benieuwen of het Nederlands over enkele jaren een uitdrukking rijker is. Inderdaad, u raadt het al: de specialist wordt duur betaald.

Joost van der Meer

Tussen zelfhulp en professionalisering

Een gesprek met De Maan

Stichting De Maan is een door de overheid gesubsidieerd project voor de ontwikkeling en overdracht van vrouwenhulpverlening. In 1981 is De Maan van start gegaan met een subsidie voor 3 jaar. Daarna is deze nog twee keer verlengd. Per 31 maart 1989 loopt de subsidie af en is het voortbestaan van De Maan onzeker. Dit terwijl de integratie van de vrouwenhulpverlening in de reguliere instellingen pas op gang is gekomen en het nog jaren vergt voor dit proces is voltooid. Immers, het integreren van vrouwenhulpverlening betekent niet simpel een aantal ideeën overnemen, maar is vooral een kwestie van mentaliteitsverandering bij de hulpverleners.

De Maan is dit jaar initiatiefneemster en organisatrice van het internationale congres *On Mental Health Care for Women - Between selfhelp and professionalism*. Het is in december in Amsterdam gehouden. Er zijn ongeveer 90 workshops geweest onder andere over seksueel geweld, racisme en culturele invloeden, feministische therapiemethoden, diagnostiek en verslaving.

Over dit congres en over het voortbestaan van De Maan gaat het volgende gesprek met twee Maanvrouwen van het eerste uur, Ingrid Foeken en Marleen Heeman.

Lidy Schoon

Hebben jullie jezelf niet overbodig gemaakt door veel samen te werken met instellingen als de RIAGG'S die een deel van jullie werk hebben overgenomen?

'Zo zou het wel moeten zijn, maar het blijkt toch dat er buiten de gevestigde instellingen altijd een groepje nodig is, dat als het ware een soort denktank is en dat nieuwe ideeën ontwikkelt en deze overdraagt. Als dat niet gebeurt, hebben we het idee dat de vrouwenhulpverlening verwatert en dat er alleen op persoonlijke titel van vrouwen binnen de instellingen groepen draaien volgens de werkwijze van de vrouwenhulpverlening. Zo was er bij een RIAGG een incestgroep gestart, die echter niet goed liep. Wij vonden het belangrijk dat die groep zou voortbestaan, omdat het bij een RIAGG was die landelijk gezien een voorbeeldfunctie vervulde. Als die groep daar zou verdwijnen, zou het in onze visie een streep zijn door de hele ontwikkeling van de incestgroepen. Het zou voor andere RIAGG'S een argument kunnen zijn om geen aparte groepen samen te stellen voor vrouwen met een

incestverleden, maar deze vrouwen in een gewone vrouwen-groep te plaatsen. Om te voorkomen dat er met die groep gestopt wordt, gaat een van ons samen met een medewerkster van de RIAGG de begeleiding doen.'

Wat is volgens jullie feministische hulpverlening en waarin onderscheidt jullie aanpak zich van die van de RIAGG?

'Basispunt is altijd de houding dat je uitgaat van solidariteit, dat je de positie als vrouw met je cliënt deelt en dat je daar in de therapie openlijk over praat.'

Bedoel je daarmee dat ja als therapeut ook over jezelf vertelt?

'Dat is een mogelijkheid, het is niet per definitie zo. Je hebt in ieder geval de bereidheid en de openheid om, als er bijvoorbeeld in groepen een rondje wordt gedaan over positieve ervaringen van de afgelopen week, zelf ook iets te vertellen. Deze feministische aanpak is er met name als je ziet dat vrouwen heel geïsoleerd leven, als ze het gevoel hebben "ik ben de enige die dat overkomen is". Op zo'n moment toon je je betrokkenheid als vrouw. Aan de ene



Actie van De Maan, bij de Ziekenfondsraad

Willem Middelkoop

kant houdt de feministische aanpak dus een politieke kijk in op de problemen van vrouwen die voortvloeien uit hun positie als vrouw. Aan de andere kant is er een verdieping in speciale thema's voor vrouwen, zoals incest, vrouwen boven de 40, lesbisch-zijn, verkrachting of ongewenste intimiteiten. Van de vrouwen die hier om hulp komen vragen, wil ongeveer de helft niet naar een gewone instelling, omdat ze deze te groot en te anoniem vinden of er slechte ervaringen mee hebben. Zij zoeken naar meer garanties voor hulp, zoals ze deze zelf willen hebben. Binnen de vrouwenhulpverlening bekijk je wat iemand zelf wil en daar baseer je je hulp op. Bovendien letten wij er erg op dat we niet pathologiserend te werk gaan, dat we scherp zijn in onze manier van vragen stellen en in het herlabelen. Wij tonen respect voor de manier waarop mensen geleerd hebben om te overleven, ook al ziet dat er soms heel onhandig uit. Wij wijzen op de positieve kanten, ook al zitten daar nadelen aan.'

Maar is dat niet een algemene houding die je van elke therapeut zou mogen verwachten?

'Dat hangt er vanaf uit welke richting iemand komt. Directieve therapeuten werken ook op deze manier, herlabelen op een positieve manier komt bijvoorbeeld uit de directieve therapie. Waar we ook op letten, is hoe iemand in haar sociale netwerk zit. Dit is nog belangrijker dan wat er in de therapierelatie gebeurt. Je weet dat iemand daar het grootste deel van haar leven doorbrengt en als daar alles tegenwerkt, is aandacht voor isolement een eerste punt. Centraal in de vrouwenhulpverlening staat het interpreteren en uitleggen vanuit gewoontes in de opvoeding en vanuit de socialisatie van vrouwen. Je probeert te voorkomen dat vrouwen denken "ik ben gek" of "ik ben zo hopeloos moeilijk" dat er niks meer te redden valt. Dus je probeert vanuit de manier

waarop mensen iets hebben aangeleerd perspectief op verandering te bieden én dat er een keuze kan worden gemaakt om andere ervaringen op te doen. Isolement, schaamte en wantrouwen zijn eigenlijk de kernbegrippen, die altijd met stigmatisering te maken hebben. Een vrouw die bijvoorbeeld moeite heeft met seksualiteit heeft daar meestal ook heel veel schaamte over. Het is een effect van hoe er door de omgeving op is gereageerd en hoe zij dat zelf verinnerlijkt heeft. Die schaamte is een dikke bal die er voor zit en maakt het moeilijk om te kunnen kijken naar wat er precies aan de hand is met dat seksualiteitsprobleem.

De vrouwenhulpverlening onderscheidt zich ook in het feit dat wij alert zijn op de duizenden momenten die er dagelijks spelen, waardoor vrouwen in een extra moeilijke positie zitten, dat je weet hoe sterk dat doorwerkt in iemands leven. Als bij een intakegesprek voor een relatie-therapie de uitspraak wordt gedaan dat de man werkt en de vrouw thuiszit en moeder is, en binnen de therapie worden de twee partners als elkaars gelijke beschouwd, dan zou er een lichtje moeten gaan branden bij de betreffende therapeute. Van vrouwenhulpverleners mag je verwachten dat zij weten hoe zo'n kijk op arbeid doorwerkt in het gevoel van eigenwaarde van zowel man als vrouw.'

Onzekere toekomst

Jullie subsidie loopt tot april 1989. Hoe gaan jullie daar mee om?

'Het is al de derde keer dat we volstrekt onzeker zijn over onze toekomst. We weten dat we goed werk verrichten, gemotiveerd en keihard werken, maar toch. Het betekent dat we niks kunnen plannen, geen cliënten meer kunnen aannemen omdat we geen vervolg kunnen garanderen en

dat we geen toezeggingen kunnen doen over groepen in 1989. Die onzekerheid geldt niet alleen voor ons, maar ook voor twee projecten die bij onze stichting zijn aangehaakt, een onderzoek naar drugsverslaafde vrouwen en project-hulpverlening aan zwarte en migrante vrouwen. Met name dit laatste project dat nog in opbouw is, valt midden in de onzekerheid over ons voortbestaan.'

Krijg je dan geen agressieve houding naar de hulpverleners van de RIAGG? Jullie leveren hen ideeën over vrouwenhulpverlening, jullie worden opgeheven en zij functioneren door. 'Die houding hebben we zeker vorig jaar gehad. Maar de kwaadheid richt zich vooral naar het overheidsbeleid, dit is geen werken zo. Wat voor ons wel een pijnlijk moment is geweest, was onze actie twee jaar geleden bij de Ziekenfondsraad. Terwijl we ruim van tevoren de actie hadden aangekondigd, waren er maar twee vrouwen uit de RIAGG's. Op dat moment zagen we dat hun politieke belangstelling allerbelabberdst laag is. Dat was een pijnlijke ervaring; wij zijn prima voor de overdracht, maar als het om ons voortbestaan gaat krijgen we weinig steun. Twee jaar geleden hebben zij wel schriftelijke adhesie betuigd om onze subsidieering door de overheid te ondersteunen. De boosheid hebben we inmiddels dus wel gerelativeerd, bij de RIAGG zijn ze ook aan het overleven. We voelen ons meer aangesproken door een advies van de Emancipatieraad, waarin staat dat het hopeloos is om emancipatiewerksters voor één of twee jaar aan te stellen. Op het moment dat je een beetje gaat draaien, moet je alweer afbouwen. Op die manier kun je geen nieuwe dingen ontwikkelen. Subsidies zouden op z'n minst voor 7 jaar moeten worden gegeven. Het kost alleen al jaren om een organisatie op te bouwen.'

Melden zich hier voornamelijk feministische vrouwen voor hulp?

'De eerste twee jaar wel. Toen we meer bekendheid kregen, kwam hier dezelfde populatie als bij een RIAGG. Wij hebben altijd wel veel lesbische vrouwen gehad, zo'n 30% van het bestand ...

Waarom is dat?

'Omdat ze weten dat wij goed en positief met het lesbisch-zijn omgaan, dat het lesbisch-zijn niet gepathologiseerd wordt, zelfs als het geen onderwerp in de hulpvraag is. Bij het spreekuur vragen wij bijvoorbeeld "Hoe leef je?" en niet "Heb je een vriend?"'

Noemen jullie je eigenlijk therapeut?

'Ja, terwijl we ook supervisor zijn, trainingen en lezingen geven. We noemen ons therapeut, omdat dat ons vak is. De Maan zou net zo goed een trainingscentrum genoemd kunnen worden, wij geven meer trainingen dan hulpverlening. We werken hier momenteel met vijf therapeuten, allemaal op 24-uurs basis. Per jaar komen hier zo'n 240 vrouwen voor hulp, 20 tot 30% hiervan komt in behandeling, de rest verwijzen we door.'

Internationaal congres

Terwijl jullie in zo'n onzekere positie zitten, zijn jullie toch hard bezig met het voorbereiden van het internationale congres.

'Met het congres zijn we al drie jaar geleden begonnen. Omdat we overal trainingen geven, willen we zelf ook graag met mensen praten die verder zijn dan wij. Het congres is speciaal bedoeld voor vrouwen die al minstens drie jaar in de vrouwenhulpverlening werken. Het is bedoeld om elkaar onderling te inspireren en om een uitwisseling te krijgen tussen mensen die aan de universiteit werken en onderzoek doen én mensen die in de praktijk werken. Het thema van het congres is *Tussen zelfhulp en professionalisering*. De kennis en ervaring van de vrouwenhulpverlening wordt namelijk aan de ene kant ontwikkeld vanuit de zelfhulpbeweging, waar onder andere ervaringsdeskundigheid een grote rol speelt. Aan de andere kant wordt geput uit traditionele

hulpverlenings- en therapiemethoden waaraan een feministische visie wordt toegevoegd. Naast de netwerking besteden we op het congres veel aandacht aan een nieuw item in de vrouwenhulpverlening, de diagnostiek. Als je probeert om niet meer zo te pathologiseren maar kijkt naar welke levensvorm mensen hebben ontwikkeld, krijg je een andere diagnostiek. De huidige diagnostiek is erg medisch en stigmatiserend. Zonder diagnostiek werken kan echter niet, want je moet schiften wat bij het probleem hoort en wat niet.. Als je dat vanuit een feministisch perspectief doet, ben je in de eerste plaats selectief met wat je van de diagnostische systemen gebruikt en je probeert het probleem anders te verwoorden. In taal zit veel stigmatisering. Het is bijvoorbeeld een groot verschil of je iemand een *borderlinepatiënt* noemt of zegt dat iemand een *posttraumatisch spanningsyndroom* heeft. Het ene wil zeggen dat iemand een *borderline*-structuur heeft, dan ben je afgeschreven voor de hulpverlening, je kunt niet meer functioneren. De psychiatrische inrichtingen sturen zo iemand terug naar de maatschappij, zij weten er geen raad mee. Bij de andere benaming onderzoeken je dat iemand ontzettend zware trauma's heeft opgelopen. Je erkent dat er van buitenaf ingrijpende dingen zijn gebeurd, die mensen zullen moeten verwerken. Vanuit de trauma theorie zijn er manieren ontwikkeld om daarmee om te gaan. Misschien klinkt het verschil voor jou subtiel. Maar het is een verwezenlijk onderscheid.'

Voor mij zijn het allebei medische termen, maar ik begrijp dat er een andere gedachte achter zit. Kun je een ander voorbeeld geven van wat typisch een etikettering voor vrouwen is?

'Ja, bijvoorbeeld een masochistische persoonlijkheid. Als je goed kijkt naar wie er onder een masochistische persoonlijkheid vallen, dan is het een beschrijving van vrouwen die zwaar vrouwelijk gesocialiseerd zijn. De diagnose masochistisch is een stigmatisering van een bepaald soort vrouwelijk gedrag, terwijl het gaat om overlevingsgedrag van vrouwen die een sterke vrouwelijke socialisatie hebben gehad. Je zult dus een andere term moeten vinden, anders zet je iemand vast en leg je al bij voorbaat de schuld bij haar. Met het zoeken naar een andere term, plaats je de oorzaak in een maatschappelijk perspectief, namelijk de socialisatie tot vrouw.'

Is de inzet van deze discussie te vergelijken met de actie die gevoerd is om homoseksualiteit van de lijst van ziektes geschrapt te krijgen, wat onlangs door de Wereldgezondheidsorganisatie gehonoreerd is?

'Jazeker. Verschillende lezingen op het congres gaan in op de diagnostiek. De komende jaren zal deze discussie ook in Nederland gaan spelen. Het is een belangrijke discussie, al geldt in Nederland nog niet de verplichting voor psychiaters om problemen te vertalen in een ziekte, in een diagnose van de officiële medische en psychiatrische diagnoseslijsten. In Amerika krijgen therapeuten alleen geld voor de behandeling als de problemen van een cliënt een officiële diagnose hebben gekregen, en je bent ook nog verplicht om deze aan je cliënt mede te delen. Met het *labelen* van problemen op een stigmatiserende manier, krijgen vrouwen er nog een extra probleem bij.

Andere politieke thema's van het congres die internationaal spelen, zijn prostitutie, de internationale handel in vrouwen, geweld tegen vrouwen en geweld in het huwelijk. Op de vierde dag van het congres zal gekeken worden naar welke voorzieningen er op Europees niveau getroffen moeten worden om seksueel geweld tegen vrouwen zoveel mogelijk te bestrijden.'

++

GEZONDHEID & POLITIEK

PRIJSVRAAG

Het is tegenwoordig *bon ton* om te roepen dat links 'uit' is! Links zou te weinig eigen visie hebben, geen goede alternatieven bieden en te veel naar de macht lonken.

Het *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* vindt het hoog tijd worden om hieraan eens een gezond tegenwicht te bieden. Links niet alleen in de verdediging, maar ook in de aanval!

Wij roepen onze lezers en lezeressen, maar ook anderen, dan ook op om eens hun mening te spuien over het thema LINKSEN GEZONDHEID. En gezondheid dan niet alleen direct gekoppeld aan de structuur van de gezondheidszorg, zoals in de huidige Dekkerdiscussie maar al te vaak gebeurt - al is een zeer heldere en briljante bijdrage hierover natuurlijk altijd welkom - maar wat breder ingevuld. Denk bijvoorbeeld aan de medische ethiek die bij de beheersing van de gezondheidszorg een steeds grotere rol zal gaan spelen, de relatie gezondheid en maatschappij, de impulsen van de vrouwengezondheidsbeweging, die in het gewoel steeds meer uit het zicht lijken te verdwijnen.

Iedereen die zijn of haar ei wil leggen, roepen wij op om onder het motto LINKSEN GEZONDHEID een bijdrage te leveren aan deze hoogstnoodzakelijke discussie.

Een jury, bestaande uit Ivan Wolffers, Andrée van Es, Sander Kooistra en Mirre Bots, zal de inzendingen op kwaliteit en originaliteit beoordelen. De beste drie bijdragen zullen in TGP gepubliceerd worden, in het eerste nummer van 1989. Bovendien krijgen deze auteurs een gratis jaaronnemenent op TGP en boeken voor een bedrag van respectievelijk f 300,-, f 200,- en f 100,-.

Uw bijdrage, die niet meer dan 1000 woorden mag bedragen, vóór 31 januari 1989 sturen naar: redactie TGP, Herengracht 418, 1017BZ Amsterdam, o.v.v. 'prijsvraag'.

Grenzen van de zorg

Voer voor filosofen en ethici

De nota *Grenzen van de zorg* ontvouwt een aantal beleidsvoornemens die de ongebreidelde groei van de gezondheidszorg moeten terugdringen. Onvermijdelijke problemen en oplossingen die daarbij opdoemen: selectie, het stellen van prioriteiten, *technology-assessment*.

Een gevaarlijk terrein, vol angsts en voetklemmen volgens Hans Achterhuis, waarover het laatste woord nog niet is gezegd, maar dat wel begaanbaar gemaakt zal moeten worden.

Hans Achterhuis.

De gezondheidszorg mag dan zelf misschien niet meer een groeimarkt zijn, de ethiek die zich ermee bezighoudt is dat wel. In het weekend dat ik werkte aan de bespreking van het regeringsstandpunt over de *Grenzen van de zorg* vielen er maar liefst twee bundels met ethisch-filosofische beschouwingen erover op mijn deurmat. De regeringsnota constateert trouwens hetzelfde verschijnsel. 'Ethiek is "in" [...] de belangstelling voor ethiek en dan met name de medische ethiek, of liever gezondheids-ethiek, groeit door de talrijke mogelijkheden die de technologie ons biedt, of zoals sommigen zeggen, ons opdringt.' Zo creëert de technologie toch nog werkgelegenheid voor filosofen.

Het regeringsstandpunt is een verwerking van een antwoord op een aantal eerder verschenen nota's en adviezen. Dit waren het *Eindadvies inzake grenzen van de groei van het verstrekkingspakket* van de Ziekenfondsraad, *Grenzen van de Zorg* van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en *Grenzen van de Gezondheidszorg* van de Gezondheidsraad. Ook de uit 1983 stammende nota met dezelfde titel als laatstgenoemd stuk van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid werd in het regeringsstandpunt meegenomen, wat ten slotte ook geldt voor het rapport *Gezondheidszorg bij beperkte middelen, gronden en grenzen van de gezondheidszorg* van de KNMG (knap om een iets andere titel te bedenken).

Wat in de eerste plaats in het regeringsstandpunt opvalt, is dat de verschil-

lende adviezen en nota's conscientieus, zij het niet altijd even leesbaar, weergegeven en verwerkt zijn. De regering komt tot een aantal beleidsvoornemens die op goede wijze de huidige stand van de discussie over selectie, het stellen van prioriteiten en *technology-assessment* weerspiegelen. Als ik er in het kort, mede aan de hand van de genoemde literatuur, twee kritische kanttekeningen bij plaats, dan gelden deze ook niet alleen voor het regeringsstandpunt maar voor de hele medisch-ethische discussie over selectie en prioriteitenstelling.

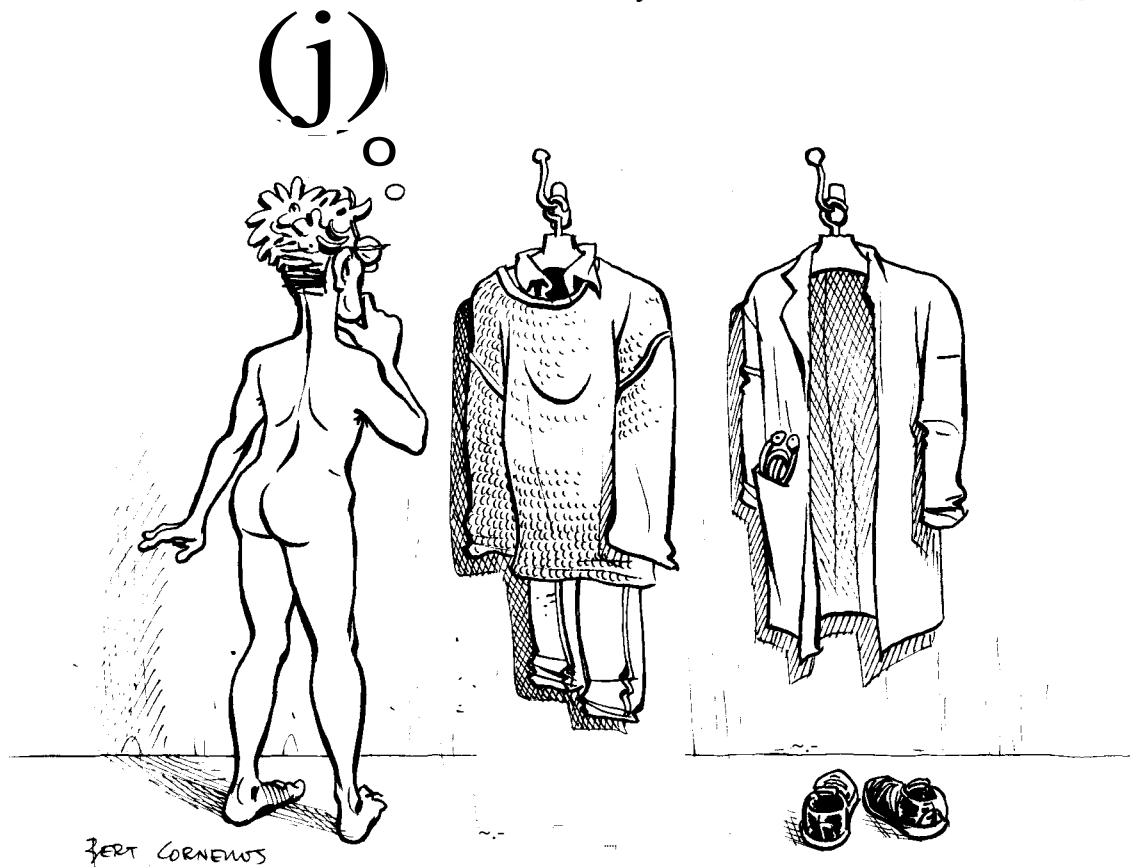
Opvallend is allereerst dat in deze hele discussie ethiek versmald wordt tot het vraagstuk van een rechtvaardige verdeling van de middelen in de strijd tussen de verschillende belangengroepen binnen de gezondheidszorg. De schaarste aan middelen op het gebied van voor velen zo vitale zaken als leven en gezondheid, die mensen in permanente conflicten met elkaar plaatst, wordt als vast uitgangspunt geaccepteerd. In *De gezonde burger* verwijst Manenschijn in dit verband naar de 'oortog van allen tegen allen' van de vroeg burgerlijke filosoof Thomas Hobbes. Deze ging ervan uit dat het een natuurrecht van de mens is 'dat iedereen zijn eigen lijf en leden mag beschermen met alle macht waarover hij beschikt'. Waartoe dit soort mensbeeld heeft, geleid zien we in de moderne gezondheidszorg waar, zoals professor A. Dunning eens opmerkte, maar één belang telt, namelijk *mijn* belang.

Om hiervan maar één voorbeeld te

noemen dat het regeringsstandpunt ook aanstipt, 'het gebrek aan donororganen' leidt volgens de regering vaak tot 'hoogoplopende emoties bij patiënten en hun familie en vrienden'. Dat is vriendelijk gezegd. 'Te weinig verkeersslachtoffers' luidde onlangs een kop van een krantenartikel dat op deze situatie van schaarste inging. Vol spanning wordt door groepen Nederlanders vooral rond de feestdagen gewacht op de dan onvermijdelijke verkeersslachtoffers. In *De gezonde burger* stelt Rolies over het vraagstuk van de rechtvaardige verdeling van de beperkte middelen als vast uitgangspunt voor de toekomst dat 'bepaalde producten, zoals nieren, harten, levers altijd schaars zullen zijn'. Als hier niet een taal wordt gesproken die hoort bij een maatschappelijke sector waarin een oortog van allen tegen allen woedt, weet ik het niet meer.

Getto

Toen ik onlangs in een cursus voor werkers in de gezondheidszorg naar bovenstaande gegevens verwees, werd aangevoerd dat deze houding van mensen en groepen tegen elkaar niet zo uitzonderlijk was. In concentratiekampen, zo werd mij uitgelegd, waar het ook om het overleven van de een ten koste van de ander ging, gebeurden dezelfde dingen. Het meest schokkerend voor mij was dat hier op het terrein van de selectie de vergelijking tussen de moderne gezondheidszorg en een concentratiekamp als vanzelfsprekend werd gemaakt.



Ik wil zeker niet zo ver gaan als Andreas Burnier die in de euthanasieproblematiek de invloed van het nazisme bespeurt. Toch zou het voor het vraagstuk van de selectie heilzaam kunnen zijn het toneelstuk *Getto* van Joshua Sobol, dat dit jaar op 4 mei op de televisie werd uitgezonden, eens goed te bestuderen. Heel dit stuk dat op werkelijke gebeurtenissen uit het getto van Wilna is gebaseerd, draait rondom het onoplosbare probleem van de selectie. Als auteur neemt Sobol niet op directe wijze stelling in het hoofdthema van zijn stuk, maar een aantal van zijn personages weet dat het aanvaarden of het teweegbrengen van een situatie waaim selectie onvermijdelijk is, tegen de (joodse) moraal ingaat. Als de arts Weiner selectie voor diabetici, die in aanmerking kunnen komen voor de schaarse insuline, aanbeveelt, antwoordt zijn collega: 'DL Weiner, beseft u dat u discriminatie van zieken voorstelt? Met zulke redeneringen maakt u van de geneeskunde iets monsterachtigs. Weet u waaraan uw selectie mij doet denken? Aan de methode van de nazi's'. De medische ethiek zou zich niet alleen, zoals nu gebeurt, met het uitwerken van steeds verfijndere schemata voor een rechtvaardige verdeling van de schaarse middelen moeten bezighouden. Zij zou, hieraan voorafgaand, ook moeten nadenken over een ontwikkeling die ons in de gezondheidszorg steeds meer dwingt tot onmenselijk en immoreel handelen.

Eerlijk gezegd lijkt het regeringsstandpunt zich, meer in elk geval dan

vele ethici, bewust te zijn van de immense problemen die hier opdoemen. Het wijst bijvoorbeeld rantsoenering via verholde of geformaliseerde selectie sterk af vanwege 'de ernstige bezwaren die eraan kleven'. De verontrusting over de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg klinkt ook duidelijk door in de poging van de regering 'om alles op alles te zetten om rantsoenering van goede zorg in de toekomst te voorkomen'.

Zelfmisleiding

Dat klinkt fraai en de intentie erachter deel ik zonder meer. Alleen - en dat is mijn tweede kanttekening, die in een zekere spanningsverhouding staat tot mijn eerste - ik ben bang dat de regering dit doet door de kop in het zand te steken. In mijn recente boek over de schaarste heb ik gewezen op de onvermijdelijkheid ervan in de moderne maatschappij, die op dit verschijnsel gebaseerd is. Pas als we dit inzien, als we erkennen dat we in de gezondheidszorg op velelei manieren met de schaarste worden geconfronteerd, kan er beleid worden gevoerd. Zolang echter het idee bestaat dat de schaarste op een afstand gehouden kan worden door bijvoorbeeld de marginale geneeskunde terug te dringen of door kosten-effectiviteitsanalyse in te voeren, zoals het regeringsstandpunt voorstelt, is er sprake van zelfmisleiding. Niet alleen de twee bundels die ik noemde, maar ook de kranten van elke dag staan vol met voorbeel-

den die laten zien dat het vraagstuk van selectie en rantsoenering in de gezondheidszorg onontkoombaar is. Alleen de openlijke erkenning van deze inderdaad onmenselijke werkelijkheid kan ons verder helpen.

Ik ben er dan ook zeker van dat de poging van de regering om met haar standpuntbepaling de discussie grotendeels voor gesloten te verklaren - 'verdere advisering ten aanzien van het vraagstuk lijkt thans niet meer voor de hand te liggen' - tevergeefs is. De fundamentele discussie over schaarste, grenzen en selectie staat ondanks alle rapporten en nota's die in het regeringsstandpunt culminereren nog pas aan het begin. ~

Noten

1. Jan Rolies, (red.), *De gezonde burger*, Nijmegen (SUN) 1988.
F.C.L.M. Jacobs, G.A. van der Wal (red.), *Medische schaarste en het menselijk tekort*, Baarn (Ambo) 1988.
2. Zie ook: Doeke Post, *Gezondheidszorg op rantsoen*, Kampen (Kok Agora) 1988.

Grenzen van de zorg

In het dagelijks werk van verplegenden

In nogal wat publikaties over de gezondheidszorg wordt er over het 'veld' gesproken. In de meeste gevallen blijkt dit te bestaan uit specialisten en andere artsen. Af en toe worden verplegenden en verzorgenden ook genoemd. Dit gebeurt echter maar zelden. Zo ook in de nota *Grenzen van de zorg*.

Verplegenden en verzorgenden worden in de praktijk echter bijna dagelijks met hun grenzen van de zorg geconfronteerd. Redenen genoeg dus om vanuit hun optiek de nota te gaan lezen. Wat zijn ongeveer de ideeën van de bewindslieden ten aanzien van dit onderwerp? Welke beleidsmaatregelen kunnen wij van de regering in de komende jaren verwachten? En vooral, wat hebben verplegenden en verzorgenden in het veld ermee te maken?

Een speurtocht door vage termen en moeilijk te doorgronden zinnen.

Jlase Riemann, hoofd verplegingsdienst in een verpleeghuis

Het 41 pagina's tellende rapport bestaat uit vijf hoofdstukken, waarin een aantal te onderscheiden grenzen wordt verkend, dieper wordt ingegaan op de ethische grenzen van de zorg en een beschrijving wordt gegeven van de term *technology-assessment*.

De minister en staatssecretaris van wvc verkennen in het eerste gedeelte in een soort van dialoog met de verschillende adviesorganen een drietal grenzen: de grens tussen wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg genoemd kan worden, de grens tussen wat financieerbaar en niet financieerbaar is, en de grens van de grondwettelijke plicht van de overheid. Het is interessant dat de regering de zelf- en mantelzorg ook tot de gezondheidszorg rekent. Ook wordt erkend dat bij het vaststellen van wat gezondheidszorg nu eigenlijk is in de praktijk vaak heel andere factoren blijken mee te spelen, zoals bijvoorbeeld financiële grenzen, draagkracht van de bevolking en algemeen maatschappelijke opvattingen over de functie van de gezondheidszorg.

Voor de vaststelling van de grens tussen wat nog wel en wat niet meer tot de gezondheidszorg kan worden gerekend, maakt de regering het zich wel erg gemakkelijk. Zij verwijst alleen maar naar de systematiek van het plan-Dekker:

'Uit de voorgestelde en nader in te vullen pakketomschrijving van het basispakket in het nieuwe verzekeringsstelsel blijken de concrete keuzen van de regering'. Alles wat buiten het basispakket valt, is dus geen gezondheidszorg. Een raar en niet te verdedigen standpunt.

Hetzelfde geldt voor het regeringsstandpunt over de vaststelling van de grens tussen financieerbare en niet financieerbare zorg. Ook hier beroept men zich op Dekker: financieerbaar is dat wat onder het basispakket valt. Hard ploeterende mensen in de praktijk kunnen hier natuurlijk niets mee.

Polstok

Het stuk over de grondwettelijke plicht van de overheid met betrekking tot de zorg is al even oppervlakkig. De overheid draagt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, bereikbaarheid, spreiding en financiële toegankelijkheid van de zorg, maar heeft volgens Brinkman en Dees *niet* de verplichting om voor het gehele terrein uitputtende voorzieningen te treffen. Men discussieert over een actieve of passieve rol van de overheid, daarna concludeert men: 'Het is de overheid die de nodige condities moet scheppen voor een kwalitatief

goed aanbod. De overheid zal dit aanbod in eerste instantie aan partijen zelf kunnen overlaten en slechts randvoorwaarden stellen, maar bij onvoldoende kwaliteit zelf moeten optreden.' Daarna volgen een paar vage opmerkingen over een onder- en bovengrens van de zorg. In het hele hoofdstuk komt eigenlijk maar één duidelijke, niet mis te verstane zinsnede voor: 'Men kan nu eenmaal niet verder springen dan de polsstok lang is'.

Een volgend hoofdstuk in de nota heet 'Ethische overwegingen bij het volksgezondheidsbeleid, bouwstenen voor een verantwoorde en rechtvaardige prioriteitenstelling'. Er worden globale beleidsvoornemens in genoemd. Het uitgangspunt is, zoals men weet, dat de collectieve lasten niet verder mogen stijgen. Tegelijk worden er echter wel nieuwe diagnoses en therapieën aangeboden. Omdat 'niet alle voorzieningen die technisch mogelijk, medisch zinvol en maatschappelijk aanvaardbaar zijn, ter beschikking kunnen worden gesteld aan een ieder die dat nodig heeft, moeten de beschikbaar gestelde financiële middelen optimaal worden verdeeld'. De vraag die de regering zich in dit hoofdstuk stelt is hoe de belangen van groepen patiënten tegen elkaar afgewogen kunnen worden.



Amper tijd voor een praatje

Hans Aarsman/Hollandse Hoogte

Een mogelijkheid hiervoor denkt men gevonden te hebben door het hanteren van een nieuwe meeteenheid: de Qaly (= *quality adjusted life years*). Het is de bedoeling het Qaly-systeem te gebruiken om de waarderingen van verschillende wijzen van behandelen uit te drukken. Het Qaly-systeem is een instrument om in de gezondheidszorg prioriteiten te stellen binnen de beschikbare middelen. De regering gaat ervan uit dat niet de overheid kan beslissen. De overheid wil en moet de partijen in de samenleving aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid om tot een juiste afweging te komen.

Prachtige woorden allemaal. Maar wat is de praktijk? Waar wordt het veld - de verplegenden en verzorgenden - nu eigenlijk mee geconfronteerd? Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden wil ik de andere kant van de grenzen van de zorg laten zien: de ondergrens. Wat is eigenlijk het minimumniveau aan zorg dat we in deze samenleving 'verantwoord' vinden? Moet daar niet eens een maatschappelijke discussie over plaatsvinden?

MISHANDELING

Het blad *Verpleegkunde Nieuws* heeft een artikelenreeks over mishandeling in de zorgverlening. Verplegenden en verzorgenden kunnen anoniem aan het blad brieven schrijven over hun ervaringen met mishandeling van vooral bejaarden in tehuizen. Niet alle briefschrijvers geloven dat de oorzaken hiervan alleen terug te voeren zijn op tekorten aan verplegend personeel, toch blijft dit voortdurend op de achtergrond spelen. Een briefschrijver schrijft: 'Mishandelingen zoals in de media naar voren zijn gekomen, heb ik nooit waargenomen ... De mishandeling waar ik het over heb, wordt (eerder) door overheidswege gepleegd. Door bezuinigingsmaatregelen en het grote personeelstekort, is er structureel iets mis in onze Nederlandse *samenleving*'.

Jaap van der Scheur van de ABV *NKABO* doet er bij dit onderwerp nog een schepje bovenop. In een interview in *Aaneen* (september 1988) zegt hij: 'Nederland verloedert. Het gebrek aan zorg voor onze bejaarden is zo nijpend dat we in de kranten doorlopend de meest schokkende verhalen moeten lezen'. 'En,' voegt hij eraan toe, 'ondanks alles zijn

wij een rijk land. Maar er is ook beschaving nodig. Het gaat om het welzijn van het leven. De zorg voor bejaarden, milieu, voor de zwakkeren in de samenleving en noem maar op. Dat alles maakt beschaving. Maar nee, de regering heeft geen geld.'

AVONDDIENST

De bejaarde Surinamer zwerft door de gang. Het overhemd hangt uit zijn broek. De sigaret die iedere ochtend voor hem gedraaid wordt, houdt hij recht voor zich uit, op zoek naar vuur. 'Je ziet hem met de dag achteruit gaan', zeggen ze, 'van heimwee. Hij wil terug naar Suriname.'

In de woonkamer zit de heer M in zijn rolstoel. Zij koffiekop hamert hij systematisch neer op de schotel in een steeds hoger tempo. Zijn vrouw die ook in het verpleeghuis is opgenomen, probeert hem met een hand op zijn arm gerust te stellen. De heer M wordt alleen maar agressiever. Van vrouwen heeft hij nooit wat moeten hebben. De vrouw die bij hem aan tafel zit, wordt alsmar zenuwachtiger en begint 'zuster, zuster' te roepen en de heer H steekt zijn hand smekend uit,

wat betekent dat hij aandacht wil of naar het toilet geholpen wil worden. Door zijn eVA kan hij alleen maar 'ah' zeggen. Het personeel is ergens anders. De ene ziekenverzorgende is bezig om alles voor het avondeten klaar te zetten. De andere (een leerling) brengt ondanks het vroege avonduur een mevrouw naar bed. Zij was te moe om te blijven zitten.

Op de afdeling ernaast loopt een demente vrouw in zichzelf te mompelen. Een oude man zoekt het toilet en kan het niet vinden. Mevrouw S is op zoek naar haar moeder en de ziekenverzorgende neemt in een laatste poging haar hand om te proberen haar mee te laten gaan naar de keuken waar de broodkar wacht.

Een paar dagen later zegt zij, vermoed voor zich uitstarend: 'Weet je wat het ergste is? Dat ik precies weet wat ik moet doen, namelijk een klein wandelingetje maken, maar de tijd ontbreekt.'

Een avonddienst in een verpleeghuis. Een race tegen de klok.

UITBREKEN VAN TUSSENMUREN

In het maandblad *Steek* zet Paul Impens, groepsleider in de zwakzinnigenzorg, de stand van zaken in de zwakzinnigenzorg anno 1988 op een rijtje. Hij gaat in op het in juni gepubliceerde jaarverslag van de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. Impens beschrijft, hoe de inspectie zich zorgen maakt over de achteruitgang in de zwakzinnigenzorg: een tekort aan personeel, zwakzinnige mensen die wegzakken in een hospitalisatiesyndroom, rechtstreekse verwaarlozing.

Als remedie hiertegen adviseert de inspectie het uitbreken van tussensmuren. Hierdoor wordt het overzicht over de pupillen vergroot, waardoor minder personeel nodig is. De inspectie geeft ook het advies om minder gekwalificeerd personeel in dienst te nemen. Dit is goedkoper, waardoor de mogelijkheid ontstaat om meer handen aan het bed te hebben. Impens beschrijft, voorts in zijn artikel hoe een 41-jarige zwakzinnige man door personeelstekort in een bad is verdrongen en hoe tegen de twee personeelsleden die op dat moment dienst hadden, een procesverbaal werd opgemaakt.

Impens concludeert: 'Vooralsnog is er geen verbetering voor de zwakzinnigenzorg te verwachten. En, hoeveel doden moeten er nog vallen voordat de schuldvraag rechtstreeks gesteld gaat worden aan de regering in plaats van aan betrokken personeelsleden in de zwakzinnigenzorg? Als het aan de regering ligt nog heel

veel. Immers, zij legt de bittere feiten onverwijld naast zich neer, zoals ook het jaarverslag van de inspectie dat constateert.'

Bovenstaande voorbeelden zijn de werkelijkheid waar tienduizenden verplegenden en verzorgenden mee worden geconfronteerd. Wat hebben zij aan de beleidsvoornemens in de nota *Grenzen van de Zorg*?

Voor de verplegende en verzorgende beroepsgroep heeft de nota van Brinkman en Dees weinig tot niets te melden. In het hele stuk worden verpleegkundigen slechts eenmaal genoemd. Evenmin wordt aandacht besteed aan de verzorgenden, de beroepsgroep aan wie de technologische hoogstandjes grotendeels voorbijgaan. Dit kan op toeval berusten, maar het heeft waarschijnlijk meer te maken met het feit dat gedeelte van het veld gewoon niet meetelt, als men het over de 'grote zaken' in de gezondheidszorg heeft.

Uit de totaal acht concrete beleidsmaatregelen die in het regeringsstandpunt over de grenzen van de zorg worden aangekondigd, zijn er slechts twee waar de verpleging *misschien* iets aan kan hebben. De Ziekenfondsraad zal gevraagd worden haar medewerking te verlenen in het verkrijgen van inzicht in de kosten per soort zorgverlening per omvangrijke patiëntencategorie (doel, kosten-batenanalyse). Ten tweede zal er met belanghebbenden worden nagegaan hoe de kwaliteit van de verleende zorg gevolgd kan worden, en hoe in een vroeg stadium ongelijkheid in gezondheid kan worden opgespoord. Aan de rest van de 41 dichtbeschreven pagina's heeft de verpleging niets. Het gaat over de medische technologie en de grenzen hiervan.

De nota gaat ervan uit dat men het in de gezondheidszorg met beperkte middelen moet doen. De Qaly-schaal en *technology assessment* zijn hulpmiddelen die objectieve keuzes met betrekking tot wie wel en wie niet geholpen mag worden, moeten vergemakkelijken. Verplegenden en verzorgenden kunnen hier echter niets mee, want ondanks objectieve keuzes zullen er altijd mensen zijn die verzorging nodig hebben, wel of geen operatie, wel of geen duur pilletje. De brief van minister Brinkman en staatssecretaris Dees geeft geen oplossingen voor het dilemma van de grenzen van de zorg, die verzorgenden en verplegenden dagelijks aan den lijve ervaren. De keuze, namelijk beperkte middelen, is gemaakt, terwijl men in het verzorgingswerk niet kan kiezen tussen wel of niet iemand naar de wc brengen.

Er is nog een lange weg te gaan voordat de verpleging en verzorging een bewindsman kunnen overtuigen dat een douchebeurt, warm eten en hulp bij de

toiletgang ook tot de zorg behoren. Het is te hopen dat de ziekenverzorgenden in de avonddienst het zo lang volhouden, anders zou de beschaving die van der Scheur zo graag ziet wel ver te zoeken zijn. Tenzij de maatschappelijke discussie die deze regering zo graag ziet deze zelfde regering op andere gedachten zou kunnen brengen.



Verslaving zonder grenzen

G. van de Wijngaart e.a., *Verslaving zonder grenzen*, Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht, cahier 8, Utrecht 1988, 119pgs. ISBN 90 71772 128, prijs f 25,00. Te koop in de boekhandel, maar ook te bestellen bij de WGU, Postbus 9060,3506 GB Utrecht, tel. 03484-1040.

In 1984 organiseerde de *International Council on Alcohol and Addictions* haar jaarlijkse congres in samenwerking met de afdeling psychiatrie van de universiteit van Athene. Athene, een stad met een rijke traditie, twee en een half miljoen inwoners, 17.000 taxi's en 's zomers gehuld in laaghangende dampen. Griekenland, al weer tien jaar na het kolonelsregime en sinds 1981 lid van de Europese Gemeenschap... schreef Goof van de Wijngaart in 1984 in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.

Het zijn de eerste zinnen van een van de vele verslagen die hij samen met anderen maakte van internationale congressen en werkbezoeken rondom verslavingsproblematiek. De Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht (WGU) verzamelde vijftien van dergelijke stukjes uit de periode 1981-1988 en heeft ze gebundeld in de brochure *Verslaving zonder grenzen*.

De meest uiteenlopende drugs komen in deze brochure aan de orde: alcohol, tabak en heroïne naast qat, koffie en cocaïne. De meeste nadruk ligt echter op de bekende illegale drugs, aanvankelijk heroïne en later cocaïne.

Verslagen van congressen en werkbezoeken kenmerken zich in het algemeen door hun gevarieerd en anecdotisch karakter. Dat is ook hier het geval. Ik geef enkele willekeurige citaten. "Het "Verstand" ("The Mind") onderscheidt de mens van andere wezens en is het hoogste wat Allah de mensheid heeft gegeven. Het geeft mensen de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen "Goed" en "Kwaad" (...). De islam heeft altijd al gewezen op de slechte invloed die alcohol heeft op het "Verstand" (pag. 20). Dit is de samenvatting van het standpunt van lokale deskundigen op een internationaal alcohol- en drugscongres in Tanger.

In de westerse samenleving zagen we de afgelopen jaren een stijgend gebruik van cocaïne door "snuiven". Daarnaast ontwikkelde zich de methode van zichzelf cocaïne toedienen via injecties. De laatste tijd zijn er nog twee toedieningsmethoden in de belangstelling gekomen: het roken van coca-pasta en het "freebasen" (pag. 23). Dit is tenminste interessante basiskennis, maar zulke passages zijn zeldzaam.

Wanneer er verslag wordt gedaan van wetenschappelijke congressen, gaat het vaak om losse stukjes uit de legpuzzel: 'In een *doubleblind* onderzoek onder negen opiaat-verslaafden is nu aangetoond dat Lofexidine gelijkwaardig is aan Clonidine in het blokkeren van de ontweningsverschijnselen' (pag. 27).

Een afwisseling op de congresverslagen wordt gevormd door de twee artikelen over studie bezoeken aan Denemarken, waar heroïneverslaafden op basis van een sociaal model worden benaderd. Tussen de regels door wordt het hulpverleningsbeleid in Denemarken duidelijk gemaakt. Dit beeld is vooral interessant in vergelijking met het harde drugsbeleid in West-Duitsland, zoals dat in twee andere artikelen in de bundel wordt beschreven.

Verslaving zonder grenzen is passende lectuur voor beginnende congresbezoekers in het verslavingsveld. Terloops wordt de sfeer op dergelijke congressen goed beschreven. Namen om te onthouden duiken her en der op. Verhoudingen worden duidelijk. Veel feiten en details zijn grappig of interessant om te weten. De afzonderlijke artikelen zijn goede verslagen van de betreffende congressen. Aspirant-verslagleggers kunnen er een voorbeeld aan nemen.

De uitgever heeft gehoopt met deze verzamelde verslagen uit een periode van zeven jaar een goed overzicht te geven van belangwekkende ontwikkelingen, trends, en oplossingen die ook voor ons land van belang zijn. Het is echter meer een leuke opdracht voor HBO-studenten om dergelijke grote lijnen uit de caleidoscoop van de beschreven ervaringen te destilleren: 'Uit de literatuur kennen we zes gevallen van overlijden ten gevolge van koffie' (pag. 8).

Maar er was nog een reden voor de uitgave van deze brochure. Van de Wijngaart is onlangs gepromoveerd. Zijn vrienden van de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht, waarvoor hij veel heeft gedaan en nog steeds doet, bieden deze bundel als promotiegeschenk aan. Het zou niet aardig zijn om uit het voorwoord te citeren, want daarin staan dingen als 'Nu Goof van de Wijngaart promoveert, is het gepast aandacht te schenken aan zijn *spiritual labour*. Meestal is het zo dat aan grote geleerden pas op hogere leeftijd... hun gebundelde scripta *minora*, verzamelde opstellen, worden aangeboden. Goof is al zo lang bezig dat het nu wel vast kan, vonden zijn bewonderaars' (pag. 5). Kijk, dat gaat wat te ver.

Ik heb met plezier gebladerd en gelezen in dit boekje. Goof van de Wijngaart, gefeliciteerd met de promotie!

Beira Raat

Spreekuur of zwijguur?

L. Meeuwesen, *Spreekuur of zwijguur: somatische fixatie en seksasymmetrie tijdens het medisch consult*, proefschrift, Nijmegen 1988. ISBN 90 9002352 6.

Een aanzienlijk aantal patiënten (ongeveer 20%) presenteert bij bezoek aan de huisarts klachten, waarvan wordt vermoed dat ze hoofdzakelijk een psychosociale oorzaak hebben. Het gaat hierbij om (vage) klachten als moeheid, buikpijn, hoofdpijn, misselijkheid en slapeloosheid. Het merendeel van deze patiënten is vrouw. Wanneer deze patiënten voornamelijk medisch-somatisch worden behandeld, is de kans groot dat zij steeds meer gaan vastlopen in een afhankelijk worden van het medisch systeem en dat zij als probleempatiënt worden aangemerkt. Dit proces wordt de

laatste jaren met de term somatisering aangeduid.

Meeuwesen heeft zich in haar proefschrift ten doel gesteld tot een beter begrip te komen van de rol die communicatieprocessen in dit proces van somatische fixatie spelen. Met die intentie heeft ze gewerkt aan een algemeen *gesprekspiooiel van het medisch consult*. Daarbij is haar uitgangspunt geweest 'dat niet zozeer patiënten problematisch zijn alswel dat de communicatie tussen huisarts en patiënt problematisch verloopt'.

Voor het samenstellen van het profiel heeft ze haar weg gezocht door drie verschillende gebieden. Achtereenvolgens heeft zij nagegaan wat er bekend was over seksasymmetrie in de geneeskunde, over taalverschillen tussen mannen en vrouwen in het algemeen en over de conversatie tijdens het medisch consult. Voor ieder terrein heeft zij de theoretische invalshoeken en onderzoeksmethoden geselecteerd die relevant zouden kunnen zijn in verband met somatisering. Vanuit elk van die gebieden heeft zij vervolgens hypothesen opgesteld over het gespreksprofiel van het medisch consult, bijvoorbeeld: mannen zijn in hun gedrag meer oplossingsgericht, terwijl vrouwen meer probleemgericht zijn. En: vrouwen sluiten inhoudelijk en relationeel meer aan bij de beurt van de vorige spreker dan mannen dat doen.

Het onderzoeksmateriaal bestond uit op audioband opgenomen medische interviews van 31 mannelijke en 54 vrouwelijke patiënten uit 10 huisartspraktijken (met 6 mannelijke en 4 vrouwelijke artsen). De gegevens zijn zowel geanalyseerd naar de mate als de volgorde waarin ze voorkomen.

Op tal van manieren manifesteert zich in de gesprekken een asymmetrie tussen arts en patiënt. De interactiepatronen tussen mannelijke arts en mannelijke patiënten blijken minder voorspelbaar te zijn dan wanneer er in het tweegesprek een vrouw betrokken is; daarbij maakt het niet uit of *die vrouw als arts of als patiënt deelneemt*. Meeuwesen zegt 'Het heeft er alle schijn van dat vrouwen meer interactioneel en relatiegericht zijn in de dyade', en zij noemt dit vervolgens een mogelijke aanwijzing dat met name de mannelijke artsen ten aanzien van mannelijke patiënten in relationeel opzicht te kort schieten.

Meeuwesen onderscheidt de volgende vier gesprekstypen. Het traditionele en conflictueuze patroon en het klagen samenwerkingspatroon. Koppeling van deze gesprekstypen met klacht en geslacht van de patiënt en geslacht van de arts leidde tot de volgende verbanden:

- bij een aanzienlijk deel van de somatiserende patiënten is een gesprekstype met een conflictueus patroon of klagenpatroon te zien. Dit patroon tekent zich met name af tussen mannelijke artsen en vrouwelijke somatiserende patiënten;
- vooral het geslacht van de arts is van invloed op het gesprekstype. Driekwart van de gesprekken van de mannelijke artsen bestaat uit een traditioneel of conflictueus patroon. In consulten van vrouwelijke artsen komen naast het traditionele patroon ook de klagen- en samenwerkingspatronen veelvuldig voor;
- vrouwelijke artsen lijken relationeel en inhoudelijk meer aan te sluiten bij datgene wat de patiënt naar voren brengt; tevens stellen zij zich in het gesprek gelijkwaardiger op.

Meeuwesen concludeert dat in het medisch consult de invloed van seksgebonden communicatieculturen merkbaar is. Ook stelt zij vast dat vooral bij de dyade mannelijke arts-vrouwelijke patiënt miscommunicatie kan worden geconstateerd. Of somatische fixatie hierdoor in de hand wordt gewerkt, kan evenwel aan de hand van de onderzoeksresultaten niet worden vastgesteld. Er zijn namelijk geen significante verschillen tussen consulten van wel- en niet-somatiserende patiënten aangetoond. Het proces van somatische fixatie liet zich dus langs de gekozen weg niet bewijzen en/of verder verhelderen.

Waardering

Tijdens het lezen van *Spreekuur. ofzwaiguurwerd* ik heen en weer geslingerd tussen hoop en vrees, bewondering en teleurstelling, tevredenheid en spijt. Veelbelovend vond ik dat Wien Meeuwesen het verschijnsel 'somatisering' van meet af aan in het perspectief van de arts-patiënt relatie plaatst en dat zij deze relatie benadert vanuit de vooronderstelling dat beide partijen een tegengesteld belang hebben over het doel van het gesprek, in plaats van uit te gaan van consensus tussen de partijen. Jammer vond ik dat wél het geslacht maar bijvoorbeeld niet de inkomenspositie, opleiding en leeftijd van arts en patiënt in het onderzoek werden betrokken. Angstig werd het mij te moede toen ik las dat de nonverbale communicatie buiten het onderzoek zou worden gelaten; juist daarin plagen immers machtsverschillen manifest te worden. De argumentatie die deze selectie vergezelde, vond ik vaak nogal onbevredigend.

Het aantal hypothesen over het profiel van het medisch consult groeide uit tot in totaal negentien, en ik vraag mij af of deze hypothesen ooit aanwijzingen kunnen opleveren voor een beter handelen van artsen.

Bewondering voelde ik voor de consciëntieuze en minutieuze wijze waarop Wien Meeuwesen haar onderzoeksdesign heeft opgezet. Zij is er niet voor teruggedeinsd om met een op zich uiterst bewerkelijke methode (Verbal Response Mode) de arts-patiënt conversaties te analyseren. De ene relationele benadering heeft ze nog eens aangevuld door, zij het summier, ook structurele, inhoudelijke en gevoelsaspecten in haar analyse te betrekken.

Mijn teleurstelling nam echter de overhand toen ik de in de operationalisering aangebrachte reducties overzag; telkens was voorrang gegeven aan dat wat meetbaar zou zijn. Dat betekende veel aandacht voor het spreken, weinig voor het zwijgen; nauwkeurige signalisering van gebeurtenissen, verwaarlozing van mogelijke *non-events*. Bovendien betwijfelde ik of een opsomming van wel of niet significante samenhangen tussen de variabelen kon leiden tot een beter begrip van somatiseringsprocessen tijdens het medisch consult. Hoe moest een losse verzameling samenhangen ooit een proces in beeld brengen? Zo kreeg ik bijvoorbeeld behoefte aan een ordening van alle wel en niet aangetoonde verbanden volgens de drie onderscheiden fasen. Misschien zou ik daar als patiënt of arts mijn voordeel mee kunnen doen. Die ordening bleek in het boek echter niet voor te komen. Het deed me daarom plezier dat in de analyse van de fasewisselingen meer recht werd gedaan aan het proceskarakter van het medisch consult. Daarmee nam de praktische relevantie onmiddellijk toe. Mijn voornaamste indruk was overigens dat mannelijke patiënten zich maar liever niet bij mannelijke artsen moeten vervoegen.

Uiteindelijk was ik in twee opzichten tevreden met de resultaten van het onderzoek. Ten eerste is het probleem van de asymmetrie tussen arts en patiënt opnieuw gesteld én aangetoond. Ten tweede is ook de relevantie van het man- of vrouw-zijn van de arts voor het verloop van het medisch consult overtuigend bewezen.

Dat de vRM-methode onvoldoende bruikbaar is gebleken, beschouw ik als wetenschappelijke winst: we weten nu welke weg er *niet* bewandeld hoeft te worden. Dat met deze studie het verband met somatiseringsprocessen niet kon worden verhelderd, is overkomelijk; het betekent een opdracht voor de toekomst.

Toch resteert een gevoel van spijt over wat wellicht ook mogelijk was geweest, maar niet is gerealiseerd: een studie van Wien Meeuwesen, minder gekenmerkt door concessies ten wille van de meetbaarheid, met een grotere praktische en/of theoretische relevantie en verricht met dezelfde inzet en rijkdom aan praktisch en theoretisch materiaal.

Janneke van Mens-Verhuist

Thuiszorg tussen de lijnen

Gerard Goudriaan, *Thuiszorg tussen de lijnen*, een publikatie van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid in de serie Dwarskijken, no. 16, 's-Gravenhage mei 1988.

Thuiszorg is een pijler van het huidige gezondheidszorg-beleid. Ter legitimering van deze oriëntatie wordt een verstrengeling van gezondheidkundige, economische en ideologische motieven gehanteerd. Met het begrip thuiszorg is de eerstelijnsgezondheidszorg als term op de achtergrond geraakt. Stond bij het eerstelijnsconcept het specialisatiecriterium voorop, bij thuiszorg staan het lokatiecriterium (waar iemand wordt verzorgd) en het allocatievraagstuk (verdeling van middelen) centraal. Hoe deze omslag in het denken heeft plaatsgevonden en in hoeverre de doelstelling van thuiszorg met de ordeningsprincipes voor de gezondheidszorg spoort zijn de vragen waarmee Goudriaan de sinds 1974 verschenen beleidsnota's doorlicht. De uitkomsten van deze screening" weet de auteur in een inspirerend betoog neer te leggen.

Thuiszorg tussen de lijnen is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk I worden de achtergronden van de echelonering geschetst. De *Structuurnota Gezondheidszorg* uit 1974 wordt aangewezen als het ankerpunt van het echeloneringconcept. Hiermee krijgt het in de jaren '50 op gang gekomen emancipatiestreven van huisartsen naar erkenning van de eerste lijn haar bekroning. Maar tegelijkertijd wordt het eerstelijnsconcept gekoppeld aan het financieel beheersbaar maken van de gezondheidszorg. Als zodanig vormt de *Structuurnota* een breuk met de oorspronkelijke ideeën over echelonering, waarbij kwaliteit en inhoud van de zorg als uitgangspunt voor de ordening voorop stonden.

In hoofdstuk II wordt de ontwikkeling in het beleidsmatig denken over de ordening van de gezondheidszorg besproken vanaf de *Structuurnota* uit 1974. De *Schets Eerstelijnsgezondheidszorg* bouwt voort op de principes uit deze *Structuurnota*, maar de in 1983 verschenen beleidsnota's *Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen* en *Nota Eerstelijnszorg* - laten een (tweede) breuk in het echeloneringdenken zien. Was tot 1983 het dominante principe 'de eerste lijn als trechter naar de tweede lijn', daarna verschoof het beleid in de richting van 'de eerste lijn als substituuut voor klinische voorzieningen'. Deze beleidsomslag wordt in de term thuiszorg tot uitdrukking gebracht. Met het nieuwe criterium zelfstandigheid valt het echeloneringdenken, dat gebaseerd is op het criterium specialisatie, echter moeilijke rijmen. Zorgproblematiek en behandelingsproblematiek passen niet in hetzelfde ordeningskader.

In hoofdstuk III wordt de aandacht gericht op de verschillende oriëntaties van thuiszorg. Thuiszorg als een voorwaarde voor het zelfstandigheidsideaal: thuiszorg fungeert als een emancipatorische beweging tegen maatschappelijk functieverlies en tegen een steeds groter wordende afhankelijkheid van de instellingenzorg. Als recept voor kostenbesparing: de substitutie-doelstelling kan evenwel niet gelijkgesteld worden aan financiële winst. Thuiszorg als uitwerking van het concept zorgzame samenleving: voorwaarden voor informele zorg zijn echter substantiële professionele zorg en ondersteuning buiten het zorgkader, bijvoorbeeld vanuit de sociale wetgeving en de huisvestingssfeer. Als golfbreker van het vergrijzingsprobleem: ook hiertoe is aanpassing van de maatschappelijke infrastructuur - veilige omgeving, woningaanpassing, maaltijdvoorziening - een vereiste. Deze perspectieven impliceren dat in de thuiszorg geen medische maar een maatschappelijke oriëntatie prevaleert: een inrichting van de

samenleving, waarvan zorg slechts een onderdeel is.

Na deze analyse van de veranderingen in het beleidsdenken wordt in hoofdstuk IV ingegaan op de ontwikkelingen in de vraag- en aanbodzijde. De vraag naar zorg zal toenemen, enerzijds vanwege de met de vergrijzing samenhangende toename van chronische ziekten, anderzijds vanwege ontwikkelingen, zoals de sterkere individualisering. Een nadere differentiatie van de vraag middels het onderscheiden van behoeftecategorieën zou noodzakelijk zijn. Hierdoor kan de zorgvraag beter gearticuleerd worden en gekoppeld worden aan een specifiek zorgaanbod, zorgopmaat dus.

Aan de aanbodzijde blijken nieuwe marktpartijen zich te richten op de thuiszorg: de intramurale instellingen en commerciële bureaus moeten concurreren met de eerstelijns, die organisatorisch zwak staat en als zorgmodel aan het wankelen is. Betwijfeld wordt of de horizontale samenhang, van oudsher het kenmerk van de eerstelijns, nog wel nastrevenswaardig is. In de discussies over de toekomst van de eerstelijns en de identiteit van de beroepsgroepen wordt een ideologische verschuiving in de richting van een verticale samenhang waargenomen. De huisarts dient zich vanuit de eigen beroepsgroep weer te manifesteren als een spil in het geneeskundig proces. Daartoe dient de gezondheidszorg langs andere lijnen te worden geordend: de eerste- en tweedelijns samengevoegd tot één geneeskundige lijn en naast deze lijn een verpleegkundige en maatschappelijke lijn. Met deze verschuiving lijkt de zorg zich meer te kunnen ontwikkelen in de richting van een geïntegreerd zorgaanbod, te leverend door instellingen uit verschillende echelons en hulpverleners van verschillend deskundigheidsniveau.

In het laatste hoofdstuk worden de hoofdlijnen van het ordeningsbeleid van de afgelopen 25 jaar samengevat in het licht van de vraag: wat is er met de echelonering aan de hand? Geconcludeerd wordt dat dit ordeningsprincipe conceptueel problematisch is. Het echeloneringmodel is geschikt voor de behandelingsproblematiek, maar niet voor de zorgproblematiek. Om tot een intern consistent beleid op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening te komen, dient de beleidsomslag naar thuiszorg doorgetrokken te worden naar het echeloneringmodel. Gevreesd wordt dat het denken over ordening van de gezondheidszorg vastloopt, als een zekere mate van ontkoppeling van behandeling en verzorging onbespreekbaar blijft.

In deze studie heeft Goudriaan de thuiszorg van haar benauwende mantel en haar rationele keurslijf ontdaan. Het begrip thuiszorg wordt niet zelden overheerst door de oriëntaties zelf- en mantelzorg, het denken over ordening van de gezondheidszorg wordt niet zelden beperkt tot functionele doelmatigheidsoverwegingen. Goudriaan heeft de conceptuele invalshoek gekozen en gezocht naar de stroom van ideeën en de historische momenten van verankering en koerswijziging. Deze optiek resulteert in boeiende analyses. Vele beleidsnota's van de overheid en van diverse adviesorganen krijgen hun plaats. De beleidsontwikkeling vanuit beroepsorganisaties wordt evenwel systematischer besproken voor de geneeskundige lijn dan voor de verpleegkundige en maatschappelijke lijn, terwijl juist deze partijen een belangrijke bijdrage zullen leveren aan de articulering van de thuiszorg.

Voor de lijn in de lijnen biedt deze studie een bruikbaar en vruchtbaar oriëntatiepunt.

Traditie: den Bos

KORT & GOED

Het Beterschap Congres AMW

De naam van Het Beterschap, de belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, is veranderd in *Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde*, belangenvereniging voor verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren (NMV).

Deze naamswijziging staat niet op zichzelf, ook het beleid is veranderd. De NMV stelt zich open voor het lidmaatschap van alle andere nog bestaande, kleinere groeperingen van verpleegkundigen en verzorgenden. Hierdoor zal de organisatiegraad van verpleegkundigen en verzorgenden zich vergroten. Ook voor de overheid is het van het grootste belang één organisatie tegenover zich te hebben. Bovendien maakt een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg een gezamenlijk optreden van belangenorganisaties en bonden noodzakelijk. Meer informatie hierover is mogelijk bij de afdeling Voorlichting NMV, M. van Rooyen of A. van der Linden, tel. 030-523506 of 515402.

Vanaf 1 januari 1989 wordt de regelgevings- en financieringssituatie van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) drastisch gewijzigd. Vanaf die datum is het AMW gedecentraliseerd. Wat zullen de consequenties zijn voor het AMW, zowel organisatorisch als beroepsinhoudelijk? Wat zullen de gevolgen zijn voor de uitvoerend werkers, de cliënten en de samenwerkingspartners (huisartsen, RIAGG's e.d.)? Behoudt het AMW zijn plaats in de eerste lijn? Zullen de ziektekostenverzekeraars in de toekomst psychosociale hulpverlening bij het AMW willen 'inkopen' en zo ja, onder welke condities?

Deze vragen staan centraal tijdens een congres op 31 januari 1989 in de Schouwburg Orpheus, Churchillplein 1, Apeldoorn. Het congres heeft als titel: *Algemeen Maatschappelijk Werk, een toekomst waard ..* ! Het wordt georganiseerd door Joint, landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening.

De prijs is f 75,- per persoon (inclusief koffie/thee, lunch, congresmap en -verslag). Meer informatie is mogelijk bij T. de Wolf, tel. 073-139920.

Spel 88

SPEL 88, het Samenwerkingsproject Eerste Lijn in Noord-Holland, organiseert ook in het seizoen '88-'89 themabijeenkomsten en cursussen gericht op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn in Noord-Holland en Flevoland.

Het cursuspakket biedt activiteiten aan voor teams, voor hun besturen en voor individuele hulpverleners. De onderwerpen hebben o.a. betrekking op de organisatie van samenwerking en op inhoudelijke thema's waar meerdere disciplines mee te maken hebben (spanningskiachten, hulpverlening aan incestslachtoffers).

Naast dit aanbod heeft SPEL 88 de mogelijkheid om op verzoek een activiteit 'op maat' te organiseren. Een uitgebreide brochure of inlichtingen zijn te verkrijgen bij het secretariaat van SPEL 88, Postbus 326, 2000 AH Haarlem, tel. 023-132361 (maandag tot en met donderdag).

Klachtenprocedure

Het Zeister Ziekenhuis is proeftuin voor een onafhankelijke klachtenprocedure. Voor de uitvoering hiervan is een speciale klachtenbemiddelaar gedurende 12 uur per week in het ziekenhuis werkzaam. De klachtenbemiddelaar is in dienst van de Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg en verricht werkzaamheden op basis van een werkovereenkomst tussen deze stichting en het ziekenhuis. De klachtenprocedure is vastgelegd in een schriftelijk reglement. De procedure komt in belangrijke mate overeen met de aanbevelingen daaromtrent uit het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Voor alle initiatieven, projecten, verslagen en dagen op het gebied van gezondheid, stuur uw aankondiging, hiervan naar Kort & Goed. Ook scripties, brochures en boeken kunnen hierin vermeld en kort besproken worden. Kort & Goed wordt samengesteld door Maud Verhoofdstad. Het adres is: Kort & Goed, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

De Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg stelt zich ten doel om te bemiddelen bij klachten van gebruikers over de hulpverlening in de gezondheidszorg. Verder wil zij aan de hand van die klachten een bijdrage leveren aan een structurele verbetering van die hulpverlening.

Naast het klachtenproject in het Zeister Ziekenhuis is de stichting thans behulpzaam bij het opzetten van klachtenprocedures in een aantal andere instellingen. Voor meer informatie hierover kan men terecht bij het secretariaat van de Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg, p/a Blauwkapelseweg 48, 3731 ED De Bilt.

Onderzoek

Een apothekers-assistente heeft vaker spataderen dan iemand met een kantoorbaan. Zij vinden hun werk lichamelijk en geestelijk belastend. Weinig vrouwen halen hun pensioen in de apotheek. Het 'gezonde-werkers-effect' kan hierbij een rol spelen, met andere woorden wie klachten heeft, verlaat het beroep. Ook allergieklachten van neus en longen komen veel voor.. Die hangen samen 'met de regelmatige blootstelling aan een reeks van geneesmiddelen of grondstoffen voor geneesmiddelen, waarvan een sensibiliserende werking beschreven is'.

Dit zijn enkele resultaten van een onderzoek van C. Moonen. Hij deed dit onderzoek bij het Coronel-laboratorium van de Universiteit van Amsterdam, op verzoek van de Dienstenbond van de FNV.

Het rapport bestaat uit twee delen, die afzonderlijk te bestellen zijn: *Belastende factoren en gezondheidsklachten bij staande beroepen*, deel 1, literatuurstudie (j 9,- inclusief porto); en *Apothekersassistenten. Onderzoek gezondheid en werkbeleving*, deel 2, enquêteresultaten (j 10,-). Bestellen is mogelijk bij de Wetenschapswinkel van de Universiteit van Amsterdam, Herengracht 256, 1016 BV Amsterdam, tel.. 020-5254777.

Symposium

Dokters tussen ideaal en werkelijkheid is de titel van een symposium in de Jaarbeurs in Utrecht op donderdag 27 april 1989. Het symposium staat in het teken van samenwerking en samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en apotheker, fysiotherapeut of specialist.. Drie projecten van de Stichting o & o (Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg) organiseren gezamenlijk dit symposium, nl. 'samenwerking huisarts-apotheker', 'samenwerking huisarts-fysiotherapeut' en 'samenwerking huisarts-specialist'.. Het symposium is in eerst instantie bestemd voor huisartsen, maar ook apothekers, fysiotherapeuten en specialisten kunnen deelnemen.

Kosten voor deelname bedragen f 75,- bij aanmelding vóór 1 maart, na 1 maart f 95,-. Voor meer informatie kunt u terecht bij de Stichting o&o, J. Arts of L. Kolker, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht, tel., 030-332113.

Netwerk

Opgericht is een Landelijk Netwerk voor vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden. Dit netwerk is een ontmoetingsplaats voor vrouwen die zich bezighouden met de verbetering en versteviging van de positie van vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden, met als doel elkaar te inspireren, motiveren en ondersteunen.

De belangrijkste functie van het netwerk is het met elkaar in contact brengen van vrouwen en hen de mogelijkheid bieden contacten te onderhouden. Hiervoor wordt o.a. een adressenbestand opgebouwd en gepubliceerd. Daarnaast zullen thematische bijeenkomsten worden georganiseerd.

Alle vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden die geïnteresseerd zijn, kunnen zich voorlopig aanmelden bij: Volkshogeschool Drakenburgh, t.a.v. W.R., ter Haar, Dr. A. Schweitzerweg 1, 3744 MG Baarn, tel. 035-853045.

Ongewenste intimiteiten

Uit onderzoek van de Stichting Ongewenste Intimiteiten in de Gezinszorg (STOIG) is gebleken dat ongewenste intimiteiten een gigantisch probleem vormen. Een probleem dat ook groot arbeidsrisico met zich meebrengt, met name voor de uitvoerende krachten. Deze erkenning is op zich goed, maar toch is het ook noodzakelijk om beleid rond ongewenste intimiteiten te ontwikkelen. Maar hoe pak je zoiets aan?

Het scholingsinstituut FNV heeft in samenwerking met de STOIG een cursusmodel met materiaal en methodieken ontwikkeld voor ondernemingsraden, die binnen de instelling dit probleem willen aanpakken. In de cursus zal o.a. aandacht worden besteed aan wat ongewenste intimiteiten zijn en wat de mogelijkheden en bevoegdheden van de ondernemingsraden zijn om beleid rondom ongewenste intimiteiten te ontwikkelen.

Voor informatie over en opgave voor deze cursus (vóór 13 januari 1989) kunt u terecht bij het secretariaat van het Scholingsinstituut FNV, IHeusdensebaan 7, 5061 PM Oisterwijk, tel., 04242-83133.

Steek

Steek is een maandblad over de gezondheidszorg dat geheel op vrijwillige basis wordt gemaakt.. Inmiddels is het vijftigste nummer verschenen. *Steek* wil informeren over politieke ontwikkelingen rondom de gezondheidszorg, met name in de eerste en tweede lijn. Zowel de kwaliteit van de zorg als arbeidsverhoudingen en arbeidsomstandigheden komen aan de orde. De praktijk is steeds het uitgangspunt.. Er worden verbanden gelegd tussen politieke beslissingen en de mogelijkheden om het werk nog te doen.

Een gratis proefnummer is aan te vragen bij *Steek*, Nieuwe Spiegelstraat 36, 1017 DG Amsterdam, tel., 020-200696.

Lastige ouders Psychiatrie

Gert, de zoon van Ria en John, was twintig toen hij werd opgenomen in een psychiatrische inrichting. Daarmee begon voor Gert, maar ook voor zijn ouders de ellende pas goed. De ellende van een wereld waar patiënten én hun familieleden als mensen nauwelijks serieus genomen worden: de wereld van de psychiatrie.

In 15 korte verhalen vertelt Marja Kobs over de ervaringen van Ria met deze wereld. Alles wat daar met Gert gebeurt, bevreemdt en beangstigt haar. Telkens wanneer zij en haar man met artsen in gesprek proberen te komen, stuiten zij op onbegrip - en ook: op onwil om werkelijk opening van zaken te geven. Gert behoort niet meer aan hen, maar aan de psychiatrie toe. Men vindt hen maar lastig: waar bemoeien zij zich mee?

Lastige ouders is een aangrijpend document dat door de Stichting Labyrint wordt uitgegeven. Labyrint is een zelfhulporganisatie voor mensen als Ria en John, die vaak niet terecht kunnen in de hulpverlening, noch bij mensen in hun eigen omgeving. Labyrint wil mensen met elkaar in contact brengen om elkaar te ondersteunen. Dat kan zijn in persoonlijke contacten, praatgroepen, regionale contacten of themadagen.

Voor informatie is de Stichting Labyrint iedere dag telefonisch bereikbaar. Het genoemde boek *Lastige Ouders* van Marja Kobs kan besteld worden door overmaking van f 15,90 op girorekening 5686385 t.n.v. stichting Labyrint, Postbus 13302, 3507 LH Utrecht, tel. 030-712610.

Op 27 januari 1989 wordt een symposium georganiseerd met als titel: *Dilemma's in de B*. Deze dag staan professionele problemen van psychiatrisch verpleegkundigen centraal, met name van verpleegkundigen in de intramurale psychiatrie. Het symposium wordt georganiseerd door het Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid. Het vindt plaats in de Jaarbeurshal in Utrecht. Meer informatie is mogelijk bij J. de Lange of E. Borgecius, tel. nr. 030-935141.

Vrouwen ziekte

Aan de Rijksuniversiteit Limburg wordt op 23 maart 1989 een congres georganiseerd met als thema *Onderzoek en Theorievorming omtrent Vrouwen Ziekte*. Spreeksters zijn drs. A. Mol, dr. K. Davis, drs. A. Hiddinga en prof. dr. C. Brinkgreve. De kosten zijn f 15,- voor medewerkers. Voor studenten en anderen met een minimuminkomen is de toegang gratis.

Inlichtingen en opgeven zijn mogelijk bij de Werkgroep Vrouwenstudies, K. Horstman, tel. 043-888767/372 of W. Weijs, tel. 043-887324.