

Tijdschrift voor

Gezondheid

Politiek

Sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen

Naar een praktisch patiëntenbeleid

Het geval gezondheidszorg

De rechten van zwakzinnigen



Alternatieve geneeswijzen, de stand van zaken

De sprekende lichaamstaal van migranten

Geneeskunde op hellend vlak



ZEVENDE JAARGANG, NR 1, april '89

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 Goudlaan, Erik Hendberg, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Lidy Schoon, Marjan van Weersch, Elender de Vries, Mira Bots.

Redactie: Theo Bannenberg, Yvonne van Geenhuisen, Anneke van der Groenewegen, Maria Hermans, Kees van der Horst, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Wim Mol, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Hugo Smits, Gert van der Sluis, Hans Solker, Richard Stamans, Joop Tolman, Janske van Vleet, Cor van der Weele, Goof van der Wijk, Gert Willemsen en de redactie.

ontwerp: Henk Holsa
zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum

Bijdragen: zenden aan het redactieadres: Herengracht 418, 1017 BZ Amsterdam, ter attentie van Mira Bots. Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs op aanvraag. Bijdragen voor Kort en Goed naar: Postbus 276, 3500 AG Utrecht.

Giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 1461678, 3500 AG Utrecht.

Abonnementen: instellingen - / 55,00
particulieren - / 45,00
studenten - / 40,00

Losse nummers: / 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 0167-8647

IN DIT NUMMER

Thea Dukkers van Emden & Joost van der Meer
'Het is je plicht als wetenschapper om door te gaan' 2
Peter Townsend over sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen

Annemarie Mol
Het geval gezondheidszorg 5

Els Peeter
Prof. dr. Dupuis, expert 12
column

Jas de Groot
Voor al belangen verzekerd 14
Huisartsen en het vestigingsbeleid

Frans van der Pas
De rechten van zwakzinnigen 17

Anne-Marie Raat
Geneeskunde op hellend vlak 20
Verslag van de Amnesty-conferentie in Parijs

Hans Spijker & Goof van de Wijngaart
De stand van zaken bij de alternatieve geneeswijzen 23
Interview met Cor Aakster

Chris Breemer ter Stege & Toon Kerkhoff
Basisgezondheidsdiensten tussen regulering en deregulering 29

Jasje Noorlander
Dagboek 31
Vijf dagen informatiecentrum

Ingrid Horstik & Hetty Vlug
Consumenten en kwaliteit 32

Ma-on van Weersch
Het sprekende lichaam 36
De Marokkaanse psychiater Bennani over het somatiseren van migranten

Lidy Schoon
Het verloskundig heerschap in Dokkum 39
column

Bop Dijkstra
Nieuwbouw en gezondheidszorgvernieuwing in Amsterdam 40

Gabriëlle Verbeek
Naar een praktisch patiëntenbeleid 45
Over het belang van patiëntenenquête's en gebruikersonderzoek

Boeken 48

Kort & Goed 54

Onderzoek naar sociale ongelijkheid

'Het is je plicht als wetenschapper om door te gaan'

Interview met professor Peter Townsend



Thea Dukkers van Emden
Joost van der Meer

Geluk. Over niets minder dan dat confereerden wetenschappers drie dagen lang aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

Niet bepaald een overzichtelijk terrein, dat dan ook allerlei moeilijke vragen oproept.. Kunnen wij minder problematisch leven?

Betekent meer welvaart een grotere tevredenheid?

Betekent grotere gelijikheid meer geluk?

Professor Peter Townsend, al jaren bezig met onderzoek naar sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen, was een van de sprekers tijdens dit congres. Thea Dukkers van Emden en Joost van der Meer waren ook aanwezig en spraken met hem over de toenemende ongelijkheid, de mechanismen die hierin spelen, en de taak van wetenschappers om dit soort onderzoek voort te zetten.

Over gezondheid ging het vooral tijdens de tweede dag, die gewijd was aan de uitwerking van de crisis van de late jaren zeventig op het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de mens, en wel in het bijzonder van de mens in de Europese Gemeenschap. Een uitgelezen gezelschap van Nederlanders, Duitsers, Denen, Britten en Amerikanen boog zich over de vraag of die crisis ons werkelijk heeft geschaad. De teneur van veel voordrachten was: gemiddeld genomen heeft de jongste recessie onze gezondheid en ons welbevinden niet veel

kwaad gedaan, maar onder aan de maatschappelijke ladder blijkt de crisis harder te zijn gekomen dan bij hen die zich in de hogere regionen

bevinden. Ook op mondiaal niveau blijkt de crisis de armste landen het hardst te hebben getroffen. Dit komt duidelijk tot uiting in de verslechterde gezondheidstoestand van de bevolking in de ontwikkelingslanden.

Of in ons land het laatste economische dieptepunt ook heeft geleid tot een toename van de sterfte, daarover zijn de geleerden het niet eens. Dr Johan. Mac-

kenbach van de Erasmus Universiteit concludeert in zijn onderzoek dat dit niet het geval is. Professor Harvey Brenner, epidemioloog aan de John Hopkins Universiteit in Baltimore, meent echter op grond van zijn berekeningsmodel dat de sterfte onder mensen van middelbare leeftijd onder invloed van de crisis wel degelijk is toegenomen, ook in Nederland. Onderzoek naar ongelijkheid in welzijn en geluk tussen mensen uit verschillende sociale lagen is geen nieuw fenomeen. Zo kwam in 1980 in Engeland

In Engeland zijn twaalf miljoen mensen langer dan een jaar achtereen afhankelijk van sociale uitkeringen, dat is meer dan het aantal mensen dat lid is van een vakbond.

het geruchtmakende *Black Report* uit, een rapport van een werkgroep onder leiding van Sir Douglas Black, waarin sociaal bepaalde gezondheidsverschillen in het Verenigd Koninkrijk werden geanalyseerd. De resultaten waren verbijsterend. Langdurig ziek-zijn komt laag op de sociale ladder tweemaal zoveel voor als hogerop. Een arbeiderskind heeft vijf- tot zevenmaal

meer kans om op straat door een auto te worden aangereden dan het kind van een arts. Ook bij de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen blijkt het klasseverschil een grote rol te spelen: het percentage niet ingeënte kinderen is in de laagste sociale klassen tienmaal zo groot als in de hoogste klassen.

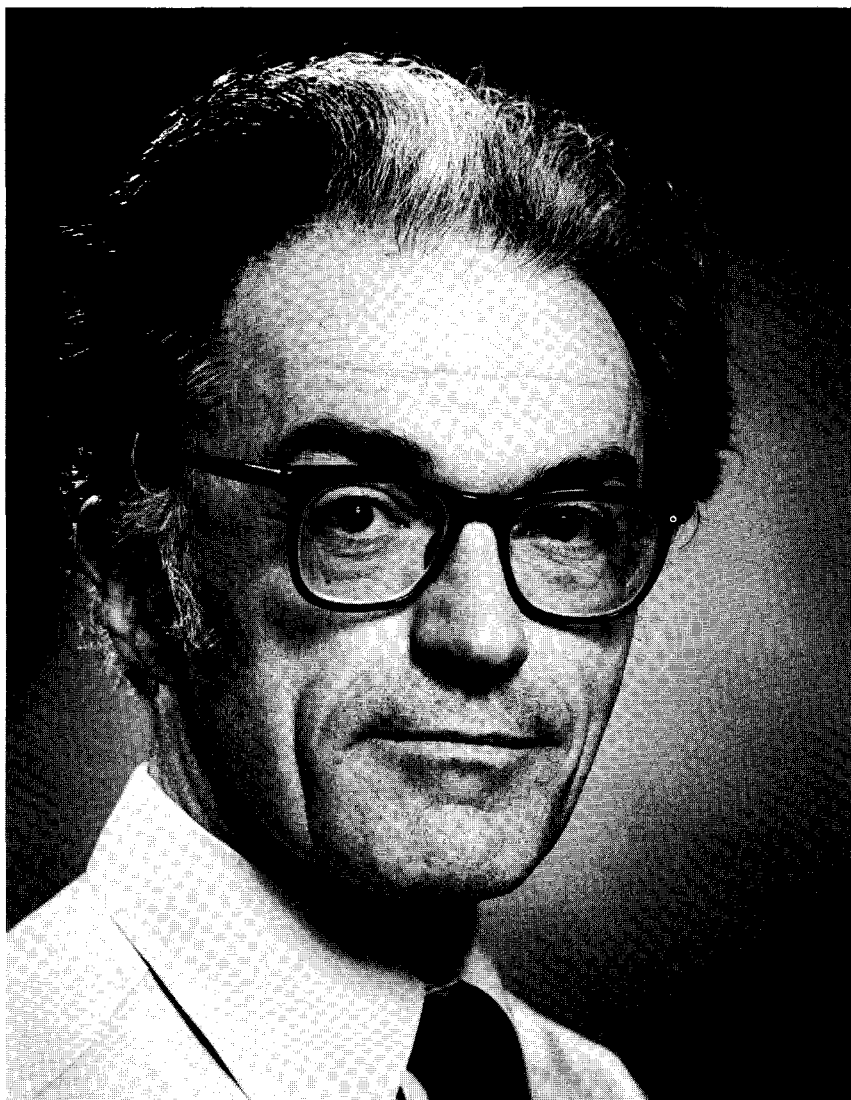
Toenemende ongelijkheid
Een van de samenstellers van het *Black Report*, professor Peter Townsend, is een van de sprekers in de voorname senaatszaal van de Erasmus Universi-

teit. Hij is opvallend Brits in zijn donkere pak en met zijn ouderwetse hoornen bril. In de koffiepauze is hij de enige die om thee vraagt. Als socioloog doet hij aan de Universiteit

van Bristol nog steeds onderzoek naar armoede en naar sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Sinds het verschijnen van het *Black Report* is Margaret Thatcher al negen jaar aan het bewind. In hoeverre houden de conclusies van het rapport nog stand?

'De klasseverschillen zijn alleen nog maar toegenomen. Er is een massale



Professor Peter Townsend

onderklasse ontstaan, die bestaat uit werklozen, mensen die werkgelegenheidsprogramma's volgen en vrouwen. Twaalf miljoen mensen in ons land zijn langer dan een jaar achtereen afhankelijk van sociale uitkeringen, dat is meer dan het aantal mensen dat lid is van een vakbond. Daartegenover staat dan de heersende klasse die nu niet meer wordt gevormd door de landadel, maar door de internationale zakenelite, een veel machtiger en potentieel veel gevaarlijker groep dan de negentiende-eeuwse industriële. Deze elite is per jaar soms maar vier weken thuis in Engeland en verliest daardoor ieder contact met de samenleving waaruit zij komt. De toenemende polarisatie tussen hoog- en laagbetaalden is aan te tonen door het verschil in besteedbaar inkomen. In de jaren tachtig zijn de armen armer geworden en de rijken rijker.

Tussen 1981 en 1985 is het besteedbaar inkomen van de tien procent van de bevolking met het hoogste inkomen met 17 Britse ronden per week toegenomen, terwijl dat van de tien procent met het laagste inkomen met 2,5 pond per week is afgenomen. De werkgroep die destijds het *Black Report* samenstelde heeft gegevens verzameld van de jaren vijftig tot het eind van de jaren zeventig. Er werd een duidelijk verschil in sterfte aangetoond tussen de hoogste en laagste inkomensklassen. Dat verschil was het grootste onder zuigelingen en bij mensen van twintig tot dertig jaar. Uit het *Black Report* bleek dat deze sterfteverschillen slechts zelden beïnvloed werden door de geneeskunde of de gezondheidszorg. Materieel gebrek bleek de voornaamste factor. Arme gezinnen zijn bijvoorbeeld vaker slecht behuist,

hebben geen tuin of speelmogelijkheid voor de kinderen, ze wonen vaker aan drukke verkeerswegen, hebben meer overlast van luchtverontreiniging en stoken vaker onveilig dan gezinnen met een gemiddeld of hoog inkomen. Dit leidt tot meer ongevallen en tot onder andere een grotere kans op aandoeningen van de luchtwegen. Sinds de publikatie van het *Black Report* zijn er talloze studies verschenen over het verband tussen armoede en voortijdige sterfte, onder meer in de grote steden in het noorden van het land, in Manchester en in Londen. Ze tonen grote verschillen aan in ervaren gezondheid en in toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen tussen groepen met hoge en lage inkomens. Ook het vergelijkend buurtonderzoek in de grote steden bevestigt en verdiept de bevindingen van het *Black Report*. De sterftecijfers gerelateerd aan inkomensklassen zijn bijgewerkt over de afgelopen tien jaar en ook hierin worden de conclusies van ons rapport bevestigd. Uit studies die een verband aantonen tussen werkloosheid en een slechte gezondheid blijkt overigens dat het daarbij niet alleen om (psychische) stress gaat, maar ook om puur materiële factoren. Een laag inkomen betekent slechte kleding, slechte huisvesting en slechte voeding, en bevordert daardoor een slechte gezondheid.'

Wollen onderbreken
De laatste tijd hoor je steeds vaker beweren dat gezondheidsverschillen voornamelijk bepaald worden door ongezonde leefgewoonten, zoals roken. Daarmee wordt het individu in de eerste plaats verantwoordelijk gesteld volgens het 'eigen-schuld, dikke-bult' principe. Edwina Currie (de inmiddels over het Salmonella-eierschandaal uitgedleden staatssecretaris van Volksgezondheid, red.) bestond het te beweren dat mensen maar minder fish and chips moesten eten en lange wollen onderbroeken moesten aantrekken om te voorkomen dat ze aan een hartinfarct of de kou zouden overlijden. Hoe staat u tegenover deze uitspraken?
 'Op dit moment is er een hevige discussie aan de gang over de rol van het individu bij het gezondheidsgedrag. Er is een sterke tendens om het individu verantwoordelijk te stellen voor het maken van de verkeerde keuzen: te veel roken, te veel drinken, ongezond eten, het is allemaal de schuld van het individu. Tegelijkertijd wordt de overheid hiermee vrijgepleit van haar verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Deze denkrant ligt overigens ook helemaal in de lijn van het traditioneel medisch denken.
 Er zijn twee belangrijke argumenten

tegen deze stroming in te brengen: ten eerste blijkt dat, wanneer je in de verschillende inkomensgroepen de niet-rokers met elkaar vergelijkt, het steunverschil weliswaar iets kleiner wordt, maar dat het toch blijft bestaan. Marmot deed een langlopend onderzoek onder 17.500 ambtenaren in London, die hij indeelde in veertien inkomensgroepen." De steun onder de lagere ambtenaren was veel hoger dan die onder de hogere ambtenaren, omgekeerd gold dat voor elke doodsoorzaak de laagste rangen een hogere sterftekans hadden dan de hoogste rangen. Roken bleek in de lagere rangen veel vaker voor te komen en daarmee kon weliswaar de relatief hoge steun aan longaandoeningen mede verklaard worden, maar toch bleek dat ook onder niet-rokers een duidelijk hogere steun optrad ten gevolge van hartinfarcten en longkanker bij de lagere ambtenaren vergeleken met de hogere ambtenaren. De conclusie is dat leefgewoonten zoals roken ongetwijfeld bijdragen aan gezondheidsverschillen, maar dat het zeker niet de belangrijkste factor is. Het tweede argument tegen de individuele-schuldtheorie is dat leefgewoonten vaak helemaal geen vrije keuze zijn. Roken en drinken bijvoorbeeld wordt heel sterk bepaald door de cultuur waarin je leeft. Je kunt de schuld voor roken niet voor honderd procent bij het individu leggen zolang je tegelijkertijd toestaat dat de tabaksindustrie agressieve reclamecampagnes mag voeren speciaal gericht op jongeren'. Het Black Report verscheen in Engeland onder de regering Thatcher. In ons land is twee jaar geleden onder het kabinet Lubbers een rapport uitgebracht over de ongelijke verdeling van gezondheid' en in Zweden is onder de enige conservatieve regering die dat land in jaren gekend heeft ook een onderzoek gedaan naar sociale ongelijkheid. Hoe komt dat, denkt u? Rechtse regeringen kunnen toch nauwelijks belang hebben bij uitkomsten, zoals die van het Black Report? 'Nee, in mijn land is dat zeker niet het geval. Onze werkgroep is ingesteld onder de Labour-regering. Thatcher heeft de publicatie van het rapport flink tegengewerkt. Het werd aan de pers gepresenteerd op een vrijdagmiddag om zes uur, vlak voor een lang weekeinde; in eerste instantie zijn er ook slechts 25Q exemplaren van gedrukt. Recente studies op dit terrein verschijnen eerder ondanks dan dank zij Thatcher. Overigens is het misschien wel aardig om te

vertellen hoe het idee voor onze studie destijds tot stand kwam. Iemand had de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid verteld dat de zuigelingensteun in Engeland hoger was dan in Hong Kong, waarop de bewindsman onmiddellijk uitriep dat dit een schande voor Engeland was en dat dit nader onderzocht moest worden. Misschien dat het geen kwaad kan als we die benadering van wie haalt de beste score eens wat vaker toepassen.'

Geneeskunde loslaten
Wat is er terechtgekomen van de zeven-
endertig aanbevelingen uit het Black

*Deze regering heeft, in tegenstelling tot de vorige
Tory-regeringen, een heel autoritaire, moralistische en
bestraffende houding ten opzichte van de lagere klassen.*

Report aan de overheid om de gezond-
beidsoverschillen te verkleinen?

'De regering heeft niet één van de aanbevelingen overgenomen. Zelfs de minst ingrijpende, zoals de suggestie om meer gegevens te verzamelen, is verworpen. Het wordt dan ook steeds moeilijker om aan geld voor dit soort onderzoek te komen. Andere aanbevelingen betroffen voorstellen voor preventie van ongevallen bij kinderen, verhoging van de kinderbijslag en verbetering van de huisvesting. Het beleid van de regering Thatcher gaat hier echter lijnrecht tegenin.'

*Waarom gaat u eigenlijk nog door met
dit soort onderzoek als u merkt dat
onder Thatchers bewind de inkomens-
verschillen alleen nog maar groter
worden? Wat heeft dergelijk onderzoek
dan voor nut?*

'Het is je plicht als wetenschapper om door te gaan! Als ik kan aantonen dat het huidige regeringsbeleid het voor hele groepen van de bevolking alleen maar slechter maakt, dan is dat helaas heel vervelend voor mevrouw Thatcher, maar het is niet anders. Deze regering heeft, in tegenstelling tot de vorige Tory-regeringen, een heel autoritaire moralistische en bestraffende houding ten opzichte van de lagere klassen: "je moet arme mensen niet teveel in de watten leggen, dan gaan ze vanzelf wel aan het werk". De regering verloochent daarmee de structurele kant van het probleem en doet net of armoede, werkloosheid en een slechte gezondheid een eigen keuze van mensen is. Ze accepteert een hoge werkloosheid en ze vergroot de inkomensverschillen. De confrontatie tussen dit beleid en de uitkomsten van armoede-onderzoek moet gewoon doorgaan. Op den duur

zullen, naar mijn overtuiging, veel meer groepen een minder bestraffende houding gaan aannemen. Nu al onder vinden wij bij het naar buiten brengen van onze onderzoeksbevindingen steun van de bisschoppen. Ook gevestigde instituties, zoals de BBC en het Hogerhuis, voeden zich ongemakkelijk onder de huidige polarisatie. Zelfs de medisch specialisten verzetten zich tegen het gezondheidszorgbeleid van Thatcher en tegen de sterke bezuinigingen op de National Health Service. En wetenschappers zowel binnen als buiten de medische professie tonen een toenemende belangstelling voor studies over sociale ongelijkheid. In de medische vakpers is veel aandacht besteed aan de uitkomsten van het Black Report.

Overigens heeft de werkgroep die het

Black Report samenstelde zich in haar aanpak losgemaakt van de geneeskunde. De geneeskunde bevestigt en versterkt te veel de individuele aanpak die zo kenmerkend is voor de westerse cultuur en die zo weinig ruimte laat voor de mechanismen van ongelijkheid. Volgens de werkgroep moeten andere beroepsgroepen dan artsen en verpleegkundigen een bijdrage aan de volksgezondheid leveren. Minstens zo belangrijk zijn de arbeidsomstandigheden, huisvesting, woonomgeving en een redelijk besteedbaar inkomen. Binnen de geneeskunde hebben vakken als epidemiologie en zelfs medische sociologie slechts stukjes van de legpuzzel kunnen leveren zonder de puzzel in elkaar te kunnen passen. Slechts weinig onderzoek slaagt erin een sluitende verklaring te geven voor de sterfteverschillen tussen de sociaal economische klassen of voor de verschillen in ervaren gezondheid tussen mannen en vrouwen. Wil je dit soort onderzoek goed doen, dan moeten factoren als sociale structuur, sociale integratie, sociale mobiliteit en levenslang of tijdelijk materieel gebrek systematisch worden meegewogen.'

Noten

1. Black Report. *Inequalities in Health*, report of a research working group chaired by Sir Douglas Black, London 1980. Een publieksversie verscheen in 1982 bij Penguin Books onder redactie van Peter Townsend en Nick Davidson. Een bijgewerkte uitgave hiervan is in 1987 uitgekomen.
2. Marmot, M.G. 'Social class and mortal', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jrg. 66 (1988), pg. 315-320.
3. *De ongelijke verdeling van gezondheid*, WRR rapport V58, Den Haag (Staatsuitgeverij) 1987.

Het geval gezondheidszorg



Annemarie Mol

Bij de Historische Uitgeverij Groningen verscheen onlangs de bundel *Ergo Cogito I*, een verzameling van tien filosofische lezingen onder redactie van Frans Geraedts en Leonard de Jong. Naast onder andere een pleidooi voor 'filosofie in de buitenwijken' en een analyse van 'juridische metaforen in de ethiek' staat er ook een boeiend artikel van Annemarie Mol in, dat gewijd is aan theorieën over de gezondheidszorg.

Het zou jammer zijn als enkel filosofen dit artikel onder ogen kregen, meende de redactie van TGP. Vandaar dat zij auteur en

uitgeverij verzocht om dit artikel in zijn geheel te mogen overnemen.

Die toestemming kregen we en u treft het hieronder dan ook in de oorspronkelijke vorm aan, alleen de noten zijn iets ingekort.*

In *Het geval gezondheidszorg* stelt Annemarie Mol de vraag aan de orde of de termen ruil, ideologie en gezag, zoals die vanaf de jaren zeventig in verschillende theoretische benaderingen van de gezondheidszorg opgang deden, wel geschikt zijn om de gezondheidszorg te begrijpen. Zou de term 'ordenen' geen beter alternatief zijn?

De term 'gezondheidszorg' wordt meestal met groot gemak gebruikt, zonder aandacht voor de letterlijke betekenis ervan. Maar betekent 'gezondheidszorg' inderdaad dat artsen en andere hulpverleners de 'zorg' voor de gezondheid van zieken op zich nemen? Aan het eind van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig is het vanzelfsprekende gebruik van de term 'zorg' fel aangevallen. Aan die term, zo luidde de kritiek, kleven associaties van liefde en barmhartigheid. Bovendien roept hij over de relatie tussen hulpverlener en patiënt slechts een bepaald soort vragen op. Is de dokter wel liefdevol genoeg? Of omgekeerd: toont de verpleging niet te veel toewijding, houdt ze niet te weinig afstand? En zorgen de sterken wel goed genoeg voor de zwakken? Het bezwaar van het spreken in termen van zorg is volgens de critici dat geld, macht en misleiding niet ter sprake komen. Om die zaken juist wel bespreekbaar te maken droegen ze andere termen aan om over gezondheidszorg te discussiëren, termen die ze ontleenden aan maatschap-

pijtheorieën.

Algemene termen leken het, waarmee heel de maatschappij, dus ook de gezondheidszorg, gevat kon worden. Maar hoe algemeen waren die termen? Of liever: wat maakten zij op hun beurt tot punt van discussie en wat sloten ze van discussie uit? Hierover gaat dit verhaal. Ik behandel drie van de op de gezondheidszorg toegepaste begrippen: ruil, ideologie en gezag. Hoewel die begrippen soms naast elkaar werden gebruikt, geef ik liever van elk van hen afzonderlijk aan welke openingen ze boden en hoe ze tegelijkertijd voorbijgingen aan vragen die in diezelfde tijd in de wereld van de gezondheidszorg opkwamen. Vervolgens introduceer ik een mogelijk alternatief voor de drie termen. Geen algemene term deze keer, want de filosofische les van dit verhaal is dat er geen theoretische passe-partouts bestaan, waarmee je 'overal kunt komen'.

Ruil

Een van die algemene termen die de gezondheidszorg is binnengehaald is de

term 'ruil', een begrip uit het vocabulaire van de economie. Dat begrip maakt van de verhouding tussen arts en patiënt een ruilverhouding. De arts krijgt de rol van producent, de patiënt die van consument toebedeeld. Zorg wordt tegen geld geruild: de arts/producent levert een waar, zorg, die door de patiënt/consument tegen betaling wordt afgenomen.²

Nu is de rolverdeling waarbij de arts producent en de patiënt consument is overigens niet de enige indeling die de economische taal te bieden heeft. In die taal is het ook mogelijk de patiënt werkgever te noemen en de arts werknemer. Het geldt dat van patiënten naar dokters stroomt heet dan geen koop-som maar loonsom. Praten over de verhouding tussen patiënt en arts in termen van werkgever en werknemer levert heel andere discussies op dan er nu in termen van consument en producent worden gevoerd. Maar dit terzijde. Het binnenhalen van de term 'ruil' heeft een aantal voordelen gehad. De term maakte het mogelijk zakelijk over de verhouding tussen artsen en patiën-

ten te praten. De term 'ruil' benadrukt immers niet de toegenegenheid maar het financiële aspect van de verhouding. Deze zakelijkheid werkte verfrissend: het aureool van opoffering dat rond de hoofden van medici was gaan hangen, werd ermee weggeblazen. Patiënten konden hun tomeloze dankbaarheid indammen: ze betaalden voor de diensten - en goed ook. De economische terminologie nodigde bovendien uit tot discussies over een aantal belangrijke vragen. De vraag bijvoorbeeld voor wie deze waar nu eigenlijk wel en voor wie zij niet beschikbaar is. En de vraag hoe de hoogte van de winsten in deze monopoliemarkt tot stand komt. Er kleeft aan de terminologie van de ruil echter ook een beperking. Ze genereert weliswaar nieuwe vragen, maar andere maakt ze zo goed als ondenkbaar. Een daarvan is de vraag naar het karakter van de geleverde waar, gezondheidszorg. De economische taal staat neutraal tegenover de waren die op de markt worden verhandeld. De waarde ervan wordt niet in de economische theorie maar uitsluitend op de markt bepaald. Of misschien is het nauwkeuriger om te zeggen dat het afschuiven van de waarderingskwesitie naar de markt betekent dat de economie bij voorbaat positief staat tegenover verhandelde waren. Waren zijn 'schaars' en dat woord suggereert dat hoe meer het er zijn, hoe beter het is. Wat geruild wordt is een goed. 'Good', zegt het Engels, en in het Frans is het 'bien'.

Wat het economische vocabulaire ongeschikt is om het karakter van medische waren te bespreken is niet zo erg zolang iedereen het erover eens is wat er op de medische markt geleverd wordt. Zodra daar twijfel en verwarring over ontstaat wordt het vocabulaire bezwaarlijk. Ongeveer in de tijd waarin maatschappijtheoretici de economische taal gingen gebruiken om over de gezondheidszorg te praten, ontstond er in kringen van dokters discussie over de vraag wat zij eigenlijk te bieden hadden. Die discussie pikten de economisch denkende maatschappijtheoretici niet op.³

Waar ging die discussie over? Eind jaren zestig zette een deel van de medische stand vraagtekens bij het idee dat de geneeskunde genezing biedt. Dat genezingsidee was overigens nog niet zo oud. Historici die in grote halen de eeuwenlange geschiedenis van de geneeskunde beschrijven, hebben het graag over afwisselende perioden van therapeutisch optimisme en therapeutisch pessimisme. Het therapeutisch optimisme bereikte eind jaren vijftig van deze eeuw een hoogtepunt. Die climax had een lange aanloop. In het

begin van de eeuw hadden gezondheidsvoorlichting en het bevorderen van een gezond leefmilieu, destijds belangrijke punten van het medische werk, veel succes. Artsen leerden mensen hun tuberculose-sputum niet in het rond te spugen, wijkverpleegsters spoorden moeders aan hun zuigelingen geen vette, onverteerbare melk te geven en in de comités voor betere huisvesting voor arbeiders en armen hadden stevast een aantal daadkrachtige dokters zitting.

Het succes van de preventieprogramma's bevorderde het therapeutisch optimisme. Maar het idee dat zieken genezen kunnen worden vatte pas goed post toen een serie nieuwe geneesmiddelen succesvol bleek. Insuline in de jaren twintig, antibiotica in de jaren veertig en antipsychotica in de jaren vijftig maakten successievelijk diepe indruk. Elk brachten ze dan ook opzienbarende veranderingen met zich mee. Diabetespatiënten, die het vroeger niet lang meer zouden hebben gemaakt, konden redelijk normaal verder leven. Bij infectieziekten, waar men in de medische praktijk verreweg het meest mee te maken had en die model stonden voor het algemene beeld van ziekte, was het niet langer nodig om maar te gaan zitten afwachten. En dat het woord 'krankzinnigen' in de jaren vijftig uit het spraakgebruik verdween, was niet toevallig: het wilde gedrag van 'buiten zinnen' geraakte mensen op de gesloten afdelingen van inrichtingen kon effectief worden gedempt.

Deze verworvenheden hadden medici het idee gegeven dat algehele gezondheid tamelijk nabij was. In de jaren vijftig waren er geluiden te horen als 'genezen kunnen we inmiddels, waar het nu op aankomt is te leren hoe we ziekte kunnen voorkomen?'. Dat is niet zo vreemd als het achteraf lijkt: de problemen die de betreffende artsen in hun opleidingen als de belangrijkste problemen hadden leren kennen en waar ze in de beginjaren van hun praktijk verbeteren mee hadden geworsteld, konden ze inderdaad oplossen. Het vervelende was alleen dat er talloze nieuwe problemen bijkwamen. Of liever: dat er nieuwe problemen op de voorgrond traden. Dat hing samen met de manier waarop de gezondheidszorg intussen was georganiseerd. In de eerste helft van deze eeuw had de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten en de inrichting van ziekenhuizen zijn beslag gekregen. In die tijd pretendeerden dokters niet dat ze kanker konden genezen of een tweede hartinfarct konden voorkomen. De organisatie van de gezondheidszorg was niet op het sleutelen aan kankers en hartinfarcten ingericht, het was een

organisatie ter bestrijding van infectieziekten en ter heling van wonden en botbreuken. Dat waren oplosbare problemen en de rationale achter de organisatie van de zorg was dan ook: 'gij zult genezen'. In de jaren vijftig en zestig breidde het gezondheidszorgapparaat zich enorm uit, maar het grondpatroon van de organisatie bleef hetzelfde. Dat wil zeggen dat ook kankers en hartinfarcten aan de genezingslogica werden onderworpen, al wilde het met het genezen niet zo lukken, ondanks herhaalde beloften dat het binnen vijf jaar zover zou zijn. Eind jaren zestig begonnen de fricties zichtbaar te worden.

Als dokters niet, of althans vaak niet genezen, wat doen ze dan? Deze vraag naar het karakter van medische verrichtingen kwam rond de jaren zeventig in een deel van de medische stand steeds vaker op. Ook daarbuiten werd ze gesteld. Iemand als Illich had een heel rigoureuze antwoord in petto: dokters genezen niet, ze maken ziek." Een wilde discussie brandde los. Deze discussie ontsnapte aan de aandacht van degenen die in markttermen dachten. Zij hadden het over heel andere dingen: over de hoeveelheid medische waren, over de verdeling ervan, over de organisatie van de medische markt. Het karakter van de waar bevond zich in hun blinde vlek. De vraag wat voor soort 'waren' medische verrichtingen eigenlijk zijn was binnen het marktdenken niet aan de orde. Dat vormde er de beperking van.

Ideologie

De term 'ruil' is niet voorbehouden aan een bepaalde economische school. Zowel neoklassieke als keynesiaanse en marxistische economen spreken van ruil. Marxisten die de verhouding arts/patiënt in termen van ruil benaderen maken van de gezondheidszorg een deel van de onderbouw. Andere denkers uit de marxistische hoek begrijpen de gezondheidszorg als deel van de bovenbouw. Zij analyseren (en/of kritiseren) de gezondheidszorg als drager van ideologie. Maar ook in niet-marxistische kringen benadert men de gezondheidszorg in termen van ideologie, zij het dat men daar niet het klassekarakter maar bijvoorbeeld het 'mechanistisch lichaamsbeeld' van de geneeskunde hekelt.

Wat men precies als het ideologische moment van de geneeskunde aanmerkt, varieert aanzienlijk. Een van de terugkomende verwijten is dat de gezondheidszorg individualiseert, dat zij iets dat sociaal is terugbrengt tot individuele eigenaardigheden. In de verschillende kritieken betekent individualiseren echter telkens iets anders. Zo zeggen



Foto: Michiel Wijnbergh/Hollandse Hoogte

sommige critici dat de huidige geneeskunde individualiseert omdat zij slechts individuele zieken geneest en de sociale oorzaken van ziekten ongemoeid laat, sterker nog: maskeert. Een arts die een depressieve vrouw medicamenten geeft of met haar praat, krijgt bijvoorbeeld het verwijt dat hij daarmee suggereert: de depressie op puur individueel niveau te kunnen bestrijden. Dat maskeert dat er met de levensomstandigheden van deze vrouw (of van vrouwen in het algemeen) iets mis is; de omstandigheden die haar ziek hebben gemaakt blijven buiten beschouwing. Andere critici vinden dat er al van een individualiserende ideologie sprake is zodra een arts specifieke gedragingen als ziekte benoemt. Door gedrag als ziekte te begrijpen wordt het een probleem van een individu dat iets mankeert. De huisarts die de depressieve klachten van een vrouw behandelt, krijgt het verwijt dat hij het gedrag van de vrouw een 'ziekte' noemt en het bijvoorbeeld niet ziet als een vorm van protest. Meer nog: sommige critici zien het samenvoegen van een aantal gedragingen en uitlatingen tot een eenheid

waarop vervolgens een etiket als 'depressie' wordt geplakt, reeds als ideologie. Niet pas bij de therapie maar bij het diafnostiseren gaat het volgens hen al mis.

Een groot voordeel van nagenoeg alle benaderingen in termen van ideologie is dat zij, anders dan de ruilbenadering, de inhoud van het medische handelen niet buiten schot laten. Integendeel, door in termen van ideologie te praten wordt zichtbaar op welke manier het medisch denken en medische verrichtingen bijdragen aan het in stand houden van bestaande opvattingen over individu en samenleving, over mannen en vrouwen, over organen en lichamelijke. En met die opvattingen, zo gaat de redenering verder, worden ook de bestaande verhoudingen geconsolideerd.

De introductie van de ideologiebenadering betekende een grote doorbraak. Voor het eerst werd er over medische handelingen geoordeeld met andere dan therapeutische criteria. Niet wie er beter werd, maar wie er beter van werd, was voor ideologietheoretici de vraag. Wat ideologietheoretici zich

afvroegen was niet of de zieke zich dankzij deze of gene medische verrichting herstelde, maar welke sociale effecten medische verrichtingen hadden. Dat verbreedde de discussie over gezondheidszorg enorm.

Nu doet zich echter een eigenaardigheid voor. De hierboven besproken ruilbenadering wierp, zoals gezegd, de vraag op wie het meest van het schaarse goed gezondheidszorg weet te bemachtigen. Aanhangers van de ruilbenadering stelden dat de toegang tot de zorg gemakkelijker is voor de rijken dan voor de armen. Volgens de ideologiebenadering zijn het echter juist mensen uit de lagere klassen en vrouwen die teveel gezondheidszorg krijgen toegediend: zij zijn het die door middel van de medische ideologie 'op hun plaats worden gehouden'. De beide groepen critici geven dus een totaal ander antwoord op de vraag wie veel en wie weinig met de geneeskunde in aanraking komt. Daar komt bij dat de ruiltheoretici er van uitgaan dat mensen naar de dokter gaan omdat dat in een behoefte voorziet - ze zijn nu eenmaal

ziek -, terwijl de ideologietheoretici de gang naar de dokter zien als het resultaat van een misleiding. Geen van hen komt echter toe aan de vraag wat mensen er precies toe brengt om naar de dokter te gaan, wat ze er zoeken en welke levensomstandigheden er de aanleiding toe geven.

Juist de vraag waarom mensen naar de dokter gaan begon eind jaren zestig in medische kringen sterk te leven. Tevoren had men daar een welomschreven antwoord op: wie ziek was en geen financiële barrières kende, bezocht de dokter. Dat antwoord raakte echter aan het wankelen. Een belangrijke rol in die ontwikkeling speelde de epidemiologie, de wetenschap van de verspreiding van ziekten over populaties. Deze had vrij kort tevoren een nieuwe wending genomen. In het begin van deze eeuw werkte de epidemioloog als het ware in het kamertje naast de spreekkamer van de dokter en telde, om te weten wie er ziek was, de mensen die om hulp kwamen. Daar bestonden verschillende methoden voor. Zo was het voor artsen verplicht om ernstige besmettelijke ziekten die zij in hun praktijken tegenkwamen bij de inspectie te melden. Ook hield een enkele arts of groep artsen wel eens lijsten bij waarop zij de verschillende diagnoses turfden. En een enkele keer zat er werkelijk een epidemioloog onderzoek te doen in het kamertje naast de spreekkamer. Onder invloed van de ontwikkelingen in de sociologie gingen epidemiologen begin jaren zestig hun zaken echter anders aanpakken. Zij stuurden enquêtelijsten rond naar mensen die middels representatieve steekproeven werden geselecteerd. Iedere respondent kon invullen of hij of zij last had van pijn in de nek, bloed in de urine of slapeloosheid. Dat er meer slapeloosheid voorkwam dan dokters hadden gerapporteerd, vond niemand zo heel erg raar. Maar dat het aantal mensen dat meldde bloed in hun urine te hebben veel groter was dan men vermoedde, was toch wel schokkend. Het bleek dat mensen dergelijke kwalen, die voor artsen als zeer serieus te nemen symptomen golden, beschouwden als kwaaltjes die bij het leven horen, of bij hun beroep, of bij hun familie omdat hun moeder het ook had gehad. Onder het topje dat de medici onder ogen kregen, bleek een ijsberg verborgen. Het ijsbergfenomeen werd de grootste ontdekking van de epidemiologie. Het riep de vraag op wie van alle potentiële patiënten nu wel en wie niet tot het bezoeken van de dokter overging. Waren het mensen die niet alleen een ziekte hadden maar ook problemen waarin iedereen geneigd was een beroep te doen op professionele hulpverlening?

Waren het mensen met een hoge opleiding of juist mensen die weinig andere middelen tot hun beschikking hadden om iets voor elkaar te krijgen? Er ontstond zich een levendige discussie, maar de ideologietheoretici deden daar niet aan mee. Die vroegen zich hoogstens af wie er al dan niet in ideologie gevangen was, niet wat mensen ertoe bracht een medisch verhaal over hun problemen te willen horen en de dokter te vragen in te grijpen.

Gezag

Een derde benadering die door theoretici op de gezondheidszorg is toegepast heeft haar oorsprong in theorieën over de staat. De centrale term van deze benadering is 'gezag'. De verhouding tussen artsen en patiënt wordt door de betreffende theoretici gezien als een verhouding die analoog is aan die tussen koning en onderdaan. Net als een despoot oefent de al dan niet verlichte dokter gezag uit over de patiënten. Wat de arts de patiënt die de spreekkamer verlaat, meegeeft heet niet voor niets een voorschrift. Zelfs de meest vriendelijke, humanistische medicus is voortdurend bezig de patiënt in een of andere richting te dwingen. Sommige klachten van de patiënt worden gehoord, andere niet. Onder het mom van helpen wordt er dwang uitgeoefend, al dan niet subtiel. Centraal in deze benadering staan de regelingen waarmee de gezondheidszorg is omgeven. 'Gaaf u maandag maar weer aan het werk', zegt de dokter, en wie dat bevel niet opvolgt krijgt gedonder met werkgever en uitkeringsinstanties. De dokter beslist wie moet werken en wie ziek mag vieren.

Ook deze benadering plaatste zaken die vanzelfsprekend en onaantastbaar leken in een ander daglicht. Spanlakens en isoleercellen, die 'voor de bestwil van de patiënt' heetten te zijn, werden plotseling 'geweld' genoemd, een term waarmee de patiënten-beweging in de psychiatrie haar voordeel heeft gedaan. De leefregels waar gezondheidsvoorlichters en -opvoeders mee schermden zagen er opeens uit als subtiele dwangmaatregelen. En de macht van dokters bij de uitvoering van tal van uitkeringswetten werd als macht kritiseerbaar. Maar ook deze benadering kent een beperking. Wat aan de gezagsbenadering ontsnapt is dat de werking van de geneeskunde niet pas begint bij haar voorschriften maar al bij haar diagnoses. Niet alleen haar opdrachten hebben verstrekken gevolgen, ook voor haar opdelingen geldt dat al. Iemand in een spanlaken vastbinden mag dan geweld zijn, de sociale invloed van de geneeskunde begint al met het stellen van de diagnose 'astma'. Wie de arts te

veel naar analogie van de koning bekijkt verliest te gemakkelijk uit het oog waarin de arts anders is dan de koning: de geneeskunde stelt vast wat 'normaal' is en wat 'afwijkend';?

Medici zelf zouden dat niet op die manier uitdrukken. Toch is bij hen het besef wel degelijk aanwezig dat ze met het stellen van een diagnose al richting geven aan de gebeurtenissen. Vooral de verschillen tussen de diagnose van de ene arts en de andere wakkeren dat besef aan. Als sommige artsen bijvoorbeeld twee tot drie maal zo vaak 'psychische klachten' signaleren dan anderen, ligt dat niet aan hun patiëntenpopulaties maar aan het diagnostiseren als medische activiteit. Bij onderzoek naar hun eigen manier van diagnostiseren zijn huisartsen in de jaren zeventig op grote 'interdoktervarianties' gestuit. En niet alleen tussen huisartsen onderling deden zich verschillen voor. Ook huisartsen en specialisten, en specialisten onderling bleken bij vergelijking uiteenlopende definities van ziekte en gezondheid te hanteren. En als ze al dezelfde benamingen gebruikten dan bleken ze daar nog heel verschillende zaken onder te verstaan. Terwijl tuberculose voor een internist een infectieziekte was, beschouwde de sociaal-geneeskundige haar veel meer als een ziekte die bij armoede hoort en ging de geneticus op zoek naar een erfelijke component. Dit heeft voeding gegeven aan het idee dat een diagnose niet verwijst naar iets dat altijd al in de patiënt verborgen zat, maar berust op een opdeling die de medicus maakt om een situatie te kunnen hanteren. Verschillende medici hanteren de situaties waarvoor zij komen te staan op verschillende manieren.

Er zijn artsen die denken dat ze hun sociale macht kunnen inperken door niet hun eigen medische omschrijving van de situatie van de patiënt als uitgangspunt te nemen maar de omschrijving die de patiënt zelf geeft. Ze gaan op zoek naar de 'hulpvraag' van de patiënt. Wat van zo'n houding dan weer de sociale gevolgen zijn is vooralsnog een open vraag. Maar het is in ieder geval een vraag die ondenkbaar is voor wie ervan uitgaat dat de verhouding arts/patiënt een gezagsverhouding is. Om de activiteiten die in de gezondheidszorg worden verricht te begrijpen, is een verwijzing naar het gezag van de dokter en de onderwerping van de patiënt dan ook niet toereikend.

De waardering van de zorg
Zo kleven er aan de verschillende termen die tot nu toe de revue zijn gepasseerd de nodige beperkingen. Hoewel de maatschappijtheoretici door wie ze



Zwangere vrouw bij fysiotherapeute. De specialisten op het gebied van de reproductie, de gynaecologen, worden pas echt enthousiast wanneer het over reageerbuisbevruchting gaat. Foto: Gerlo Beernink

in de jaren zeventig werden geïntroduceerd er nieuwe discussies mee mogelijk maakten, werden er tegelijkertijd allerlei vragen door buitengesloten, vragen die juist in diezelfde jaren in medische kringen aan de orde werden gesteld. Sociale theoretici die over ruil spraken, zagen voorbij aan het belang van de vraag wat medische handelingen teweegbrengen, wat hun inhoud is. Zij die de geneeskunde ontmaskerden als ideologie, vroegen zich niet af wat mensen er eigenlijk toe beweegt naar een dokter te gaan. En degenen die in termen van gezag spraken, gingen er al te makkelijk van uit dat de geneeskunde pas begint in te grijpen zodra ze een therapie instelt.

Aan het spreken over gezondheidszorg in termen van ruil, ideologie of gezag kleeft bovendien nog een ander bezwaar. Dat is het bezwaar dat elk van deze termen de gezondheidszorg al bij voorbaat op een bepaalde manier waardeert. Voor wie de verhouding tussen arts en patiënt als een ruilverhouding begrijpt, is de gezondheidszorg goed zolang de patiënt bereid is ervoor te betalen. Voor wie de verhouding tussen arts en patiënt daarentegen als een

gezagsverhouding opvat, zijn medische handelingen bij voorbaat verdacht. Op iedere activiteit van iedere medicus blijft in de gezagsbenadering de verdenking rusten dat ze tegen de wil van de patiënt indruist.

Zowel de ruil- als de gezagsbenadering maken op liberale wijze de wil van het autonome individu tot maatstaf voor de beoordeling van de zorg. In het ene geval is de wil van de patiënt vergelijkbaar met de wil van de koper op de markt, in het andere geval met die van de burger die zich met de staatsmacht (de dokter-koning) ziet geconfronteerd. Voor wie echter redeneert in termen van ideologie, kan de wil van de patiënt geen maatstaf zijn. Immers de bewering is nu juist dat patiënten door de gezondheidszorg in ideologie gevangen worden. Dat is geen neutrale bewering maar een kritiek. Wie de gezondheidszorg in termen van ideologie benadert, waardeert haar dan ook bij voorbaat negatief. De maatstaf die aan die waardering ten grondslag ligt is een door de ideologietheoretici zelf van ideologie gevrijwaard geachte 'waarheid' over mensen en over de sociale verhoudingen waarin ze leven, ook al

proberen sommige theoretici die maatstaf nog zo te maskeren.

De drie benaderingen bevatten dus een bij voorbaat ingebakken waardering die heel de gezondheidszorg betreft. Daarbij wordt meestal gemakshalve voorbijgezien aan de vraag of de gezondheidszorg eigenlijk wel als een geheel kan worden opgevat. Maar er zit nog een eigenaardigheid aan die waarderingen. De maatstaven waar ze op berusten - de wil van de koper, de wil van de burger en de waarheid - lopen het risico in cirkels verstrikt te raken. Wie de wil van de koper/burger tot maatstaf van de gezondheidszorg maakt krijgt met het probleem te maken dat wat een 'vrije wil' is juist door de geneeskunde wordt vastgesteld. Als er een sociaal conflict bestaat over de vraag of iemand al dan niet over zijn of haar wil beschikt, is het de geneeskunde die te hulp wordt geroepen om te onderscheiden tussen wie uit vrije wil handelt, en wie daar niet toe in staat mag worden geacht. Ook de 'waarheid' die in de ideologiebenadering de rol van verborgen scheidsrechter speelt, leidt makkelijk tot cirkels. Het beheer over de waarheid is immers in handen van de

wetenschappen, en daar is de geneeskunde er een van.

Ordenen

Nu ik zo veel kanttekeningen heb geplaatst bij de verschillende termen die, hoewel oorspronkelijk bedoeld voor andere maatschappelijke sectoren, de gezondheidszorg zijn binnengehaald, zou ik er goed aan doen een uitgewerkt alternatief te bieden. Dat bezit ik echter niet. Ik kan wel de richting aangeven waarin naar mijn idee dat alternatief gezocht moet worden. Op mijn beurt haal ik daarvoor een van elders stammende term de discussie over de gezondheidszorg binnen, namelijk de term 'ordenen'. Ik beschouw die term als niet meer dan een hulpmiddel om de gezondheidszorg op een nieuwe manier te beschrijven, een manier die volgens mij een aantal voordelen heeft boven de eerder genoemde benaderingen.

Om te beginnen benadrukt de term 'ordenen' het actief ingrijpende karakter van de gezondheidszorg. Niet wat de gezondheidszorg zoal aan sociale verhoudingen weerspiegelt, maar wat ze zelf doet, komt in het centrum van de aandacht te staan. Tegelijkertijd is het makkelijk ermee uit te drukken dat het medische handelen geen beginpunt is: het ordent iets dat er al was, het herordent. De vraag wat er was voor de geneeskunde zich ermee ging bemoeien, kan zodoende niet worden omzeild. Wat was er met de patiënt aan de hand voor zij besloot naar de dokter te gaan? Hoe zagen de huizen eruit voor de hygiënist-comités gingen vormen? De activiteiten van de gezondheidszorg staan niet meer op zichzelf maar worden acties die verschil maken.

Een volgend voordeel is dat het begrip 'ordenen' openlaat wat de geneeskunde eigenlijk ordent of herordent. Het verwijst niet als vanzelfsprekend naar 'de dokter' die 'de patiënt' behandelt. De bloedvaten rond een hart, het dagelijkse leven van mevrouw Jansen, de manier waarop ouders omgaan met hun zieke kind, de lijst van gevaarlijke infectieziekten, de hoeveelheden conserveringsmiddelen in appelsap, de verkeersstroom door de stad richting ziekenhuis: dat alles kan door de gezondheidszorg geheel of gedeeltelijk worden herordend. Naar gelang de specifieke vraag die op tafel ligt is het mogelijk op verschillende herordende activiteiten van de gezondheidszorg in te zoomen. Vanuit deze benadering bestaat er geen principieel verschil tussen activiteiten ten aanzien van een lichaam, een beleving of een samenleving, en al evenmin tussen ordeningen op het niveau van kennis of van handelen. Van iedere ordening die eerst op

het ene niveau beschreven is, kan men vervolgens de vraag stellen welke effecten zij op andere niveaus heeft. Dan wordt onmiddellijk duidelijk dat de gezondheidszorg niet oppermachtig is en dat zij niet in haar eentje geheel nieuwe situaties genereert. Niet alle elementen van een bestaande ordening zijn even flexibel, en behalve de gezondheidszorg zijn er nog meer ordenende (f)actoren.

Een waardering van de gezondheidszorg zit in het begrip 'ordenen' niet bij voorbaat ingebakken. Het draagt er veeleer toe bij de gezondheidszorg niet als een geheel op te vatten en te waarderen. Met de introductie van de term is immers het idee dat er een entiteit bestaat, 'de zorg' of 'de dokter' genaamd, die een andere entiteit, 'de patiënt', behandelt, losgelaten. De gezondheidszorg is geen geheel. Hier is een chirurg die in bloedvaten snijdt, daar een commissie die de normen voor de toelaatbare hoeveelheden conserveringsmiddelen bijstelt. Er is weinig reden die activiteiten onder één noemer te brengen en als één geheel te waarderen. Ze kunnen beter elk op zich worden genomen. Met het analyseren van de gezondheidszorg in termen van ordenen wordt het mogelijk haar onderdelen afzonderlijk te waarderen. Daarbij staan de maatstaven niet bij voorbaat vast. Men kan allerlei factoren laten meewegen: de therapeutische waarde van een handeling, de impact op de arbeidsverhoudingen, de mate waarin een patiënt er tevreden over is, de kosten, het plezier en de ellende die hulpverleners eraan beleven, de richting die de bijbehorende technologie inslaat, of al die factoren tegelijk en misschien nog wel vele andere. Het ordeningsbegrip nodigt ertoe uit de verschillen die medische handelingen op tal van fronten maken in kaart te brengen. Op ieder front kan het verschil dat zo'n handeling maakt worden gewogen en gewaardeerd. Wat wel en niet relevant is, staat van geval tot geval te bezien.

Wat levert het nu op om met behulp van het begrip 'ordenen' de gezondheidszorg te beschrijven? Ik zal dat illustreren met twee voorbeelden. Voorbeeld nummer één: de maagzweer. Wie op dit moment in Nederland aan zijn of haar tweede of derde maagzweer toe is, loopt grote kans bij een specialist terecht te komen. Dat kan een chirurg zijn of een internist. Komt de zieke bij de chirurg dan is de kans dat zij geopereerd wordt tamelijk groot. Vroeger sneden chirurgen een stuk maagwand weg, tegenwoordig moeten een aantal zenuwen die verantwoordelijk zijn voor het aanzetten van de maag tot zuurproductie het ontgelden. De inter-

nist is daarentegen geneigd in zo'n geval een geneesmiddel voor te schrijven dat de maagwand tegen het teveel aan zuur beschermt. Deze beide ingrepen zijn te beschrijven als herordeningen. Ze herordenen het lichaam van de patiënt: de chirurg voorgoed, terwijl de nieuwe orde die de internist aanbrengt na verloop van tijd weer verdwenen kan zijn. Ze herordenen tegelijk het lichaamsbeeld van de patiënt: in het ene geval heeft de patiënt het idee dat er een kwaal uit is weggesneden, in het tweede geval dat er iets verzachtends aan het lichaam is toegevoegd dat de kwaal bestrijdt. Ze herordenen ook het leven van de patiënt: van de chirurg moet de patiënt een aantal dagen in het ziekenhuis komen liggen om een operatie te ondergaan en zal zij zich eventueel nog aan een dieet moeten houden, de internist geeft de opdracht een aantal keren per dag aan het geneesmiddel te denken en het in te nemen. Al deze herordeningen, en er zijn er nog wel meer te noemen, kunnen ieder afzonderlijk worden gewaardeerd. Het is daarbij niet gezegd dat de waarderungen allemaal in dezelfde richting wijzen en al evenmin welke het zwaarst wegen. Van een eenduidige waardering als waar/onwaar, gewelddadig/vreedzaam, onderdrukkend/bevrijdend kan in ieder geval geen sprake zijn.

In dit eerste voorbeeld is uitgegaan van een diagnose: maagzweer. Nu is het stellen van een diagnose op zichzelf al een ordenende activiteit. Met een diagnose krijgt een probleem een naam en een gewicht. Met het diagnosticeren legt de geneeskunde vast of iets een belangrijk probleem is of dat het te verwaarlozen valt. De term 'ordenen' maakt het mogelijk ook dat diagnostische proces te belichten. Dat zijn drie verschillende ordeningen, alle drie op het gebied van de reproductie van de menselijke soort. De geneeskunde van dit moment pleit weliswaar herhaaldelijk voor veel liefde voor het kind maar rekent crèches niet tot haar terrein: dat zou maar medicaliserend zijn. Met voorbehoedsmiddelen bemoeit ze zich wel, zij het lang niet met allemaal. De voorkeur van dokters voor de pil, die ze in de jaren zestig onder hun hoede namen, boven pessarium en condoom, waar de meesten van hen niks van willen weten, is bepaald opvallend. En verder vinden medici 'ongewenst zwanger' geen 'interessante' diagnose en 'elke maand ongerust' al helemaal niet.

Echt enthousiast worden de specialisten op het gebied van de reproductie, de gyneacologen, pas wanneer het over reageerbuisbevruchting gaat. Kinderloosheid bestempelen ze tot een belang-

rijk medisch probleem, het is een diagnose die ze uitermate ernstig nemen. Hoe wordt door hen kinderloosheid geordend? Om te beginnen vatten ze het op als een probleem van het (vrouw)lichaam en niet als een probleem dat om betere adoptieregelingen vraagt, of om een sociale organisatie waarin kinderloze volwassenen wat vaker en vanzelfsprekend kinderen tegenkomen. Wanneer het vervolgens eenmaal over lichamen gaat besteden ze veel minder aandacht aan het voorkomen van onvruchtbaarheid (bijvoorbeeld door betere voorbehoedsmiddelen!) dan aan het bestrijden ervan als de onvruchtbaarheid eenmaal is opgetreden. Over gezondheidszorg praten in termen van ordenen brengt met zich mee dat men in het *in vitro* bevruchten en vervolgens implanteren van opgezogen eitjes niet enkel als ingreep in het lichaam van een vrouw met een verstopte eileider ziet, maar ook als een specifieke ordening van de menselijke reproductie. Wie *in vitro-fertilisatie* wil wegen door het met iets anders te vergelijken kijkt niet alleen naar andere mogelijke herordeningen van het lichaam van de betrokken vrouw, zoals het opereren van de eileiders. De scope breidt zich uit. Zo wordt het mogelijk *in vitro-fertilisatie* te vergelijken met strategieën die verstopping van de eileiders helpen voorkomen. En ook verbetering van adoptieregelingen, verandering van opvoedingsgewoonten en andere denkbare herordeningen van de reproductie van de menselijke soort kunnen tegen *in vitro-fertilisatie* worden afgewogen.

Een geval apart
Gezondheidszorg benaderen als een praktijk die interverteert, opnieuw rangschikt, verschil maakt, kortom ordent, heeft verstrekkende gevolgen. Wanneer het herordenen van zenuwbanen en arbeidsverhoudingen, van eileiders en de organisatie van het moederschap, in één adem worden besproken, verdwijnt het onderscheid tussen de therapeutische en de maatschappelijke effecten van medisch handelen. Dat is nogal radicaal. Het biedt de mogelijkheid over medische activiteiten discussies te voeren waarbij zowel de effecten van die activiteiten op het lichaam ter sprake komen als de effecten op de samenleving, en wel tegelijkertijd. Behalve voor discussies over gezondheidszorg bevat dit verhaal, als toegift, ook een les voor maatschappijtheoretici. Het ideaal van de moderne maatschappijtheoretici was om een samenhangende theorie te ontwerpen over heel de maatschappij. De termen die ze daarbij gebruikten zijn uit de samenhang weggerukt en verplaatst: naar

discussies over de gezondheidszorg. Wat ik met mijn verhaal heb willen laten zien is dat termen als 'ruil', 'ideologie' en 'gezag' niet algemeen zijn maar specifiek. Dat wil niet zeggen dat iedere term slechts past bij de sector waarvoor hij gemaakt is. 'Ruil', 'ideologie' en 'gezag' zijn specifieke termen omdat ze modellen impliceren waarbinnen sommige vragen wel en andere niet gesteld kunnen worden. Op een aantal van de niet-gestelde vragen heb ik de vinger kunnen leggen omdat ze in dezelfde tijd in andere discussies over de gezondheidszorg wel aan de orde kwamen. Ik beweer dus niet dat de betreffende termen 'op hun plaats' hadden moeten blijven - alles behalve dat, ze hebben de discussies over de gezondheidszorg juist verrijkt. Maar algemene termen zijn het niet. Hun begrenzing is dat ze in de discussies over gezondheidszorg weliswaar nieuwe mogelijkheden hebben geschapen maar ook mogelijkheden hebben afgesloten.

Over gezondheidszorg praten in termen van ordenen legt opnieuw een aantal wegen open. Daarmee is niet gezegd dat de term 'ordenen' het ideaal van de moderne maatschappijtheoretici ten slotte dichterbij brengt. Integendeel. Elke benadering is specifiek en zo ook die in termen van ordenen. Maar behalve deze specificiteit is er nog een reden waarom praten in termen van ordenen niet tot een algemene maatschappijtheorie zal leiden. Praten in termen van ordenen betekent dat het ordenen van pakweg bloedvaten, arbeidsverhoudingen en verkeersstromen in één adem besproken zal worden. Dat maakt van bloedvaten, arbeidsverhoudingen en verkeersstromen zaken die niet tot principieel verschillende niveaus van de werkelijkheid horen. Het betekent tegelijk dat er niet zoiets bestaat als een apart werkelijkheidsniveau dat 'de maatschappij' genoemd kan worden en waar arbeidsverhoudingen wel in thuishoren en bloedvaten niet (over verkeersstromen valt te twisten). Het is niet duidelijk meer waar de medische theorie ophoudt en de maatschappijtheorie begint - en omgekeerd. Het is niet evident meer waar een 'maatschappijtheorie' wel en waar ze niet over zou mogen of moeten gaan. Rampzalig is dat niet. Er bestaan ook andere kenvormen dan de globale theorie over een welbepaald object. De geneeskunde heeft er een in voorraad, een kenvorm die ook in dit verhaal is gebruikt. Het is die van de gevalsbeschrijving, de casus.

Noten

1. Een interessante uitzondering op deze regel vormt het werk van Abram de Swaan. Hij gebruikt het begrip 'zorg' juist om er maatschappijtheorie mee te bedrijven. Zie A. de Swaan, *De mens is de mens een zorg*, Amsterdam 1982.
2. Zie bijvoorbeeld: P. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen 1982.
3. Zo zegt Juffermans er in zijn lijvige boek niet veel meer over dan d-: 'De wetenschappelijke integriteit van de klinische geneeskunde, dat wil zeggen de waarde van haar objectconstructie en van haar diagnostische en therapeutische methodieken, staat mijns inziens, in weerwil van de vele onopgeloste vraagstukken, buiten kijf'. Zie Juffermans, *aw.*, p. 236.
4. Zie L. Illich, *Grenzen aan de geneeskunde*, 8aam 1976.
5. Een van de fraaiste voorbeelden daarvan is K. Sroka, *Zur Dialektik des Hertzinfarkts*, (Frankfurt a.M. 1980). Daarin zet Sroka uiteen dat de theorie over hartinfarcten resu-eerde u-expertmenteel onderzoek met losse, uit dieren geïsoleerde organen. Onderzoek naar mensen leverde geheel andere resutateten op, resutateten die erop wezen dat een beter evenwicht tussen inspanning en ontspanning de kans op hartinfarcten vermindert. Dit impliceerde, zo betoogt Sroka, kritiek op het kap-lisme, reden waarom men aan de ult diereperimenten gewonnen theorie bleef vasthouden.
6. Infeministische -iek worden beide benaderingen afwisselend of in combinatie gebruikt; zie bijvoorbeeld *Vrouwen over hulp bij ziekte: en problemen*, Amsterdam 1978; en L. Baart, M. Baarvelt (red.), *Dokters aan vrouwen*, Amsterdam 1986.
7. Vergelijk bijvoorbeeld A. Manschot, A. Cuppen, J. Dijkmans, *Huisvrouwen, een vergeten groep in de medische hulpverlening*, Nijmegen 1977; en B. Ehrenreich, D. English, *For Her Own Good*, New York 1978.
8. Zie bijvoorbeeld K. Davis, 'Zal ik u even in uw jas helpen. Medisch paternalisme onder de microscoop', in: *Lover*, nr. 2, 1986, p. 80-88; en M. Fahrenfort, *Een doktersroman. Een verkenning van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde*, Amsterdam 1985.
9. Zie bijvoorbeeld J. Isarin, *Eigenwaan*, Amsterdam 1984. Isarin maakt overtuigend duidelijk dat de patiënt niet louter slachtoffer is van het medisch gezag, een mening die afwijkt van die van de meeste aanhangers van de gezagsbenadering.
10. Zie M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Parijs 1963. Nede-andse u-gave: *De geboorte van de kliniek*, Nijmegen 1985. Foucault bouwt voort op G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Parijs 1964.
11. Een voorbeeld van het doorbreken van het onderscheid tussen het biologische en het sociale en tussen kennis en handelen biedt B. Latour, *Les microbes. Gue'e et paidlirréductions*, Parijs 1984. D- boek is ook in het Engels verschenen onder de titel *The Pasteurisation of France*, Cambridge/Massachusetts 1988.

• *Ergo Cogito I*, onder redactie van Frans Geraedts en Leonard de Jong, Groningen (Historische Uitgeverij) 1988, ISBN 90 6554061 X, prijs: f 25,-. In iedere goede boekhandel te koop.

PROF. DR. DUPUIS, EXPERT

Het was voorpaginanieuws in bijvoorbeeld *de Telegraaf*. 'Ingespoten uier of vagina consumeren risico voor kwetsbare individuen in de samenleving, zoals de zich ontwikkelende vrucht, kinderen in de puberteit en patiënten met hormoon afhankelijke tumoren.' Maar de minder edele delen van het met groeihormoon bewerkte vee kunnen we, al dan niet als worst, rustig blijven eten. Aldus zes vooraanstaande Nederlandse deskundigen die in een strafzaak tegen een aantal spuitende veehouders en slachters door de Utrechtse recher-commissaris om advies waren gevraagd. Zelfs de auteur van het hoofdartikel in hetzelfde nummer van de in het algemeen gezagsgetrouwe *Telegraaf* (14-1-89) heeft zijn of haar twijfels bij de conclusies van deze deskundigen. De krant adviseert groeihormoonvles toch maar te laten staan. *De Telegraaf* die zomaar de raad van deskundigen in de wind slaat? En wat voor deskundigen . . . behalve een toxicoloog, hoogleraren stofwisselingsziekten, oncologie en farmacologie bevatte de commissie nota bene ook twee hoogleraren *gynaecologie* (Haspels, Eskes). Hun deskundigheid in deze staat buiten kijf. Groeihormonen, dat zijn hormonen. Hormonen, daar hebben vrouwen las van: de baby blues, infertiliteit, de pil en zo, dus daar zal een gynaecoloog wel veel van weten.

Gynaecologen over vlees mag u verbazen (of niet), maar hoe staat het met de deskundigheid in de medische ethiek? Degenen die beweren dat bijvoorbeeld *de Volkskrant* zo dik is geworden door de grote hoeveelheid advertenties moeten eens het aantal bijdragen over de gezondheidszorg en medische ethiek gaan tellen. En als al die stukjes nou nog ergens over gingen . . . Ondanks het frequent aanhalen van *deskundigen* lijkt het er soms toch op dat een ieder maar wat roept. Bijvoorbeeld, tot voor kort konden de centra voor open-hartchirurgie niet snel genoeg uit de grond worden gestampt; wat er in de tussentijd precies in de wereld veranderd is, weet ik niet, maar nu beweert staatssecretaris Dees dat dat eigenlijk niet meer zo

nodig is omdat het met het stijgen van het aantal hart- en vaatziekten in de komende eeuw niet zo'n vaart zal lopen. Een ander recent voorbeeld van de *acid-house party* die deskundigen en ook politici met elkaar houden. De ethicus Guido de Wert verkondigde onlangs op de televisie dat het onder bepaalde voorwaarden best aanvaardbaar is om embryo's te kweken; de volgende dag beslist het parlement op voorspraak van Lansink dat dat *dus* voorlopig helemaal niet mag.

Het is al zo vaak gezegd: in de Nederlandse samenleving is de ratio ver te zoeken, zeker waar het de gezondheidszorg betreft. En daar moeten we iets aan doen. Net zoals het verstandig en efficiënt lijkt om mensen die ervoor geleerd hebben uit te laten zoeken of we nou verder wel of niet biefstuk, en desnoods uier verwerkt in worst, mogen blijven eten, want dan blijkt toch weer dat onze intuïties vaak dwalingen zijn.

Lillend, bleek vlees van opgeblazen superkoeien: vies! Onzin, lekker! Zulke experts kunnen we ook op het gebied van de ethiek goed gebruiken.

Gelukkig is Nederland ruim van ethisch deskundigen voorzien. Hun Hogepriesteres heet Heleen Dupuis, hoogleraar medische ethiek in Leiden, van huis uit theoloog. Zij weet van veel een hoop. Ze is geïnterviewd in het oHRA-krantje *Vast en Zeker* (laatste nummer 1988). Het is niet het beste interview dat ik ook heb gelezen en het zal vast en zeker in de details Dupuis' mening niet geheel adequaat weergeven, maar een aantal oplossingen die zij aandraagt voor de impasses waar de gezondheidszorg zich in bevindt, verdient een grotere verspreiding.

Zij kent, terecht, het parlement een belangrijke rol toe in het beslissen over medisch-ethische problemen. Volgens deskundige Dupuis moeten we toe naar een parlement van experts. 'In de Tweede Kamer moeten mensen zitten die op hun vakgebied uitblinken. De beste economen, de beste juristen, de beste medici, de beste vakbondsmensen.' Ze zegt

het zelf niet, maar ik zou eraan toe willen voegen: de beste ethici. Dupuis loopt zelf over van de ideeën over waar het met de gezondheidszorg, samenleving en wereld naar toe moet, en wat er nu wel en niet deugt. Zo moeten we beter voor onze bejaarden zorgen en af van de nog te veel heersende trend, waarin mensen opscheppen over de medische zorg die zij ontvangen. Dupuis: 'Vooral

bejaarden hebben de neiging te laten zien hoe belangrijk ze zijn, door te vertellen dat ze tien potten met pillen op het nachtkastje hebben staan.'

Ook moeten we zo langzamerhand ophouden met het verstrekken van gratis gezondheidsvoorzieningen aan mensen die hun gezondheid zelf verpesten door te veel stress, roken of eten. (Ze nuanceert wel dat dit niet betekent dat rokers van voorzieningen moeten worden uitgesloten, je kunt namelijk - inderdaad - nooit exact bepalen waardoor een ziekte ontstaat.)

Sporters daarentegen moeten zich volgens Dupuis wél aanvullend laten verzekeren. 'Iedereen weet hoe je een beschadigde meniscus oploopt.' Jarenlang heeft de Nederlander zich laten vertellen dat ie om de gezondheid te bevorderen moest gaan sporten, juist tegen al die stress en vervetting. Het is verbazend waar een hoogleraar medische ethiek niet allemaal verstand van heeft.

Een ander voordeel van deze experts is dat we nier meer wakker hoeven te liggen over wat nou wél echte problemen zijn en wat niet. Zo is het huwelijk volgens Dupuis een 'prima instituut,' maar je ziet dat mensen het niet een leven lang volhouden: onze levens worden langer, wij veranderen enzovoort.

'Vrije seks is flink gepropageerd door de NVSH, maar mensen



komen daar nu van terug. Het is te vermoeiend. Bovendien ontdekt men dat het uiteindelijk emotioneel niet bevredigt. Ik maak me over dit soort zaken geen zorgen.' Gelukkig, dan hoef ik dat ook niet te doen. De slotsom van Dupuis' redeneringen is dat we naar 'een totaal andere samenleving' toe moeten. Ieder een basisinkomen, maar daar moet je dan wel een aantal uren

tegenover stellen met klussen voor die samenleving. 'Mensen moeten ingezet worden op hun deskundigheid. Ben je niet deskundig, dan moet je het vuile werk doen.' Ik zou het niet durven zeggen, maar Dupuis kan het zich veroorloven. Wat doet zij in dit interview anders dan het vuile werk opknappen?

Ik ben er wel voor. *Wie van de drie* eindelijk met een panel van deskundige Nederlanders. Misschien kan er ook een tijdschriftje opgericht worden met kiekjes van congresbezoek en impressies van de tafelgesprekken van deskundige Nederlanders. Een aardige opening van het proefnummer lijkt me een polemiek over de status van de *zich ontwikkelende vrucht*. Volgens de zes vooraanstaande deskundigen uit het begin van dit artikel is die vrucht een voorbeeld van een kwetsbaar individu in de samenleving! Ik stel me voor dat de discussie twee kanten op kan gaan: mogen koeienvagina's en uiers zomaar tot worst worden gedegradeerd? Of men overweegt dat in dergelijke commissies ook huishoud- en vervoersdeskundigen, planologen en medisch ethici zitting moeten hebben.

Els peeter

Voor al belangen verzekerd

Huisartsen en het vestigingsbeleid



Jos de Groot

Volgens de nota *Verandering verzekerd* zullen ook de huisartsen zich in de toekomst moeten onderwerpen aan te maken afspraken met verzekeraars. Het vestigingsbeleid zal plaats maken voor het zogenaamde overeenkomstenstelsel. Maar de huisartsen die de nodige machtsmiddelen tot hun beschikking hebben, zullen er wel weer alles aan doen om vooral hun eigen belangen veilig te stellen.

Want, zo stelt Jos de Groot, door een sterke organisatie en coöptatie hebben ze het vestigingsbeleid ook geheel naar hun hand weten te zetten. Hij vreest dan ook dat de beroepsgroep tot weinig verandering bereid is, alle goede bedoelingen van Dekker en de overheid ten spijt.

Conform de voorstellen van de commissie Dekker streeft het kabinet naar 'versterking van de markt- en zelf-regulering, onder gelijktijdige vermindering en vereenvoudiging van de bestaande overheidsregulering'. Een van de consequenties van deze 'nieuwe benadering' voor de sector huisartsenzorg is het voornemen tot afschaffing van het vestigingsbeleid. Dit beleid is op 1 februari 1986 via het 'Besluit vestiging en praktijkvorming huisartsen', waarvan de uitvoering is opgedragen aan gemeenten, van kracht geworden. Het gaat daarbij om twee zaken. Allereerst is het huisartsen verboden hun beroep op een bepaalde plaats te gaan uitoefenen (zich te vestigen) zonder vergunning. Daarnaast beoogt het besluit regulering van de praktijkomvang door bepaalde minimum- en maximumnormen vast te leggen. De hiervoor geldende regels zijn overigens pas later - op 15 april 1988 - in werking getreden. In het streven naar versterking van de eigen verantwoordelijkheid en het marktgericht handelen van partijen in het veld zal de plaats van het vestigingsbeleid worden ingenomen door het 'overeenkomstenstelsel'. Ook de huisartsen zullen zich in de toekomst moeten onderwerpen aan te maken afspraken met verzekeraars, die daarbij

gaan beschikken over een belangrijke *countervailing power*. Gelijktijdig met de afschaffing van het vestigingsbeleid zal namelijk ook de huidige contractteerverplichting vervallen. Dat betekent in concreto dat huisartsen niet langer meer automatisch van financiering door verzekeraars verzekerd zullen zijn. Feitelijk is wat hier als 'nieuwe benadering' wordt gepresenteerd niet meer dan een herhaling van ideeën die ook al waren geopperd in de fase dat het vestigingsbeleid nog op de ontwerptafel lag. Brederede's gevleugelde 'het kan verkeren' lijkt hier meer dan ooit van toepassing. De tijden dat zelfs de dereguleringsgoeroes van de commissie-Geelhoed overtuigd waren van de noodzaak van een vestigingsbeleid lijken al weer lang vervlogen. Tijden ook waarin de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden voorzag dat het toelaten van het marktmechanisme op het gebied van de gezondheidszorg zou resulteren in een afname van het kwaliteitsniveau, terwijl de kosten zouden stijgen. Slechts enkele jaren later zien we dat in de maalstroom van het rapport-Dekker het requisitoir tegen dat zelfde vestigingsbeleid wordt omkleed met fraaie voorstellingen over ... ja precies, deregulering en marktwerking.

De vraag in hoeverre de overheid lering heeft getrokken uit eerdere - vaak pijnlijke - confrontaties van nieuwe benaderingen met de praktijk lijkt gerechtvaardigd. Ervaringen uit het verleden bewijzen allerm minst dat 'bereidheid tot verandering, met voorbijzien van deelbelangen' (commissie Dekker) óók verzekerd is. Toch zou de overheid meer gediend zijn met uitvoerbare veranderingen dan met ficties. Inzicht in (on)haalbaarheden ligt echter niet voor het oprapen. In dit verband hebben Van de Vrie en Van Elzaker geopperd veranderingen in beleid vanuit een 'machtsoptiek' te bestuderen.

Analyses van de machtsstructuren van de gezondheidszorg zouden volgens hen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de gewenste kennis over de haalbaarheid van veranderingen.

Elitekorps

Het toelatingsrecht in het kader van de ziekenfondsverzekering (de contractteerverplichting) en een 'professionele marktorde', die sterke overeenkomsten vertoonde met zogenaamde kartelafspraken in het bedrijfsleven, waren lange tijd voldoende om huisartsen de garantie van een 'redelijk inkomen' te bieden. Het totstandkomen van een wettelijk vestigingsbeleid paste geheel



Bij wie is het patiëntenbelang het beste verzekerd? Foto: Hans Zoete/Hollandse Hoogte

in het streven deze garantie te continueren.

In het streven naar financiële zekerheid onderscheiden de huisartsen zich geenszins van enige andere maatschappelijke groepering. Bepaald verschillend is echter wel de mate waarin groeperingen erin slagen dit streven om te zetten in voldongen feiten. Elders heb ik reeds betoogd dat het belangrijkste, reële wapenfeit van het vestigingsbeleid inderdaad de bescherming van de vooral financiële belangen van reeds gevestigde huisartsen was." Andere nobele doeleinden, zoals versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, kostenbeheersing, decentralisatie, democratisering, werkgelegenheid, spreiding en kwaliteit, kwamen beduidend minder uit de verf. Juist het feit dat het gevestigde 'elitekorps' erin kon slagen de feitelijke uitkomst van het vestigingsbeleid in zo'n grote mate aan de eigen belangen ten goede te laten komen duidt nauwelijks op de door Dekker en de zijnen gevestigde bereidheid tot verandering, en nog minder op het voorbijzien van deelbelangen. In artsenkringen wordt rust op het

financiële front voor én na Dekker onomwonden als een noodzakelijke voorwaarde voor verandering gesteld. Het tot dusver daadwerkelijk kunnen bewaren van deze rust wijst vooral op *macht*. Welke factoren vormen de basis van deze macht of, met andere woorden, wat zijn de 'machtsbronnen' waarover de huisartsen beschikken?

Bronnen van macht
Huisartsen vervullen een 'spilfunctie' in de gezondheidszorg. Voor de meeste patiënten fungeert de huisarts als toegangspoort tot andere gezondheidszorgvoorzieningen. Met name door zijn voorschrijf- en verwijsgedrag heeft hij grote invloed op de kosten van de gezondheidszorg. Bekend is dat huisartsen in het recente verleden niet geschroomd hebben deze potentiële machtsbron daadwerkelijk aan te spreken. Toen het wettelijk vestigingsbeleid destijds (september 1985) volgens hen wat lang op zich liet wachten, dreigden zij de toenmalige staatssecretaris met acties, zoals het sneller verwijzen van (meer) patiënten naar specialisten en het 'saboteren' van

de zogenaamde medicijnenknaak.. Enkele maanden later was het vestigingsbeleid een feit. Niet alleen tijdens de ontwerpfase, ook bij de uitvoering van het vestigingsbeleid deed de beroepsgroep uitdrukkelijk van zich spreken. Hier vormden de factoren 'informatie' en 'organisatie' de basis voor belangenbehartiging. Informatie speelde een rol bij de verzameling van gegevens over de praktijkomvang. Iedere huisarts moet minstens eenmaal per jaar aan burgemeester en wethouders van de gemeente waar hij is gevestigd, zijn praktijkomvang opgeven. Op basis van een vergelijking van deze getalsmatige gegevens met het aantal inwoners kunnen gemeenten bepalen of er al dan niet ruimte is om een vestigingsvergunning te verlenen. Verkeerde informatie kan resulteren in een door gemeenten groter veronderstelde gezamenlijke capaciteit bij de gevestigde huisartsen dan feitelijk aanwezig is. Dit zou er toe kunnen leiden dat een vergunning ten onrechte niet wordt verleend. Kortom, correcte en volledige informatie van de zijde van huisartsen is voor gemeenten

essentieel bij de uitvoering van het vestigingsbeleid. Het in werking treden van het 'Besluit beperking praktijkomvang huisartsen' per 15 april 1988 heeft dit belang slechts verder doen toemen.

Helaas lopen gemeentelijke belangen en huisartsenbelangen niet altijd parallel. Gevestigde huisartsen zullen er op basis van financiële motieven wellicht soms minder voor voelen om potentieel aanwezige vestigingsruimte door gemeenten volledig benut te zien worden. Hoe verleidelijk is het dan om bijvoorbeeld de benodigde gegevens een kleine opwaartse afwijking mee te geven? Gemeenten kunnen de juistheid van gegevens, vooral waar het gaat om aantallen particuliere patiënten, moeilijk controleren. Feit is in ieder geval dat de verzameling van gegevens door de gemeente op diverse plaatsen uiterst traag en moeizaam verloopt. Gegevens zijn moeilijk te krijgen, omdat de zaak voor veel huisartsen te 'gevoelig' en 'vertrouwelijk' ligt. Hierdoor is het soms ook niet mogelijk geweest om vestigingsaanvragen van nieuwe huisartsen in behandeling te nemen.¹

Organisatie en coöptatie
Volgens Van de Vrie en Van Elzaker is organisatie de belangrijkste machtsbron in de moderne samenleving. Ook in het veld van de gezondheidszorg is deze machtsbron sterk ontwikkeld. De feitelijke uitvoering van het vestigingsbeleid vertoont ook hier een aantal sprekende voorbeelden van. Zo is de beroepsgroep huisartsen vertegenwoordigd in de wettelijk voorgeschreven adviescommissie. Zo moest de beroepsgroep huisartsen gehoord worden vóórdat definitieve uitvoeringsbepalingen over regulering van de praktijkomvang werden vastgesteld. Een toelichting aan de hand van een ander voorbeeld toont de reële consequenties van het bezit van de machtsbron organisatie. Het voorbeeld betreft de procedure rond de vergunningverlening. Gemeenten zijn vrij in het nader vormgeven van deze procedure. Maar, de vrijheid is niet onbeperkt. De procedure is onder meer afhankelijk van de vorm waarin huisartsen hun beroep wensen uit te oefenen: 'Bij een huisarts die zich wenst te vestigen, zal in ieder geval door de gemeente inzage moeten worden verkregen in de resultaten van de gesprekken die deze met de beroepsgroep ter plaatse heeft gevoerd.' In concreto: 'bij samenwerkingsverbanden ligt het in de rede ervan uit te gaan dat in de eerste plaats moet worden aangetoond dat de andere samenwerker(s) of medewerkers, met wie samenwerking wordt aangegaan, het verzoek om vestiging steunen. Wanneer een

dienstverband in het geding is, zal een verklaring van de werkgever evenmin mogen ontbreken. Wanneer de zich vestigende huisarts lid is van de Landelijke Huisartsen Vereniging, is hij overigens mede gebonden aan de regels die deze beroepsorganisatie terzake van praktijkoverdracht [...] aan haar leden heeft opgelegd'. Weliswaar einde citaat, maar veelal het begin van conflicten over de precieze betekenis ervan. Volgens de huisartsen was het nu duidelijk dat in de fase voorafgaand aan een vergunningaanvraag eigen (selectie) procedures, en daarmee de eigen invloed op de keuze van nieuwe collega's, centraal dienden te staan. Volgens de gemeenten echter was het juist óók de bedoeling om vestiging van huisartsen te veranderen van een achter de schermen geregelde, private zaak tot een openbare zaak. Democratisering impliceerde voor hen meer dan slechts ja te mogen zeggen tegen vooraf door de beroepsgroep geselecteerde kandidaten. Ook andere betrokkenen (verzekeraars, patiënten) voelden meer voor open procedures met betere mogelijkheden om de besluitvorming te beïnvloeden. Volgens Vanderheyden stelt de beroepsgroep over het algemeen veel in het werk om door middel van coöptatie vrijgekomen vestigingsplaatsen zelf op te vullen.² Zeker de kleinere gemeenten stellen daar vaak een bestuurlijke behoedzaamheid tegenover; men laat de behoefte aan een goede verstandhouding met de gevestigde huisartsen veelal prevaleren boven het op de spits drijven van geschillen.

Met de komst van het vestigingsbeleid in 1986 zouden gemeenten gaan bepalen of er plaats was voor vestiging en wie deze plaats ging innemen. De praktijk liet een genuanceerder beeld zien. Op basis van 'informatie' en 'organisatie' slaagden de huisartsen er redelijk in om regels en inhoud van het vergunningenspel te blijven spelen. De eerder genoemde 'professionele markt-orde' of kartelvorming bleef nagenoeg intact. Het is dan ook nog maar zeer de vraag of het alternatief van een overeenkomstenstelsel zonder contracteerplichting er wél in zal slagen hierin verandering te brengen. Waarom zou kartelvorming via beroepsorganisaties wel de positie van gemeenten, maar niet die van verzekeraars kunnen uithollen? Het kabinet onderkent weliswaar dit gevaar, maar wijst op de mogelijkheid tot ingrijpen via het wettelijk mededingingsbeleid. Maar is dit voldoende effectief? En wat blijft er over van het streven naar deregulering, wanneer wettelijke bepalingen elkaar slechts aflossen? Vragen waarop ook het kabi-

net antwoorden schuldig blijft.

Inmiddels ondernemen de huisartsen voorzichtige toenaderingspogingen in de richting van het voorgestelde stelsel van certificering van aanbieders van zorg. Wellicht zien zij hierin een aantrekkelijke mogelijkheid om eigen voorwaarden te verbinden aan de werking van het nieuwe overeenkomstenstelsel. Aanbieders die niet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen moeten niet in aanmerking komen voor overeenkomsten met verzekeraars. Verzekeraars en beroepsbeoefenaren die zich niet houden aan de minimum-kwaliteitseisen, mogen niet worden toegelaten tot het 'officiële circuit'. Feitelijk impliceert het stelsel hiermee - ná het vestigingsbeleid - wederom een toelatingsbeleid met vergunningensysteem. Vergunningstelsels plegen traditioneel te werken in het voordeel van gevestigde belangen. Kortom, weinig nieuws onder de zon. Belangen lijken verzekerd, maar verandering?

Jos de Groot is onderzoeker bij de Rijksuniversiteit Limburg.

Noten

1. In antwoord op het *kamerlid* Oees tijdens een mondeling overleg van de vaste Tweede-Kamercommissie voor de Volksgezondheid over het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen (28 november 1985).
2. R. van de Vrie en A. van Elzaker, 'Gezondheidsbeleid en machtsversnippering', in: *Medisch Contact* 43 (1988), pg.1119-1122.
3. Professionele marktorde: een ordening van een markt van dienstverlening op zo'n wijze dat de professionele aanbieders van diensten in hoge mate zelf kunnen bepalen hoe de inhoudelijke (via de professionele autonomie) en economische voorwaarden (via prijs- en volumeafspraken door de beroepsverenigingen) zijn geregeld. Zie verder: G. Goudriaan en E. Heydelberg, 'Huisartsen houden zich niet steeds aan marktafspraken', in: *NRC Handelsblad*, 12 oktober 1985.
4. J. de Groot, 'Overheidsregulering in de gezondheidszorg: de case van het vestigingsbeleid huisartsen', in: *Beleidswetenschap* 2(1988), pg.145-158.
5. Zie ondermeer: K. Bais, 'De huisarts aan de leiband', in: *Welzijnsmaandblad* 40 (1986), pg. 35-37.
6. Zie 'Nota van Toelichting bij het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen', *Staatsblad* 1985, nr. 574.
7. P. Vanderheyden, 'Gevraagd: huisarts (MM) - Over de beleidsruimte van de gemeente in het vestigingsbeleid voor huisartsen', in: *Medisch Contact* 43 (1988), pg. 213-215.

De rechten van zwakzinnigen



Frans van der Pas



Dwangverpleging in de 18e eeuw. Uit: *Antipsychiatrie*. Deventer 1976



Dwangjak, in de 18e eeuw veel binnen de psychiatrie gebruikt. Uit: *Antipsychiatrie*. Deventer 1976

Een paar maanden geleden struikelde half Nederland over een foto in de kranten van een naakte vrouw aan een ketting in een zwakzinnigeninrichting. De andere helft van Nederland - inspectie, management en werkers in de gezondheidszorg - putte zich voornamelijk uit in verontschuldigen. Door de grillige en agressieve uitingen van Jolanda dreef ze deskundigen en personeel tot wanhoop. En, ook door de bezuinigingen, restte hen niets anders dan deze barbaarse oplossing.

Hevige beroering in gezondheidszorgland en daarbuiten, maar wat in de discussies niet aan bod kwam, was hoe het eigenlijk met de rechten van geestelijk gehandicapten is gesteld.

Frans van der Pas gaat hier wel op in.

Pinel is een beroemd man geworden in de geschiedenis van het verschijnsel inrichting. In de 18de eeuw, om precies te zijn in 1793, nam hij opgenomen mensen in inrichtingen te Parijs de ketenen af en liet hen in vrijheid geestesgestoord zijn, zij het wel binnen de muren van het gesticht. Met zijn actie werd historisch gezien de fase van de humanisering van de inrichtingszorg ingeluid.

In 1988 zien wij in de kranten een foto van een naakte vrouw aan een ketting. Zij heet gedragsgestoord te zijn. Is de inrichtingszorg in Nederland op haar retour en worden het weer opbergin-

stituten net zoals in de zeventiende en achttiende eeuw? Zover is het gelukkig niet, want het merendeel van de mensen die geestelijk gehandicapt is verblijft niet in een inrichting, maar thuis of in een gezinsvervangend tehuis. Hoewel hun mogelijkheden om volwaardig aan de samenleving mee te doen beperkt zijn door zowel hun mindere begaafdheden als door een maatschappij-inrichting waaraan zij geen functionele bijdrage kunnen leveren, is er geen sprake van dat de zorg die hen ten deel valt gekenmerkt wordt door onderdrukking, dwang of mishandeling. In de zwakzinnigenzorg zijn inzichten als

normalisatie, integratie en zorg-op-maat heersende richtlijnen voor de begeleiding. Het bieden van ontwikkelingskansen vanuit een veilige leefsituatie is hier een essentieel onderdeel van. Toch roept de behandeling die Jolanda ten deel is gevallen de vraag op hoe het zover is gekomen en hoe zich dit verhoudt tot al die humane en moderne benaderingswijzen.

Label

Jolanda blijkt te zijn ingedeeld in een categorie geestelijk gehandicapten, die bekend staat als licht geestelijk gehandicapt met gedragsstoornissen. In 1982

werd door een commissie onder voorzitterschap van de toenmalige inspecteur zwakzinnigenzorg van de hoofdinspectie voor de geestelijke gezondheid, dr. J. Hoening, het rapport over opvang van licht geestelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen uitgebracht. Volgens dit rapport zijn meer dan 850 van deze mensen in de verschillende voorzieningen opgenomen. Het merendeel in de zwakzinnigenzorg, een minderheid in de psychiatrie. Het rapport pleit voor gerichte en geconcentreerde zorg aan deze mensen. Het is dan ook triest te moeten constateren dat zeven jaar na dato de discussie over de gewenste opvang van deze mensen opnieuw gevoerd moet worden. Er is blijkbaar weinig vooruitgang geboekt.

De directeur van het Werkverband van ouders rond internaten wot (de belangenvereniging van ouders met een kind in een zwakzinnigenzorginrichting), Ph. Jongerius, vindt er geen doekjes om. In de *Volkscrant* van 6 december 1988 zegt hij 'Gevallen zoals dat van Jolanda zijn er veel meer. Mensen die regelmatig afgezonderd worden, die worden opgesloten in hun kamer, die ochtenden niet voor tien uur het bed uit mogen en er's avonds voor acht uur weer in moeten liggen, mensen die vroeger een electroschoek kregen en nu onder de psychofarmaca zitten. Platspuiten is er dan niet meer bij. Nee, tegenwoordig gaat dat oraal. Maar het effect is hetzelfde. De politiek weet dat ook. Ik hoop dat de bewindslieden weer schrikken. [...] De kwestie Jolanda geeft aan waar de verlegenheid zit en waar de tekorten in de hulpverlening zijn.'

Dit soort opmerkingen liegt er niet om. Er is een groep zwakzinnigen die de zwakzinnigenzorg aardig in het nauw drijft en waar nogal fors op wordt gereageerd.

Van Gemert geeft in zijn onderzoek *Gedragsgestoordheid bij zwakzinnigen* (Lisse 1985) aan dat gedragsgestoordheid geen ziekte of stoornis is, maar eerder een label dat aan een persoon wordt gehangen, nadat jarenlang tevergeefs is geprobeerd om er iets van te maken. Het stempel gedragsgestoordheid op iemand zetten geeft aan dat zorgverleners, ouders en deskundigen vastgelopen zijn. Ze weten het niet meer. Hun handelingsverlegenheid wordt gecamoufleerd door deze mensen gedragsgestoord te noemen. Hij somt zes verschijnselen op die achter dit stigma schuilen:

1. Een slechte prognose: 'er komt niets van terecht'.
2. Veel sterke verhalen over wat er allemaal is voorgevallen.
3. De doelstelling van de behandeling

is onduidelijk.

4. Er zijn veel afspraken over wat te doen door de groepsleiding en in welke gevallen. Er zijn strakke regels afgesproken.
5. Het gedrag is onverklaarbaar.
6. Therapie heeft meestal slechte resultaten.

Zoals hij zelf zegt, 'er is activiteit genoeg, maar weinig doelgericht en inzichtelijk handelen door groepsleiding en deskundigen'. Gedragsgestoordheid is dus geen diagnostisch begrip, hooguit een uitspraak van zorgverleners. Deze heeft betrekking op mensen die met grote regelmaat en in extreme mate de regels van het leefmilieu overtreden. Een leefmilieu dat in de zwakzinnigenzorg graag omschreven wordt als recht-doend aan de eigenheid van geestelijk gehandicapten, hen optimale ontplooiing binnen hun beperkte mogelijkheden biedend en dat een open relatie heeft tot een samenleving, waarin geestelijk gehandicapten gezien en geaccepteerd worden. Maar zoals altijd hebben dit soort benaderingen, die uitgaan van het goede en sociale in de mens, hun keerzijden. Niet iedereen laat zich in zo'n optimistisch kader plaatsen, laat staan zich ernaar gedragen. Hoe sterker groepsleiding, ouders en politici deze normen propageren, hoe groter de kans dat een aantal mensen uit de boot valt. Zeker als door bezuinigingen de begeleiding in leefgroepen door minder mensen moet worden gedaan. De stress onder de groepsleiding neemt toe en de tolerantie voor afwijkend gedrag vermindert evenredig. Er komen steeds meer lastpakken.

Deze tendens is in de zwakzinnigenzorg waarneembaar. Discussies onder de groepsleiding over hoe om te gaan met probleemgedrag komen steeds veelvuldiger voor. Psychologen en orthopedagogen hebben er een aardige kluit aan. Begrippen als normalisatie, integratie en ontplooiing zijn visies die in wezen een aangepast gedrag van de geestelijk gehandicapten veronderstellen en nastreven. Mensen als Jolanda gedragen zich niet volgens deze normen, zijn er ook niet in te persen en komen daardoor in de schaduw van de inrichting terecht.

Iedere zichzelf respecterende inrichting zal zich - zeker na al die publiciteit rond Jolanda - graag uitspreken over wat ze allemaal voor deze probleemgevallen doen. Er zullen genoeg voorbeelden zijn van zeer intensieve begeleiding door groepsleiding en deskundigen. Geen enkele voorziening zal in het licht geplaatst willen worden als zou ze deze mensen aan hun lot overlaten. Ook de inrichting Hendrik van Boeyenoord in Assen wil dat niet. Zij ver-

ontschuldigen zich door te zeggen dat toch alles geprobeerd is met deze vrouw. Ook andere ouders die een zoon of dochter in het Van Boeyenoord hebben zitten, brengen deze geluiden naar buiten, niet in het minst om de eigen gemoedsrust te kunnen handhaven. Dat de ouders van Jolanda en zichzelf daardoor nog meer gekweld worden, is een triest en hard gelag. De vuile was buiten hangen wordt hen niet in dank afgenomen.

De foto heeft echter zo'n impact op media, publieke opinie en politiek gehad dat staatssecretaris Dees van Volksgezondheid niet anders meer kon - en hij zal het ook wel altijd zo gewild hebben - dan extra geld voor de gedragsgestoorden beschikbaar stellen. Voor dit jaar heeft hij al twee miljoen extra neergegeld om 130 opvangplaatsen, verdeeld over meerdere inrichtingen, te kunnen realiseren. Commissies zijn aan het werk om snel met gerichte aanbevelingen te komen, zowel specifiek voor Jolanda als voor de gedragsgestoorden in zijn algemeenheid.

Rechtsbescherming

Extra geld en gerichte aandacht voor een goede opvang die ondersteund wordt door deskundige adviezen zijn gunstige ontwikkelingen, die in een stroomversnelling zijn geraakt. Maar de foto en het verhaal van Jolanda laten heel pijnlijk zien dat er desondanks sprake kan zijn van een ontoelaatbare behandeling. De rechtsbescherming in de zwakzinnigenzorg heeft tot nu toe weinig aandacht in de discussies gekregen. Is in de psychiatrie deze discussie zeer openlijk en fel gevoerd, in de zwakzinnigenzorg valt er niet veel over te vernemen.

In 1971 werd door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties de 'Verklaring van de Rechten van de Geestelijk Gehandicapten' aangenomen (zie ook het kader). In artikel 6 staat dat geestelijk gehandicapten recht hebben op bescherming tegen uitbuiting, misbruik en ontorende behandeling. In het geval Jolanda lijkt deze bescherming niet geboden te kunnen worden. De ouders hebben jaren machteloos geknokt voor een betere behandeling. De behandeling valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de inrichting. De inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid voert weliswaar het toezicht op de kwaliteit van de behandeling uit, maar heeft geen mogelijkheden om een wijziging van de behandeling af te dwingen. In theorie kan hij de erkenning van een inrichting intrekken, maar in de praktijk zal dat niet voorkomen. Rest hem slechts overleg en druk uitoefenen. Het tegenstrijdige is dat, zodra aan het

licht komt dat ouders hun kind zo behandelen, er binnen de kortst mogelijke tijd door de kinderbescherming en justitie actie wordt ondernomen, ongeacht wat de beweegredenen van de ouders ook geweest zouden zijn. Naakt aan een ketting kan gewoon niet. Als de ouders de zorg voor hun kind echter vrijwillig aan een inrichting overdragen, blijken de overwegingen ineens wel in ogeschouw genomen te worden en moet een ieder begrip hebben dat het 'echt niet anders kon'.

Onterend

In de zwakzinnigenzorg zijn er maar twee expliciete richtlijnen bekend en wel die voor het gebruik van apparaten voor electro-aversietherapie en die voor sterilisatie. Een meldingsplicht voor voorzieningen in de zwakzinnigenzorg om de inspectie voor de volksgezondheid op de hoogte te stellen van dwangbehandelingen en vrijheidsbeperkende maatregelen is er niet. De hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, de heer van Borsum-Waalkes, stelt dat de inspectie voorstander is van een meldingsplicht van de zogenaamde 'beschermende maatregelen', juist als ze langdurig worden toegepast. Deze meldingsplicht is er nu niet. Onafhankelijke klachtencommissies of ombudslieden zoals de patiënten vertrouwenspersonen in de psychiatrie, kent de zwakzinnigenzorg niet. Er zijn hoogstens interne klachtenprocedures en familieraden actief. Vanuit het oogpunt van een juridisch gefundeerde rechtsbescherming stelt dit echter allemaal weinig voor.

Er wordt al jarenlang gewerkt aan het instellen van een mentor. Of deze een werkelijke juridische rechtsbescherming mogelijk maakt, valt nog te bezien. Een mentor zal geen andere positie hebben dan een doorsnee ouder die de belangen van zoon of dochter behartigt. En deze kan in het uiterste geval, als het allemaal te gortig wordt, een aanklacht indienen bij justitie of de persoon meenemen naar huis. Maar dit is geen reëel perspectief. Ouders vertrouwen juist hun kind aan de zwakzinnigenzorg toe, omdat ze de zorg zelf niet meer aankunnen.

Het geval Jolanda laat echter zien dat er een moment is dat beschermende maatregelen omslaan in ontorende behandelingen. Het probleem daarbij is dat de rechtsbescherming van deze mensen helemaal in handen van de inrichtingen is. Zolang deze geen toestemming behoeven te vragen aan personen of instanties buiten de inrichting noch melding behoren te doen van het langdurig gebruik van beschermende maatregelen zijn gehandicapten, en zeker de gedragsgestoord gelabelde gehandicapten, een vogelvrije groep.

VERKLARING VAN DE RECHTEN VAN GEESTELIJK GEHANDICAPTEN

Indachtig de plechtige belofte van de Lid-staten van de Verenigde Naties ingevolge het Handelsvest gezamenlijk en afzonderlijk in samenwerking met de Organisatie hogere levensstandaarden, arbeid voor allen en voorwaarden voor economische en sociale vooruitgang en ontwikkeling te bevorderen.

Opnieuw bevestigend hun vertrouwen in de rechten van de mens en de grondvrijheden, alsmede in de beginselen van vrede, van de waardigheid en de waarde van de mens en van sociale rechtvaardigheid zoals deze in het Handvest zijn verkondigd.

In herinnering brengend de beginselen van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, de internationale Verdragen inzake de Rechten van de Mens, de Verklaring van de Rechten van het Kind en de normen inzake sociale vooruitgang die reeds zijn neergelegd in de statuten, conventies, aanbevelingen en resoluties van de internationale Arbeidsorganisatie, de Organisatie der Verenigde Naties voor Onderwijs, Wetenschap en Cultuur, de Wereldgezondheidsorganisatie, het Kinderfonds van de Verenigde Naties en andere betrokken organisaties.

Wijzend op het feit dat Verklaring inzake Sociale Vooruitgang en Ontwikkeling verkondigt dat het noodzakelijk is de rechten van de geestelijk en/of lichamelijk gehandicapten te beschermen en hun welzijn en rehabilitatie te verzekeren.

Indachtig de noodzaak de geestelijk gehandicapten te helpen hun vaardigheden op verschillende gebieden te ontwikkelen, hun integratie in het normale leven zo veel als mogelijk is te bevorderen.

Zich ervan bewust dat sommige landen zich in hun huidige stadium van ontwikkeling slechts beperkte inspanningen in deze richting kunnen getroosten.

Proclameert deze Verklaring van de Rechten van Geestelijk Gehandicapten en dringt aan op het nemen van nationale en internationale maatregelen die er op zijn gericht dat deze Verklaring wordt aangewend als een gemeenschappelijke grondslag en als gemeenschappelijk referentiekader voor de bescherming van deze rechten:

1. De geestelijk gehandicapten genieten zo veel als doenlijk, dezelfde rechten als andere mensen.
2. De geestelijk gehandicapten hebben recht op behoorlijke medische verzorging en fysische therapie, alsmede op het onderwijs, de opleiding, de rehabilitatie en de begeleiding, door middel waarvan zij in staat worden gesteld hun vaardigheid te ontwikkelen en hun potentiële mogelijkheden tot ontplooiing te brengen.
3. De geestelijk gehandicapten hebben recht op economische zekerheid en op een behoorlijke levensstandaard. Zij hebben het recht produktieve arbeid te verrichten of zich bezig te houden met ander zinvol werk in de mate die hun vermogens hun toestaan.
4. Indien mogelijk, dienen de geestelijk gehandicapten met hun andere gezinsleden samen te wonen of bij pleegouders, en deel te nemen aan verschillende vormen van maatschappelijk leven. Het gezin waarvan zij deel uitmaken, dient bijstand te ontvangen. Indien verzorging in een inrichting noodzakelijk is, dient dit te geschieden in een omgeving en onder omstandigheden die een normaal leven zo dicht mogelijk benaderen.
5. De geestelijke gehandicapten hebben recht op bijstand van een bevoegde curator, indien dit ter bescherming van hun persoonlijk welzijn en hun persoonlijke belangen noodzakelijk is.
6. De geestelijk gehandicapten hebben recht op bescherming tegen uitbuiting, misbruik en ontorende behandeling. Indien zij voor enig delict gerechtelijk worden vervolgd, hebben zij recht op een behoorlijke rechtsgang, waarbij ten volle rekening wordt gehouden met de mate van hun toerekeningsvatbaarheid.
7. Indien geestelijk gehandicapten vanwege de ernst van hun handicap niet in staat zijn al hun rechten op behoorlijke wijze uit te oefenen, of indien het noodzakelijk is enige of al deze rechten te beperken of hun deze te ontzeggen, dan dient de procedure waarbij dit geschiedt passende wettelijke waarborgen te bevatten tegen elke vorm misbruik. Deze dient te zijn gebaseerd op een beoordeling van de mate van socialisatie van de geestelijk gehandicapte door bevoegde deskundigen; zij dient periodiek te worden herzien en vatbaar te zijn voor hoger beroep.

Aangenomen door de Algemene Vergadering der Verenigde Naties op 20 december 1971

Geneeskunde op hellend vlak

Verslag van een conferentie



Anne-Marie Raat



Charles Brooks vlak na zijn executie. Hij was de eerste Amerikaan die door middel van een dodelijke injectie werd geëxecuteerd.

Afgelopen januari werd er in Parijs een internationale conferentie gehouden over de rol van artsen bij martelpraktijken, lijfstraffen en de voltrekking van de doodstraf.

Hoever kan én mag de medische betrokkenheid hierbij gaan?

Dit driedaagse congres was georganiseerd door de medische

beroepsgroep van Amnesty Frankrijk. Uiteraard was Nederland ook met een delegatie vertegenwoordigd. Anne-Marie Raat was een van hen en zij brengt verslag uit over wat daar zoal aan de orde is geweest en besloten.

In 1973 werd, óók in Parijs, voor het eerst een door Amnesty International georganiseerd congres gehouden, waar werd gesproken over het belang van medisch-ethische principes bij de bestrijding van martelen. Er volgden conferenties in Athene (1978), Kopenhagen (1986) en

Montevideo (1987).

De afgelopen zestien jaar is er, althans op papier, veel vooruitgang geboekt: in 1975 verscheen de *Verklaring van Tokio* van de *World Medical Association*, deze verbiedt artsen deel te nemen aan martelpraktijken, en in 1981 werd op de eerste internationale Conferentie

on *Islamic Medicine* de *Declaratie van Koeweit* geformuleerd.

Geïnspireerd door de inspanningen van de genoemde organisaties kwamen de Verenigde Naties in 1982 met de *Principles of medical ethics*, die voor artsen én gezondheidswerkers geldt.

Alle ethiek ten spijt is het martelen (de 'pest van deze eeuw') én de medische betrokkenheid erbij de laatste jaren alleen maar toegenomen, alsmede de vervolging van artsen en anderen die zich daartegen verzetten. Het antwoord op de vraag hoe hiertegen kan worden opgetreden moet slechts voor een klein deel gezocht worden in het aanvullen en veranderen van details van de vele bestaande internationale verdragen (zie hiervoor ook de inzet/het kader).

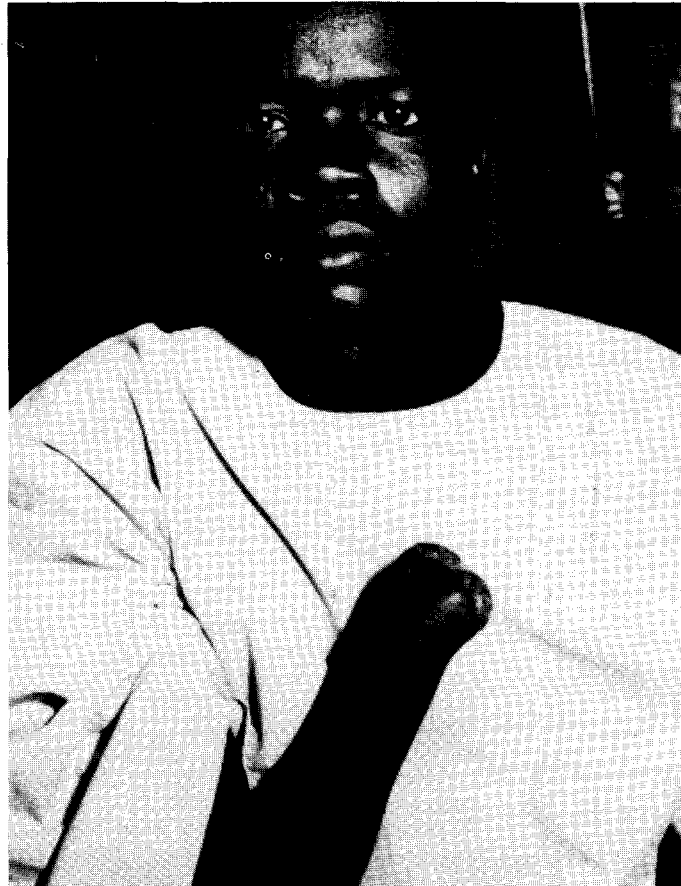
Van meer belang is echter dat deze conventies worden nageleefd en dat er sancties komen. Over deze vragen discussieerden in Parijs meer dan 100 deelnemers van organisaties als *Voice against Torture* (Pakistan), het *Committee of Concerned Forensic Scientists*, het Internationale Rode Kruis, de *International Commission of Health Professionals*, de medische beroepsgroepen van *Amnesty International* in Europa, en nog vele anderen. Er waren vijftien gasten om te getuigen, onder andere uit Chili, Turkije, Mauretanië en Roemenië. Ook waren er twee vertegenwoordigers van de Zuid-Afrikaanse NAMDA (*National Medical and Dental Association*), een anti-apartheidsartsenorganisatie die in 1982 werd opgericht uit onvrede met de rol die de MASA (*Medical Association of South Africa*) had gespeeld in de affaire Biko.

Doodstraf

Na een plenaire sessie werd in vier groepen verder gewerkt. De eerste, waaraan ik zelf deelnam, boog zich over de internationale verdragen. Van groot belang, gezien de internationale campagne voor afschaffing van de Doodstraf die Amnesty International dit jaar gaat voeren, zijn de uitspraken over de opstelling van gezondheidswerkers bij de doodstraf. In 1981 verklaarde de *World Medical Association* dat 'lyhysician's only role would be to certify death once the State had carried out the capital punishment'. Problemen doen zich voor als de in veel landen verplicht bij de executie aanwezige arts constateert dat een persoon net niet overlijdt doordat te weinig gas of stroom is

gegeven. Om de 'genadeslag' toe te dienen verzoekt de arts om méér, maar hij of zij wordt zo medeplichtig aan de executie. Om deze medicalisering van de doodstraf tegen te gaan werd door de groef aanbevolen om de dood pas officieel door een arts te laten vaststellen enige uren nadat deze is ingetreden.

Een onderwerp dat nogal eens met een zeker cultuurrelativisme wordt bena-



Amputatieslachtoffer uit Soedan, wiens rechterhand na een veroordeling voor diefstal werd geamputeerd. Foto: Amnesty International

derd vormen de lijfstraffen (*legal sanctions*), waarbij artsen vaak tot de keuring (voor stokslagen) of de uitvoering (bijvoorbeeld van amputaties) verplicht zijn. Officieel heten deze straffen buiten de definitie van marteling te vallen, zoals die door de Verenigde Naties wordt gehanteerd, en ook een gezaghebbende publikatie als het *Torture Report*, uitgegeven door de *British Medical Association* in 1986, veraschuwt lijfstraffen wel, maar veroordeelt ze niet.

De deelnemers uit de islamitische landen wezen erop dat geselingen niet

specifiek zijn voor de Sharia, maar men was het ondanks niet eens of dit ook voor de amputaties geldt. Uiteindelijk werd door het congres een motie aangenomen, waarin elke medische betrokkenheid bij lijfstraffen wordt afgekeurd.

Eveneens sterk cultureel bepaald is het al dan niet gedwongen voeden van hongerstakers, helaas weer een actueel probleem. De laatste jaren is ons denken hierover vooral geënt op respect voor de morele autonomie van de gevangene, met als uiterste consequentie de dood. In de discussies bleek deze houding 'tegen het leven' onder andere voor de Islam niet aanvaardbaar. En in een aantal landen, waaronder Frankrijk, is het op deze wijze 'meehelpen' aan een zelfdoding nog steeds strafbaar. Toch werd uiteindelijk gepleit voor internationale steun aan artsen en organisaties die zich tegen het gedwongen voeden van hongerstakers verzetten.

Zwarte lijst

De werkgroep die de rol van internationale organisaties bestudeerde, pleitte voor het instellen van een slagvaardige 'klachtenbank' met een openbare zwarte lijst van artsen en gezondheidswerkers die zich niet aan hun codes houden.

Een derde groep, die zich boog over de functie van nationale organisaties, had veel aandacht voor de noodzaak van afstand tussen de (gevangenis) arts en de staat. Geadviseerd werd verder om bij elke dood tijdens detentie obductie te laten verrichten, waar nodig

door iemand van buiten het land (vele forensisch pathologen zijn hiervoor beschikbaar) en liefst volgens een protocol.

Ten vierde was er een groep die aanbevelingen deed voor meer en beter onderwijs (én examinering!) in de medische ethiek; de WHO en artsenor-organisaties zouden dit moeten stimuleren. In Nederland is de medische beroepsgroep van Amnesty International bezig om samen met het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen en de Johannes Wier stichting activiteiten op dit gebied te ontplooien.

Zuid-Afrika

Op een druk bezochte slotzitting, waarbij ook de pers aanwezig was, werden getuigenissen afgelegd door artsen uit Turkije, Chili, Pakistan (met een video van een geseling), Algerije en Zuid-Afrika. Over de laatste twee landen waren moties ingediend. In het geval van Zuid-Afrika behelsde deze dat de *Medical Association of South Africa* de Verklaring van Tokio beter zou moeten naleven in plaats van artsen als Ivor Lang (de gevangenisarts van Steve Biko/AR) de hand boven het hoofd te houden. Verder heeft de WMA vorig jaar een buitengewoon onkritisch rapport gepubliceerd over de gezondheidszorg in Zuid-Afrika en de rol van de MASA waarin bovendien verdachtmakingen voorkomen aan het adres van de anti-apartheids artsenorganisatie, de NAMDA. Gevolgen van het rapport waren onder andere bedreigingen van NAMDA-leden en nog minder fondsen voor hun nazorgprojecten voor ex-gevangenen.

De secretaris-generaal van de WMA, de Belg dokter Wynen, protesteerde dan ook zeer fel in woord en geschrift tegen de motie, die uiteindelijk buiten de zaal massaal is ondertekend. Voor alle duidelijkheid: de KNMG is geen lid meer van de WMA en heeft met nog acht landen, die ook tegen het Zuid-Afrikaanse lidmaatschap gekant zijn, de zogenaamde Torontogroep gevormd. Op een ons aangeboden woonboot in de Seine had uiteindelijk de echte slotzitting plaats. Daar werden reeds gelegde contacten op informele wijze verstevigd en vele plannen gemaakt.

Anne-Malie Raat is arts en voorzitter van de medische beroepsgroep van Amnesty Nederland.

VERKLARING VAN TOKIO

Richtlijnen voor artsen met betrekking tot martelingen en andere vormen van wrede, onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing van gedetineerden en gevangenen.

Inleiding

Het is het voorrecht van de arts de geneeskunde te beoefenen in dienst van de mensheid, te werken aan het behoud en het herstel van de lichamelijke en de geestelijke gezondheid zonder onderscheid des persoons, zijn of haar positie bij te staan en hun lijden te verzachten. Zelfs onder begeleiding dient het menselijk leven tot het uiterste te worden geëerbiedigd; medisch kennis mag niet worden aangewend in strijd met de wetten van menselijkheid.

In het kader van onderstaande verklaring wordt marteling gedefinieerd als het opzettelijk, stelselmatig of moedwillig toebrengen van lichamelijk of geestelijk lijden door één of meer personen, handelend uit eigen beweging of op bevel van enige autoriteit, met het doel iemand anders te dwingen medelingen te verstrekken of een bekentenis af te leggen dan wel om enigerlei andere reden.

Verklaring

1. Een arts zal geen steun verlenen aan martelpraktijken of aan andere vormen van wrede, onmenselijke of vernederende behandeling, ze met vergoedelijk of eraan deelnemen, ongeacht het vergrijp waarvan het slachtoffer wordt verdacht, waarvoor het is aangeklaagd of waaraan het schuldig is bevonden, ongeacht ook de overtuigingen of motieven van het slachtoffer. Deze richtlijn geldt onder alle omstandigheden, gewapende strijd en burgeroorlog inbegrepen.
2. Een arts zal geen ruimte, instrumenten, stoffen of kennis verstrekken met het doel martelingen of andere vormen van wrede, onmenselijke of vernederende behandeling - dan wel het vermogen van het slachtoffer zo'n behandeling te doorstaan te verminderen - mogelijk te maken.
3. Een arts zal bij geen enkele gelegenheid bij marteling of andere vormen van wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of dreiging daarvan aanwezig zijn.
4. Een arts moet geheel zelfstandig kunnen beslissen over de verzorging van een persoon voor wie hij of zij als arts verantwoordelijk is. De fundamentele rol van de arts is het leed van zijn of haar medemensen te verlichten. Geen motief - zij het persoonlijk, collectief of politiek - mag dit hogere doel overheersen.
5. Wanneer een gevangene voedsel weigert en door de arts in staat wordt geacht tot een zuiver en rationeel oordeel over de gevolgen van zo'n vrijwillige voedselweigering, mag hij of zij niet kunstmatig worden gevoed. De oordeelskundigheid van de gevangene terzake dient door ten minste één andere arts te worden bevestigd. De gevolgen van voedselweigering moeten de gevangenen door de arts worden uitgelegd.
6. De *World Medical Association* zal hulp bieden - en zij zouden dienen te bevorderen dat anderen (de internationale gemeenschap, de nationale artsengenootschappen, collegae artsen) dat ook doen - aan die artsen en hun gezinsleden die worden bedreigd of tegenwie represailles worden genomen op grond van hun weigening begunstigen te tonen voor martelpraktijken of andere vormen van wrede, onmenselijke of vernederende behandeling.

Noten

1. Het boekje *Ethical Codes and Declarations relevant to the health professions: Amnesty International compilation of selected ethical texts* is verkrijgbaar bij Amnesty in Amsterdam, tel. 020-264436. Tevens kunt u hier meer informatie krijgen over het werk van de medische beroepsgroep.

2. Zie ook: V. van Amelsvoort, 'Lijfstraffen en de rol van de arts', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 5, (1987), pg. 32-35.

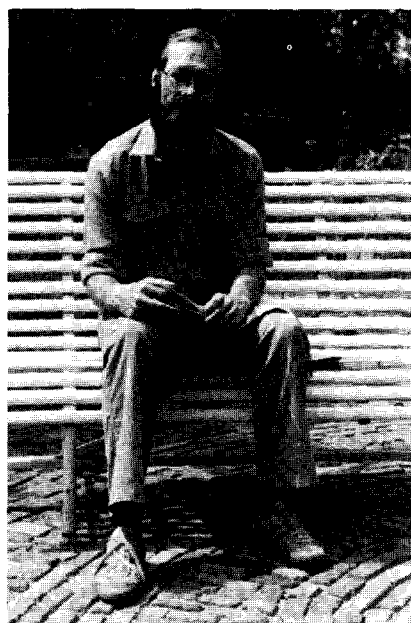
3. Sinds vorig jaar bestaat er een werkgroep over de gezondheidszorg in Zuidelijk Afrika. Voor meer informatie: Johannes Wier stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

De stand van zaken in de alternatieve geneeswijzen

Interview met dr. Cor Aakster



Hans Spijker
Goof van de Wijngaart



Ruim één miljoen Nederlanders bezoeken jaarlijks een alternatieve genezer; gemiddeld twaalf keer per jaar, becijferde het Centraal Bureau voor de Statistiek en dat betekent een verdubbeling ten opzichte van 1981.

Naast een kwantitatieve groei maken de alternatieve geneeswijzen ook op andere gebieden een sterke ontwikkeling door. In 1977 kwam er in de vorm van een congres in het Amsterdamse Krasnapolsky een eerste samenwerking tot stand tussen de verschillende organisaties van artsen, therapeuten en patiënten.

Voor dat doel werd de Commissie Gelijke Rechten voor Alle Geneeswijzen opgericht. Het eerste - en ook het belangrijkste - succes van deze commissie was het door de toenmalige staatssecretaris Hendriks instellen van de commissie Alternatieve

Geneeswijzen (doorgaans naar zijn voorzitter de commissie Muntendam genoemd), welke de regering een aantal aanbevelingen deed om tot een geleidelijke en gestuurde ontwikkeling en integratie van alternatieve geneeswijzen te komen. Anno 1989 zijn de meeste aanbevelingen omgezet in concrete activiteiten.

Werden in 1977 nog de koepels als het NOVAG (Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers), het LOPAG (Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties Alternatieve Geneeswijzen) en de AAG (Artsenfederatie van Additieve/Alternatieve geneeswijzen) opgericht om orde te scheppen in het chaotische alternatieve wereldje, tien jaar later bij het jubileumcongres van de LOPAG is de 'status' van de alternatieven aanzienlijk toegenomen: 'reguliere' hoogleraren, de voormalige staatssecretaris Van der Reyden, de huidige staatssecretaris Dees en CDA-woordvoerder Lansink spraken de aanwezigen toe.

Ook aan de basis blijkt een toenemende erkenning. Uit een onderzoek - in opdracht van het ministerie van WVC - bleek dat 47% van alle huisartsen één of meer alternatieve geneeswijzen toepast. Vooral homeopathie, toegepast door 40% van de huisartsen, is langzamerhand deel gaan uitmaken van de dagelijkse routine in de spreekkamer.

Ontwikkelingen genoeg dus in de wereld van de alternatieve geneeswijzen. We spraken hierover met dr. Cor Aakster. Hij is medisch socioloog, zelfstandig werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg en maakte onder meer deel uit van de commissie Muntendam.

Wat is er gebeurd met de aanbevelingen van de commissie Muntendam?

'De aanbevelingen waren een compromis tussen goedwillende mensen uit de alternatieve en reguliere sector, die door "neutrale" deskundigen naar elkaar toe gepraat werden. Zij waren voor een geleidelijke en gestuurde ontwikkeling van de alternatieve geneeswijzen.

Er is nu een punt gevonden, waar de overheid continue aandacht kan schenken aan de alternatieve geneeswijzen: de commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Een permanente adviescommissie die rechtstreeks aan de minister of de kamer mag adviseren en waarin vertegenwoordigers uit het alternatieve veld mede zitting hebben.

Een aanbeveling die niet is uitgevoerd, is dat er meer aandacht aan het onderwijs besteed moet worden. In 1987 heeft het Centrum voor Onderwijsonderzoek van de Universiteit van Amsterdam een inventarisatie gemaakt van wat er op HBO-opleidingen en op faculteiten medicijnen, tandheelkunde en diergeneeskunde aan onderwijs over andere geneeswijzen wordt gedaan. Op HBO-niveau blijkt het aardig van de grond te komen, maar het is niet in alle gevallen structureel ingebouwd, dus niet verplicht en afhankelijk van de visie van een docent. Op de universiteiten zijn enkele vakgroepen die er onderwijs in verzorgen, maar dat is soms meer om de aanstaande artsen te waar- schuwen voor deze verderfelijke zaken. Er bestaat inmiddels wel een aantal academies voor natuurgeneeswijzen, die niet door de overheid worden erkend. Deze streven naar een opleiding op HBO-niveau, maar ik betwijfel of ze in alle gevallen dat niveau wel halen. De intentie is er echter wel en de kwaliteitseisen worden steeds verder opgeschroefd, op den duur zal men inderdaad wel op HBO-niveau zitten. Na- en bijscholing voor artsen is ook al aardig gevorderd: denk aan de opleidingen homeopathie en acupunctuur. De commissie Muntendam heeft verder aanbevolen een budget voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te stellen. Dat is er nu: er is ongeveer één miljoen per jaar om onderzoek te doen naar de effectiviteit van geneeswijzen. Iedereen kan daarvoor in aanmerking komen, de advisering loopt via het Transferpunt voor Geïntegreerde Geneeskunde en de Gezondheidsraad.¹ Helaas kun je nog niet zeggen dat het

onderzoek tot nu toe tot heel concrete resultaten heeft geleid, het neemt veel meer tijd dan men aanvankelijk dacht.'

Ziekenfondsen

'Een andere belangrijke aanbeveling was die over het vergoeden van de kosten van alternatieve geneeswijzen. Driekwart van de particuliere ziekte- kostenverzekeraars heeft inmiddels een of ander pakket alternatieve geneeswijzen. Soms alleen maar bestaande uit homeopathie en soms alles dekkend, inclusief paranormale genezers. De een

Integratie zal pas echt een feit zijn, wanneer de gang naar de alternatieve arts of therapeut vanaf het eerste moment dat er professioneel naar je klacht gekeken wordt, een keuzemogelijkheid is.

met een hoog eigen risico, de ander met een maximale vergoeding van 30 gulden per consult. Heel gevarieerd dus, maar driekwart heeft het in zijn pakket en wie particulier verzekerd is en niet tevreden over dat pakket, gaat gewoon naar een ander. Wel is zo'n grote variatie aan regelingen wat verwarrend voor de consumenten.

Bij de ziekenfondssector ligt het wat moeilijker. Men kan, zegt men, wettelijk gezien de alternatieve geneeswijzen in het huidige verstrekkingenpakket niet kwijt, omdat de alternatieve geneeswijzen daarin niet worden genoemd. Omdat ze niet in de wet zijn genoemd, kunnen ze er ook niet in, terwijl ze er voor een deel natuurlijk wel in zitten, namelijk wanneer ze onder de noemer van huisartsgeneeskunde worden verstrekt. Er zijn antroposofische, homeopatische en natuurgeneeskundige huisartsen of huis- artsen-acupuncturisten: dan is er geen enkel probleem. Voor de patiënten die erin slagen zich bij zo'n huisarts - als die in de buurt zit - te laten inschrijven, is de vergoeding opgelost.

Ongeveer driekwart van de zieken- fondsen heeft alternatieve geneeswijzen in hun aanvullende verzekering onder- gebracht en dat ook weer met die grote variatie die ik net voor de particuliere verzekeraars schetste. Het is een ont- wikkeling. Vooral vanuit de ledenraden van de fondsen werd er druk uitgeoefend en omdat er voorlopig wettelijk geen andere mogelijkheden zijn, werden de geneeswijzen in het aanvullende pakket opgenomen. Brabant en Zeeland blijven daarbij wat achter, en ook het midden van het land een beetje. Maar in het noorden en oosten van het land zijn bijna alle ziekenfondsen zover ze dat de

alternatieve geneeswijzen in het aan- vullende pakket hebben.'

Hoe komt het volgens u dat verschillen- de regio's achterblijven?

'Ik denk een beetje het klimaat en misschien ook wel onvoldoende druk van de verzekeren. Belangrijk is ook of de alternatieve artsen en therapeuten in zo'n regio zich hebben georganiseerd en zo een gesprekspartner voor de ziekenfondsen kunnen zijn. Een zie- kenfonds wil nu eenmaal, als ze zo'n regeling hebben, afspraken maken met een representatieve organisatie in hun regio; als de zaak verdeeld is, lukt dat niet'.

Kun je zeggen dat in bepaalde regio's meer alternatieve artsen en therapeuten gevestigd zijn dan in andere?

'Dat weet ik niet. Ik heb nog geen indruk gekregen van de

spreiding over het land. Er zijn wel plannen geweest om eens een kaart te maken met allemaal vlaggetjes wie waar zit, maar dat is natuurlijk wel een gigantische job, als je 6000 vlaggetjes moet plaatsen! Ik denk dat de alterna- tieve genezers vrij gelijkmatig over Nederland zijn verspreid, met dit verschil - maar dat geldt voor iedereen die zich vrij kan vestigen - dat men zich doorgaans vestigt in een gebied waar men de nodige vraag verwacht. Dus: de grote stedelijke centra, de geurbaniseerde gebieden of een klein dorp op het snijvlak van twee autobanen, zo iets dergelijks. Er zijn dan regio's die wat minder bedeed worden. Maar het kan ook zijn dat een huisarts ergens wat afgelegen zit en juist daarom - en omdat hij een kleine praktijk heeft - denkt dat hij naast z'n consultatieve praktijk nog wat ruimte voor extra inkomsten heeft.

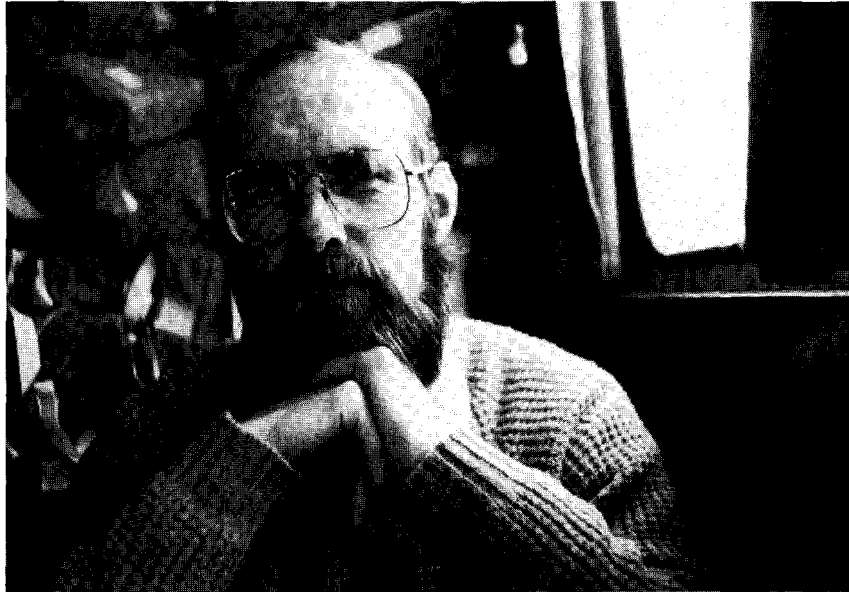
Wel moet je als patiënt als je gebruik wil maken van een alternatieve arts wat grotere afstanden afleggen dan wanneer je naar je huisarts of naar het zieken- huis gaat, vooral als je iemand van je eigen richting zoekt. Ik woon in Dwin- geloo en als ik naar een arts voor na- tuurgeneeswijzen wil, moet ik er zeker een kilometer of twintig voor reizen. Misschien is dat in Zeeland door de slechte verbindingen wat meer.'

Heeft het vestigingsbeleid voor huis- artsen in dit verband mogelijkheden? Je ziet steeds vaker advertenties in de krant staan waarin gemeentebesturen huisartsen vragen te solliciteren. Voor de patiëntenbeweging alternatieve geneeswijzen zou dat een mogelijkheid kunnen zijn om invloed uit te oefenen. 'Ja, dat is zeker waar en het gebeurt ook. Een paar jaar geleden zijn er

vanuit de alternatieve artsen- en patiëntenkoepels berichten het land in gestuurd om patiënten informatie te geven over de vestigingsproblematiek. Er zijn documentatiemappen gemaakt waardoor patiënten op de hoogte raakten van de wettelijke regelingen en procedures die er zijn. Het streven is erop gericht om in elke regio een vertegenwoordiger van de alternatieve geneeswijzen in de vestigingscommissie te krijgen, met de bedoeling natuurlijk

en hun eigen centra gaan creëren. Dat kan voor een deel heel goed zijn, want ik zie ook wel dat je een klimaat van vrijheid nodig hebt om nieuwe initiatieven te laten ontstaan. Je kunt er ook op rekenen dat de maatschappij over sterke krachten beschikt om die misstanden, mits ze niet te groot worden, te tolereren, te corrigeren of op te heffen. Wie niet goed is, zou in de race moeten afvallen.

Het mag natuurlijk wel ietsje meer



Cor Aakster

om in iedere regio één à twee alternatieve huisartsen te krijgen. Er zijn gebieden waar dat heel goed lukt, waar ook de plaatselijke huisartsenvereniging uitspreekt dat ze graag een antroposofische of homeopathische collega willen, en er zijn gebieden waar men de zaak afhoudt.

Wildgroei

Bestaat er bij al die nieuwe therapieën en opleidingen niet het gevaar dat er wildgroei ontstaat, met alle negatieve effecten van dien?

'Dat gevaar bestaat. Ik zie ook wel dat er in zekere zin wildgroei plaatsvindt, maar het is niet goed om dat als algemene karakteristiek van de ontwikkelingen op dit moment te gebruiken. Door koepelvorming, de opleidingen die hun niveau verhogen én de registratie zie je dat er ook hele serieuze ontwikkelingen zijn om de kwaliteit op een goede manier te garanderen en af te grenzen. Dan krijg je natuurlijk een nieuw soort kwakzalverij, van de mensen die niet in de registers voorkomen en niet de erkende opleiding hebben gevolgd, die hun eigen clubjes vormen

gecontroleerd worden, daar ben ik ook wel voor, maar ik denk dat "wildgroei" gewoon een gevolg is van de openheid die er nu is. Het is voor mijn gevoel ook niet dé kleur van alle ontwikkelingen, maar een aspect ervan.'

Alternatieve geneeswijzen zouden een grote rol kunnen spelen bij het opkomen van patiënten voor hun eigen rechten, omdat een van de uitgangspunten is dat mensen zelf voor een bepaalde geneeswijze kiezen.

'Ja, dat is weer een verdergaande vorm, maar het principe van vrije keuze is heel belangrijk. Dat heeft ook te maken met mondigheid. Wanneer de patiënt zelf het kanaal kan kiezen waarlangs hij aan zijn gezondheid wil gaan werken, is dat een essentieel burgerlijk recht. De overheid zegt ook dat iedereen dat recht in principe heeft, maar vindt niet dat ze aan de realisatie daarvan moet meewerken. Maar de ene vorm van geneeskunde verzekeren en tegelijkertijd niet verbieden dat mensen andere vormen kiezen maar ze deze zelf laten betalen, vinden wij een discrepantie. Als je makkelijk naar de huisarts kunt en je hebt als patiënt het gevoel dat dat

niets kost en het kost tachtig gulden om naar een alternatieve arts te gaan zonder dat je iets van het ziekenfonds terugkrijgt, is dat in de praktijk voor veel mensen een drempel. Geen onoverkomelijke drempel, want op zeker moment blijkt dat mensen zoveel last hebben van hun ziekte en zo wanhopig zijn of zo teleurgesteld bij het vooruitzicht dat ze ermee moeten leren leven, dat ze bereid zijn drempels van een paar duizend gulden te nemen om op een alternatieve manier aan hun gezondheid te werken.'

Het lijkt erop dat de alternatieven geaccepteerd zijn door de politiek en door de reguliere gezondheidszorg en dat ze daarop inspelen, onder andere door zich 'additief' te noemen.

'Naar mijn gevoel dekt de term additief de problematiek toe. Men heeft natuurlijk op een bepaald moment gemerkt dat het gebruiken van het etiket "alternatief" afstand schiep. Dus heeft men om praktische en opportunistische redenen gezegd dat men eigenlijk niet diametraal tegenover regulier staat, maar zich meer als additief beschouwt. Nu is het zo dat de ene na de andere club zich additief begint te noemen. Ik denk dat het helemaal niet zit in de naam die men kiest. De werkelijke tegenstellingen worden toch wel gezien, onafhankelijk van hoe je jezelf benoemt. Wel zie je dat naarmate er meer regulier opgeleide beoefenaren op dit gebied zijn - en de Nationale Raad heeft in haar onderzoek aangetoond dat de meerderheid van de mensen die werkzaam zijn in de alternatieve geneeswijzen een reguliere opleiding hebben ofwel als arts ofwel als fysiotherapeut - er daardoor meer mensen zijn die het "alternatieve" erbij uitoefenen zonder het reguliere te verloochenen: zij passen inderdaad de alternatieve geneeswijzen additief toe. Maar daarmee worden de alternatieve geneeswijzen naar hun aard niet additief!

Daarnaast zijn er alternatieve therapeuten die ook naar de inhoud een alternatieve opleiding hebben gehad, zoals aan de academies voor natuurgeneeswijzen; die zijn ook echt alternatief genezer.'

Dat vinden we ook de meest typerende ontwikkeling van de laatste jaren. Reguliere geneeskundigen zien dat er een markt is en proberen een graantje mee te pikken op de alternatieve markt. Betekent dat nu niet dat de regulieren de zaak in handen nemen en de andere kant - 'echte' alternatieve genezers - weer gaat marginaliseren?

'Ik denk dat die ontwikkeling er wel in zit. Dat zie je overal waar nieuwe ontwikkelingen plaatsvinden. De gevestigde orde zal eerst het verschijnsel afwijzen, bagatelliseren, negeren of

isoleren. Als het na verloop van tijd sterker wordt en men het als concurrentie gaat voelen, doet men pogingen het te incorporeren. Iedere reguliere arts die verstandig is en naar de toekomst kijkt en ziet dat hij steeds meer patiënten kwijtraakt aan alternatieve genezers, zal zich er toch eens in gaan verdiepen. Dan heb je inderdaad kans dat de zaak verwatert, dat men alleen uiteindelijk de zaak overneemt maar het niet in zijn denken integreert. Ik zie dat gevaar wel, maar ik denk dat er op dat moment ook iets anders gaat spelen. Zodra iemand zich op opportunistische gronden in de homeopathie gaat verdiepen, zal hij er niet aan ontkomen

dat hij zich op een gegeven moment op dat gebied wil bijscholen, omdat hij beseft dat hij niets weet. Hij zal op den duur misschien 'n echte homeopaat worden, al lag dat aanvankelijk niet in zijn voornemen. Als je het echt serieus benadert, ontwikkel je geleidelijk de denkwijze die nodig is om het met vol besef te kunnen toepassen.'

Integratie

Dat is heel positief, maar ook heel individueel gedacht. Wat als het zich doortrekt naar de opleidingen? Als mensen binnen hun reguliere opleiding wat alternatiefs te kunnen denken meepikken?

'Als men op een medische faculteit een opleiding zou gaan verzorgen waarmee je volwaardig homeopathie kunt toepassen, heb ik daar geen bezwaar tegen. Maar als men een inleidend college zou geven, zodat de studenten er alleen maar aan ruiken en ze mogen het toch gaan toepassen, dan zijn we verkeerd bezig, vind ik. Net zoals je geen psychiatrie mag toepassen als je alleen maar een inleidend college hebt gehad. Het is de verantwoordelijkheid van de faculteit om verantwoorde grenzen te leggen.

Voor de therapeuten die niet tot arts zijn opgeleid, is de weg naar erkenning en integratie nog lang. Ik verwacht van de wettelijke weg voorlopig niet veel. De meest effectieve weg is op dit moment eigenlijk de verzekeringssector. Zodra een verzekeraar bereid is om een bepaald type geneeswijze te vergoeden en hij heeft een manier om goede en minder goede genezers van elkaar te onderscheiden, is het probleem voor de patiënt in elk geval opgelost.'

Het NIVEL heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van alternatieve geneeswijzen in de reguliere huisartsenpraktijk.² Bijna de helft van de artsen gebruikt weleens alternatieve geneeswijzen. Dat lijkt prachtig, maar

het blijkt te gaan om toepassing van homeopathische middelen en acupunctuur. Huisartsen staan afwijzend tegenover de meeste andere geneeswijzen, met name de paranormale geneeswijze en natuurgeneeswijze. Het lijkt ons dat er een rangorde bestaat, met homeopathie en antroposofie kun je gezien worden en acupunctuur is ook nog wel interessant. De rest is obscuur. Is er geen gevaar dat er op dit punt een breuk ontstaat?

'Ja, dat zit er wel in, maar het is moeilijk te sturen. Je kunt niet zeggen: het

Ik vind het niet juist als je alleen maar de injectiespuit door de acupunctuurnaald vervangt.

moet anders, dus we gaan het anders organiseren. Zo werkt het kennelijk. De reguliere beroepsgroep is eerst volstrekt afwijzend tegenover de hele alternatieve sector en dan geleidelijk aan concludeert men dat er minder en meer "fatsoenlijke" richtingen zijn. Wij vinden dat die homeopathie eigenlijk niet werkt, maar het is niet gevaarlijk en de patiënten vragen erom en het is ook wel prettig om in plaats van antibiotica een homeopathisch middel voor te kunnen schrijven ... nou ja, waarom zou ik het dan niet doen? Dat is misschien een eerste stap in een ontwikkeling. Vervolgens zal men af en toe eens iemand verwijzen naar een homeopathische collega. In een volgende fase kan men dan aan "die natuurgenezer met zijn diëten" denken of "die paranormale genezer die misschien niet eens zo slecht is". Eerst de fatsoenlijke richting en dan zien dat er nog meer is. Op die manier vindt er een zekere vorm van integratie plaats. Huisartsen kunnen nu zover zijn dat ze in hun praktijk samenwerken met een alternatieve collega. Er zijn zelfs gezondheidscentra waar alternatieve artsen werken en anderen zijn geaccepteerd als lid van waarneemgroepen. Samenwerken met alternatieve therapeuten ligt veel moeilijker, maar er zijn ook wel artsen en ziekenhuizen die bijvoorbeeld met een paranormaal genezer samenwerken.'

Dat lijkt in tegenspraak met wat u eerder eens heeft gezegd, namelijk dat het een slechte zaak zou zijn als de alternatieve geneeswijzen erkend zouden worden: het zou de doodsteek betekenen, ze zouden door de regulieren opgeslokt worden. Erkenning kan pas, zei u toen, wanneer de alternatieve geneeswijzen erin zijn geslaagd een eigen infrastructuur op te bouwen, met beroepsorganisaties, opleidingen, onderzoek. Is dat moment nu langzamerhand aangebroken?

'Ik vind nog steeds dat, om een echte integratie te bereiken, het alternatieve eerst iets moet zijn. Als je te klein bent, wordt je door het grote geheel opgeslokt. Je moet zelf eerst groter zijn om zonder risico te kunnen integreren. Je bent dan gelijkwaardig en kunt om de tafel gaan zitten. Het alternatieve veld is zich nu langzamerhand aan het profileren, maar erkenning is nog niet hetzelfde als integratie.

Integratie zal pas echt een feit zijn, wanneer de gang naar de alternatieve arts of therapeut vanaf het eerste moment dat er professioneel naar je klacht wordt gekeken een keuzemogelijkheid is. Integratie betekent verder dat reguliere

en alternatieve artsen en therapeuten hun behandelingen op elkaar afstemmen en daarvoor zijn samenwerkingsrelaties nodig; ze moeten over en weer van elkaars bestaan op de hoogte zijn, elkaars begrippenkader een beetje kunnen begrijpen en elkaars methoden kunnen aanvoelen. Gelijke toegankelijkheid is voor de patiënt de basis van integratie.'

*Leefwijze en bewustzijn
Hoe zou u de beweging voor alternatieve geneeswijzen maatschappelijk willen plaatsen?*

'Ik geloof dat het heel belangrijk is voor de alternatieve geneeswijzen - ik spreek eigenlijk liever over natuurlijke leef- en geneeswijzen, dat is meer inhoudelijk - om de relatie te blijven leggen met voeding, bewustzijn, beweging, ademhaling, respect voor alles wat leeft, jezelf kunnen herkennen als schakel in een groter geheel die dat geheel mee helpt functioneren, maar niet door tegen natuurlijke wetmatigheden integaan. Daar ligt mijn wezenlijke filosofische grondslag en ik vind het heel belangrijk dat we dat uitbouwen en dat dat een bewustzijn wordt waarmee je het hele maatschappelijke gebeuren tegemoet treedt. Ik vind het niet juist als je alleen maar de injectiespuit door de acupunctuurnaald vervangt. Als reguliere artsen die homeopathie en acupunctuur omarmen, omdat het zo goed past binnen hun traditionele manier van werken zonder dat ze de filosofie overnemen, krijg je alleen maar andere technieken. In wezen is er aan de grondslag van de geneeskunde dan niets veranderd. Ik zou dat jammer vinden en ik probeer ook overal waar ik kom de mensen te laten zien dat er meer is, dat het met een leefwijze en bewustzijn te maken heeft en dat je in wezen ook praat over andere structuren, over andere manieren van financieren van de zorg. Van-

Aanbevelingen van de commissie Muntendam

De COMMISSIE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN beveelt de regering aan

- een door de minister in te stellen commissie voor overleg en advies in het leven te roepen, welke onder meer tot opdracht krijgt met de regering overleg te plegen en haar te adviseren over de uitkering en uitvoering van de door de CAG gedane aanbevelingen en over aan de orde komende vraagstukken met betrekking tot alternatieve geneeswijzen;
- een nationaal informatie- en documentatiecentrum in te stellen.
- te bevorderen dat ten behoeve van de in deze aanbevelingen genoemde maatregelen op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en milieuhygiëne voor het jaar 1982 en volgende jaren een post 'Alternatieve Geneeswijzen' wordt opgevoerd;
- wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot alternatieve geneeswijzen te bevorderen;
- in de bestaande universitaire en para-universitaire opleidingen het verstrekken van informatie over alternatieve geneeswijzen te bevorderen en daarbij bijzondere aandacht te laten schenken aan de voorlichtende functie van de hulpverleners;
- in het kader van de voorbereiding tot een Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) reeds aanstonds in studie te doen nemen de vraag of beoefenaren van alternatieve geneeswijzen, die op grond van de huidige wetgeving de geneeskunst onbevoegd uitoefenen, in staat kunnen worden gesteld een bij de wet geregelde status te verkrijgen;
- te bevorderen dat diegenen, die een bepaalde alternatieve geneeswijze beoefenen, hetzij als gekwalificeerde, hetzij als niet-gekwalificeerde in het kader van de Wet BIG, hiervoor een adequate c.q. een basisopleiding hebben gevolgd;
- kwakzalverij met kracht te bestrijden;
- ten spoedigste een adviesaanvraag te richten tot de Ziekenfondsraad, inhoudende het verzoek om voorstellen te doen omtrent de opnemings in het verstrekkingenpakket ziekenfondsverzekering van nader te noemen alternatieve geneeswijzen;
- het spoedig totstandkomen van een Wet BIG te bevorderen.

Bron:

Alternatieve geneeswijzen in Nederland; rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen 1981, Den Haag (Staatsuitgeverij) 1981.

daar dat ik me in het verleden ook altijd heb ingezet om een eigen verzekeringsmaatschappij op te richten. Ik blijf me daarvoor inzetten, maar ik heb het tij wel een beetje tegen. We leven nu in een no-nonsense maatschappij. Toch denk ik dat er onder Wisse Dekker wel weer nieuwe mogelijkheden komen. Aan de ene kant is het AZIVO, als ziekenfonds met van oudsher eigen voorzieningen als apotheek, kraamkliniek en tandheelkundige dienst, voor de bijl. gegaan, maar aan de andere kant openen de voorstellen van Dekker weer de mogelijkheid voor verzekeringsmaatschappijen om eigen instellingen te exploiteren. Je kunt misschien iets gaan doen op dat gebied; er kan een verzekeringsmaatschappij zijn die het tot zijn bijzondere specialisatie rekent om ontwikkelingen te stimuleren op het gebied van de alternatieve geneeswijzen en die kan bijvoorbeeld een natuurgeneeskundig ziekenhuis gaan exploiteren. Ze kunnen een bestaand ziekenhuis overnemen en bepalen dat vanaf nu alleen vanuit natuurgeneeskundige

principes wordt gewerkt.

Ik denk dat in de toekomst ontwikkelingen denkbaar zijn die iets verder gaan dan wat nu mogelijk is met de huidige toch wel strakke kaders die de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de Ziekenfondswet en de AWBZ scheppen. Wisse Dekker is helemaal niet zo'n slechte zaak voor de alternatieve geneeswijzen, hoewel ze nergens in zijn nota worden genoemd. Opnieuw een blijk van een stukje struisvogelpolitiek van de overheid: we zijn nu wel zover dat we een staatssecretaris, Van der Reyden, hebben gehad die een aparte nota over de alternatieve geneeswijzen heeft uitgegeven, maar in officiële publikaties kom je nergens de woorden alternatieve geneeswijzen tegen. Terwijl ruim zes procent van de volwassenen in Nederland jaarlijks gebruikmaakt van de alternatieve geneeswijzen; en dat zijn er veel meer dan die van het maatschappelijk werk gebruikmaken. Maar het maatschappelijk werk kent iedereen, wordt geaccepteerd en gesubsidieerd. Iedereen kan er naar toe, maar

de alternatieve geneeswijzen waar een veel groter deel van het publiek naartoe gaat, worden zelfs niet genoemd!

Is er iets te zeggen over de groep patiënten die van alternatieve genezers gebruikmaakt?

'Er zijn nogal wat onderzoeken gedaan, waarbij men geprobeerd heeft uit te zoeken welke de sociaal-demografische kenmerken zijn van gebruikers van alternatieve geneeswijzen en ik meen dat daar wel een zekere tendens uitkwam. Er is een geringe relatie met de wijze van verzekeren (naar verhouding iets meer particulieren), met het geslacht (iets meer vrouwen), met leeftijd (iets meer ouderen), met inkomen en opleidingsniveau; soms ook een relatie met politieke gezindte, daarbij zouden de stemmers op klein rechts en klein links eerder gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen. Naderhand heb ik een analyse gelezen van Van Sonsbeek (CBS 1985), waarin hij al die aspecten in een multivariabel model brengt en vervolgens concludeert dat je gebruikers van alternatieve geneeswijzen in alle lagen van de bevolking vindt.

Toen ik me voor deze materie begon te interesseren heb ik wat onderzoekjes bestudeerd en daaruit heb ik met de natte vinger geconcludeerd dat het aantal gebruikers van alternatieve geneeswijzen tussen de tien en twintig procent ligt. Dat zijn precies de getallen die ook nu nog worden genoemd. Het aantal mensen dat ooit gebruikgemaakt heeft van alternatieve genezers ligt op ongeveer twintig procent. Kennelijk is het aantal gebruikers niet echt heel veel toegenomen. Wat wel veranderd is, is de attitude. Ik denk dat een veel groter deel van de bevolking van het bestaan van alternatieve geneeswijzen heeft gehoord en spontaan een of meerdere richtingen kan noemen. Een groot deel van de bevolking zou er bovendien gebruik van willen maken, zou anderen aanbevelen er gebruik van te maken of vindt dat alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket moeten. Zelfs is ongeveer de helft van de bevolking dan bereid eventueel een hogere premie te betalen.

De attitude, de maatschappelijke acceptatie is zeker veranderd. Ik vind dat de media hier zonder meer een belangrijke hefboomfunctie in hebben vervuld. Wat heeft de KRo-tv uitzending *Wat heet beter* niet voor een impact gehad. Ik denk dat dit soort programma's en de gewone gesprekken op de verjaardagsvisite de beste reclame zijn. De groei zit niet alleen in het aantal gebruikers of toepassers van alternatieve geneeswijzen, maar ook in het feit dat reguliere artsen en fysiotherapeuten er

in hun medische praktijk mee geconfronteerd worden. Het verschijnsel "alternatief" is bezig maatschappelijk aanvaard te worden, het wordt gewoon en niet meer als alternatief beleefd. Het heet nog wel zo, maar men is steeds meer geneigd het als een reële mogelijkheid te gaan zien. Pas heb ik nog van iemand gehoord die in het ziekenhuis lag en daar het Moerlandieet kon volgen.

Goedkoper

'Ik denk dat alternatieve geneeswijzen goedkoper werken dan reguliere, maar dat is moeilijk te bewijzen. Er is een poging gedaan door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen om aan de hand van ledenlijsten die hen door de alternatieve artsenorganisaties waren verstrekt in hun eigen bestand na te trekken of die mensen tevens als huisarts bij het ziekenfonds waren geregistreerd. En zo ja, of die huisartsen dan minder verwijzen dan hun reguliere collega's met een overeenkomstige praktijkpopulatie. Dit bleek alleen maar op te gaan voor de antroposofische artsen; die werken 20% goedkoper dan de anderen, de andere geneeswijzen zouden eerder duurder zijn. Ik heb daar een commentaar op geschreven en gezegd dat het geen reële vergelijking is, omdat aangenomen is dat een arts die op de ledenlijst van bijvoorbeeld de homeopathische artsenvereniging staat en die tevens huisarts is met een overeenkomst met het ziekenfonds, dat die in zijn ziekenfondspraktijk homeopathie toepast. Dat is vaak niet het geval. Zo'n huisarts past in de ziekenfondspraktijk reguliere geneeskunde toe, daarnaast heeft hij echter een consultatieve praktijk waarin homeopathie wordt toegepast.

Tot nu toe is nog niet aangetoond dat alternatieve geneeswijzen goedkoper zijn. Er zijn wel veel verhalen bekend van patiënten die het hele reguliere circuit hebben doorlopen - huisarts, een aantal specialisten, herhaaldelijke ziekenhuisopnamen, operaties, dure medicijnen - die zijn overgestapt naar een alternatieve arts, die er na één of meerdere keren in slaagt de patiënt weer op een zodanig niveau te brengen dat deze het zonder medicijnen en specialisten kan stellen. Als je dat aan een specialist of reguliere huisarts vertelt, zegt deze dat hij ook wel patiënten kent die jarenlang bij alternatieve genezers liepen, een hoop geld kwijt waren en ten slotte toch weer bij de reguliere genezers terecht kwamen die hem konden oplappen. Met dat soort casuïstiek bereik je dus niets.

Mijn persoonlijke overtuiging is dat het besparend werkt. Zo heb ik zelf een aantal winterseizoenen last van een voorhoofdsholteontsteking gehad. Ik heb alle behandelingen van de reguliere huisarts gehad ik ben naar een KNO-arts verwezen en deze zei "we moeten operatief het neustussenschot van jou recht zetten". Als je bij elkaar optelt wat dat allemaal gekost zou hebben. Drie seizoenen last gehad, minstens drie aanvallen per seizoen waarbij ik een à twee weken thuis moest blijven, dus arbeidsverzuim gepleegd. Kosten

Wildgroei is niet de kleur van alle ontwikkelingen op dit moment, maar slechts een aspect ervan.

van huisarts bezoek, kosten van zijn geneesmiddelen, kosten van specialistisch onderzoek en dergelijke. En toen heb ik één klein homeopathisch flesje van ongeveer vijf gulden van iemand gekregen en dat vijf dagen gebruikt en toen was het over! In dat geval heb je natuurlijk wel een honderdvoudige besparing van kosten. Zo kan het in principe gaan. Het is absoluut niet uitgesloten dat veel mensen met een dieetmaatregel, of wat meer aandacht en liefde, met regelmatige massage of een goedkoop homeopatisch middel van jarenlange kwalen afkomen, die kapitalen hebben gekost. Het zal natuurlijk nooit zo worden dat de hele reguliere geneeskunde door de alternatieve vervangen kan worden. Maar het zal wel duidelijk worden dat voor een bepaald type mensen met een bepaald type klachten de alternatieve geneeswijzen of een onderdeel daarvan de eerst aangewezen is. Lukt het niet, dan kan men doorstromen naar de reguliere geneeskunde en moeten er allerlei noodgrepen plaatsvinden. Men kan vaak heel voorzichtig op een minder ingrijpend niveau en met wat vriendelijker en op de totale mens inspelende methoden beginnen en dan pas naar de dure specialistische geneeskunde gaan. Dat is de ontwikkeling die ik zie: het zal duidelijker worden waar de indicaties liggen, ófwel eerst naar de alternatieven, ófwel direct door naar de regulieren.'

Wat ziet u als de overeenkomsten tussen alternatieve en reguliere genezers en wat als de verschillen?

'Het verschil is vaak een kwestie van denkwijze. Als een arts de instelling heeft dat hij niet wil rusten voordat hij een bepaalde patiënt heeft genezen of althans zoveel als mogelijk voor hem heeft gedaan, is dat toch een andere benadering dan wanneer je gauw doorverwijst als je het zelf niet direct weet.

Ik ken veel huisartsen uit de eerste groep die op die manier tot de alternatieve geneeswijzen kwamen. Ze werden zich er op een gegeven moment van bewust dat wat ze op de universiteit geleerd hadden hen niet genoeg mogelijkheden gaf. Die hebben toen op eigen initiatief - of via hun patiënten - een cursus homeopathie gevolgd, er boeken over gelezen of een cursus natuurgeneeswijzen in Duitsland gevolgd. Ze hebben toen ingezien dat er andere mogelijkheden bestaan buiten het op de universiteit geleerde. Je moet een beetje

creatief en inventief zijn, je niet de wet door anderen laten voorschrijven, je moet niet tevreden willen zijn met het

bestaande maar op zoek gaan naar iets nieuws, je nek uit durven steken, bereid zijn de hoon van je reguliere collega's over je heen te krijgen en het gevaar te lopen uit de waarneming groep te worden gestoten. Als je daartoe allemaal bereid bent, ben je toch een ander type denker en persoonlijkheid. De verschillen beginnen met een andere instelling tegenover je werk en de problemen die je tegenkomt: los je ze liever zelf op of schuif je ze af?'

Noten

1. Het binnen de Vakgroep Moleculaire Celbiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht gevestigde Transferpunt, dat sinds begin 1984 operationeel is, begeleidt wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de geïntegreerde geneeskunde op alle vlakken. Het gaat hierbij om onderzoek naar het daadwerkelijk biologisch functioneren van 'alternatief' genoemde diagnosemethodieken en -therapieën. Op deze manier wil het Transferpunt bijdragen aan het vinden van een basis voor integratie van bestaande natuurwetenschappelijk gerichte geneeskunde en alternatieve behandelwijzen. Contactpersoon is dr. Fred Wiegant, tel. 030-533972.

2. G.J. Visser, *Huisartsen en alternatieve geneeswijzen, Een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten*, Utrecht (NIVEL) 1988.

Basisgezondheidsdiensten tussen regulering en deregulering



Chris Breemer ter Stege en Toon Kerkhaff

In het verleden dienden de gemeentelijke geneeskundige diensten niet in de laatste plaats als vangnet voor tussen de wal en het schip geraakte burgers. Geleidelijk is deze functie verschoven in de richting van collectief-preventieve taken. Deze ontwikkeling wordt thans wettelijk verankerd in de Wet op de Collectieve Preventie.

Haaks hierop staan de ideeën van de commissie Dekker. Te vrezen valt dat een vrije markt in de gezondheidszorg ertoe zal leiden dat de oude vangnetfunctie weer moet worden hersteld. De auteurs geven aan hoe volgens hen deze twee divergerende ontwikkelingen naar elkaar toe gebogen kunnen worden.

Panta rhei, aldus het beroemde woord van Heraclitos. Alles verandert, alles beweegt. Over de aard van de beweging sprak de antieke denker zich niet uit. Heel wel mogelijk is echter dat hij aan een golfbeweging heeft gedacht; de wijsgeer bedient zich immers van het beeld van de altijd vlietende stroom. Hoe het ook zij, de uitspraak 'alles golft' is heel toepasselijk op onze opvattingen over de structuur en organisatie van de gezondheidszorg. Nu eens wordt de uitvoering ervan als een taak van het particulier initiatief gezien, dan weer wordt deze beschouwd als de plicht van de overheid, die eerder slechts een toezichthoudende functie was toebedeeld. Bezie men de ontwikkelingen sinds de tweede wereldoorlog, dan tekenen zich de contouren van een golfbeweging af: het particulier initiatief bouwt de voorzieningen op, voert de zorg verder uit en reguleert daarbij aanvankelijk (zich)zelf. Om allerlei redenen - Leenen heeft ze ooit uitvoerig beschreven - neemt het toezicht van overheidswege geleidelijk een steeds belangrijker plaats in, om vervolgens door te slaan naar een overregulering, waarbij het veld in de al te knellende greep van de beruchte vierde macht komt, de onzichtbare, ambtelijke bureauorganisatie. Om daaraan te ontsnappen volgt de deregulering die, zoals we nog zullen zien, vervolgens weer tot nieuwe regels leidt. De golven in de gezondheidszorg zijn vaak resonanties van bewegingen in de samenleving, met name van fluctuaties in de economie en het economisch beleid. Zo lijkt het verleden jaar uitgebrachte advies van de commissie Dekker inzake de herstructurering van ons gezondheidszorgbestel geschreven

vanuit een *laissez-faire-optiek*, die het naaionlogse Keynesiaanse denken (dat zelf weer een reactie was op oudere liberale theorieën) thans lijkt te verdringen. Het kabinet wil geen door de overheid geleide economie meer, het wil 'commercialiseren', 'dereguleren' en 'privatiseren', of om nog een ander, niet eens zo lelijk neologisme te gebruiken: 'vendexeren'. En dat hiermee de ontwikkeling van de kosten neerwaarts wordt gebogen. Het is goed om te bedenken dat de roep om nieuwe zakelijkheid niet uit de wereld van de gezondheidszorg zelf komt. Daar was men, onder leiding van WVC, nog volop bezig de greep van de overheid te versterken, met name via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg die planningsbevoegdheden zou toekennen aan de lokale overheden. Voor een deel zijn deze plannen zelfs al werkelijkheid geworden. Men denke aan de invoering van vestigingseemmissies voor huisartsen en aan de vorming van het netwerk van intergemeentelijke basisgezondheidsdiensten. In feite zien we dus twee verschillende bewegingen, zo men wil twee golven, die niet synchroon lopen. Er is, zoals Kasdorp en Schrijvers al eerder opmerkten, sprake van een faseverschil tussen de ontwikkelingen in de gezondheidszorg aan de ene kant en die in de andere sectoren van het maatschappelijk leven aan de andere kant.

Industrieel
Inmiddels lijkt de dereguleringsgolf echter ook de gezondheidszorg te hebben bereikt. Wat er van 'Dekker' ook terecht moge komen, zeker is wel dat hij de geschiedenis zal ingaan als de industrieel die de wvg van tafel veegde

en daarmee de weg vrijmaakte voor nieuwe initiatieven en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Daarmee is het hierboven gesignaleerde faseverschil echter de wereld nog niet uit. Wellicht dat de vestigingscommissies weer snel verdwijnen, de basisgezondheidsdiensten zullen dat echter niet. Met de onlangs in ontwerp gepubliceerde Wet Collectieve Preventie krijgen zij thans een eigen wettelijk fundament. Genoemd wetsontwerp stoelt in hoofdzaak op de gedachte dat de basisgezondheidsdiensten epidemiologisch onderzoek moeten doen en op basis daarvan collectieve programma's moeten ontwerpen en (doen) uitvoeren. Hoe verhoudt deze visie zich tot de plannen die in het rapport van de commissie-Dekker zijn verwoord? Laat ons ter beantwoording van deze vraag allereerst de kern uit het advies van de commissie-Dekker memoreren. Dit geschrift roept het beeld op van (particuliere) verzekeraars die amper gehinderd door ambtelijke regels 'inkopen' doen bij de producenten van genees- en gezondheidskundige hulp en dat produkt dan proberen te slijten aan de consument. Die wordt weer koning, want de leveranciers zullen met elkaar concurreren en daar kan de slimme klant zijn voordeel mee doen. Indien de patiënt hierdoor een betere, goedkopere en liefst ook persoonlijker hulpverlening krijgt, is dat een goed ding; of dat doel inderdaad wordt bereikt, is echter de vraag. Van verschillende kanten is er al op gewezen dat het model ook negatieve kanten heeft. Met name als eerlijk en billijk verdelingsmechanisme is het marktprincipe niet bijzonder adequaat: gevreesd wordt dat de nieuwe zakelijkheid, het

vendexeren, juist de sociaal zwakkeren verder achteruit zal plaats. Stilstaand veronderstelt het marktmechanisme immers mondig en helder denkende consumenten die kopen wat hen het beste bevalt en past tegen een voor hen betaalbare prijs. Patiënten - zo schreef Spreeuwenberg onlangs nog in *Medisch Contact* - zijn echter geen 'volwaardige consumenten', het zijn zieken die zich in de positie van hulpvrager bevinden en daarbij veelal niet in staat zijn om de rol van scherpe onderhandelaar of snelle inkoper te vervullen." Dit punt knelt eens te meer omdat Dekker weliswaar een basisverzekering wil, maar daar uitgerekend een aantal essentiële basisverstrekkingen uit laat: de pillen van de huisdokter, de kunst- en hulpmiddelen en, minstens even pijnlijk, de zorg van de tandarts. Natuurlijk kan men tegenwerpen dat de cliënt mag kiezen als hij nog gezond is; hij kan zich appart bijverzekeren tegen deze kosten. Maar zal iedereen dat doen? De kans is groot dat velen de gok zullen wagen en vervolgens eens voor kosten komen te staan die niet zijn op te brengen. Dat betekent dan ófwel dat men afziet van hulp ófwel dat men zijn schulden via de bijstand vereffend moet zien te krijgen. Lubbers heeft echter reeds aangegeven dat de bijstandswet wellicht aangepast zal worden teneinde dit onbedoelde gebruik tegen te gaan.

Armenzorg

Met deze laatste overweging zijn wij terug bij de gemeenten en hun basisgezondheidsdiensten. Indien het hierboven geschetste beeld werkelijkheid wordt, zullen de basisgezondheidsdiensten amper tijd en ruimte hebben voor het ontwikkelen van collectief-preventieve activiteiten. Zij zullen de aloude, individueel-curatieve functie van de GGD-oude stijl weer moeten herstellen: de basisgezondheidsdienst zal vóór alles weer een vangnet worden voor tussen de wal en het schip geraakte burgers. In extremo kan men zich zelfs voorstellen dat weer de geneeskundige armenzorg uit het preziekenfondstijlperk geboden moet gaan worden. Een dergelijke ontwikkeling strookt allerminst met het thans gepubliceerde ontwerp van de Wet Collectieve Preventie. Het ontwerp staat geheel en al in het teken van het voorkomen van ziekten en sluit daarmee niet (meer) aan op de nieuwste ontwikkelingen. De basisgezondheidsdiensten zijn geboren uit regulerende wvc-gedachten, het wetsontwerp daarentegen lijkt een van de eerste concrete produkten van de deregulering: de wet stelt nauwelijks maatregelen op collectief niveau. Aldus zullen de regulerende en deregulerende

golf botsen en elkaar vervolgens uitdoven. De nog maar kort bestaande basisgezondheidsdiensten kunnen de sociaal-medische vangnetfunctie van de GGD-oude stijl niet hervatten en de nieuwe collectief-preventieve taken niet tot ontwikkeling brengen. Het is dus zaak om de golfbewegingen alsnog te synchroniseren.

Regionale bewaker

Een goede aanzet daartoe vormt het plan dat de vier grote steden onlangs hebben gelanceerd.¹ Zij willen in plaats van de bureaucratisch-technische planning van de WVG met zijn stelsel van erkenningen en vergunningen een strategische planning. Door een samenspel van alle betrokken partijen op de middellange termijn. De inbreng van de gemeenten bij de totstandkoming stoelt primair op haar inzicht in het functioneren van de zorg, dat onder meer door een epidemiologische benadering van het zorgsysteem wordt verworven. Op basis van de gegevens die daaruit voortkomen, kan de gemeente randvoorwaarden stellen ten aanzien van capaciteiten, functies, spreiding en toegankelijkheid van de zorg.

Natuurlijk dienen de noodzakelijke bevoegdheden van de gemeenten geformaliseerd te worden. De grote vier denken daarbij aan een 'kwaliteitswet' of aan de aanpassing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Een instrument dat zij in dit verband niet noemen is de Wet Collectieve Preventie. Toch lijkt deze het meest aangewezen instrument om de uiteenlopende ontwikkelingen alsnog naar elkaar toe te buigen. Zij gaat immers het wettelijke fundament onder de basisgezondheidsdiensten vormen.

Op het eerste gezicht biedt de nieuwe wet weinig mogelijkheden. Het betreft een soort raamwet die, zoals al gemeld, bijna niets regelt. De gemeenten worden in de wet gewezen op de plicht om 'in medebewind met de rijksoverheid' bepaalde taken op het terrein van de volksgezondheid op zich te nemen. Alleen waar het collectief-preventieve maatregelen betreft moeten deze de basisgezondheidsdienst om advies vragen. Op het zo belangrijke curatieve gebied hoeft de dienst niet te worden gehoord. Mede daarom wellicht wordt over het doen van bijvoorbeeld *health services surveys* in de wet niet gesproken. Ook over de daarvoor benodigde middelen en bevoegdheden worden geen uitspraken gedaan. Bij nader inzien ontleent de wet echter juist aan zijn betreffende 'leegte' enige bruikbaarheid: behouden is immers de mogelijkheid om de wet via algemene maatregelen van bestuur toe te snijden op de nieuwe taken van de

basisgezondheidsdienst. Daarbij moet de overheid zorgen dat de GGD-nieuwe stijl in elk geval in staat wordt gesteld om op verantwoorde wijze alle gegevens te verzamelen die nodig zijn om inzicht in de kwaliteit en kwantiteit van de zorg te verkrijgen en vervolgens aan de markt de nodige voorwaarden te stellen.

Intussen kan de basisgezondheidsdienst zelf reeds gaan werken aan de uitbouw van de aloude vangnetfunctie. Daarmee verricht ze een taak die niemand haar betwist. Zij betreedt hiermee de markt immers niet als concurrent, de belangen van andere partijen worden met de vangnetfunctie niet bedreigd. Bovendien kan de gemeente de vangnetfunctie vervolgens met behulp van haar epidemiologische capaciteit uitbouwen; zij kan die gebruiken om onderzoek te doen: kortlopend, periodiek onderzoek bijvoorbeeld, waaruit blijkt hoe de bevolking door de 'handel' wordt bediend. Op basis daarvan kan ze haar Gvo-functie uitbreiden tot voorlichting aan patiënten over hoe de keuze van zorg(verleners) moet worden gemaakt. Wanneer zij deze laatste weg inslaat, kan de basisgezondheidsdienst, en daarmee de gemeente, gezag op basis van kennis opbouwen en zo geleidelijk tot de regionale bewaker van een gemercantiliseerde zorg worden. Van daaruit kan zij vervolgens regels en randvoorwaarden gaan opstellen, en zo ook normen, die afgestemd zijn op lokale situaties en die, wat belangrijker is, worden gedragen door de lokale bevolking.

Men kan stellen dat de hier geschetste ontwikkeling onwaarschijnlijk is, omdat in het betoog een paradox ligt besloten. Een en ander betekent immers dat de overheidsinvloed door het privatiseren weer zal moeten toenemen en dat de deregulering slechts in nieuwe normen en regels uitmondt. Wie deze bezwaren opwerpt, dient zich echter het woord van Heracleitos te herinneren, zoals in de inleiding voorgesteld.

De auteurs zijn respectievelijk adjunctdirecteur en directeur van de basisgezondheidsdienst Zuidholland Noord.

Noten

1. Zie hiervoor ook P. Juffermans, *Staat en Gezondheid in Nederland*, Nijmegen (SUN) 1982; F. Huysmans e.a., *Gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen (SUN) 1973.
2. H.J.J. Leenen, 'Regelgeving en deregulering in de gezondheidszorg', in: *Tijdschrift voor de Gezondheidszorg*, 62 (1984), pg.403-407.
3. J.P. Kasdorp en G. Schrijvers, 'Deregulering, een recept voor de gezondheidszorg', in: *tsa* nr. 62 (1984), pg. 390-402.
4. C. Spreeuwenberg, 'Solidariteit moet basis van financiering zijn', in: *Medisch Contact* 42 (1987).
5. *Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur*. Een uitgave van de grote steden, Den Haag 1988.

... DAGBOEK ...

Persoonlijke notities uit de praktijk van de gezondheidszorg.
Deze keer Josje Noorlander, patiëntenvoorlichtster bij het AMC.

Vijf dagen informatiecentrum

vrijdag 27 januari

-Waar moet ik zijn voor flebo-diagnose? -Deze rekening klopt niet!
-Waar vind ik de wijkverpleging? -Doet het AMCaan galsteenverwijdering zonder operatie? -Mijn dokter begrijpt me niet ...
We horen aan en praten met, zoeken op, verwijzen door, bemiddelen en adviseren. ... en de tijd vliegt.

14.00 uur

De geplande afspraak met het hoofd Voorlichting vervalt. Commotie! We zijn gisteren al voorbereid, vandaag aanvullende informatie. Vanavond zendt Brandpunt een reportage uit over handel in geprepareerde menselijke hoofden. Het Anatomisch Instituut van het AMC heeft een vrij groot bestand van codicilhouders. Dezen stellen hun lichaam na overlijden ter beschikking van de wetenschap. De uitzending zal waarschijnlijk de nodige vragen oproepen, bij hen, familieleden en nabestaanden. Om alle vragen te kunnen beantwoorden is een aantal richtlijnen opgesteld plus een uitgebreide beschrijving van de in het AMCGeldende procedures bij de terbeschikkingstelling.

Vanavond in ieder geval naar Brandpunt kijken. Het lijkt me een zeer onverwikkelijke affaire, ik kan me nauwelijks voorstellen welke belangen met een dergelijke handel gediend kunnen zijn, noch waar men deze hoofden heeft kunnen onttreemden gezien de strenge regelgeving.

dinsdag

Weer veel belangstelling vanmorgen! Een arts op zoek naar voorlichting over dementie wordt verwezen naar de Alzheimerstichting. De maatschappelijk werker die vraagt naar een organisatie voor ouders van een zogenaamd mongooltje krijgt het adres en telefoonnummer.. 'De ene specialist zegt doorgaan met de medicijnen, de andere voelt meer voor afbouwen', komt een mijnheer zijn beklag doen. We zetten de situatie samen met hem op een rijtje. Conclusie: hij zal de arts die het medicijn voorschreef vragen om contact op te nemen met de collega-specialist. Als hij wil, kan het Informatiecentrum hierin bemiddelen.

Met z'n tweeën vandaag en van alles te doen, onder andere het voorbereiden van een 'Presentatie Informatiecentrum'. In eerste instantie bedoeld als kennismaking met de nieuwe divisiebesturen, benoemd in het kader van de Bestuurlijke Herstructurering 1988, daarna ook goed bruikbaar bij andere gelegenheden. Te denken valt aan ons nog summieri lesaanbod voor leerlingverpleegkundigen of aan de regelmatig gevraagde consultatie door andere ziekenhuizen, die de opzet van een informatiecentrum overwegen.

woensdag

Werkbespreking en alle vier aanwezig. We hebben het onder meer over het binnenkort te starten onderzoeksproject Voorlichting aan Surinaamse en Antilliaanse patiënten. De door wvc gesubsidieerde onderzoekster wordt door een van mijn collega's begeleid. Wanneer moet het persbericht over voorlichtingsbijeenkomsten voor kankerpatiënten en hun relaties de deur uit? Kan ik de uitwerking van een aantal enquêtes vrijdag voor mijn rekening nemen?

Er zijn na de inderdaad schokkende Brandpuntreportage wel enkele vragen binnengekomen bij Voorlichting en het Anatomisch Instituut, dat op 27 januari een brief aan alle codicilhouders heeft gezonden. Deze arriveerde een dag na de uitzending, tegelijk met de kranteberichten en heeft wellicht vele vragen ondervangen.

In de tv-serie *St. Elsewhere* bleek onlangs het hoofd van een overleden patiënt verdwenen. Er stak een handeltje achter, de verantwoordelijke persoon werd opgespoord en ontslagen. Afgelopen zaterdag was er, hoe toevallig, opnieuw sprake van 'hoofd vermist'. Dacht ik eerst nog: typisch Amerikaanse spanning en sensatie, na afgelopen vrijdag ben ik daar niet meer zo zeker van ...

donderdag

Vandaag het eerder geplande overleg met Voorlichting. (Huis)artsen blijken niet altijd op de hoogte van de procedures rond inzage recht en het opvragen van röntgenfoto's. Het is dus zaak hen hierover in te lichten. Op ons voorstel zal hieraan in een informatiemap aandacht worden besteed.

Op verzoek van een externe collega stel ik de bereikbaarheid van het AMC voor doven en slechthorenden aan de orde. Zijn op dit punt eventueel gezamenlijke initiatieven gewenst? Een aantal medewerkers schijnt al eerder belangstelling voor dit onderwerp te hebben opgevat, binnenkort dus maar contact met hen opnemen.

vrijdag 3 februari

Alweer vrijdag! Werkbegeleiding van de stagiaire en een aantal gezamenlijke klussen. Koffie, even bijkletsen en dan gaat de telefoon, voorlopig houdt die ook niet meer op. Een echte representatieve Informatiecentrumdag: de enquêtes moeten toch tot maandag wachten.

Een buitenlandse Aids-patiënt is op zoek naar een medicijn dat in Nederland verkrijgbaar zou zijn. Via de Aids-consulenten wordt een arts ingeschakeld. Deze meldt dat het middel in Europa nog experimenteel is, op het AZUA wordt er niet mee gewerkt.

Verontwaardiging over persoonlijke gegevens in een rapport ten behoeve van de Kinderbescherming, opgesteld door een psychiater die 'mij zelfs nog nooit heeft gezien. Hoe kan ik mij verweren?'. Geen klacht over het AZUA verwijzen dus, maar waarheen? Via via benader ik een juriste die ervaring heeft op dit terrein, maandag is zij beschikbaar voor een gesprek.

-Graag hulp bij het maken van een folder over blaasonderzoek.

-Waar kan ik terecht voor erfelijkheidsvoorlichting? -Een Indiase tolk wil de Aids-problematiek onder zijn landgenoten, voornamelijk asielvragers, aankaarten, tot wie moet hij zich wenden? -Bestaat er een patiëntenvereniging Alopecia Areata?

Op de vele uiteenlopende vragen hebben we meestal een antwoord paraat of weten het vrij snel te vinden. Voor de stagiaire is patiëntenvoorlichting een geheel nieuw vak, we moeten er op bedacht zijn dat we van haar nog niet dezelfde vanzelfsprekendheid kunnen verwachten.

Eind van de middag, de telefoon zwijgt. Nog een enkele baliekant, daarna luiden we met een alcoholvrij biertje het weekend in.

Consumenten en kwaliteit



Ingrid Horstik en Hetty Vlug

Kwaliteit is een begrip in de gezondheidszorg. Het denken hierover heeft in het bijzonder door het rapport van de commissie Dekker een extra stimulans gekregen. Uiteenlopende groeperingen mengen zich in de kwaliteitsdiscussie: belangengroepen van patiënten en consumenten, beroepsgroepen, beleidsmakers en politici. Iedereen is het erover eens dat een goede kwaliteit van de gezondheidszorg van levensbelang is.

Een verschuiving die ongeveer tegelijkertijd speelt, is dat patiënten opeens consumenten worden genoemd. Dezen moeten in de toekomst op de markt van gezondheid en geluk het beste produkt tegen de laagste prijs op de kop tikken. De term patiënt, de afhankelijke, de lijdende, past niet in het denken over

gezondheidszorg in termen van markt en concurrentie.

Vanuit een andere invalshoek plaatst ook de patiëntenbeweging kanttekeningen bij het begrip patiënt. De verhouding arts-patiënt suggereert een afhankelijkheidsrelatie die teveel gebaseerd is op dankbaarheid, dwang of misleiding. De verhouding hulpverlener-hulpvrager, beschreven in termen van producenten en consumenten, zou beter aansluiten bij het streven naar een gelijkwaardige verhouding tussen hulpverleners en patiënten.

De discussie over kwaliteit van de gezondheidszorg wordt nauwelijks in verband gebracht met de zowel door de patiëntenbeweging als de overheid nagestreefde begripsverschuiving van patiënt tot consument. Ingrid Horstik en Hetty Vlug pogen dit wel te doen.



Welke specialist raadt u mij aan? Een simpele én moeilijke vraag van een stomapatiënt die binnenkort geopereerd moet worden. De secretaris van een plaatselijke afdeling van de Stomavereniging, die dergelijke vragen regelmatig gesteld weet, geeft geen antwoord. Hij heeft natuurlijk wel zijn eigen mening en kent die van leden van de vereniging, maar houdt deze voor zich. Een kernvraag blijft daarmee onbeantwoord, want de secretaris moet zich bij zijn zaakjes houden, zo stelt de Raad van Advies van de Stomavereniging, die geheel uit specialisten bestaat. Tja,

welke specialist raadt u mij aan? Als de secretaris deze vraag wel wil beantwoorden, stuit hij op nieuwe vragen. Wil de patiënt een specialist die in het meest nabijgelegen ziekenhuis werkzaam is? Is de gemiddelde opnameduur van de specialist van belang? Moeten er andere specialismes in het ziekenhuis aanwezig zijn? Is een wachttijd van een week een bezwaar? En van een maand? Moet het een specialist zijn die volgens de nieuwste maar weinig beproefde wetenschappelijke inzichten te werk gaat of moet het iemand zijn die oude en redelijk succesvolle methodes toe-

past? Liever een vrouw dan een man? Is het een bezwaar als het iemand is die methodisch-technisch zeer goed is, maar in de omgang bijzonder onvriendelijk en kortaf? Een voor- of een tegenstander van euthanasie? Iemand die een goede samenwerking beoogt met bijvoorbeeld de eerste lijn? Met de Stomavereniging? Wordt de eventuele partner betrokken bij de behandeling? Etcetera, etcetera. Allemaal vragen die niet eenduidig te beantwoorden zijn, zeker niet als ook nog eens de diagnose in twiifel getrokken wordt. Is degene die belt wel

een 'echte' stomapatiënt? Kim hij niet beter eerst een andere specialist raadplegen? Zijn er door alternatieve genezers goede resultaten geboekt met mensen met typische 'stomaklachten'? Kortom, de secretaris staat voor een zware taak als hij de consumentenhouding van de vragensteller serieus neemt en zoveel mogelijk aspecten van kwaliteit van de gezondheidszorg de revue laat passeren.

Spraakverwarring

Kwaliteit is moeilijk in een definitie te vatten. Over het algemeen denkt men wel te weten waar men het over heeft. Een goede kwaliteit behoeft geen krans, reclame is overbodig, kwaliteit verkoopt zichzelf, zijn bekende en algemene uitspraken. Kwaliteit lijkt een dynamisch begrip waaraan veel aspecten kleven en waarover verschillend gedacht kan worden. Het is immers een bekend verschijnsel dat betogen vanuit hetzelfde begrippenkader maar vanuit verschillende posities en belangen niet zelden tot misverstanden en spraakverwarring aanleiding geven.

'Hoe de kwaliteit van de gezondheidszorg gedefinieerd wordt, is afhankelijk of men alleen het handelen van beroepsbeoefenaren, of ook de bijdragen van patiënten en van het gezondheidszorgsysteem erbij betreft, hoe breed gezondheid en verantwoordelijkheid voor gezondheid zijn gedefinieerd en of de maximale effectieve of optimale effectieve zorg wordt gezocht, en of individuele of sociale voorkeuren het optimum definiëren.'

Hoewel overeenstemming over een algemene definitie van kwaliteit van de gezondheidszorg de laatste tijd niet zozeer gezocht lijkt te worden en misschien ook wel heel moeilijk te verkrijgen is, is overeenstemming over welke aspecten een bijdrage aan de kwaliteit van de gezondheidszorg leveren van minstens zo groot belang. Een drietal aspecten komt in verschillende studies en nota's terug: structuur, proces en resultaat."

Medische zorgstructuur: de structuur waarin en vanwaaruit de medische zorg wordt verleend.

Medisch zorgproces: het proces van zorgverlening, de gegeven en ervaren zorg, c.q. het totaal aan interacties tussen patiënt en zorgverlener.

Medische zorgresultaten: het resultaat van de medische zorg, zoals blijkt uit de lichamelijke toestand van de patiënt en diens tevredenheid en (eventueel) de gezondheidstoestand van de bevolking. Hoewel bovenstaande aspecten redelijk duidelijk omschreven zijn, kunnen ze toch onderwerp van felle discussie worden. Kunnen alledrie de aspecten getoetst worden? Welk aspect is het

belangrijkste voor een goede kwaliteit van de gezondheidszorg? Hoe verhouden de verschillende aspecten zich tot elkaar? En vooral ook, wie hebben daar wat over te zeggen, en: wie zeggen er iets over?

Van patiënt tot consument
Begin jaren zeventig wordt de kritiek op de verzorgingsstaat hoor- en voelbaar. Ook de professionele gezondheidszorg blijft niet gespeend van kritiek en zeker de talloze soorten specialisten moeten het ontgelden. De sterk toegenomen specialisaties en kosten in de gezondheidszorg hebben niet geleid tot een evenredige gezondheidswinst. De grenzen en beperkingen van de gezondheidszorg worden zichtbaarder, tegen bepaalde ziektes is nog steeds geen kruid gewassen. Bovendien richt de blik zich op de schadelijke (bij)effecten van de gezondheidszorg. Talloze mensen worden juist ziek als gevolg van het handelen van medici. Mensen worden ten onrechte in de patiëntenrol gedrukt of daar te lang ingehouden. Mensen verliezen het vermogen voor zichzelf en voor anderen te zorgen.' Leken worden niet serieus genomen in hun kennis over hun eigen lichaam en eigen verantwoordelijkheid wordt te weinig gestimuleerd.

In de jaren zeventig ontstaan dan ook vele algemene patiëntenverenigingen. Deze hebben zich vanaf het begin al het bevorderen van bijvoorbeeld medezeggenschap, de mondigheid van patiënten en van patiëntenrechten, ten doel gesteld. De meeste categorale patiëntenorganisaties stammen uit de jaren zestig en zeventig. Lag in de begintijd meer de nadruk op het ondersteunen van lotgenoten, het geven van voorlichting en het behartigen van individuele belangen, de laatste jaren zijn verschillende ontwikkelingen waar te nemen die wijzen op een meer collectieve belangenbehartiging. Een voorbeeld daarvan is het ontstaan van plaatselijke, regionale en provinciale platforms waarin naast algemene en categorale patiëntenorganisaties bijvoorbeeld ook consumenten-, vrouwen- en ouderenorganisaties zitting hebben.

Dat patiënten- en consumenteninbreng lang niet altijd wordt gewaardeerd en dat het zeker niet wordt gewaardeerd als zij over allerlei aspecten van de kwaliteit van de gezondheidszorg iets te zeggen hebben, maakt een uitstapje naar het KNMG duidelijk.

Versch uivingen

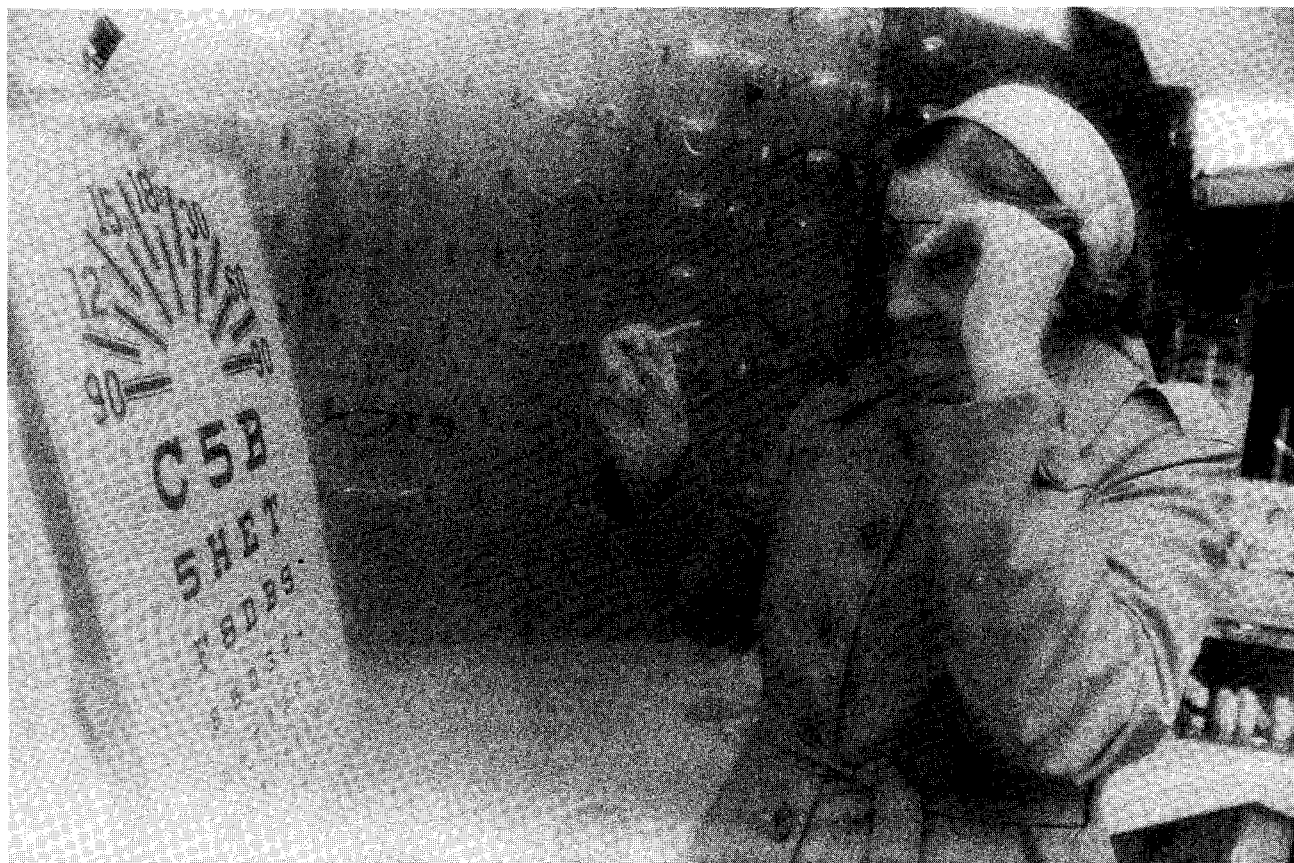
Het KNMG liet enige jaren geleden nog vrij duidelijk merken hoe gesloten het medische bolwerk behoort te blijven, de meningen en ervaringen van patiën-

ten waren absoluut oninteressant en bovendien niet objectief. Op het punt van kwaliteit stelde zij bijvoorbeeld dat hiervan sprake is 'indien de zorg voldoet aan geformuleerde en geaccepteerde normen, zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en daarop ook zijn afgestemd.' Op deze schijnbaar objectieve formulering is meteen kritiek gekomen. Verschillende personen en instanties hebben laten weten dat patiënten per se bij de kwaliteitsbeoordeling betrokken moeten zijn."

Eind vorig jaar sprak de voorzitter van de KNMG, de heer Cense, echter de volgende woorden uit: 'Het overleg tussen KNMG en LP/CP dient veel verder te gaan dan alléén het uitwerken van de juridische relatie arts/patiënt. Gezamenlijk zullen zij moeten komen tot het formuleren van zowel medisch-inhoudelijke als relationale kwaliteitsaspecten. Dit betekent dat beide partijen en hun koudwatervrees moeten laten varen. Ik acht een dergelijke ontwikkeling in deze tijd van verregaande beperkingen van het grootste belang. Enerzijds om te voorkomen dat er sluipenderwijs medische criteria worden misbruikt en geaccepteerd om tekortkomingen in de zorgmogelijkheden en de zorgverlening te camoufleren. Anderzijds om de burgers in Nederland bewust te maken wat de feitelijke gevolgen zijn van het huidige overheidsbeleid.'

De KNMG lijkt opeens serieus geïnteresseerd in de meningen en ervaringen van patiënten. Niet alleen de beroepsgroep bepaalt de kwaliteit, patiënten worden uitgenodigd om in ieder geval iets over het medisch zorgproces te zeggen. Erkenning van de wederzijdse betrokkenheid van hulpverleners en patiënten blijkt meer gemeengoed te worden. Gegeven en ervaren zorg kunnen niet los van elkaar worden beschouwd en de kwaliteit van de zorg laat zich pas kennen na vergelijking van deze twee aspecten. Het gebruik van uiterst moderne technische hoogstandjes bijvoorbeeld hoeft de gezondheidstoestand van een patiënt of van de bevolking niet te verbeteren en zegt al helemaal niets over de tevredenheid van een patiënt. Dit is een reden waarom er de laatste tijd in de kwaliteitsdiscussie meer aandacht is voor het aspect van de medische zorgresultaten.

Hoezeer de veranderde houding van het KNMG ook valt toe te juichen, een paar kanttekeningen zijn op zijn plaats. Ten eerste wordt de patiëntenbeweging slechts uitgenodigd om over een beperkt aantal aspecten iets te zeggen. De nadruk ligt teveel op de kwaliteit van de beroepsuitoefening en niet op de



De consumenten moeten kunnen kiezen, maar krijgen ze wel genoeg juiste informatie? Foto: Michael Ferron/HollandseHoogte

kwaliteit van de gezondheidszorg. Onder de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt naast het methodisch-technisch handelen van de hulpverlener ook de attitude van de hulpverlener en de organisatie van de beroepsuitoefening verstaan. Maar discussies over capaciteit en organisatie van de gezondheidszorg, het opleidingssysteem en het wetenschappelijk onderzoek blijven bijvoorbeeld veel achtergrondruis. Ten tweede lijkt niet alleen het inzicht dat patiënten waardevolle informanten zijn een rol te spelen, maar lijken ook andere motieven de KNMG tot een dergelijke stap te stimuleren. Daarbij zijn (overheids)politiek en marktwerking twee sleutelwoorden.

Zakelijke overheid
Democratiseringsprocessen in de jaren zeventig hebben ertoe geleid dat er meer aandacht is voor de ideeën en eisen van de patiëntenbeweging: collectieve belangenbehartiging vanuit consumenten- en patiëntenperspectief. De overheid wil de mondigheid en eigen verantwoordelijkheid van patiënten ondersteunen. De achtergrond waarte-

gen een dergelijk beleid op dit moment gestalte moet krijgen is die van een marktgerichte gezondheidszorg. Juist deze achtergrond geeft een dubbelzinnige betekenis aan het begrip consument in het overheidsbeleid. Het is niet voor niets dat bij de overheid de term 'burgers' in onbruik is geraakt. In plaats hiervan bezigt men termen als 'klanten', 'gebruikers' of 'consumenten'. Kuipers en Mak stellen dat dit de uitdrukking is van het feit dat burgers niet langer de dragers van een 'sociaal contract' zijn waarop de staat berust. De staat is het bezit geworden van anderen, van de politici en bestuurders die achter de mystificaties van het democratisch electoraat hun eigen concurrerende onderneming hebben gemaakt." Er is een toenemend eerbetoen aan een bepaalde zakenmoraal. De overheid lijkt steeds meer een bedrijf dat met zakelijkheid geleid moet worden en waarbij alleen winst en succes tellen, hoezeer het tegenwoordige management ook geïnspireerd lijkt te worden door intuïtie en persoonlijk leiderschap. Kuipers en Mak wijzen er zeer terecht op dat het 'kleine, het

onaanzienlijke, alles wat niet in de grote kaders past, niet telt in een vennootschap' .⁸

Consumenten

Op het eerste gezicht is het begrip consument vrij neutraal. Consument betekent letterlijk: gebruiker van goederen en diensten. Essentieel is dat het consument-zijn uitgaat van een gelijkwaardige en evenwichtige relatie tussen producent en consument. Er bestaat een overeenkomst tussen beiden. De consument kan door zijn betaling aanspraak maken op bepaalde voorzieningen en daar bepaalde rechten aan ontfangen.

Evenmin als de patiënt bestaat, is er ook niet één soort consumenten. Er zijn meer of minder gemakkelijk te omschrijven doelgroepen. Normaal gesproken zijn er tal van onderscheidingen te maken, zoals koopjesjagers, kwaliteitskopers, modebeluste kopers, gelegenhedskopers, goed geïnformeerde kopers, mensen die zich gemakkelijk laten aansmeren of mensen met een gat in de hand. In een normale marktsituatie weet de consument veelal van

tevooren waar het gewenste produkt te koop is en wie of wat vooraf informatie kan bieden. Bij de gezondheidszorg ligt dit wat ingewikkelder. Hoewel de gezondheidszorg vele eigen winkeltjes heeft, is de bewegwijzering en reclame matig. Op de mond-op-mondreclame valt op kleine schaal niets af te dingen, maar op grote schaal werkt het niet. Uitverkoop is in de medische wereld een vreemd begrip, evenmin is het mogelijk een produkt te ruilen. Mislukte medische behandelingen kunnen in de meeste gevallen niet voor succesvolle behandelingen geruild worden. In het spraakgebruik heeft het begrip consument echter een positieve betekenis gekregen. Een opstelling als gebruiker sluit aan bij een door de patiëntenbeweging gewenste grotere gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en hulpvrager. De patiënt is geen 'lijder' maar een 'gebruiker', niet meer passief maar actief. Een consument vermijdt de afhankelijkke en onderworpen houding van een patiënt.

Aan deze positieve waardering liggen bepaalde vooronderstellingen ten grondslag. Welke vooronderstellingen dat zijn, wordt duidelijk als we een onderscheid maken tussen actieve en passieve consumenten. Actieve consumenten, zo zou gesteld kunnen worden, zijn mensen die weet hebben van hun rechten op bescherming van hun veiligheid en gezondheid, op voorlichting en vorming, op vertegenwoordiging, op bescherming van economische belangen en op schadevergoeding. Zij maken zo goed mogelijk gebruik van hun rechten en keuzemogelijkheden en ze zien zichzelf als producenten van hun eigen gezondheid. En juist op dat laatste willen ze ook door de medische stand aangesproken worden: in een gelijkwaardige relatie waarbij beiden producent van gezondheid zijn.

Kortom, actieve consumenten - in het dagelijks spraakgebruik vervalt het woord actief meestal - moeten voor zichzelf kunnen (blijven) opkomen, een eigen verantwoordelijkheid bezitten en daarmee mondig zijn of blijven. In de gezondheidszorg stellen zij op alle niveau's eisen aan informatie, structuren, behandelingsmethoden en resultaten.

Passieve consumenten zijn, zo willen we stellen, mensen die niet of op een bepaald moment (nog) niet voldoen aan bovengenoemde vooronderstellingen. De vraag is of het onderscheid tussen passieve en actieve consumenten een ander licht werpt op de relatie tussen consumenten en kwaliteit.

Consumenten en kwaliteit

De discussie over kwaliteit van de

gezondheidszorg wordt nauwelijks in verband gebracht met de zowel door de overheid als de patiëntenbeweging nagestreefde begripsverschuiving van patiënt tot consument. Annemarie Mol stelt in haar artikel 'Het geval gezondheidszorg' dat het beschouwen van de gezondheidszorg in termen van ruil, waar het begrip consument naar verwijst, met name de vraag naar het karakter van de geleverde waar uitsluit. De vraag naar kwaliteit, indien die breder opgevat wordt dan de hoeveelheid of de verdeling van de medische waren, kan moeilijk gesteld worden. Wel kan vanuit dit perspectief de verhouding tussen artsen en patiënten bevraagd worden."

Dit sluit aan bij een tendens die wij waarnemen: consumenten stellen veelal vragen naar de aard van de relatie, met name de bejegening is onderwerp van kritiek; ze veronderstellen dat de kwaliteit wel in orde is. Deze beperkingen hoeven consumenten en patiënten zich natuurlijk niet op te leggen. Actieve consumenten kunnen bijvoorbeeld wensen en eisen formuleren over voorlichting, informatie, klachtenbehandeling, behandelingsmethoden, bereikbaarheid, financiering en resultaten. Daarmee worden zij een (potentiële) producent van gezondheid en worden de mogelijkheden om een betere kwaliteitsdiscussie vanuit patiëntenperspectief te voeren vergroot.

Het - fictieve - onderscheid tussen actieve en passieve consumenten duidt echter op een ander probleem. Niet iedereen voldoet aan de vooronderstellingen van een actieve consument. Passieve consumenten bestaan en hebben eveneens baat bij een brede kwaliteitsdiscussie. Het onderscheid geeft zicht op de grote verschillen die tussen consumenten kunnen bestaan. Een reden waarom kwaliteit opgevat moet worden als een subjectief begrip, waarbij keuze en flexibiliteit zowel de actieve als passieve consumenten ten goede zullen (moeten) komen.

De kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en patiënt behoort inmiddels tot het terrein van de publieke discussie. Een geschikt moment voor consumenten om een voet tussen de deur van het medisch bolwerk te krijgen en zich daarna als producenten te ontpoppen. De kwaliteit van de overige aspecten die aan de gezondheidszorg een bijdrage leveren kan dan beter onder de loupe worden genomen. Hoe krachten kunnen worden gebundeld om het belang en de legitimiteit van een eigen visie van consumenten en patiënten over kwaliteit te ontwikkelen is niet zo eenvoudig. Mary Fahrenfort stelt dat werk- en discussiegroepen van

mensen die niet al tot patiënt verklaard zijn of patiëntenzelfhulpgroepen, waarin het verkrijgen van meer medische kennis niet bij voorbaat de belangrijkste doelstelling is, daarbij mogelijkheden bieden.?' Ook kwaliteitscirkels in buurten of wijken kunnen een dergelijke functie vervullen.

Beiden zijn als stafmedewerker verbonden aan het Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming en houden zich vooral bezig met het ondersteunen van patiënten en consumentenbelangen.

Noten

1. Donabedian, A., 'The quality of care', in: JAMA, sept 23/30, 1988, vol 260, no. 12, pg. 1743.
2. W. Blok, *Tussen artsenmacht en patiëntenkacht*, Baarn 1985; C. van den Bogaard, *Kwaliteit huisartsengeneeskunde*, Den Haag 1988; *usv. Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen*, Utrecht 1977; *NHGOetsing in de huisartsengeneeskunde*, 1980.
3. J.M. Boot, en Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht 1988, pg. 63.
4. Citaat uit het KNMG-rapport 'De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening', 1980, geciteerd in: Bloka.w., pg. 42.
5. H.J.J. Leenen, 'Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg', in: *Medisch Contact*, 1979, nr. 34, pg. 931-938; NHG.a.w.; Blok a.w.
6. *Inzet*, jrg. 12 (1988), nr. 10 (okt), pg. 14.
7. P. Kuipers en G. Mak, *Aangeschoten wild. Over politiek, moraal en macht*, Amsterdam 1988, pg. 35-56.
8. idem, pg. 33.
9. A. Mol, 'Het geval gezondheidszorg', in: *Capito ergo I*, Groningen 1988. Dit artikel is ook elders in dit blad overgenomen.
10. Fahrenfort, M., 'Patiëntenvoorniching als middel tot emancipatie: twee geloven op één kussen', in: *Metamadica* 66, 1987, pg.113-121.

Het sprekende lichaam

De Marokkaanse psychiater Bennani over de somatiserende klachten van migranten



Marjon van Weersch

In januari werd er door het Nederlands Centrum Buitenlanders een vijftal studiedagen over de Marokkaanse psychiatrie georganiseerd.'

Een aantal Marokkaanse psychiaters en psychologen, die ook in Frankrijk hebben gewerkt, werd uitgenodigd om hun kennis over en ervaringen met Noordafrikaanse migranten over te dragen. Want ook in Nederland krijgen steeds meer hulpverleners met Marokkaanse hulpvragers te maken. Met name het sterke somatiseren dat je bij veel van hen ziet, roept nogal wat problemen op. Hoe moet men hiermee omgaan? Wat voor betekenis heeft het? Juist met deze vragen heeft de Marokkaanse psychiater en psychoanalist, Jalil Bennani, zich beziggehouden, zowel in zijn boek

Le corps suspect als in de workshop die hij tijdens de studiedagen leidde. Marjon van Weersch bezocht de workshop en stelde hem enkele vragen.



De Marokkaanse
psychiater Jalil Bennani.
Foto: Marjon van Egmond

Le corps suspect, in het Nederlands vertaald als *Het sprekende lichaam*, is gebaseerd op de praktijkervaringen van Bermani met Noordafrikaanse patiënten in Frankrijk. De schrijver heeft daar in diverse psychiatrische ziekenhuizen gewerkt en was jarenlang hoofd van de sectie Noord-Afrika van het *Centre Françoise Minkowska*, een categorale

instelling voor geestelijke gezondheidszorg aan migranten te Parijs. In zijn boek belicht Bennani de achtergronden van de somatiserende cliënt. Tijdens de workshop werd duidelijk dat ook veel Nederlandse hulpverleners de Marokkaanse cliënt kennen die, veelal nadat er een bedrijfsongeval heeft plaatsgevonden, met lichamelijke klach-

ten diverse specialisten heeft afgelopen zonder dat er een organische afwijking werd gevonden die het klachtenpatroon kon verklaren.

Bermani zet in zijn boek uiteen waarom de medische opvatting, volgens welke deze patiënten 'hun symptomen overdrijven' zo denigrerend is. Want, zegt hij, de grote betekenis van het lichaam

bij de Noordafrikaanse migrant verklaart juist het feit waarom dit lichaam inzet van zijn hulpvraag is. Waarom neemt het lichaam zo'n belangrijke plaats in? Dit is voor een gedeelte uit hun culturele achtergrond te verklaren, er wordt in de traditionele Noordafrikaanse gezinsstructuur bijvoorbeeld veel aandacht aan het lichaam van het kind geschonken. Maar deze culturele achtergrond verklaart niet de uitzonderlijk sterke somatisering bij Noordafrikaanse migranten. Bennani omschrijft hoe de migrant bij de gratie van zijn lichaam deel uitmaakt van het heden. Dat begint al bij de eerste selectie voor werk, alleen flinke en gezonde mensen worden aangenomen en deze selectie wordt daarna bevestigd door middel van een medische keuring. Gedurende de hele actieve werkperiode leeft de migrant bij de gratie van zijn fysieke kracht. Bovendien wordt de migrant overal geïdentificeerd met zijn lichaam en met zijn uiterlijk. Door bepaalde lichamelijke kenmerken is een migrant een ander mens.

Bennani spreekt in zijn boek ook over het tijdelijk verdringen van de subjectiviteit door de migrant, het gevoel zelf iemand te zijn. Zijn lichaam is gebonden aan een sociale status, veelal die van fabrieksarbeider. Deze sociale status biedt de migrant slechts de mogelijkheid zijn fysieke kracht te bewijzen en legt tegelijkertijd het lichaam beperkingen op, hij heeft niet langer toegang tot ontspanning en plezier en het eigen taalgebruik wordt hem ontnomen. Verdringing van zijn lijden is, aldus Bennani, het enige dat de migrant overblijft, tot het moment dat hij een ongeluk krijgt of er een ziekte optreedt. Dan eist het lichaam zijn tol door, zoals men dat noemt, 'sterk te somatiseren' en de migrant wendt zich tot een arts. Voor sommige migranten is het lichaam nog slechts de enige levensruimte. De laatste poging om erkenning te vinden zal zich dan ook via het lichaam manifesteren. De medische wereld beticht deze patiënt geheel onterecht van simulatie, voor zover men niet eenvoudig beweert dat ze een uitkering willen, aldus Bennani.

Aanklacht

Bennani's boek is ook een aanklacht tegen de fragmentatie van de Westerse hulpverlening. Hij wijst op de kloof die er tussen de verschillende instituties bestaat, enerzijds tussen de medische en sociale instituties, anderzijds tussen de medische instituties onderling, tussen hen die zich met somatische problemen

bezighouden en hen die zich met de psyche bezighouden.

Wat is het antwoord van Bennani? Hoe dient de hulpverlening aan de somatiserende cliënt eruit te zien?

Op de eerste plaats is het belangrijk dat de lichamelijke schade (en de lichamelijke krachtsvermindering die hieruit voortvloeit) wordt erkend, zowel medisch als sociaal. Allereerst moeten de symptomen worden erkend, vervolgens kan men zich openstellen voor de psychische klachten en de persoonlijke aspecten van de cliënt.

Voor sommige migranten is het lichaam nog slechts de enige levensruimte.

Bennani rekent zich tot de psychiaters die de sociologische stroming (waarin de economische en politieke factoren een belangrijke plaats innemen) en de psychoanalytische stroming beide wil handhaven. De omvang van de economische en sociale moeilijkheden van de migrant en het feit dat hij zich daardoor vaak onder psychiatrische behandeling moet stellen, rechtvaardigt de eerste stroming. Het specifieke van de migrant, zijn eigen cultuur en de conflicten die verband houden met zijn ontworteling maken de tweede stroming belangrijk.

Opgemerkt dient te worden dat Bennani in zijn boek met name over mannen schrijft, zelf merkt hij hierover op dat dit niet betekent dat bij de Noordafrikaanse vrouwelijke migranten geen behoefte aan hulp bestaat. Maar wel dat er belemmeringen zijn die het aan de dag treden van een dergelijke behoefte in de weg staan. Deze behoefte komt slechts aan de oppervlakte in een sociale context en omdat vrouwen veelal geen werk buitenshuis hebben, missen zij de sociale context om hun lijden te uiten.

Traditionele behandelingen

Bennani werkt momenteel als psychoanalyticus in Rabat.

'Ik ben teruggegaan naar Marokko om het "luisteren" - l'écoute in de psychoanalytische betekenis des woords - naar de persoonlijke problemen van mensen verder te ontwikkelen. In Frankrijk werd dit luisteren overschaduwd door de sociale omstandigheden waarin de migranten leven en de invloed daarvan op hun klachten en lijden. In Marokko kan ik vrij van alle migratiefactoren ervaring opdoen met de manier waarop de symptomen zich

bij patiënten uiten in relatie tot de traditie en cultuur. Ook in Marokko zijn er patiënten die somatiseren, maar dat heeft daar niet de intensiteit die het somatiseren van migranten in het Westen kenmerkt.'

Bennani is erg geïnteresseerd in de traditionele behandelwijzen in Marokko. Alhoewel de moderne behandelwijzen volop ontwikkeld worden en de psychiater en de psychotherapeut in toenemende mate worden bezocht, is vooral in de geestelijke gezondheidszorg de traditie nog steeds erg belangrijk. Patiënten uit alle lagen van de bevolking consulteren traditionele behandelaars. Binnen deze traditionele behandelwijzen bestaat een grote verscheidenheid, er wordt bijvoorbeeld gewerkt met geneeskrachtige mineralen, amuletten en offers. In Marokko is het heel gebruikelijk dat patiënten hun heil wisselend bij moderne en traditionele behandelaars zoeken.

Tijdens de workshop bleek dat het ook voorkomt dat migranten in Nederland, onder behandeling bij bijvoorbeeld een RIAGG, tijdens een bezoek aan Marokko een traditionele genezer raadplegen. Bennani benadrukt dat een Marokkaanse psychiater of Nederlandse hulpverlener de traditionele behandelaar niet moet willen vervangen, het is immers de keuze van de patiënt zelf om beide behandelaars te consulteren. Wanneer naast een Westers georiënteerd therapeut ook een traditionele behandelaar uit de eigen cultuur wordt geraadpleegd is het niet de arts, maar de patiënt die het verband tussen beide behandelwijzen moet leggen, meent Bennani.

Machinelichaam

In uw boek praat u over het 'tijdelijk verdringen van de subjectiviteit' door migranten. U heeft het dan over migranten, arbeiders, die leven bij de gratie van hun lichaam, een lichaam dat niet langer toegang heeft tot ontspanning en plezier en waaraan slechts de eis wordt gesteld dat het een machinelichaam is. U zegt ook dat de migrant dit heeft geaccepteerd. Kunt u iets vertellen over dit proces?

'Dit is een proces van verdringing. Verdringing is weliswaar noodzakelijk in het leven, maar de intensiteit en duur van deze verdringing van het verlangen is wel erg intensief en opmerkelijk. De kracht en de intensiteit van deze verdringing vindt slechts zijn gelijke in de kracht waarmee de migrant zijn lichamelijke werkkraft presenteert, zowel voor zichzelf als naar anderen toe. Wanneer er dan een ongeluk op het werk gebeurt, wordt de persoon herinnerd aan zijn verlangen.'

Vaak vormt een bedrijfsongeval het vertrekpunt vanwaaruit de migrant uiteindelijk in de psychiatrie terecht komt. Betekent dit dat de migrant zijn psychische nood beleeft middels lichamelijke klachten? Of kan iemand door dat ongeval pas eindelijk zijn klachten uitdrukken, zonder dat hij hoeft te praten over schaamtevolle zaken als stress?

'Ook hier speelt de ongelooflijke verdringing een rol: alles lijkt goed te gaan tot er bijvoorbeeld een bedrijfsongeluk plaatsvindt en er, schijnbaar plotseling, zowel problemen ontstaan. Zodra er sprake is van verdringing is het lijden wel aanwezig, maar niet bewust. Als er lichamelijke symptomen bij komen kijken, wordt de psychische nood zichtbaar, maar dat wil niet zeggen dat men zich daarvan ook in intellectuele zin bewust is.

Het is juist het probleem van de therapeut, deze moet ervoor zorgen dat patiënten hun lichamelijke klachten gaan verbinden met hun psychische nood.'

Grote stad

In Nederland hebben hulpverleners geleerd dat het onderscheid tussen migranten, afkomstig van het platteland en uit de grote stad, erg belangrijk is. In uw boek maakt u dit onderscheid niet, betekent dit dat u dit minder belangrijk vindt?

'Neen, het verschil tussen het platteland en de grote stad is zeker geen ondergeschikt punt, maar in mijn boek is het onderscheid tussen de sociaal-economische klassen belangrijker. De sociale positie vormt het eerste niveau waarop we de cliënt moeten bekijken. Het tweede niveau is het culturele. Daarbij gaat het er niet alleen om de cultuur van de ander te ontdekken, maar ook onze eigen cultuur en onze positie daarbinnen ter discussie te stellen.'

U bent slechts erg kort in Nederland. Kunt u desondanks toch iets zeggen over het verschil tussen de hulpverlening hier en in Frankrijk, en in hoeverre het niet-koloniale verleden van Nederland ten opzichte van Marokko hierbij een rol speelt?

'Ik geloof zeker dat dit laatste punt erg belangrijk is. Wat mij tijdens dit korte bezoek met name opvalt, en wat mij ook zeer heeft verbaasd, is de inzet en de betrokkenheid van therapeuten bij de taal van hun cliënten. Veel therapeuten hebben de taal geleerd en hebben bezoeken aan Marokko gebracht. Dit gaat verder dan de zogenaamde migrantencondities en het is ook een groot verschil met de situatie in Frankrijk.

Natuurlijk is mijn bezoek aan Neder-

land erg kort en ik ben ook nog niet klaar met mijzelf vragen te stellen, maar ik heb de indruk dat in Nederland een veel grotere tolerantie bestaat ten aanzien van de migrantenproblematiek dan in Frankrijk. Er is een grotere openheid vanuit de hulpverleners. En de hulpverleners zijn uiteindelijk een onderdeel van de samenleving.'

Noten

1. Van de studiedagen Marokkaanse Psychiatrie zal in de loop van dit jaar een uitgebreid verslag verschijnen. Het is te bestellen bij het Nederlands Centrum Buitenlanders, Postbus 638, 3500 AP Utrecht.
2. J. Bennani, *Le corps suspect*, Parijs (Editions Galilée) 1980. Nederlandse vertaling: *Het sprekende lichaam*, Weesp (Het Wereldvenster) 1985.

Uitslag prĳSVraag

Vanwege het bescheiden aantal inzendingen en omdat geen ervan voldeed aan de criteria die de jury van tevoren had gesteld - oorspronkelijk, trefzeker of van grote helderheid getuigend - heeft de jury besloten om geen van de inzendingen te honoreren met een boekenbon of plaatsing in TGP.

Daarvoor waren de bijdragen over het algemeen toch te weinig verrassend of spannend.

Achteraf is de jury zich ervan bewust dat het toch wel een behoorlijk moeilijk motto is geweest. LINKS EN GEZONDHEID zijn blijkbaar zaken, die niet zo simpel liggen en die mensen ook n~al te snel naar de pen doen grijpen.

Misschien dat de redactie van TGP zich er in haar kolommen nog eens het hoofd over kan breken.

Mirre Bots, namens de jury

(rectificatie)

In het artikel van Rob Jordaans *Dankbaar zijn ... of zelf organiseren* in TGP nr. 4/88, p. 177 is een storende fout geslopen. In zijn conclusie staat dat bij het cliëntgebonden budget de hulpverlener een stem moet hebben. Dit moet uiteraard de *hulpvrager* zijn, zoals ook uit de context moge blijken.

De redactie

HET VERLOSKUNDIG HEERSCHAP IN DOKKUM

In het dorp Dokkum waar Catharine Schraders in de achttiende eeuw grote faam verwierf als vroedvrouw, heerst al enige jaren een verwoede strijd tussen twee vroedvrouwen en elf huisartsen.

De vroedvrouwen die zich in 1984 in het dorp hebben gevestigd worden sindsdien geboycot door wat ik gemakshalve de Elf of de Bengels van Dokkum zal noemen.

De Elf van Dokkum weigeren zich te conformeren aan de ziekenfondswet die het primaat van de normale bevalling aan de vroedvrouw toekent. Een advertentie van de vroedvrouwen die hun vestiging aankondigde, werd door de Elf van Dokkum beantwoord met een tegenadvertentie waarin zij verklaarden net als voorheen hun verloskundige praktijk te zullen uitoefenen. In hun praktijkruimtes hingen zij soortgelijke mededelingen op.

De Elf proberen met man en macht de bevallingen in eigen hand te houden. Vooraf hebben ze de vroedvrouwen toegevoegd hen geen enkele medewerking te zullen verlenen, in de hoop hiermee hun vestiging te kunnen afschrikken. Toen dat niet bleek te lukken, hebben ze zwangere vrouwen moreel onder druk gezet. Als dezen desondanks toch naar de vroedvrouw gaan, kunnen ze het verder wel schudden met de medisch hulp.

De verloskundige boycot betekent dat de vroedvrouwen slechts vijftientig bevallingen per jaar hebben te doen, waar zij normaal op zo'n tweehonderd bevallingen kunnen rekenen. Slechts dank zij de betaalde banen van hun echtgenoten houden de vroedvrouwen het hoofd boven water. Het Elftal doet sinds 1984 zelfs gratis bevallingen. Formeel sturen zij een rekening naar het ziekenfonds - zeshonderd gulden per bevalling - maar uitbetaling vindt niet plaats, omdat dat in strijd met de ziekenfondswet zou zijn. Een snellere rekensom leert dat de Bengels van Dokkum in vier jaar tijd ruim een half miljoen gulden aan inkomsten hebben gederfd. Een prijzige actie, die moet resulteren in een opheffing van de vroedvrouwen praktijk bij gebrek aan werk. Een van de Bengels zegt dat zij uit idealisme handelen en dat zij als huisarts een gezinsarts zijn die het gezin van de wieg tot het graf begeleidt. Als zij de bevalling niet zouden doen, zou dat de vertrouwensrelatie met het gezin schaden. Een andere Bengel voegt daaraan toe dat zij met deze actie in opstand komen tegen de discriminatie van de

ziekenfondsverzekerde, die geen vrije keuze van verloskundige heeft en gedwongen wordt om naar de vroedvrouw te gaan. Moet ik dat nu echt geloven dat die huisarts voor mijn belangen als ziekenfondspatiënt opkomt? Op andere gebieden die mijn vrije keuze frustreren ben ik nooit een huisarts op de barricade tegengekomen. Doordat vrouwen nog steeds als huisarts worden geweerd, ben ik niet vrij in mijn keuze voor een huisarts, want vrouwelijke huisartsen zijn er nauwelijks. Ook een vrije keuze voor een alternatief genezer wordt mij niet gegund. Er zit dan ook een vies luchtje aan de Dokkumse actie, die trouwens niet op zich staat. De Landelijke Huisartsenvereniging maakte bekend dat zij achter de Bengels staat. En onlangs verklaarde het Centraal Medisch Tuchtcollege dat de Elf vrijuit gaan en verwierp de eerdere waarschuwing van het Medisch Tuchtcollege in Groningen. Op diverse plaatsen in Nederland, in Emmeloord, Schoonhoven en Kampen, speelt een soortgelijke strijd als in Dokkum om de heerschappij van de bevalling bij de huisarts te laten.

Deze strijd doet mij het meeste denken aan de eeuwenlange pogingen van artsen om vroedvrouwen uit de verloskunde te weren. Vroeger gebeurde dat onomwonden door vroedvrouwen uit te schelden voor onbekwaam, lichtvaardig, dronken en als personen die niets dan onheil stichtten en de ontwikkeling van de verloskunde tegenhielden. In onze tijd gebeurt het door middel van zogenaamde medische argumenten. Gynaecologen beweren dat een thuisbevalling gevaarlijk is, huisartsen profileren zich opeens als gezinsartsen die een integrale huisartsengeneeskunde voorstaan.

Uit het verre en recente verleden weten we dat als artsen in actie komen, het altijd om de centen gaat: hun inkomens- of monopoliepositie wordt bedreigd. Zo te zien snijdt het mes in Dokkum aan twee kanten, want ze willen niet alleen plaatselijk maar ook landelijk hun domein afbakenen, en het is de inzet van een half miljoen waard.

Tegen de Dokkumse vroedvrouwen zou ik willen zeggen, houdt de traditie van Catharine Schraders in ere en wijck noch beswijk voor den alleenheerschappij der geneesheren!

Lidy Schoon

Nieuwbouw en gezondheidszorgvernieuwing in Amsterdam



Bop Dijkstra

De komende tijd wordt cruciaal voor het in stand houden van de innoverende rol die Amsterdam op het gebied van de gezondheidszorg heeft gespeeld. Tuinbouwgebied Sloten is een van de laatste plekken in Amsterdam waar nog grootschalige nieuwbouw gepleegd kan worden en waar dus een goede voedingsbodem is voor een vernieuwde gezondheidszorgstructuur. Maar dan zullen er

wel heel wat minder stokpaardjes bereden moeten worden, aldus Bop Dijkstra, en zal er meer van de vernieuwingspogingen in het recente verleden, zoals de gezondheidscentra, geleerd moeten worden.

Een optie voor een nieuw model van zorgvernieuwing.¹

In de afgelopen decennia heeft bij de inhoudelijke zorgvernieuwing de nadruk sterk gelegen op de structurele kant: het tot stand brengen van geïnstitutionaliseerde samenwerking binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Dit moest dan bij voorkeur uitmonden in een gezamenlijke huisvesting en organisatievorm: het 'klassieke' gezondheidscentrum.

Het realiseren van deze vorm van zorgvernieuwing in gebieden waar gevestigde hulpverleningsdisciplines al apart functioneren bleek vaak onbegonnen werk. De samenwerking kwam het best van de grond in nieuwbouwwijken, omdat daar de gevestigde belangen nog geen wortel hadden geschoten. Daarbij was het op een aantal plaatsen zo dat gemeente en regionaal ziekenfonds gezamenlijk bijdroegen aan de totstandkoming van deze gezondheidszorgvernieuwing, want zij voelden zich verantwoordelijk voor de opzet van een gezondheidszorgstructuur in nieuwbouw gebieden en grepen de mogelijkheid aan om juist daar hun vernieuwingsideeën in de praktijk te brengen. Op een aantal plaatsen werd daarom een regionale organisatie gefinancierd die als 'ontwikkelingsfunctie' zorgdroeg voor de concrete voorbereiding van gezondheidscentra. Zo werd bijvoorbeeld in Amsterdam Zuidoost en Almere met behulp van zo'n organisatie een groot

aantal gezondheidscentra tot stand gebracht."

An tigezondheidscentra
De laatste jaren lijkt het model van het gezondheidscentrum geen opgeld meer te doen als een voornaam instrument voor zorgvernieuwing. Daarbij speelt een aantal factoren een rol, die vaak direct met het functioneren van de bestaande centra te maken hebben:

A Financiële problemen: de meeste centra hebben hogere exploitatiekosten dan afzonderlijk werkende hulpverleners. Een aantal oorzaken daarvan is inherent aan de gezamenlijke huisvesting en organisatie, zoals hogere huisvestingskosten, ongunstige fiscale en andere financiële wetgeving in vergelijking met vrij gevestigde hulpverleners. Ook de financieringsstructuur van de gezondheidszorg speelt hierin echter een rol, omdat intensievere eerstelijnszorg niet extra wordt betaald, en de besparingen die door actief beleid in de eerstelijns gemaakt worden, volledig ten goede komen van de verzekeraar, en niet van de eerste lijn die de besparing veroorzaakt.

B Organisatieproblemen: er is binnen de financiering van de eerstelijns nauwelijks de mogelijkheid tot het instellen van een coördinatiefunctie. Dit betekent in de praktijk een extra

belasting voor de hulpverleners in het centrum en vaak een minder efficiënte bedrijfsvoering. Daarnaast blijkt - in tegenstelling tot wat vaak van tevoren werd gedacht - de gezamenlijke organisatievorm op zich geen garantie te zijn voor een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleners.

C Inhoudelijke problemen: mede door bovenstaande knelpunten hebben de hulpverleners in de centra bij inhoudelijke vernieuwingen in de gezondheidszorg niet altijd voorop gelopen. De structuur die ontworpen was om de inhoud van de eerstelijns hulpverlening te verbeteren, bleek vaak juist een belemmering te zijn.

De hier beschreven analyse speelt momenteel een hoofdrol in het denken van veel beleidsmakers, ook bij degenen die het voor het zeggen hebben bij de gemeenten en ziekenfondsen en die in het verleden juist enthousiast meewerkten aan de totstandkoming van gezondheidscentra.

Naast deze inhoudelijke bezwaren ziet men binnen de eigen begroting ook geen ruimte meer voor structurele uitgaven, die niet direct de hulpverlening betreffen. Als gevolg hiervan worden er door gemeenten en ziekenfondsen vrijwel geen huurgaranties, start- en exploitatiesubsidies meer

afgegeven voor nieuwe gezondheidscentra. Daarnaast worden de subsidies voor de eerder genoemde 'ontwikkelingsorganisaties' sterk teruggedraaid, terwijl deze juist vaak een hoofdrol speelden bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Er wordt de voorkeur gegeven aan het subsidiëren van concrete projecten boven het instandhouden van organisaties. Dit alles betekent dat er momenteel nauwelijks nog een werkbaar basis is voor het opzetten van nieuwe gezondheidscentra.

De discussie over het functioneren van gezondheidscentra is naar mijn idee vaak blijven steken in het vóór of tégen

rijke gevolgen heeft voor de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg is de op handen zijnde herstructurering van de gehele gezondheidszorg in het kader van de plannen van de commissie Dekker.¹ De belangrijkste expliciete doelstelling van de overheid nu is het beheersbaar maken van de kosten van de gezondheidszorg. Om dit te bereiken wordt gekozen voor het versterken van de marktwerking binnen het gezondheidszorgsysteem. De concrete uitwerking van deze beleidsdoelstelling blijft echter op de meeste punten zeer in het vage. Slechts het voorstel voor een nieuwe verzekeringssysteem is gedetailleerd uitgewerkt. Bijvoorbeeld

daarvoor wordt hen de contractvrijheid ten aanzien van hulpverleners en instellingen aangereikt, maar ook hier ontbreekt een concrete uitwerking.

Vanuit de hulpverlening is de reactie op de overheidsplannen voornamelijk afwijzend geweest. Men is terughoudend tegenover het hanteren van economische principes in de gezondheidszorg en met name bevreesd dat de toegankelijkheid van de zorg voor de mensen met de laagste inkomens vermindert.

Deze kritiek blijft echter steken in het afwijzen van de plannen in hun totaal zonder dat wordt gekeken of er bruik-



Nieuwbouw in Amsterdam Zuidoost. Foto: Gé Dubbelman/Hollandse Hoogte

zijn, terwijl te weinig wordt gekeken of de waardevolle doelstellingen van de gezondheidscentra, namelijk de inhoudelijke verbetering van de zorg, in een andere vorm wel bereikt kunnen worden. En dit juist op basis van wat er allemaal geleerd is van het functioneren van die centra.

Vaagheid troef

Een tweede probleem dat ook belang-

het veelgeroemde principe van substitutie wordt vaak genoemd, maar nergens valt uit af te leiden hoe dat tot stand moet komen en wie dat eigenlijk zou moeten doen. Een ander voorbeeld: de verzekeraars - het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars zal verdwijnen - krijgen een belangrijke rol in het bewaken van de kosten en de kwaliteit van de zorg. Als instrument

bare elementen in zitten, zoals bijvoorbeeld het substitutie-idee. Daarnaast heeft het parlement reeds besloten de plannen gefaseerd in te voeren, zodat de discussie over voor of tegen inmiddels achterhaald is.

Veel belangrijker is het om nu te anticiperen op de invoer van deze plannen, zodat de invoering ervan in de juiste richting gebogen kan worden, namelijk voorwaarden scheppen voor

inhoudelijke verbetering en vernieuwing van de zorg. Het vraagstuk van de kostenbeheersing zal steeds gekoppeld moeten worden aan dat van de kwaliteit van de zorg.

Een ander model

Bij het zoeken naar vernieuwende structuren voor de eerstelijns gezondheidszorg moet het bovenbeschrevene uitgangspunt zijn, dat wil zeggen:

1. Het idee dat de structuur van het multidisciplinaire gezondheidscentrum de noodzakelijke voorwaarde is voor inhoudelijke zorgvernieuwing in de eerste lijn moet worden verlaten. Samenwerking binnen de eerste lijn blijft een belangrijk middel, maar moet geen doel op zich meer zijn.
2. De invoering van de Dekkerplannen gaat op korte termijn plaatsvinden en daar zal darr-ook op ingespeeld moeten worden. In de voorstellen zit een aantal bruikbare elementen. Beheersing van de kosten is een maatschappelijk gegeven dat geaccepteerd zal moeten worden, maar dat wel steeds gekoppeld moet worden aan controle op de kwaliteit.
3. De discussie ten slotte zal weer teruggebogen moeten worden naar de inhoud van de zorg. Hoe kan mensen die zorg worden geboden waar ze uiteindelijk het meeste baat bij hebben, voor een prijs die zich verhoudt tot andere elementaire uitgaven?

Wat in de huidige structuur van de gezondheidszorg ontbreekt, is een krachtige organisatievorm op regionaal niveau. Het landelijke beleidsniveau en de financiers die wel over bevoegdheden en financiële middelen beschikken, staan te ver van de directe hulpverlening af om effectief sturend op te kunnen treden. Grootchalige maatregelen blijken in de praktijk niet te werken, zoals bijvoorbeeld de maatregelen ter verlaging van de kosten van geneesmiddelen. Pogingen om inhoudelijke vernieuwing tot stand te brengen in de directe hulpverlening, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van de thuiszorg, ~open vaak ~paak omdat op regionaal niveau een Wirwar van organisaties en individuele hulpverleners bestaat. Er is slechts vrijblijvend overleg, en budget en bevoegdheden ontbreken om goede ideeën ten uitvoer te brengen."

Een krachtige organisatievorm op regionaal niveau die het budget beheert en bevoegdheden heeft naar de hulpverlener toe kan én inhoudelijke vernieuwing tot stand brengen én de kosten beheersen.

Ook de door Dekker voorgestelde structuur met een zwaardere rol van de verzekeraars én het benadrukken van het substitutiemechanisme vereist een aansprekbare organisatievorm op regionaal niveau.

Voor de tweedelijns gezondheidszorg (de ziekenhuizen) is zo'n organisatievorm altijd vanzelfsprekend geweest, alhoewel de medisch specialisten zich er vaak aan hebben weten te onttrekken. Toch is in die tweede lijn via de zogenaamde 'budgetteringsmaatregel' de beheersing van de overheadkosten de laatste jaren goed gelukt. Daarnaast slaagt een aantal ziekenhuisdirecties erin om een meer gecoördineerd inhoudelijk zorgbeleid van de grond te krijgen.

Regionaal zorgmanagement

Ik zal een uitwerking van dit concept geven onder de noemer: regionaal zorgmanagement. Ook zal ik direct laten zien welke voordelen hieraan verbonden zijn.

Voor wat betreft de omvang van de hulpverlening die onder het zorgmanagement gaat vallen, wordt in eerste instantie uitgegaan van het huidige volledige verstrekkingenpakket van het ziekenfonds en de AWBZDe gehele financieringsstroom van alle voorzieningen die hieronder vallen zouden via deze organisatie moeten gaan lopen. Het zorgmanagement functioneert in principe onafhankelijk van de hulpverleningsinstellingen en de verzekeraars. Het treedt in feite op als een 'tussenpersoon'.

Een belangrijke taak voor dit regionaal zorgmanagement is onder andere het vaststellen van de zorgvraag in de regio: aan de hand van de populatie in het gebied en het geschatte gebruik van voorzieningen kan de zorgvraag in een regio worden bepaald. Uiteraard is dit een permanent proces dat steeds bijstelling behoeft, bijvoorbeeld bij plotseling optredende veranderingen in de omstandigheden (AIDs-problematiek) of bij goed voorspelbare veranderingen (vergrijzing). Op basis van de zorgvraag kan het noodzakelijke zorgaanbod worden vastgesteld. Hierbij kan in eerste instantie aangesloten worden op de bestaande hulpverleningsdisciplines, maar zonnodig kan hiervan op experimentele basis afgeweken worden, bijvoorbeeld door overheveling van taken of door het scheppen van nieuwe functies.

Verder zal het zorgmanagement met hulpverleners moeten onderhandelen over dit zorgaanbod en de prijs waarvoor dit geleverd gaat worden. Eerstelijns hulpverleners hoeven niet per se door de regionale instelling in loondienst genomen te worden, maar kun-

nen op contractbasis worden agetrokken. Het werken op basis van een contract geeft hen een grotere mate van zelfstandigheid, iets waar hulpverleners zeer aan blijken te hechten. Daarnaast geeft het de financier een instrument voor controle op kwaliteit en kosten. Voor het aanbod van de intramurale zorg worden met ziekenhuizen, andere instellingen, en eventueel met individuele specialisten, onderhandelingen gevoerd over produkt en prijs. Daarbij kan ook onderhandeld worden over extra faciliteiten die een ziekenhuis kan scheppen, zoals consultatiemogelijkheden voor huisartsen, specialistische consulten in verzorgingshuizen, nascholing hulpverleners enzovoort. Een belangrijke taak van het management ligt verder in het beheer van het budget. Met de verzekeraars wordt onderhandeld over de omvang van het zorgpakket en het daarvoor beschikbare budget. Van groot belang hierbij is dat voor de eerste en tweede lijn één budget wordt vastgesteld, zodat het zorgmanagement zelf substitutievoorstellen kan uitwerken, waarbij besparingen op de 'dure' zorg ook direct naar de organisatie terugvloeien en gebruikt kunnen worden voor de 'goedkope' zorg. Het opzetten van experimenten voor die substitutie zal een belangrijk aandachtspunt voor het management vormen, bijvoorbeeld bij de onderhandelingen met ziekenhuizen. Een aanzienlijk deel van het budget zal echter naar de tweede lijn blijven vloeien, en dat zal lang niet altijd beïnvloedbaar blijken. Maar kleine procentuele besparingen op de tweede lijn kunnen al enorme opbrengsten betekenen.

Klachtenregeling

De controle op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg is ook een taak van het management. Dit zal vooral gebeuren door het opzetten en begeleiden van procedures voor intercollegiale toetsing, bijscholing en vakontwikkeling voor de hulpverleners, en een goede klachtenregeling voor de gebruikers. Het management kan ervoor zorgen dat er een kwaliteitscontrole komt, die onafhankelijk is van de hulpverlening. Het heeft daarbij via de af te sluiten contracten sanctiemogelijkheden naar de hulpverleners.

In de huidige situatie daarentegen staan de verzekeraars zo ver van de hulpverlening af dat het voor hen in de praktijk onmogelijk zal zijn om het werk van grote aantallen hulpverleners te toetsen. Slechts een regionaal opererende organisatie heeft mogelijkheden daartoe. Het is bekend dat in de huidige situatie hulpverleners die matig of slecht functioneren dat jarenlang kunnen blijven



Foto: Michiel Wijnbergh/Hollandse Hoogte

volhouden. Ziekenfondsen zijn immers verplicht om contracten af te sluiten met hulpverleners en kunnen slechts randvoorwaarden stellen (diploma's, waarnemingsregeling). De kwaliteits-toetsing van de geneeskundige inspectie functioneert alleen in extreme gevallen. Het management kan verder een beter functioneren van de hulpverlening bevorderen door het ontwikkelen van ondersteuningsfuncties voor de hulpverlening. Hiertoe behoort een intensieve automatisering van zowel de patiëntgebonden en algemene financiële gegevens als de patiëntgebonden, zorginhoudelijke gegevens. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren aan het inhoudelijk functioneren van de hulpverlening, doordat bijvoorbeeld epidemiologische gegevens makkelijk be-

schikbaar zijn. Daarnaast kan het gebruikt worden voor evaluatie van behandelingsmethoden en verwijzingen naar andere hulpverleners. Ook wordt hiermee de mogelijkheid geboden tot evaluatie van specifieke uitgaven voor patiënten met bepaalde ziektebeelden, of behandelingskosten van aangesloten hulpverleners voor gelijksoortige activiteiten. Daarnaast kan automatisering de hulpverleners veel onnodig administratief werk besparen.

Een andere ondersteuningsfunctie is advisering op het gebied van organisatieproblematiek, financiële administratie, belastingen en verzekeringen. Een zeer belangrijke vorm van ondersteuning is het meewerken aan of initiatief nemen tot de opzet van zorginhoudelijke projecten, bijvoorbeeld de

multidisciplinaire zorg aan demente bejaarden of patiënten met suikerziekte, en tot multidisciplinaire protocolontwikkeling. Dit soort projecten kan gestart worden, als hulpverleners een bepaald knelpunt binnen hun werk signaleren, of op basis van de eerdergenoemde analyse van geautomatiseerde gegevens.

De verdere invulling van het takenpakket is voor een belangrijk deel de taak van het zorgmanagement zelf en kan in een later stadium worden uitgewerkt.

Meerdere opties

Een concreet probleem is de vraag wie het initiatief zal moeten nemen om het zorgmanagement tot stand te brengen. De gemeente, met de haar toegewezen

taak om de gezondheidszorg in haar regio gestalte te geven, lijkt daarvoor een belangrijke kandidaat. Daarnaast zullen ook de verzekeraars een belangrijke rol hierin moeten spelen, want zij zullen het management ook voor een belangrijk deel moeten financieren.

Voor wat betreft de verzekeraars zijn verschillende opties mogelijk. Enerzijds kan ervoor gekozen worden om met een aantal verschillende verzekeraars in zee te gaan, waaronder het regionale ziekenfonds. Anderzijds kan ook besloten worden om met één verzekeraar in zee te gaan, of om zelf als verzekeraar op te treden. In die laatste vorm gaat de structuur erg lijken op die van de Amerikaanse *Health Maintenance Organisation*?

Voor de bestuursstructuur waaronder het management functioneert zijn verschillende opties mogelijk. Gezien het karakter van de gezondheidszorg lijkt een commerciële opzet, gericht op het maken van winst, niet wenselijk. Zuinig omspringen met financiële middelen is uiteraard essentieel, maar dat moet vertaald worden in meer voorzieningen of lagere premies voor de gebruikers in plaats van in persoonlijk winstbejag van individuen. De gebruikers zullen dan ook extra sterk bij de kostenbeheersing betrokken moeten worden. Bovendien moeten zij samen met de verzekeraars en de regionale overheid een belangrijke rol hebben in de bestuursstructuur die boven het management komt te staan.

Tuinbouwgebied Sloten

Het geschetste model zal uiteraard op experimentele basis in de praktijk getoetst moeten worden. Een nieuwbouwwijk blijkt daarvoor de meest geschikte plaats, en omdat binnenkort in Amsterdam wordt begonnen met de bouw van de nieuwe stadswijk Tuinbouwgebied Sloten en deze wijk aan zo'n 11.500 inwoners woonruimte zal gaan bieden, lijkt deze een ideale plaats voor bovengenoemd experiment. Om een idee te krijgen over wat voor bedragen het management dan de beschikking krijgt, staat in de volgende tabel per zorgsoort beschreven hoeveel kosten gemiddeld in Nederland werden uitgegeven voor een groep mensen van die omvang."

huisartsen	1,34 miljoen
gezinsverzorging	1,38 miljoen
wijkverpleging	0,69 miljoen
kraamzorg en verloskunde	0,30 miljoen
paramedische hulp	0,83 miljoen
tandheelkundige hulp	6,13 miljoen
totaal extramuraal	6,13 miljoen
totaal intramuraal	11,20 miljoen

Voor de STOZA heb ik een inventariserend onderzoek gedaan naar de stand van zaken rond de opzet van de zorg in Tuinbouwgebied Sloten en de mogelijkheden om hier op experimentele basis een vernieuwende structuur te ontwikkelen." Bij gemeente, ziekenfonds en hulpverleners in de regio heb ik gepeild of er interesse voor zulke plannen bestond. Zoals al eerder gemeld, zijn gemeente en ziekenfonds zeer terughoudend om zelf initiatieven op dit gebied te nemen, omdat zij geen financiële verplichtingen op de lange termijn willen aangaan.

Binnen de hulpverlening lijkt er meer enthousiasme om initiatieven te nemen. Met name de wijkverpleging en gezinszorg zijn meer dan in het verleden bereid om op dit terrein mee te denken en mee te doen. Wellicht kan er een particuliere verzekeraar gevonden worden, die interesse heeft om risico's te nemen voor dit vernieuwende initiatief.

In ieder geval is het van belang dat er op korte termijn een stuurgroep van hulpverleningsorganisaties uit de omliggende wijk en beleidsmakers wordt gevormd om tot uitwerking van de plannen voor de eerstelijns zorg te komen. Gebeurt dat niet, dan ontstaat in deze wijk weer de bekende verbrokkelde structuur van los van elkaar opererende hulpverleners, waar binnen enkele jaren geen enkel initiatief meer van de grond te krijgen is.

Amsterdam heeft lange tijd een voortrekkersrol gespeeld op het gebied van de gezondheidszorgvernieuwing. Die rol kan alleen behouden worden, als actief wordt geprobeerd bij de nieuwste ontwikkelingen aan te sluiten en deze op een eigen manier in vullen. Afwachten tot de overheid zelf met een uitwerking van de plannen komt of tot bijvoorbeeld de particuliere verzekeraars het initiatief naar zich toetrekken, betekent stilstand in de ontwikkeling. En stilstand betekent nog altijd achteruitgang. De inhoud van de zorg komt daarmee onder druk te staan, de hulpvragers worden de dupe.

De grote ervaring die in Amsterdam in het verleden is opgedaan moet gebruikt worden bij de ontwikkeling van nieuwe ideeën. Het systematisch afwijzen van overheidsplannen die toch ingevoerd zullen worden, betekent de greep op de ontwikkelingen verliezen.

Noten

1. Bop Dijkstra deed onlangs in het kader van zijn afstuderen onderzoek naar 'nieuwe ideeën voor de eerstelijns gezondheidszorg, mede in het licht van de plannen tot komende herstructurering van de gezondheidszorg op basis van de plannen van de commissie Dekker.' D-onderzoeksproject vond plaats onder auspiciën van de Stichting voor Ontwikkeling van de Zorg in de Regio Amsterdam (STOZA). Enkele ideeën uit deze scriptie worden in dit artikel naar voren gebracht.
2. Maesen, L. V.d. en R. Helsloot, *Oe opbouw van de integrale gezondheidszorg in de Zuiderstreek bij Amsterdam*, Amsterdam (SISWO)folia 221987; en: *Oe planning en de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad, Almere*, Amsterdam (SISWO)folia 21 1986.
3. *Bereidheid tot verandering*, commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Den Haag (Staatsu-geverij) 1987.
4. Louw, N. de, 'Ontwikkeling van de Zorg een dagtaak', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, nr. 3 1988.
5. Schut, F.T., *HMO, een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van de gezondheidszorg*, Lochem (De Tijdstroom) 1986.
6. Bron: *Financieel Overzicht Zorg 1988*, ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Den Haag (Staatsu-geverij) 1988.
7. Dijkstra, R.H., *Oezorgstructuur in de uitbreidingsgebieden in Amsterdam-Nieuw West*, een u-gave van de STOZA, Amsterdam 1988.

(mededeling)

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.

Naar een praktisch patiëntenbeleid

Over het belang van patiënten en gebruikers onderzoek



Gabriëlle Verbeek

De overheid werkt op dit moment aan patiëntenbeleid. Het klinkt veelbelovend, maar wat houdt dit concreet in en wat komt er in de praktijk van terecht?

Gabriëlle Verbeek kraakt heel wat kritische noten, als zede Tweede Voortgangsnota Patiëntenbeleid doorvlooit, en ze stelt duidelijk dat

niet alleen de overheid een actief patiëntenbeleid moet voeren, instellingen en beroepsbeoefenaren zullen er even hard aan moeten trekken. Maar daarvoor is wel een bredere visie op patiëntenbeleid nodig. En zal er vooral eens meer van de ervaringen en onvrede van patiënten gebruik gemaakt moeten worden.

De commissie Dekker heeft de nodige aandacht besteed aan de positie van patiënten in een marktgerichte gezondheidszorg. Er komt meer onderlinge concurrentie en aanbieders en verzekeraars krijgen een grotere verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de kwaliteit en de kosten van de zorg. In zo'n nieuw krachtenspel kan de positie van de patiënt gemakkelijk ondergesneeuwd raken. Dekker pleit dan ook voor patiëntenwetgeving, patiëntenparticipatie, ondersteuning van patiëntenorganisaties en het bevorderen van consumentenvoorlichting. De overheid moet in de toekomst de mondigheid en zelfstandigheid van patiënten zoveel mogelijk garanderen. De regering heeft in ieder geval formeel de aanbevelingen van Dekker overgenomen. Ze heeft ook toegezegd extra gelden voor het patiëntenbeleid te willen reserveren. In augustus 1988 is vervolgens de Tweede Voortgangsnota Patiëntenbeleid verschenen, waarin staatssecretaris Dees zijn beleidsvoor-nemens presenteert. Patiënten beleid bestaat volgens deze nota uit 'een stelsel van maatregelen en activiteiten die ten doel hebben de positie van de gebruiker van zorgvoorzieningen te versterken'. De overheid richt zich met haar maatregelen op de rechtspositie van patiënten, de behandeling van klachten in de gezondheidszorg, patiëntenparticipatie, het stimuleren van patiëntenorganisaties en goede voor-

lichting en informatievoorziening aan gebruikers.

Voorzichtig

Over de rechtspositie van de patiënt geeft de Tweede Voortgangsnota Patiëntenbeleid een kritische opsomming van bestaande wet- en regelgeving. Rechten en plichten van patiënten en hulpverleners zijn op allerlei plekken vastgelegd: wettelijke regelingen, erkenningseisen, medewerkersovereenkomsten, reglementen, gedragscodes enzovoort. Dit is een onoverzichtelijk geheel geworden en hulpverleners en patiënten kennen al die regelingen vaak onvoldoende. De overheid zegt in deze nota dan ook dat zij zich in haar beleid zal richten op 'overzichtelijkheid, bruikbaarheid en afdwingbaarheid' van de regelgeving. Maar in de nota worden verder geen concrete pogingen ondernomen om hier ook daadwerkelijk iets aan te doen. Er wordt alleen verwezen naar de regelgeving rond patiëntenrechten, zoals die allang in voorbereiding is. Dit zijn onder andere het wetsvoorstel op de geneeskundige behandelovereenkomst, het wetsvoorstel voor beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en het wetsontwerp voor het democratisch functioneren van instellingen.

De nota kondigt echter geen enkele nieuwe regeling van patiëntenrechten aan. Er wordt veel verwacht van zelf-regulering. Patiëntenorganisaties en

aanbieders van zorg kunnen bijvoorbeeld modelovereenkomsten afsluiten in het kader van de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Kortom, de overheid ontplooit zelf geen nieuwe initiatieven op het gebied van patiëntenrechten.

Deze voorzichtige houding geldt voor praktisch alle onderdelen uit het patiëntenbeleid, zoals geformuleerd in de Tweede Voortgangsnota. Ze stelt de overheid zich ook bij het onderwerp klachtenbehandeling terughoudend op. Er is een breed scala aan instanties die zich bezighouden met klachtenbehandeling in de vorm van advisering, bemiddeling, of-toetsing en beoordeling. Klagers zien door de bomen het bos niet meer. Zij weten vaak niet de goede plek te vinden om hun klacht te deponderen en bestaande procedures bevatten bovendien vele hindernissen. Volgens de nota streeft WVC naar 'realisatie van een stelsel van wetgeving en voorzieningen, dat zodanig functioneert dat iedere patiënt/cliënt met klachten op de juiste wijze geholpen wordt, dat wi zeggen binnen een redelijke termijn, met zorgvuldigheid en deskundigheid, en volgens een procedure of werkwijze die reële mogelijkheid biedt tot het voldoen aan de doelstelling van de klacht.'

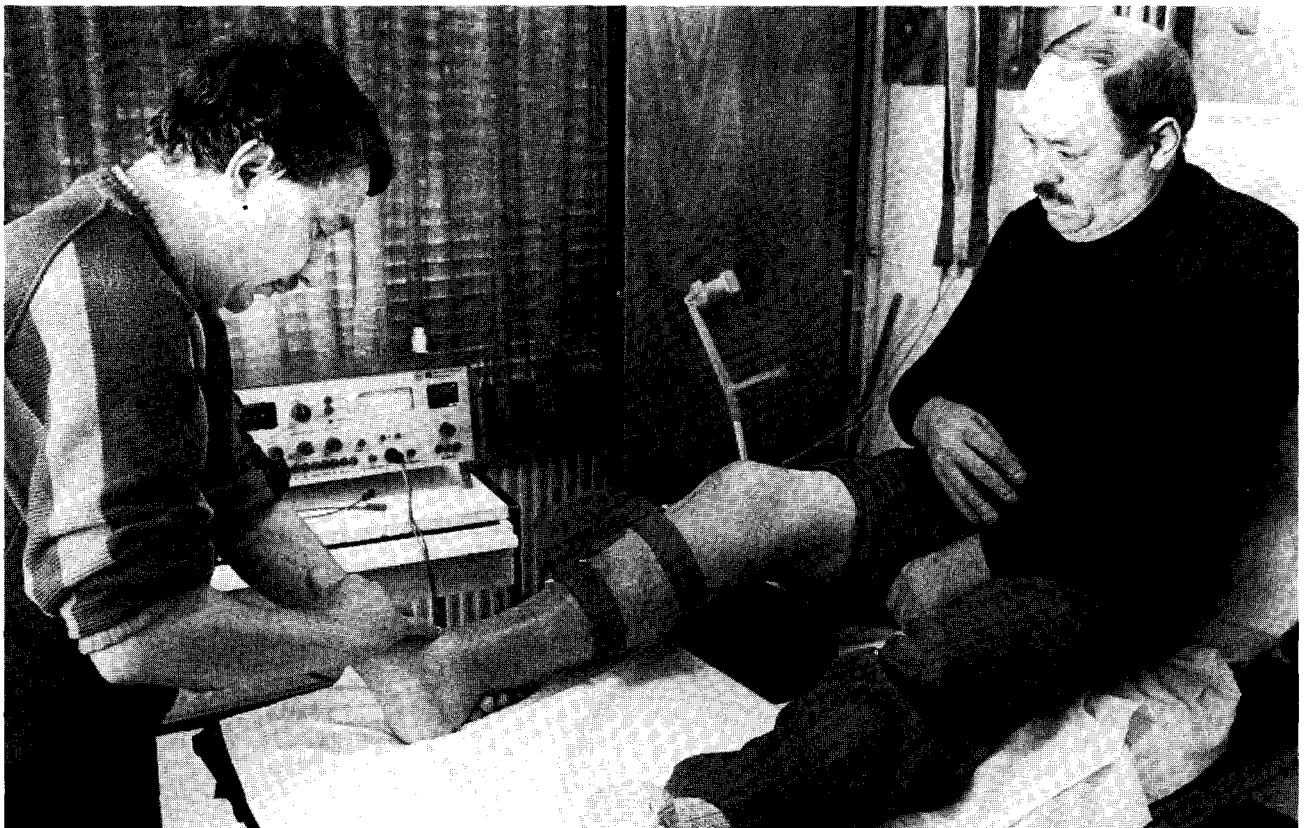
Beleidsvoornemens zijn 'het creëren van punten waar in eerste instantie alle soorten klachten opgevangen kunnen worden en waar advies en informatie

kan worden gegeven.' Wel moet er een mogelijkheid tot klachtenbehandeling komen in provinciale en gemeentelijke organen in het kader van de Wet Democratisch functioneren van Zorginstellingen. Uitspraken van die provinciale en gemeentelijke instanties blijken echter geen juridische consequenties te hebben, wel kunnen ze openbaar gemaakt worden. Ook hier dus een zeer bescheiden opstelling van de overheid en zeker geen actieve rol in het stellen

Formaliteit

De *Tweede Voortgangsnota Patiëntenbeleid* geeft naar mijn idee een duidelijk inzicht in de rol van de overheid bij het versterken van de positie van de patiënt. Er wordt samenhang gebracht in een aantal verschillende overheidsactiviteiten, zoals patiëntenwetgeving, het deelnemen van gebruikers aan beleid en beheer van voorzieningen, het bevorderen van patiëntenvoorlichting en ondersteunen van gebruikersorganisaties. De

doet. Ik vermoed dat de voorzichtige houding van de overheid ook belangrijke problemen zal opleveren, bijvoorbeeld bij de klachtenbehandeling in de gezondheidszorg. Er komen instanties voor klachtenbehandeling die geen echte bevoegdheden hebben als het gaat om het afhandelen van klachten. Zo'n vrijblijvend instituut heeft weinig waarde, daar zijn er al veel te veel van. Slechte kwaliteit en ernstige fouten in de bejegening dienen nooit op een



Er moet meer geluisterd worden naar de ervaren tevredenheid of ontevredenheid van patiënten. Foto: Gerlo Beernink

van regels aan de bestaande klachtenprocedures.

Wel zal er in de toekomst wat meer geld voor patiëntenorganisaties beschikbaar zijn. Deze krijgen ruimere subsidiemogelijkheden, maar: het zijn eenmalige startsubsidies aan beginnende organisaties, want 'de verantwoordelijkheid voor het functioneren van patiëntenorganisaties ligt in de eerste plaats bij de organisaties zelf.' Er wordt overigens ook in de rijksbegroting extra geld uitgetrokken voor het patiëntenbeleid. Het in 1988 beschikbare bedrag van 5,26 miljoen wordt in 1989 verhoogd met 3,65 miljoen en in 1990 nog eens met 1,5 miljoen.

positie van patiënten wordt hiermee formeel wat beter vastgelegd. Het is ook helder welke positie de overheid voor zichzelf ziet: zoveel mogelijk voorwaardenscheppend beleid en vooral proberen te stimuleren dat anderen (gebruikers, aanbieders, verzekeraars) aan de slag gaan met eigen vormen van regulering en onderhandelingen over de posities en rechten van de patiënt in de praktijk. De overheid beperkt haar eigen activiteit onder tussen behoorlijk, zij zal niet met harde hand rechten en plichten vastleggen en evenmin pijnlijke knopen doorhakken. Het is natuurlijk jammer dat het weer eens zo minimaal is wat de overheid

vrijblijvende manier benaderd te worden, zelfs niet door staatssecretarissen en ministers die een terugtrekkende overheidsrol propageren.

Het patiëntenbeleid, zoals de overheid zich dat voor de komende jaren voorstelt, kan alleen maar een succes worden wanneer er door de aanbieders een veel praktischer patiëntenbeleid wordt gevoerd. Dit vereist echter een totaal andere visie op patiëntenbeleid.

Patiënten vriendelijker
Patiëntenbeleid, zoals we dat tot nu toe geformuleerd hebben, bestaat vooral uit het regelen van een aantal essentiële rechten en verplichtingen van patiënten.

Patiënten hebben recht op bescherming van hun privacy, op informatie over hun ziekte en alles wat daarmee samenhangt, op inspraak in bestuur en beleid van instellingen in de gezondheidszorg en op een goede klachtenbehandeling. Dit zijn tamelijk basale rechten, maar behalve deze verplichtingen zijn er ook tal van andere vraagstukken belangrijk die direct met de positie van patiënten in de gezondheidszorg te maken hebben.

Gezondheidszorgvoorzieningen zijn soms niet zo gebruikersvriendelijk. De meeste mensen die enige ervaring met de gezondheidszorg hebben kunnen hiervan wel simpele voorbeelden noemen. Zo kwam mij het verwijderen van een hechting op een polikliniek - een handeling van nog geen vijf minuten - onlangs op bijna twee uur wachttijd te staan. Mijn buurvrouw in de wachtkamer, die de polikliniek wekelijks bezocht, vond dit vrij normaal. Ook is het met de leefbaarheid van diverse instellingen voor chronische patiënten slecht gesteld. Verpleeghuizen, waar mensen vaak toch nog enkele jaren moeten doorbrengen, zijn ondanks de inspanningen van alle medewerkers, als milieu bijna mensvijandig te noemen. Een patiëntenbeleid in de praktijk van de gezondheidszorg moet zich dus niet beperken tot de formele rechten en plichten van hulpverleners en instellingen, maar zou zich juist met dit soort problemen moeten bezighouden. Hoe kunnen we de gezondheidszorg patiëntvriendelijker maken? Hoe kan de patiënt bij zijn of haar gang door de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk worden geholpen? Hoe kan voorkomen worden dat technische of methodische interventies schade veroorzaken aan het leven van patiënten, bijvoorbeeld omdat ze tegen diens normen en waarden ingaan? Kunnen er voor patiënten meer keuzemogelijkheden komen wat betreft het aanbod van voorzieningen en de wijze van hulpverlening?

Hulpverleners en managers op alle niveaus zouden zich bij hun werkzaamheden stelselmatig dit soort vragen moeten stellen. Patiëntenbeleid in de praktijk vereist een attitude naar patiënten die niet zo zeer stellend is ('u moet dit doen') als wel vragend ('wat kunnen wij voor u doen?'). Dit betekent voor de verpleegkundige, arts, psycholoog en elke andere hulpverlener dat zij het vermogen moeten ontwikkelen om na te denken over het effect van hun handelen op de individuele patiënt. En men moet bereid zijn om de meningen en ervaringen van patiënten als een belangrijker criterium te ervaren voor het eigen handelen dan men nu doet. We hebben hier nog een lange weg te gaan. Het is veel gemakkelijker om de

patiëntonvriendelijkheid van een collega te zien (vooral als die van een andere discipline is) dan te signaleren hoe je zelf ongemerkt de mening van een patiënt ondergeschikt maakt aan je eigen deskundigheid of aan de routine van de instelling waar je werkt. Goede bijscholing, een stimulerend personeelsbeleid en vormen van *feedback* door collega's kunnen hierin wel wat verbetering brengen.

Gebruikersonderzoek

Bij een praktisch patiëntenbeleid is het ook van het grootste belang om de zorg stelselmatig te toetsen aan de optiek van de gebruikers. We zeggen wel zo gemakkelijk dat het aanbod van voorzieningen beter moet aansluiten op de behoeftes van de gebruikers, maar wat houdt zo'n slogan nu concreet in als we niet eens precies weten welke behoeftes gebruikers hebben? Het is noodzakelijk om objectieve gegevens te hebben over meningen van gebruikers van voorzieningen in de gezondheidszorg. We kunnen patiënten bijvoorbeeld via enquêtes of interviews vragen stellen over hun waardering van de dienstverlening en de behandeling die ze hebben gehad. Ook kan worden gevraagd naar kritiek of suggesties voor verbetering. Op deze wijze zijn allerlei zaken op te sporen die voor patiënten heel belangrijk zijn. En het blijkt hierbij vaak te gaan om allerlei praktische kwesties, waar ook het nodige aan te doen is.

Onderzoek naar ervaringen van cliënten in de RIAGG's wees bijvoorbeeld uit dat er in het beginstadium van de hulpverlening bepaalde drempels kunnen zijn, die een ernstige belemmering vormen voor sommige cliënten. Een voorbeeld is de verplichting om een uitgebreid vragenformulier in te vullen nog voordat de hulp is gestart. Sommige cliënten voelden dit als een inbreuk op hun privacy en gingen daarom al niet meer naar de RIAGG, terwijl zij wel behoefte aan hulp hadden. Dit probleem kon door de instelling vrij snel worden opgelost. In een andere RIAGG bleek de gehorigheid van wacht- en spreekkamers een knelpunt, waar dankzij nieuwbouw ook het nodige aan gedaan kon worden.

Onderzoek in ziekenhuizen geeft aan dat patiënten te weinig informatie van artsen krijgen en meer behoefte hebben aan begeleiding bij de emotionele verwerking van hun ziekte. Deze twee aspecten van het ziekenhuisverblijf zijn voor patiënten van vitaal belang. De ontevredenheid hierover is veel groter dan de ontevredenheid over de regulariteit van het ziekenhuisbestaan of de hygiënische omstandigheden. Zeer concrete kritiek is er ook op bepaalde

aspecten van de 'hotelfunctie' van ziekenhuizen, zoals de bewegwijzering in en rondom het ziekenhuis of het gebrek aan comfort van de dagverblijven.

Aanbieders van zorg hebben er veel baat bij om gebruikersonderzoek te doen. Zo kunnen zij de sterke en zwakke kanten van hun hulpaanbod door de ogen van de patiënt leren kennen. Ze kunnen hiermee de patiënt expliciet uitnodigen om zijn visie op de zorg te geven en vragen om kritisch commentaar. Nu is het nog steeds zo dat patiënten hun kritische geluiden over het hulpaanbod meestal voor zich houden, uit angst daar zelf slechter van te worden omdat zij zich afhankelijk weten van de instelling en de hulpverleners. Klachten die bij directies, klachtencommissies, tuchtcolleges en inspectie worden ingediend, vormen slechts het topje van de ijsberg. Eigenlijk is dat jammer, want hierdoor komen klachten en vormen van onvrede te weinig terecht bij degenen die er in de praktijk iets mee zouden kunnen doen: de managers en hulpverleners van de instelling.

Gebruikersonderzoek is in elk geval een middel om *feedback* te vragen. Dergelijke informatie geeft een goede en reële basis voor patiëntenbeleid in de praktijk. Hulpverleners, managers en patiëntenvertegenwoordigers kunnen met dit materiaal zeer concrete manieren bedenken om een voorziening te verbeteren.

Kortom, patiëntenbeleid moet meer zijn dan een puur formele aangelegenheid. Natuurlijk, de positie van patiënten zal in de wettelijke regelingen zo goed mogelijk moeten worden gewaarborgd, patiëntenorganisaties moeten een goede, formeel geregelde inspraak in de gezondheidszorg krijgen, maar daarnaast moet er ook aandacht komen voor allerlei 'informele' vormen van patiëntenbeleid in de dagelijkse praktijk van de zorg. Hier ligt misschien ook een goede taak weggelegd voor patiëntenvertegenwoordigers op allerlei plekken. Er zijn nieuwe en creatieve manieren denkbaar om de gezondheidszorg te verbeteren en patiëntvriendelijker te maken.

Elke aanbieder van gezondheidszorg zou op zijn minst een poging kunnen wagen om een eigen patiëntenbeleid te formuleren en in praktijk te brengen.

De auteur is stafmedewerker kwaliteitsbevordering en scholing bij de NVAGG.

... BOEKEN ...

Gezondheid als norm

Jan Rolies (red.), *De Gezonde Burger. Gezondheid als norm*, Nijmegen (SUN) 1988, ISBN: 90 616 8279 7, prijs: f 29,50.

Nog nakaterend van een tamelijk uitbundige jaarwisseling zat ik op een avond vroeg in januari nietsvermoedend voor de spiegel van onze cultuur, de TV. De omroepster kwam in beeld en wenste ons kijkers, 'een gelukkig en vooral gezond 1989'. Als Jan Rolies, redacteur van *De Gezonde Burger*, die avond ook TV heeft gekeken zal hij een zucht van herkenning hebben geslaakt: het vertrekpunt van dit boek kernachtiger verwoorden dan deTROS-omroepster deed kan bijna niet.

Gezondheid heeft in onze westerse cultuur een enorme waarde gekregen. Blijkens enquêtes vertegenwoordigt gezondheid voor een kwart van onze bevolking de hoogste waarde en voor ruim de helft een van de drie hoogste waarden - en blijkens de nieuwjaarswens van de omroepster is het belangrijker dan geluk.

Bovendien is gezondheid een norm en een plicht voor de burger geworden. Ik hoef u in gedachten maar weer voor de buis te plaatsen die u overstroomt met adviezen over gezond leven, *Way of Life Shows*, fitraces en reclames voor *light* producten. Gezondheid is een religie geworden, zo merkt de redacteur van het boek op. Vandaar misschien dat in dit boek naast artsen ook veel theologen het woord als auteur voeren!

Mag gezondheid dan een allesoverheersende norm en plicht geworden zijn, met de gezondheidszorg gaat het niet zo best. Deze wordt te duur, onhanteerbaar en inefficiënt. Daarnaast loopt het gelovige volk gestadig over naar ketterse geloofsverkondigers in de vorm van alternatieve genezers. De reguliere dokters doen het niet goed en hebben alleen nog maar aandacht voor laboratoriumwaarden en organen in plaats van mensen. Er is dus niet alleen sprake van een crisis in de gezondheidszorg, maar ook van een crisis in de geneeskunde. Die crisis is niet technisch, financieel of politiek van aard, maar cultureel: het gaat om de wijze waarop burger en overheid omgaan met lichaam, prijs, lijden en sterven.

Een situatie kortom, die uitnodigt tot 'een kritische, zowel wijsgerige als historische analyse van de uitgangspunten, grondvoorwaarden en vooronderstellingen van de huidige gezondheidszorg.' Dit om, aldus de inleiding van het boek, beleidsmakers en gezondheidswerkers tot een dieper inzicht in hun professionele praktijk te brengen.

Prikkelend

In een negental essays voeren even zoveel auteurs zo'n kritische analyse uit. Het eerste deel bestaat uit een

vijftal essays waarin filosofen de revue passeren die belangrijk zijn voor het denken over het lichaam, gezondheid en de dood. Daarbij nemen de auteurs de lezer mee van Hobbes, via Nietzsche en Foucault, naar Baudrillard en Sloterdijk.

Het tweede deel van het boek besteedt aandacht aan gezondheidsideologieën en de vooronderstellingen bij verdelingsvraagstukken ten aanzien van de gezondheidszorg.

Hier en daar reiken de bijdragen prikkelende ideeën aan, ook voor diegenen die menen al kritisch en progressief met de vooronderstellingen van de gezondheidszorg bezig te zijn. Zo moet de kritiek van Foucault op de huidige geneeskunde weinig geruststellend in de oren klinken van degenen die de uitgangspunten van de 19e-eeuw hygiënisten weer serieus willen nemen - een discussie die ook in dit tijdschrift speelt. Volgens Foucault is de crisis in de moderne geneeskunde niet te verklaren uit de eenzijdige individuele gerichtheid ervan. Doordat in de 19e eeuw ziekte als een variatie van het normale werd gezien, waren dokters niet alleen deskundig over het zieke, maar ook over het gezonde. Hiermee is de basis geschapen voor de medische bemoeienis met onder andere omgevingsfactoren, sociale geneeskunde dus. Juist dat laatste behoort ook tot de moderne geneeskunde. Eveneens volgt hieruit dat medicalisering geen uitweg is, maar in het moderne denken over geneeskunde zit ingebakken.

Een andere auteur laat zien dat hygiënisme een normatieve wetenschap was, die met een beroep op de gezondheid specifieke normen in de samenleving poogde te introduceren. Je wordt er niet rustiger van, maar tot dieper inzicht leidt het zeker.

Over hoe het dan wel moet pretendeert het boek geen oplossing aan te reiken.

De meeste bijdragen in *De gezonde burger* zijn ter zake, maar lang niet altijd gemakkelijk te volgen. Filosofische theorieën verhelderen is moeilijk en ze smakelijk opdienen is niet iedereen gegeven. Omdat het boek zich op beleidsmakers en werkers in de gezondheidszorg richt mag je die eis er wel aan stellen, vind ik. Want de doelgroep bestaat voornamelijk uit mensen met een praktische inslag en met weinig tijd. Hier en daar zou een voorbeeld ter verheldering van de uitgelegde ideeën wonderen doen. Waar dat wel gebeurt; winnen de essays aan begrijpelijkheid en overtuigingskracht. Wanneer bijvoorbeeld Arko Oderwald uitlegt dat ziekte als een bezit wordt gezien, dat bij verdwijning een gezond lichaam achterlaat, zal zijn toelichting bij de meeste dokters ongetwijfeld voor een glimlach van herkenning zorgen: 'Patiënte x, een overigens gezonde vrouw ...', wie kent die zin niet uit patiëntenbesprekingen.

Jammer is ook dat er zo weinig beleidsmakers zelf aan het woord komen of ondervraagd worden over de vooronderstellingen van hun keuzes.

De analyse van verdeelvraagstukken van Martien Pijnenburg, waarin vooronderstellingen van de *Nota 2000* en de commissie-Dekker aan bod komen, is helder, maar vraagt om meer van dit soort bijdragen. Het gevaar bestaat dat de bundel in zijn huidige vorm te veel tot de filosofen en te weinig tot gezondheidswerkers en beleidsmakers spreekt. Dat zou jammer zijn, want daarvoor is dit boek te belangrijk. Het gaat tenslotte om een nuttige en noodzakelijke analyse van macht, moraal en (medische) gevestigde belangen.

Joost van der Meer

Het rijk van de schaarste

Hans Achterhuis, *Het rijk van de schaarste*. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault, Baarn (AMBO), 1988, ISBN 90 263 0848 5, prijs f 45,00.

Het begrip 'schaarste' is in het gewone spraakgebruik direct verbonden met een tekort. Toch blijkt op het moment dat het weer beter schijnt te gaan met de economie het begrip 'schaarste' zich als een nieuwe infectieziekte te verspreiden. In toenemende mate wordt schaarste door diverse disciplines in de mond genomen. Waar het eerst een begrip was dat vrijwel uitsluitend door economen werd gehanteerd is het nu gemeengoed geworden. Beleidsmakers lijken er zelfs door beheerst te worden. Voor de gewone leek is dit een onbegrijpelijk verschijnsel. Alles wat men zou willen hebben is in principe te koop, de winkels pulen uit en er lijkt eerder een teveel dan een tekort te zijn, al is niet alles voor iedereen bereikbaar.

Ook in de gezondheidszorg blijkt steeds meer mogelijk te zijn. Artsen hebben de beschikking gekregen over een veelheid aan diagnostische faciliteiten, van nieuwe behandelingsmogelijkheden wordt dagelijks in de media verslag gedaan, harten en levens worden getransplanteerd, kanker kan in veel gevallen effectief behandeld worden, als een heup versleten is kan er een kunstheup geplaatst worden, onvruchtbaar zijnde kan een vrouw toch zwanger worden, het leven kan verlengd worden etcetera. Wat wil men nog meer? Deze vraag is niet moeilijk te beantwoorden. Er zijn nog voldoende ziekten en kwalen waarvoor nog geen afdoende therapie voorhanden is. Bovendien ontwikkelt de medische wetenschap zich dusdanig dat steeds meer afwijkingen vastgesteld kunnen worden. Afwijkingen die als ziekte worden geclassificeerd en waarvoor dus een therapie gevonden moet worden. Wat men wil is, eenvoudig gezegd, vooruitgang en dat betekent ook: méér dan nu al mogelijk is. Als het gaat om gezondheid lijken de behoeften en wensen van mensen oneindig te zijn. Wordt op een gewone markt de vraag naar een bepaald produkt nog in toom gehouden door de prijs die ervoor betaald moet worden, op de markt van de gezondheidszorg kunnen risico's afgekocht worden dank zij het verzekeringsstelsel. De werkelijke prijs wordt om verschillende redenen vaak niet zichtbaar noch voelbaar. Aan elke nieuwe en bestaande mogelijkheid is echter wel een prijs verbonden. Zowel een financiële, emotionele als maatschappelijke prijs. En de som van die prijzen wordt volgens sommigen te

hoog. Waar regulering en bezuinigingsmaatregelen niet meer helpen, wordt als logisch gevolg de vraag naar 'de grenzen van de zorg' gesteld. Moet en mag alles wat kan? Moeten we geen prioriteiten stellen?

Deze momenteel veel gehoorde vragen bewijzen dat wat Achterhuis stelt terecht is: we zijn definitief in het rijk van de schaarste beland. Het rijk waarin een strijd geleverd moet worden om de schaarse middelen, waar het leven van de een ten koste zal gaan van dat van de ander. Paradoxaal genoeg als het effect van een overvloed aan mogelijkheden.

Natuurfeit

Het bovenstaande is zeker geen samenvatting van het uitermate lezenswaardige boek van Achterhuis. In eenvoudige bewoordingen geeft het wel aan welk soort problematiek aan de orde wordt gesteld. Het verschijnsel schaarste staat centraal en vormt de rode draad in de verschillende hoofdstukken, waarin Achterhuis tevens een inleiding op het denken van een aantal filosofen wil geven.

Om te beginnen stelt Achterhuis dat het kenmerkend voor de moderne economie is dat schaarste als vanzelfsprekend en onontkoombaar, als een soort 'natuurfeit' wordt gezien. Schaarste wordt noch in economische noch in sociaal-wetenschappelijke en sociaal-filosofische publikaties systematisch geproblematiseerd. Hij trekt de conclusie dat schaarste het meest verborgen uitgangspunt van de moderne maatschappij lijkt te zijn.

Over schaarste wordt meestal gedacht in het kader van een vooruitgangs- en ontwikkelingsideologie. De vroegere (absolute) schaarste, zoals die nu nog in de ontwikkelde landen aanwezig zou zijn, zou overwonnen kunnen worden door de inzet van technische middelen. Achterhuis wil in zijn boek het tegenovergestelde aantonen en slaagt daar op een overtuigende manier in. De moderne maatschappij heeft de schaarste niet overwonnen maar juist gecreëerd.

Op zoek naar de oorsprong en een verklaring voor dit verschijnsel leidt hij de lezer in het eerste deel van zijn boek naar de 17e eeuw, naar de denker Thomas Hobbes. Hobbes zou de eerste zijn, waarschijnlijk als reactie op zijn tijd, die het begrip schaarste systematisch ontwikkelde. De bespreking van diens ideeën vindt voornamelijk plaats op basis van het boek *Leviathan*. Het centrale thema dat hierin naar voren komt, is dat de waarde van de mens afhankelijk is van de behoefte en het oordeel van anderen. Uit deze maatschappelijke afhankelijkheid komen schaarste en macht voort. Schaarste is niet meer dan het gevolg van het feit dat mensen behoeften hebben en deze behoeften zijn het gevolg van een vergelijking tussen wat zijzelf en wat anderen hebben. Waar meer mensen hetzelfde nastreven c.q. willen bezitten, ontstaat schaarste en volgt een oomlog van allen tegen allen. Toch is het volgens Hobbes mogelijk om in vrede met elkaar te leven. Dank zij een aantal hartstochten die mensen gemeenschappelijk hebben, zoals angst voor de dood, het verlangen naar dingen die het leven veraangamen en de hoop deze dingen door arbeid en ijver te verwerven, zal men met behulp van de rede bepaalde vredesbepalingen ontdekken. Hobbes noemt deze bepalingen 'natuurwetten'. In deze natuurwetten staat de categorie van 'het leven' centraal: vanuit de angst voor de dood wordt het leven de hoogste waarde, die ten koste van alles behouden moet worden. Vervolgens ontwikkelt Hobbes zijn contracttheorie

waarin het naleven van geldige verdragen het wezen van de rechtvaardigheid vormt. Vanuit deze contracttheorie kan tevens zijn staatsleer worden begrepen. Daarin wordt gesteld dat mensen zich aan de staat zullen onderwerpen om zo hun leven veilig te stellen. De staat die zo tot stand komt, wordt gekenmerkt door een absolute en ondeelbare soevereiniteit. Alleen als iemands leven wordt bedreigd heeft hij het recht zich tegen de soeverein te verzetten.

In deel 11 wordt op een duidelijke wijze het denken van John Locke besproken aan de hand van de theorieën die hij in de *Second Treatise* ontwikkelde. Met name zijn eigendomstheorie en staatsleer, die de basis voor de liberale rechtsstaat vormen die uitgroeide tot de moderne verzorgingsstaat, worden toegelicht en vergeleken met het denken in de traditionele maatschappij en met dat van Hobbes. Een van de belangrijke verschillen met Hobbes is dat volgens Locke alleen arbeid recht op eigendom geeft. In de traditie werden er altijd grenzen aan eigendom gesteld, nu wordt in principe een eindeloze uitbreiding van het bezit door de mens mogelijk. Dank zij het geld, zegt Locke, kunnen bovendien alle bezittingen, roerend én onroerend goed, een mens vergezellen naar alle plaatsen waar hij heen wil. Dit in tegenstelling tot de traditionele samenleving waar onroerend goed niet willekeurig verkocht kon worden, omdat het de mens de garantie gaf een plaats in de wereld te hebben waar hij beschermd was tegen het publieke domein.

Achterhuis bespreekt vervolgens de problematiek van de schaarste binnen de huidige verzorgingsstaat, hetgeen automatisch leidt tot de centrale vraag 'wat een rechtvaardige verdeling van schaarse goederen is'. In dat kader neemt hij de ideeën van Robert Nozick en John Rawls kritisch onder de loep.

In de volgende delen worden onder andere besproken: Jean-Jacques Rousseau en zijn gelijkheidsbegrip, en Karl Marx en zijn gemeenheidsrecht (het gemeenschappelijke gebruiksrecht). Achterhuis besluit zijn gang langs de filosofen met een kritische benadering van de machtsanalyse van Michel Foucault, en hij laat zien hoe het schaarstebegrip ook bij hem continu aanwezig is in zijn denken over macht.

Erkennen van schaarste

In de laatste twee hoofdstukken wordt schaarste in relatie tot de gezondheidszorg en schaarste en honger geanalyseerd in het licht van de eerder genoemde filosofen. Met veel sprekende en zeer recente voorbeelden worden de huidige problemen toegelicht. Waar het om de gezondheidszorg gaat, komen met name aan de orde de schijnbaar onbeheersbare groei van de gezondheidszorg, het selectievraagstuk en het begrip kwaliteit van leven, de wijze waarop gestreefd wordt naar levensverlenging en de verloren kunst om te sterven, de mondigheid van de patiënt als voorwaarde voor medische macht. Besloten wordt met enkele opmerkingen over mogelijkheden om de schaarste te vermijden, waarbij Achterhuis stelt dat de belangrijkste stap het erkennen van de schaarste is.

In schaarste en honger wordt het wereldvoedselvraagstuk besproken. Aan de orde komen: de overvloed aan voedsel in de traditionele samenlevingen, de invloed van het kolonialisme, het zogenaamde overbevolkingsprobleem en de oneigenlijke relatie die met honger wordt gelegd, de negatieve neveneffecten van ontwikkelingshulp.

Zoals eerder gezegd, is *Het rijk van de schaarste* een uitermate lezenswaardig boek, waarin het ontstaan van schaarste wordt geanalyseerd met een rijkdom aan oorspronkelijke teksten van hedendaagse en vroegere filosofen. Enige kritische kanttekeningen kunnen echter ook worden gemaakt. De dubbele doelstelling die Achterhuis heeft, namelijk een inleiding geven op het denken van enkele belangrijke filosofen en een analyse van het verschijnsel schaarste, heeft ertoe geleid dat de opbouw van bepaalde hoofdstukken ronduit warrig is of in ieder geval voor de geïnteresseerde leek niet erg doorzichtig. Verhelderend daarentegen is het historisch perspectief waarin de informatie continu wordt geplaatst. Het is lang niet altijd een eenvoudig leesbaar boek.

De overtuigingskracht van het boek is groot, maar dit neemt niet weg dat duidelijk blijkt dat met name die ideeën en citaten van filosofen zijn uitgeleend die de 'schaarstetheorie' van de auteur bevestigen. In die zin is de benadering eenzijdig, ondanks dat zeer veel verschillende filosofen aan het woord komen.

Als laatste een opmerking voor de lezer die met name in de problematiek van de gezondheidszorg of in het vraagstuk van de honger is geïnteresseerd: alleen de desbetreffende hoofdstukken lezen doet echt afbreuk aan de waarde ervan. Deze hoofdstukken komen pas goed tot hun recht als het voorafgaande is gelezen. Een antwoord op de problematiek vindt men overigens niet in het boek, maar tot meer inzicht zal het zeker leiden.

Corine Broeders

Het menselijk tekort

F.C.L.M. Jacobs en GA van der Wal (red.), *Medische schaarste en het menselijk tekort*, Baarn (AMBO) 1988, ISBN 90 263 0941 4, prijs f 29,50.

De jaren tachtig van deze eeuw van innovatie in de medische technologie zullen de geschiedenis ingaan als het decennium van schaarste en van de eerste pogingen om de grenzen van de zorg te bepalen. Dit stelt M.A.M. de Wachter in zijn inleidend woord bij de bundel *Medische schaarste en het menselijk tekort*.

In het woord vooraf wordt door Jacobs en Van der Wal aangegeven dat de discussie over de grenzen van de zorg vaak weinig principieel van karakter is. Er is relatief veel aandacht voor economische en juridische aspecten, maar de problematiek omvat ook vragen van meer ethische of meer algemeen filosofische aard. Deze bundel wil juist die aspecten meer belichten.

Jacobs opent het boek met een beschouwing over wat gezondheid en ziekte is. Zijn invalshoek is in eerste instantie vrij algemeen. Via onder andere een bespreking van de vraag naar de betekenis en de zin van ziekte komt hij tot de conclusie dat een filosofisch-psychologische benadering geen uitkomst biedt. Over ziek zijn als sociaal fenomeen kan zijns inziens meer gezegd worden en hij voert met name de Swaan, Illich en Freidson ten tonele om de medicaliseringstheorie toe te lichten. Uiteindelijk komt hij tot een filosofische beschouwing. Voortredender op Aristoteles doet hij de volgende constatering:

'gezondheid is een noodzakelijke mogelijkheidsvoorwaarde voor vele menselijke activiteiten, maar niet voor alle; gezondheidszorg is dus gewettigd omdat daardoor die andere activiteiten mogelijk worden, maar niet tot elke prijs; wie alleen gezond wil zijn gedraagt zich onwaardig' (p. 41). Helaas werkt hij niet uit hoe deze constatering kan bijdragen aan de oplossing van het schaarsteprobleem en wie dat zou moeten doen. Ook zijn verdere beschouwing brengt mijns inziens weinig helderheid in het geheel. Veel meer duidelijkheid biedt daarentegen het hoofdstuk van Van Asperen. De centrale vragen die zij probeert te beantwoorden, zijn: is er sprake van een recht op gezondheidszorg en is een beleid dat financiële barrières opwerpt in strijd met dat eventuele recht? Na een analyse van het begrip recht en het maken van een onderscheid tussen verschillende soorten rechten volgt een relativering van de waarde van de gezondheidszorg als het gaat om het bereiken van gezondheid. Op basis van een aantal principiële overwegingen komt zij vervolgens tot de conclusie dat de meest gewenste verschaaffingsvorm van 'het goed' gezondheidszorg de individuele vorm is in tegenstelling tot een collectieve verschaaffing. Een markcrachtige situatie lijkt haar het meest optimaal. Zoals te verwachten, wordt een dergelijke uitspraak direct gevolgd door een aantal problemen die dit oplevert en de constatering dat enige correctie van de markt noodzakelijk zal zijn. Argumenten voor en tegen op een rijtje zettend concludeert zij dat er een (beperkt) recht op gezondheidszorg bestaat. Uitgaande van dit recht laat zij haar gedachten gaan over de meest ideale financieringsvorm. Samenvattend kan hiervan gezegd worden dat deze aardig aansluiten bij de ideeën van de commissie Dekker.

Ten slotte spreekt van Asperen haar, vanzelfsprekend beargumenteerde, wantrouwen uit over het proces van politieke besluitvorming en het *technology assessment*-gebeuren. Ze pleit voor individuele rationaliteit als het gaat om afname van producten van de gezondheidsindustrie.

De bijdrage van Van der Wal bestaat uit een beschouwing over het solidariteitsprincipe. Om te beginnen constateert hij dat het begrip solidariteit een belangrijke rol speelt in de discussie over het financieringssysteem en de grenzen van de zorg. Het begrip solidariteit blijkt echter niet zo eenvoudig te zijn als men op het eerste gezicht veronderstelt. Drie betekenisniveau's kunnen worden onderscheiden; descriptief, analytisch en normatief. Met name solidariteit als normatieve notie wordt verder uitgewerkt aan de hand van vragen als waarom zouden we solidair zijn, met wie en op welke manier? Door een nadere uitleg te geven van het begrip humanitaire solidariteit komt Van der Wal tevens tot de vaststelling van de grenzen van de solidariteit. Hij stelt dat humanitaire solidariteit de bereidheid is om een deel van het existentiële risico, van de last van het bestaan dus, over te nemen van diegenen die daaraan dreigen te bezwijken. De grenzen liggen dan daar waar mensen zelf greep hebben op hun eigen bestaan en geacht kunnen worden de verantwoordelijkheid ervoor te dragen, en daar waar het niet langer om 'levensnoodzakelijke' dingen gaat. Als het om gezondheidszorg gaat, zullen veel voorzieningen binnen de grenzen van de humanitaire solidariteit vallen maar ook vele daarbuiten.

Selec tiec riteria

De vraag naar criteria ten behoeve van prioriteitsstelling wordt door Musschenga nader bekeken, met name de vraag of kosteneffectiviteit een criterium mag zijn voor prioriteitstelling. Na een heldere bespreking van de wijze waarop kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) tot stand komen en de beperkingen ervan komt Musschenga tot de conclusie dat uit KEA's geen prioriteiten voortvloeien. Wel kunnen ze behulpzaam zijn bij het maken van keuzen binnen op andere gronden gestelde prioriteiten. Hij besluit met het aanbieden van een alternatief. Een theoretisch model waarin zowel het utiliteits- als het gelijkheidsprincipe (verdeling op basis van behoefte) voldoende tot hun recht komen. Musschenga lijkt hiermee een elegante oplossing gevonden te hebben, die tevens veel problemen omzeilt.

H. Keasberry gaat expliciet in op de casus die door L.D. de Beaufort in het eerste hoofdstuk is gepresenteerd. Selectie mag van hem, maar controleerbaarheid en het voor iedereen inzichtelijk zijn van de selectieprocedure bieden zijns inziens nog niet voldoende garantie voor het feit dat deze bovenal *fair* moeten zijn. Selectiecriteria die hij de revue laat passeren, zijn: medische criteria, urgentie, succes en het leeftijds criterium.

Keasberry besluit ook met een 'alternatief', nadat hij eerst het absurde van een zuiver economische benadering laat zien waarbij het leven van vijf geredde mensen meer waard zou zijn dan dat van één. Hij stelt dat het meest aanvaardbare uitgangspunt is dat het leven van oneindige waarde is, ook al is het leven zelf kwetsbaar en eindig. Maatschappelijke criteria, levensverwachting en levenskwaliteit zouden volgens hem dan ook als criteria verworpen moeten worden. Hans Achterhuis besluit de bundel door het schaarsteprobleem tot een zuiver sociale constructie te verklaren. Hij toont aan dat in veel teksten van klassieke filosofen, waarin de levensstijl wordt besproken, een onderscheid wordt gemaakt tussen het goede leven en het simpele overleven. Zijn interpretatie is dat men zich in de klassieke tijd altijd bewust is geweest van het feit dat 'mateloosheid' ten aanzien van het overleven de mens zou leiden naar het rijk van de schaarste. Daarnaast plaatst hij de houding van de mens ten opzichte van de dood in een historisch kader. Hij maakt duidelijk hoe de behoefte aan zekerheid en veiligheid ontstaat als gevolg van angst voor de dood, waaruit volgt dat 'het overleven' de hoogste waarde wordt. Aan de hand van voorbeelden uit de huidige gezondheidszorg laat hij zien hoezeer deze zekerheidsbehoefte momenteel de overhand heeft. Zijn oplossing voor de schaarsteproblematiek ligt dan ook niet in een voortdurende groei en expansie, maar meer in het opnieuw leren van de kunst om te leven, te lijden en te sterven. Met andere woorden: meer te investeren in de kwaliteit van leven dan in de kwantiteit.

De bundel *Medische schaarste en het menselijk tekort* is in filosofisch opzicht waardevol. Helder analyse's en kritische kanttekeningen worden voortdurend gemaakt. Zoals goede informatie op dit gebied mijns inziens hoort te doen, roept deze ook meer vragen op dan dat zij antwoorden geeft.

Een probleem is de moeilijkheidsgraad. De bundel is tenslotte ook bedoeld voor beleidsmakers en 'gewone' mensen om tot een mening te komen. Daarvoor zijn niet alle bijdragen even toegankelijk. Hetgeen bij mij de vraag oproept in hoeverre de filosofen van vandaag niet de nieuwe elite gaan vormen met de daarbij behorende

macht, die ons gaan voorschrijven hoe te handelen met betrekking tot onze gezondheid en gezondheidszorg. De kracht en macht van een filosofische beschouwing ligt voor een groot deel in het kunnen overtuigen en het zelfs kunnen rechtvaardigen van zaken die intuïtief niet rechtvaardig lijken te zijn. Van beleidsmakers is mij slechts bekend dat zij eerder geneigd zijn te kijken naar concrete aanbevelingen. Als deze bovendien door deskundigen worden gerechtvaardigd zal de bereidheid om ze over te nemen, mits ze binnen een bepaald beleid passen, des te groter zijn. In dat kader vind ik de bundel niet geheel ongevaarlijk.

Corine Broeders

Heroïnegebruik: een gezondheidkundig probleem?

Geo van Dam, *Heroïnegebruik: een gezondheidkundig probleem? Aangrijpingspunten voor mogelijke therapeutische toepassing van bewegen*, Amsterdam (vu Uitgeverij) 1988, ISBN 90 6256 643X, prijs f 32,50/Bf 780.

Onder deze titel verscheen onlangs de neerslag van een uitgebreide literatuurstudie naar de betekenis van het verschijnsel heroïnegebruik en de aangrijpingspunten voor de mogelijke therapeutische toepassing van bewegen.

Het boek telt in totaal zeven hoofdstukken en een zeer uitvoerige literatuurlijst (330 publikaties). In het eerste hoofdstuk plaatst de auteur heroïne en heroïnegebruik in een (sociaal-)wetenschappelijk en maatschappelijk kader en gaat vervolgens in op de kenmerken van gezondheid en gezondheidskunde.

In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag in hoeverre er bij gebruik van heroïne sprake is van een gezondheidsprobleem voor die gebruiker, i.c. in hoeverre er sprake is van een verstoring van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de heroïnegebruiker? Deze vraag wordt bevestigend beantwoord: 'Bij heroïneverslaving [...] is over het algemeen sprake van gezondheidsproblemen' (pg. 34). Er wordt evenwel onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire aspecten van heroïnegebruik. De farmacologische effecten van heroïne (primaire aspect) lijken bij de verstoring van het functioneren een beperkte rol te spelen, de reactie van de samenleving op het als afwijkend beschouwde heroïne gebruik en de maatschappelijke veroordeling van de gebruiker (secundaire aspect) spelen in dit proces een veel doorslaggevender rol.

In het derde hoofdstuk komen factoren aan de orde die een rol kunnen spelen bij het al dan niet gaan experimenteren met/gebruiken van/verslaafd raken aan heroïne. Er kan bij de ontwikkeling van heroïnegebruik niet worden gesproken van één oorzaak of één oorzaken. Er is immers sprake van verschillende uitingsvormen met verschillende kenmerken in verschillende fasen van gebruik. Het stereotype beeld van de verloederde, criminele verslaafde die uiteindelijk aan een overdosis sterft, wordt ruimschoots ontmaskerd en rijkelijk genuanceerd. Belangrijk voor het vervolg is de constatering dat heroïnegebruik ook kan worden gezien als 'een aanpassingsstrategie bij stress'.

In hoofdstuk vier komen verschillende behandelingsmethoden aan bod. De diverse ontwikkelingen in Nederland passeren de revue en worden kort van commentaar voorzien. Belangrijk is de constatering dat het onzin is om naar één methode te zoeken, maar wel valt te bezien voor wie in wat voor omstandigheid welke methode geschikt is. Elk programma kan een eigen specifieke waarde hebben wat betreft doelgroep, doelstelling en tijdstip in de fase van het gebruik. In discussies over of onderzoek naar 'effectiviteit' is het van belang met deze factoren rekening te houden.

Hoofdstuk vijf vat het voorgaande kort samen en vormt de schakel met het tweede deel van het boek: de mogelijke toepassing van bewegen i.c. *running-therapy* bij de behandeling van heroïneverslaving. Er is daarmee gekozen voor een specifieke benadering in de curatieve sfeer van gebruikers in een bepaalde fase. Er worden vijf uit de literatuur gedestilleerde 'aangrijpingspunten voor de behandeling van heroïneverslaving' genoemd. Als concreet aangrijpingspunt wordt vervolgens in hoofdstuk zes uitgegaan van het lage *self-esteem* en het voorkomen van verschijnselen van depressiviteit bij heroïneverslaving. In het hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op begrippen als 'stress', 'depressie' en 'self-esteem'. Daarna wordt de invloed van hardlopen en joggen op het menselijk functioneren geschetst (hypoxie, endofineproductie, piekervaring enzovoort) en een overzicht van onderzoek naar de effecten van hardlopen in het algemeen en van therapeutisch hardlopen (*running*) in het bijzonder op het 'psychologisch' functioneren van mensen. De conclusie luidt dat 'de evaluatiegegevens van de klinische toepassing van *running* bij depressie en self-esteem over het algemeen gunstig zijn te noemen [...] en dat de theoretische basis voor de verklaring van de over het algemeen gunstige effecten van *running* nog smal is' (pg. 106). Vervolgens wordt de volgende slotconclusie getrokken ten aanzien van de eerdergenoemde centrale vraagstelling. 'Op grond van een aantal uit de literatuur gedestilleerde kenmerken van - en aangrijpingspunten voor de behandeling van - heroïneverslaving, kan worden gesteld dat "runningtherapie" als vorm van bewegen een mogelijke behandelingsvorm kan zijn bij de behandeling van heroïneverslaving.' (pg. 112). In hoofdstuk zeven pleit de auteur onder meer voor het in een therapeutische setting onderzoeken van de mogelijke toepassing van *running* bij de behandeling van heroïneverslaving, ofwel het vervangen van een 'negatieve' verslaving door een 'positieve' verslaving.

Geo van Dam schreef het boek oorspronkelijk als doctoraalscriptie. Het gegeven dat het hier een literatuurstudie betreft heeft consequenties voor de leesbaarheid: de lezer mist voorbeelden uit de praktijk, maar komt wel veel namen en jaartallen tegen. Hier en daar is het werkstuk gelardeerd met Engels- en Duitstalige citaten.

Bij het lezen van de eerste vier hoofdstukken overheerste bij mij steeds het gevoel bezig te zijn met een inleiding op datgene wat nog komen zou: de mogelijke toepassing van bewegen. De titel gaf daar immers alle aanleiding voor. Al lezende had ik de neiging om de tekst te vergelijken met de klassieken van door de wol geverfde auteurs als Hans van Epen of Frank van Ree (die laatste staat overigens fout in de literatuurlijst). Dat is niet helemaal eerlijk, maar toch hebben deze hoofdstukken - naast foutjes, vergissingen en onvolkomenheden - hun charme. Het geheel is in

een sociaal maatschappelijk kader geplaatst, waarin begrippen als demedicalisering, decriminalisering, normalisering en nuancering centraal staan. Het is dan ook niet verwonderlijk dat auteurs als Cohen en Sengers regelmatig worden aangehaald.

De auteur constateert terecht dat het meeste gepubliceerde onderzoek is gebaseerd op ervaringen van verslaafden (die ook nog in aanraking kwamen met hulpverlening of justitie). Op basis van dergelijk onderzoek zijn conclusies van twijfelachtige waarde getrokken over andere vormen van druggebruik (experimenteren, incidenteel, recreatief en geïntegreerd gebruik). Van Dam haalt in dit verband Van Epen (1981) aan door te stellen: 'Het aantal mensen dat sporadisch tot regelmatig heroïne gebruikt, maar er niet aan verslaafd raakt, is waarschijnlijk groot'. Om deze vermoedens te onderbouwen is een nieuw type onderzoek nodig, (bijvoorbeeld middels de door ons in Utrecht toegepaste (longitudinale) transactionele methode (Van der Zwan en Van de Wijngaart, *Keerpunten in de ontwikkeling van afhankelijkheidsgedrag*).

De auteur signaleert tot besluit dan ook '... de noodzaak tot gedegen onderzoek naar niet of minder problematisch heroïnegebruik, teneinde een beter beeld te verkrijgen van de (gezondheidkundige) aspecten van het gebruik van heroïne'. Dergelijk onderzoek dient ook de nodige consequenties te hebben. 'De hierdoor verkregen inzichten dienen basis te zijn voor beleidsopties ten aanzien van de aanpak van het probleem. In dit kader wordt met name bedoeld op stimulatie van een normalisatieproces ten aanzien van het vaak op voorhand al als afwijkend en negatief beoordeelde gebruik van allerlei psychotrope stoffen (waaronder heroïne)', aldus Van Dam.

Het tweede deel van het boek is beperkt. Dat ligt niet aan de auteur, maar aan de schaarste aan behoorlijke literatuur. Het meeste materiaal is weinig betrouwbaar of speculatief van aard en moeilijk met elkaar vergelijkbaar. Ondanks die beperkingen verschaft het gepresenteerde materiaal de lezer enig inzicht en de mogelijkheid om zelf verder te denken of - door middel van de vele verwijzingen - om zelf verder te lezen.

Goof van de Wijngaart



V. Damoiseaux en A. Ph. Visser (Red.)

PATIËNTENVOORLICHTING

een interdisciplinaire benadering

408 blz. ing. f 79,00 ISBN 90 232 2222 9

L.D. de Beaufort en H.M. Dupuis (Red.)

HANDBOEK GEZONDHEIDSETHIEK

702 blz. ing. f 95,00 ISBN 90 232 2377 2

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgevers, drukkers

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846



Kort Goed

Voor alle initiatieven, projecten, verslagen en dagen op het gebied van gezondheid, stuur uw aankondiging hiervan naar Kort & Goed. Ook scripts, 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

Migranten

'Kent u een Arabisch sprekende psychiater?' 'Morgen komt een patiënt bij me terug. Zij is vluchteling en ..' Deze en andere vragen naar psychosociale hulpverlening aan migranten komen binnen bij het Nederlands Centrum Buitenlanders, bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders en bij andere organisaties voor buitenlanders. Om tegemoet te komen aan een aantal van deze vragen is een *Wegwijzer* uitgebracht. Hierin worden personen genoemd, die zich hebben aangeboden ten behoeve van consultatie, expertise of verwijzing met betrekking tot psychosociale of psychiatrische hulpverlening. De *Wegwijzer* is voor de prijs van f 11,- (exclusief portokosten) o.a. verkrijgbaar bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel. 03405-96433, bestelnummer B 7010.

Andere publikaties over hulpverlening aan migranten, die onlangs zijn verschenen bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, zijn: *Ontspanningsoefeningen voor migranten en vluchtelingen in acht talen* (geluidscassettes met ontspanningsoefeningen). De prijs is f 7,- per cassette, inclusief handleiding, exclusief verzendkosten; *Lespakket over gezinstherapie met migranten*, dit pakket bestaat uit een video met handleiding. Het kan gebruikt worden binnen bij scholingsactiviteiten of tijdens teamdiscussies over een meer gezinsgerichte aanpak. Het totale pakket kost f 85,- exclusief verzendkosten.

Voeding

Richlijnen voor de voeding bij maag- en darmklachten en *Richlijnen voor een diabetesdieet* zijn onlangs in een nieuwe herdruk verschenen bij de stichting O&O, dit is een landelijk ontwikkelings- en ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg.

Deze reeks is vooral bedoeld voor patiënten/cliënten die gedurende een betrekkelijk korte tijd bij hun voeding rekening moeten houden met een bepaalde klacht. Daarnaast zijn de richtlijnen vaak bruikbaar voor patiënten die op een meer uitgebreid voedingsadvies van een diëtist wachten.

Het is de bedoeling dat in de loop van dit jaar alle folders over voeding worden aangepast. Informatie hierover is mogelijk bij de stichting O&O, waar genoemde folders ook te bestellen zijn, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht, tel. 030-332113. De prijs voor beide folders is f 5,90 per set van 10 exemplaren. *Richlijnen voor de voeding bij maag- en darmklachten* heeft als bestelnummer D04 en *Richtlijnen voor de voeding bij diabetes* D09.

Milieu en Gezondheid

Hoeveel mensen denken dat hun gezondheidsklachten te maken hebben met milieufactoren? In wachtkamers van tien huisartsen in een aantal plaatsen in Nederland is onderzoek gedaan naar de beleving van het milieu en de daarmee samenhangende gezondheidsklachten. De ondervraagde patiënten blijken vaak in aanraking te komen met lucht-, bodem- en waterverontreiniging, met stank, lawaai en chemische stoffen.

Een groot aantal mensen meldde gezondheidsklachten in verband met deze factoren. Het verband tussen de gezondheidsklachten en milieuverontreiniging is in dit onderzoek niet onderzocht, de subjectieve beleving ervan geeft reden genoeg om meer aandacht te besteden aan dit onderwerp, bijvoorbeeld bij de scholing van huisartsen, aldus de onderzoeker.

Het rapport *Milieuperceptie in relatie tot gezondheidsklachten* door Peter den Hazel is te bestellen bij de Chemiewinkel c in Amsterdam, tel. 020-5256591...

'Dekker' in uitvoering

Twee jaar na het uitbrengen van het rapport *Bereidheid tot Verandering* van de commissie Dekker vindt in De Doelen te Rotterdam een congres plaats over de praktische invulling van de nieuwe structuur en financiering van de gezondheidszorg. De invoering van het nieuwe systeem is inmiddels ingezet. Dit betekent dat gezondheidszorginstellingen in de toekomst flexibeler en meer marktgericht moeten gaan werken. Doelstellingen, management en organisaties moeten dus worden veranderd.

Hoe dit veranderingsproces in de praktijk verloopt, staat centraal op het congres *Dekker in uitvoering*. Wat zijn de gevolgen voor bijvoorbeeld patiënten, artsen, ziekenhuizen, en verzekeraars? Met welke activiteiten kan men inspelen op de nieuwe situatie? Hoe worden doelmatigheid, flexibiliteit en kwaliteit bevorderd en wat levert het op voor wie? Deze en andere vragen komen aan de orde tijdens het congres op 11 april in De Doelen in Rotterdam. De kosten bedragen f 575,- (excl. btw) per persoon. Reservering is telefonisch mogelijk: 010-4349966/4349028.

DNA-diagnostiek

Onlangs werd een pasgeboren baby ontvoerd. Tot opluchting van iedereen vond men het kind binnen korte tijd terug. De zekerheid dat het het betreffende kind was, kan men nu dank zij nieuwe laboratoriumonderzoeken geven. Voor het vaststellen van iemands identiteit heeft men slechts enkele cellen nodig. In de cellen bevindt zich een stof die de

erfelijke informatie bevat en DNA wordt genoemd. De samenstelling van het DNA is voor ieder mens uniek. Deze unieke samenstelling kan voor veel onderzoek gebruikt worden: vaststellen van familiebanden, oplossen van misdrijven, maar ook voor het opsporen van ziektes. De stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij heeft een cahier samengesteld dat een overzicht biedt van het onderzoek naar het DNA van de mens. Hoe kan DNA-diagnostiek gebruikt worden bij het onderzoek naar erfelijke ziekten of kanker en bij de opsporing van ziekteverwekkers, zoals bacteriën en virussen? Daarnaast komen ethische, psychosociale en maatschappelijke aspecten van voorspellend onderzoek aan bod. Het cahier is verkrijgbaar door f 10,- over te maken op postrekening 2252162 t.n.v. stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij te Leiden, onder vermelding van DNA-diagnostiek.

Educatieve reizen

In de gezondheidszorg staan grote veranderingen voor de deur. Ervaringen die in andere landen opgedaan worden, kunnen voor de reorganisatie van de Nederlandse zorgverlening worden gebruikt. De stichting *Centrum voor Educatieve Reizen* organiseert daarom studiereizen om kennis te maken met buitenlandse zorgverleningssystemen. De stichting is opgericht door een aantal managers binnen de gezondheidszorg, die door hun internationale contacten en functies in staat zijn kwalitatief goede studiereizen te organiseren.

Uitgebreide informatie over studiereizen naar China, Israël, Canada, Scandinavië en Oost-Europa is te verkrijgen bij de stichting *Educatieve Reizen*, Postbus 527, 9400 AM Assen, tel. 05920-55800/56777. Het is ook mogelijk dat de stichting op verzoek gerichte reizen en/of andere activiteiten organiseert.

Internationaal congres

De laatste jaren staat de problematiek rond seksuele kindermishandeling sterk in de belangstelling. Door deze belangstelling is het taboe doorbroken en de vraag om hulp sterk toegenomen. Inzichten over aard, omvang en achtergronden ontwikkelen zich vanuit verschillende disciplines in een hoog tempo. Op 21, 22 en 23 juni zal in de Oosterpoort in Groningen een internationaal congres worden gehouden over seksuele kindermishandeling binnen het gezin. Het doel van het congres is deskundigheidsbevordering van medewerkers bij hulpverleningsinstellingen, politie en justitie en bij preventieve instellingen. De stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek komt steeds bij elk van de thema's aan de orde.

Centraal staat de uitwisseling van kennis en ervaring, zoals die in Amerika en Nederland op dit moment voorhanden zijn. Er zal een ruim aanbod zijn van lezingen, video-, film-, diaprojecties en workshops. De deelnemers kiezen gedurende het congres hun eigen route door het programma-aanbod.

Deelname aan dit congres kost ongeveer f 400,- (de officiële prijs is nog niet bekend). Voor meer informatie of aanmelding kan men terecht bij het Congres Secretariaat, Postbus 841, 9700 AV Groningen, tel. 050-139313.

Dwang of zelfbeschikking

De ontwikkelingen op het gebied van het patiëntenrecht zijn de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. Via rechterlijke uitspraken wordt steeds meer vorm gegeven aan de rechten van de patiënt en daarmee ook aan de plichten van de hulpverleners. Bovendien zijn door de regering wetsvoorstellen op tafel gelegd over de behandelingsovereenkomst, het mentorschap, democratisering, klachtenbehandeling en medische experimenten. Deze actuele onderwerpen zullen naar voren komen in een symposium op 20 april a.s. Het symposium is bedoeld voor leidinggevende functionarissen en hulpverleners (uit de geestelijke gezondheidszorg), juristen en andere geïnteresseerden.

De kosten van dit symposium zijn f 290,- (inclusief cursusmateriaal en lunch). Informatie of aanmelding is mogelijk bij de faculteit der Rechtsgeleerdheid RUU, Bureau Juridische PAO, Drift 8, 3512 BS Utrecht, tel. 030-393022/393021.

Emancipatie

Emancipatie in de gezondheidszorg is de titel van een conferentie, georganiseerd door het Landelijk Netwerk voor Vrouwelijke Verpleegkundigen en Verzorgenden, op 14 april 1989 in Helvoirt. Onderwerpen die besproken zullen worden, zijn: de stand van zaken met betrekking tot de emancipatie in de gezondheidszorg, door verpleegkundigen/verzorgenden gewenste veranderingen en mogelijkheden om de toekomst te beïnvloeden. Naast verschillende lezingen is er ook de mogelijkheid deel te nemen aan workshops over o.a. ongewenste intimiteiten, Europa 1992 en zwarte vrouwen in de verpleging. Meer informatie en aanmelding is mogelijk bij Ans Stolk, tel. 04242-83028 (maandag en dinsdag) en bij Wilma ter Haar, tel. 033-853045. Mogelijkheden voor gratis overnachting en kinderopvang zijn aanwezig.

Symposium Migrantenzorg

Op 18 mei organiseren de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging in De Metropole te Almere-stad het symposium *Thuiszorg in het nieuwe land*. Vanuit verschillende invalshoeken (beleid, praktijk en onderzoek) zal een perspectief worden geschetst van de thuiszorg voor migranten in de toekomst. Naast verschillende inleidingen zullen ook postersessies, video-presentaties en tentoonstellingen kunnen worden bezocht.

Inlichtingen over dit symposium zijn mogelijk bij F. de Graaff en G. Prosman. Beiden zijn werkzaam bij de Nationale Kruisvereniging, Postbus 100,3980 CC Bunnik, tel. 03405-96211.

DES-actiegroep

'Als je geboren bent tussen 1947 en 1975 is het belangrijk te weten of je met DES in aanraking geweest bent. Vraag daarom aan je moeder of ze medicijnen heeft gebruikt toen ze jou verwachtte, bijvoorbeeld om een miskraam te voorkomen. Neem in dat geval contact op met ons.' Met deze oproep is de DES-actiegroep een opsporingscampagne gestart. DES is een kunstmatig hormoon dat tussen 1947 en 1975 aan veel zwangere vrouwen is voorgeschreven. DES-moeders en kinderen kunnen problemen met hun gezondheid krijgen. De meeste afwijkingen zijn goedaardig en ongevaarlijk, maar moeten in de gaten worden gehouden. Informatie over DES en de gevolgen is mogelijk bij: DES-actiegroep, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht, tel. 030-312331 (bereikbaar op maandag en dinsdag van 14.00 tot 17.00 uur).

Kind en gezin

Sommigen zien het gezin als de hoeksteen van de samenleving, anderen stellen het juist verantwoordelijk voor veel van de huidige maatschappelijke problematiek. Psychoanalytici en psychotherapeuten krijgen te maken met problematiek, waarvan de wortel voor een belangrijk deel in het gezin van oorsprong ligt. Op 20 mei wordt een symposium georganiseerd met als titel *Is eigen haard goud waard? Psychoanalytische visies op kind en gezin*. Het wordt georganiseerd door het Psychoanalytisch Instituut Utrecht in samenwerking met het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap en wordt gehouden in 'De Beesd', Camminghalaan 30, Bunnik..

Meer informatie is mogelijk bij het Psychoanalytisch Instituut, Maliestraat 1A, 3581 SH Utrecht, mw. T. Claessens, tel. 030-333300. Ook kunt u zich opgeven door overmaken van f 100,- op bankrekeningnummer 69.92.13.312 ten gunste van het Psychoanalytisch Instituut Utrecht onder vermelding van Symposium PIU.

Voortplantingstechnologie

Door het Internationaal Informatiecentrum en Archief voor de Vrouwenbeweging is een literatuurlijst samengesteld over het onderwerp 'Voortplantingstechnologieën en draagmoederschap'. De lijst bestrijkt de periode 1987-1988 en bevat titels van tijdschriftartikelen, scripties, rapporten en brochures. De lijst is te bestellen door overmaking van f 3,50 (incl. porto) op postgironummer 3228203 ten name van HAV Amsterdam onder vermelding van literatuurlijst 'Voortplantingstechnologieën en draagmoederschap'.

Arts 2001

De Landelijke Belangenvereniging van Basisartsen (LBB) viert op 14 april haar eerste lustrum met een congres: *Arts 2001*. Dit congres beoogt een toekomstbeeld te schetsen van inhoud en organisatie van het artsenvak in de jaren 1990 en daarna. Deskundigen maken hun toekomstverwachtingen kenbaar over onderwerpen als opbouw van patiëntenpopulatie, technologische ontwikkeling, protocollering, kwaliteitsbevordering, en alternatieve geneeswijzen. Door middel van een interactief computersysteem beoordelen de deelnemers deze prognoses op waarschijnlijk- en wenselijkheid. Het congres wordt gehouden op 14 april, vanaf 9.30 uur, in het Academisch Medisch Centrum. De kosten zijn f 50,- incl. congresmap en lunch (LBB-leden betalen f 25,-). Aanmelding en opvragen van de informatiefolder is mogelijk bij het LBB-secretariaat, Postbus 19314, 3501 DH Utrecht, tel. 030-421293.

Gezonde steden

In 1986 startte de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een programma ter verbetering van stedelijke gebieden. Een groeiend aantal steden heeft zich bij dit initiatief aangesloten. In Nederland wordt van 21 t/m 23 juni een internationale conferentie georganiseerd, met als thema: *Research for Healthy Cities*. De conferentie zal bestaan uit plenaire en parallelle sessies en uit workshops. Onderwerpen die naar voren zullen komen, zijn: gezondheid in steden, de relatie tussen gezondheid en de fysieke omgeving, onderzoek naar gezonde steden, en mogelijkheden om steden gezonder te maken. De conferentie wordt o.a. door de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschappen georganiseerd en zal plaatsvinden in Den Haag. Informatie over deze conferentie is mogelijk bij het Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden, tel. 071-275299. Aanmelding voor deelname is mogelijk door storting van f 550,- op bankrekeningnummer

49.90.22.106 van *Healthy Cities* 1989 in Leiden, onder vermelding van de naam van de deelnemer aan de conferentie.

Henny Verhagen Fonds

Het Henny Verhagen Fonds, ook bekend als de Stichting Vrouw-en-Gezondheidszorg, werd in 1986 opgericht om ontwikkelingen en initiatieven op het gebied van de vrouwengezondheidszorg te ondersteunen en mogelijk te maken. Geld is essentieel voor het verder ontwikkelen van de vrouwengezondheidszorg, met name nieuwe initiatieven hebben extra steun en financiering nodig. Het fonds is opgericht om deze financiële steun te bieden en zo te voorkomen dat nieuwe initiatieven geen kans krijgen en reeds bestaande experimenten door bezuinigingen verdwijnen. Het is genoemd naar Henny Verhagen, zenuwarts, de eerste vrouwelijke geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, en voorzitter van de Projectgroep Vrouwenhulpverlening die de overheid moest adviseren over de integratie van de vrouwengezondheidszorg in de reguliere gezondheidszorg. Giften zijn mogelijk op postgiro 34200 ten name van Henny Verhagen Fonds, Leiden. Voor meer informatie kunt u terecht bij: mw. CG. v.d. Bergh, Postbus 227,2300 AE Leiden, tel. 071-261703.

Kind en werken

Een kind krijgen én blijven werken is in Nederland minder vanzelfsprekend dan in de ons omringende landen. Er zouden veel meer vrouwen kunnen blijven werken na de komst van hun kind, maar dan zijn maatregelen nodig in de sfeer van uitbreiding van het zwangerschapsverlof, een betere ouderschapsregeling en uitbreiding van kinderopvangmogelijkheden. De kosten voor deze maatregelen zijn lager dan de kosten die optreden als vrouwen stoppen met werken om de kinderen te verzorgen. Dit zijn enkele belangrijke conclusies van de samenstellers van het boek *Een kind krijgen en blijven werken*. Dit boek is een overzicht van de verschillende rapporten, onderzoeken en beleidsinitiatieven op dit terrein. Tevens wordt ingegaan op het aantal werkende zwangere vrouwen en jonge moeders, de huidige regelgeving, de psychische en fysieke klachten van zwangere vrouwen tijdens het werk, de belemmeringen die vrouwen ervaren bij de combinatie van kind en werk, de problemen rond het geven van borstvoeding in werktijd.

De samenstellers van het boek zijn R.J. van Amstel, E. Slot en V.Chr. Vrooland. Het kost f 42,50 (excl. btw en porto) en kan besteld worden bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden,

afdeling verkoop, Postbus 5665, 1007 AR Amsterdam, tel. 020-5498404.

Ongewenste intimiteiten

Uit onderzoek blijkt dat vier op de tien helpsters in de gezinsverzorging door cliënten worden lastiggevallen. Wat een enorme belasting dit voor hun betekent, wordt pas de laatste tijd onderkend. De Stichting Ongewenste Intimiteiten in de Gezinsverzorging (STOIG) houdt zich bezig met beleidsontwikkeling en deskundigheidsbevordering op dit gebied. Voor informatie of advies kan men terecht bij STOIG, Nieuwe Gracht 169A, 3512 LG Utrecht, tel. 030-318981..

Actiegroep WIO

Eind 1988 is door een groep verpleegkundigen een actiegroep *Verplegenden en Verzorgenden in Opstand* (VVIO) opgericht. De VVIO is binnen de kortste keren uitgegroeid tot een actiegroep met vele leden, verspreid over het hele land. Met massale demonstraties hebben ze laten zien dat een betere waardering van het verpleegkundig en verzorgend handelen, die ook door een betere salariering tot uiting moet komen, op zijn plaats is. Twaalf procent loonsverhoging, de achterstand die volgens de actiegroep in de afgelopen 10 jaar is opgelopen ten opzichte van andere sectoren, is de voornaamste eis. Inmiddels is deze eis voor de komende onderhandelingen teruggebracht tot 5% en door de bonden overgenomen (zie hiervoor ook onderstaand bericht). Maar omdat de onderhandelingen voor een betere CAO eind maart zijn vastgelopen, gaat de VVIO in het hele land over tot (prik)acties in de instellingen van gezondheidszorg, te beginnen vanaf 3 april. Informatie is mogelijk bij VVIO, pla Noordwijkerweg 68, 2223 AB Katwijk, tel. 01718-29492 of bij het vvro-secretariaat in Amsterdam, tel. 020-273802 (ook in het weekend van 9 tot 21 uur).

Reactie NMV

Tijdens de manifestatie van de VVIO op zaterdag 11 februari werd de noodzaak tot verbetering van de positie van verpleegkundigen en verzorgenden ook door de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV) onderschreven. Dit betekent o.a. dat zij, samen met collegabonden, de cxo-onderhandelingen ingaan met de eis van 5% salarisverhoging en dat zij acties zal ondernemen om de positie van verpleegkundigen en verzorgenden te verbeteren, niet alleen op arbeidsvoorwaardelijk, maar ook op beroepsinhoudelijk gebied. Meer informatie is mogelijk bij de NMV, afdeling voorlichting, tel. 030-512321..