

Tijdschrift voor

Gezondheid

Politiek

Vroedvrouwen en hun domeinstrijd

Aidsbestrijding in Afrika kan anders

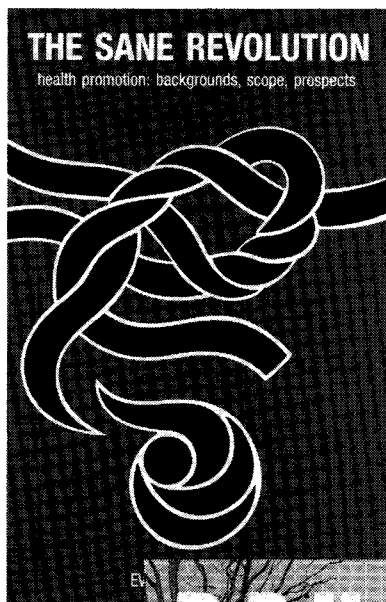
Artsen steunen patiënten bij conflicten

Dilemma's rond KI, IVF en draagmoeders



THEMA

GROTE STEDEN EN GEZONDHEID

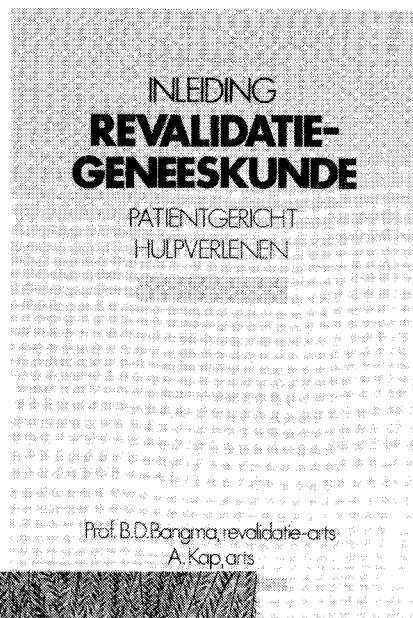


THE SANE REVOLUTION

health promotion: backgrounds, scope, prospects



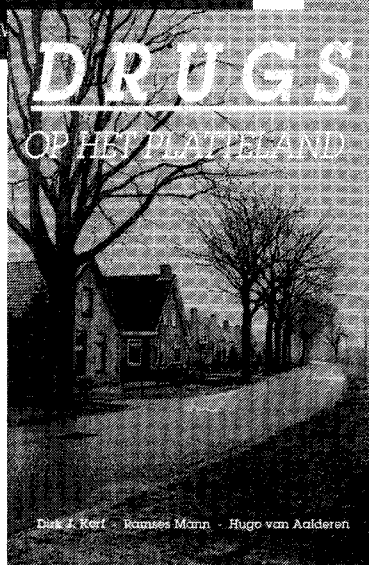
De ontwikkeling van het kind



INLEIDING REVALIDATIE- GENEESKUNDE

PATIENTGERICHT
HULPVERLENEN

Prof. B.D. Bangma, revalidatie-arts
A. Kap, arts



DRUGS OP HET PLATTELAND

Dirk J. Kouf - Ramses Mann - Hugo van Aalderen



GEZOND zijn is OUDER worden

Redactie: J.J.P. Schroots, A. Boum, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir, c.J.L. Tempelman

THE SANE REVOLUTION

Health promotion: backgrounds, scope, prospects

Evelyn J.J. de Leeuw
140 blz. paperback f 38,-

DE ONTWIKKELING VAN HET KIND

F.C. Verhulst

184 blz. paperback f 35,-

INLEIDING REVALIDATIE- GENEESKUNDE

Patiëntgericht hulpverleners

prof. B.D. Bangma en A. Kap
248 blz. paperback f 49,50

DRUGS OP HET PLATTELAND

Het drugsgebruik in een kleinere gemeente

Dirk J. Kouf, Hugo van Aalderen,
Ramses Mann
150 blz. paperback f 29,50

GEZOND ZIJN IS OUDER WORDEN

Redactie: J.J.P. Schroots, A. Boum,
G.P.A. Braam, A. Groeneveld,
D.J.B. Ringoir, c.J.L. Tempelman
454 blz. paperback f 49,50

REVALIDATIE-GENEESKUNDE

Methodologie en praktische uitvoering

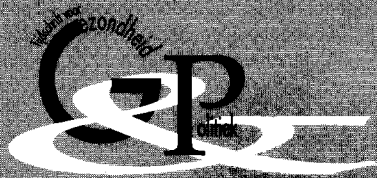
prof. B.D. Bangma
m.m.v. R. Pompe en ir. C.N.A. Pronk
224 blz. paperback f 79,50

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846





In dit nummer

Harry Starren

Verpleging in opstand 58
Een verkenning van de oorzaken

Lidy Schoon

Vroedvrouw, de parel in de medische stand 61
Interview met de Amsterdamse vroedvrouw Beatrijs Smulders

Pim Beier

Dagboek 65
Woelige actieweken

Hanna Geerling

Aids-bestrijding in Afrika 66

Gerard Goudriaan

In de tang van de macht 70

THEMA GROTE STEDEN EN GEZONDHEID

Evert Ketting & Evelyn de Leeuw

Gezonde steden: een oude innovatie 74

Ma-on van Weersch

Weinig nieuws onder de zon *n*
De pralitijs van het Healthy Cities project

Eddie Houwaart

De stad als patiënt 79
Het denken over de stad en gezondheid in historisch perspectief

Thea Dukkers van Emden & Sonja Schmidt

Het plan-Dekker is asociaal 83
Interview met de Haagse wethouder Martini

Hein Raat en Henk Garretsen

Gezondheidszorgbeleid in de grote steden 85

Mirre Bots

Bed, bad & brood 89
De cityfunctie van het Leger des Heils

Jan van Sonsbeek

Hoe gezond of ongezond zijn onze steden? 93
Een overzicht aan de hand van cijfers van het CBS

Stephen Snelders

Gezinnen onder toezicht 97

Marli Huijter

Artsen als steuntje in de rug van patiënten bij
conflictsituaties 99

Het bestaan van de Stichting Medisch Advies Kollektief

Trudi Koek

Dilemma's rond reproductieve technologieën 103

Boeken 106

Kort & Goed 111

ZEVENDE JAARGANG, NR 2, juni '89

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

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

Redactieraad: Gert Bannenberg, Peter Groenewegen, Maria Hermen, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Hans Spijker, Richard Starmans, Jaap Talsma, Jannetje van Vliet, Goot van de Wijngaert.

Ontwerp: Henk Hokse

Zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum

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

Opzegging van abonnementen en adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Van Gorcum.

Giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 1461678, 3600 AG Utrecht.

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

Individuele nummers: f 12,00

Uitgeverij: Van Gorcum & Comp. b.v.

Postbus 1000 AA Assen

Telefoon: 0920-46846

Telefax: 0920-46847

Redactieadres: van Dijk, Van Gorcum, Indus-
triepark 1, 3820 AA Assen, tel. 0920-46846.

Redactieadres: van Dijk, Van Gorcum, Indus-
triepark 1, 3820 AA Assen, tel. 0920-46846.

Verpleging in opstand

Een verkenning van de oorzaken



Harry Starren

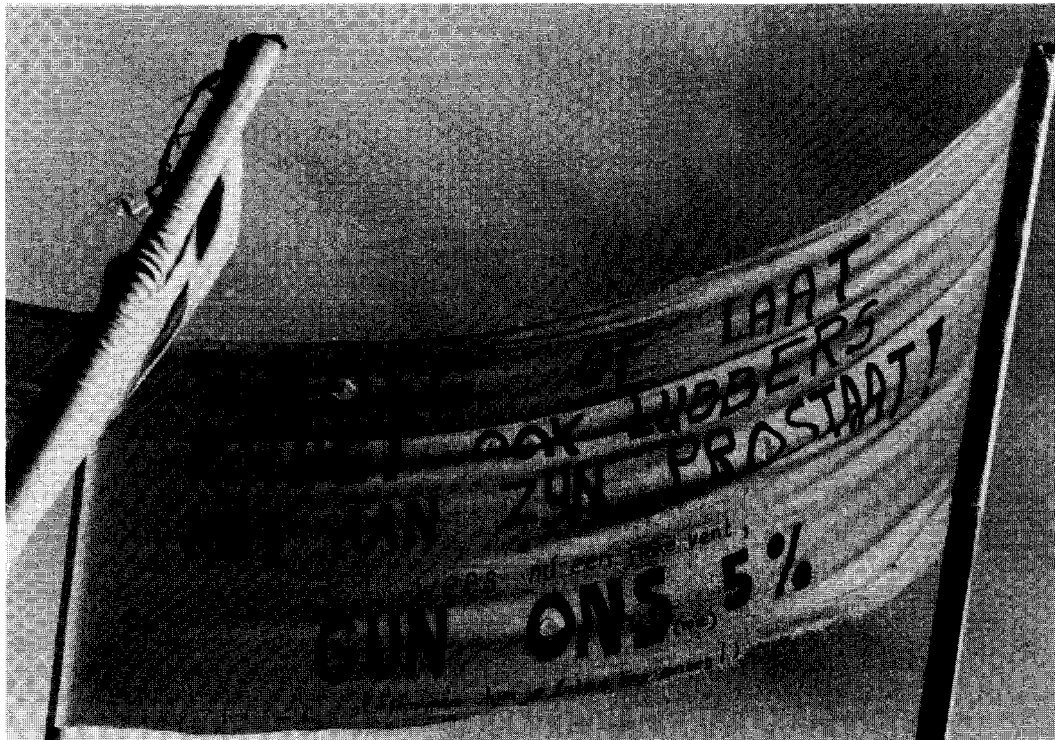


Foto: WIO

De opstand van de verpleging is voor vrijwel iedereen als een verrassing gekomen. De belangrijkste oorzaken lijken te liggen in de

functiewaardering en de recente acties van medici en politie.

Harry Starren verkent de mogelijke oorzaken van de 'opstand'.

Voorspellen is moeilijk, vooral als het de toekomst betreft, zo luidt een overbekend grapje. Verklaren - voorspellen achteraf - is zelfs moeilijk als het om het verleden gaat, want wie eerlijk is, moet toegeven dat de 'opstand' van de verpleegkundigen en verzorgenden nogal onverwacht kwam. Recentelijk nog was de aktiebereidheid van verpleegkundigen en verzorgenden bijzonder gering. Ook al gaven enquêtes aan dat het water tot de lippen gestegen was, de ervaring van vakbondsmensen leek te leren dat de kans dat verpleegkundigen in grote getale op het Binnenhof zouden verschijnen minimaal was. Nog enkele jaren geleden was het

gebruikelijk dat bij een aktiedag hooguit enkele tientallen verpleegkundigen verschenen.

Hoe is de ommekeer te verklaren?

De simpelste verklaring voor de 'opstand' is wel dat de situatie waarin verpleegkundigen en verzorgenden zijn komen te verkeren in de afgelopen periode steeds verslechterd zou zijn en het bestaansminimum inmiddels zou zijn genaderd. Dat is onjuist. Het is zonder meer zo dat de verpleging ver achter op het bedrijfsleven is geraakt, maar dat geldt in zekere zin voor de gehele gesubsidieerde en gepremieerde sector. Dat betekent dat verpleegkundigen het in de afgelopen periode

hooguit relatief slechter hebben gekregen. Dank zij de enige jaren geleden ingevoerde functiewaardering gezondheidszorg (FWG) geldt dat echter niet voor alle verplegenden.

De verklaring dat de plotselinge aktiebereidheid uit één oorzaak voortkomt is onbevredigend. Er zijn meerdere oorzaken.

Allereerst de invoering van de functiewaardering, die de onrechtvaardigheid van loonverhoudingen eerder heeft benadrukt dan weggenomen. Voor sommigen heeft de functiewaardering perspectief gegeven op een langere uitloop of hoger loon. Voor anderen is

het de bevestiging van hun uitzichtloze situatie geweest. Daarbij komt dat de inschaling een proces is geweest van onderhandelen en argumenteren. Dat argumenteren heeft er toe geleid dat velen de onrechtvaardigheid van hun situatie zijn gaan inzien. Men is zich steeds meer bewust geworden van de eigen positie en de onmogelijkheden om daarin verandering te brengen. Hierin schuilt een paradox. Functiewaardering wordt over het algemeen gezien als een beheersingsinstrument dat loon(verhoudingen) in stand houdt op basis van (vaak schijnbare) objectiviteit. In dit geval lijkt het echter door toegenomen onvrede over functie en beloning te hebben bijgedragen aan de aktiebereid. Daarin schuilt overigens ook een parallel met de Engelse situatie, waar de aktiebereidheid zo mogelijk nog groter is.

Ook daar heeft recentelijk een functiewaardering plaatsgevonden, zij het dat de functiewaardering daar vergezeld is gegaan van de uitdrukkelijke belofte van loonsverhoging door eerlijker inschaling. Net als in Engeland is functiewaardering waarschijnlijk één van de redenen dat het besef van achtergesteldheid ten opzichte van anderen is toegenomen.

Paradox

Een andere reden is ongetwijfeld het toegenomen opleidingsniveau van verpleegkundigen. In toenemende mate stromen HBO-opgeleide verpleegkundigen in, die zich gemakkelijk vergelijken met andere beroepsbeoefenaren, zoals de eveneens HBO-OP-geleide paramedici. Dit maakt duidelijk dat vergelijkbare opleidingen kennelijk resulteren in een onvergelijkbare status en beloning. Het maken van de vergelijking is ook voor de hand liggender geworden. Waren paramedici en medici vroeger simpelweg van een andere klasse, thans acht men dit niet langer vanzelfsprekend.

Daar komt bij dat HBO-opgeleiden doorgaans kritischer worden opgeleid en zich minder makkelijk in de cultuur van de instellingen voegen, zoals wel het geval is bij in-huis-opgeleide verpleegkundigen. De wrijving die dit teweegbrengt, ligt niet alleen op het beroepsinhoudelijke vlak, maar ook op het terrein van beloning en functie-inhoud. Daarbij komt nog dat artsen tot een dalende statusgroep behoren. De schaarste aan artsen is inmiddels vrijwel verdwenen, hetgeen er mede toe leidt dat beide beroepsbeoefenaren elkaar in status naderen. Niet zonder betekenis is dat er inmiddels een tekort aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen is ontstaan.

Het betekent niet dat met het afnemen

Tien jaar akties

1979	Massale akties voor meer personeel rond het bed; er worden 5.000 extra arbeidsplaatsen toegezegd.
1980	Aktiedag verpleging.
1982	Aktie: 20.000 handtekeningen ondersteunen petitie aan de tweede kamer, waarin aandacht wordt gevraagd voor de toenemende werkdruk in de verpleging.
1983	Verzet tegen het 'dubbele pakken' van salarissen trendvolgers met een extra korting van 3,5 procent.
1986	Akties rond uitblijven ziekenhuis-cxo, waarna de CAO uiteindelijk tot stand komt.
1988	Spontane actie van 6.000 verpleegkundigen en verzorgenden (VVIO) in Utrecht; NMV-schaart zich op de aktiedag achter de doelstellingen, AbvaKabo en CFO volgen twee dagen later.

Bron: *Verpleegkunde Nieuws*, nr. 5, 2-3-1989

van de verschillen ook de irritatie over nog bestaande verschillen afneemt. Zoals uit de sociologie inmiddels genoegzaam bekend is, nemen de wrijving en irritatie over de resterende verschillen alleen maar toe (machtsafstand-reductie).

Ook dat is een paradox. Er is sprake van een afnemende status- en loonongelijkheid, maar de overblijvende loonongelijkheid wordt als des te pijnlijker gevoeld. Dat bleek rond de functiewaardering des te sterker, toen artsen op grond van buitenorganisatorische redenen een veel hogere functieklaas werd beloofd dan men op basis van objectieve normstelling zou verwachten.

Ook leidinggevende verpleegkundigen zien de complexiteit van hun taak en hun werklust steeds verder groeien. Zij vergelijken zich met andere leidinggevers in het ziekenhuis, maar bemerken dat hun verpleegkundige achtergrond maar al te vaak tot een lagere functiewaardering leidt. Dat betekent dat er ook onder leidinggevers een toenemende onvrede bestaat over hun positie en het inkomen, dat relatief laag is door het ontbreken van de onregelmaticheidstoelag. Alles bij elkaar genomen betekent het dat leidinggevers en uitvoerende verpleegkundigen zich wat betreft hun irritatie en onvrede op één lijn bevinden, hetgeen niet alleen verklaart dat men zo massaal tot aktie bereid is, maar ook dat er op directieniveau begrip is voor de situatie waarin de verpleging verkeert. Leidinggevende verpleegkundigen zijn in de directie-

echelons de ambassadeurs van de verpleging geworden.

Incidenten

Ook zijn er een aantal externe incidenten die van invloed zijn op de huidige situatie. Op afstand speelt de situatie in Engeland en België, waar de verpleegkundigen massaal in opstand zijn gekomen. Men kan niet beweren dat de Engelse en Belgische situatie in de beleving van de Nederlandse verpleging erg leeft, maar het is ook niet aan hen voorbijgegaan. Het heeft een context geschapen, waarin de verpleegkundigen in Nederland zich achter de oren zijn gaan krabben.

Veel sterker geldt dat nog voor de akties van de specialisten. Op het moment dat de specialisten in aktie zijn gekomen, zijn ze dat gaan doen op een manier die voor verpleegkundigen en verzorgenden zeer herkenbaar was. De afkalving van de macht van specialisten en huisartsen heeft er toe geleid dat thans door medici middelen worden gebruikt die gelijk zijn aan die van andere beroepsbeoefenaren. Waren artsen en specialisten vroeger zo machtig dat het machtsspel zich volledig aan het zicht van buitenstaanders onttrok - met name via rechtstreekse lobby, zoals de voormalige staatssecretaris Van der Reyden in zijn memoires zo treffend beschrijft - nu hebben deze halfheime-lijke activiteiten plaatsgemaakt voor zalen met spandoeken, kreten en slogans die niet werkelijk verschillen van die van de verpleegkundigen en verzorgenden. Dit betekent overigens wel

dat verpleegkundigen zich afvragen of ze zelf ook niet in actie zouden moeten komen om niet opnieuw achter aan de ruif te geraken. Een angst die alle kenmerken van redelijkheid heeft.

Voorts is in de maatschappelijke omgeving de welwillendheid ten opzichte van de verpleging groot. De vergelijking tussen artsen en verpleegkundigen wordt ook in de media gemaakt. In deze vergelijking komen de verpleegkundigen en verzorgenden er aanmerkelijk beter af dan de artsen en specialisten die hun *public relations* uit hoogmoed lange tijd hebben verwaarloosd, omdat hun op schaarste gebaseerde macht de steun van het publiek niet nodig maakte. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen op een veel grotere maatschappelijke goodwill rekenen en zich daardoor aangemoedigd voelen. In de krant is keer op keer vermeld dat verpleegkundigen en verzorgenden de tol voor de bezuinigingen betalen, niet de specialisten. Een beeld dat versterkt werd in het rapport-Dekker. Series in kranten over de hoge werklast, de slechte arbeidssituatie en de afnemende kwaliteit van de zorg waren en zijn aan de orde van de dag. Directe aanleiding voor de actiegroep verpleegkundigen en verzorgenden in opstand (VVIO) was het succes van de acties van de politie. Ook deze groep, die zich in een vergelijkbare positie bevond, mocht zich verheugen in een brede maatschappelijke goodwill die ervoor zorgde dat het kabinet in enkele weken omging. In verpleegkundige kring heeft dit succes prikkelend gewerkt: 'waarom zouden wij niet hetzelfde doen, en ook massaal de straat opgaan?'.
 Organisatiegraad
 Hoewel er alle reden voor de verpleging was om in opstand te komen, blijft het een raadsel hoe de verpleging erin is geslaagd dit ondanks de lage organisatiegraad zo massaal te doen. Nu zit het met de organisatiegraad gecompliceerder dan zo op het oog lijkt. De drie grote bonden, de AbvaKabo, de CFO en de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV), organiseren zo'n 20 tot 25% van de Nederlandse verpleegkundigen. Dat is weinig, maar minder slecht dan men zou denken. In de verpleging bestaan ook nog talloze kleinere organisaties die een hoge organisatiegraad hebben. Dit zijn over

het algemeen organisaties waarin verpleegkundigen en verzorgenden zich op hun functie hebben georganiseerd. Zo is er een vereniging voor leidinggevers in algemene ziekenhuizen met een organisatiegraad van bijna 100%! En er is een soortgelijke vereniging voor de verpleeghuissector. Verder is er een vereniging voor hoofden polikliniek, anaesthesieverpleegkundigen en dergelijke, allemaal bijzonder klein maar hoog georganiseerd. Bijna 100% van de in die functies werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zijn lid van

Leidinggevende verpleegkundigen zijn in de directie-echelons de ambassadeurs van de verpleging geworden.

een dergelijke vereniging. Een deel van de organisatiegraad in de verpleging onttrekt zich dus aan het oog. Bovendien hebben deze verenigingen geen toegang tot de onderhandelingsstafet bij de CAO en zijn ze ook niet georganiseerd bij de centrale vakverenigingen. Wel is het inmiddels zo dat een groot deel van deze kleine verenigingen thans overweegt om zich bij de overkoepelende organisatie van verpleegkundigen en verzorgenden, de NMV, aan te sluiten. Daarmee zou de NMV de belangrijkste organisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden kunnen worden en een soortgelijke positie kunnen innemen als de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde (KNMG) dat voor artsen doet. Ook daar treffen we een grote verscheidenheid van verenigingen aan onder een koepel die de eenheid naar buiten waarborgt en machtsvorming in de politiek verzekert. Deze dicht georganiseerde kernen zijn van groot belang voor de opkomst tijdens de acties. In veel gevallen bevinden zich in deze verenigingen de *opinion-leaders* van de verpleging.

Bovendien speelt in deze sector de vakpers een belangrijke rol. TvZ en TGP zijn veel gelezen media, maar zij vormen niet de belangrijkste factor. Belangrijk is het enkele jaren geleden uitgekomen gratis tijdschrift *Verpleegkunde Nieuws* dat een informatiebron voor verpleegkundigen en verzorgenden vormt, ook voor diegenen die niet georganiseerd zijn. Op deze wijze en om deze reden zijn verpleegkundigen en verzorgenden in staat geweest zich beter te manifesteren dan op grond van hun organisatiegraad mocht worden verwacht.

Stormloop

Op het moment dat dit artikel geschreven is, staat nog niet vast of de verpleging erin zal slagen haar eisen te realiseren. Inmiddels is wel duidelijk geworden dat zij de Nationale Ziekenhuisraad, en met name de directies die deze werkgeversraad vormen, achter zich heeft. De vele steunverklaringen van directiewege maken duidelijk dat de gezondheidszorg zich op dit punt eigenlijk op één lijn bevindt en dat de tegenstelling tussen werkgevers en werknemers niet werkelijk lijkt op te gaan. Tevens is duidelijk geworden dat de werkgevers menen dat 2,85% een redelijk tegenbod is (dat is het percentage dat zij op het moment van het schrijven van dit artikel aan de overheid vragen). Of dit alles zal slagen

is sterk de vraag, zeker nu de vakbonden AbvaKabo en CFO, die werknemers in de gepremieerde en gesubsidieerde sector organiseren, voor de overige sectoren eveneens 5% vragen. Het stellen van deze eis komt wellicht voort uit de angst opnieuw door de eigen achterban te worden gepasseerd. Hoe begrijpelijk dat ook mag zijn, het lijkt niet erg in het belang van de verpleging. Waren de acties van de verpleegkundigen aanvankelijk speerpuntacties, thans lijken zij door het aanhaken van andere sectoren te verworden tot een stormloop. Het risico dat het kabinet zich nu halstarriger zal opstellen, is groter dan ooit. Men weet immers dat, wanneer men de eis inwilligt, men dat feitelijk voor de hele overheidssector doet. Het ware achteraf misschien beter geweest voor de bonden om de acties in de verpleging af te wachten, het succes te incasseren en dit succes vervolgens te gebruiken in een volgende sector. De bonden kiezen nu een weinig kansrijke onderhandelingsstrategie. Alweer.

De auteur is directeur van de Stichting voor Bestuurskundig Onderzoek en Advies te Utrecht.

Vroedvrouw, de parel in de medische stand

Interview met de Amsterdamse vroedvrouw,
Beatrijs Smulders



LidySchoon



Foto: Gon Buurman

Vroedvrouw is een van de twee oudste vrouwenberoepen. Terwijl in de ons omringende landen de zelfstandig werkende vroedvrouw grotendeels van het toneel is verdwenen, is de beroepsgroep in ons landje overeind gebleven. Er zijn zo'n 1000 vroedvrouwen, die voor het grootste deel een eigen praktijk hebben. Beatrijs Smulders, vroedvrouw te Amsterdam en vice-voorzitter van de vroedvrouwenbond, timmert al jaren aan de weg om de thuisbevalling te propageren. Zelfs in Amerika houdt zij hierover

enthousiast lezingen, want daar is de bevalling schrikbarend vertechnologiseerd.

Over de geschiedenis van het beroep, het vakmanschap van de Nederlandse vroedvrouwen, de domeinstrijd met gynaecologen en huisartsen en over de dreigende verdwijning van de unieke positie van de Nederlandse vroedvrouwen door het plan Dekker, praat Lidy Schoon met haar.

Met welke beroepsgroep voelen jullie je het meest verwant?

'Met gynaecologen, zij zijn het verlengde van ons vak. Bovendien zijn gynaecologen nogal eens voor ons in de bres gesprongen. De vroedvrouwenbond heeft altijd zwak gefunctioneerd. Het werk moest gedaan worden door hardwerkende vroedvrouwen, die naast haar werk ook nog voor hun belangen moesten opkomen. Toen veel belangenorganisaties zich in de jaren zestig krachtiger gingen organiseren, waren de vroedvrouwen nog verdeeld. Je had toen een katholieke en protes-

tantse vroedvrouwenbond die zich in de jaren zeventig bundelde tot de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Pas in de jaren tachtig is er meer bewustzijn gekomen. Daarvoor werden onze belangen behartigd door welwillende gynaecologen als Kloosterman en Van Alten, die zich erg hebben ingezet om het Nederlandse verloskundige systeem met de thuisbevallingen in stand te houden. Ons systeem met de eerste en tweede lijn is uniek in de westerse wereld. Overal in het westen wordt de verloskunde op één hoop gegooid, er wordt niet meer geselecteerd tussen normaal en abnormaal, en

overal is de vroedvrouw uit de eerste lijn verdwenen.'

Hebben jullie geen concurrentiestrijd met de gynaecologen?

'Momenteel liggen we met de gynaecologen in de clinch over de nieuwe medische indicatielijst die de ziekenfondsen onlangs hebben ingevoerd. In Nederland steeg door de medicalisering van zwangerschap en bevalling het aantal medische indicaties, dat wil zeggen dat een gynaecoloog aangewezen is om de vrouw te begeleiden bij haar bevalling en dat een vroedvrouw

onbevoegd is. Bij de ziekenfondsen zag men enorme regionale verschillen in het aantal medische indicaties. In Limburg had men bijvoorbeeld 80% medische indicaties tegen 30% in andere regio's. Alle beroepsgroepen zijn daarom om de tafel gaan zitten om vast te stellen wat binnen de verloskunde nu eigenlijk pathologisch is en medisch geïndiceerd moet worden. Deze commissie, waar ook vroedvrouwen in zaten, is twee jaar lang bezig geweest en er kwam een voor de vroedvrouwen gunstige lijst uit. Wat bijvoorbeeld veranderd is, is het uitgangspunt

"eens een medische indicatie, altijd een medische indicatie".

Nu wordt het per geval opnieuw bekeken en kan de bevalling ook aan de vroedvrouw worden

toegewezen. De

gynaecologen waren zeer ontevreden over de lijst, zij organiseerden "5 vóór 12-bijeenkomsten", want zij voelden zich in hun bevoegdheden aangetast. Onder het mom dat zij de nieuwe medische indicaties gevaarlijk vinden, zijn gynaecologen de lijst aan het boycotten. In de wandgangen hoor je van een aantal dat het hen 30% van hun salaris kost.

De vroedvrouw in Nederland heeft een unieke positie, zij kan meekijken in de kanten van de gynaecoloog. ~eq~ens zie Je dat er een beroepsgroep is die dezelfde oordeelsbevoegdheid heeft als de arts. Hierdoor is er een wederzijdse correctie tussen vroedvrouwen en gynaecologen mogelijk: zij scherpen elkaars verloskundig denken. Daarom alleen al mag de vroedvrouw nooit verdwijnen, zij is een parel in de medische stand. Een parel ontstaat uit irritatie, een korreltje zand dat irriteert en waar parelmoer op afgezet wordt.

Met de gezondheidswet van 1865 zijn er twee beroepsgroepen in de verloskunde onderscheiden. De vroedvrouw werd de dokter voor de armen en de huisarts deed de elite en de pathologie. Later nam de gynaecoloog de pathologie voor zijn rekening. Vind je niet dat vroedvrouwen toen beperkingen zijn opgelegd in tegenstelling tot de geneesheren die alle verloskundige handelingen mochten uitvoeren?

'Aan de ene kant is het een beperking, aan de andere kant heeft het uiteindelijk geleid tot ons huidige systeem dat uitstekend werkt. Alles wat niet gezond was, moest de vroedvrouw doorverwijzen naar de andere professie. Nu blijkt dat de scheiding tussen gezond en pathologisch een uitermate gezonde manier van benaderen was. Omdat de

vroedvrouw gedwongen was om zich tot het gezonde te beperken - daar krijgt zij ook haar nering uit - ging zij zich daarin specialiseren. Zo zette zij zich in voor de gezonde bevalling in plaats van naar een tang te grijpen om het kind eruit te sleuren.'

Dus jij vindt achteraf gezien dat die wetgeving van 1865 een goede ontwikkeling voor de verloskunde is geweest?

'Ja, met name voor de gezondheid van vrouwen in het algemeen. Je zou kunnen zeggen dat vroedvrouwen als

Zo zette de vroedvrouw zich in voor de gezonde bevalling in plaats van naar een tang te grijpen om het kind eruit te sleuren.

vrouwen weer de makkelijkste hap kregen en artsen zich verder konden ontwikkelen, maar aan de andere kant was het nu eenmaal zo dat vroedvrouwen minder opleiding hadden, de verdeling was op dat moment logisch. De verloskunde is geen moeilijk vak, als vroedvrouw zou ik makkelijk een vacuüm kunnen doen, het is puur ambacht. Wat het vak moeilijk maakt, is de toewijding, 's nachts het bed uit. En ook: je handen thuis houden, bepalen wanneer je wel of niet moet ingrijpen zonder de vrouw schade te berokkenen. Als ik morgen kunstverlossingen mocht doen, dan ging ik slechter werken, dat weet ik zeker. Als je moe en slaperig bent en het kind komt er maar niet uit, dan jeuken je handen om een tangverlossing te doen, dat zal elke eerlijke gynaecoloog moeten toegeven.'

Huisartsen

Je hebt het steeds over twee beroepsgroepen, waar blijft de huisarts in jouw verhaal?

'Op de keper beschouwd heeft de huisarts niet méér bevoegdheden dan de vroedvrouw. Officieel zou de huisarts een tangverlossing mogen doen, maar het wordt als obsoleet beschouwd en geen enkele huisarts zal het ook in zijn hoofd halen. Huisartsen doen nu 15% van de bevallingen. In bepaalde gebieden zijn er nog huisartsen die echte oude rotten in het vak zijn. Jonge huisartsen die bevallingen doen vind ik gevaarlijk, want zij zijn niet meer goed opgeleid om de verloskunde uit te oefenen en om thuisbevallingen te doen, met uitzondering van Amsterdam waar huisartsen in opleiding vijf thuisbevallingen doen.

Door het nieuwe vestigingsbeleid van huisartsen zal een huisarts hoogstens 2300 patiënten hebben, dat betekent dat hij ongeveer 30 zwangeren in zijn praktijk zal hebben, van wie hij er ongeveer zeventien met de bevalling zal helpen, de anderen gaan naar de gynaecoloog. De huisarts geeft dus te weinig prenatale zorg om geroutineerd te blijven en de juiste diagnose te stellen, met het gevolg dat hij vrouwen gauwer en onnodig zal doorverwijzen.'

De Landelijke Huisartsenvereniging zal het niet eens zijn met deze opvatting,

zij probeert al jaren om de bevallingen weer binnen de huisartsende geneeskunde te krijgen. Zal zij met proberen om binnen de huisartsenopleiding weer meer bevallingen verplicht te stellen?

'Het is niet zozeer

dat huisartsen meer bevallingen willen gaan doen. Wat al jarenlang een strijd is tussen huisartsen en vroedvrouwen, is de ziekenfondswet waarin bepaald is dat in gebieden waar een vroedvrouw gevestigd is, de huisarts niet voor een bevalling betaald wordt. Deze wet is in de oorlog van kracht geworden en heeft de vroedvrouw beschermd, en dat steekt de huisartsen al jaren. Gelukkig is die wet nooit ongedaan gemaakt, want dat zou zeker in het verleden geleid hebben tot verdwijning van de vroedvrouw. Het blijft een moeilijk punt waar de huisartsen in opleiding hun verloskundige stages moeten lopen, dat kan alleen bij vroedvrouwen. Er gaan stemmen op om massaal te weigeren huisartsen stage te laten lopen. Hoe de verloskunde zich in de huisartsenopleiding zal ontwikkelen, is nog niet duidelijk. Wij verwachten eigenlijk dat huisartsen binnen twintig jaar de verloskunde opgegeven hebben, zoals zij meerdere specialismen afgestoten hebben. Vroeger trokken ze ook tanden en kiezen en deden ze kleine chirurgische verrichtingen.'

Huisartsen zullen zich toch niet zomaar gewonnen geven? Denk aan Dokkum waar huisartsen de bevallingen doen zonder betaling om de vroedvrouwen te boycotten.

'Zo'n strijd als in Dokkum is er de afgelopen jaren steeds geweest. Als een vroedvrouw zich vestigt op een plek waar voorheen geen vroedvrouw was, is het altijd hommies. Sommige vroedvrouwen zijn voor de druk bezweken en hebben zich elders gevestigd, anderen hebben het in den minne geregeld. Ik heb het idee dat het pr?tes! van huisartsen een soort stuip trekking is van een gevecht dat zij gaan verliezen.'

Hoe gaat het met de vestiging van vroedvrouwen op het platteland, is daar animo voor?

'Om te beginnen is er in Nederland geen werkloosheid onder vroedvrouwen. Elke vroedvrouw die afstudeert kan zo aan de slag, zelfs in de grote steden waar nog te veel vrouwen in het ziekenhuis bevallen. Het ideaal van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen is dat in het jaar 2000 alle vrouwen die normaal kunnen bevallen, dat is in principe 60% van alle bevallingen, onder controle van een verloskundige zijn en niet meer onder die van de gynaecoloog of huisarts. Het probleem in Nederland is dat er bepaalde gebieden zijn, dat noemen we de witte plekken, waar geen verloskundigen zitten. Bijvoorbeeld in Zeeland en Friesland, omdat dat relatief dunbevolkte gebieden zijn, daar moet een verloskundige enorme gebieden afreizen om aan haar inkomen te komen en dat zijn dan ook de gebieden waar huisartsen nog de bevallingen doen. Het doel van de organisatie is om de komende tien jaar die witte plekken te bevroedvrouwen. Het aannamebeleid van de vroedvrouwenscholen is erop gericht om mensen uit de provincie aan te trekken, die na hun opleiding teruggaan om die witte plekken te vullen.' Hoeveel leerlingen zitten er nu op die vroedvrouwenscholen?

'Elk jaar worden er gemiddeld zo'n zeventig leerlingen aangenomen. Het aantal op te leiden leerlingen is een discussiepunt. Er bestaat de angst dat bij een grotere opleidingscapaciteit er onder vroedvrouwen werkloosheid zal ontstaan, ook in verband met een daling van het geboortecijfer. Daar ben ik het niet mee eens, want onder vroedvrouwen is vergeleken met vroeger een heel andere arbeidsethos ontstaan. De vroegere vroedvrouwen leefden vaak alleen voor hun beroep, dat zij ook tot hun 70ste uitoefenden. Tegenwoordig doen vroedvrouwen dat niet meer, zij willen een privé-leven en gaan gauwer in een groepspraktijk werken. Vaak willen ze zelf ook kinderen en zijn een tijd uit het arbeidsproces. Het beroep van vroedvrouw is ontzettend moeilijk te combineren met het moederschap, zeker als zij kostwinster is. Met kinderen is het moeilijk om overdag te slapen, als je 's nachts een bevalling hebt gedaan. Vroedvrouwen die het moederschap met hun vak proberen te combineren, stranden op den duur wegens chronische vermoeidheid.'

Amerika

Vorig jaar heb je met een collega een studiereis door Amerika gemaakt. Wat voor beeld heb je gekregen van de verloskunde daar?

'Het ergste vond ik om te zien hoe vrouwen zich daar een loer laten draaien, niet te geloven! Vrijwel alle vrouwen (95%!) bevallen daar met behulp van anaesthesie, pijn is taboe in de verloskamer, daarmee leveren de vrouwen zich uit aan de medische stand. Een bevalling wordt gezien als een *high-risk-situatie*. Zodra zwangere vrouwen ook maar iets van een pijnje voelen, gaan ze naar het ziekenhuis. Zij krijgen epidurale anaesthesie (ruggeprik, waardoor alleen het onderlichaam verdoofd is/r.s) om de pijn van de weeën te onderdrukken. Via een infuus in de arm krijgen ze weeënopwekkende middelen toegediend. Wij zijn in klinieken geweest waar vrouwen naar Dallas liggen te kijken en wat kletsen met elkaar. Om het half uur komt het medisch personeel controleren hoever de ontsluiting gevorderd is, de vrouwen voelen zelf de weeën niet en zijn totaal niet betrokken. Het hele gebeuren wordt door mannen bestierd. Als het zover is, gaan de vrouwen naar de *delivery-room*.

Met mijn collega, Astrid Limburg, heb ik in Philadelphia een lezing gegeven voor 20 gynaecologen, die met hun oren stonden te klapperen: zij hadden nog nooit een bevalling zonder anaesthesie gedaan. Zij zeiden dat de Nederlandse vrouw wel een enorme *tough girl* moest zijn. Hun specialisatie was een bevalling zonder pijn en dat moesten we maar eens meemaken. Zo hebben we een bevalling gezien van een vrouw die haar derde kind baarde. Wat wij op 3-hoog achter als enige medische begeleider doen, wordt in Amerika omringd door artsen: een anaesthesist met een assistent, een gynaecoloog met een assistent, een kinderarts die klaarstaat met een assistent en drie verpleegkundigen. Iedereen was verkleed als een soort maanman in een volledig steriele omgeving. Wij Nederlandse vroedvrouwen stonden erbij en keken ernaar: het was een maskerade. De vrouw werd toegeroepen dat ze moest persen, *push, push*, want ze voelt helemaal niks meer. Op een gegeven moment viel er een enorme drol op de grond, waar de gynaecoloog in trapte. We waren zo blij, eindelijk iets menselijks. Die drol had onze dag gered.

Toen de gynaecoloog een knip wilde geven, wat nergens voor nodig was, moesten we de neiging onderdrukken om die schaar uit zijn handen te slaan. Iedereen stond zo gewichtig te doen. Toen het kind ter wereld kwam, werd tegen de vrouw geroepen: "Great, you are a good girl, you did the job". En dit terwijl de vrouw totaal apathisch had liggen toekijken.'

Vinden er in Amerika nog wel thuisbevallingen plaats?

'Alleen maar in de marge van de subcultuur. Er is moed voor nodig, zowel voor de zwangere als voor de vroedvrouwen de laatste loopt het risico om vervolgd te worden. Door het slechte verzekeringsstelsel gaat de gehele gezondheidszorg gebukt onder angst om voor *malpractice* te worden vervolgd. Als je een kind krijgt waar iets mee aan de hand is, dan is de enige manier om het te bekostigen degene die het heeft veroorzaakt voor het gerecht te dagen. Deze situatie is totaal geëscaleerd. Een gynaecoloog duwt eigenlijk niks meer te doen, want als het kind op vijfjarige leeftijd geestelijk niet helemaal optimaal is, kan de moeder de gynaecoloog aansprakelijk stellen wegens een geboortetrauma. Deze mogelijkheid is er tot het kind achttien jaar is. Bijna elke gynaecoloog is in zijn leven wel één of twee keer aangeklaagd, en dan gaat het om schadevergoedingen die in de miljoenen lopen. Dit heeft een enorme angstpsychose onder alle artsen teweeggebracht. Ook vroedvrouwen worden voor het gerecht gedaagd en vroedvrouwen die thuisbevallingen doen zijn het meest kwetsbaar, daar thuisbevallingen als volkomen onverantwoord worden beschouwd en naar het kind toe worden gezien als pure kindermishandeling.'

Pijn is taboe

Wat moet ik me voorstellen bij een Amerikaanse vroedvrouw?

'Je hebt daar de *nurse-midwives*, in Nederlandse begrippen zijn dat verpleegkundigen met een verloskundige aantekening. Zelfstandig werkende vroedvrouwen zijn daar nauwelijks en die er zijn, werken ondergronds. In bepaalde staten is een thuisbevalling verboden, in andere staten wordt het gedoogd. Als er iets fout gaat bij een thuisbevalling en de vrouw moet naar het ziekenhuis, dan moet het instrumentarium worden verborgen: er mag geen corpus delictum gevonden worden. Op dit moment lopen er in Amerika zo'n dertig zaken tegen vroedvrouwen.

Vanuit de vroedvrouwenstand was er veel belangstelling voor onze lezingen. Voor hen was het een verademing om te horen dat bij ons een thuisbevalling normaal is. Pijn is een van de grootste taboe's in Amerika en dat heeft mede veroorzaakt dat de verloskunde vertechnologiseerd is en uit handen van vroedvrouwen genomen. Het aantal keizersneden schommelt tussen de 25-30% van alle bevallingen, in Nederland is dat tussen de 6-8%. Bovenop dit percentage komt nog 30% kunstverlossingen, zoals een tangverlossing of een vacuümextractie. Wij vertelden gynaecologen hoe onze handen hadden

gejuikt bij het zien van een ziekenhuisbevalling en hoe we de neiging hadden onderdrukt om de vrouw mee onder de douche te nemen met alleen maar een schaar voor het afnemen en dat we desnoods met onze eigen veter hadden afgeknield. "Wat", riepen ze, "infection!". Zij zien overal muizenissen en snappen niet waarom een vrouw in de 20ste eeuw pijn zou moeten lijden. Wij zeiden tegen hen dat we die pijn als een *difficult friend* zien.

Door de dreiging met rechtsvervolging is voor veel gynaecologen de lol van het vak eraf. Elke vrouw die binnenkomt is een potentiële vijand.

Zij maken een strakke scheiding tussen "the head and the vagina" en plaatsen er een steriel doek tussen. De anaesthesist houdt zich bezig met het welzijn

van de patiënt, de gynaecoloog is er voor de onderkant, wat technisch goed moet verlopen. Dus die vrouw wordt letterlijk en figuurlijk in tweeën gehakt en als het maar enigszins penibel wordt, gaat het mes erin, dan kan hij in de rechtszaal zeggen dat hij zijn best heeft gedaan. Er zijn gynaecologen die 120.000 dollar per jaar betalen voor een *malpractice-verzekering*.

Die 'malpractice' speelt daar een grote rol zo te horen?

'Ja, de gehele gezondheidszorg is er door verziekt en het heeft de medicalisering versterkt. Als je het op verloskundig gebied analyseert, is het een vicieuze cirkel.

Vrouwen op hun beurt zijn bang voor de bevalling en de pijn, dat is hun zwakte. Daarbij willen ze allemaal een perfect kind, ze kunnen er gewoon niet tegen als iets niet helemaal in orde is. Dat past in de Amerikaanse cultuur van "having a good time", "happyness", *the American dream*.

De bevalling is door alle technologie eromheen, een nare ervaring op zich. Na de bevalling staat een vrouw er vrijwel alleen voor, er is geen kraamzorg. Het percentage postnatale depressies is (laar stukken hoger. Ondanks de pijnloze bevalling heeft het hele gebeuren eromheen de vrouw veel energie gekost en aanleiding gegeven tot woede. Als er ook maar iets mis is met het kind, kanaliseert die woede zich in een vervolging van de gynaecoloog.'

De Amerikaanse vrouw kan haar bevalling en haar gevoel daarover toch niet vergelijken met bijvoorbeeld een thuisbevalling?

'Nee, maar zij ziet wel als er iets fout is met haar kind. Advocaten spelen in op

die onlustgevoelens. In de dagbladen en op de tv hebben we reclames gezien met de tekst: "Is er iets mis met je kind, kan het niet goed leren of heeft het een zenuwtrek, *sue your obstetrician*. [ust dial ...]" In Amerika heb je ook "professionele getuigen", dat zijn gynaecologen die geen medische praktijk meer uitoefenen maar in dienst zijn van advocaten. Deze gynaecologen getuigen tegen hun collega's om vrouwen grote sommen geld binnen te laten halen. Veel gynaecologen hebben geen zin meer om hun vak uit te oefenen, in

Als het plan Dekker wordt uitgevoerd zonder beschermende maatregelen verdwijnt de vroedvrouwen met haar de eerstelijns verloskunde.

sommige steden in Californië is het zelfs moeilijk om een gynaecoloog te vinden. Daarnaast zijn gynaecologen zich gaan specialiseren in de oncologie of infertiliteit.

De onvrede over het functioneren van de verloskunde speelt bij beide partijen, de gynaecologen en de zwangere vrouwen. De meeste vrouwen weten niet waar hun verlatenheid en woede rond de bevalling vandaan komt. De vrouwenbeweging bemoeit zich niet met de bevallingen, terwijl ik het een uitgesproken feministisch issue vindt. De thuisbevalling in Nederland betekent dat een vrouw op haar eigen krachten baart, dat geeft zoveel energie en zelfvertrouwen.'

Maar ook in Nederland is er in het verleden en nu weinig binding geweest met de vrouwenbeweging. In het comité 'Vrouwen blijven eisen' om de nadelen van het plan-Dekker aan de kaak te stellen, zag ik tot mijn verbazing dat er niets gezegd werd over de thuisbevalling. Hoe verklaar jij dat?

'Er zijn altijd weinig contacten met de vrouwenbeweging geweest. Vroedvrouwen waren solisten die keihard werkten en als groep vrij geïsoleerd leefden. Bovendien is er onder vroedvrouwen weinig politiek bewustzijn en weinig engagement. Veel onafhankelijke en zelfstandige vroedvrouwen gaan steigeren als het woord feminisme valt. Wat ook een rol speelt, is het feit dat het feminisme zich een tijd scherp gekant heeft tegen het moederschap, wat op zich begrijpelijk is. Immers, het moederschap gooide voor veel vrouwen roet in het eten, was in strijd met het beeld van de onafhankelijke vrouw.

In het verleden was het, denk ik, de slechte naam die vroedvrouwen hadden

waar de (burgerlijke) vrouwenbeweging zich van distantieerde. Als je de verhalen leest over vroedvrouwen in de vijftiende en zestiende eeuw: ze kregen veel te weinig geld voor hun werk, moesten keihard buffelen. Om toch het hoofd boven water te houden, waren er vroedvrouwen die naast hun werk een café hadden, soms speelden ze ook nog voor "madam". Daarnaast schreven ze allerlei kruiden voor en waren vaak de dokter van het dorp. Geen wonder dat als er iets fout ging in het dorp, een knaak bijvoorbeld door de duivel ben

ten was, zij het had gedaan. Met haar werkzaamheden begaf zij zich vaak, de grens van leven en dood, een gebied dat voorbehouden was aan de geestelijken, aan mannen. Veel vroedvrouwen zijn dan ook als heks of

de brandstapel geëindigd.'

Hot issue

Wat is momenteel een hot issue voor jullie organisatie?

'Een grote bedreiging voor onze positie vormt het plan Dekker waarmee de ziekenfondswet komt te vervallen en dus ook de bepaling die ons beschermt. Het principe is dat er geen monopolieposities meer zijn, met als oogmerk concurrentie en goedkopere zorg. Voor ons betekent het dat wij met de huisartsen in een ongelijke concurrentie komen. Als het plan Dekker wordt uitgevoerd zonder beschermende maatregelen, verdwijnt de vroedvrouwen met haar de eerstelijns verloskunde. Dan ontstaat er een monopoliepositie van de gynaecologen, terwijl het plan Dekker dat eigenlijk wil voorkomen. Het verdwijnen van de eerstelijns verloskunde betekent een enorme kostenverhoging, doordat er geen selectie meer is in gezond en pathologisch. Voor vrouwen betekent het een blootstelling aan oneigenlijke medische handelingen.

Al vóór het plan Dekker is er een commissie geweest die uitspraken moest doen over de toekomst van de verloskunde in Nederland. In dit advies, dat onlangs in april is uitgebracht, wordt geadviseerd om de vroedvrouw een centrale plaats in de verloskunde te geven: als enige hulpverlener in de eerste lijn. Nu zitten we wederom in een commissie met huisartsen, gynaecologen en vakbondsmensen. Mijn inzet zal zijn: hoe slepen we de vroedvrouw door het plan Dekker heen.'

... DAGBOEK ...

Persoonlijke notities uit de praktijk van de
gezondheidszorg.
Deze keer Pim Beiler, ziekenverzorger in een
verpleeghuis en bij de acties in de
gezondheidszorg regiovertegenwoordiger van
Midden-Nederland voor de ABvAKABo



Woelige actieweken

13 februari

Nadat de bonden aanvankelijk de eis stelden van 2% loonsverhoging om de arbeidsvoorwaarden in de CAO-Ziekenhuiswezen te verbeteren, nemen ze na de massale actiedag van de Verpleegkundigen en Verzorgenden in Opstand in Utrecht de looneis van 5% voor de gehele CAO over.

23 februari

Na een vergadering in Zoetermeer worden er actiecomités opgericht. Ik word gekozen als regiovertegenwoordiger van Midden-Nederland. Ook in onze regio wordt er een actiecomité gevormd om gezamenlijk de strijd aan te gaan, dus samen met de bonden en de w10. 's Avonds thuis denk ik terug aan de acties van enkele jaren geleden, waarbij de andere bonden (met name de CFO en het toenmalige Beterschap) uiteindelijk afhaakten. Ik vraag me af hoe lang de samenwerking dit keer zal duren, ik denk hooguit vijf à zes weken. Maar ik wil me er nu niet te druk over maken, ik heb nog voldoende gelegenheid om hiermee bezig te zijn. Ik neem nu mijn oefenboek en begin met orgelspelen, want morgen heb ik weer les.

18 maart

De bonden in de gezondheidszorg hebben een grote bijeenkomst in Utrecht georganiseerd. Vanaf half tien sta ik achter een kraampje op de stationstraverse en deel stickers, pamfletten en buttons uit. De belangstelling is groot, ik zie alleen maar graaiende handen. Om twaalf uur zijn we dan ook al door onze voorraad heen. Nadat we het standje hebben afgebroken, spoeden wij ons naar de Irenahal. We komen er, door alle drukte, slechts nog met veel moeite binnen. 's Avonds ben ik moe, maar zeer voldaan, er waren maar liefst 25.000 mensen om de eis van 5% te ondersteunen. Een goed begin van de acties.

21 maart

De CAO-onderhandelingen beginnen, samen met zo'n zestig andere belangstellenden wens ik de onderhandelaars veel sterkte. Ik vrees dat ze dat ook hard nodig hebben, volgens mij duurt het hooguit één dag voordat de onderhandelingen afbreken. En ik krijg nog gelijk ook, hoor ik later op het journaal. Dus nu grote acties! Ik ben

bang dat dit mijn vorderingen op het gebied van het orgelspelen niet ten goede zal komen.

Vanaf 21 maart

Ook in het verpleeghuis waar ik werk wordt actie gevoerd. Op 'mijn' afdeling komt er van de bewoners vrij weinig reactie, maar op afdeling vier rijden een aantal mensen enthousiast met stickers en buttons op hun rolstoel rond.

Tijdens een van de demonstratieve optochten die het personeel organiseert, probeert een automobilist moedwillig op de groep in te rijden. Dit soort 'incidenten' maakt me enorm kwaad en dat is later op de dag voor het 'thuisfront' ook goed te merken.

20 april

Grote bijeenkomst in Den Haag, er zijn 60.000 mensen op de been. Ik vind het een geweldige ervaring om zoveel mensen met één doel voor ogen bij elkaar te zien. We gaan in optocht naar het binnenhof. Die avond schenkt de tv ruimschoots aandacht aan de acties. Vriens, vice-voorzitter van de bond, doet enkele uitspraken die leiden tot grote commotie. Als de regering bereid is tot een kleine toezegging zou de bond de 5%-eis willen verlagen. Ik besluit om me hier vooralsnog maar niet druk over te maken. Een paar dagen later blijkt de uitspraak, een klein stukje uit een interview, uit zijn verband te zijn gerukt.

Ondertussen gebeuren er wel allerlei andere dingen. De w10 verbreekt de samenwerking met de bonden en spreekt over een onbetrouwbare partner. Dat irriteert mij nou. Deze actiegroep neemt beslissingen zonder overleg, doet uitspraken tegenover de bonden die niet waar zijn, over een onbetrouwbare partner gesproken! Ook de Maatschappij voor Verpleegkundigen en Verzorgenden is geen partner meer en houdt alleen nog maar vast aan de 5% voor de eigen groep. Dit alles betekent een behoorlijke breuk in het actiefront. Het voorbereiden en mee-uitvoeren van de acties slokt al mijn vrije tijd en bijna al mijn vrije dagen op, nu het niet lukt om gezamenlijk één front te vormen, vraag ik me bij tijd en wijle af waarvoor ik het allemaal doe.

Maar we gaan door met de strijd en het kan nog een lange, hete zomer worden.

Aids-bestrijding in Afrika



Hanna Geerling

WEMOS een werkgroep die zich bezighoudt met diverse aspecten van medische ontwikkelingssamenwerking. Een daarvan is het kritisch volgen van het beleid ten aanzien van Aids-bestrijding in Afrika. Deze wordt te veel vanuit de centrale overheden gedelegeerd, waarbij de biomedische visie op gezondheid het uitgangspunt is. Vooralsnog lijken daar echter weinig resultaten mee te zijn geboekt. Een mogelijk alternatief voor de bestrijding van Aids zou naar de mening van WEMOS een benadering kunnen zijn, waarbij naast

aandacht voor medische factoren ook plaats is voor politiek-economische en sociaal-culturele factoren. Een dergelijke holistische benadering van gezondheid wordt de laatste jaren met name binnen de *Primary Health Care* (PHC) nagestreefd. Hanna Geerling gaat na hoe de bestrijding van Aids in Afrika momenteel verloopt en waarom de integratie ervan binnen de PHC meer nadruk zou moeten krijgen.

Voorop gesteld moet worden dat het onjuist is om te spreken van een Aids-epidemie in het continent als geheel. Het hoogste percentage officieel gerapporteerde Aids-slachtoffers bevindt zich in centraal en oostelijk Afrika, met name in de Kongo, Burundi, Uganda, de Centraal Afrikaanse Republiek, Rwanda, Zambia, Kenia, Malawi en Tanzania. Variërend van ruim 57 gevallen per 100.000 inwoners in de Kongo tot bijna 7 in Tanzania.' Binnen deze landen bestaan weer grote regionale verschillen in de mate waarin het Aids-virus zich heeft verspreid. Andere Afrikaanse landen (bijvoorbeeld Nigeria, Kameroen) hebben nog geen of hoogstens een tiental slachtoffers gemeld.

In feite is de informatie over de verspreiding van Aids in Afrika nog gebrekkig. Wel weet men dat het tot voor kort voornamelijk een 'stedelijke' ziekte was en dat vooral de volwassen populatie werd getroffen. Inmiddels heeft het virus zich langs belangrijke transportroutes naar het platteland verplaatst. Doordat moeders hun kinderen tijdens de zwangerschap of bevalling kunnen besmetten zijn nu ook sterfgevallen onder kinderen bekend. Officiële cijfers geven slechts een deel van het werkelijke aantal Aids-slachtoffers aan. Een van de redenen hiervoor is een gebrek aan diagnostische capaciteit, zodat een deel van de gevallen niet als zodanig wordt herkend. Bovendien

hebben in het verleden enkele Afrikaanse regeringen de aanwezigheid van Aids zoveel mogelijk verzwegen teneinde de toeristenindustrie en buitenlandse investeerders niet af te schrikken. Momenteel stellen de meeste regeringen zich actief op bij de bestrijding van Aids.

De ernst van de epidemie heeft echter niet zoveel te maken met het aantal lijdens aan Aids dan wel met het aantal mensen dat is besmet: wereldwijd vijf tot tien miljoen en in Afrika twee tot drie miljoen.' Over de vraag hoeveel van deze geïnfecteerden de ziekte Aids ook daadwerkelijk zullen krijgen, lopen de meningen uiteen. De verwachtingen schommelen tussen de 20 en 80%. Dit betekent dat het huidige aantal gemelde Aids-slachtoffers slechts een topje van de ijsberg laat zien.

Genoemde factoren maken het moeilijk om te voorspellen hoe de epidemie zich de komende jaren in Afrika zal gaan ontwikkelen. Dit neemt niet weg dat gezien het infectieniveau dat reeds is bereikt Aids de komende jaren een ernstig gezondheidsprobleem gaat vormen.

Verticale programma's
Bij het gezondheidszorgbeleid in de landen van de derde wereld lag oorspronkelijk de nadruk op de ziekenhuizen in de grote steden. Deze aanpak kwam hoofdzakelijk ten goede van de rijkere stadsbevolking.

Na de Tweede Wereldoorlog werden verschillende beleidsstrategieën ontworpen om de gezondheid van de gehele bevolking te verbeteren. Vanaf de jaren vijftig zijn in dit kader in veel landen dan ook allerlei campagnes tegen volksziekten, zoals tuberculose, malaria, rivierblindheid en kinkhoest, uitgevoerd. Dit noemt men de zogenaamde 'verticale programma's'. Een verticaal programma richt zich op de bestrijding van één ziekte of op een groep van ziekten. De leiding van het project is centraal, maar staat los van het bestaande ziekenhuissysteem. Hoewel soms op de korte termijn effectief, waren de resultaten meestal onvoldoende in een structurele aanpak verankerd om langdurig effect te sorteren. Bovendien bereikte men er nog niet de helft van de bevolking mee; een bevolkingsgroep die overigens geen medezeggenschap had en volkomen afhankelijk was van de geboden zorg. Vervolgens formuleerde men plannen in termen van een getrappt, technisch minder hooggegrepen gezondheidszorgnetwerk dat het hele land zou bestrijken: *Basic Health Services*. Met essentiële geneesmiddelen, consultatiebureaus voor moeder en kind, en eerste hulp en voorlichting hoopte men meer mensen te bereiken. Ook van deze voorzieningen bleken echter weinig mensen gebruik te kunnen en willen maken. Onvrede met de voortdurende slechte

Primary Health Care

PHC richt zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen in een bepaalde gemeenschap en omvat activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering, preventie, genezing en revalidatie. Er wordt een grote betrokkenheid en werkzaamheid van individuen en van de gemeenschap verondersteld en aangemoedigd. Gezondheidszorg omvat op deze manier meer dan het ontvangen van diensten of het ondergaan van medisch-technische handelingen; verantwoordelijkheden komen bij de mensen zelf te liggen en men wordt minder afhankelijk.

Het doel van PHC is om voor iedereen gelijke gezondheidskansen te creëren. Gezondheid is een afspiegeling van sociaal-economische omstandigheden. Zo worden ziektepatronen in sterke mate bepaald door armoede, door een gebrek aan allerlei basale voorzieningen en bijvoorbeeld slechte arbeidsomstandigheden. Naast de strikt medische zorg is daarom ook een bestrijding van sociale ongelijkheid en een herverdeling van de nationale middelen nodig.

Kortom, PHC is meer dan een medische aangelegenheid. Bij de oplossing van gezondheidsproblemen spelen sociale, politieke en economische aspecten een centrale rol. De medische grenzen zouden doorbroken moeten worden. Alleen een intersectorale benadering kan bijdragen aan een goede gezondheidszorg.

situatie leidde in de jaren zeventig tot een internationale herbezinning. Men constateerde dat er met een aantal alternatieve benaderingen in enkele landen (bijvoorbeeld China) wel voortgang werd geboekt. Gemeenschappelijk element daarin was dat de actuele, sociaal-culturele en economische levenssituatie van de mensen als uitgangspunt werd genomen. Gezondheid werd in relatie gebracht met de kwantiteit en kwaliteit van voeding, drinkwater en behuizing, met alfabetisme en met de beschikbare financiële middelen, kennis en technologie. Belangrijk waren ook de vragen wat de betrokkenen zelf van hun gezondheid vonden en van eventuele problemen op dat gebied, en welke bijdrage zij aan de oplossing daarvan konden leveren.

Onder het motto 'Health for all by the Year 2000' kreeg deze benadering van gezondheidszorg de naam *Primary Health Care* (PHC). In 1975 werd het begrip officieel in het beleid van de WHO opgenomen en in september 1978 kreeg het begrip door middel van een twintigtal aanbevelingen vaste vorm. Bij PHC staan bevolkingsparticipatie, intersectorale beïnvloeding van de gezondheid en een sterke geografische spreiding voorop (zie hiervoor ook het kader).

WEMOSs van mening dat het PHC-concept een goed uitgangspunt is voor het streven naar een betere gezondheid. Voor het logge hulpverleningsapparaat en de betreffende nationale overheden in de Derde Wereld is het een langdurig proces geweest om in deze nieuwe

ideeën mee te gaan. Nu, zo'n tien jaar later, beginnen acties ter bevordering van PHC in bescheiden mate vorm aan te nemen. Zo zijn er projecten met een consequent uitgewerkte PHC-doelstelling in onder andere Colombia en Liberia. Ook zijn er projecten die zich richten op componenten van PHC, maar waarbinnen de samenwerking of integratie met andere sectoren beperkt blijken (bijvoorbeeld in India, Niger en Peru). Voordat PHC echter de kans heeft gekregen om zich goed en wel te bewijzen, neigen tegenstanders alweer naar het uitvoeren van campagnes, zoals we die kennen van kort na de Tweede Wereldoorlog.

Deze benadering ondergraaft het wezen van PHC, namelijk participatie. De nadruk komt weer te liggen op de medische aspecten van gezondheidszorg en op charitatieve acties, zoals bijvoorbeeld noodhulp. De uitgangspunten hiervan zijn apolitiek en de resultaten vaak snel, spectaculair, maar van korte duur en met een beperkte reikwijdte. Problemen worden losgekoppeld van hun structurele en maatschappelijke oorsprong en aan het streven naar gelijke kansen schenkt men nauwelijks aandacht. Ook wat betreft de AIDS-bestrijding in Afrika is deze tendens merkbaar. Dit, terwijl menige activiteit rond de bestrijding van AIDS juist een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren aan de verdere ontwikkeling van PHC.

Mondiaal

Wereldwijd raakt men bewust van de gevolgen van de AIDS-verspreiding: niet

alleen het menselijk lijden maar ook de sociale en economische effecten op de samenleving zijn groot. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) propageert daarom een mondiale aanpak van het probleem. Doel van hun strategie is het bundelen van nationale en internationale krachten om zo de preventie en bestrijding van AIDS te bewerkstelligen. De lidstaten van de WHO kunnen bij het ontwikkelen van een nationaal AIDS-programma financiële en technische steun krijgen. Gezien de variatie in omvang van het probleem en een verschil in ervaring op het gebied van de AIDS-bestrijding laat de WHO ruimte om per land tot een programma te komen, dat het beste op de situatie aansluit. Ook wordt benadrukt dat het programma flexibel moet zijn, opdat het bijtijds aan veranderde omstandigheden kan worden aangepast.

Het oprichten van een nationale AIDS-commissie is volgens de WHO een cruciale fase bij het samenstellen van een nationaal AIDS-preventie- en bestrijdingsprogramma. Zo'n nationale commissie houdt zich bezig met alle aspecten van het ontwikkelen en uitvoeren van het programma (juridische, ethische, beleids, financiële, internationale en technische aspecten) en adviseert het ministerie van Gezondheid. Door middel van een middellang-termijnprogramma, dat een periode van drie tot vijf jaar bestrijkt, zou vervolgens het nationale programma kunnen worden toegepast. De inhoud van dit programma moet aansluiten op de nationale situatie voor wat betreft beleid, PHC-strategie en financiën. De WHO wijst erop dat alleen een nationale strategie voor de bestrijding van AIDS weinig kans van slagen heeft. Omdat het om zaken als gedragsverandering, educatie en voorlichting gaat, is het beter dat nationale en regionale strategieën gecombineerd worden met lokale en non-gouvernementele strategieën.

De activiteiten van enkele non-gouvernementele organisaties (NGO's) op het gebied van de AIDS-bestrijding moeten niet onderschat worden. Naast een grote slagvaardigheid en flexibiliteit beschikken deze organisaties over contacten in de regio's die door de overheidskanalen nauwelijks worden bereikt. Zij kunnen daarom een nuttig kanaal vormen voor de uitvoer van nationale AIDS-bestrijdingsprogramma's. De kracht van de NGO's om veel invloed op de overheden uit te oefenen is echter beperkt. Bovendien kunnen hun activiteiten door gebrek aan onderlinge evaluatie en gemeenschappelijk beleid soms langs elkaar heen lopen. Dit gebruiken de donoren als argument

om eerdergeld beschikbaar te stellen aan de WHO dan aan de NGO's.

Geringe resultaten

In de loop van 1987 zijn in alle landen van centraal en oostelijk Afrika en in de meeste andere Afrikaanse landen nationale AIDS-controle-programma's van start gegaan met het middellange termijn plan als raamwerk. In de praktijk blijken de activiteiten als gevolg van geldgebrek en beperkte operationele bestuurlijke capaciteit op het nationale niveau te blijven steken. Met grote (verticale) voorlichtingscampagnes proberen Afrikaanse overheden het gebruik van condooms te stimuleren en de bevolking op te roepen zich te beperken tot één seksuele partner. Dit resulteert onder andere in posters en folders, waarvan je je afvraagt wie ze (kan) lezen en, belangrijker nog, wie ze aanspreken.

Een voorbeeld van het geringe resultaat van een verticaal programma treffen we aan in Rwanda. Na een tiendelig programma op de nationale radio bleek dat er onder de mensen in en rond de hoofdstad nog vele misverstanden bestonden: 65% dacht dat muggen de voornaamste infectiebron waren en 45% wilde niet te dicht bij een met het AIDS-virus besmet persoon in de buurt komen vanwege het vermeende besmettingsgevaar via de lucht. Als men door middel van de nationale campagnes al mensen bereikt, dan blijken dat meestal stadsmensen te zijn. Bij een onderzoek in het zuidoosten van Zimbabwe bleek dat ongeveer 40% van de bevolking zelfs nog nooit van de ziekte had gehoord. Uit een in juni 1988 gehouden enquête in het oosten van het land bleek dat na een grote voorlichtingscampagne met praatgroepen, folders en affiches de meeste mensen weleens van de ziekte hadden gehoord. Over hoe men besmet kon raken bestonden echter nog ideeën, die varieerden van insectenbeten en het samen eten van één bord tot handen schudden.

Susan Laver deed onderzoek naar het vermogen van mensen om informatie door te geven. Een van haar conclusies luidde: 'Als het AIDS-debat zich niet naar een lager (dan een nationaal)



Uit: ONZE WERELD, dec. '86

Tom Janssen

niveau kan verplaatsen, dan zal er niets veranderen. [...] Mensen moeten zelf hun informatie kiezen en die weer doorgeven aan hun eigen, specifieke groepen." Yemane Berhan voegde hieraan toe: 'Nog steeds worden bij campagnes in Afrika dingen geschreven en uitgegeven die absoluut geen rekening houden met de wijze waarop mensen informatie tot zich nemen.' Er lijkt onder de bevolking desinteresse te heersen tegenover de AIDS-bestrijding. Begrijpelijk ook: diarree, malaria, ondervoeding en allerlei infectieziekten eisen veel meer levens. Het is overigens de vraag hoe mensen tegen preventie aankijken, als het om een 'ziekte' gaat waarvan de symptomen meestal pas na jaren de kop opsteken. Het is niet zo dat men in Afrika in het algemeen negatief tegenover preventie staat, integendeel. Bij het AIDS-preventiebeleid wordt echter van natuurlijke oorzaken van besmetting (namelijk via een virus) uitgegaan conform de biomedische benadering van ziekte en gezondheid. Hierbij vergeet men dat de biomedische geneeskunde, net als alle andere vormen van genezing, een cultureel produkt is. De vraag is of de mensen die anders over ziekte-oorzaken denken zich door deze benadering

aangesproken voelen. Verder leggen de groot-schalige preventiecampagnes de nadruk op het terugdringen van de infectie via bloedtransfusie en medische instrumenten. In Afrika vormt seksueel verkeer echter de grootste bron van besmetting." Dit maakt preventie helemaal moeilijk: het distribueren van laboratorium- en sterilisatiemateriaal is, alhoewel ook dat zeer moeizaam verloopt, eenvoudiger dan het veranderen van seksueel gedrag. Daarnaast is er een tekort aan gekwalificeerde mensen die de organisatie van de voorlichting en de training van gezondheidspersoneel op zich kunnen nemen.

Te verticaal

De feitelijke bestrijding van AIDS in Afrika heeft tot dusver nog weinig resultaten opgeleverd. Er zijn zelfs aanwijzingen dat de huidige wijze van AIDS-bestrijding meer na dan voordelen met zich meebrengt.

Ten eerste is er het gevaar dat andere belangrijke zaken uit het oog worden verloren. Geld en menskracht die aan AIDS-bestrijding worden besteed worden uit andere gezondheidszorgsectoren weggezogen. Dit geldt voor Afrikaanse landen, maar ook voor Nederland. Geld dat tot voor kort naar de bestrijding van kanker ging, wordt nu besteed aan de AIDS-problematiek. Ook op internationaal niveau kunnen de effecten aanzienlijk zijn. Binnen een paar jaar zouden de uitgaven voor AIDS wel eens de helft van het totale budget van de WHO kunnen bestrijken."

Ten tweede worden de grenzen rond de medische aspecten van de gezondheidszorg weer gesloten, net nu men bezig was de intersectorale benadering van gezondheid en ziekte te stimuleren. Het zoeken naar een vaccin en het ontwerpen van geavanceerde diagnostische apparatuur krijgen alle prioriteit. Bovendien komen verticale AIDS-bestrijdingsprogramma's niet tegemoet aan de opvatting dat ziekten groten-deels integraal, dus niet per ziekte, bestreden dienen te worden. Met andere woorden, de hele gedachtengang achter de PHC wordt met voeten getreden.

Ten derde heeft de expliciete aandacht

voor AIDS, met name in de media, een belangrijke rol gespeeld in de beeldvorming ervan. Het heeft geleid tot een ongenueanceerde bewustwording onder de bevolking. Dr. Mann van de WHO noemt dit de *third epidemic* en verstaat daaronder: 'the epidemic of economic, social, political and cultural reaction and response to AIDS-virus-infection and to AIDS.' Een gevolg hiervan is dat door stigmatisering en discriminatie van met het AIDS-virus besmette personen en als gevolg daarvan verstoting zinnige beleidsvoorstellen soms niet meer mogelijk zijn. Bij opiniepeilingen is gebleken dat mensen die de biologie van het HIV en AIDS verkeerd begrepen eerder geneigd zijn om onderdrukkende maatregelen, zoals het verplicht stellen van een AIDS-test of het isoleren van geïnfecteerden, te propageren.

Alternatief

Afgezien van bovenstaande argumenten kan men zich afvragen waarom de AIDS-preventie niet met de preventie van andere ziekten wordt geïntegreerd. Tenslotte is AIDS één van de vele besmettelijke en/of dodelijke ziekten. Zou de PHC-benadering uitkomst kunnen bieden?

PHC is opgezet door en voor de bevolking. Wanneer het gaat om de bestrijding van ziekten kan er dus makkelijker rekening gehouden worden met lokale omstandigheden, sociale structuren en culturele variaties, zoals seksuele gewoonten en besmettingsgevaarlijke (genezings)rituelen. Het is belangrijk om te weten welke opvattingen onder de bevolking over gedrag heersen en welke oorzaken en oplossingen zij ten aanzien van AIDS onderskennen. De voorlichting kan dan qua inhoud en vorm worden aangepast aan de verschillende doelgroepen: vruchtbare vrouwen, plattelands huishoudens, prostituées, klanten van prostituées enzovoort. De voorlichting kan gegeven of gekanaliseerd worden door mensen die al een bepaalde plaats binnen de groep innemen, zodat er een grotere kans bestaat dat mensen zich aangesproken voelen. Hierbij kan gedacht worden aan traditionele genezers, religieuze raadgevers, leraren, vroedvrouwen of het hoofd van een vrouwen- of mannengemeenschap. Daarnaast kan de AIDS-problematiek, indien geïntegreerd binnen de PHC, in een breder perspectief worden gezien. Ten eerste kan de preventie van AIDS onderdeel uitmaken van bewustwording, voorlichting en educatie op allerlei gebieden: hygiëne, voedsel, seksualiteit, *family planning*, moeder/kindzorg enzovoort. Ten tweede is AIDS geen zuiver medische aangelegenheid. Bepaalde omstandigheden maken de

mogelijkheid tot besmetting groter. Ter illustratie volgen hier enkele voorbeelden. Zo hebben mensen met 'verwaarloosde' geslachtsziekten, waardoor zweren zijn ontstaan, meer kans om met het AIDS-virus besmet te raken." Dit zullen vooral mensen zijn die om verschillende redenen minder gebruik kunnen maken van gezondheidszorgvoorzieningen. Dat deze mensen aan chronische infecties lijden kan ook het gevolg zijn van een slechte behandeling of van afgenomen weerstand door bijvoorbeeld ondervoeding. Een uitgebalanceerd dieet en een juiste verdeling daarvan zouden hier uitkomst kunnen bieden.

Het voorkomen van situaties waarin bloedtransfusies nodig zijn kan de kans op besmetting via bloed en naald verkleinen. Bloedtransfusies zijn onder andere noodzakelijk in ernstige gevallen van bloedarmoede. Bloedarmoede kan voorkomen worden door goede voeding en het verlengen van de periode tussen twee zwangerschappen. Zie hier een directe aansluiting met *family planning*.

Zoals gezegd, is het aantal seksuele contacten grotendeels bepalend voor besmetting. Het is belangrijk om stil te staan bij het feit dat promiscuïteit niet alleen met hartstocht, maar tevens met geld en macht te maken heeft. Denk aan de situatie en positie van bepaalde prostituées en aan de middelen (geld, macht) van hun klanten. Als laatste voorbeeld wil ik de migratie ten gevolge van oorlog, politieke onrust, honger, urbanisatie, bevolkingsgroei of seizoenarbeid noemen. Mensen die in groepen grote afstanden afleggen, werken mee aan een snellere verspreiding van het HIV.

Het veranderen van seksueel gedrag, met name het gebruik van condooms, is een zeer moeizaam proces, dat is in het verleden ook bij *family planning*-projecten gebleken. Door voorlichting, een optimale voedingsstatus en betere basale voorzieningen kan de verspreiding van het virus echter al aanzienlijk worden vertraagd.

In zijn totaliteit

AIDS is voor de mensheid een relatief nieuw probleem, waar men eigenlijk nog weinig van weet. Men weet niet hoe de epidemie zich zal ontwikkelen en het is daarom begrijpelijk dat men aanvankelijk vooral de nadruk heeft gelegd op actie, gericht op snelle resultaten. Hierbij heeft men over het hoofd gezien dat er geen geldige redenen bestaan om AIDS anders en nadrukkelijker te benaderen dan de rest van de heersende ziekten in Afrika. Activiteiten op het gebied van AIDS-bestrijding zouden dan ook beoordeeld dienen te

worden binnen de totale gezondheids-situatie in Afrika. AIDS is relatief gezien minder acuut en bedreigend dan allerlei andere ziekten, zoals diarree en infectieziekten. Die andere ziekten zijn bovendien goed te bestrijden en verminderen de kans op besmetting met het HIV.

In dit artikel heb ik geprobeerd duidelijk te maken dat strategieën ter bestrijding van AIDS weinig kans van slagen hebben als ze vanuit de centrale overheid aan de bevolking worden opgelegd. Dit hoeft niet te betekenen dat de activiteiten zich uitsluitend op lokaal niveau dienen af te spelen. De overheid zou de mogelijkheid kunnen bieden om epidemiologische gegevens te accumuleren en categoriseren en de hieruit verkregen informatie aan lagere niveaus beschikbaar te stellen. Ook zal interdisciplinair onderzoek naar seksueel gedrag, plaatselijke ideeën over AIDS en de sociaal-economische gevolgen van AIDS gestimuleerd moeten worden. Het rechtstreeks steunen van de NGO's en het inbouwen van AIDS-bestrijding in bestaande gezondheidszorgprojecten verdient momenteel de meeste aandacht. Hierdoor kan de AIDS-bestrijding meer binnen de PHC geïntegreerd worden. Dit biedt de mogelijkheid om gezondheid en ziekte vanuit verschillende perspectieven en sectoren te benaderen. Als er dan ooit een vaccin komt dat op veilige wijze voor iedereen beschikbaar wordt gesteld, blijven de preventieve activiteiten hun waarde behouden, omdat ze binnen de PHC een deel van een geheel vormen.

De auteur is antropoloog en lid van WEMO.

Noten

1. WHO, 610001 Status of Reported AIDS Cases, assembled for the Poster Session and Participants of the 11th International Conference on AIDS and Associated Cancers in Africa, september 14-16 1988, Arusha, Tanzania.
2. J.M. Mann, J. Chin, P. Piot en T. Quinn, 'The International Epidemiology of AIDS', in: *Scientific American*, oktober 1988, pg. 60-69.
3. B. van Beek, 'AIDS. Dele-en, deslachtsdoffers; de campagnes, de vooruitzichten', in: *Onze Wereld*, mei 1988, pg. 20-23.
4. Zie noot 2.
5. Zie noot 1.
6. 'WHO Global Strategy', in: *Panoscope* 1987, nr. 1, pg. 7.
7. *The Third Epidemic: Repereussions of the Fear of AIDS*, a Discussion Paper, London (Panos Institute) 1987.
8. R.J.A. Diepersloot en M. van der Graal, 'HIV: nieuwe inzichten', in: *Modern Medieine*, februari 1989, pg. 99-109.

IN DE TANG VAN DE MACHT

Na de verpleging in Engeland, Frankrijk en België is nu ook de Nederlandse verpleging in opstand gekomen tegen de slechte arbeidsvoorwaarden, de hoge werkdruk en een gebrek aan maatschappelijke erkenning. Eindelijk zien we de Nederlandse verpleegkundigen op de bekende actieplekken in Utrecht en Den Haag. Buiten verwachting van iedereen die niet in de verpleging werkzaam is. Maar ook de vertegenwoordigers van de verpleging zelf hadden hier in de verste verte geen rekening mee gehouden. De bonden hebben hierover al genoeg verwijten gekregen, ten onrechte is er echter nog geen beschuldigende vinger richting Vebo's (verplegingsbonzen) gegaan. Hopelijk zetten de acties ook hen aan het denken.

Al vele jaren probeert de elite in de verpleging de maatschappelijke waardering van het beroep omhoog te vijzelen. Een nobel en zeer noodzakelijk streven. Helaas heeft men al die tijd de verkeerde weg gekozen: verheffing van het beroep via de weg van professionalisering. Dat wil zeggen: opzetten van verpleegkundig onderzoek, invoeren van theorieën voor het verpleegkundig handelen - met de malle aandacht voor Amerikaanse zelfzorgtheorieën en holistische visies op de mens - oprichten van studierichtingen verplegingswetenschappen, starten van een nieuw verpleegkundig tijdschrift voor het hogere kader, de oprichting van de Nederlandse Maatschappij voor de Verpleegkunde en dat soort zaken. Prachtig, maar uitzichtloos.

Heeft het vakblad voor de professionaliserende verpleging, het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* (IVZ), ook maar enige rol gespeeld in de wederopstand van de verpleging? Het antwoord moet zijn nul komma nul. De stimulator voor de acties was *Verpleegkunde nieuws*, een pas twee jaar bestaande uitgave voor verpleegkundigen aan de basis. Dit blad is voor de acties van onschatbaar belang gebleken. Op het moment dat de kolommen van *Verpleegkunde nieuws* bol gingen staan van de actievoornemens van de WIO (Verpleegkundigen en Verzorgenden in Opstand) besteedde IVZ in zijn laatste nummer van 1988 aandacht aan de lievelingsboeken van enkele Vebo's. Jip en Janneke in IVZ, verslagen van het actiewezen in *Verpleegkunde nieuws*. Wat de reden van de inerteit van IVZ ook moge zijn, het geeft wel aan hoe wereldvreemd een vakblad kan worden dat zich

primair op de professionalisering van het beroep richt. Een ander uitvloeisel van de gerichtheid op het professionaliseringsstreven is het volledig ontkennen van het bestaan van belangentegenstellingen. De gezondheidszorg wordt door de top van de verpleging niet in termen van macht geanalyseerd. Men wil maar niet de consequenties inzien van het feit dat men binnen een krachtenveld opereert, waarin iedere groep zoveel mogelijk macht en invloed probeert te verkrijgen en waarbij het eigenbelang vooropstaat

Of je het nou leuk vindt of niet, medische belangen en inzichten staan vaak lijnrecht tegenover die van de verpleging. Zolang de medisch specialisten zelf kunnen bepalen wat er in de gezondheidszorg gebeurt, zullen verpleegkundigen de speelbal van de medische professie blijven. Eigenlijk heeft de verpleging één groot, allesoverheersend gemeenschappelijk belang: het terugbrengen van de verrichtingen van de medisch specialisten. Het is deze beroepsgroep die het hele raderwerk van de gezondheidszorg in werking stelt. Zij bepaalt wie wordt opgenomen, welk onderzoek en welke behandeling moeten plaatsvinden, wanneer iemand wordt ontslagen. Dit heeft te maken met het feit dat de medisch specialist volledige autonomie over het eigen professionele handelen heeft. Autonomie verwijst naar controle over de inhoud van het werk: de specialist heeft het alleenrecht te bepalen wat medisch noodzakelijk is. Deze autonomie heeft vergaande consequenties voor de omgeving. De rest van de ziekenhuiswereld, waaronder de verpleging, is afhankelijk van het werk dat een specialist genereert. Veel medische verrichtingen betekent veel werk voor de verpleging. Een schrijnend voorbeeld van deze macht van medisch specialisten en de willekeur daarvan is de bijna op een maffia-operatie lijkende wraakactie van deze club, die voor het eerst eind maart in de media werd opgemerkt: de mysterieuze overbevolking in een aantal ziekenhuizen als gevolg van recalcitrant gedrag door medisch specialisten. Een aantal van hen zou - uit een niet aflatende woede over het kabinetsbeleid inzake hun norminkomen - doelbewust uit zijn op het vergroten van het aantal verpleegdagen. Gebruikers van de gezondheidszorg, verpleegkundigen en beleidsmakers worden regelmatig geconfronteerd met het

bekende adagium 'dit is medisch noodzakelijk'. Door de autonomie van de specialist is na zo'n uitspraak bijna geen discussie meer mogelijk. Buitenstaanders weten niet wat medisch noodzakelijk is en hebben zich er niet mee te bemoeien. Consequentie van deze medische macht is de al meer dan een decennium voortdurende sterke groei van de medische verrichtingen, terwijl tegelijkertijd het aantal verpleegdagen afnam en de gemiddelde verpleegduur steeds korter werd. Opvallend daarbij is de relatief geringe groei van het aantal verpleegkundigen: zij kunnen hun werk namelijk niet zelf creëren, zij kunnen zichzelf niet sluipenderwijs aanvullen. Het trieste gevolg van dit alles is dat de verpleging met ongeveer hetzelfde aantal mensen patiënten steeds intensiever moet verplegen, maar ook dat in die kortere tijd steeds meer medische verrichtingen plaatsvinden, die bijna altijd verpleegkundig voorbereid moeten worden. Wat nu zo merkwaardig is, is dat het wijzen op dit soort processen en de desastreuze consequenties daarvan voor de verpleging al tien jaar geleden heeft plaatsgevonden. In een artikel in *TVZ* (1979, nr. 17) met de titel 'Ziekenhuisverpleegkunde: dreigt er een noodtoestand?' signaleren Van Selow en Clay dat de behoefte aan verpleegkundige zorg aanzienlijk zal toenemen door de groei van het aantal poliklinische en klinische verrichtingen. De schrijvers zijn verontrust over het terughoudende beleid van de overheid ten opzichte van de medisch specialisten. Bij dit beleid denken zij bijvoorbeeld aan vrije vestiging, geen beperkingen in de beroepsuitoefening en een indicatiebeleid voor verrichtingen, dat steeds meer kan worden uitgebreid. Zij voorspelden dan ook 'dat deze structuur van het ziekenhuis zal leiden tot een disharmonisch beleid en een spanningsveld binnen het ziekenhuis. Het ziekenhuis is meer en meer vergelijkbaar met een voortijlende auto, waarbij de medische specialisten het gaspedaal indrukken, de overheid aan de handrem trekt en de ziekenhuisdirectie aan het stuur haar best doet om de wagen in het goede spoor te houden' ... en de verpleging, zou ik hieraan willen



toevoegen, in de achterbak mag meerijden!

Een ander voorbeeld van vroegtijdige signalering van de problemen in de verpleging is te vinden in het ter ziele gegane *Weekblad Gezondheidszorg*. In een artikel met de titel 'Verpleging ziet haar vijand niet'

(8 april 1982) vraagt een vakbondsfunctionaris zich af wie de ware planners van de gezondheidszorg zijn. Dit zijn volgens hem 'niet de kamerleden, niet de NZR. Zij zijn slechts de vertolkers van de ware aanjagers van vraag en aanbod van zorg: de patiënten en medici'. De conclusie van het artikel is dat verpleegkundigen tegen de bierkaai blijven vechten, zolang zij de ware identiteit en bedoeling van hun tegenstanders niet willen zien. En dit zijn onder meer de medici, die vanuit eigenbelang het aanbod van de gezondheidszorg opjagen.

Verpleegkundigen kunnen niet al hun problemen zelf oplossen. Met name de toename van medische verrichtingen is iets dat voor een belangrijk deel op politiek niveau moet worden aangepakt. Een groot probleem was tot dusverre (en hopelijk komt er door de opstand van de verpleging nu een eind aan) dat veel verpleegkundigen geen relatie willen of kunnen leggen tussen problemen betreffende hun directe werksituatie en de bijna onuitroeibaar lijkende macht van de specialist. Naar mijn mening kunnen voor de verpleging positieve veranderingen in de gezondheidszorg alleen plaatsvinden als verpleegkundigen, en met name de Vebo's, hun harmonie- en consensusdenken loslaten. Veel meer dient de gehele problematiek gezien te worden in termen van belangentegenstellingen, machtsconflicten en politiek. De discussie over de problemen in de verpleging is al jaren vertroebeld doordat het denken in machts termen in de verpleging zo'n vreselijk taboe is. Alleen met kritische, weerbare en politiek geëngageerde verpleegkundigen kan er in de toekomst een dam opgeworpen worden tegen ontwikkelingen die rechtstreeks in het nadeel van de verpleging uitwerken.

Gerard Goudriaan

...THEMA...

Grote steden en gezondheid



Redactioneel

Als reactie op de herstructurering van de gezondheidszorg in Nederland hebben de vier grote steden - Utrecht, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam - onlangs gezamenlijk de aandacht gevestigd op hun specifieke gezondheidsproblemen. Bovendien wijzen deze steden op het te ver doorschieten van het marktdenken in de Nederlandse gezondheidszorg, waardoor gezondheidszorgvoorzieningen voor de laagste inkomensgroepen minder bereikbaar worden en zodoende nog meer ongelijkheid teweeg brengen. Op grond hiervan opteren deze steden voor een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid. Deze optiek heeft de drukpersen van die gemeenten op volle toeren gebracht: een fontein aan nota's, actieprogramma's en inspraakrondes volgde. Tegelijkertijd wordt er in juni in Den Haag door de *World Health Organization* een grote internationale conferentie



Foto: Cees Langendorff

over Healthy Cities (Gezonde Steden) (wat onderzoek daar niet aan mag bijdragen, georganiseerd, Healthy Cities is een strategisch concept bedoeld om de gezondheid in de grote steden te verbeteren. Healthy Cities reikt af met het traditionele gezondheidszorgbeleid - meer gezondheidszorgvoorzieningen aanbieden - en pretendeert een vernieuwende aanpak te zijn om de gezondheid in steden te bevorderen: meer invloed van de bevolking, meer aandacht voor de woon- en werkomgeving, meer gewone zorg in plaats van spectaculaire geneeskunde, meer preventie naast curatie.

De huidige aandacht voor gezondheid en de grote steden, zoals blijkt uit het optreden van de grote steden en de introductie van het Healthy Cities concept, is frappant. Het is immers al langer bekend, onder meer uit het *Vergelijkend Buurtonderzoek* van 1980, dat er in de grote steden sprake is van ongelijkheid in gezondheid. Waarom

toen niet en nu wel zoveel aandacht vanuit de steden zelf voor dit en andere groot stedelijke gezondheidsproblemen? Het zou best weleens kunnen zijn dat gezondheid toen niet, maar tegenwoordig wel onderwerp van politiek en ideologisch debat is, waarin de grote steden een belangrijke partij (willen) zijn.

Vanuit dit vermoeden heeft de redactie aan vertegenwoordigers van het Healthy Cities concept en van de vier grote steden gevraagd om uiteen te zetten waar zij precies voor staan. Vanzelfsprekend laten degenen die het Healthy Cities concept uitdragen, zich daarover in enthousiaste termen uit. Er is zelfs een 'Netwerk Gezonde Steden' in Nederland ontstaan, met Eindhoven als coördinatiepunt. Dat niet iedereen zo enthousiast is, blijkt uit het interview met wethouder Martini van Den Haag. Hij spreekt zich uit voor een ondubbelzinnige keuze voor bescherming van de mensen met de laagste inkomens, terwijl hij tegelijkertijd van mening is dat het overheidsbeleid zich meer zou moeten richten op het toegenomen zelfbewustzijn van grote groepen mensen. Die stellingname mondt uit in een aanpak gericht op het mobiliseren van de harten en hoofden van de Haagse bevolking met behulp van inspraakrondes en nota's. Die aanpak kan, als het lukt, ook duurzamer zijn dan het uitstorten van een massa maatregelen. Bovendien getuigt zo'n aanpak ook van een praktische geest.

Maar veel maatregelen kan zelfs een gemeente als Den Haag niet nemen: het eigen budget is gering en de beslissingsmacht over belangrijke financieringsbronnen ligt elders.

Het denken over de stad in relatie tot gezondheid kent een lange traditie. Opvattingen waarbij de stad wordt beschouwd als een poel van verderf en als patiënt worden afgewisseld door andere, waarbij het tegenovergestelde wordt beweerd. Na de Tweede Wereldoorlog is dat den-

ken een poos achterwege gebleven, pas midden jaren zeventig is het weer op de voorgrond getreden. De recente ervaring in het denken over de stad en gezondheid is in zoverre nieuw dat de stad daarin wordt opgevat als subject: de stedelijke bevolking en haar politieke organen kunnen zelf uitmaken wat goed voor haar is.

Een eerste relativering van dit denken is het leven van dakloze stadbewoners. Dit probleem lijkt de achillespees, zo niet de toetssteen van de kwaliteit van de grootstedelijke zorg. Als je de ervaringen van het Leger des Heils hoort - van oudsher betrokken bij de minder bedoeelden in de grote steden - blijken juist de sociaal zwakkeren de dupe te worden van het nieuwe verzekeringsstelsel.

Sowieso blijkt de tegenstelling tussen arm en rijk steeds groter te worden, en de luxe grote-stadsarchitectuur en vele projectontwikkelaars die zich op de stad werpen om haar van alle moderne comfort te voorzien staat in schril contrast tot de eveneens steeds groter wordende groepen psychiatrische patiënten, verslaafden en rondzwervende jongeren die diezelfde steden bevolken. TGP heeft deze tegenstelling door middel van de fotoreportage bij het thema in beeld willen brengen.

Een volgende relativering van het denken in termen van de stad als subject dat zichzelf wel gezond kan maken, is het feit dat er weinig bekend is over de oorzaken van de relatief slechtere gezondheidstoestand in steden met meer dan 100 000 inwoners. Dus is het nog maar de vraag of het op de weg van stadsbewoners en stadsbestuur ligt om daaraan iets te (kunnen) doen.

Gezonde steden: een oude innovatie



Evert Ketting & Evelyn de Leeuw

Het lokale niveau begint een steeds grotere rol te spelen wanneer we het hebben over het

bevorderen en handhaven van gezondheid van mensen.

Dat is niet alleen toe te schrijven aan ontwikkelingen in het overheidsbeleid, maar met name ook door allerlei trends in de samenleving zelf. Mensen lijken zich steeds meer bewust te worden van

gezondheidsbedreigende invloeden die vlakbij huis liggen. De opkomst van vele

vrouwenhulpverleningsprojecten, zelfhulpgroepen en het rumoer rond gifbelten onder huizen laten

dat zien. Ook lokale instanties erkennen deze invloeden. Gestimuleerd door de

wereldgezondheidsorganisatie is er op het moment

een groeiende aandacht voor gezondheid in steden.

Evert Ketting en Evelyn de Leeuw, organisatoren van het in Den Haag te houden internationale

congres *Research for Healthy Cities*, doen uit de doeken wat het Healthy cities concept nu precies

behelst en wat de gemeenschappelijke kenmerken zijn van de projecten die eruit voortvloeien.

Het gezonde-steden-project is in feite niets meer dan een vertaling en operationalisering van *Health for All by the Year 2000*, het beleidskader dat de WHO sinds het eind van de jaren zeventig heeft ontwikkeld. Het is de eerste keer dat de WHO echter de doelstellingen die daaruit voortvloeiden heeft willen vertalen naar het plaatselijke, en vooral grootstedelijke niveau. De doelstellingen van *Health for All by the Year 2000* bleven daarbij hetzelfde, namelijk:

1. meer nadruk op preventie naast alleen curatie;
2. meer aandacht voor basisgezondheidszorg en minder voor technologisch hooggespecialiseerde zorg;
3. meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van het individu voor het instandhouden en verbeteren van zijn of haar gezondheid;
4. uitdrukkelijke aandacht voor sociale en fysieke factoren die de gezondheid beïnvloeden.

Positieve benadering

Een heel belangrijk uitgangspunt in de Health-for-All-filosofie is het idee dat gezondheid moet worden bevorderd en niet alleen ziekten moeten worden bestreden. Anders gezegd: er is een positieve benadering van gezondheid. Gezondheid is dan ook niet slechts de afwezigheid van ziekte, maar vooral een positief doel op zichzelf. Ilona

Kickbusch, een leidende vrouw in de healthy-citiesbeweging, heeft gezondheid zo gedefinieerd: gezondheid is de mate waarin een individu of groep in staat is om enerzijds zijn of haar eigen aspiraties te verwezenlijken en anderzijds de omgeving te veranderen, en adequaat mee om te gaan. Beleidsmatig betekent dit name dat er meer aandacht dient te zijn voor gezondheid en de consequenties van ontwikkelingen en beslissingen op te reinen die traditioneel niet onmiddellijk (meer) met gezondheids(zorg)beleid in verband worden gebracht. Men noemt dat ook wel intersectoraal beleid of, zoals dat in de *Nota 2000* staat, facetbeleid. Een ander punt is dat *Health for All 2000* met concrete gezondheidsdoelen werkt, zodat je effectief kunt nagaan of de uitgevoerde activiteiten ook van strategisch belang zijn. De keuze van de WHO om juist aandacht te schenken aan de gezondheidsbevordering van steden was gebaseerd op een zevental overwegingen.

1. Het urbanisatieproces zelf. Omdat de bevolking nu steeds meer concentreert in stedelijke gebieden ligt het voor de hand om daar aandacht te besteden aan gezondheidsomstandigheden.
2. Juist steden kenmerken zich vaak door allerlei ongezonde omstandigheden (lawaaioverlast, vervuiling, verkeersproblemen etcetera).

3. De sociale desintegratie, het uiteenvallen van traditionele sociale verbanden, waardoor mensen steeds meer afhankelijk worden van formele zorgsystemen is in steden het verst voortgeschreden.
4. De economische recessie heeft in veel steden geleid tot hoge werkloosheid, groeiende armoede en daarmee verbonden sociale problemen die in belangrijke mate bepalend zijn voor de gezondheidstoestand van de bevolking.
5. In de grote Europese steden zijn steeds meer concentraties ontstaan van etnische en culturele minderheden, die allemaal hun eigen gezondheidsproblemen hebben meegebracht.
6. Bij de nadruk op basisgezondheidszorg ligt het voor de hand om in de lokale praktijk aan beleidsvorming en participatie van de bevolking te werken.
7. Gegeven de wenselijkheid van intersectoraal beleid lijkt het lokale niveau meer mogelijkheden te bieden. Daar zijn de schotten tussen diverse beleidsterreinen waarschijnlijk makkelijker te slechten dan op de veel sterker gebureaucratiseerde, hogere bestuurlijke niveaus.

Traditioneel worden activiteiten die door supranationale overheden als de WHO worden ondernomen door de werkers op het grondvlak nogal sceptisch ontvangen. In het geval van de Healthy Cities lijkt dat minder het geval te zijn. Enerzijds is dat te wijten aan het feit dat de WHO voor het eerst in haar geschiedenis direct samenwerkt met lokale overheden. Daar gaat een sterke legitimerende functie voor gemeentebestuurders vanuit. Anderzijds is het idee van gezonde steden natuurlijk niet geheel vreemd. Aan het eind van de vorige eeuw maakte de Engelsman Snow al geschiedenis door in een Londense wijk botweg de hendel van een pomp te verwijderen, waaruit met cholera-bacteriën vervuild water werd geput. En ook in Nederland maakten in de eerste helft van deze eeuw lieden als Wibaut en Querido furore met acties die ook nu nog naadloos in de gezonde-stedenideologie passen. Onder andere sociale woningbouw en sociaal-psychiatrische diensten kunnen worden gezien als voorlopers van gezonde-stedenactiviteiten. Het is wellicht daaraan te wijten dat, na een periode van enkele tientallen jaren waarin voorzieningen centraal stonden in het overheidsbeleid, nu de ideeën van het gezonde-stedenproject door steeds meer lokale instellingen met open armen verwelkomd worden.

Dynamisch

Geen stad is natuurlijk gelijk en er is een zeer breed scala van activiteiten die in de diverse landen en steden ondernomen kan worden. De nadruk kan daarbij op heel verschillende problemen komen te liggen. Toch zijn er een viertal overeenkomsten te vinden.

1. De holistische benadering. Zoals we al eerder zagen, is het uitgangspunt dat gezondheid de resultante is van een complex geheel van fysieke, sociale, biologische en gezondheidszorgdeterminanten. Die moeten in een integraal kader worden gezien; hun onderlinge samenhang moet worden erkend en beïnvloed. Concreet gesproken betekent dat meestal dat maatregelen tegelijkertijd gericht dienen te worden op uiteenlopende gebieden (zoals milieu, sociale verhoudingen, individueel en collectief gedrag etcetera).
2. Het dynamische karakter. De activiteiten zijn (soms vrij fundamenteel) veranderingsgericht. De bedoeling is steeds om de (fysieke en sociale) omstandigheden en leefwijzen zodanig te veranderen dat mensen beter met hun gezondheids capaciteit kunnen omgaan. Een WHO-advies aan overheden luidt dan ook: 'Make healthy choices the easier choices'.

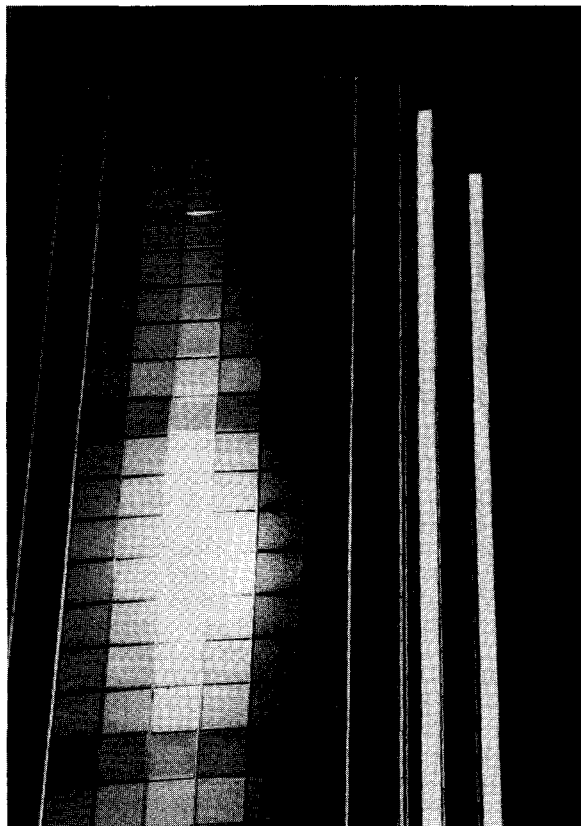
3. Een optimistische visie. Er zijn bitter weinig doemdenkers onder de gezonde-stedenwerkers. Problemen worden beschouwd als zaken waarvoor nog allerlei oplossingen onbenut zijn gebleven. Deze benadering neemt soms idealistische, om niet te zeggen utopische, vormen aan.
4. De actiegerichtheid. Een van de belangrijkste slogans is 'community participation'. Gezondheidsbevorderende activiteiten moeten in nauwe samenwerking met de bevolking zelf worden ondernomen. Enerzijds vindt men immers dat mensen zelf het beste in staat zijn om hun behoeften aan te geven, anderzijds is men ervan overtuigd dat veranderingen zich niet van bovenaf laten afdwingen.

Het is opvallend dat de healthy-citiesbeweging de sfeer van authentiek idealisme ademt, een zeker revolutionair élan heeft, en dat bewustwording en structurele verandering cruciale begrippen zijn geworden. Kan dat zomaar in een maatschappij die steeds zakelijker en doelmatiger moet worden? Is de gezonde stad geen luchtbal?

Eindhoven

Het enthousiasme onder wetenschappers, lokale bestuurders en de bevolking over het gezonde-stedenidee geeft echter aan dat de plannen in praktijk kunnen worden gebracht. Daarbij moet worden opgemerkt dat het programma in eerste instantie een looptijd van vijf jaar heeft (1986-1991), waarbij we nu dus op de helft zijn. Groot-scheepse, verreikende programma's zijn nog niet geheel operationeel, laat staan dat er veelomvattende evaluaties en effectstudies bekend zijn.

De rol van de WHO bij het programma beperkt zich tot stimulering, ondersteuning en coördinatie. De organisatie zelf voert dus geen projecten uit, maar zorgt dat ideeën en informatie adequaat worden uitgewisseld. Bovendien, zo-



Het World Trade Center in Rotterdam

Foto: Cees Langendorff

als hierboven al vermeld, is de bemoeienis van de WHO van groot belang voor de legitimatie van activiteiten die op lokaal niveau worden ondernomen.

In ieder land dat aan het project deelneemt, wordt er een centrumstad aangewezen. Deze stad heeft moeten aantonen dat er op politiek niveau interesse en bereidheid is om daadwerkelijk aan het project te werken. Onder deze steden zijn Horsens (Denemarken), Pécs (Hongarije), Sofia (Bulgarije) en Barcelona (Spanje). In Nederland speelt Eindhoven deze rol.

Ook is er in Nederland een 'Netwerk Gezonde Steden', waarvan het secretariaat bij de basisgezondheidsdienst van Eindhoven berust. Het secretariaat wordt gesubsidieerd door het ministerie van WVC; de projecten in de steden zelf moeten lokaal gefinancierd worden. Daartoe bieden de verantwoordelijkheden die gemeenten en basisgezondheidsdiensten in de Wet op de Collectieve Preventie worden toegekend onder meer mogelijkheden.

Overigens kan de organisatie van de netwerken in de verschillende landen nogal uiteenlopen; dat is vooral afhankelijk van de vormgeving van de gezondheidszorg. In Nederland rust de organisatie nogal zwaar op de basisgezondheidsdiensten die in de collectieve gezondheid (szorg) een centrale rol vervullen. Maar in Duitsland, waar een sterke *Gesundheitsbewegung* is, ligt een sterk accent op de activiteiten van gezondheidsactiegroepen. In het Verenigd Koninkrijk hebben de *Healthy Cities* weer een sterk 'rood' karakter, omdat daar allerlei groepen die tegen verdere afbraak van de *National Health Service* zijn zich goed in de filosofie van het project kunnen vinden. Bovendien is sociale ongelijkheid daar een belangrijk thema. Engeland heeft inmiddels een traditie van *Black Reports*, waarin de tragisch-ongelijke verdeling van gezondheid in het land wordt gedocumenteerd.

Zoals we hierboven al stelden, staat het project nog in de kinderschoenen. De meeste projectsteden hebben de eerste jaren besteed aan de organisatorische inbedding, het leggen van contacten en het formuleren van doelstellingen en strategieën. Men heeft ook met een zekere voortvarendheid getracht om allerlei lopende activiteiten en activiteiten op de gezonde-stedenfilosofie te laten aansluiten. Deze kregen daarbij plotsklaps een nieuwe stimulans.

De verschillende activiteiten zijn dus ongelooflijk divers, maar toch kunnen we bij concrete projecten drie inhoudelijke themagebieden onderkennen. Op de eerste plaats: sociale ongelijkheid in gezondheid. Daarbij gaat het om projecten die zich richten op gezondheidsbevordering onder kansarme groepen binnen de samenleving: werklozen, etnische minderheden, vrouwen, daklozen etcetera. Op de tweede plaats: milieu-aspecten van gezondheid. Er is een grote verscheidenheid aan projecten op dit gebied, die reiken van veiligheidsbevordering op straat en ongevalpreventie in huis tot aan projecten die gericht zijn op een vermindering van uitstoot van giftige stoffen. Als derde inhoudelijk themagebied geldt: een gezonde leefstijl. Er zijn zeer veel projecten in de sfeer van gezondheidsvoorziening en -opvoeding.

Er moet echter wel de kanttekening worden gemaakt dat in feite niet ieder project dat zich op sociale ongelijkheid, milieu of leefstijl richt zich zonder meer kan kwalificeren als een gezonde-stad project. Een uitdrukkelijke voorwaarde lijkt toch wel te zijn dat men de hierboven geformuleerde uitgangspunten - de holistische benadering, het dynamische karakter, een optimistische visie en actiegerichtheid - hanteert. Daarbij is de *community diagnosis* oftewel het gezondheidsprofiel van groot belang. Dat is een epidemiologische bestandopname van de gezondheidstoestand van de bevolking als geheel, in dit geval dus van de stad. Dit geeft inzicht in welke gezondheidspro-

blemen er onder de bevolking voorkomen en daarmee mogelijkheden tot het terugdringen van die problemen. In Nederland worden momenteel verschillende van die profielen opgesteld.

Lippendienst

Sceptici stellen dat het gezonde-steden project te ideologisch is en van weinig feitelijke waarde. Hoewel een reflectie op de realiteitszin nuttig kan zijn, is de kritiek niet geheel terecht. Het project is in feite nogal nieuw en het heeft twee jaar geduurd voordat de noodzakelijke opbouw van het programma, het motiveren van de mogelijk deelnemers en het op poten zetten van een organisatie werd volbracht. Het is nu inderdaad tijd om niet meer in de ideeënfase te blijven hangen, maar om over te gaan tot concrete vormgeving van de plannen. Aanzetten daarvoor zijn er inmiddels en het congres 'Research for Health Cities' kan door haar inventariserende functie nieuwe stimulansen geven.

Een tweede kritiekpunt is, zeker wat betreft de Nederlandse situatie, dat de overheid enerzijds weinig doet om polariserende werkingen op de gezondheid van mensen te neutraliseren, terwijl anderzijds een gezonde-stedenproject kennelijk wordt gesteund. Immers, inkomensverschillen (een belangrijke determinant van gezondheid), blijven groeien, de reorganisatie van de gezondheidszorg (commissie Dekker) lijkt weinig garanties te geven voor een gelijke verdeling van gezondheid, en de doelmatigheid van voorzieningen en preventie wordt nog steeds in brede kring betwijfeld. Men vraagt zich af of onder dergelijke omstandigheden een gezonde-stedenproject wel een legitieme kans van slagen zal hebben. Is het onder de huidige randvoorwaarden niet meer dan een marginale lippen dienst aan gezondheidsbevordering?

Misschien is het enig juiste antwoord op dit dilemma het volgende: binnen de beperkte omstandigheden, die de centrale overheid in de hand houdt, moet naar nieuwe mogelijkheden worden gezocht om de gezondheid van de bevolking te verbeteren. De credo's: zorgzame samenleving en lokale verantwoordelijkheid geven die kansel aan de Nederlandse steden. Laat ze er dan ook gebruik van maken, afgezien van de dualiteit die er bestaat tussen de op nationaal niveau geformuleerde gezondheidspolitiek en de op lokaal niveau onder de bevolking gewenste uitvoeringsmogelijkheden.

Ever! Ketting is onderzoekscoördinator bij het ncvv te Utrecht en Evelyn de Leeuw gezondheidsbleidsonderzoeker, aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Noten

1. Kickbusch, I., 'Health promotion: aglobal perspective', in: *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77 (1986), pg. 321-326.
2. Leeuw, Evelyn de, *The Sane Revolution*, Assen/Maastricht (Van Gorcum) 1989.
3. Dit congres vindt plaats van 20 t/m 23 juni. Het wil een inventarisatie maken van internationaal onderzoek op het gebied van gezonde steden. Een zeer breed spectrum aan onderwerpen komt daarbij noodzakelijkerwijs aan bod; het reikt van stedelijke vervuiling (binnen en buiten het huis), mobiliteit van stadsbewoners, sanitaire omstandigheden, Aids, en geestelijke gezondheid tot GVO-interventies, verslaving, *community diagnosis*, de verdeling van voorzieningen en politieke determinanten van een 'gezonde stad'.

Weinig nieuws onder de zon

De praktijk van het Healthy Cities project



Marjon van Weersch

Uiteraard was TGP benieuwd hoe er in de diverse steden van ons land met het Healthy Cities concept wordt omgesprongen en met name wat er concreet in de praktijk gebeurt.

Marjon van Weersch belde daarom met de contactpersonen van de meeste van de twintig steden, die momenteel bij het Netwerk Gezonde Steden zijn aangesloten, en komt tot de teleurstellende conclusie dat het voornamelijk bij mooie plannen en beleidsnota's blijft. In de praktijk is er, en zeker voor de bevolking van die steden, nog maar bitter weinig van te merken.

De GGD in Eindhoven vervult in Nederland de centrale rol in het Healthy Cities Project. De heer Van der Kamp, coördinator van het Netwerk Gezonde Steden, zet uiteen dat het netwerk gezien moet worden als een 'participatiemodel'. De gradatie van participatie van de in het Netwerk zittende steden loopt uiteen van passief tot actief meedoen. In veel steden zit men nog in de fase van het 'denken over' het Healthy Cities concept.

In Eindhoven zelf wordt het vooral beleidsmatig, als een wijze van denken over en werken aan gezondheid, ingevuld. Bij de aanvang van het project heeft men besloten om activiteiten niet te gaan 'labelen' als een Healthy Cities project om te voorkomen dat na afloop van het project alles weer ophoudt. Voor een bewoner van Eindhoven zal Healthy Cities als zodanig dan ook niks betekenen.

In Eindhoven probeert men verder de visie zowel door bestaande als nieuwe activiteiten in praktijk te brengen. Voorbeelden zijn: het project gezondheidswijzer, dat gericht is op publieksinformatie, en het project leefomgeving, gezondheidseducatie op scholen. Belangrijk is volgens Van der Kamp dat vooral door het geven van informatie de visie achter het Healthy Cities project aan de mensen wordt doorgegeven.

Grote steden

Wat gebeurt er in de vier grote steden allemaal in het kader van het Gezonde Steden Project?

In Den Haag worden activiteiten niet expliciet aan het Healthy Cities project gekoppeld. Elementen hieruit zijn echter in het gemeentelijk beleid wel terug te vinden. De actiepunten in de nota *Beter Gezond* (waarop in het inter-

view met de Haagse wethouder Martini elders in dit nummer wordt ingegaan) bevatten deels elementen die in de Healthy Cities visie passen.

Een contactpersoon voor de gemeente Utrecht meldt dat men met enige voorzichtigheid in het netwerk participeert. Er zijn Gvo-activiteiten die binnen de visie van het Healthy Cities concept passen, deze activiteiten worden echter niet als zodanig gelabeld en bestaan ook al langer. Het gezonde-stedenidee draagt volgens deze zegsman een glans van nieuwigheid, die het niet in alle opzichten verdient. Bovendien is de gezondheidszorg ook erg belangrijk, wanneer gemeenten daar geen invloed op uit kunnen oefenen, zijn zij slechts een missionaris voor gezondheid.

Participatie van de bevolking, een van de items van de Healthy Cities visie, is in Utrecht nog niet aan de orde, eerst zullen op beleidsniveau de doelstellingen helder moeten zijn. Ook vanuit de GGD in Utrecht is de reactie voorzichtig. Men neemt deel aan de overlegstructuur van het netwerk, maar bevindt zich nog duidelijk in een voorbereidende fase.

In Rotterdam is men druk bezig met de realisering van het Healthy Cities concept, er zijn inmiddels diverse uiteenlopende projecten gestart. Zo heeft de afdeling GVO van de GGD bijvoorbeeld in het kader van het project 'Klein zijn in de grote stad' onderzocht hoe kinderen van 9 tot 12 jaar hun woonomgeving ervaren.' Het is de bedoeling dat de onderzoeksresultaten worden gebruikt om te komen tot activiteiten ter verbetering van deze woonomgeving. Een ander initiatief vormt het REBus-project (Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem)." Met behulp



Na afloop van de markt op zoek naar eetbare resten. Inmiddels een bekend tafereel in de meeste steden. Foto: Cees Langendorff

van dit informatiesysteem worden op buurtniveau gegevens verzameld over de gezondheidstoestand van de bevolking en over factoren die voor die toestand bepalend zijn.

In Amsterdam vinden er geen expliciete activiteiten plaats in het kader van het gezonde-stedenproject. De heer Fabius, contactpersoon binnen de gemeente Amsterdam, beziet de gezonde-

stedenbeweging ook met de nodige scepsis. De meeste steden schuiven zijns inziens ideeën die ze toch al hadden nu onder de noemer Healthy Cities. Trouwens, wat zijn gezonde steden, zo vraagt hij zich af. Fabius denkt dat het moeilijk zal zijn om een stad te vinden die daadwerkelijk faceted, ook een belangrijk punt binnen de Healthy-Citiesfilosofie, kan voeren en die het sjabloon 'gezondheid' over haar totale gemeentebereik legt. Hij meent dat de tijd ook nog niet rijp is voor het opzetten van een grote gezonde-steden beweging. Er wordt door beleidsmakers volop gediscussieerd over de vraag hoe de participatie van de bevolking in praktijk gebracht kan worden, maar dat werkt volgens hem niet zo. Op dit moment leven de ideeën van de Healthy-Citiesfilosofie helemaal niet bij de totale bevolking, er is geen sprake van een 'doorbrekend' anders denken over gezondheid, aldus Fabius.

Kleinere steden

Wanneer we verder gaan in de rest van het land en bij verschillende willekeurige deelnemende steden - te weten Arnhem, Den Bosch, Deventer, Zoetermeer, Nijmegen en Haarlem - naar de stand van zaken vragen, blijkt dat de meeste steden in het netwerk participeren om informatie over het Healthy Cities project te krijgen. Men is druk doende met beleidsplannen en nota's, met 'het zichtbaar maken van de problematiek'. In sommige steden gebeuren

er wel dingen die gaan van een 'so gelijke filosofie', een concrete project in het kader van Healthy Cities komen wel niet tegen.

Dat is wel het geval in Almelo en Lelystad. De resultaten van de Gezonde stad en de Gezonde Flc, een onderzoek in het kader van 'Gezonde Flc' den 2000 project len tijdens het search for Healthy Cities-congres in

bekend gemaakt worden.

In Almelo is men enthousiast gestart met het project 'Almelo, een veilig thuis voor oud en jong'. In een artikel *De Nederlandse Gemeente* schrijft Peterman, beleidsmedewerker van de gemeente Almelo, dat dit project gericht is op 'het verminderen van de ongevalsincidentie, het vergroten van veiligheidsindicatoren en het vergroten van de veiligheidsgevoelens ten behoeve van voorshands doelgroep ouderen'; Peterman is positief over de mogelijkheden tot participatie van de bevolking aan het project en het feit dat Almelo een relatief kleine gemeente is, speelt hierbij volgens hem een rol.

Noten

1. J. van den Bogaard en G. van der Weg. *Klein zijn in de grote stad*, Rotterdam (GGI 1987, rapportnummer 82, afdeling GVO).
2. J.A.M. van Oers, E.e.H. van Gilst en H.J.L. Garretsen, *Rotterdam gezond: buurten in beeld*, resultaten Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerkensysteem, Rotterdam 1987, GGD, afdeling epidemiologie.
3. G. Peterman, 'Almelo "gezonde stad" en een "veilig thuis"', in: *De Nederlandsche Gemeente*, maart 1989, nr. 11.

De stad als patiënt

Het denken over de stad en gezondheid in historisch perspectief



Eddy Houwaart

Het klinkt op het eerste gezicht vreemd, maar geneeskundigen hebben steden in het verleden dik-

• wijs als patiënten behandeld. Zij onderzochten de fysieke gesteldheid van de stad deden proefnemingen om haar fysiologie te achterhalen, diagnostiseerden haar afwijkingen en deden voorspellingen over de verdere levenskansen. Er zijn tijden geweest dat geneeskundigen een agressieve therapie voorschreven om de stad van haar aandoeningen te bevrijden, maar ook momenten dat de stad als terminale patiënt werd gezien, waarbij de arts nog slechts had te absteren.

Een gang door de geschiedenis, waaruit blijkt dat het Healthy cities concept niet van vandaag of gisteren is, maar aansluit bij een eeuwenoude traditie om de stad 'gezonder' te maken.

Al in de 17e eeuw voerden geneeskundigen een discussie over de vraag welke gevolgen de groei van steden voor de volksgezondheid had. Aanleiding voor deze discussie was de ontdekking dat een deel van de stadsbevolking aan ziekten leed, die in de toonaangevende klassieke medische geschriften van Hippocrates en Galenus niet stonden beschreven. Een aantal fatale, kooitsende ziekten kwamen de artsen volkomen onbekend voor.¹ Steeds meer artsen waren daarom van mening dat dergelijke ziekten nooit eerder hadden bestaan. De westerse beschaving was door oorlog, hongersnood, volksverhuizingen en vooral door urbanisatie zozeer van de klassieke samenleving gaan verschillen dat zij onbekende ziekten had voortgebracht. Deze ziekten kwamen bovendien steeds vaker in epidemische vorm voor. Zoals klimatologische veranderingen het ontstaan van een geheel nieuwe flora tot gevolg konden hebben, zo hadden maatschappelijke veranderingen nieuwe ziekten in het leven geroepen.

Omstreeks 1700 ontstonden tal van wetenschappelijke richtlijnen die bepaalden hoe deze onbekende, epidemische ziekten moesten worden herkend. Men zocht vooral naar een methode waarmee de gezondheidstoestand in de steden kon worden geanalyseerd, omdat de samenleving zich juist door de toestand in haar steden van vroegere beschavingen zou onderscheiden. Met behulp van deze methode zou men tevens moeten kunnen voorspellen onder welke omstandigheden de ziekten ontstonden. Het belangrijkste gevolg van deze nieuwe inzichten was dat artsen in de armenwijken, de gevangenissen en gasthuizen, de tehuizen voor wezen en daklozen systematisch epidemiologisch onderzoek gingen verrichten. Voor het eerst in de geschiedenis kwamen universitair opgeleide artsen -

eerst in Engeland, later ook op het continent - in contact met de wereld van armoede, honger en vervuiling.

Soldatenleven

In de loop van de 18e eeuw groeide deze vorm van onderzoek uit tot een wetenschappelijke discipline. De aanzet daartoe kwam van lieden van wie men het misschien niet zou verwachten, namelijk militaire artsen. In het grote Britse rijk van die dagen stelden officieren van gezondheid zogenaamde garnizoensbeschrijvingen op, waarin de geografische gesteldheid van legerplaatsen (ligging ten opzichte van zee, bos, bodem, windrichting) nauwkeurig werd geanalyseerd. Ook de voedingsgewoonten en leefwijze van de soldaten werden in de beschouwingen betrokken. Een onrustbarende hoge sterfte onder de militaire manschappen in de koloniën, maar ook in Engeland zelf, was de aanleiding voor dergelijk onderzoek. De garnizoensbeschrijvingen moesten de legerleiding ideeën aan de hand doen voor de verbetering van de huisvesting en het voedingspakket van de soldaten en het nemen van hygiënische maatregelen. Rationalisering van het soldatenleven (regels voor voeding, hygiëne, kleding, huisvesting en ziekenopvang) zou het aantal ziekten binnen het leger sterk kunnen verminderen, zo meende men.

Hoewel het zeer de vraag is of dit doel ook bereikt is, werd de methode van onderzoek allereerst als een belangrijke medische vooruitgang gezien. Na 1750 kregen ook in Frankrijk, Pruisen, Oostenrijk en Rusland functionarissen van militair-geneeskundige diensten de opdracht garnizoensbeschrijvingen op te stellen. Bovendien werd de onderzoeksmethode al snel gezien als het middel bij uitstek om de discussie over de gezondheidstoestand in de

steden van een wetenschappelijke basis te voorzien. Verspreid over Europa verschenen honderden medische topografieën of geneeskundige plaatsbeschrijvingen, waarin steden en dorpen in al hun facetten aan een nauwkeurig onderzoek werden onderworpen. De medische topografie bereikte omstreeks 1800 een hoge graad van perfectie: niet alleen de klimatologische en geografische omstandigheden, ook de geschiedenis, de planologie, de economische structuur, het aantal inwoners, de sterfte en de hoeveelheid en aard van de gebruikte voedingsmiddelen werden beschreven. Tevens werd dikwijls getracht de bevolking karakterologisch te typeren.

Dergelijke topografieën waren gebaseerd op duidelijke opvattingen over de relatie tussen mens en milieu. Volgens

de vigerende 'fysiologie' werd het functioneren van het menselijk lichaam in belangrijke mate gereguleerd door een beperkt aantal 'externe' factoren in het milieu. Voor de stadsbewoners gold dat hun gezondheid werd bepaald door de fysieke gesteldheid van de stad. De regulatoren van de levensverrichtingen van het menselijk lichaam lagen verborgen in de 'fysiologie' van de stad. Bodem, water en lucht vormden de belangrijkste elementen in deze fysiologie, maar ook een juiste voeding en een even-

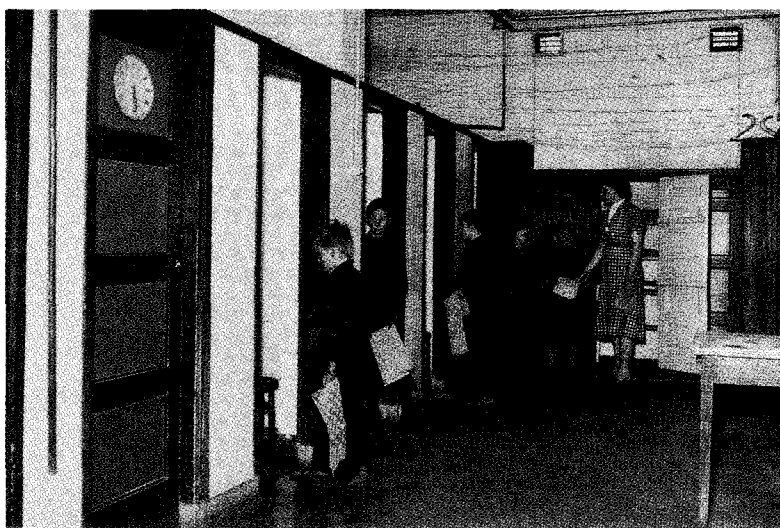
wichtig psychologisch en cultureel milieu maakten er deel van uit. In de topografie verscheen de stad dus als een zelfstandige entiteit die volgens eigen biologische wetten 'in leven' kon blijven: een groot organisme, dat gezond of ziek kon zijn. In haar opbouwen argumentatieve vorm vertoonde de plaatsbeschrijving dan ook belangrijke overeenkomsten met de patiëntenstatus die in deze tijd eveneens tot ontwikkeling was gekomen.

In de topografie werden stadsbewoners voorgesteld als niet meer dan passieve knooppunten van de invloeden die van de ecologische gesteldheid van de stad uitgingen. Wat dit betreft bestond een opmerkelijke congruentie met de politieke oogmerken van de opstellers van de plaatsbeschrijvingen. Deze leefden in absolutistisch geregeerde staten. Zij zagen het als hun taak de vorst ervan te overtuigen dat hij ten behoeve van de gezondheid van zijn onderdanen een verlicht, op rationele kennis gebaseerd gezondheidsbeleid moest voeren. De topografie van de stad, een patiëntenstatus met diagnose en therapie, was dus gericht op de vorst-heermeester, van wie therapeutische maatregelen werden verwacht. Het aanbrengen van veranderingen in het stedelijk organisme was een prerogatief van het politieke machtscentrum. De geneeskundigen hadden wat dit betreft grote verwachtingen van de Verlichting in het algemeen en verlichte vorsten in het bijzonder. Rede, wetenschap en techniek zouden de stad in de toekomst herscheppen tot het prototype van een beschaafde, gelukkige en rijke samenleving.

Cultuurpessimisme

Het optimisme van de Verlichting maakte ongeveer na 1800 plaats voor een groeiend pessimisme over de mogelijkheden om ziekmakende invloeden van de stad tegen te gaan. Vooral artsen op het Europese continent gaven blijk van een diepgeworteld cultuurpessimisme. Vanuit het gezichtspunt van de ecologisch ingestelde geneeskunde was de stad een bron van ziekten en van verval van lichaamskrachten, omdat nagenoeg alle natuurlijke voorwaarden voor een gezond leven ontbraken. In de medische literatuur na 1800 werden talloze voorbeelden aangedragen om aan te tonen dat de stad als zodanig eigenlijk een anamol in de natuur vormde. De waterhuishouding van boderopervlaktewater in de stad bijvoorbeeld raakte nu

door grote droogte dan weer door regenval verstopt. Fris en helder water - volgen, genoten een van de belangrijkste die natuur gegeven delen om gezond te blijven - was in de stad slechts in geringe hoeveelheden aanwezig, waardoor de meeste stadsbewoners voor hun drinkwater op de vervuilde sloten aangewezen werden. Het verband toonde de geneeskundigen ook allerminst afbreuk met de opbouw van fabrieken, loodwitmakerij en katoendrukkerij.



Meer hygiënische maatregelen ter voorkoming van ziekte is in het verleden herhaaldelijk gepropageerd. Bron: *Gezinnen onder toezicht*, Amsterdam '87.

lijmmakerijen, die immers de natuurlijke gesteldheid van bodem en oppervlaktewater aantastten.

Voorts meende men dat de gezondheid van de stadsbewoners werd ondermijnd door de altijd wel aanwezig schadelijke dampen in de lucht, die vanuit de groenopstegen of vanuit omliggende moerasgebieden in de wind werden meegevoerd en in de nauwe straten en steegjes bleven hangen. Steeds weer dreigde het gevaar dat de vervuilde stadslucht de uitwaseming van schadelijke stoffen via de huid ontregelde - volgens de artsen naast overbelasting en urineozing de belangrijkste fysiologische weg waarlangs het menselijk lichaam zich van schadelijke stoffen ontdoed. Er bevonden zich bovendien altijd ziekten en 'morsige lieden' in de stad, die met de lucht die uitademden de atmosfeer bedierven. Door de luchtverontreiniging kon de dampkring in de stad gemakkelijk me ziekmakende, organische bestanddelen 'geanimaliseerd' raken, hetgeen het uitbreken van een epidemie tot gevolg kon hebben.

Ook de levenswijze van de stadsbewoner werd in de medische literatuur afgeschilderd als strijdig met alle regelen der natuur. Herhaaldelijk stelden artsen dat de stad, bewoners zowel wat betreft de hoeveelheid als de hoedanigheid van zijn voedsel allang niet meer 'de natuur voldeed': de rijke stedeling at te veel, de arme te weinig, terwijl van beiden de voeding bovendien eenzijdig was. Het stadsleven was volgens de artsen evenmin bevorderlijk voor een gezonde lichaamsbeweging: er werden voor de gezondheid schadelijke beroepen uitgeoefend en de vele voorkomende werkloosheid en leeggang in de steden ha-

de bevolking in ernstige mate 'verwekdijk'. Werkloosheid bracht bovendien allerlei voor de maatschappij nutteloze en schadelijke lieden voort.

Aan het ongezonde leefklimaat in de stad viel volgens de betrokken geneeskundigen weinig te veranderen. Het beste dat de stadsbewoner kon doen, was zo dikwijls mogelijk zijn woonplaats verlaten en het platteland opzoeken, waar de natuur nog ongerept was.

Deze sombere visie op de stad als leefmilieu bracht met zich mee dat men er weinig belang in stelde de gezondheidstoestand van de stadsbevolking aan een nauwkeurige analyse te onderwerpen. Het cultuurpessimisme van de geneeskundigen in de eerste helft van de 19e eeuw was ook niet zozeer gebaseerd op systematisch epidemiologisch onderzoek als wel op een medisch axioma, dat al sinds de 18e eeuw opgeld deed, namelijk dat de civilisatie de 'moderne' mens ver van zijn natuurlijke toestand had gebracht en daarom een groot aantal ziekten had voortgebracht.

Het hierboven geschetste medisch cultuurpessimisme had zeker niet overal in Europa dezelfde intensiteit. In het Verenigd Koninkrijk, waar het industrieel kapitalisme zijn intrede had gedaan en reeds een zekere democratisering in de samenleving op gang was gekomen, viel het nauwelijks te bespeuren. In de Duitssprekende landen en ook in Nederland daarentegen waren de analyses overwegend somber van toon. Van systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van de stadsbevolking was hier geen sprake. Daardoor bestond in de eerste helft van de 19e eeuw een aanzienlijk tempoverschil tussen de verschillende landen in de ontwikkeling van medische denkbeelden over het stadsleven.

Sociale sterfteverschillen

Na 1820 brak een nieuw tijdperk aan in de ontwikkeling van medische denkbeelden over de stad. Eerst in Engeland en Frankrijk, later ook in tal van andere landen in Europa spanden liberaal georiënteerde, zogenaamde sanitaire hervormers zich in om de gevolgen van de industrialisering en urbanisering wetenschappelijk in kaart te brengen en daarmee beheersbaar te maken. Zij ontwikkelden onder meer statistische onderzoeksmethoden waarmee de volksgezondheid in de stad van jaar tot jaar in maat en getal kon worden uitgedrukt. De medische statistiek moest de discussie over de kwaliteit van het leven in de stad een objectieve, wetenschappelijke basis geven. Deze nieuwe 'wetenschap van het sociale leven' zou bovendien onweerlegbaar kunnen aantonen in welke mate en op welke plaatsen het gebrek aan goed drinkwater, de vervuiling van de straten en de slechte huisvesting van de volksklasse het leven van de stadsbewoner bedreigde.

Met het oog op dit laatste werd de geneeskundige topografie wederom overal in Europa een veel gehanteerd onderzoeksinstrument. In Nederland werd de plaatsbeschrijving zelfs officieel opgenomen in het onderzoeksprogramma van het in 1865 ingestelde Geneeskundig Staatstoezicht op de volksgezondheid. De geneeskundige wetenschap zou langs deze weg het urbane leven gezonder maken en uiteindelijk de sociale sterfteverschillen opheffen.

Vergelijking van de sterfte per stadsdeel moest duidelijk maken dat de wijken met ongunstige fysisch-geografische omstandigheden de hoogste sterfte kenden. Op plattegronden werden deze ongezonde plaatsen duidelijk gemarkeerd. Altijd bleken daar tevens de lagere sociale klassen te wonen. De sociale sterfteverschillen bleken met andere woorden vrijwel altijd identiek met de geografische sterfteverschillen. De functie van de geneeskundige plaatsbeschrijving kwam dus overeen met die van de pathologisch-anatomische atlas: zoals de pathologisch-an-

atomische afbeelding afwijkende structuren als zetel van de ziekte toonde, zo maakte de plaatsbeschrijving de zieke plaatsen in het stedelijk organisme zichtbaar. Bovendien bevestigden de topografie en medische statistiek dat in de wisselwerking mens-milieu de omgevingsfactoren (de 'maatschappelijke toestand') belangrijker voor de gezondheid van de mens waren dan interne factoren, zoals 'erfelijke' eigenschappen.

De 19e eeuwse gezonde-stad beweging, bestaande uit medici, ingenieurs, juristen, ambtenaren en economen, onderscheidde zich niet alleen door haar optimisme over de toekomst van de stad van de direct voorafgaande periode, ze was ook veel democratischer ingesteld. De statistische feiten behoorden in alle openheid te worden besproken, terwijl bijvoorbeeld de medische beroepsgroep invloed eiste op het bestuur van de stad. Tegelijk kreeg de stadsbewoner een andere positie ten opzichte van de zieke stad. Uitgaande van de stelling dat ongunstige lokale milieufactoren door de mens zelf waren veroorzaakt, waren de sanitaire hervormers van mening dat de bewoners zelf, en in het bijzonder het door hen gekozen stadsbestuur, deze factoren dienden te elimineren. De bevolking bestond in beginsel uit rationele individuen. Ieder individu zou vanzelf 'redelijk' c.q. volgens de regelen der geneeskunst gaan handelen, wanneer men hem maar systematisch op de hoogte stelde van medische, natuurwetenschappelijke kennis. De stad zou dan binnen afzienbare tijd ophouden patiënt te zijn.

De Duitse arts R. Virchow (1821-1902) trok in dit verband eens een vergelijking tussen cellen en individuen: zoals cellen betrekkelijk autonoom het voortbestaan van het organisme kunnen garanderen of juist in gevaar kunnen brengen, zo kan iedere individuele burger relatief zelfstandig het organisme dat maatschappij heet beïnvloeden. Alle burgers tezamen zouden daarom onder leiding van de geneeskunde de stad weer gezond kunnen maken.

Volks bewegingen

Uitgaande van deze opvattingen zijn tal van sanitaire hervormingen in de Europese steden tot stand gebracht. Toch bleek het liberaal-medische hervormingsprogramma niet opgewassen tegen de diepgaande sociale veranderingen die in het laatste kwart van de 19e eeuw in Europa plaatsvonden. De migratie naar de steden nam als gevolg van de landbouwcrisis en industrialisatie massale vormen aan. De ongekende grote sociale en hygiënische misstanden waartoe bevolkingsconcentratieën armoede hadden geleid, konden onmogelijk door een handvol hervormers worden overzien, laat staan bestreden. Daarbij kwam dat nieuwe politieke bewegingen, zoals socialistische en kerkelijke partijen, op het toneel verschenen. Het ging deze organisaties niet om een geduldig en redelijk streven naar geleidelijke vooruitgang. Zij stelden juist gepassioneerd omwenteling en groepsbelang voorop. Met name de kerkelijke partijen verzetten zich krachtig tegen de 'vloek van het moderne leven' in de stad.

Terwijl kerkelijke partijen het urbane leven als bron van verval der zeden en godsdienstige plichten zagen, stelden de socialisten de stad voor als het centrum van de klassenstrijd. Het stadsleven was volgens laatstgenoemden de motor van maatschappelijke hervormingen. Sommige socialistische stadsbestuurders zagen de lokale politiek zelfs als middel tot het scheppen van een socialistische samenleving (denk aan de Amsterdamse snar-bestuurders). Kerkelijke en socialistische partijen ondersteunden ieder op hun eigen manier de hygiënische activiteiten van de geneeskundigen. Zij hebben daardoor het aanzien van het stedelijk gezondheidsbeleid aanzienlijk verbeterd. In de eerste plaats nam het aantal materiële voorzieningen voor

de preventieve geneeskunde explosief toe. Gemeenten lieten op eigen kosten rioleringen en drinkwaterleidingen aanleggen. In grote steden kwam tevens een volkshuisvestingbeleid tot stand. Verder werden ter uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid gezondheidsdiensten opgericht. Particuliere en semi-overheidsinstellingen (in Nederland de Kruisverenigingen en consultatiebureaus) namen de strijd tegen de besmettelijke ziekten en de zuigelingensteafte voor hun rekening. Voorlichting en scholing, gericht op het vrouwelijk deel der bevolking, moest vrouwen leren zichzelf te beschouwen als organisator van een gezond gezinsleven. Ten slotte kwam de schoolhygiëne (schoolartsen) tot ontwikkeling.

In de tweede plaats heeft de opkomst van de nieuwe politieke bewegingen de ontwikkeling van een sociologie van de gezondheid in de hand gewerkt. In de geneeskundige theorievorming over de wisselwerking mens-milieu kwamen sociologische determinanten van gezondheid steeds meer in de plaats van biologisch-geografische variabelen. Het sociale van de stad kreeg als het ware een zelfstandige dimensie waarbinnen klassen en sociale groepen met hun eigen sociaal-economische kenmerken konden worden onderscheiden. Als gevolg van dit uitgangspunt werden sterfteverschillen in de stad nu gerelateerd aan het inkomen, de hoogte van de huur, de gezinsgrootte en het beroep. Niet de lokale, fysieke gesteldheid van de stad of het stadsdeel, maar het lidmaatschap van een bepaalde maatschappelijke groep werd als de belangrijkste determinant van de stedelijke volksgezondheid gezien. Zowel de groei van preventieve voorzieningen als de ontwikkeling van moderne sociologische uitgangspunten voor het wetenschappelijk onderzoek naar de volksgezondheid vormden in de jaren 1890-1940 de basis voor de bloei van de sociale geneeskunde in de steden.

Als gevolg van de groei van het schoolwezen, van het aantal gezondheidsinstellingen en van de verzuilde organisaties raakte de behartiging van de gezondheid van de stadsbewoners verankerd in een hecht sociaal netwerk. De medische aandacht voor het stadsleven veranderde daardoor geleidelijk ingrijpend van karakter. Nieuwe wetenschappelijke disciplines, zoals de medische psychologie en de medische pedagogie, vonden hun werkterrein in de consultatiebureaus en onderwijsinstellingen, later in de medisch-opvoedkundige bureaus en de instellingen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Gedragswetenschappelijke onderzoeken legden de basis voor de gedachte dat iedereen ziek kon worden als hij of zij zich niet aan bepaalde gedragscodes hield. In het verlengde daarvan ontstonden instellingen voor heropvoeding van onaangepaste burgers. De medische belangstelling voor het zoeken naar instrumenten ter verandering van de omgeving maakte plaats voor een streven naar doelmatige aanpassing van het individu aan de redelijke eisen van het (sociale) milieu.

Ommekeer van 180 graden

Na 1945 is deze ontwikkeling in versterkte mate voortgegaan. In het kader van bijvoorbeeld de bestrijding van de zedenverwildering van de jeugd of de heropvoeding van onmaatschappelijke gezinnen ging de preventieve geneeskunde zich meer en meer richten op determinanten van menselijk gedrag. Discussies over intermenselijke relaties en psychosociale mechanismen bepaalden het medisch denken over een gezondheidsbeleid. Stoomnissen in de ontwikkeling van de persoonlijkheid en onbevredigende huwelijksrelaties werden belangrijke thema's. Binnen de verhouding stad-burger was de blikrichting van de geneeskunde 180 graden gedraaid. Keek men voorheen vanuit de stad als de materiële context van menselijk leven

naar de gezondheid van de inwoners, nu keek men vanuit het perspectief van het individu naar zijn 'sociale omstandigheden': het gezinsleven, de groep waartoe hij behoorde, de situatie op het werk. Als gevolg hiervan verdween in de geneeskunde het organisch denken over de stad naar de achtergrond. Het idee van een 'gezonde stad' als optimaal leefmilieu is na 1945 zelfs helemaal geen medisch thema meer, zoals trouwens ook het ecologisch bewustzijn volledig uit de medische theorievorming was verdwenen.

Sinds een jaar of tien valt echter weer enige medische belangstelling voor de eigenschappen van de stad waar te nemen. Vanaf 1975 zijn ook in de WHO-verband ideeën over de 'stad als patiënt' ontwikkeld. Ook nu weer het om de fysieke gesteldheid van steden of stadswijken. Enkele gehanteerde begrippen lijken daarbij vrijwel niets met die uit voorgaande eeuwen. Bij de roep om 'gezondheidsprofiel' van een stad of een *community* gaan de gedachten immers onwillekeurig uit op geneeskundige plaatsbeschrijvingen en sterftestanden uit vroeger tijden. Er bestaan uiteraard ook geschillen tussen toen en nu. Eén daarvan moet hier ter val worden genoemd. Een frappant verschil tussen *healthy cities* project van toen en nu is gelegen in de rol van de stadsbewoners bij de uitvoering wordt toegekeken anders dan bij de positivistisch ingestelde geneeskunde in het midden van de vorige eeuwen de volksorganisatie. In 1900 het geval is geweest, lijken ditmaal de bewoners met hun opvattingen over gezondheid een stem in het gezondheidskundig debat over het leven in de stad te krijgen. Dat beloven althans de woordvoerders van *healthy cities* projecten. In de lezingen en nota's van de woordvoerders verschijnt de stad opnieuw als een organisme met bepaalde fysieke en sociale kenmerken, dat echter democratisch functioneert en zelf de geneeskunde advies wikt en weegt.

Noten

1. Het ging hier om 'tyfeuze koorts' en om de zogenaamde 'Engelse ziekte', wat de huidige vorm van virale pneumonie.

Literatuursuggesties

- Bleker, J., 'Die Stadt als Krankheitsfaktor', in: *Med. Hist. Journal* 18 (1983) 118-136.
- Bynum, W.F., Nutton, V. (eds.), *Theories of Fever from antiquity to the enlightenment*, London (Wellcome Inst.) 1981.
- Canguilhem, G., 'Le vivant et son milieu', in: *La connaissance de la vie*, Parijs (J. Vrin) 1980.
- Coleman, W., *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*, Madison (University of Wisconsin Press) 1982.
- Eyler, J., *Victorian social medicine. The ideas and methods of William Farr*, Baltimore (Johns Hopkins University Press) 1979.
- Hannaway, C., 'The Société royale de médecine and epidemics in the Ancien Régime', in: *Bull. Hist. Med.* 46 (1972), pg. 257-263.
- Jusatz, H.J., 'Die Bedeutung der medizinischen Ortsbeschreibungen des 19. Jahrhunderts für die Entwicklung der Hygiene', in: W. Arter, W. Rüegg (uitg.), *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart (Enke Verlag) 1967.
- Klinkenberg, H.M., 'Die historische Dimension der Umwelte', in: *Clio Medica*, vol. 14 (1980): 3/4, pg. 187-211.
- Metz, K.H., 'Social thought and social statistics in the early nineteenth century', in: *Int. Review Soc. Hist.* vol. 29 (1984), 2, pg. 254-273.
- Riley, J.C., 'The medicine of the environment in eighteenth-century Germany', in: *Clio Medica*, Vol. 18 (1983) 1/4, pg. 167-178.
- Voogts, A.C. de, 'Oe opkomst van de medische geografie in Nederland', in: *Geografisch Tijdschrift* 4 (1951), pg. 1-8.

'Het plan-Dekker is asociaal'

Interview met de Haagse wethouder Martini



Thea Dukkers van Emden & Sonja Schmidt



De gemeente Den Haag trekt steeds weer de aandacht met haar opmerkelijke voorstellen of regelingen om de inkomenspositie van de minima zeker te stellen. Zo was wethouder Martini - met gezondheidszorg, werkgelegenheidsbevordering en sociale en economische zaken in zijn portefeuille - de eerste die in Nederland met het plan kwam

om voor de cliënten van de Sociale Dienst een collectieve aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

Opzienbarend was ook de nota *Beter Gezond*, die hij in januari uitbracht. Hierin worden éénenveertig actiepunten genoemd, variërend van het stimuleren van gezondheidsbewustwording op wijkniveau, (im)materiële ondersteuning van mantelzorgers tot het sturen van *health visitors* naar nog zelfstandig wonende hoogbejaarden.

Nieuwsgierig geworden naar de ideeën hierachter zochten wij mr. E.V. Martini op in het oude stadhuis aan het de Monchyplein, een van de weinige gebouwen waar je je nog met een paternoster-lift omhoog kunt laten brengen, om uit zijn mond te horen wat een stadsbestuur nu concreet aan volksgezondheidsbeleid kan doen.

Uit onderzoek van de afdeling epidemiologie van uw eigen GG&GD is onlangs gebleken dat er ook in Den Haag aanzienlijke gezondheidsoverschillen bestaan tussen bewoners in verschillende wijken in de stad. Gemiddeld ligt de sterfte in wijken met een laag sociaal-economisch niveau anderhalf maal zo hoog als in wijken met een hoog sociaal-economisch milieu. Ook blijkt de levensverwachting bij de geboorte in achterstandswijken twee-en-een-half jaar korter te zijn dan in de meer welvarende buurten. Welke gezondheidsverschillen vindt u als sociaal-democraat niet meer acceptabel? Waar ligt voor u de grens?

'De grens? Dat is niet zo gemakkelijk te zeggen. Je hebt te zorgen voor een zekere mate van gelijkheid. Het is een vraagstuk van verdeling. Je moet de voorzieningen zo sturen dat ze bij die groep terechtkomen, die ze het hardst nodig heeft. Je moet je afvragen in hoeverre de huidige wetgeving met de daarbij behorende inkomenspolitiek

extra risico's voor de gezondheid oplevert. Met de plannen van Dekker verslechtert de mate waarin voorzieningen voor iedereen bereikbaar worden. Men weet dat zesenvijftig procent van de bijstandstrekkers geen gebruik zal maken van de aanvullende verzekering en daarmee verstoken zal blijven van wat er in het nominale pakket zit. Deze ongelijkheid moet je zien te voorkomen, dat betekent dat je tegelijkertijd een inkomens- en gezondheidsbeleid voert. Ook gaat het erom los te komen van het traditionele gezondheidszorgdenken en over te schakelen naar sociale vernieuwing. Dit is nodig omdat de samenleving na de oorlog aan twee belangrijke veranderingsprocessen onderhevig is geweest: de ontzuiling en de individualisering. Maar door de bezuinigingsgolf van de afgelopen tien jaar hebben we ons te weinig gerealiseerd dat je de samenleving anders moet gaan inrichten, anders moet gaan waarderen. De bezuinigingen hebben vertroebelend

gewerkt. Men kreeg sterk de neiging om vast te houden aan wat men had in plaats van vernieuwend bezig te zijn. De maatschappelijke veranderingen hebben ertoe geleid dat de mens nu veel zelfstandiger is, een veel hoger opleidingsniveau heeft en veel minder in vaste structuren en verbanden leeft. In de gezondheidszorg moet je zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde het beleid hierop afstemmen. Bied je nog steeds zorg aan vanuit het denken dat iedereen in een gezin woont met de daarbij behorende mantelzorg of vanuit het besef dat 60 tot 70% van de mensen alleenwonend is?

De meeste mensen kunnen nu veel meer keuzes maken. Bijvoorbeeld over het verzekeringspakket. De gemiddelde Nederlander maakt ook steeds meer keuzes zelf, op basis daarvan moet je gezondheidsbeleid voeren.

Het plan Dekker geeft een mogelijkheid om aan te sluiten op die individualisering, maar "Dekker" schiet te ver door. In

het plan Dekker brengt men alleen veranderingen in het gezondheidszorgsysteem aan uitgaande van het economische principe dat er geld gescoord moet worden. Een aantal elementen van Dekker kun je echter wel gebruiken, zoals het principe van gelijke marktpartijen, het versterken van de positie van de patiënt en het regelen van de geboden kwaliteit. Het probleem bij Dekker is echter dat het slechts voor 70% van de bevolking opgaat. Mensen die aan een uitkering vastgespijkerd zitten, hebben geen enkele kans om te kiezen. Dekker is niet sociaal verdedigend en schiet tekort voor de 30% van de samenleving die onder het minimuminkomen zit. Daarom is Dekker asociaal. Vanuit rechtvaardigheidsoverweging zul je voor die 30% een sociaal verantwoord beleid moeten gaan voeren.

Naar de verdoemenis gaan

In actiepunt 12 van Beter Gezond stelt u voor om voor de bijstandstrekkers een collectieve aanvullende verzekering af te sluiten bij één van de verzekeraars in de stad. Hiermee heeft u de landelijke pers gehaald, maar u bent ook bekritiseerd omdat dit betuttelend zou zijn en u daarmee de keuzevrijheid van mensen zou inperken. Wat vindt u van die kritiek?

'Wat voor keuzevrijheid is dat nou helemaal? De keuzevrijheid om je niet aanvullend te verzekeren? De keuzevrijheid om als je ziek bent echt naar de verdoemenis te gaan? De vrijheid om je schulden af te betalen, bedoelt men zeker! Wij zouden ze de keuzevrijheid afpakken om zich niet aanvullend te verzekeren, om die f 156,- nominale premie niet te betalen, terwijl we ze verder voor letterlijk alles hebben vastgelegd, vastgespijkerd en gestructureerd!'

Tot nu toe hebben we het steeds gehad over verzekeringspremies en inkomens. In hoeverre wordt uw gezondheidsbeleid beïnvloed door epidemiologische gegevens over sterfte en levensduur?

'Ik gebruik epidemiologische gegevens hooguit om te zien hoe het lopend beleid uitwerkt en om vandaaruit nieuwe politieke en bestuurlijke keuzes te maken. Ik gebruik die gegevens niet voor het meten of toetsen van beleidseffecten, want het meetbaar maken van gezondheidszorg kan tot minder zinnige conclusies leiden. Als de mensen ergens negentig jaar worden is de gezondheidszorg dan beter dan daar waar ze maar zeventig worden? De kwaliteit van de gezondheidszorg wordt zo vaak uitgedrukt in levensverwachting, terwijl het veel meer gaat om de kwaliteit van leven in die latere levensjaren.

De heren Lenin en Maslow hebben niet voor niets geleefd. Zij hebben al gezegd dat eerst een aantal primaire behoeften vervuld moet worden. Zelfbewust en zelfstandig leven door het verkrijgen van een eigen inkomen heeft alles te maken met welzijn en gezondheid. Het gaat om een aantal kernbehoeftes. In mijn opvatting van gezondheidsbeleid is het veel belangrijker dat er meer werk komt en dat mensen maatschappelijk gerespecteerd worden dan dat er ergens een nieuw wijkgezondheidscentrum tegenaan gegooit wordt.'

Wat vindt u van het Healthy-Cities concept?

'We moeten af van het traditionele gezondheidszorg denkmodel waarbij men uitgaat van het individu met kwaal dat geholpen moet worden, maar het Healthy

concept voldoet min. Daarin is we alles wat de terse samenleving bieden heeft. fen. We ete keerd, roken drinken te veel.

to moet weg, we zijn sociaal ontworteld. Ik Boeddhistische monnik worden om daaraan te Mijn manier van invullen van het gezondheidszorg is veel hanteerbaarder, vind ik.'

Toch heeft gezondheidsbeleid ook te maken met maatregelen. Welke voorzieningen zou u bijvoorbeeld treffen in de achterstandswijken waar de levensverwachting lager ligt, het geboortegewicht lager is, de groei van kinderen achterblijft bij die in de buurt meer welstand?

'Je kunt een hoop doen (aarzelt even), je kunt le besluiten om minder te bezuinigen op con bureaus voor zuigelingenverzorging in die wijken waar di lingensterfte het hoogst is. Alleen is er natuurlijk probleem door de gescheiden financieringsstroom voorzieningen. En die situatie wordt alleen nog m ter door het onderbrengen van steeds meer voorz in de AWBZ. Daardoor krijgt de gemeente steeds m vertellen. Wij protesteren hier dan ook ernstig te" betekent dat we andere vormen van overleg zullen gaan opbouwen, bijvoorbeeld met het kruiswv gezinsverzorging. Je verliest veel directe sturin g.T de gemeente ook vormgeven aan het beleid van, eigen middelen, los van wat er in de AWBZ omga; In Beter Gezond wordt onder het hoofdj facetbeu milieu alleen heel terloops genoemd, maar verder

niet over terug te vinden.

'Dat klopt, het milieubeleid hebben wij niet uitgc Ik vind het wel een heel belangrijk aspect van de V gezondheid. De kwaliteit van grond, lucht en water z grote bedreigers van het collectief. Hierbij staat niet m de individuele mens centraal, maar grote groepen burge Hierin kan de epidemiologie wel een belangrijke rol sp len. Ik vind dat het milieu een onderdeel moet worden var het takenpakket van de GG&GD. De koppeling gezondheid-milieu, zoals die bestond onder de hygiënisten, moet weer terugkomen. De andere facetten van het brede gezondheidsbeleid zijn overigens wel uitgewerkt. Ik heb een nota uitgebracht over de werkgelegenheid, één over het minimabeleid en één over het bejaardenbeleid. Beter Gezond is het sluitstuk in deze reeks.'

Waarna de wethouder wegholt om met de ouderenbonden overleg te voeren over de mate waarin hij gedwongen is een aantal bejaardentehuizen te sluiten. In een aangrenzende kamer staat een kartonnen doos met daarop geschreven: 10000 x nee. Een protestactie tegen deze sluitingen?

Gezondheidszorgbeleid in de grote steden

Hoe moeten de steden op de Dekker-plannen reageren?



Hein Raat en Henk Garretsen

Hoe moeten de grote steden reageren op de plannen van de commissie Dekker? Dit is één van de onderwerpen in de WRR-studie *Gezondheid in de vier grote steden*.

De auteurs, Hein Raat en Henk Garretsen, lichten hun standpunt toe. Zij pleiten voor regionalisatie, maar willen dat de stedelijke overheid wel op afstand blijft.

De regering heeft met de nota *Verandering verzekerd*, die in maart 1988 uitkwam, de eerste stap gezet op weg naar een geheel nieuw stelsel van zorg. Deze nota was de reactie van de regering op het advies van de commissie-Dekker *Bereidheid tot verandering*.³ Vergaande bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg moest vervangen worden door een betere marktwerking. Voor de grote steden kwamen deze plannen als een schok. Vanaf 1983 is er hard gewerkt aan het overhevelen van bevoegdheden van de rijksoverheid naar de gemeentebesturen van de vier grote steden. "Decentralisatie als instrument om de problemen in de grote steden aan te pakken kreeg handen en voeten. Deze decentralisatie begon op de beleidsterreinen maatschappelijke dienstverlening en welzijn, maar er waren ook al afspraken gemaakt over de gezondheidszorg. De grote steden zouden nauwer bij de ziekenhuisplanning betrokken worden. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) zou versneld worden ingevoerd, waarbij de grote steden dezelfde status zouden krijgen als de provincies.

De regering heeft echter besloten om de WVG in te trekken. De planningsbevoegdheden die de grote steden zouden krijgen zijn daarmee van de baan. Het is zelfs zo dat nieuwe verworven bevoegdheden ten aanzien van de maatschappelijke dienstverlening weer moeten worden ingeleverd. Immers, ook een groot deel van de maatschappelijke dienstverlening komt in het basispakket van de ni~uwe zorgverzekering en valt onder het Dekker-seramen.

Veel hangt af van de wijze waarop de Dekker-plannen zullen worden uitgevoerd. De vier grote steden hebben zich hierover al uitgelaten. Zij pleiten voor een combinatie van marktwerking en planning door de stadsbesturen. Het is de vraag of dat een gelukkige keuze is. In dit artikel worden de consequenties van de Dekker-plannen geana-

lyseerd voor wat betreft de beleidsmogelijkheden in de stedelijke regio's.

Er spelen twee kwesties. Ten eerste óf en hoe volksgezondheidsbeleid op het stedelijk niveau mogelijk is. En ten tweede wat de specifieke rol van de stedelijke overheid zou moeten zijn. Het organiseren van de zorg op regionaal niveau wil nog niet zeggen dat gemeentebesturen alles moeten regelen. De sleutelbegrippen in deze discussie zijn regionalisatie en marktwerking.

Regionalisatie

Regionalisatie in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is een begrip dat verschillend kan worden uitgelegd. In het algemeen duidt het op een stelsel waarbij de zorg per regio is georganiseerd. Binnen een zorgregio wordt gestreefd naar een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen. Een middel om dit doel te bereiken is planning van de zorgvoorzieningen door de regionale overheid. Dit model wordt aangeduid met *territoriale* decentralisatie of met regionalisatie via de territoriaalbestuurlijke lijn. Een andere mogelijkheid om een samenhangend en doelmatig stelsel van zorg in een regio tot stand te brengen is om dit over te laten aan de financiers c.q. de verzekeraars in onderhandeling met de zorgverleners. De regionale overheid houdt zich dan afzijdig. Dit model wordt aangeduid met *functionele* decentralisatie of *functionele* regionalisatie.

Zowel bij de territoriale als de functionele regionalisatie is er sprake van een vastgesteld geografisch gebied waarbinnen een samenhangend zorgstelsel tot stand wordt gebracht. Van dergelijke geografische regio's is geen sprake binnen het model van de regering, zoals deze in de nota *Verandering verzekerd* te vinden is. In dit model is regionalisatie überhaupt niet aan de orde, niet in territoriale maar ook niet in functionele zin. De regering stelt in plaats

daarvan concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars voor. Deze verzekeraars opereren in principe landelijk. Na 1992 kunnen in het uiterste geval zelfs Europese verzekeraars tot de Nederlandse markt van de verplichte basisverzekering toetreden. Uiteraard is het mogelijk dat bepaalde verzekeraars, zoals de vroegere ziekenfondsen, gezien hun ontstaansgeschiedenis hun cliënten in een bepaald gebied hebben geconcentreerd. Op den duur zal er als gevolg van de concurrentie tussen de verzekeraars waarschijnlijk een situatie ontstaan, waarbij elke verzekeraar in een groot aantal regio's actief is en elke regio het werkgebied is van vele verzekeraars.

Stel dat in het kader van een gewenste functionele regionalisatie toch geografische gebieden zouden worden aangewezen. Dan is het niet te verwachten dat elke verzekeraar in elke regio waar hij cliënten heeft in staat is om actief aan een samenhangend systeem van voorzieningen bij te dragen. De rvdv-fractie heeft aandacht besteed aan dit probleem in haar nota *Naar een Algemene Wet Ziektekostenverzekering*.⁴ Daarin wordt gesteld dat de verzekeraars in een klein geografisch werkgebied alleen actief kunnen optreden als zij nauw met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld in een samenwerkingsverband van een regionaal ziekenfonds en diverse particuliere verzekeraars. Er kunnen dan afspraken gemaakt worden over het pakket dat wordt aangeboden en over de hoogte van de nominale premie in die regio. De samenwerkende verzekeraars staan daardoor in een sterke onderhandelingspositie tegenover de individuele hulpverleners en instellingen in die regio. Volgens de rvdv-nota wordt daarmee een vorm van regionale budgettering geïntroduceerd. Er is sprake van een model van functionele regionalisatie. Echter, het concurrentie-element tussen de verzekeraars is in die regio vrijwel verdwenen. De concurrentie is vervangen door een samenwerkingsverband (kartel).

Aangezien de concurrentie tussen verzekeraars juist de crux is in het model van de nota *Verandering verzekerd*, kan er niet worden voorzien in een stelsel van geografische regio's waarbinnen een samenhangend en doelmatig stelsel tot stand dient te komen. Dit is vanuit politiek oogpunt een zwak punt in het voorstel, omdat veel partijen en belangengroepen wel voor een regionale opzet voelen. Wel wordt er in de nota een nieuw begrip geïntroduceerd, namelijk regionalisatie in inhoudelijke zin. De regering is een voorstander van inhoudelijke regionalisatie. Dat wil zeggen dat de regering wel pleit voor een samenhangend en doelmatig stelsel van zorg, maar dat daarvoor geen regio's worden aangewezen en dat ook niet wordt vastgesteld hoe zo'n stelsel tot stand moet komen. De regering verwacht 'dat de marktpartijen zelf hun verantwoordelijkheden op het vlak van de regionalisatie verstaan'. Dit wordt niet onderbouwd. De tendensen tot regionalisatie die de regering signaleert zijn alle afkomstig uit het tijdperk van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, dat door territoriale decentralisatie werd gekenmerkt. Deze ontwikkelingen zullen waarschijnlijk stoppen indien het regeringsvoorstel wordt doorgevoerd. Een problematisch punt in de regeringsnota is dat niet wordt uitgewerkt tot welke consequenties dit zal leiden. Zowel in het geval dat er geen regionalisatie tot stand komt, hetgeen waarschijnlijk is, als in het geval dat er wel regionalisatie tot stand komt. In de laatste situatie zal de marktwerking ernstig worden beperkt. In het eerste geval is het onduidelijk hoe de samenhang tussen de zorgvoorzieningen tot stand zou moeten komen.

Voor de grote steden is dit laatste een belangrijke consequentie van het regeringsvoorstel. In de grote steden bestaat een uiterst complex stelsel van individuele beroeps-

beoefenaren en zorgvoorzieningen. In de *Structuurnota gezondheidszorg* van 1974 werd gesproken van een lappendekenstructuur. Sindsdien is in de grote steden via echelonnering en regionalisatie gewerkt aan de stroomlijning van het stelsel. Zowel ten aanzien van de echelonnering als ten aanzien van de territoriale regionalisatie is er wellicht sprake geweest van een overreactie. Te weinig werd gedacht aan dwarsverbanden tussen de echelons en te weinig aan de mogelijkheid van functionele decentralisatie via de regionale financiers.

Over het geheel genomen is de regionalisatie in de grote steden echter succesvol geweest. Zorginstellingen zijn gefuseerd en hebben hun werkgebieden op elkaar afgestemd. De ziekenfondsen in de grote steden hebben ook een ingrijpend fusieproces achter de rug en functioneren op regionale basis. Bij de planning van tweedelijnsvoorzieningen op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (wzv) wordt de grootstedelijke regio als uitgangspunt genomen en de tariefonderhandelingen op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vinden op een belangrijk deel op regioniveau plaats. Het blijkt dat de grote steden de regionaal opererende ziekenhuizen een voortrekkersrol vervullen bij het bevorderen van een samenhangende en doelmatige zorg in hun werkgebied. Particuliere verzekeraars die relatief weinig betrokken zijn bij de zorg in de steden en die meestal opereren op een landelijke basis stellen zich in het algemeen als concurrenten op.

Groeimarkt

Het voordeel van concurrentie tussen verzekeraars is dat deze daardoor een prikkel krijgen om efficiënter mogelijk te werken en om nieuwe cliënten te trekken door het aanbieden van een zo goed mogelijk product. Zowel profit als non-profit zorgverzekers proberen hun voortbestaan hiermee veilig te stellen. Stel dat de verzekeringsinstellingen kunnen onderhandelen met aanbidders van zorg over de kwaliteit en de prijs van producten, waarvan de verzekerden gebruik maken, ontstaat een driehoek van consumenten, verzekeraars en aanbidders van zorg, waarbinnen de concurrentie de verhoudingen zo optimaal mogelijk kan worden. Wanneer dit wordt gerealiseerd kan de overheid gedeeltelijk terugtrekken uit het terrein van de gezondheidszorg. Vooral de planning van de zorgvoorziening, en het stelsel van de wvg aan de overheid was voortgekomen uit de concurrentie. Het kan voor een deel worden overgelaten aan de verhandelende partijen tussen de concurrerende verzekeraars en de aanbidders van zorg.

Er zitten uiteraard ook nadelen aan een stelsel van concurrerende commerciële zorgverzekeraars. Dit blijkt bijvoorbeeld uit ervaringen in de Verenigde Staten. Concurrentie werkt niet altijd in de richting van een openbaar zorgaanbod, zoals gezien vanuit een collectief oogpunt. De competitie om meer verzekerden lijken de commerciële zorgverzekeraars in de Verenigde Staten zich bijvoorbeeld meer te richten op medisch-technische zorg dan op chronische verpleging en verzorging. Voor de grote steden waar ouderenzorg en thuiszorg prioriteit hebben is dit een ongewenst effect.

In de verzekeringsbranche leidt concurrentie wel tot beperking van de kosten van het beheersapparaat, maar niet tot beperking van de omzet, want de gezondheidszorg wordt door commerciële verzekeraars als een groeimarkt opgevat. Het blijkt ook dat consumenten hoogwaardige medisch-technische zorg op prijs stellen. Het grote aantal innovaties op dit gebied leidt tot kostenstijgingen die worden doorberekend in de premies. Voor commerciële zorgverzekeraars is dit een positief effect aangezien hun omzet

daarmee stijgt. In de Nederlandse situatie zou dit tot een ongewenste toename van de collectieve lasten kunnen leiden.

Zowel de voor- als de nadelen van een stelsel van concurrerende zorgverzekeraars gaan in Nederland niet geheel op. In de nota wordt namelijk een *gemengd model* voorgesteld, waarbij commerciële zorgverzekeraars worden belast met de uitvoering van een sociale zorgverzekering - namelijk de verplichte basisverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering - en de overheid allerlei middelen heeft om de vrijheid van de zorgverzekeraars in te perken. Er is een volledige acceptatieplicht voor de basisverzekering en de samenstelling van het basispakket is gedetailleerd omschreven. Verzekeraars kunnen wel meer aanbieden dan daarin staat, maar niet minder. Bovendien ontvangen de concurrerende zorgverzekeraars het grootste gedeelte van hun middelen via de Centrale Kas, waar de overheid toezicht op houdt. Zodoende kan de overheid proberen om de stijging van de premies af te remmen. Het gedeelte van de premie waarop de zorgverzekeraars met elkaar kunnen concurreren, het nominale gedeelte van de premie voor de basisverzekering, is relatief klein.

De particuliere ziektekostenverzekeraars zien deze beperkingen van hun ondernemerschap als een groot bezwaar. Het is voor hen de vraag of er wel genoeg ruimte overblijft om concurrentie tussen zorgverzekeraars als ordeningsmechanisme in de gezondheidszorg te laten functioneren.

Gezien het bovenstaande zijn de verschillen tussen een stelsel met concurrerende verzekeringsinstellingen en een stelsel van sociale non-profit zorgverzekeraars, vergelijkbaar met de huidige ziekenfondsen, in de Nederlandse situatie minder absoluut dan vaak wordt gesteld. Het grootste onderscheid is waarschijnlijk gelegen in de prikkels tot een efficiënte uitvoeringsorganisatie van de verzekeringsinstelling. Het beheer van de eigen organisatie is namelijk direct beïnvloedbaar door het bedrijf. Het is veel moeilijker voor een verzekeraar om via onderhandelingen met de aanbieders van zorg invloed uit te oefenen op de zorg die wordt verleend. Op dit vlak is het onduidelijk of commerciële verzekeringsorganisaties beter in staat zijn om een optimaal zorgaanbod te bewerkstelligen dan sociale non-profit verzekeraars. Tot nu toe is het zo dat de ziekenfondsen zich actiever opstellen in de gezondheidszorg dan de particuliere ziektekostenverzekeraars. De laatsten vergoeden globaal genomen wat de ziekenfondsen na overleg met de aanbieders van zorg in hun pakket hebben opgenomen.

Tegenstrijdigheden

Wanneer er wordt gezocht naar een doelmatig stelsel van

kwalitatief hoogwaardige zorgvoorzieningen, moet daarbij rekening worden gehouden met de historie en ontwikkeling van het zorgstelsel tot nu toe. Een nieuw stelsel moet aansluiten op de basisstructuur van zorgverlening vanuit het particulier initiatief en op de financiering via sociale-zorgverzekeringen. Bij de keuze van een nieuw stelsel moet erop worden gelet dat er geen tegenstrijdige organisatieprincipes met elkaar worden gecombineerd. Het is niet zo dat een beetje van het een en een beetje van het ander tot een consistent stelsel van zorg kunnen bijdragen.

Deze fout is gemaakt bij het stelsel van territoriale decentralisatie dat met de wvg zou worden ingevoerd. De ongelukkige combinatie van planning door regionale overheden en financiering via sociale zorgverzekeringen leidde niet tot een goed resultaat. Bovendien past gedetailleerde directe overheidsbemoeienis in de vorm van planning niet bij de traditie in de Nederlandse gezondheidszorg. Helaas zitten er bij het regeringsvoorstel *Verandering verzekerd* eveneens zulke contradicties in het gepresenteerde model. Enerzijds is inhoudelijk regionalisatie een belangrijk uitgangspunt van de regering, anderzijds is het stelsel gebaseerd op concurrentie tussen landelijke en in het uiterste geval na 1992 zelfs Europees werkende verzekeraars. Deze combinatie is niet haalbaar. Of de inhoudelijke regionalisatie komt niet tot stand of de marktwerking zal belemmerd worden. Overigens past een stelsel van concurrerende commerciële verzekeraars niet in de Nederlandse traditie van sociale zorgverzekering.

Het is wel begrijpelijk dat men bij het ontwerpen van een nieuw zorgstelsel in dergelijke contradicties verstrikt raakt. Het stelsel is zo complex en de eisen die eraan worden gesteld zo hoog dat zekere tegenstellingen niet altijd zijn te vermijden.

Dit is bijvoorbeeld een bezwaar dat gemaakt kan worden tegen de visie van de besturen van de vier grote steden in *Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur*. Om een stedelijk zorgbeleid mogelijk te maken wordt daarin gepleit voor marginale planning door de lokale overheid enerzijds (strategische planning) en marktwerking door concurrentie tussen verzekeraars anderzijds. Wanneer dit wordt uitgewerkt, blijkt echter dat regionale planning van overheidswege nauwelijks met landelijke concurrentie tussen verzekeraars kan samengaan.

Het is nodig om een alternatieve richting te ontwikkelen waarbij dergelijke tegenstellingen zoveel mogelijk worden vermeden en waarbij een stedelijk zorgbeleid mogelijk wordt. Het uitgangspunt daarvoor is regionalisatie: een stelsel dat binnen een bepaalde regio, zoals een grote stad, doelmatigheid van en samenhang tussen zorgvoorzieningen bevordert. De combinatie van enerzijds regionalisatie en anderzijds het basissysteem van private zorgaanbieders



Foto: Cees Langendorff

die worden gefinancierd via sociale zorgverzekeringen kan worden gevonden in een stelsel van functionele decentralisatie. Aanvullende structuurwetgeving kan zoveel mogelijk worden voorkomen, wanneer de overheid indirect invloed uitoefent op de zorg door het stellen van randvoorwaarden aan de regionale verzekeraars. Er dient te worden nagegaan in hoeverre de stedelijke overheden hierbij een rol kunnen spelen, wanneer er sprake is van een decentrale opzet van de zorgverzekeringen. Zo wordt een combinatie mogelijk van regionalisatie, ordening van de zorg door onderhandelingen tussen financiers en zorgverleners, minimale aanvullende structuurwetgeving en minimale overheidsbemoeienis, omdat de stedelijke overheden alleen indirect via de regionale financier invloed hebben.

Meer marktwerking

Een groot nadeel van zo'n stelsel is dat er weinig gebruik kan worden gemaakt van concurrentie of competitie tussen verzekeraars. Concurrentie tussen verzekeringsinstellingen is echter slechts één van de instrumenten om de marktwerking te optimaliseren. In de Verenigde Staten heeft men de marktwerking in de gezondheidszorg de afgelopen tien jaar vooral op andere manieren dan via concurrentie tussen verzekeringsinstellingen verbeterd. McCarthy e.a. noemen bijvoorbeeld de fundamentele veranderingen in de wijze van financiering van zorginstellingen die in de jaren tachtig zijn doorgevoerd. "In plaats van een open-eindfinanciering door de betaling van nota's achteraf wordt nu vaak van tevoren vastgesteld hoeveel er wordt betaald bij een bepaald ziektegeval ongeacht de diagnostiek en behandelingsmethoden die worden toegepast. In Nederland is het pendant hiervan de budgetfinanciering.

McCarthy e.a. vermelden verder dat in de Verenigde Staten met opzet een overschot aan artsen wordt gepland om de concurrentie aan de aanbodzijde te bevorderen. Ook in Nederland wordt de marktwerking door kartelvorming binnen de medische professie belemmerd. Dit wordt met name bevorderd door een kunstmatige schaarste aan toegelaten beroepsbeoefenaren.

Verder wordt in de Verenigde Staten de medische praktijkuitoefening effectiever gemaakt door gebudgetteerde groepspraktijken, dagchirurgie, gespecialiseerde klinieken voor bevallingen, bepaalde operaties en EHBO. Voor de realisatie van dergelijke de efficiëntie verhogende maatregelen is er in de Verenigde Staten ten opzichte van Nederland de omgekeerde trend om commerciële ziektekostenverzekeringen te vervangen door ziekenfondsachtige organisaties zoals *Health Maintenance Organizations* en andere nieuwe verzekeringsvormen.¹

Actieve rol

Vanuit het perspectief van de grote steden is het gewenst om de plannen in de regeringsnota aan te passen. De legitimatie hiervoor is de concentratie in de steden van mensen met bijzondere problemen en zorgbehoeften, zoals bejaarden, buitenlanders, werklozen, uitkeringsgerechtigden, drugsverslaafden en AIDs-patiënten. Er is meer ruimte nodig voor een eigen beleid binnen de grootstedelijke regio's. Daarmee is echter niet gezegd dat de stedelijke overheden per se van alles moeten gaan regelen. Waar mogelijk moeten regionale financiers en regionale aanbieders van zorg gezamenlijk tot oplossingen komen voor de stedelijke volksgezondheidsproblematiek. De overheid moet hierbij wel op afstand blijven. Dit is een belangrijk accentverschil met het standpunt van de vier grote steden zelf.

Uiteraard blijft er ook binnen het hier geschetste model een belangrijke rol voor de grote steden weggelegd. De

steden moeten op de volgende vijf terreinen actief blijven.

- 1) Het overleg met de regionale zorgverzekeraars in het kader van de functionele decentralisatie. Wellicht kunnen de grote steden de toezichhoudende functie van de rijksoverheid ten aanzien van de lokale verzekeraars voor een deel overnemen.
- 2) De advisering aan het rijk omtrent regio-specifieke normen en regels voor de zorgverzekering.
- 3) De ontwikkeling van het stedelijk gezondheidsbeleid. Dit is van oudsher een taak van de grote steden, waarbij de stedelijke gezondheidsdiensten een coördinerende en uitvoerende rol vervullen.
- 4) De steden hebben een rol ten aanzien van de zogenaamde vangnetfunctie. Wanneer het particulier niet essentiële functies niet vervult, kunnen de steden daar tijdelijk in voorzien.
- 5) De grote steden kunnen een rol spelen bij het stimuleren van innovatie op het gebied van de zorg in de regio. Hiervoor zou een afzonderlijk budget bij de Centrale Kas van de basisverzekering kunnen worden gereserveerd.

Het is niet te verwachten dat de grote steden op korte termijn een doorslaggevende invloed op de landelijke ontwikkelingen kunnen uitoefenen. Bij de uitvoering van regeringsvoorstellen kunnen echter nog aanpakpunten worden gemaakt. Zowel vanuit het CDA als vanuit de PvdA wordt voor een regionaal model gepleit. Ook de Sociaal Economische Raad heeft in deze richting geïnteresseerd evenals de vakbeweging.² Zolang de nieuwe verzekeringswet nog niet is ingevoerd maar alleen de Axa is uitgebreid, is een model volgens functionele regio's relatief gemakkelijk te realiseren. Het is niet uitzonderlijk dat er over enige jaren toch voor de hier beschreven invulling op de regeringsvoornemens wordt gekozen.

Henk Garretsen is hoofd van de afdeling epidemiologie bij de Gezondheidsdienst in Rotterdam en omstreken.

Hein Raat is als arts/epidemioloog aan deze afdeling verbonden.

Nolan

1. H.J.L. Garretsen en H. Raat, *Gezondheid in de vier grote steden*, Weten- Raad voor het Regeringsbeleid, Voorstudies en achtergronden V65, Dc- (U-geverij) 1989.
2. *Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van* Kamer 19945, nummers 27-28, 1987-1988.
3. *Bereidheid tot verandering*, Commissie Structuur en Financiering Gezon- Den Haag (SDU Uitgeverij) 1987.
4. *Uitwerking Algemene welzijnsvereenkomst*, brochure 1, 1984; brochure 3, 1987. Coördinatorenoverleg Algemene Welzijnsvereenkomst vier- den, Rijswijk.
5. *Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur*. Standpunt van de Colleges van Burg- ters en Wethouders van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht over hun rol- terrein van de gezondheidszorg, Den Haag 1988.
6. *Naareen Algemene WelZiektekostenverzekering*, PvdA-fractie, Tweede Kamer 199- nummers 1-2, 1986-1987.
7. *Structuurnotage gezondheidszorg*, Tweede Kamer 13012, nummers 1-2, 1973-1974.
8. C.M. McCarthy, K.E. Thorpe, 'Financing for health care', in: *Health care delivery in the United States*, New York, Springer Publishing Company 1986, pg. 303-332.
9. S. Jonas, *Health care delivery in the United States*, New York 1986.
10. *Zorgvernieuwing door structuurverandering, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*, Rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Deventer (Van Loghum Slaterus) 1987; en zie noot 6.
11. *Advies beheersstructuur gezondheidszorg*, Sociaal Economische Raad, publicatie- nummer 7, Den Haag 1987; *FNV-plan voor de gezondheidszorg*, FNV, Amsterdam 1987.

Bed, bad en brood

De cityfunctie van het Leger des Heils



Mirre Bots

Het Leger des Heils, wie kent ze niet, de heilsoldaten vooral rond Kerstmis stichtelijke liederen zingend met een grote collectebus tussen hen in, of 's avonds langs de café's struinend, onverschrokken hun *Strijdkreet* aan de man brengend. Maar dat ze ook veel meer doen en zich met name in de grote steden van ons land ontfermen over de steeds groter wordende groep verslaafden, zwervers en daklozen, is bij velen minder bekend.

Mirre Bots was in de Amsterdamse binnenstad enkele keren te gast bij het Leger des Heils, liep mee met de soepronde langs het Centraal Station en sprak met enkele maatschappelijke werkers en kapitein van der Made, directeur van het Goodwill Centrum. Wat ze verwachtte waren veel zalvende en hoogdravende woorden, maar wat ze tegenkwam waren praktische mensen met een kritische blik op het huidige gezondheidszorgbestel en de grote-stadsproblematiek van de dak- en thuislozen.

In allerlei artikelen en nota's wordt het vaak aangestipt, maar zij ervaren het aan den lijve: Dekker en alle veranderingen die daarmee samenhangen vergroten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor zwakkeren niet.

Op een gure avond in maart, waarop er zo'n straffe zuid-westenwind staat, zal ik meegaan met de soepronde, die tweemaal per week 's avonds rond het Centraal Station wordt gehouden. Soep, brood en koffie wordt rondgedeeld aan ieder die daar rondzwervt.

Kapitein van der Made daarover 'De soepronde is op de eerste plaats bedoeld om concreet wat aan de honger van de dak- en thuislozen te doen, maar daarnaast heeft deze ook een signaalfunctie. Die mensen weten dat we er zijn, en dat er ook de volgende dag een plek voor hen is waar ze naar toe kunnen, mochten ze in de problemen raken. Verder houden we ook enigszins in de gaten of er niet iemand doodziek ligt te wezen, niet dat we te snel willen ingrijpen, maar soms is het gewoon nodig dat iemand in een van de gezondheidszorginstellingen terechtkomt. Zo was er laatst een zwerver en die was helemaal psychotisch geworden, hij liet al drie dagen al zijn ontlasting lopen, omdat hij op de wc dacht te exploderen. Eerst hebben we het geprobeerd met schoon ondergoed, maar toen hij dat ook niet wilde, hebben we ervoor gezorgd dat hij door de GG&GD werd opgehaald.'

Met het busje van het Leger des Heils vertrekken we om een uur of negen vanaf de Oudezijds Voorburgwal, rijden door kleine steegjes met drommen mensen, veel alcoholisten en verslaafden, waarvan sommigen als een zombie

midden op de brug staan en niet op of om kijken als we zo ongeveer tegen hen aanrijden. Ook de seksindustrie draait in deze buurt op volle toeren. Het is een heel gemanoeuvreerd om de horden mensen te ontwijken en tegelijkertijd de smalle bochten te moeten nemen. We komen dan ook met twee omgeklapte buitenspiegels bij de Gastenburch aan, het passantenverblijf van het Leger, waar cliënten die in nood zitten gemiddeld vijf nachten per maand kunnen verblijven. Behalve een bed krijgen ze er ook een warme maaltijd en ontbijt.

In de Gastenburch staan de grote ketels met soep, de koffiekannen en het gesmeerde brood al klaar. Als deze worden ingeladen mag ik een kijkje nemen in het 'pension'. Een bescheiden, sobere ruimte met houten tafels waaraan mannen (het vrouwenverblijf is in het pand eraan naast/MB) zitten te kaarten, te schaken of koffie te drinken. Ook de onvermijdelijke kleurentv staat er, uiteraard luid, aan. Het is dezelfde soberheid die me ook al in het Goodwill Centrum trof. Niet dat hele eigentijdse en modieuze, alles licht geschilderd en o zo verantwoord vormgegeven, wat vooral efficiency en een snelle service moet suggereren, maar veel bruin, een soort ouderwetse huiskamer zonder al te veel franje. Heel degelijk allemaal. Wat me opvalt in de Gastenburch is het grote aantal jonge mensen, veel van een jaar of 25-35, op de een of andere manier

verwacht ik dat zwervers allemaal veel ouder zijn. Ook in de wachtkamer van het maatschappelijk werk van het Leger des Heils viel me al op dat er zoveel mensen van rond de twintig zitten en dat terwijl ze zich niet echt op de jongerenhulpverlening richten.

Bij het Centraal Station aangekomen wordt het busje buiten bij de taxistandplaats gestationeerd en ik loop samen met de kapitein een rondje door het station om te laten zien dat ze er weer zijn. Ze zijn er vaste prik elke maandag- en vrijdagavond.

Sommigen reageren als oude getrouwen 'hé Kap, geen soep vanavond?', 'jawel, buiten', 'oh, gelukkig maar'. Anderen maken aanstalten om naar buiten te gaan. Ook worden er wat verloren uitzijnde dropouts aangesproken 'you want some soup and bread?'. Als we terug bij het busje zijn, stromen ze langzamerhand toe. Weer vooral veel jongeren. Geen agressie, maar vriendelijke en vrolijk gestemde mensen, zij het met een enorme honger. Sommige van hen slurpen het ene bekertje soep na het andere op, anderen vragen voor de vierde keer om een dubbele boterham. Het wordt hen weer met hetzelfde aardige gebaar gegeven. Af en toe volgt er een kort praatje of wordt er een grapje uitgewisseld. De meesten zijn open, vriendelijk en bereid tot contact. Ik verbaas me dat ze zo open zijn, maar betrap me er tegelijkertijd op dat ik dit 'soort mensen' meestal negeer of nogal minachtend bekijk. Nu ik dat niet doe - en de mensen van het Leger des Heils doen dit nooit beseft ik hier ter plekke - komt er een heel andere kant bij hen naar boven. Minder schichtig en opgefokt, lijkt het. Geen enkele reden tot agressie of luidruchtig vertoon.

Daarna naar de achterkant van het station, waar de heroïnehoeren staan en de sfeer heel wat minder relaxed is. Het is er grimmiger en harder, bijna niemand komt uit zichzelf naar de bus. Veel van de hoeren knikken ook heel snel nee en kijken van 'flikker nou maar snel op, want jullie verpesten mijn klandizie'. Er wordt echter niet aangedrongen. Onvermoeid en zonder onderscheid des persoons wordt koffie en brood uitgedeeld aan ieder die het hebben wil. Slappende zwervers tussen kartonnen dozen worden wakker gemaakt en van eten voorzien. Een oud mannetje met zijn bed in de vorm van voddens onder zijn arm (maar wel met een wit overhemd en een stropdas aan!) lust ook wel een snee brood. Ook komen er een paar, die zich eerst aan de voorkant hebben volgestouwd, hier weer lustig op de proppen voor nog meer soep en brood met kaas.

Het kan allemaal. Er wordt alleen gegeven, niet geoordeeld of iets terugverwacht. Waar zie je dat heden ten dage eigenlijk nog? Ik ben diep onder de indruk van dit vertoon van menselijke waardigheid van beide kanten.

Armoedeprobleem

Wat me opviel is dat jullie tamelijk veel jonge mensen in jullie cliëntenbestand hebben.

Wim Jillings (coördinator van het AMW): 'Ja, dat is ook heel erg toegenomen de laatste jaren. Was de gemiddelde leeftijd van onze cliënten vijf jaar geleden zo'n jaar of 45, 50. Vorig jaar was dat 32 jaar.'

Hoe komt dat, denk je?

'Veel jonge mensen met een uitkering en zonder enig perspectief op werk in de nabije toekomst lukt het niet om een zelfstandig bestaan op te bouwen. Ze zitten al van jongs af aan in een uitkering en het kost hen zoveel moeite om van die f 1000,- per maand hun huishuur en alle vaste lasten te betalen dat ze op een gegeven moment zeggen "ik ben nog alleen maar daarmee bezig, om dat te regelen en proberen op te brengen, verder is er niks. Ik heb er geen zin meer in". Ze geven er de brui aan, zeggen hun huis op en gaan zwerven.'

Pieta Hoogenhout (maatschappelijk werkster): 'Voor veel van hen speelt ook mee dat ze zich toch al uit de hellingen voelen. Ze kunnen niet meegroeien, in de

maatschappij neemt de concurrentie van mensen toe, zij zien alleen maar dat ze niet kunnen komen. Ze zeggen nooit een kleurentv of een auto, wat heb ik er allen voor? Daarnaast zijn het vaak mensen die ook weinig voor zichzelf kunnen opbrengen. Ze kunnen de ingewikkelde maatschappij niet bijhouden als eersten over de bureaucratische rompslomp.'

Wim Jillings: 'Tachtig tot negentig procent van ons klanten zijn zonder werk en een heel groot deel daarvan is dat al jaren, het op bijstandsniveau lukt hun niet meer en ontstaat er een probleem. Dat is lange tijd overheid ontkend, altijd het argument dat het een aantal mensen lukt om met die duizend bijstand te komen. Er wordt dan bijvoorbeeld gezegd "mijn oma lukt het" waarom jouw cliënt dan niet? Ze vergeten dat die mensen geen basis hebben, ze hebben geen meubels of een goede klei-

wijl onze cliënten zich daarvoor in de schulden steken, waardoor ze bijvoorbeeld elke maand moeten afbetalen en het nog moeilijker wordt om te komen. Op een gegeven moment is het een vicieuze cirkel. Ook mensen die lang een stabiel bestaan hebben geleid en bijvoorbeeld opeens werkloos kunnen het beter volhouden. Onze mensen hebben weinig stabiliteit in hun leven, en soms ook in hun terstructuur of sociale achtergrond, ze hebben niet terug te vallen of betere mogelijkheden om te kijken.'

Maar hoe kunnen jullie die mensen dan helpen?

'Wat we veel doen is budgetteren, of soms zelfs het geld beheren. Daarnaast proberen we inhoudelijke hulpverlening te bieden, zodat schulden niet blijven groeien. Wat we ook doen is een zekere stabiliteit in de chaos waar ze regelmatig terecht komen, streven. Als ze bijvoorbeeld vanwege wanbetaling uit de GEB zijn afgesloten, sturen we ze naar het noodfonds voor calamiteiten ook wel bijzondere bijstand, maar dat is sterk aan regels gebonden. Zo redeneert men dat mensen kunnen weten dat hun wasmachine of ijskast u een gegeven moment stukgaat en dat ze dus al van tevoren gespaard moeten hebben. Maar dat is natuurlijk belachelijk, zo werkt dat in de praktijk niet. Verder stellen ze ook de eis dat het in de toekomst niet meer mag voorkomen. Nou, dan kom je toch bij gedwongen hulpverlening

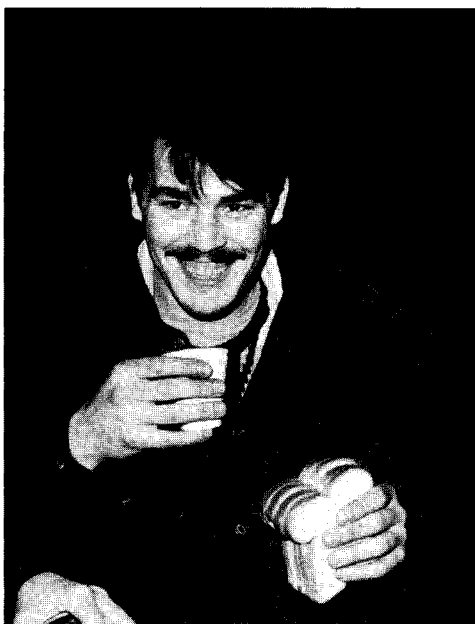


Foto Cees Langendorff

terecht en daar moeten onze cliënten niets van hebben.' Van der Made: 'Wij accepteren dat die mensen zonder al te veel regels willen leven, dat ze liever zwerven dan een vast dak boven hun hoofd hebben, al kun je je natuurlijk afvragen in hoeverre er van een vrije keuze sprake is. Het enige dat wij proberen is wat structuur en stabiliteit bieden en heel concrete zaken als een bed, bad of brood. En heel misschien dat er daarna nog eens ruimte komt voor meer, dat ze ook naar zichzelf willen kijken. Of dat hun zachte kant eens wordt aangesproken, want de meesten zijn echt verschrikkelijk boos.'

Pieta: 'Het zijn over het algemeen mensen die ook niet zo gemakkelijk te motiveren zijn om zichzelf te veranderen. Ze komen voor heel praktische hulp. Bij andere instellingen vinden ze het intakegesprek te lang, de formulieren die ze moeten invullen te ingewikkeld, of er moet teveel gepraat worden. Maar ze willen niet praten, niets therapeutisch, ze willen heel snel concrete verbeteringen in hun leven zien.'

Crisisdienst

In het kader vf.1 de 24-uurs bereikbaarheid is het maatschappelijk werk ook in het weekend en 's avonds tot 10 uur bereikbaar en 's nachts oppiepbaar via de GG&GD, mochten zich er extreme situaties voordoen die niet door een psychiater of door de politie zijn op te lossen. Omdat ik nieuwsgierig was met welk soort vragen mensen 's avonds komen, mocht ik op een vrijdagavond mee achter de balie zitten.

Aan het begin van de avond is het een drukte van belang. Allerlei mensen zijn op zoek naar een slaapplek, buitenlanders zonder onderdak, twee jonge jongens uit Utrecht die geen geld meer voor de trein terug hebben, iemand die behoorlijk dronken is en net een akkefietje met de politie achter de rug heeft en daardoor van mening is dat hij toch echt wel recht heeft op een overnachting, een Duits stelletje dat wil proberen om hier aan de slag te komen, maar vooralsnog geen enkel uitzicht heeft dat dat ook op korte termijn gaat lukken. Omstandig wordt hen uitgelegd dat het echt niet lukt om in Amsterdam zonder geld een bestaan op te bouwen en dat ze naar Duitsland terug zullen moeten, ondanks dat er door de jongen verwoede pogingen zijn gedaan om bij een uitzendbureau aan de slag te komen.

Even later komt er een Turkse man met een begeleider van het crisiscentrum, waaruit hij net samen met zijn zoon is ontslagen. Omdat een ruzie met zijn echtgenote een paar dagen ervoor totaal uit de hand gelopen is, kan hij voorlopig niet terug naar zijn huis. Hij kan vijf nachten met z'n zoon in de Gastenburch terecht, geduldig wordt hem de gang van zaken aldaar uitgelegd en wordt er gezocht naar wat hij in het weekend met zijn zoon kan gaan doen, want omdat hij bijna uitsluitend Arabisch spreekt, is zo'n weekend in het passantenverblijf moeilijk door te komen, zeker met een kind. Een 19-jarige Turkse jongen, die naar eigen zeggen uit een psychiatrische inrichting ontslagen is, maar volgens de maatschappelijk werkster duidelijk weggelopen, krijgt een warme maaltijd, omdat hij echt barst van de honger en steeds maar 'eten, eten' roept. Ook wordt erop aangedrongen dat hij toch vooral een uitkering moet aanvragen, want anders zit hij misschien weken zonder geld. Er wordt nog uit Haarlem opgebeld over een zwangere, zwerfende vrouw voor wie dringend een slaapplek wordt gezocht. Ze kan terecht, zal aldaar op de trein gezet

worden, maar tegen de tijd dat wij naar huis gaan is ze nog niet gearriveerd, en ze zal ook niet meer komen. Onderweg waarschijnlijk toch weer aan het tippelen geslagen of een shot heroïne genomen, waardoor prompt haar afspraak vergeten.

Het laatste uur is het stil, de tamtam in de buurt heeft zijn werk gedaan en rondgebazuind dat het Leger des Heils echt vol zit en dan komen ze, ondanks dat het een koude nacht belooft te worden, ook maar niet meer, omdat het echt vergeefse moeite is.

Ik verwonder me over je gedecideerdheid, je lijkt zo heel beslist te weten wie nou echt serieus hulp behoeft en wie er toch een potje van proberen te maken, terwijl dat voor mij als buitenstaander best wel moeilijk in te schatten is?

Pieta: 'Ja, dat is toch vooral een kwestie van ervaring. Op een gegeven moment zie je haarscherp wie er echt in nood zit of wie er zwaar onder de drugs of alcohol zit,

waardoor ze hun situatie ontzettend kunnen gaan overdrijven. Daarnaast moet je toch bekijken of opvang zin heeft. Neem nou die Duitsers van vanavond, die zitten morgen of over een paar dagen weer met hetzelfde probleem. Je kunt gewoon niet zonder geld en zonder familie of kennissen in Amsterdam aan een huis en werk komen. Dat is ook onverantwoord en ze zullen dat toch zelf, hoe hard ook, moeten voelen en meemaken, willen ze besluiten terug te gaan. Bovendien hebben ze al her en der wat nachten en opvang gekregen, maar alleen op voorwaarde dat ze de dag erop terug naar Duitsland zouden gaan. Ik heb daarover met de anderen gebeld. Nou, dat blijken ze dus niet te doen, maar dan kunnen wij ze ook niet helpen. En bijvoorbeeld die zwangere heroïnehoer, zo iemand moet gewoon goed eten en voor zichzelf zorgen, vind ik, en je weet dat ze dat uit zichzelf niet zal doen, dus schep je ruimte voor haar en hoop je dat ze daarvan gebruik zal maken.'

Binnenstad

Komen er ook veel mensen bij jullie die niet tegen ziektekosten verzekerd zijn?

Wim: 'Ja, en dat neemt de laatste tijd juist weer erg toe. Ik denk dat toch wel zo'n 30% van de mensen die bij ons komt onverzekerd is. Illegale buitenlanders, heroïneprostitués, mensen die net tussen twee uitkeringen invallen of van wie de uitkering vanwege gedonder met de sociale dienst geblokkeerd is. Ook staan er soms mensen uit kleinere plaatsen, zoals Zwolle of Amersfoort, op de stoep, zij hebben al zoveel problemen met de sociale dienst ter plaatse gehad, dat ze het nu maar eens in Amsterdam komen proberen.'

Komen deze mensen ook weleens met een medische hulpvraag naar jullie?

'Meestal niet direct. Wel ontdekken we later dat er ook medische problemen zijn. We verwijzen hen dan door naar de Kruispost hier op de gracht. Daar zijn artsen die op vrijwillige basis om toerbeurt spreekuur houden, speciaal voor onverzekerden. Dat is particulier initiatief. Voorheen had de gemeente dat geregeld, er waren twee huisartsen van de GG&GD die alleen onverzekerden hielpen, maar die zijn wegbezuinigd. Ook het Binnengasthuis is helaas weg uit de binnenstad. Daar werd ook nooit moeilijk gedaan, ze boden altijd meteen eerste hulp en daarna bekeken ze pas of iemand verzekerd was. Juist omdat ze in de binnenstad zaten, wisten ze dat ze met dit soort problemen te maken kregen. Dat is nu bij de poli van

Je merkt dat het moeilijker is dan een paar jaar geleden om mensen die onverzekerd zijn in het officiële gezondheidszorgcircuit te krijgen.

Hoe gezond of ongezond zijn onze steden?



Jan van Sonsbeek

De vier grote steden in ons land - Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht - hebben met hun nota *Gezondheidszorg en Grootstedelijk bestuur* inmiddels flink aan de bel getrokken, omdat deze steden een concentratie van gezondheidsproblemen zouden kennen.

Maar hoe zit het met de andere steden in ons land? Is daar ook sprake van opmerkelijke gezondheidsverschillen in vergelijking met de rest van Nederland?

Jan van Sonsbeek onderzocht aan de hand van de continue Gezondheidsenquête van het CBS hoe het in de zeventien steden van ons land met meer dan 100.000 inwoners met de gezondheid van haar bewoners is gesteld. Bezoeken zij bijvoorbeeld vaker huisartsen en/of specialisten? Hebben zij meer lichamelijke klachten? Of valt het allemaal nogal mee?

In het kader van het actieprogramma 'Healthy Cities' van de Wereldgezondheidsorganisatie hebben we met gegevens uit de continue Gezondheidsenquête van het CBS een eerste verkenning uitgevoerd naar de vraag of er in Nederland feitelijk wel gezondheidsverschillen zijn tussen de grote gemeenten (met meer dan 100.000 inwoners) en de rest van Nederland, en of daar een simpele verklaring voor is, zoals een verschil in leeftijdsopbouw of in aspecten van de sociaal-economische opbouw. En aansluitend daarop of het bereik en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, afgemeten aan het aantal huisarts- en specialistencontacten, in de grote steden minder is dan elders in Nederland. Ook in de nota *Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur* van de vier grootste steden in Nederland komen we de veronderstelling tegen dat de (grote) steden relatief ongezond zijn of op zijn minst een aantal specifieke gezondheids- en gezondheidszorgproblemen kennen.' De in de Gezondheidsenquête opgenomen indicaties voor de gezondheidstoestand hebben betrekking op

1. het subjectief oordeel over de algemene gezondheidstoestand;
2. het aantal vage, voornamelijk lichamelijke klachten (de 'VOEG-SCore');
3. het aantal langdurige of chronische aandoeningen;
4. het aantal (ernstige) beperkingen in het lichamelijk functioneren (özsö-indicator).

Voor meer informatie over deze gezondheidsindicatoren wordt verwezen naar Van Sonsbeek.'

De gegevens uit de Gezondheidsenquête hebben betrekking op steekproefgegevens over de periode 1981-1985,

met jaarlijks ongeveer 9000 respondenten. Ze geven een representatief beeld van de totale bevolking in Nederland voorzover niet woonachtig in tehuizen, bejaardencentra, etcetera. Personen met een buitenlandse nationaliteit vallen in principe binnen de steekproef, maar zijn in het onderzoek duidelijk ondervertegenwoordigd.'

Gezondheidsverschillen

In het algemeen is er een zwak verband tussen de gezondheidsaspecten en de mate van verstedelijking. Voor een deel zijn de verschillen toe te schrijven aan verschillen in de leeftijdsopbouw en nauwelijks aan de geslachtsopbouw. Het meest opvallend is de relatief slechte gezondheidstoestand, volgens de onderscheiden indicatoren, in steden met 100.000 inwoners of meer, hetgeen eveneens slechts ten dele is toe te schrijven aan verschillen in de leeftijdsopbouw.

Het bovenstaande geeft alleen een gemiddeld patroon weer. Het laat niet zien dat in bepaalde delen van het land, zoals in Zeeland, in plattelandsgemeenten vrijwel evenveel langdurige aandoeningen of beperkingen worden aangetroffen als gemiddeld in de grote gemeenten, of dat er bijvoorbeeld in de noordelijke provincies in doorsnee vrijwel geen gezondheidsverschillen gevonden worden tussen A-, B- of C-gemeenten, dat wil zeggen tussen al of niet geïndustrialiseerde plattelandsgemeenten, forensengemeenten, middelgrote stedelijke gemeenten en grote steden.

In tabel 1 zijn enkele kenmerken opgenomen van grote

steden, waarmee we in het vervolg de zeventien gemeenten met meer dan 100.000 inwoners bedoelen, zoals de gemiddelde leeftijd, het percentage ouderen en lager-opgeleiden, en het percentage personen met een ww- of wAo-uitkering. Genoemde kenmerken hebben een duidelijke relatie met gezondheid en verwacht mag worden dat wanneer grote gemeenten hierin duidelijk verschillen, dit althans gedeeltelijk een verklaring kan geven voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de grote gemeenten onderling of tussen deze gemeenten tezamen en de rest van Nederland.

Opgemerkt moet worden dat het hier om steekproefgegevens uit de Gezondheidsenquête gaat, deze kunnen afwijken van registratiegegevens, maar in zijn algemeenheid mogen ze geacht worden een representatief beeld te geven, in ieder geval van de onderlinge verschillen.

De gegevens in tabel 1 laten zien dat de bevolking in de grote steden gemiddeld ouder is en bijna anderhalf keer zoveel 65-plussers en personen met een ww- of WAO-uitkering omvat dan de rest van Nederland. Onderling vertonen de grote steden echter nog tamelijk grote verschillen. In gemeenten als Zaanstad, Maastricht, Leiden of Nijmegen ligt de gemiddelde leeftijd van de bevolking onder het landelijk gemiddelde. Den Haag, Haarlem en Groningen zijn daarentegen 'oude' steden met ruim 20% 65-plussers. Rotterdam, Groningen, Enschede en Dordrecht hebben relatief veel laaggeschoolde inwoners en Zaanstad opvallend weinig. Maastricht springt eruit met een hoog percentage personen met een ww- of WAO-uitkering (met name met een wAo-uitkering).

Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand in de grote steden en in de rest van Nederland. Hierbij moet opgemerkt worden dat bij toeval soms forse gezondheidsverschillen tussen de grote steden gevonden kunnen worden zonder dat dit op reële gezondheidsverschillen duidt. Dit komt door het steekproefkarakter van het onderzoek met soms kleine steekproef aantallen, met name bij de kleinere 'grote gemeenten' met 100 à 150.000 inwoners (in de tabel de gemeenten onder Tilburg) en bij de vage, lichamelijke klachten (de VOEG-SCORE) en het aantal ernstige beperkingen.

In het merendeel van de grote gemeenten wijkt de gezondheidstoestand van de bevolking op één of meerdere aspecten duidelijk af van die in overig Nederland. Maar wat ook dat het algemene 'grootstedelijke patroon' met alle grote gemeenten opgaat. In sommige grote gemeenten is de gezondheidstoestand van de bevolking op zijn minst even goed als in de rest van Nederland. Eindhoven, Apeldoorn, Breda en in iets mindere mate Nijmegen lijken goede voorbeelden van. In enkele andere grote steden is de gezondheidstoestand van de bevolking slechts volgens één aspect slechter dan in de rest van Nederland, maar in verschillende steden is sprake van een slechtere gezondheidstoestand volgens meerdere indicatoren. Amsterdam, Utrecht, Haarlem, maar vooral Maastricht, lijken te kampen met een cumulatieve van gezondheidsproblemen. In het algemeen blijken de grote gemeenten sterk te verschillen in de mate waarin de leeftijdsopbouw de gezondheidstoestand kan verklaren. In Den Haag, Tilburg

Tabel 1 Socio-demografische kenmerken van gemeenten met meer dan 100.000 inwoners, 1981-1985.

Gemeenten/steden	gemiddelde leeftijd	% 65	% LO ¹	% WWAO ²	steekproef-aantal
Amsterdam	38,6	16	16	12	2190
Rotterdam	37,7	16	21	10	1956
Den Haag	40,7	21	15	9	1569
Utrecht	36,2	13	14	10	882
Eindhoven	35,4	10	16	9	678
Groningen	39,3	21	18	10	533
Tilburg	35,4	13	17	10	526
Enschede	34,9	11	18	9	508
Apeldoorn	36,5	14	12	9	503
Nijmegen	33,9	11	13	13	502
Haarlem	41,7	20	14	8	458
Arnhem	36,8	14	14	9	398
Maastricht	33,7	9	12	15	390
Dordrecht	35,2	11	19	7	385
Zaanstad	33,4	11	9	9	385
Leiden	33,9	9	13	7	384
Breda	37,7	15	13	9	350
Totaal steden	37,3	15	16	10	12598
Overig Nederland	33,6	11	15	7	36237
Totaal Nederland	34,6	12	15	8	48835

Bron: CBS, continue Gezondheidsenquête

¹ personen met alleen lagere schoolopleiding als percentage van de bevolking van 16 jaar en ouder.

² personen met werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering als percentage van de bevolking van 16-65 jaar.

Tabel 2 Aspecten van de gezondheidstoestand in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners

Gemeenten/steden	% minder goed gezond	% met langdurige aandoeningen	gemiddelde VOEGSCORE
Amsterdam	23'	30'	7,4'
Rotterdam	24'	23	6,7'
Oen Haag	21'	28'	6,5
Utrecht	24'	31'	7,3'
Eindhoven	17	25	6,4
Groningen	21	36'	6,1
Tilburg	19	29'	7,4'
Enschede	23'	25	6,7
Apeldoorn	19	25	5,9
Nijmegen	19	20	6,4
Haarlem	23'	37'	7,2'
Arnhem	21	30'	6,3
Maastricht	28'	38'	8,8'
Dordrecht	22	28	5,8
Zaanstad	20	32'	6,8
Leiden	21	25	7,3
Breda	18	25	5,6
Totaal steden	22	28	6,8
Overig Nederland	17	24	6,1
Totaal Nederland	19	25	6,3

Bron: CBS, continue Gezondheidsenquête

' = met 95% betrouwbaarheid afwijkend van 'overig Nederland'.

schede kunnen alle gezondheidsproblemen geheel of vrijwel geheel aan de leeftijdsopbouw worden toegeschreven. In Den Haag worden zelfs minder langdurige aandoeningen aangetroffen dan gemiddeld, tenminste wanneer rekening gehouden wordt met de leeftijdsopbouw. Bij andere grote gemeenten, zoals Maastricht, biedt de leeftijdsopbouw in het geheel geen verklaring voor de gezondheidsproblemen. In de meeste steden blijft de gezondheidstoestand na correctie voor verschillen in de leeftijdsopbouw duidelijk enigszins afwijkend van die in overig Nederland, hoewel het verschil in het algemeen iets geringer wordt.

Het percentage personen met een ww- of wAo-uitkering, als indicator voor de sociaal-economische opbouw van een stad, biedt vrijwel geen verklaring voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de grote steden (of met overig Nederland). In een stad als Maastricht kan de slechtere gezondheidstoestand niet toegeschreven worden aan een afwijkende leeftijds- of geslachtsopbouw, maar evenmin aan het hoge percentage personen met een ww- of wAo-uitkering. De gezondheidsproblemen zijn in Maastricht kennelijk veel algemener en niet uitsluitend aan een bepaalde bevolkingsgroep (oudere, wAo-ers) toe te schrijven. Dit geldt ook voor de meeste andere grote steden waar de gezondheidstoestand volgens één of meerdere aspecten duidelijk slechter is dan in de rest van Nederland.

Onderzocht is ook in hoeverre de grote steden of gemeenten een gezondheidspatroon te zien geven dat afwijkt van de directe omgeving. Het blijkt dat, op enkele uitzonderingen na, de gezondheidstoestand in de grote steden zelf onmiskenbaar slechter is dan in de omliggende regio's, althans volgens de hier gebruikte gezondheidsindicaties. In de regio's Eindhoven, Arnhem, Leiden en Breda zijn vrijwel geen gezondheidsverschillen op te merken tussen de steden zelf en de omringende regio's. In de regio Zuid-Limburg is de gezondheidstoestand op alle onderscheiden aspecten slechter dan gemiddeld in Nederland (minder goed gezond, meer langdurige aandoeningen, meer vage lichamelijke klachten en lichamelijke beperkingen) met in de stad Maastricht nog een duidelijk, extra verhoogd percentage personen met minder goede gezondheid en chronische aandoeningen.

In de regio Groningen-Drente worden meer langdurige lichamelijke beperkingen aangetroffen dan gemiddeld in Nederland. De stad Groningen onderscheidt zich op dit punt niet van de regio, maar wel worden er in de stad Groningen meer langdurige aandoeningen aangetroffen dan in de regio Groningen-Drente, hetgeen niet aan de leeftijdsopbouw is toe te schrijven.

Huisarts- en specialistcontacten

Tot zover hebben we gezien dat de gezondheidstoestand in veel grote gemeenten volgens één of meer aspecten slechter is dan in de rest van Nederland. De vraag is nu of dit ook tot uitdrukking komt in het vaker raadplegen van de huisarts of specialist. Uiteraard wil een 'gemiddelde' medische consumptie, in relatie tot de gezondheidsproblemen, nog niet zeggen dat de zorgverlening adequaat of optimaal is, maar een achterblijvende medische consumptie is wel een aanwijzing dat er mogelijk iets met de zorgverlening 'aan de hand' is, of met de afstemming ervan op de gezondheidsproblemen.

Uit de steekproefgegevens blijkt dat het gemiddeld aantal huisarts- en specialistcontacten in de grote gemeenten

hoger is dan in overig Nederland. In vrijwel alle grote gemeenten is óf wel het aantal huisartscontacten óf wel het aantal specialistencontacten óf beide hoger dan in de rest van Nederland, met uitzondering van Eindhoven, Enschede, Leiden en Breda, deze hebben een gemiddelde medische consumptie.

Maar de vraag is natuurlijk wat het niveau van de huisarts- en specialistcontacten in relatie tot de gezondheidsproblemen is. Wanneer we rekening houden met genoemde gezondheidsverschillen, dan is het verschil in het aantal

huisartscontacten voor de grote gemeenten in zijn totaliteit niet afwijkend van overig Nederland. Het verschil in het aantal huisartscontacten lijkt te gaan in de richting van iets minder huisartscontacten in de grote gemeenten bij een vergelijkbare gezondheidstoestand als in de rest van Nederland. Het aantal (poliklinische) specialistcontacten blijft in de grote steden op een enigszins hoger niveau liggen dan in de rest van Nederland, ook na correctie voor de gezondheidsverschillen.

In het merendeel van de grote gemeenten ligt het aantal specialistcontacten op vrijwel hetzelfde niveau als in overig Nederland, wanneer we rekening houden met de gevonden gezondheidsverschillen tussen de grote gemeenten. In enkele grote gemeenten, zoals in Amsterdam, Rotterdam en vooral in Haarlem, blijft het aantal specialistcontacten echter aan de hoge kant, hetgeen er toe leidt dat het gemiddeld aantal specialistcontacten over alle grote gemeenten berekend, hoger is dan in overig Nederland.

We komen dan tot de conclusie dat men in de grote gemeenten in doorsnee, gegeven de gezondheidstoestand, iets minder vaak de huisarts lijkt te raadplegen, maar dat daar in ieder geval meer specialistcontacten tegenover staan. De gegevens wijzen eerder op niet-gemeten gezondheidsverschillen tussen de grote gemeenten en de rest van Nederland die met name in het aantal specialistcontacten tot uitdrukking komen dan op speciale problemen of tekorten in de gezondheidszorgverlening in de grote gemeenten.

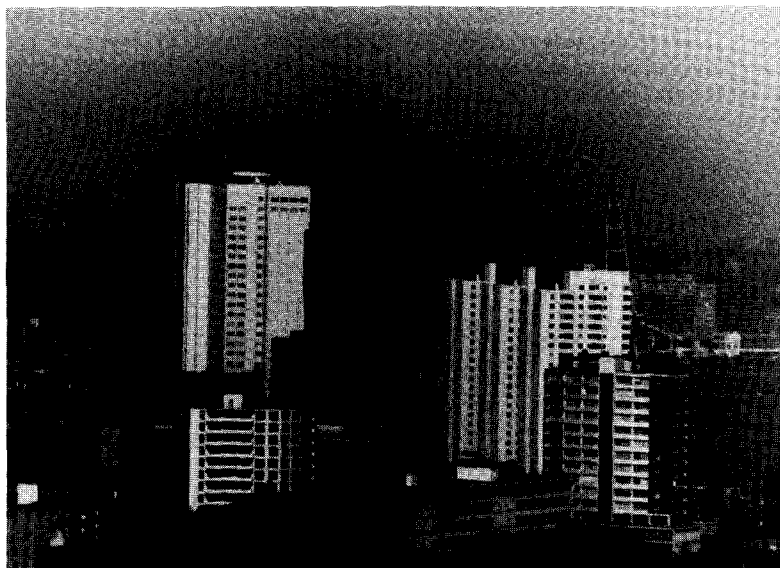


Foto: Cees Langendorff

Concentratie van problemen

Het beeld tot nu toe is dat de gezondheidstoestand van de bevolking in de grote gemeenten in het algemeen enigszins slechter is dan in overig Nederland, maar ook dat er 'gezonde' en 'ongezonde' grote gemeenten zijn en dat de grote gemeenten verschillen in de aard van de gezondheidsproblemen. In een aantal grote steden lijkt sprake van een slechtere gezondheidstoestand volgens meerdere aspecten. Verschillen in leeftijdsopbouw verklaren slechts gedeeltelijk de gezondheidsverschillen tussen de grote gemeenten onderling of met overig Nederland, en in de ene grote gemeente meer dan in de andere. Het percentage personen met een ww- of wAo-uitkering verklaart nog minder. We zien ook dat, op enkele uitzonderingen na, de gezondheidstoestand in de grote gemeenten in het algemeen slechter is dan in de omliggende regio's. Maar net als bij de grote gemeenten zijn er gezonde en minder gezonde regio's of regio's met een cumulatieve van gezondheidsproblemen (Zuid-Limburg bijvoorbeeld).

De grote gemeente lijkt zich hiermee in het algemeen toch te profileren als een gebied met een zekere extra concentratie van gezondheidsproblemen. Wat betreft het aantal huisarts- en specialistcontacten zien we dat er in de grote steden, bij een vergelijkbare gezondheidstoestand als in overig Nederland, de tendens lijkt te bestaan tot iets minder huisartscontacten dan elders in Nederland; daar staan echter duidelijk meer specialistcontacten tegenover en met name in bepaalde grote steden. Voor specifieke gezondheidszorgproblemen in de grote steden hebben we geen aanwijzingen gevonden.

Onvolledig

De uitgevoerde verkenning naar verschillen in de gezondheidstoestand en gezondheidszorg is verre van volledig en kan op verschillende punten worden aangevuld.

1. Er zijn andere aspecten van de gezondheidszorg denkbaar waarop de grote gemeenten zich kunnen onderscheiden, zoals sterfte of doodsoorzakenpatroon, gemelde gevallen van besmettelijke ziekten, geslachts- of importziekten, voedingspatronen en ongevallen.
2. Bepaalde bevolkingsgroepen vallen in de Gezondheidsenquête geheel of gedeeltelijk buiten de waarneming, zoals de tehuisbevolking. Gezien de landelijk geldende 7% norm is het echter niet aannemelijk dat dit het beeld van de gezondheidsverschillen ten aanzien van de grote gemeenten drastisch zal wijzigen. Etnische minderheden, die veelal in de (grote) steden wonen, worden in de enquête ook slechts gedeeltelijk (en vermoedelijk selectief) waargenomen en hebben vrijwel zeker meer of andere gezondheidsproblemen dan in doorsnee. Of hun gezondheidspatroon echter ook afwijkt van het doorsnee grote-stadspatroon is onduidelijk. Junks en daklozen worden in de enquête niet waargenomen en hebben hoogstwaarschijnlijk een slechtere gezondheid dan gemiddeld, maar het zal in het algemeen moeilijk zijn betrouwbare informatie daarover te verzamelen. Het is ook niet duidelijk in hoeverre dit een speciale grote-stadsproblematiek is, die in de grote steden in geconcentreerde vorm aanwezig is (en daardoor herkenbaarder) en elders alleen meer verspreid.
3. Niet alle vormen van maatschappelijke en medische zorgverlening zijn aan bod gekomen, evenmin als de afstemming tussen beide. Het is heel goed denkbaar dat in (bepaalde) grote steden bepaalde vormen van zorgverlening op meer problemen stuiten dan elders. Alles bij elkaar betekent dit dat er veel meer onderzoek nodig is om een goed beeld te krijgen van het gezondheidspatroon en problemen in de zorgverlening in de

grote gemeenten. Lokale gezondheidsenquêtes kunnen daarbij een goed hulpmiddel zijn, waarbij niet alleen gedacht moet worden aan het lokale belang, maar ook aan de onderlinge vergelijkbaarheid, bijvoorbeeld door een minimumset aan gezondheids- en gezondheidszorgindicatoren op te nemen.

Op de tweede plaats laten onze bevindingen zien dat er veelal geen simpele verklaring te geven is voor de gevonden gezondheidsverschillen tussen de grote gemeenten. Een veelvoud aan mogelijke verklaringen dient zich hier aan waar, opvallend genoeg, in Nederland nauwelijks onderzoek naar is gedaan. Houden de grote steden de bevolking met (potentieel) meer gezondheidsrisico's meer vast (in bepaalde wijken) dan andere groepen, of vertrekken relatief gezonde personen eerder uit de stad? In dit verband is het opmerkelijk dat de bevolking in forensengemeenten, vaak afkomstig uit de grote stad, relatief gezond is, ook bij een vergelijkbare leeftijdsopbouw als in de grote stad.

Andere vragen zijn: in hoeverre spelen historisch sociaal economische factoren een rol, en in welke mate verspreid, een grote stad of grote gemeente zijn gezondheidsrisico's (lucht/water/bodemverontreiniging) over zijn omgeving; Ook over de oorzaken van de onevenredige verdeling van gezondheidsproblemen en sterfte over de verschillende stadswijken weten we vrijwel niets meer dan dat het met de sociaal-economische status van de bevolking te maken heeft."

Onderzoek naar de oorzaken van gezondheidsverschillen tussen en binnen de grote gemeenten vindt hier mogelijk een gemeenschappelijke basis en gemeenschappelijk houvast ter voorkoming en bestrijding van de onevenredige verdeling van gezondheidsproblemen.

Jan van Sonsbeek is werkzaam op de hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek van r,et CBS. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

Noten

1. Nota Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur, door de gemeentebesturen van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, februari 1988.
2. J.L.A. van Sonsbeek, 'Methodische en inhoudelijke aspecten van de osso-moicato betreffende langdurige beperkingen in het lichamenlijk functioneren', in: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 7 (1988) 6, pg. 4-17; en J.L.A. van Sonsbeek, 'Gezondheidsverschillen in regionaal perspectief', in: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 6 (1987) 1, pc, 5-11.
3. Voor nadere informatie over de Gezondheidsenquête zie: W.J.M.J. Appelboom, 'Continue Gezondheidsenquête; enkele aspecten ter nadere oriëntatie', in: *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 1 (1982) 5, pg. 5-9; en J.L.A. van Sonsbeek en L.H. Stronkhors, 'Methodische aspecten van de gezondheidsenquête (Statistische Onderzoekingen MZi-1977-1983, Amsterdam (Instituut voor Sociale Geneeskunde) 1987; W. Gorrissen e.a. *Gezondheidspeiling Utrecht, Utrecht (GG&GD) 1988; JW, Furer en B. Tax (red), Sometische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen, eindrapport Regio project Nijmegen, dl. 1, Nijmegen (Instituut voor Sociale Geneeskunde) 1987.*
4. Zie hiervoor noot 2.
5. CBS/Universiteit van Amsterdam, *Op leefsituatie van Surinamers en Antillianen in Nederland*, 1985, 's-Gravenhage (Staatsuitgeverij) 1988; en CBS, *De leefsituatie van Turken en Marokkanen in Nederland*, 1984, 's-Gravenhage (Staatsuitgeverij) 1986.
6. IMG/Erasmus Universiteit Rotterdam e.a., *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam 1977-1983*, Amsterdam (Instituut voor Sociale Geneeskunde) 1987; W. Gorrissen e.a.

Gezinnen onder toezicht

Vroeger door middel van speciale huizencomplexen, anno 1989 door controle van de sociale dienst .



Stephen Snelders



De 5 kinderen H, zoals we die in hun woning aantreffen.
Jaarverslag St. Volkswoningen, 1944-1945.

Elke generatie schrijft haar eigen geschiedenis. Dit gezegde wordt bewaarheid in de geschiedschrijving van het volkshuisvestingsbeleid. Tot voor twintig jaar werd door de kroniekers van dit beleid vrijwel uitsluitend de loftrumpet geblazen over de vooruitgang in de woonomstandigheden van de arbeiders. Sinds het be-

gin van de jaren zeventig, wanneer ook in de academische wereld de kritiek op de maatschappelijke instituties en praktijken toeneemt, is er ook aandacht gekomen voor de keerzijde van het beleid, en met name voor de rol die zij gespeeld heeft in de integratie van de bevolking in het kapitalisme.

Geïnspireerd door Donzelot neemt Frits van Wel in zijn vorig jaar verschenen proefschrift de Utrechtse Stichting Volkswoningen onder de loep. Deze stichting beheerde tussen 1924 en 1975 een aantal huizencomplexen voor 'probleemgezinnen'. Hoewel ze officieel een particulier karakter had, was zij opgericht door de gemeente, die tevens een sterk aandeel in het bestuur had. De oprichting viel in een tijd waarin verschillende gemeentebesturen, beroepsgroepen en politici zich ernstige zorgen maakten over zogenaamde 'ontoelaatbare' of 'asociale' gezinnen, die een onaanvaardbaar, ordeloos woongedrag zouden vertonen. In de visie van leidende woninghervormers, zoals de directeur van de Amsterdamse Woningdienst Keppler, moesten deze gezinnen ruimtelijk gescheiden worden van de rest van de arbeidersklasse en heropgevoed worden tot een correct (lees: burgerlijk) woongedrag. Ook tot het Utrechtse gemeentebestuur drong deze visie door. Voor de katholieke wethouder van openbare wer-

ken, Smulders, ging het bij de oprichting om een daad van christelijke naastenliefde tegenover mensen 'die zo laag gezonken zijn, dat zij den naam van mensch soms niet meer waardig schenen' (pg. 38). Om wat voor gezinnen ging het? Het is de verdienste van Van Wel dat hij weet aan te geven dat zij slechts één overeenkomst

hadden: 'deskundigen vonden interventies in zulke gezinnen legitiem. Los van hun interventievoorstellen verliezen deze gezinnen ... hun substantie' (pg. 11). Zijn analyse roept de vraag op of we hier niet te maken hebben met een versie van de aloude angst van de 'beschaafdere' standen (waaruit ook de sociaal-democratische woninghervormers voortkwamen) voor het 'lagere' volk: onbeheersbaar, spontaan, asociaal.

Van ontoelaatbaar tot gedepriiveerd
Vanaf de 19e eeuw werden allerlei wetenschappelijke analyses en interventievoorstellen ontwikkeld, die feitelijk vaak in de lucht zweefden vanwege het onduidelijke karakter van de betrokken probleemgroep. Om greep te krijgen op de steeds wisselende visies van de beleidsmakers en -uitvoerders introduceert Van Wel het begrip probleemfiguratie. Dat is 'een geheel van uitspraken over een (sociaal) object, die niet alleen rationeel samenhangen maar ook imaginair' (pg. 12). Dat laatste wil zeggen dat een probleemfiguratie vrij vage begrippen gebruikt, waardoor een bont geheel aan verschijnselen door de beeldingskracht onder één noemer kan worden gebracht. Volgens Van Wel gaat het hier dan ook om rationele ficties. Hij onderscheidt de figuraties op vier punten: de

objecten van de interventies, wat als oorzaken worden gezien van de op te lossen situatie, de doelen van de interventies en de interventiepraktijk zelf. Een figuratie komt op verschillende niveaus tot uiting, zowel op theoretisch niveau als binnen de bestuurlijk-politieke circuits en in de interventiepraktijk.

Met dit analytische kader in de hand onderscheidt Van Wel in de periode van 1915 tot heden vier probleemfiguraties.

Van 1915 tot 1935 de figuratie van de al genoemde *ontoelaatbare* gezinnen. Niet de slechte woontoestanden, maar het eigen woongedrag werd als oorzaak beschouwd van de sociale en morele ellende waarin deze gezinnen werden geacht te leven. Juist woongedrag werd hen aangeleerd in speciale, afgescheiden wooncomplexen, waarin netheid, uitgavenpatroon en leefgedrag gecontroleerd werden. Deze controle bleef tot haar opheffing karakteristiek voor het leven in de complexen van de Stichting Volkswoningen.

Van 1935 tot 1950 richtte de kritiek zich, vooral dank zij psychiaters, meer op de gehele levensstijl van de gezinnen. Het *sociaal* gezin bedreigde de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk en moest dus sociaal aangepast worden. Na de oorlog werden hiervoor geïsoleerde kampen op het platteland gebruikt, waar allerlei experts toezicht uitoefenden.

Van 1950 tot 1965 domineerde de sociologie het blikveld. De deskundigen spraken nu van *maatschappelijk onaangepaste* gezinnen, die achterliepen bij de sociale ontwikkelingen. Symptomen van maatschappelijke onaangepastheid varieerden van verwaarlozing van de huishouding tot seksueel wangedrag en politiek extremisme. Onder toezicht van sociale werkers en gezinswerkers moest de levensstijl van de betrokken gezinnen aangepast worden aan die van de *ijdenklasse*.

Na 1965 Krijgt de gehele officiële politiek sterke kritiek te verduren. De maatschappelijke verhoudingen komen ook in het welzijnswerk onder schot te liggen. Er wordt nu gesproken over *gedepriveerde* gezinnen. Oorzaken van hun problemen worden niet meer gezocht bij de gezinnen zelf, maar in de ongelijke verdeling van macht, kennis en inkomen. Maatschappelijke verandering werd het interventiedoel, buurtwerk het middel.

In de jaren tachtig komt weer een nieuwe figuratie op, namelijk die van het *sympiotische* gezin. Problemen worden dan weer gezocht binnen het gezin zelf, in de onderlinge relaties tussen de leden ervan. Die problemen moeten door een soort gezinstherapeutische benadering worden opgelost.

Betutteling

In 1975 werd de Stichting Volkswoningen opgeheven. Betutteling van de bewoners, waar het beleid van de stichting op gebaseerd bleef - nog in de jaren zeventig keerde ze zich tegen het aanleggen van douches in haar huizen, omdat dan niet meer gecontroleerd kon worden of men zich wel regelmatig waste - werd niet meer gewaardeerd. Waarom gingen gezinnen in de huizen van de stichting wonen, ondanks de betutteling? Zagen ze zichzelf als probleemgevallen? Eén bewoner vat de houding van de gezinnen goed samen: 'Ik kwam bij die Duitemeijer (directeur van 1957-1975), zegt ie: je moet het hier beschouwen als een ziekenhuis, dat we je gezond maken. Ik denk, val hardstikke dood kerel, als ik maar een huis heb' (pg. 170).

Het regime van de stichting werd wel als drukkend ervaren, maar er waren ontsnappingsmogelijkheden. Openlijk verzet tegen de situatie, zoals het in elkaar slaan van de opzichter, bleef echter individueel. Pas in de jaren zeven-

tig, toen het al bijna niet meer hoefde, bundelde het verzet van de bewoners zich. Toen na het opheffen van de stichting renovatie van hun woningen uitbleef kraakten buurtbewoners in 1975 uit protest het badhuis, met steun van het actiecomité Pijslweerd.

Gezinnen onder toezicht stelt opnieuw de vraag naar de functies van het welzijnswerk. De in dit boek behandelde analyses en interventiestrategieën die het welzijn van probleemgevallen op het oog pretenderen te hebben, blijken niets anders dan rationele ficties, of in goed Nederlands: luchtballen. En ondanks de kortstondige revolutionaire mode in het welzijnswerk, die zijn langste tijd lijkt te hebben gehad, noemt Van Wel ook de hedendaagse hulpverlening een vorm van disciplineren, zij het een verfijnde. De sociale diensten oefenen hun controle uit op het leefgedrag van mensen, 'variërend van onderzoek van sociaal rechers naar het halfjes inwonen van een vriend tot kritiek op het maken van schulden als gevolg van de aanschaf van een ijskast' (pg. 226).

Ook nu nog is gedragsverandering het doel van interventies van het hulpverleningswerk. En zo worden mensen geïsoleerd, onderworpen aan controle, en wordt de indruk gewekt dat zij speciale probleemgevallen zijn en niet dat het gaat om een problematische maatschappijstructuur.

Frits van Wel, *Gezinnen onder toezicht. De stichting Volkswoningen te Utrecht, 1924-1975*, Amsterdam (SUA) 1988, ISBN 9062221793, prijs! 35,-.

(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.

Artsen als steuntje in de rug van patiënten bij conflict situaties



Marli Huijer



Als er bedrijfsongelukken gebeuren komen er vaak conflicten over de hoogte van de WAO-uitkering.

Foto: Gerlo Beernink/
Hollandse Hoogte

Om de positie van patiënten in conflictsituaties te versterken en deze de juiste medische informatie te verschaffen, heeft een aantal artsen in Amsterdam de Stichting Medisch Advies Kollektief opgericht. Waarom een dergelijk initiatief hard nodig was - per slot van

rekening heeft de gezondheidszorgpartij meestal wel een medisch adviseur in dienst - en wat het SMAK precies doet, beschrijft Marli Huijer, een van de initiatiefnemers: tot deze stichting, aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden.

Artsen genezen niet alleen, zij adviseren gevraagd of ongevraagd ook over allerlei conflicten of tegenstellingen binnen onze samenleving. Sommige artsen hebben zelfs hun beroep gemaakt van het adviseren: de medisch adviseurs. In dienst van instanties die baat hebben bij een beoordeling van iemands gezondheidstoestand beoordelen zij of een persoon in staat is om te werken of te sporten, of hem/haar een levensverzekering kan worden aangeboden, of hij/zij blijvend letsel heeft overgehouden aan een auto-ongeval of een medische ingreep. Kenmerkend voor medische adviezen is dat deze als objectiever, meer waar en juist worden gezien als het oordeel van de patiënt. 'Hoe zit het eigenlijk met de des-

kundigheid van de artsen over de relatie tussen ziekte en gebrek en arbeidsongeschiktheid? Er zijn geen motieven om daar hoog van op te geven', meent professor B.S. Polak na jarenlange ervaring als medisch raadsman in sociale verzekeringszaken. 'Ook uit onderzoek naar conflicten in de uitvoeringspraktijk van de ziektewet of de WAO/AAW blijkt dat menig verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid arbitrair is.' Ongetwijfeld geldt dit niet alleen voor medische adviezen in de sociale verzekeringsfeer, maar voor alle medische adviezen die de grenzen van het geneeskundig weten overschrijden. Een van de redenen voor het arbitrair zijn van de medische adviezen is dat medische

kennis toegepast wordt op gebieden die eerder maatschappelijk dan medisch van aard zijn. Voor arbeidsongeschiktheid bestaan geen eenduidige, objectieve criteria, omdat het begrip afhankelijk is van vele maatschappelijke factoren. Hetzelfde geldt voor andere medisch gedefinieerde problemen als verslaving en gekte. De medische bemoeienis met dit soort zaken wordt gelegitimeerd door de medische expertise, de zogenaamde waardevrije, objectieve medische deskundigheid van de arts.' Op het moment dat deze ter discussie staat, vervaakt de grond om het oordeel van de arts hoger te achten dan dat van de patiënt. De huidige wetgeving biedt de patiënt weinig mogelijkheden om op een ge-

lijkwaardig niveau tegen het oordeel van een medisch adviseur in te gaan. Hij of zij kan weliswaar een advocaat inschakelen en tegen het medisch oordeel in beroep gaan, maar men heeft geen recht op een gratis medisch advies. Terwijl de patiënt zelf moet bewijzen wél ziek te zijn of wél blijvend letsel te hebben opgelopen, staan haar of hem niet vanzelfsprekend dezelfde mogelijkheden ter beschikking als de instantie waar hij of zij mee in conflict is.' Veel advocaten (ook binnen de sociale advocatuur) denken er niet aan om een eigen medisch adviseur in te schakelen. Ze zijn gewend hun eigen zaakjes op te knappen, kunnen het medisch advies niet verhalen op de tegenpartij en er zijn nauwelijks betaalbare, onafhankelijke medisch adviseurs, op wie ze een beroep kunnen doen. Zouden advocaten in dit soort zaken wel van medische bijstand gebruik maken, dan zou de patiënt meer kans hebben om een gelijkwaardige procespartij te zijn.

Het SMAK

De Stichting Medisch Advies Kollektief is vorig jaar mei opgericht en bestaat uit een aantal artsen en een coördinator/administratief medewerkster. In tegenstelling tot de eerder genoemde medisch adviseurs geven de artsen alleen adviezen ten dienste van patiënten. De doelstelling van de stichting is de positie van patiënten in (dreigende) conflictsituaties in de gezondheidszorg te versterken door hem of haar de informatie te verschaffen die nodig is om op een gelijkwaardig niveau te kunnen opereren. We trachten deze doelstelling te bereiken door de opzet van een documentatie/informatiecentrum en door het geven van medische adviezen aan patiënten en hun advocaten. Het documentatiecentrum dient als bron van informatie. Naast het archiveren van de vele klachten en processen op medisch gebied en de uitspraken van tuchtcolleges of rechters wordt een uitgebreid archief opgebouwd met kranteknipsels en artikelen op het gebied van de gezondheidszorg. Dit archief zal gebruikt worden voor eigen publikaties en als informatiecentrum voor patiënten, advocaten en journalisten.

Het medisch advieswerk omvat op dit moment voornamelijk het geven van medische adviezen aan advocaten over zaken in de sociale verzekerings sfeer, over medisch letsel en blijvend letsel na ongevallen. Op verzoek van de advocaat 'tolken' we voor vluchtelingen en stimuleren we zonodig nader onderzoek. Tevens doen we vertrouwensartsenwerk voor familie van overledenen, als er vraagtekens zijn over de doods-

oorzaak.. Dit laatste werk omvat vooral het 'vertalen' van medische rapporten, eventueel het stimuleren van een nader onderzoek en/of het doen van een contra-expertise, en zonodig, het (laten) begeleiden van het rouwproces ter voorkoming van verbittering tijdens een juridische procedure. Het is niet de bedoeling dat door ons advieswerk patiënten het werk uit handen wordt genomen, maar juist om hen zoveel mogelijk te stimuleren zelf hun zaken te regelen, bijvoorbeeld om zelf de medische dossiers op te vragen. Alle informatie die men daarvoor nodig heeft, kan men bij ons krijgen. Als mensen graag willen dat een van de artsen ter ondersteuning meegaat om een dossier in te kijken of een gesprek te voeren, wordt daar altijd op ingegaan.

Casus A

De heer A, 58 jaar, belandt door een auto-ongeval met hersen- en schouderletsel in het ziekenhuis. Na twee weken ziekenhuisverblijf en enkele maanden revalidatie kan hij weer naar huis. Hij blijft echter klachten houden: zijn schouder functioneert niet optimaal en hij heeft vaak hoofdpijn. De verzekeringsmaatschappij dringt er bij hem op aan de zaak financieel af te handelen. De door de man gemelde klachten worden door de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij beoordeeld en deze constateert dat de man geen blijvend letsel aan het ongeval heeft overgehouden. Zijns inziens bestonden de klachten al vóór het ongeval. Meneer A neemt een advocaat in de hand, die in overleg met hem een orthopedisch chirurg een second opinion laat verichten naar de functie van de schouder. Ook de orthopedisch chirurg constateert dat de klachten niet het gevolg zijn van het auto-ongeval. De advocaat wendt zich ten slotte tot ons.

Uit een gesprek met de man en uit de bestudering van de opgevraagde medische stukken blijkt dat zijn klachten niet op orthopedisch, maar op neurologisch gebied liggen. Ons advies aan de advocaat en meneer A luidt:

- de zaak niet af te sluiten voordat er duidelijkheid is over de aard, oorzaak en prognose van de neurologische klachten;
- een neuroloog te consulteren met de vraag of de door de man genoemde klachten door het auto-ongeval veroorzaakt kunnen zijn en wat de prognose van deze klachten is.

De functie van de SMAK-arts in dit voorbeeld is die van een puzzelaar." In een huisartsachtig consult wordt vrij uitgebreid ingegaan op de aard van de klachten van de betreffende persoon.

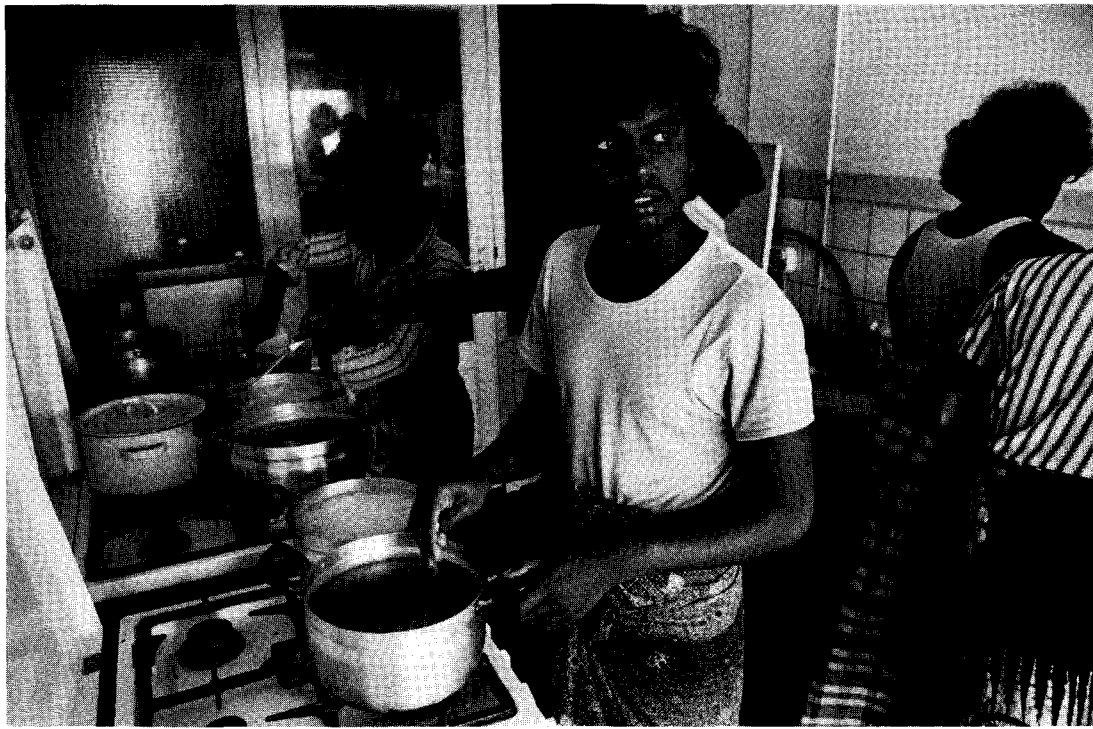
Door een open gespreksvorm te kiezen wordt deze de gelegenheid geboden om samen met de arts te bekijken wat in het hele gebeuren relevant is. Bijvoorbeeld of er objectief aantoonbare klachten zijn, waarvan duidelijk is dat deze vóór het ongeval niet aanwezig waren. Voor dit laatste kan zo nodig de eigen huisarts worden geraadpleegd. In het eerste gesprek proberen we tevens de emoties te bespreken, die het aangaan van een juridische procedure kan oproepen. Uit ervaring weten we dat de procedures soms jaren kunnen duren en de vraag of het winnen van een zaak deze moeite waard is, wordt vooraf gesteld en niet tijdens een procedure. Degene om wie het gaat, kan dan vooraf afwegen of de winst van een gewonnen zaak opweegt tegen de frustratie van jarenlang procederen. Als het duidelijk is dat men de zaak wil aangaan, gaan we op zoek naar het complete plaatje. Alle medische informatie wordt bij elkaar gezocht en naast de klachten van de man of vrouw gelegd. Ontbrekende informatie (in dit geval een consult bij een neuroloog) wordt aangevuld. Pas als de puzzel rond is, wordt de zaak afgehandeld met een schriftelijk advies aan de desbetreffende persoon en aan diens advocaat.

Dat door ons niet altijd geadviseerd wordt om een juridische procedure aan te gaan of te laten voortduren, blijkt uit het volgende voorbeeld.

Casus B

Mevrouw B, 45 jaar, secretaresse van beroep, kan wegens lage rugklachten haar werk niet meer doen. Door haar huisarts wordt ze naar een neuroloog verwezen, die een uitpuilende tussenwervelschijf (hernia) vaststelt. De door hem voorgeschreven fysiotherapie heeft geen enkel effect. Ook immobilisatie van de wervelkolom door proefgips vermindert de klachten niet. Hoewel de vrouw klachten blijft houden, wordt op grond van het geringe effect van het proefgips besloten om niet tot een operatie over te gaan.

De vrouw is inmiddels in de wao beland. Op verzoek van de bedrijfsvereniging wordt zij gezien door een verzekeringsgeneeskundige van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), een instantie die de bedrijfsverenigingen onder andere adviseert over het bestaan en de mate van arbeidsongeschiktheid). Tot haar ergernis zegt deze verzekeringsgeneeskundige botweg dat ze zich niet langer moet aanstellen. Hij meent dat ze maar beter eerlijk kan zeggen dat ze niet wil werken, terwijl deze vrouw het in uiterste vreselijk vindt om de hele dag alleen thuis te zitten; ze zou graag uit-



Vluchtelingen krijgen vaak te weinig, echt op hun persoon gerichte medische bijstand.

Foto: Chris Pennarts/Hollandse Hoogte

aan de slag gaan.

Kort nadien ontvangt ze een brief met de mededeling dat ze slechts 35% arbeidsongeschikt wordt geacht. Ze neemt een advocaat in de hand, die haar adviseert in beroep te gaan. Enige tijd later moet ze verschijnen bij de vaste deskundige - in dit geval een huisarts - van de Raad van Beroep. Deze komt na schriftelijk overleg met de verzekeringsgeneeskundige en de haar behandelende neuroloog tot een zelfde oordeel als de verzekeringsgeneeskundige. De advocaat besluit daarop in overleg met de vrouw de hele zaak aan ons voor te leggen. Intussen heeft de vrouw verzet aangetekend tegen de beschikking van de Raad van Beroep. Zonder duidelijke vraagstelling stuurt de advocaat het complete dossier aan de vrouw naar ons toe. Na telefonisch overleg blijkt dat hij wil weten of **ba zin** heeft om op medische gronden in oerzet te gaan.

Bij het **doornemen** van alle rapporten valt ons op dat de klachten van deze vrouw van het begin af aan weinig objectief beoordeeld zijn. Al in het eerste verslag van de neuroloog wordt zij omschreven als een theatrale vrouw, die haar klachten schromelijk O'Uerdrijft. In latere rapporten komt zij onveranderlijk als een aanstellerige, simulerende of zelfs hysterische vrouw naar voren. De bijvoegsels worden in de loop der

tijd steeds kwetsender en denigrerder. Het lijkt of de etikettering een eigen leven is gaan leiden. Geen van de artsen die haar gezien heeft, heeft geprobeerd deze psychologische kwalificaties te objectiveren.

Uit de rapporten blijkt verder dat de reden om niet te opereren niet zozeer het geringe effect van het proefgips was, maar vooral het verminderen van de objectieve verschijnselen van de hernia. De lage-rugpijnklachten zijn weliswaar blijven bestaan, maar de prikkeling van de zenuwwortels is verminderd.

In een gesprek vertelt de vrouw ons dat haar boosheid over de benadering door de artsen en het gevoel niet begrepen te worden de voornaamste reden is geweest om in beroep te gaan. Eigenlijk zou ze wel graag op een of andere manier willen werken. Omdat wij niet verwachten dat een volgende ronde door het medisch circuit een ander resultaat zal opleveren en om te voorkomen dat deze vrouw door verder procederen gefixeerd raakt op haar eigen ziek-zijn, adviseren wij de procedure te stoppen. De vrouw is het hier mee eens en gaat in overleg met haar advocaat op zoek naar andere mogelijkheden (ww, aangepast werk).

Een medisch oordeel gevormd op basis van politieke, morele of andere persoonlijke opvattingen van de arts gaat

vaak een eigen leven leiden." Elke volgende arts die de patiënt beoordeelt, zal bevooroordeeld raken door de suggestieve omschrijving van de vorige arts. Voor een advocaat is het moeilijk aan te tonen dat het oordeel van de medisch adviseur niet ter zake kundig is. Zou de advocaat daarentegen gebruik maken van een eigen medisch adviseur, dan zou de beoordeling van de medische kanten van de zaak (de informatie van de patiënt, de medische dossiers) op een met de tegenpartij vergelijkbaar niveau zijn, waardoor de juridische verdediging sterker zou zijn. Gezien de ongelijkwaardige rechtspositie van de cliënt in dit soort zaken (de tegenpartij heeft altijd juridische en medische adviseurs) is het geen overbodige luxe als cliënt en advocaat bij dit soort zaken advies aan een onafhankelijk arts vragen.

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat als een advocaat wel om medisch advies vraagt, dit veelal pas in een gevorderd stadium van de juridische procedure is. In plaats van het medisch advies te gebruiken om van begin af aan een gelijkwaardige positie na te streven, wordt de medisch adviseur als laatste redmiddel in de strijd gegooid. Het in een vroeg stadium inschakelen van een onafhankelijk medisch adviseur zou kunnen voorkomen dat de patiënt het gevoel heeft niet gehoord te worden,

dat hij/zij naar de verkeerde specialist gestuurd wordt of dat procedures gevoerd worden waarvan van tevoren duidelijk is dat het slechts tot frustratie kan leiden. Het niet opvolgen van dit gevraagde medisch advies heeft ook geen enkele consequentie: de patiënt en diens advocaat zijn vrij in hun beslissing wat zij met het advies doen.

Sociaal isolement

Veel medisch adviseurs zoeken de oorzaak van klachten in de persoonlijkheidsstructuur van patiënten, ziekmakende omgevingsfactoren worden niet of nauwelijks gesignaleerd of genoemd.

Casus C

De heer C, 30 jaar, asielzoekend vreemdeling, verblijft in het opvangcentrum op Schiphol Oost in afwachting van de beslissing over toelating als vluchteling. Hij is erg nerveus, heeft last van zijn maag en eet vrijwel niet. De ingeroepen arts, een huisarts uit de omgeving van Schiphol, schrijft kalmerende tabletten voor. Omdat de klachten aanhouden, wordt de huisarts nogmaals ingeschakeld. Deze vindt het niet nodig zijn beleid te wijzigen. De advocaat van de man vertrouwt de medische behandeling niet: hij ziet de man lichamelijk en geestelijk zienderogen achteruitgaan en wil een onafhankelijk medisch oordeel. Hij doet een beroep op de SMAK.

Uit de door ons met een beëdigd tolk afgenomen anamnese blijkt dat de man van jongs af aan in een zeer stressvolle situatie heeft verkeerd. Het verlies van naaste familieleden en de steeds aanwezige angst om vermoord te zullen worden, hebben voor hem het leven aldaar ondraaglijk gemaakt. Hij dreigde er psychisch aan onderdoor te gaan. De onzekere situatie waarin hij nu verkeert, doet hem ook geen goed. Zijn nervositeit, maagklachten en slechte eetlust hangen nauw samen met zijn psychische problemen.

Het lichamelijk onderzoek bevestigt de door de advocaat reeds gesignaleerde slechte voedingstoestand. De man maakt een verwarde, angstige en nerveuze indruk. Bij buikonderzoek is er flinke drukpijn in de maagstreek. De SMAK-artsmeent dat zowel de onderliggende problematiek als de lichamelijke klachten meer aandacht behoeven dan in het tot nu toe gevoerde medisch beleid tot uitdrukking is gekomen. Vooral de voedingstoestand vindt hij zorgwekkend. In overleg met de man besluit hij zijn bevindingen aan de huisarts door te spelen en deze te verzoeken gericht aandacht aan de psychische problemen, de voedingstoestand en de maagklachten te besteden.

Zoals uit het voorbeeld blijkt zal de SMAK zoveel mogelijk proberen om de bestaande hulpverlening aan te spreken en te verbeteren. Een vluchteling verkeert net als een gedetineerde in een sociaal isolement. Er zijn geen familieleden of vrienden die op hem of haar letten. Er is niemand die de dokter corrigeert of die aandringt op meer aandacht.

De arts kent de man of vrouw niet noch diens omgeving. Het verleden, de sociale status of de redenen om te vluchten blijven buiten beschouwing. Het betekent dat de arts de rol van een waarnemend huisarts krijgt: er wordt een ad-hocbeleid gevoerd. Er moet hier en nu gehandeld worden en zolang de patiënt niets meer van zich laat horen, zal het wel goed zijn.

Ook de medisch adviseur van het ministerie van Justitie die over de gezondheidstoestand van een vluchteling adviseert - ten behoeve van de beoordeling of iemand om humanitaire redenen moet worden toegelaten - neemt vaak niet de tijd en moeite om meer over iemands sociale achtergrond te weten te komen. Omdat elke vluchteling nu eenmaal uit een moeilijke situatie komt, wijkt de medisch adviseur het al snel aan iemands persoonlijkheidsstructuur als hij of zij niet tegen de situatie in zijn land van herkomst kan. Hij meent dat als deze situatie werkelijk relevant zou zijn, iemand wel om politieke redenen de vluchtelingenstatus zou krijgen. Daarbij wordt maar al te gemakkelijk vergeten dat het voor veel vluchtelingen heel moeilijk is om hun (politieke) vluchtverhaal met feiten te onderbouwen: het risico dat familie of vrienden in gevaar komen is te groot. Ook in dit soort zaken kunnen advocaten ons dus vragen het rapport van de medisch adviseurs van het ministerie van Justitie te beoordelen.

Medische deskundigheid

Het bijzondere van de SMAK is de overdracht van medische deskundigheid en het geven van een gevraagd medisch advies. Een nieuwe laag artsen tussen patiënt en behandelend arts is het tegendeel van wat wij willen bereiken, want het primaire doel van de SMAK is om de positie van de patiënt te versterken. Daartoe is onder andere nodig dat de patiënt weet waar de arts het over heeft. Hij of zij moet inzicht kunnen krijgen in de waarde van het oordeel en het handelen van medici. Maar niet elke patiënt houdt ervan de touwtjes in eigen handen te moeten houden. Het kan immers prettig zijn als iemand anders voor jou een dossier opvraagt of iets voor je regelt, waar je beter van wordt. Voor artsen is het soms verleidelijk om de aangeboden

hulpverleningspositie te accepteren: het geeft je een machtig gevoel en dat is nooit onprettig.

Om te voorkomen dat er bij patiënten een verkeerde verwachting wordt gewekt, hebben we besloten ons eerst via publikaties naar buiten toe te profileren alvorens de deuren voor iedereen open te stellen. Dat betekent dat mensen alleen via publikaties of via mond-op-mondreclame van ons bestaan op de hoogte raken. Misschien dat in de verre toekomst - als we een subsidie voor elkaar krijgen - een open spreekuur wel in het verschiet ligt. Zonder subsidie zal dat echter op korte termijn niet te realiseren zijn. Dank zij enkele giften is het ons tot op heden gelukt om mensen naar draagkracht, dat wil zeggen tegen een zeer geringe vergoeding, van dienst te zijn."

Marli Huijer is arts en een van de oprichters van het SMAK

Noten

1. Ik gebruik het woord patiënt, terwijl het in feite gaat om burgers die gebruik (moeten) maken van medische voorzieningen of adviezen. Vanzelfsprekend zijn dit niet alleen vreemden.
2. 8.S. Polak 'De huisarts en het wettelijk kader van de sociale verzekeringswetten', in: *Huisarts en arbeidsongeschiktheid* (onder redactie van D.B. Kagenaar e.a., Alphen a.d. Rijn (Saxion/Stafteu), 1985).
3. A.A.M. de Ruiter, *Een onderzoek naar de effecten van medische bijstand en de rol van de huisarts bij conflicten in de uitvoeringspraktijk van ziekwet, WAO/AW, academisch proefschrift* (geneeskunde), Universiteit van Amsterdam, november 1987.
4. Zie 'Medische advisering', in: A. de Swaan, *De mens en de mens een zorg*, Amsterdam (Meulenhoff) 1983.
5. In het in december 1988 verschenen *Advies Tweede vorderingsnota PAMtenbeleid* wijst ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de regering op de procesrechtelijke positie van de patiënt cliënt in het sociale zekerheidsrecht. De Raad een in de literatuur gedane suggestie voor de verbetering van de procedures bij medische geschillen door het InStellen van een bezwarenprocedure - medische geschillen.
6. Een aantal feiten in de casus is veranderd om herleiding naar de betreffende personen te voorkomen.
7. Eensprekend voorbeeld hiervan wordt gegeven in het artikel van Lidy Schoon, 'Macht van de medisch adviseurs, De constructie van een neurotisch wezen', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, december 1987.
8. Het adres van de Stichting Medisch Advies Kollektie: Postbus 15002, 1001 MA Amsterdam, tel. 020-7141 05 (woensdag en vrijdag van 10,00-17,00 uur),

Dilemma's rond reproductieve technologieën



Trudi Koek

In het laatste decennium lijkt zich een aardverschuiving te voltrekken op het gebied van de menselijke voortplanting. Kenmerkten de jaren zestig en zeventig zich als het tijdperk van de seks zonder voortplanting, in de jaren tachtig kun je spreken van de voortplanting zonder seks. Nieuwe technieken om de bevruchting kunstmatig tot stand te brengen zijn ontwikkeld en de angst voor het sleutelen aan de erfelijkheid is door de ontwikkelingen op het gebied van de genetische manipulatie groot. Alom klinkt de vraag naar wetgeving om de ethische grenzen van de komende ontwikkelingen vast te leggen. Zoals bij alle ethische vraagstukken, is de uitdaging voor de politiek om in de snel veranderende situatie een balans te vinden tussen belangen en moraal. Trudi Koek geeft aan wat volgens haar de belangrijkste politieke dilemma's op dit gebied zijn.



In vitro fertilisatie. Met een pipet wordt een eikel geïsoleerd, waarna deze wordt bevrucht.

Foto: Flip Franssen/
Hollandse Hoogte

Om de volgende vragen te kunnen beantwoorden, wie hebben belang bij de huidige ontwikkelingen, voor wie zijn de nieuwe technieken toegankelijk en welke grenzen moeten er door wie worden getrokken, zal ik beginnen met een kijkje te nemen in de keuken van de medische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek en beschrijven welke technieken worden gebruikt om de voortplanting kunstmatig te laten verlopen.

Mijn uitgangspunt is dat de kunstmatige technieken een alternatief voor de natuurlijke bevruchting betekenen. Ook opent de ontwikkeling van deze technieken perspectieven voor mensen die graag de zorg en verantwoording voor kinderen willen hebben, maar daar tot nu toe door hun levensstijl (alleenwonend) en/of partnerkeuze (lesbische vrouwen en homoseksuele mannen) van afgesneden waren.

Het begrip reproductieve technologie omvat het geheel aan technieken op het gebied van de voortplanting. In het kader van de genoemde vragen gaat het mij alleen om de zogenaamde 'nieuwe'

voortplantingstechnologieën: kunstmatige inseminatie (xi) en vooral de ingrepen die bij in-vitro-fertilisatie (IVF) voorkomen, zoals embryotransplantatie en het invriezen van embryo's. Door deze technieken zijn de mogelijkheden van het draagmoederschap uitgebreid. In het kort zal ik de bovenstaande technieken uitleggen en aangeven waar de politieke dilemma's de kop opsteken en welke posities er worden ingenomen.

Kunstmatige inseminatie ki kan heel makkelijk door middel van zelfinseminatie buiten de gezondheidszorg om gebeuren. Gezien het aantal advertenties, waarin om donoren wordt gevraagd, bestaat op dit gebied al een levendige praktijk. Als ki binnen de gezondheidszorg plaatsvindt, moet(en) de toekomstige ouder(s) aan een aantal voorwaarden voldoen: zij moeten(en) in staat zijn een kind groot te brengen, een echtpaar moet hun onvruchtbaarheid verwerkt hebben, en als laatste moet er bij de partners sprake zijn van

een duurzame, stabiele relatie. De ouder(s) kunnen hun wensen ten aanzien van uiterlijke kenmerken van de donor kenbaar maken, zoals kleur haar, ogen, lengte, gewicht en huidkleur. Deze wensen spelen een rol bij de keuze van het zaad. Vaak wordt er een wachttijd ingesteld om te kijken of mensen op hun besluit terugkomen. Het enige nadeel van ki binnen de gezondheidszorg is de afhankelijkheid van de beoordeling van artsen. Verder betekent ki voor alleenstaande vrouwen, lesbische paren en heteroseksuele paren waarvan de man onvruchtbaar is, een eenvoudig en goed alternatief.

In-vitro-fertilisatie
De spectaculaire opkomst van de in-vitro-fertilisatie (*in vitro* betekent op glas) heeft veel reacties opgeroepen, zowel positief als negatief. De kern van de methode is dat de bevruchting van de eikel buiten het lichaam van de vrouw gebeurt. In 1978 zag in Engeland het eerste IVF-kind het levenslicht. Sindsdien is de methode haar kinderschoenen ont-

groeit, in Nederland kunnen vrouwen momenteel in 18 ziekenhuizen voor een behandeling terecht.

Hoe ziet de procedure eruit en wat zijn de risico's?

De behandeling omvat een aantal fasen:

1. Hormoonstimulatie van de eierstokken. Vrouwen krijgen hormonen (Clomifeen) om de ovulatie te stimuleren. Dit is een aan het Des-hormoon verwant preparaat. De gevolgen van het Des-hormoon, onder andere verhoogde kans op borstkanker van de Des-moeders en onvruchtbaarheid van de Des dochters, zijn pas na een aantal decennia bekend geworden. Het is de vraag of het wel verantwoord is om Clomifeen te gebruiken zonder dat de effecten op lange termijn bekend zijn.

2. De eicelpunctie. Tussen de 10e en de 14e dag na de menstruatie worden de rijpe eicellen uit de eierstok van de vrouw vrijgemaakt en opgezogen. Dit gebeurt onder plaatselijke verdoving via de vagina. Dit aanprikken van de eicellen is niet zonder gevaar voor de vrouw: er kunnen ontstekingen en beschadigingen aan de blaas ontstaan.

3. De bevruchting in-vitro en de embryo-transplantatie. Aan iedere eicel worden 50.000 zaadcellen toegevoegd. Na een kweek van 48 uur van de bevruchte eicellen worden drie à vier snel groeiende en normaal uitziende embryo's in een Spuit opgezogen en naar de baarmoeder overgebracht. Om de zwangerschap voort te laten duren, krijgen vrouwen opnieuw flink wat hormonen (Progesteron) toegediend. Een van de hete hangijzers is wat er met de rest-embryo's moet gebeuren. Mag hier wetenschappelijk onderzoek mee worden gedaan?

Tot voor kort kon dit onderzoek na toestemming van de 'ouders' gebeuren, nu is het wachten op de wettelijke kaders.

Een andere vraag is wat de gevolgen zijn van het invriezen van rest-embryo's, bijvoorbeeld voor latere donatie. Ondervindt de bevruchte eicel (en dus het eventueel daaruit te groeien kind) daarvan schade?

Tot zover de medische procedure in een notedop. Voor vrouwen betekent zwanger worden met de IVF-methode dat zij een tijdrovende en belastende procedure moeten volgen. Uit een onderzoek dat in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam is gedaan, blijkt dat vooral de psychische spanning IVF belastend maakt. ¹Je weet niet zeker of je de volgende fase haalt, en aangezien de behandelingen meestal kort na elkaar plaatsvinden, hebben vrouwen ruim een half jaar een volkomen ontregeld leven. Daarbij is het succespercentage heel laag. De cijfers verschillen, maar het meest genoemde

percentage levend geboren is 10% (één op de tien zwangerschappen). Zowel lichamelijk als geestelijk zijn er voor vrouwen risico's aan deze methode verbonden!

Opvallend is dat veel vormen van onvruchtbaarheid bij vrouwen het gevolg blijken te zijn van het gebruik van voorbehoedsmiddelen, zoals het spiraal, van ontstekingen of van verschillende geslachtsziekten. Onderzoek naar het voorkomen of herstellen van onvruchtbaarheid zou gezien de beste tijd, energie en geld aan IVF (125.000,- per geboren baby) een meer voor de hand liggende oplossing zijn.

Verzet

In feministische kringen is de afgelopen jaren kritiek op de IVF-methode ontstaan. Sinds 1985 is de groep FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering) actief. In Nederland is FINRRAGE vertegenwoordigd door de werkgroep Rhea.² Het uitgangspunt van hun stellingname is dat vrouwen de controle over hun reproductieve vermogens dreigen te verliezen. De medische wetenschap is er volgens hen op uit om lichaam en geest van vrouwen aan zich te onderwerpen, om zo de voortplanting te kunnen beheersen. 'Nooit stellen ze de bewuste technieken voor als voorbeeld van geweld tegen vrouwen, direct geweld door middel van experimenten op ons lichaam of een deel ervan, en indirect door het destabiliseren van het gevoel van de vrouw voor lichamelijke integriteit, autonomie en eigenwaarde, zodat ze, of we, de perfecte potentiële markt voor de toekomstige ruimere toepassingen van IVF worden, zoals bijvoorbeeld routinesterilisatie in de puberteit door het wegnemen van de eierstokken. Eicellen kunnen dan ingevroren en opgeslagen worden, gereed om ze te ontdooien, te laten rijpen en te bevruchten op een ogenblik dat het de vrouw schikt om een kind te krijgen.' Volgens FINRRAGE kan de enige reactie op de IVF-methode een hartgrondig nee zijn.

Andere feministen bekritiseren de stellingname van FINRRAGE als een complottheorie: alle artsen en onderzoekers zouden erop uit zijn vrouwen te overheersen. Door een algemeen vrouwen belang te construeren, worden de verschillende posities die vrouwen innemen verdoezeld.³ Bovendien geven zij een voorstelling van de vrouw als slachtoffer en rijst het doembeeld van een totale medicalisering op: vrouwen kunnen hun eigen belang niet definiëren en zijn slechts het object van de machtsdrang van de heren medici. Een genuanceerdere kijk is mogelijk als

je accepteert dat IVF mede ontwikkeld is en toegepast wordt door de bestaande behoefte van vrouwen om een kind te krijgen.

Onvruchtbaarheid

Het standpunt van de huidige regering laat een heel andere beperking zien. Recent is de nota *Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap* verschenen, die op 17 april jongstleden in de Tweede Kamer aan de orde is geweest. Het belangrijkste uitgangspunt van de nota is de stelling dat het toepassen van kunstmatige technieken een medische behandeling van onvruchtbaarheid is, dus geen alternatief voor de natuurlijke voortplanting. Het krijgen van kinderen blijft zo een heteroseksuele aangelegenheid. Een situatie die de regering zegt na te streven in het (onbewezen) belang van het kind. Om een seksueel identiteitsbesef te krijgen moet een kind een zo duidelijk mogelijk identificeerbare relatie met een vader en een moeder hebben.⁴ Dit houdt discriminatie in van mensen die niet in een traditioneel gezinsverband leven, terwijl er geen wetenschappelijke gegevens bestaan die onderbouwen welke opvoedingssituatie voor een kind het beste is. De bewindslieden pogen de problematiek rond IVF te depolitiseren door als uitgangspunt de medische correctie van onvruchtbaarheid te nemen. Het bovenstaande laat zien dat dit geen basis is om ethische keuzes te maken en dat als een adder onder het gras zit: het behoud van de 'hoeksteen' van de samenleving.

Een onmisbare voorwaarde die gesteld moet worden aan de IVF-praktijk is het serieus nemen van de kinderwens van onvruchtbare vrouwen en hun eventuele partner(s). Dat betekent in de eerste plaats dat er onderzoek gedaan moet worden naar de mogelijkheden om onvruchtbaarheid bij vrouwen te voorkomen of te herstellen. In de tweede plaats moeten alle vrouwen die onvruchtbaar zijn toegang tot de IVF-methode krijgen. Dit houdt tevens in dat alleen de onvruchtbaarheid van vrouwen een indicatie voor IVF kan zijn en bijvoorbeeld niet de verminderde vruchtbaarheid van de man. Dan is kijken voor de hand liggende oplossing. Om een gelijke toegang tot IVF te realiseren en geen financiële drempels op te werpen moet de IVF-behandeling in het ziekenfondspakket en in alle particuliere verzekeringen worden opgenomen.

Tot slot is het belangrijk dat alle mensen die de IVF-methode overwegen nauwkeurig door hun huisarts en specialist worden voorgelicht over de procedure en de risico's voor de vrouw en het kind. Het is de vraag of de

huidige voorlichting voldoende aandacht besteed aan de onwetendheid en vraagtekens over mogelijke negatieve gevolgen.

Draagmoederschap

De kunstmatige technieken KI en IVF hebben de mogelijkheden voor het draagmoederschap uitgebreid: door middel van KI met sperma van de aanstaande vader, of door inplanting van een embryo dat door IVF is ontstaan uit een eicel en een zaadcel van de aanstaande ouders.

Onder draagmoederschap wordt in het algemeen verstaan: 'een draagmoeder draagt en baart een kind ten behoeve van (een) derde(n) en heeft zich daartoe tot die derde(n) verbonden.'. In Nederland is het krijgen van een kind met behulp van een draagmoeder juridisch alleen mogelijk via de weg van adoptie, aangezien de vrouw die het kind baart altijd de rechtmatige moeder is. Het draagmoederschap zou voor een aantal mensen die graag de verantwoording en zorg voor kinderen willen hebben een uitkomst zijn. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een mannelijk homopaar of een stel waarvan de vrouw onvruchtbaar is. Mijn mening staat ook op dit punt haaks op het regeringsstandpunt. In de nota wordt het draagmoederschap beschouwd als een ongewenst verschijnsel, vanwege het grote aantal risico's dat eraan verbonden is. Het hechtingsproces van het kind aan de ouders en de identiteitsontwikkeling zien de bewindslieden als nadelig. Opnieuw lijkt mij de stelligheid waarmee deze verklaring geldig wordt verklaard tot niets anders te herleiden dan tot de vooronderstelling dat de band die het biologisch ouderschap met zich meebrengt niet te vervangen is. Het draagmoederschap op commerciële basis lijkt echter ook mij een slechte zaak. Het voortbrengen van leven mag geen object van winstbejag worden. Daarentegen moet er juist voor die vormen van draagmoederschap, die tot gewenst sociaal ouderschap leiden, een wettelijk kader komen. Het belang van het kind vereist dat sociaal ouderschap kan leiden tot juridisch ouderschap.

Genetische manipulatie

Het onderzoek naar het opsporen van afwijkingen aan embryo's en het zoeken naar oplossingen om een gezond nageslacht te waarborgen neemt steeds grotere vormen aan. De meeste opwinding ontstaat over de vraag of en hoe erfelijke afwijkingen door middel van genetische manipulatie te veranderen zijn. Genetische manipulatie is het aanbrengen van veranderingen in het genetisch materiaal van een organisme. Er bestaan verschillende vormen.

1. Genetische therapie: gericht op correctie of compensatie van genetische eigenschappen die verantwoordelijk zijn voor een afwijking.
2. Niet-therapeutische genetische manipulatie: het toevoegen van een extra gen.
3. De eugenetische manipulatie: getracht wordt menselijke eigenschappen als intelligentie en karakter te veranderen.

De angst voor de totale beheersbaarheid, voorspelbaarheid en daardoor manipuleerbaarheid van het menselijk leven is gekoppeld aan de mogelijkheden van de laatste twee vormen. Die angst is begrijpelijk als je kijkt naar de biotechnologie. In een aantal landen wordt in laboratoria al geëxperimenteerd met transgene dieren. Dat zijn dieren die zijn voorzien van erfelijk materiaal van andere organismen. Het betreft voorrallandbouwdieren, zoals koeien, varkens en kippen, die steeds meer worden aangepast aan de eisen van de mens.

Deze ontwikkeling heeft voornamelijk verwerpelijke kanten. Dat deze manipulaties in de toekomst ook aan het menselijk lichaam gaan gebeuren is niet denkbeeldig, als je op uitspraken van sommige wetenschappers afgaat. Zo lezen we van hoogleraar biochemie Hans Bloemendaal recentelijk de volgende uitspraak: 'Velen vinden gen-manipulatie en het experimenteren met embryo's maar een griezelige zaak en vragen zich af: waar gaat dit alles heen? Wel, naar de transgene mens natuurlijk! Want de drang om het waarom der dingen te weten te komen is een levensdrift die zich moeilijk zal laten onderdrukken. Zelfs niet door wetten. Als de werktuigen er zijn, dan wordt ermee gewerkt. Dus angst of geen angst: het gaat gewoon gebeuren.' Dat op deze wijze de angst en het doemdenken over de toekomst gevoed wordt, lijkt mij zonder twijfel. Andere wetenschappers zeggen dat het niet zo'n vaart loopt en willen informatie overdragen. Volgens hen bestaan er veel misverstanden over de mogelijkheden en onmogelijkheden van genetisch onderzoek.

Al het onderzoek gebeurt op het niveau van de gentherapie. Het is een groot probleem om cellen die een manipulatie hebben ondergaan na terugplaatsing in het lichaam te activeren. Bij een menselijk lichaam is dat nog niet gelukt." Zelf vergelijk ik het met de computertechniek en de toepassingen. De technische mogelijkheden zijn enorm, maar de toepassingsmogelijkheden op het gebied van de software hollen ergens achteraan.

Om de tegenstrijdige berichten uit de wetenschappelijke wereld te kunnen beoordelen is toezicht en medezeggen-

schap van patiëntenorganisaties en ethische commissies noodzakelijk. Maatschappelijke consensus over de grenzen van toelaatbare manipulaties kan alleen ontstaan, als betrokkenen via democratische kanalen de mogelijkheid krijgen om de gevolgen te overzien en af te wegen.

In dit artikel heb ik een pleidooi gehouden voor een evenwicht tussen belangen en moraal. Mijn uitgangspunt is een variëteit aan samenlevingsvormen. De nieuwe reproductieve technieken openen deuren naar een samenleving, waarin niet alleen eigenbelang of vermeende gemeenschappelijke waarden en normen ten aanzien van verantwoord ouderschap voorop staan. Het loskoppelen van de voortplanting van heteroseksualiteit is revolutionair, doordat de vrijheid van keuze om je eigen bestaan vorm te geven wordt vergroot. De kunstmatige technieken maken de verschuiving van het biologisch ouderschap naar sociaal ouderschap mogelijk. Bij deze vorm van ouderschap staat de vraag voorop of je de opvoeding van kinderen voor je verantwoording wilt nemen. Het verlangen naar een biologisch eigen kind verdwijnt naar de achtergrond en daarmee de vanzelfsprekendheid van het krijgen van kinderen.

Dit zou tot gevolg moeten hebben dat de juridische status van verschillende ouderschapsvormen gelijk getrokken worden en dat het eénricht bewegende wordt. De kern van mijn pleidooi is dat alle vrouwen, ongeacht hun levensstijl, toegang moeten hebben tot de reproductieve technologie.

Trudi Koek is emancipatiewerkster bij de RSP.

Noten

1. José Henmans, 'Een volkomen onregelmatig leven, onderzoek naar de fysieke en psychische belasting van IVF', in: *Wetenschap en Samenleving*, nr. 61987.
2. U-een artikel in *Vrij Nederland*, d.d. 22 april '89, komt naar voren dat ook gynaecologen zich zorgen maken over de gevolgen van de toegediende hormonen voor afwijkingen bij kinderen. Zij ple- en voor meer onderzoek en baseren zich op de resultaten van een Australisch onderzoek waaruit blijkt dat het aantal aangeboren afwijkingen bij IVF-kinderen relatief hoog is, met name wat betreft spina bifida (open rugjes) en verwisseling van de grote bloedvaten.
3. Rheawas een godin u- de oudheid, die de bron van het leven symboliseerde.
4. Renate Duelli Klein, 'De cruciale rol van de in vitro bevruchting (IVF) als middel voor sociale controle', in: *Verzamelde inleidingen*, gehouden op de feministische hoorz- ng over VOOI1plantingstechnologieën en genetische manipulatie, Brussel 1986, blz. 13.
5. Juliette Zipper, 'De fictie van de natuurlijke voortplanting', in: *Lover*, 14e jrg, nr. 1, maart 1987.
6. *Nota Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap*, Tweede Kamer, vergadering 1987-1988, 20706, nr. 2, blz. 13.
7. Uiteen artikel in *Vrij Nederland*, d.d. 14 januari 1989.
8. Wie hier meer over wil weten verwijst ik naar het cahier DNA-diagnostiek. Een uitgave van de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij, Leiden 1989.

... BOEKEN ...

Geneeskunde en menstruatie

Ingrid Baart en Els Bransen, *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie. Een medisch-sociologische analyse van het premenstrueel syndroom*, Den Haag (ministerie van Sociale Zaken) 1989, ISBN: 90 363 9720 0, prijs: 25,-.

De menstruatiecyclus is een geliefd object van onderzoek. Vooral de afgelopen twee decennia is er een lawine aan wetenschappelijke publikaties over dit thema verschenen. Ingrid Baart en Els Bransen behandelen in hun boek *Vrouwen, geneeskunde en menstruatie* de tot op heden geproduceerde kennis over menstruatie en menstruele klachten. Daarmee hebben zij een belangrijke bijdrage aan de theorievorming op het terrein van vrouwenstudies geneeskunde en biologie geleverd. Het gehanteerde onderzoeksperspectief is dat van het constructivisme, dat benadrukt dat wetenschapsbeoefening een sociale activiteit is en dat de feiten die de wetenschap produceert het resultaat van deze activiteit zijn.

Wandelende baarmoeder

Het boek is een bundeling van vijf artikelen, waarvan er twee eerder verschenen in het *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* en één in *Lover*. Het grootste gedeelte is gewijd aan de vraag wat de historische achtergronden en gehanteerde vooronderstellingen zijn van het medisch wetenschappelijk onderzoek naar de samenhang tussen vrouwelijkheid, ziekte, voortplantingsorganen en geslachtshormonen. Daarnaast wordt onderzocht welke relaties vrouwen zelf tussen vrouw-zijn, ziekte, voortplanting en hormonen leggen. Bij beide vraagstellingen is de menstruatiecyclus focus van onderzoek.

Het hoofdstuk 'Waar eens de baarmoeder raasde' is een geschiedschrijving-in-voegvlucht van medische theorievorming omtrent vrouwen en ziekte. Van de wandelende baarmoeder uit de theorie van Plato gaat het via het zenuwstelsel als verklaringsprincipe in de 19e eeuw naar de endocrinologische theorieën in de 20e eeuw. Hoewel de verklaringsprincipes per periode verschillen, blijken (geestes) ziekten van vrouwen altijd in verband gebracht te zijn met slecht functionerende voortplantingsorganen. In 'De wetenschap en het premenstrueel syndroom' analyseren de auteurs de wijze waarop de praktijk van het wetenschappelijk onderzoek bijdraagt aan de constructie van het premenstrueel syndroom (pms). Hier verschijnen de beide vermeende grondleggers van het premenstrueel syndroom ten tonele: de gynaecoloog Robert Frank, die in 1931 voor het eerst de term 'premenstruele spanning' lanceerde, en de huisarts Katharina Dalton die in 1953 het hele scala van klachten onder de noemer 'premenstrueel syndroom' onderbracht. Beide artsen blijken zeer verschillende opvattingen te hebben over oorzaken, uitingvormen en behandelwijzen van de 'ziekte'. Eigenlijk is het enige gemeenschappelijke in hun werk het beeld van de vrouw als een hormonale vrouw die onevenwichtig is.

Vervolgens worden in dit hoofdstuk de publikaties over pms gedurende de periode 1968-1986 geanalyseerd. Medici, (feministische) psychologen en psychiaters raken betrokken bij de discussie omtrent pms. Er ontstaan controverses tussen de verschillende groepen over de vraag of pms bestaat en een ziekte is, of de symptomen invaliderend zijn en of het een biologische, psychosociale dan wel biopsychosociale definitie dient te krijgen. Duidelijk wordt dat 'de ervaringen van vrouwen met de menstruatiecyclus in en door bemoeienissen van wetenschappers - telkens weer anders - premenstruele problemen zijn geworden'.

Feministische onderzoekers hebben voortdurend kritiek geuit op de conceptualisatie van pms als maandelijks hormonale ziekte van vrijwel alle vrouwen. Onder invloed van die kritiek zijn wetenschappers gaan zoeken naar criteria om vrouwen met het 'echte' pms te kunnen onderscheiden van 'normale' vrouwen. Tegenwoordig neemt het syndroom de gedaante aan van een psychiatrische ziekte van een kleine groep vrouwen (2-10%).

Eigen verhaal

In het laatste hoofdstuk 'Vrouwen verhalen van menstrueren', wordt onderzocht hoe vrouwen zelf betekenis geven aan hun menstruele cyclus. Uit interviews met 21 vrouwen blijkt dat er in hun verhalen sprake is van een combinatie van oorspronkelijkheid en medicalisering. Vrouwen praten de geneeskunde niet zomaar na. Zo noemt slechts de helft uit zichzelf hormonen als belangrijke factor. Zij hebben een eigen verhaal over haar menstruatie en putten daarbij uit drie verschillende verhalengenres.

In het *émancipatoire* genre staat het handelend 'ik' dat macht heeft over het lichaam centraal. Het gaat erom 'goed voor jezelf te zorgen', 'naar je lijf te luisteren' en 'te weten hoe het voor jezelf werkt'.

Binnen het *objectiverende* genre wordt over menstruatie gesproken in termen van 'dat gedoe' en 'die rommel daarbinnen'. Menstrueren is functioneel omdat het de voorwaarde vormt om kinderen te kunnen krijgen, verder is het alleen maar lastig.

Dit contrasteert met uitspraken vanuit het genre van de *natuurlijkheid*, waarin voortdurend gewezen wordt op het normale en onproblematische van het menstrueren. Bovendien heeft het een reinigende werking: het is alsof je 'aan de schoonmaak bent' en daarna kom je er 'lekker helder weer uit'.

Geheel onaangeraakt door medische opvattingen zijn de uitspraken van vrouwen echter niet. De psychosomatische benadering bijvoorbeeld, waarbij (negatieve) ervaringen rondom de menstruatiecyclus in verband worden gebracht met acceptatie van het vrouwelijk lichaam en seksualiteit, is in bepaalde gespreksfragmenten in bewerkte vorm terug te vinden.

Het boek eindigt vervolgens erg plotseling en open. Een afsluitend hoofdstuk, waarin de bevindingen uit de verschillende studies worden geïntegreerd, ontbreekt. Dat is jammer want daardoor blijft zichtbaar dat het een

bundeling is van losse artikelen, die overigens stuk voor stuk buitengewoon uitgebreid zijn gedocumenteerd. Af en toe heeft het boek iets tweeslachtigs (waar Baart en Bransen zich overigens ook van bewust zijn). De keuze voor constructivisme als perspectief impliceert dat men zich niet bezighoudt met problemen van 'waarheid' en 'niet-waarheid', maar probeert uit te zoeken hoe 'waarheden' ontstaan en veranderen. Toch lijken de auteurs, vanuit hun feminisme, aanbevelingen te willen doen over 'hoe het dan wel moet met pms'. Het gehanteerde onderzoeksperspectief laat dit echter niet toe, waardoor de aanbevelingen enigszins uit de lucht komen vallen.

De kracht van het boek zit 'm in twee zaken. Ten eerste wordt overtuigend gedemonstreerd dat vrouwenlichamen door de eeuwen heen object van medische theorievorming zijn geweest. Ten tweede wordt op heldere wijze beschreven hoe verklaringen voor en behandeling van een 'vrouwenkwaal' door de tijd transformaties ondergaan. Het proces van kennisverwerving blijkt afhankelijk te zijn van op dat moment heersende beelden over 'de vrouw' en 'vrouwelijkheid'. Daarmee wordt het stereotype beeld dat ziekten naar tijd en plaats universeel zijn grondig doorbroken.

Voor geïnteresseerde wetenschappers in feministische studies op het terrein van geneeskunde en biologie is het boek een *must*. Artsen en vrouwelijke cliënten kunnen het beschouwen als waardevolle achtergrondliteratuur.

Wies Weijts

Het proefdier mens

Mr. dr. drs. L. Bergkamp, *Het proefdier mens. De normering van medische experimenten met mensen*, Alphen aan den Rijn (Samson) 1988, ISBN 90 14 035527, prijs: f 48,50.

Experimenteren met mensen, het doet je denken aan de martelpraktijken ten tijde van het nationaal socialisme en aan foute artsen met hun gruwelijke 'behandelingen' in meer hedendaagse landen dan je lief is ...

Maar medisch experimenteren is ook een heel gewone gebeurtenis, in Nederland dagelijks uitgevoerd op talloze zieke en gezonde mensen. Bergkamp zegt er in zijn dissertatie *Het proefdier mens* over: 'Alle nieuwe middelen, technieken en procedures zullen eenmaal voor de eerste keer bij de mens toegepast dienen te worden. [...] Medische onderzoekers kunnen aan het verrichten van experimenten met mensen niet ontkomen. Integendeel, het maakt deel uit van hun taak.' De proefpersoon bevindt zich daarbij tegenzeggelijk in een afhankelijke positie. Of het nou gaat over het uittesten van een nieuw type pleister op gezonde studenten, of over een experimentale therapie bij een terminale kankerpatiënt: het proefdier mens wordt gemakkelijk het kind van de rekening, zolang het experimenteren met mensen met aanstringende regels is onderworpen.

Code van Neurenberg

Bergkamp is arts en jurist (27 jaar oud!); in zijn proefschrift beschrijft hij vanuit een juridische invalshoek hoe het er met de bescherming van proefpersonen in Nederland voorstaat; bovendien doet hij aanbevelingen voor verbeteringen. Hij begint zijn boek met een historische beschouwing. Het experimenteren met mensen nam met name in de negentiende eeuw een grote vlucht, maar afgezien van de persoonlijke beroepscode van indivi-

duële artsen duurde het tot de Neurenbergerprocessen van na de Tweede Wereldoorlog voor er meer formele richtlijnen kwamen waar experimenten aan moesten voldoen. Wanneer en hoe je mensen mocht gebruiken lag daarmee niet langer alleen in de handen van artsen, maar werd ook een zaak van de overheid.

In deze Code van Neurenberg en vooral later in de Verklaring van Helsinki (1964) zijn internationale normen vastgelegd, waar iedere onderzoeker zich aan te houden heeft en waar nationale wetgeving op geënt behoort te zijn. Bergkamp beschrijft dat die normen in twee hoofdgroepen zijn in te delen. Ten eerste normen betreffende de *redelijkheid van het experiment*. Het gaat dan over de wetenschappelijkheid van het experiment, de competentie van de onderzoeker, de selectie van proefpersonen en financiële en organisatorische aspecten. Het tweede type normen waar een onderzoek aan moet voldoen, behelst de toestemming van de geïnformeerde proefpersoon (*informed consent*). Geen experiment zonder dat de zieke of gezonde proefpersoon op de hoogte is van alle haken en ogen. Dat kan een netelige kwestie zijn, zeker wanneer het gaat over onderzoek met zogenaamde *niet-competente* mensen: bewustelozen, kinderen, geestelijk gestoorde of gedetineerden. Bergkamp vergelijkt de Nederlandse situatie met regelgeving in het buitenland - de Verenigde Staten, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, West-Duitsland en Zweden. Hij concludeert dat Nederland in vergelijking met deze landen een gunstige positie zal innemen, wanneer het Nederlandse conceptontwerp dat in 1988 het licht zag inderdaad wet wordt.

Als Nederland straks bij wet een formidabele bescherming van proefpersonen krijgt, is dat natuurlijk prachtig. Meer kunnen wij ons als potentiële proefpersonen niet wensen, zou je zeggen. Maar zoals lezers van dit tijdschrift weten, kan er een behoorlijke discrepantie zijn tussen wat regels voorschrijven en hoe de praktijk er uitziet. Een mooi Nederlands voorbeeld is de beroerde regelgeving rond abortus en euthanasie naast een in het algemeen deugdelijke praktijk. Liever een goede praktijk met slechte regels, dan omgekeerd!

Toetsingscommissies

Bergkamp deed een opzienbarend onderzoek bij een aantal in Nederlandse ziekenhuizen functionerende toetsingscommissies voor medische experimenten, de zogenaamde medisch-ethische commissies. Deze commissies - waarin naast artsen ook juristen, verpleegkundigen en ethici zitting kunnen hebben - moeten het in hun ziekenhuis geplande onderzoek op patiënten aan de eerder genoemde normen toetsen. Bergkamp was nieuwsgierig hoe dergelijke commissies nou precies te werk gaan. Een aardige probleemstelling, omdat in het conceptwetsontwerp 'medische experimenten met mensen' een advies van zo'n toetsingscommissie wordt verlangd. Maar helaas regelt het wetsontwerp niet aan welke eisen deze adviezen moeten voldoen.

Bergkamp analyseerde de dossiers van 22 toetsingscommissies, en zond aan 21 commissies drie gefingeerde onderzoeksprotocollen ter beoordeling toe, die methodologische, ethische en *informed-consentproblemen* bevatten. Bergkamp zegt het zelf niet expliciet, maar geeft met zijn materiaal de indruk dat het werk van zulke commissies een rommeltje is. De verschillen tussen de beoordelingen van de commissies zijn groot. Zo houden ze zich niet altijd aan de internationale normen, vastgelegd in de Verklaring van Helsinki. Een voorbeeld. Hoewel in de internationale richtlijnen vrij strenge normen te vinden zijn ten aanzien van de

competentie van de onderzoeker, hanteren de toetsingscommissies in het algemeen soepelere normen, die bovendien niet of nauwelijks op schrift gesteld zijn. Zo maakte de toetsingscommissie van een algemeen ziekenhuis geen bezwaar tegen het feit dat een student een onderzoek met astmatische kinderen uitvoerde. En de eis van de Verklaring van Helsinki dat de behandelend arts met zijn patiënten slechts therapeutische experimenten mag uitvoeren, werd door de commissies zelden gesteld.

Bergkamp beschrijft een geval waarin tussen twee commissies in academische ziekenhuizen verschil van inzicht bestond over de toelaatbaarheid van een onderzoek met een nieuw geneesmiddel tegen een bepaalde zeldzame ziekte, die zowel bij volwassenen als kinderen voorkomt. 'De ene commissie meende dat het onderzoek niet met kinderen uitgevoerd mocht worden, omdat het ook bij volwassenen kon plaatsvinden. De andere commissie vond het gebruik van kinderen wel geoorloofd, omdat het onderzoek van therapeutische aard was en de ziekte zeldzaam.'

Bergkamp levert veel van dergelijk materiaal: de meeste commissies beoordeelden de *Wetenschappelijke* aspecten van de hun voorgedragen protocollen slechts marginaal. Een aperte fout, die de waarde van Bergkamps onderzoek illustreert, is de volgende: ondanks de absolute onverenigbaarheid met het geldend recht worden er in Nederland niet-therapeutische experimenten met incompetenten toegestaan. Een van de gefingeerde protocollen ging over zulk onderzoek bij ernstig zieke patiënten die niet tot het geven van toestemming in staat waren; slechts een minderheid van de commissies achtte dit onderzoek ontoelaatbaar!

Het belang van een studie als die van Bergkamp is evident. Al is het met aanhoudende belangstelling doorploegen van alle hoofdstukken vooral voor professioneel geïnteresseerden weggelegd, zoals gezondheidsjuristen, beleidsmakers en bestuurders. Maar ja, dat is dissertaties eigen. Hij wijdt ook hoofdstukken aan aansprakelijkheid en verzekering, en aan door de farmaceutische industrie uitgevoerd onderzoek.

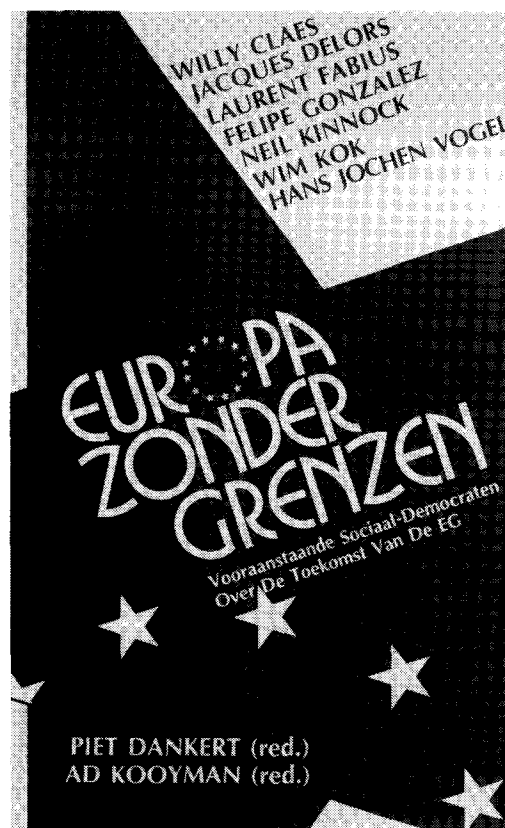
Voor de geïnteresseerde leek en het toekomstig proefdiertje is het eerder de moeite waard om bij enkele conclusies stil te staan. Ik noem er nog één. Linkse critici zitten vaak extra op het vinkentouw, wanneer experimenteren met mensen klinisch geneesmiddelenonderzoek betreft dat door de farmaceutische industrie is geëntameerd. De commerciële belangen zijn zo groot en overduidelijk, zulk onderzoek kan niet koosjer zijn. Bergkamp is een andere mening toegedaan. Op grond van zijn gegevens beoordeelt hij dergelijke kritiek eerder als emotioneel dan rationeel. Hij merkt op dat er zich inderdaad in het verleden misstanden (frauduleuze handelingen zelfs) hebben voorgedaan, maar dat een groot deel van die onregelmatigheden niet door de industrie, maar door de onderzoeker is begaan. 'Het merendeel van de schandalen op het gebied met mensen, die in Amerika en Nederland bekend zijn geworden, had betrekking op academische, zuiver-wetenschappelijke onderzoeken [...] De *'publish or perish'*-cultuur [...] die ook in Nederland steeds meer opgang doet, leidt er toe dat wetenschappers onder een grote druk komen te staan om snel en veel onderzoek te doen.'

Het moge duidelijk zijn dat we daar niet per definitie beter van worden.

Sigrid Sijthoff

Europa 1992

- visioenen over productie en afzet op de grootste consumentenmarkt ter wereld
- schrikbeelden over verscherpte internationale concurrentie, oncontroleerbare machtsconcentraties en verlies aan nationale soevereiniteit



104 blz. paperback f 19,50

Zeven prominente Europese sociaal-democraten uit verschillende EG-lidstaten gaan in op de vraagstukken rond 1992. Zij schetsen ondermeer de economische en sociale toekomst van Europa en laten zien welke rol de sociaal democratie hierbij zou kunnen spelen.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846





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

PATIËNTENVOORLICHTING

een interdisciplinaire benadering

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

LD. de Beaufort en H.M. Dupuis (Red.)

HA~Dboek 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



Tijd is geld, ook voor de patiënt

Richard Janssen, *Effecten van tijdsprijzen op medische consumptie en gezondheid*, Delft (Eburon) 1989, f 45,- ISBN 90 5166 066 9.

Time is money is het theoretische uitgangspunt van de aantrekkelijke gezondheidseconomische studie van Richard Janssen. Het aardige is dat het hier gaat om de tijd van patiënten, niet om die van artsen of verpleegkundigen.

De waarde van de tijd hangt af van de manier waarop de patiënt in het dagelijks leven de tijd gebruikt. Op basis van hoofdbezigheden onderscheidt Janssen zes groepen: full-time loontrekkers, full-time directeuren en kleine zelfstandigen, huisvrouwen met minstens één kind, scholieren en studenten, niet-actieven (75% WAO-ers) en ten slotte een restgroep, bestaande uit part-time loontrekkers, huisvrouwen zonder kinderen en anderen. Bij iedere groep hoort een geldelijke waardering voor de tijd, de zogenaamde tijdprijs.

Janssens studie bestaat uit twee delen. In het eerste deel stelt hij de vraag in welke mate medische consumptie gevoelig is voor de tijdprijs. Anders gezegd, maken mensen met relatief goedkope tijd vaker gebruik van de gezondheidszorg dan mensen met kostbare tijd? Het gebruik wordt uitgewerkt voor huisartscontacten, medicijngebruik, specialistencontacten en verpleegdagen in ziekenhuizen. Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit de ccs-gezondheidsenquête uit 1981 en heeft alleen betrekking op de 16- tot 64-jarigen (N is circa 6000). Het huisartsbezoek op eigen initiatief en het gebruik van medicijnen blijken prijsgevoelig. Niet prijsgevoelig zijn de specialistencontacten en de duur van het verblijf in het ziekenhuis. Speelt geld dus een rol? Ja, zegt Janssen, maar wel een kleine. Veel sterkere voorspellers blijken de gezondheidsindicatoren 'perceptie van de eigen gezondheid', 'het aantal dagen dat men de afgelopen dagen rustig aan heeft gedaan' en 'het aantal langdurige aandoeningen'.

De sterke samenhang tussen hoofdbezigheden en gezondheid is interessant. Betekent dat niet dat de hoofdbezigheden voor een deel staan voor gezondheid? Voor de groep niet-actieven is dat in ieder geval waar. In hoeverre is het dan realistisch verschillen in gebruik van voorzieningen zo sterk toe te schrijven aan tijdsprijzen?

Wach tijden

Het tweede deel, dat minder vaktal en onderzoeksjargon bevat, is voor de niet-ingewijde gemakkelijker toegankelijk. Nu worden voor dezelfde voorzieningen de totale kosten berekend die gemoeid zijn met reis-, wacht- en behandel tijden. Deze kosten worden beschouwd als indirecte maatschappelijke kosten. In hoeverre zijn ze relevant voor de gezondheidszorg?

Reistijden lijken in Nederland, waar voorzieningen zo goed bereikbaar zijn, nauwelijks van belang. Bovendien gaat het in vergelijking tot reistijden voor andere activiteiten, zoals bijvoorbeeld het woon-werkverkeer, om 'peanuts'. Het voorstel om het aantal behandel punten uit te breiden past in de gevolgde redenering. Of daarmee de directe kosten zullen stijgen, wordt niet in de argumentatie betrokken. Reistijden kunnen de gezondheidszorg niet aangerekend worden. Oplossingen moeten daarbuiten worden gevonden.

Is de behandel tijd relevant? Behandel tijd is onvermijdelijk, mits de indicatie voor behandeling juist is geweest. Het gaat om een gewenste investering in ge-

zondheid en kan in die zin niet beschouwd worden als een indirecte kostenpost. Ten slotte de wachttijden. Deze hebben direct met de gezondheidszorg te maken en zijn gedeeltelijk te vermijden. Ze zijn daarom zeer relevant. Het is dan ook terecht dat de publieke aandacht zich bij het verschijnen van dit proefschrift gericht heeft op de tijd in wachtkamers. Wachttijden worden bijna steeds als onaangenaam ervaren, niet uitsluitend uit het oogpunt van geld. Of verbetering verwacht mag worden van de introductie van het marktmechanisme is de vraag. Wie kent immers niet de wachttijden die ondanks dit mechanisme voorkomen bij voorzieningen als giromaat en supermarkt? Aardig om te lezen is dat een commissie 'normen ziekenhuispoliklinieken' heeft vastgesteld dat 75% van de patiënten binnen 30 minuten aan de beurt behoort te zijn.

Niet ten onrechte wordt gesteld dat de calculaties gerelativeerd moeten worden vanwege de vele veronderstellingen waarop ze berusten en de statistische betrouwbaarheidsmarges. Daaraan kan worden toegevoegd dat ook de maatschappelijke betekenis van de resultaten voorlopig onduidelijk moet blijven, omdat niet gerefereerd kan worden aan andere tijden zowel binnen als buiten de gezondheidszorg.

Hans Wendte

Epidemiologie en gezondheidsbeleid; een WAT-relatie

P.J. van der Maas, A. Hofman en E. Dekker (redactie), *Epidemiologie en Gezondheidsbeleid*, Alphen a/d Rijn (Samson Stafleu) '1989, ISBN:90 6016 510 1, prijs 65,-.

Hebben epidemiologie en gezondheidsbeleid iets met elkaar te maken? En zo ja, in welke mate? E. Dekker, ('geen familie'), coördinator beleidsontwikkeling bij WVC, vindt dat er sprake is van een WAT-relatie (*Working Apart Together*) tussen epidemiologie en gezondheidsbeleid. Zowel bij het formuleren van gezondheidsdoelen voor beleid als bij het vaststellen van prioriteiten is een epidemiologische analyse noodzakelijk. Beleidsmedewerkers moeten leren om epidemiologische vragen te stellen, daarmee kan de gezondheidszorg voor zweverij behoed worden. Die beleidsmedewerkers kunnen dan in elk geval vast beginnen met het bestuderen van dit boek, want het geeft een goed overzicht van de huidige kennis op het terrein van de epidemiologie in ons land.

Epidemiologie wordt door Hofman gedefinieerd als 'een medische wetenschap die de frequentie van ziekte bestudeert'. Nieuwe vakgebieden, zoals (klinische) beslistkunde, gezondheidszorgonderzoek en *technology assessment*, maken gebruik van epidemiologische gegevens, maar zijn niet gelijk aan epidemiologie. In het eerste deel van het boek staat een overzicht van de verschillende informatiebronnen over de volksgezondheid: de gezondheidsstatistieken die het CBS bijhoudt, de registratiesystemen die vallen onder de Stichting informatiecentrum voor de Gezondheidszorg

(SIG) en de overige gegevensbronnen. In dit hoofdstuk wordt gewaarschuwd voor een gevaar van het Dekker-systeem. Wanneer in de 'Dekkeriaanse' toekomst efficiency en kwaliteit sleutelbegrippen gaan worden, zal een groot gedeelte van de gegevens die nu door beroepsbeoefenaren en instellingen worden verstrekt van strategisch belang worden bij het toetsen van de kwaliteit van de zorg. Dat zou weleens kunnen leiden tot een grote terughoudendheid van die beroepsbeoefenaren om gegevens te verstrekken, en dat zou nadelig voor de volksgezondheid kunnen zijn. Het vierde deel van het boek behandelt de (on)mogelijkheden tot ingrijpen vanuit de gezondheidszorg. Mackenbach bestrijdt de opvatting van McKeown dat de toename van de levensverwachting sinds de negentiende eeuw voornamelijk toe te schrijven is aan factoren buiten de gezondheidszorg. Hij analyseert hiertoe een aantal door medische zorg (gedeeltelijk) voorkombare of behandelbare aandoeningen. Deze verdeelt hij in elf groepen, waarbij steeds een verschillend type interventie een rol speelt. Voor vrijwel al deze aandoeningen werden in de periode sinds 1950 belangrijke sterftedalingen gezien. Bij elkaar opgeteld leidde dit tot een winst in levensverwachting van drie jaar voor mannen en van vier jaar voor vrouwen. De werkelijke levensverwachting bij de geboorte is sinds 1950 voor mannen met twee jaar en voor vrouwen met zes jaar toegenomen. Zonder de daling van de sterfte aan deze aandoeningen zou volgens Mackenbach de levensverwachting van mannen met één jaar zijn afgenomen en voor vrouwen met slechts twee jaar zijn toegenomen. Er is dus wel degelijk een effect van de medische zorg zichtbaar. Nu zeggen cijfers over sterftedaling ons weinig over de effecten van medische zorg op de vermindering van klachten, en deze bepalen tenslotte in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Helaas ontbreken ons hierover gezondheidsstatistieken die over een voldoende lange periode teruggaan, aldus Mackenbach.

Scepsis

Hoe zit het nu precies met de T van de WAT-relatie? Volgens Vloemans van WVC zal de druk om op basis van epidemiologisch onderzoek de diverse gezondheidszorgfaciliteiten op nut en wenselijkheid te toetsen in de toekomst toenemen. Dit lijkt mij echter meer thuis horen bij *technology assessment*. Over de toepassing van epidemiologie op andere gebieden toont Vloemans meer scepsis: er zijn weliswaar vorderingen gemaakt in de kennis over bepalende factoren en over het ontstaan van ziekten en afwijkingen, maar die kennis leidt lang niet altijd tot een adequate bestrijding van gezondheidsproblemen. Vloemans hoopt op grond van epidemiologische gegevens een betere basis te hebben voor het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg. Dit laatste nu betwijfel ik. Keuzes in de gezondheidszorg kunnen op grond van dit boek bijvoorbeeld moeilijk gemaakt worden. De hoofdstukken over ziektegroepen en over determinanten van volksgezondheid eindigen allemaal met een paragraaf beleidsaanbevelingen. Bijna zonder uitzondering staat hierin dat er a) nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn en dat er dus meer onderzoek gedaan moet worden en dat er b) meer gezondheidszorgvoorzieningen op dat gebied noodzakelijk zijn. Prioriteiten worden niet gesteld. Het staat ook heel mooi in het voorwoord: 'met name de vertaling van epidemiologische gegevens in beleidsuggesties blijkt een nog onvoltooide opgave te zijn'.

Thea Dukkers van Emden

Kort Goed

Onverzekerde migranten

Op initiatief van de Raad van Kerken en de GG&GD is via de Wetenschapswinkel in Amsterdam onderzoek gedaan naar de medische hulpverlening aan onverzekerde migranten. In de grote steden leven vele migranten zonder verblijfsvergunning. Ze hebben uiteenlopende achtergronden, sommigen werken al jaren in Nederland, maar beschikken niet over een verblijfsvergunning, anderen zijn vluchtelingen van wie het asielverzoek is afgewezen.

Leven in de illegaliteit betekent leven in voortdurende angst en onzekerheid, zonder toekomstperspectief en vaak onder zeer slechte omstandigheden. Hulpverleners waar deze migranten aankloppen, constateren veel lichamelijke en psychische klachten bij deze groep. In de praktijk blijkt het vaak moeilijk hen van de nodige medische hulp te voorzien. Zij kunnen zich in de regel niet tegen ziektekosten verzekeren, doordat zij niet over een verblijfsvergunning beschikken. Uit het genoemde onderzoek naar de medische hulpverlening aan deze migranten blijkt dat de kosten vooral in de tweedelijngesondheidszorg een grote rol spelen. Het ontbreken van een verzekering kan reden zijn om een behandeling uit te stellen totdat een financiële regeling is getroffen. Dit levert vooral problemen op in situaties, die (nog) niet levensbedreigend zijn.

Het rapport *Medische hulpverlening aan onverzekerde migranten* door L. Singels is te bestellen door f 6,50 (incl. porto) over te maken op f-ro 5032018 van de Wetenschapswinkel UvA in Amsterdam, onder vermelding van de titel.

Kwaliteit

De Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) heeft kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra vastgesteld. De aangesloten gezondheidscentra gaan die kenmerken toetsen, intern in ieder centrum en bij elkaar. Met de kwaliteitskenmerken geven gezondheidscentra aan hoe zij vinden dat een gezondheidscentrum moet functioneren en wat de patiënt van zo'n centrum kan verwachten.

Zo dienen er interne afspraken te zijn over de samenwerking bij problemen die veel voorkomen. Maar ook met hulpverleners buiten het gezondheidscentrum dienen afspraken gemaakt te worden, als de aard van de problemen dat nodig maakt. Aandacht moet verder besteed worden aan de toegankelijkheid, de openingstijden, de telefonische bereikbaarheid, de informatie over de hulpverlening, de mogelijkheid om een klacht in te dienen en het omgaan met de privacy. Als vervolg op de vaststelling van kwaliteitskenmerken is bij enkele gezondheidscentra een project patiëntenraadpleging gestart. Dit project moet een succesvolle werkwijze opleveren, waarmee ook andere centra aan de slag kunnen. Het geregeld nagaan wat patiënten van een gezondheidscentrum verwachten moet de centra meer patiëntgericht maken.

De LVG geeft ook op andere terreinen ondersteuning aan de bij haar aangesloten centra, bijvoorbeeld financiën, automatisering en organisatie-ontwikkeling. Informatie hierover is mogelijk bij de LVG, Mauritsstraat 100, 3583 HW Utrecht, tel. 030-522804.

Vrouwenhulpverlening

Het Gelders Steunpunt Vrouwenwerk heeft een themabrochure uitgegeven over vrouwenhulpverlening met als titel *De andere aanpak*. De brochure gaat over verschillende vormen van psychotherapie en de wijze waarop de principes van vrouwenhulpverlening in het werk geïntegreerd worden. Beschreven wordt een aantal verschillende vormen van therapie, zowel de algemene inhoud ervan als ook hetgeen de hulpverleners er zelf aan toevoegen. Het merendeel van de vrouwelijke hulpverleners werkt in een eigen praktijk. Ook binnen de Gelderse RIAGG's krijgt de vrouwenhulpverlening echter steeds meer voet aan de grond. Deze ontwikkeling wordt eveneens beschreven.

De brochure is te bestellen door overmaking van f 7,50 (en f 2,50 porto) op girorekening 760333 ten name van Gelders Steunpunt Vrouwenwerk te Arnhem, onder vermelding van ISBN nr 90 72443 02 0 en de titel.

Vragen over gezondheid

Iedere organisatie wordt wel eens geconfronteerd met vragen waarop ze zelf niet makkelijk een antwoord kunnen vinden, of vragen waarvoor wetenschappelijk onderzoek nodig is. Een wetenschapswinkel bemiddelt tussen organisaties met vragen over bepaalde onderwerpen én de universiteit.

De Wetenschapswinkel in Leiden heeft een speciaal themagebied 'Gezondheid', dat vragen van organisaties in behandeling neemt die gericht zijn op verbetering van de gezondheid van mensen. Een voorbeeld hiervan is de vraag van een landelijke patiëntenorganisatie of patiënten goed geïnformeerd worden, als zij meedoen aan medische experimenten in ziekenhuizen. De Wetenschapswinkel heeft voor deze organisatie een onderzoek opgezet naar hoe de informatie over deelname aan een experiment bij patiënten overkomt. Meer informatie over de mogelijkheid voor organisaties om een

...de initiatieven, projecten,
...en dagen op het gebied van
...stuur uw aankondiging
...Kort & Goed. Ook scripties,
...boeken kunnen hierin
...besproken worden.
...wordt samengesteld door
...Het adres is:
Kort & Goed, Postbus 275,
3500 AG Utrecht

vraag wetenschappelijk te onderzoeken is aan te vragen bij de Wetenschapswinkel, Kloksteeg 25, 2311 SK Leiden, tel. 071-277250 of 277251.

Gezondheidszorg en vrouwen

De Nederlandse gezondheidszorg is drastisch aan het veranderen. De overheid voert een beleid van bezuinigingen, herstructureringen en ombuigingen. Iedereen - mannen en vrouwen - heeft met de gezondheidszorg te maken. Maar de gevolgen van het ombuigingsbeleid zijn voor mannen en vrouwen niet hetzelfde. Vrouwen hebben geen gelijkwaardige stem in de gezondheidszorg, maar ervaren de veranderingen des te meer. De stem van vrouwen in de gezondheidszorg, zowel als consument, werker en beleidsmaker, wordt onvoldoende gehoord. De Nederlandse Christenvrouwenbond (NCVB) organiseert ter gelegenheid van haar zeventig-jarige jubileum hierover op 23 september 1989 een symposium. De volgende onderwerpen zullen onder andere naar voren komen: wat betekenen de veranderingen in de gezondheidszorg voor vrouwelijke werkers en de armoede in Nederland, wat zijn hiervan de gevolgen voor de gezondheid van vrouwen?

Het symposium vindt plaats op zaterdag 23 september van 10.00 tot 16.30 uur in de Flint te Amersfoort. Inschrijving is mogelijk door overmaking van f 45,- (inclusief lunch) op gironummer 473110 ten name van symposium NCVB, Amersfoort.

Meer informatie over het symposium is te verkrijgen bij de Nederlandse Christenvrouwenbond, Postbus 662, 3000 AR Amersfoort, tel., 033-630165.

WAO en werk

Indien bedrijven en instellingen bestaande mogelijkheden beter benutten, dan kan een groter aantal arbeidsongeschikten weer aan het werk. Dit blijkt uit een onderzoek ingesteld door het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) in samenwerking met een bedrijf. Momenteel gaat ongeveer 20% van de WAO'ers weer (gedeeltelijk) aan het werk. Dit is op te voeren tot bijna 35% als alle mogelijkheden benut zouden worden, met name door het scheppen van aangepaste arbeidsplaatsen. Hiervoor is de inzet nodig van deskundige staffunctionarissen, bedrijfsartsen en verzekeringsdeskundigen.

Bij herplaatsing van arbeidsongeschikte werknemers is individueel maatwerk nodig, gericht op de handicap van de werknemer. Van groot belang daarbij is dat bedrijven kennis verwerven over de mogelijkheden tot aanpassing van het werk. Een rapport hierover, getiteld *Weer aan*

het werk, reïntegratie van langdurig zieken en WAO-ers bij een groot bedrijf, samengesteld door D.A. van Hasseken e.a., kost f 21,- (exclusief BTW en verzendkosten). Het is te verkrijgen bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, afdeling Verkoop, tel. 020-5498404, het bestelnummer is 078.

GVO

Bij het Landelijk Centrum GVO is een publikatie verschenen over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de arbeidssituatie. Het is getiteld *Welzijn, veiligheid en gezondheid in de arbeidssituatie: een overzicht van GVO-activiteiten en voorlichtingsmaterialen*. Het overzicht biedt informatie over activiteiten van basisgezondheidsdiensten, RIAGG'S CAD'S en categorale organisaties. Tevens wordt inzicht geboden in de verkrijgbare folders, affiches en videobanden op dit gebied. Enkele thema's die aan bod komen, zijn: roken, werkomgeving, aids, alcohol, lawaai en lichaamsbeweging. Het overzicht is te bestellen door overmaking van f 20,75 (inclusief porto) op giro 3963638 ten name van Landelijk Centrum GVO in Utrecht, onder vermelding van Overzichten GVO 1-1989.

Kliniek alternatieve geneeswijzen

Onlangs is de eerste Nederlandse Polikliniek voor Alternatieve Geneeswijzen geopend. Deze polikliniek, genaamd *Het Paviljoen*, wordt beheerd door de organisatie *Holistic Care*.

Alternatieve geneeswijzen staan de laatste jaren sterk in de belangstelling. Naar schatting worden er jaarlijks 12 miljoen 'alternatieve' consulten gehouden. Bijna 65% van de huisartsen past zelf (weleens) een alternatieve therapie toe.

In de polikliniek, die voor iedereen vrij toegankelijk is, werken 2 Nederlandse en 2 Chinese artsen samen, zes fysiotherapeuten, vier natuurgeneeskundigen, twee magnetiseurs en één psycholoog.

De kliniek biedt een heel scala van therapieën en diagnostische methoden, waaronder klassieke homeopathie, Chinese natuurgeneeswijze en natuurgeneeswijzen, reflexologie, acupunctuur, iriscopie en magnetiseren.

Het adres van deze Polikliniek voor Holistische Gezondheidszorg is Paviljoensgracht 1, 2512 BL 's-Gravenhage, tel. 070-630212.

Buitenlandse patiënten

Werken met migranten in de eerstelijns gezondheidszorg is een handleiding voor huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en andere werkers in de eerste lijn. Deze handleiding is ontworpen op initiatief van de Stichting Buiten-

landse Werknemers Rijnmond in samenwerking met andere organisaties. Het resultaat van de cursus zal moeten zijn dat de deelnemers na afloop van de cursus beter in staat zijn om met een migrant als patiënt om te gaan. 'Beter' wil onder meer zeggen: met meer kennis, vaardiger en vanuit een geïnteresseerde, betrokken opstelling.

Instellingen kunnen deze handleiding bestellen bij het Provinciaal Informatiecentrum *Werken met buitenlanders* Zuid-Holland (PLC), Maasstraat 11, 3016 DB Rotterdam. De losbladige handleiding bestaat uit instructiemateriaal en werkbladen. Deze kosten f 25,- (exclusief verzendkosten). De tekst is ook verkrijgbaar op floppy-disk onder het programma WordPerfect. De prijs hiervan is f 10,- (exclusief verzendkosten).

NMV en WIO samen

De Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde is verheugd over de, ook door de achterban van de VVIO geconstateerde, behoefte aan een stevige belangenbehartiging voor verpleegkundigen en verzorgenden. De NMV staat dan ook open voor voorstellen van de VVIO die zullen gaan leiden tot een meer gezamenlijk gebundeld optreden rondom het loonconflict m.b.t. de CAO-Ziekenhuiswezen nu en in de nabije toekomst, wanneer andere CAO-besprekingen zullen gaan plaatsvinden.

Positieve verbetering voor verzorgenden en verpleegkundigen is, naast de gerechtvaardigde looneis, ook een zaak van erkenning van taken en bevoegdheden voor verzorgenden en verpleegkundigen, van opleiding en verdere scholingsmogelijkheden, van verdere vakontwikkeling en de ontwikkeling van secundaire arbeidsvoorwaarden. De NMV maakt daartoe deel uit van vele overlegverbanden, zowel nationaal als internationaal, en hoopt dat een goede samenwerking hieromtrent met de VVIO mogelijk zal zijn.

Nieuwe vereniging wijkverpleging

De Landelijke Werkgroep Wijkverpleging van de NMV heeft op 26 mei 1989 in Utrecht een vereniging in oprichting gepresenteerd. De naam is: *Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Maatschappelijke Gezondheidszorg*. Zij zal zich gaan bezighouden met de verdere professionalisering van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgeren.

Meer informatie is te verkrijgen bij de afdeling Voorlichting van de NMV, Koningslaan 6, 3583 GB Utrecht, tel. 030-512321.