

Tijdschrift voor

Gezondheid

Politiek

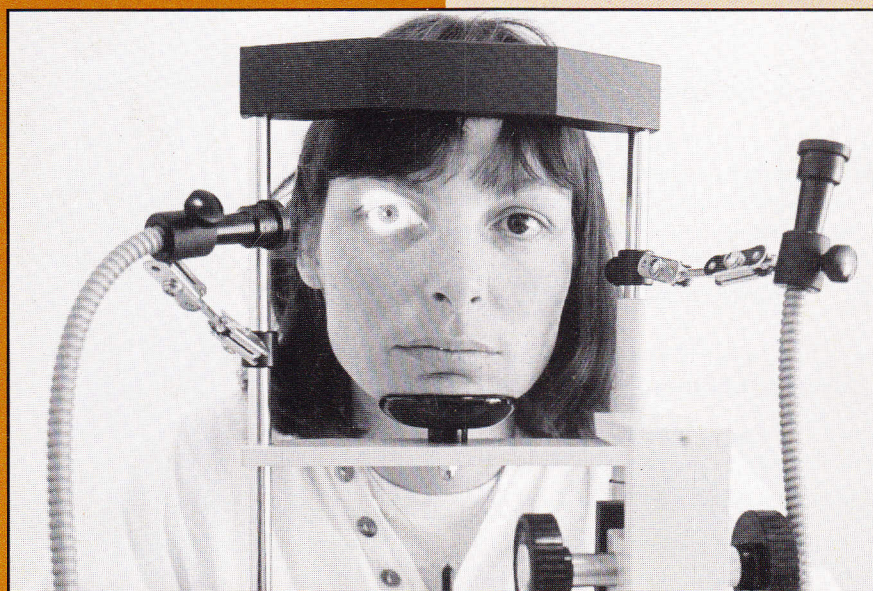
Hoe moet het verder met Dekker?

Thuisarts, de nieuwe formule

Is onze gezondheidszorg wel te besturen?

De politieke keuzes van een Parijse huisarts

Psychiatrische patiënten verdrinken tussen de voorzieningen



THEMA

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN ANNO 1989

In dit nummer

Henk Rigter
De overheid als bestuurder van de gezondheidszorg **114**

Ben van Vliet
Problemen en prioriteiten in de huidige
gezondheidszorg **118**
Hoe moet het verder met de door Deliker uitgestippelde route?

Dick Willems
De politieke huisarts geneeskunde van Jean Carpentier **121**
Interview met een strijdbare Parijse arts

THEMA ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Hetty van Doorn
Krijgt de patiënt dan toch gelijk? **126**

Annemarie Mol
Alternatieven voor wat? **130**

Mirre Bots
De grenzen van het anders omgaan met gezondheid **131**

Paul van Dijk
Integratie alternatieve geneeswijzen
meer en meer een feit **135**

Lidy Schoon
Artsenmonopolie & genezersvrijheid **139**
En het verzet ertegen aan het begin van deze eeuw

Hans Spijker & Goof van de Wijngaart
Beweging is het enige kenmerk van ons centrum **143**
Interview met natuurarts en medisch astroloog Dick Nicolai

Evelyn de Leeuw
Alternatieve-tijdschriftenmarkt overvol **147**
Verskillende bladen vergeleken

Martien Bouwmans
Formeren en normeren **151**

Gerrit Saleminck
Thuisarts, de nieuwe formule **152**

Heleen Schoone
Dagboek **155**
Een middag achter de telefoon bij het Aletta Jacobshuis

Beatrijs Jansen & Marcel Post
Cliëntgebonden budget: de klant is koning **156**

Kees Onderwater
Verdrinken tussen de voorzieningen **159**
Goede infrastructuur voor kleinschalige psychiatrische zorg broodnodig

Boeken **162**

Kort & Goed **166**

ZEVENDE JAARGANG, NR 3, september '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, Theo Dijkers van Eindhoven, Gerard Goudreau, Erik Heydelberg, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Lidy Schoon, Hetty Vlug, Marjon van Weersch.
Eindredactie: Mirre Bots.

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

Ontwerp: Henk Hokse
Zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum

Bijdragen: zenden aan het redacteadres: Postbus 19079, 1000 GB Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs op aanvraag. Bijdragen voor Kort en Goed naar Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

Abonnementen: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 1461678, 3500 AG Directe.

Abonnementen: instellingen - / 55,00
particulieren - / 45,00
studenten 9 / 40,00

Lidmaatschap: f 12,00

Uitgever: Van Gorcum & Comp. b.v.
Postbus 43, 3900 AA Assen
Tel. 05826-48846
Giro 802356

Opzeggings van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Van Gorcum.

Stichting Gezondheid en Politiek, Uitgeverij van Gorcum
ISSN 0 167-8647

De overheid als bestuurder van de gezondheidszorg



Henk Rigter

In alle westerse landen, zo ook in het onze, heeft de overheid de ambitie de gezondheidszorg te besturen. Deze sturing kan uiteenlopen van beheersen tot beheren (het zelf managen). In dit artikel gaat Henk Rigter kort in op de vraag waarop genoemde ambitie berust of zou moeten berusten.*

Een tweede vraag die hij aan de orde stelt, is of de overheid in ons land *in staat* is haar ambitie als bestuurder van de gezondheidszorg waar te maken. De ervaringen van de laatste twintig jaar stemmen niet onverdeeld optimistisch.

Waarin is voor de overheid, in het bijzonder de rijksoverheid, de legitimatie gelegen om de gezondheidszorg te willen besturen? Geld speelt een rol, maar andere factoren zijn minstens zo belangrijk.

Van het geld voor de huidige financiering van de gezondheidszorg komt namelijk slechts 5 procent uit de kas van de overheid (dus uit belastingopbrengsten). Zeventig procent betreft premies in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De resterende vijftientwintig procent heeft betrekking op de premies van de particuliere verzekeringen. Met andere woorden: vijftien procent van het geld wordt rechtstreeks opgebracht door de individuele burgers en werkgevers, vijf procent komt op rekening van de overheid. Men kan hierin moeilijk voor de rijksoverheid een financiële legitimatie zien om de hele gezondheidszorg te besturen. Er moeten dus andere redenen zijn, en die zijn er ook. De commissie-Dekker zei het al: iedere burger in Nederland heeft recht op gezondheidszorg en uit de grondwet valt af te leiden dat de overheid moet zorgen voor goede en bereikbare voorzieningen. Het gaat in de gezondheidszorg dus om meer dan geld, het gaat evenzeer om kwaliteit en eerlijkheid. Dat alles kan men niet overlaten aan het vrije spel van maatschappelijke krach-

ten. Er zijn op z'n minst spelregels nodig. En wie anders dan de overheid zou die regels moeten opstellen en naleving ervan afdwingen? De gezondheidszorg is een algemeen goed, een algemeen recht. De overheid dient hiervoor garant te staan. Dit uitgangspunt is in de hele westerse wereld, al dan niet stilzwijgend, aanwezig. Zelfs in de Verenigde Staten, met zijn nadruk op concurrentie en commercie, wordt die rol van de overheid geaccepteerd. Sterker nog, er is in de vs sprake van een schijnbare paradox. Hoe meer het vrije spel van maatschappelijke krachten zijn kans krijgt, des te sterker wordt de roep om bemoeienis van de overheid.

De conclusie dient dan ook te zijn dat de overheid een leidende rol in onze gezondheidszorg moet hebben. Tegelijkertijd kan men constateren dat die zelfde overheid met deze opdracht maar moeilijk raad weet, zoals uit het volgende mag blijken.

Modegrillen

Als de overheid geroepen is om onze gezondheidszorg te bestuderen, welke aanpak moet daarvoor dan worden gekozen? Het antwoord hangt af van de tijd waarin we leven. Ook het denken van de overheid is onderhevig aan verandering, ja zelfs aan modegrillen. Laten we terugkeren naar het jaar 1974. Het kabinet presenteerde toen de *Structuurnota Gezondheidszorg*, gericht op vijf hoofdpunten: regionalisering, echelonnering (taakverdeling tussen

instellingen), bestuunlijke (re)organisatie, democratisering en wetgeving. Nu, na vijftien jaar, kan vastgesteld worden dat over de meeste voornemens uit 1974 veel is gepraat, maar dat de gezondheidszorg in zijn totaliteit niet die fraaie vorm heeft gekregen die regering en parlement toen voor ogen stond. De Structuurnota van 1974 ging ervanuit dat voor de centrale, regionale en lokale overheden een sturende rol was weggelegd. De polsstok van de overheid bleek echter te kort.

Op het vlak van wetgeving is zeker wel wat bereikt, maar na al die jaren is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen nog steeds niet helemaal van kracht. En de wet die het raamwerk had moeten leveren voor de regionalisering, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, heeft uiteindelijk met veel moeite wel het staatsblad gehaald, maar is nooit ingevoerd. Nauwelijks had die wet de papieren eindstreep gehaald, of het plan ontstond om een nieuwe, deels vervangende wet te maken die ook de maatschappelijke dienstverlening zou omvatten, maar ook dat plan is na jarenlange discussie gesneuveld.

De Structuurnota ging ook in op de financiering van de gezondheidszorg. Er zou een volksverzekering komen. Ook dat is niet gelukt. Zoals gezegd, betaalt de Rijksoverheid slechts vijf procent van de gezondheidszorg uit eigen kas. Maar die zelfde overheid heeft wel de intentie om de hele financiering van de gezondheidszorg te controleren, inclusief andermans geld.

* Een aangepaste versie van een voordracht voor een radioprogramma van het Humanistisch Verbond.

Dat gebeurt onder meer in het kader van een jaarlijks, financieel overzicht, waarvoor in de loop der jaren verscheidene afkortingen zijn gebruikt. De jongste afkorting is FOZ. Het FOZ wordt door de overheid min of meer gezien als een taakstellend landelijk budget, maar die pretentie kan niet worden waargemaakt, omdat de hoofdmoot van het geld niet bij de overheid in beheer is.

Oerwoud
Volgens de Structuurnota zou de overheid de gezondheidszorg ook moeten gaan plannen, zelfs tot in punten en komma's. Er zijn op het gebied van de planning de laatste vijftien jaar inderdaad heel wat regels ingevoerd, en dat heeft ongetwijfeld enig nut gehad, maar men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de diverse bepalingen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Bovendien is het allemaal heel onoverzichtelijk geworden en bijna niemand weet nog de weg in dit oerwoud. Of al deze regels doelmatig zijn is de vraag, een vraag die in ieder geval door de commissie-Dekker met nee is beantwoord. Dus ook op het gebied van de planning heeft de overheid maar ten dele kunnen waarmaken wat zij in 1974 van plan was. De planningstaak zou voor een groot deel voor rekening komen van de provincies en misschien ook van de gemeenten. In die jaren was het mode-woord decentralisatie. Minister Beernink, minister Wiegel en nog andere bewindslieden van Binnenlandse Zaken, de een na de ander dienden zij nieuwe



Foto: Bert Beelen/Hollandse Hoogte

voorstellen in voor de reorganisatie van ons binnenlands bestuur. Volgens het ene plan werden de provincies groter, volgens het andere kleiner. Nu eens werd alle hoop gevestigd op grote gemeenten, dan weer werden de gewesten als oplossing naar voren geschoven. Volgens het ene voorstel zouden we in ons land vier bestuurslagen krijgen, volgens het andere zouden we er absoluut niet meer dan drie mogen hebben. Al die plannen hadden gemeen dat ze binnen korte tijd werden afgevoerd. En er veranderde weinig of niets. Voor wat betreft de gezondheidszorg valt het moeilijk te betreuren dat de provincies maar weinig te vertellen hebben gekregen. In gezondheidszorg doorknede ambtenaren zijn met een lantaarn te zoeken. Bovendien zou er alleen maar een decentralisatie van onmacht hebben plaatsgevonden; wat de rijksoverheid zelf niet geregeld kon krijgen, zou in de

schoot van de provincies zijn geworpen. (Hiermee is overigens niet gezegd dat de provincies helemaal geen rol zouden mogen spelen in de gezondheidszorg.) En een essentieel manco van het systeem zou blijven bestaan: een scheiding tussen planning en financiering. Men kan nog zulke mooie plannen maken, als er niet over het geld kan worden beschikt houdt het al gauw op.

Geen wonder dus dat van al die mooie plannen uit 1974 bitter weinig is terechtgekomen. Nogmaals, er zijn wel allerlei regels ingevoerd, maar zij vormen geen samenhangend geheel. En die regels kunnen knap lastig zijn, daarin heeft de commissie-Dekker gelijk. Zo las ik onlangs in de krant over de fusie van het Emma Kinderziekenhuis en het AMC. De mensen die dat voor elkaar hebben gekregen, zijn gesterkt in de overtuiging dat de regelgeving in de Nederlandse gezondheidszorg een jungle is. Ik citeer: 'Enerzijds zijn er tientallen regelingen als CAO's, het ambtenarenreglement, de SER-fusiecode, noem maar op, die elkaar allemaal tegenspreken. Anderzijds is er juist op één van de moeilijkste punten, de overgang van specialisten van een eigen praktijk naar een dienstverband, niets geregeld. Het is een crime dat besturen en directies zich op eigen kracht een weg door die jungle moeten banen.'

Mantel der liefde
Het wekt misschien verbazing, maar ondanks alles wat hierboven de revue

passeerde, is onze gezondheidszorg geen onbestuurbaar schip. Op de een of andere manier werkt het in de praktijk. De overheid met haar papieren budget wordt gedoogd door ziektekostenverzekeraars én door hulpverleners en instellingen, zoals de ziekenhuizen. Deze partijen slijpen in de praktijk de scherpe kantjes weg. Vraag niet hoe dat gebeurt. Het kan blijkbaar allemaal, omdat we in Nederland zoveel prijs stellen op het harmoniemodel. Er wordt heel wat met de mantel der liefde bedekt. Maar nu het uitzicht is geopend op een nieuw systeem van gezondheidszorg, nu de sluizen bijna zijn geopend, nu verdwijnt de harmonie als sneeuw voor de zon, en dreigt het principe 'ieder voor zich, en God voor ons allen'.

We gaan dus op weg naar een nieuw

systeem van gezondheidszorg. Inmiddels, anno 1989, zijn we aanbelaand in een nieuwe fase in het overheidsdenken. Uit haar reactie op de plannen van de commissie-Dekker, in de nota *Verandering verzekerd*, blijkt dat de rijks-

overheid vindt dat zij moet terugtreden.' In plaats van het stellen van al te veel regels zou zij zich in hoofdzaak moeten beperken tot het aangeven van voorwaarden. Deregulering is het nieuwe modewoord. Er valt lang te redetwisten over de vraag wat een regel is, en wat een voorwaarde. Maar belangrijker lijkt me of de overheid wél in staat moet worden geacht om het gewenste beleid te realiseren. Enige twijfel is op zijn plaats, en wel om verschillende redenen. Zo heeft het ministerie van WVC de ambitie om zelf als bouwmeester voor de nieuwe behuizing van onze gezondheidszorg te fungeren. Dat zal niet makkelijk vallen, naast alle andere werkzaamheden. De bouwploeg is bovendien onervaren, het team is niet op elkaar ingespeeld. Maar het ergste is dat men wel over een schets beschikt van het beoogde bouwwerk, waarin de opdrachtgevers (regering en parlement) overigens constant wijzigingen dreigen aan te brengen, maar niet over een goed doordachte en uitgewerkte blauwdruk. Zodoende begint men muren op te trekken waar fundamenten nog ontbreken. Dit alles zal betekenen dat de bouwen het beheer van het nieuwe systeem van gezondheidszorg uiteindelijk van de overheid nog meer inspanning zal vergen dan realisering van de plannen van de Structuurnota 1974 en dat de kans op constructiefouten groot is. Om dat laatste te kunnen

toelichten, is het goed om naar de ontwikkelingen in de vs te kijken.

Amerikaanse gezondheidszorg
De laatste gegevens. Nederland gaf in 1987 aan de gezondheidszorg 8,6 procent van het Bruto Nationaal Produkt (BNP) uit, de vs 12 procent! Bepaald geen goed voorbeeld van kostenbeheersing. Nog een ander cijfer. Aan gezondheidszorg werd in de vs in 1986 per hoofd van de bevolking meer dan 1900 dollar uitgegeven, het cijfer voor Nederland was minder dan 1000 dollar. Met andere woorden, per hoofd van de bevolking werd in de vs bijna twee maal meer uitgegeven dan in Nederland." Het gaat dan ook mis met de Amerikaanse gezondheidszorg. Er

Concurrentie binnen de Amerikaanse verhoudingen blijkt vaak kostenverhogend en eerder slecht dan goed voor de kwaliteit van de zorg.

verschijnen momenteel vele wetenschappelijke studies van Amerikaanse economen, sociologen, artsen en zovoort, die deze visie bevestigen. Sterker nog, daar zijn ook rapporten bij van deskundigen als Enthoven en Luft, die denken dat concurrentie in de gezondheidszorg de oplossing kon betekenen voor alle kwalen. Een rapport van onze attaché aan de ambassade in Washington geeft de actuele stand van zaken goed weer.⁶ De attaché zegt dit: de kostenstijging in de vs is over de laatste twintig jaar gemiddeld 12 procent per jaar geweest; de laatste jaren is het wat minder, maar nog altijd het dubbele van de algemene inflatie. Voor het jaar 2000 wordt verwacht dat de uitgaven aan gezondheidszorg op 15 procent van het BNP neerkomen. En daarmee is het eind nog niet in zicht. Als gevolg van deze kostenstijgingen zijn de premies voor de ziektekostenverzekering in 1988 met gemiddeld 20-30 procent gestegen, met uitschieters tot 70 procent. In 1989 van hetzelfde laken een pak. Het aandeel voor gezondheidszorg dat de consument uit eigen zak betaalt, neemt in de vs toe: nu ongeveer 30 procent. Bijzondere ziektekosten worden door de verzekeraar vaak niet betaald. Het aantal onverzekerde Amerikanen is opgelopen tot ruim boven de dertig miljoen. Het 'dumpen' (weigeren, doorverwijzen) van patiënten door ziekenhuizen neemt toe. Wat krijgen de

Amerikanen voor hun geld, aldus de attaché? Goede voorzieningen voor wie het kan betalen, de modernste apparatuur, 'luxe' behandelingen. Wat krijgen ze niet? Geen algemene toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, geen verzekering tegen bijzondere ziektekosten, geen langer leven dan in andere westerse landen. Voor al dat geld krijgen de Amerikanen in doorsnee geen betere gezondheid.

Er heerst algemene ontevredenheid over de gezondheidszorg in de vs, zo stelt de attaché verder. De belangrijkste oorzaak van de ellende ligt in een falen van de markt. Gezondheidszorg is toch wat anders dan het kopen van een tv-toestel, waarbij je de Consumentenbond te hulp kan roepen. Marktwerking in de gezondheidszorg helpt

alleen maar als de overheid ingrijpt, aldus de econoom Enthoven. De Amerikaanse overheid die ook wilde terugtreden, heeft verzuimd dat te doen. De consequentie is dat zieken en zwakken een hogere pre-

mie betalen of onverzekerbaar zijn. Het aanbod van verzekeringspakketten is zo omvangrijk en gedifferentieerd, dat vergelijking moeilijk wordt en de klant niet toekomt aan kostenbewust kiezen. Concurrentie in de gezondheidszorg blijft op deze manier een fictie. Bovendien wordt de concurrentie tussen de aanbieders van zorg (de hulpverleners en instellingen) uitgehold, omdat in de praktijk de verzekeraars met vrijwel alle aanbieders contracten blijven sluiten.

Top ziekenhuizen

Nog een paar voorbeelden van de ontreding van de Amerikaanse gezondheidszorg." De ziekenhuizen daar blijken niet te concurreren op prijs. Er is geen sprake van goedkope aanbiedingen. Om de klant te lokken jaagt men hoogstandjes na. Zo hebben veel te veel Amerikaanse ziekenhuizen een programma voor coronaire-bypass chirurgie. Er is onderzoek gedaan onder ziekenhuizen die in een concurrentieslag waren verwickeld en ziekenhuizen die daar geen last van hadden. De concurrerende ziekenhuizen waren flink duurder: 147 procent voor de bypass-operatie en 166 procent voor PTCA, een ingreep die ook wel bekend staat als 'dotteren'. Dat is allemaal niet zo erg, als de kwaliteit maar omhoog ging. Maar het tegendeel lijkt waar. De concurrerende ziekenhuizen boden minder kwaliteit dan de niet-concurrerende, gemeten in over-

levingskansen van de patiënt. Een tweede onderzoek had betrekking op de kosten van de hele bedrijfsvoering in concurrerende en niet-concurrerende ziekenhuizen. Bij concurrentie waren de kosten 26 procent hoger. Uit tal van onderzoeken in de vs wordt duidelijk dat de concurrentie zich daar vooral richt op de dienstverlening, niet op prijsvorming. Dit geldt niet alleen voor concurrentie tussen instellingen, concurrentie tussen verzekeraars lijkt aan hetzelfde euvel. Concurrentie binnen de Amerikaanse verhoudingen blijkt dus vaak kostenverhogend (er zijn uitzonderingen) en eerder slecht dan goed voor de kwaliteit van de zorg. De onderzoekers roepen om het aanwijzen van topziekenhuizen, met andere woorden om regionalisering en echelonnering, steekwoorden die men herkent van de Structuurnota van 1974 en die ook in recente Nederlandse rapporten weer terug te vinden zijn." Hoewel deze steekwoorden nooit geheel uit de overheidsdocumenten in ons land zijn verdwenen, worden ze tegenwoordig overschaduwd door begrippen als 'terugtrekken' en 'deregulering'. Het is overigens pikant te zien dat, volgens de huidige plannen van onze overheid, Nederland zich voor een deel in Amerikaanse richting wil begeven, terwijl de Amerikanen zich in de richting van de Structuurnota 1974 begeven. Het kan verkeren. Men zit in de vs nu met de gebakken peren. De Amerikaanse overheid heeft een krakkemikkig systeem van gezondheidszorg laten ontstaan, omdat zij zich meer liet leiden door sentimenten dan een op ervaring en inzicht gebaseerde blauwdruk. Had men van tevoren de zaken goed doordacht, dan had men beseft dat een systeem van gezondheidszorg waarin ruimte wordt geboden aan het concurrerend particulier initiatief, vraagt om extra tegendruk, om extra inspanning van de overheid. Nog meer inspanning is vereist nu van de Amerikaanse overheid steeds meer wordt verlangd om ongedaan te maken wat fout is gegaan. Nu in het gebouw alle leidingen zijn gesprongen, mag de overheid gaan dweilen en zij probeert dat te doen door de bureaucratie te versterken. De kosten van de bureaucratie van de gezondheidszorg liggen in ons land onder de 10 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg. In Amerika liggen ze op 22 procent. Falend overheidsbeleid heeft kennelijk zijn prijs. Is dit het perspectief voor de Nederlandse gezondheidszorg? Als we de Amerikanen in sommige van hun fouten volgen is dat niet uitgesloten. Bij het ontbreken van een goed bouwplan zullen overheid en particulier initiatief

elkaar in het nieuwe hybride systeem op nog onduidelijkere wijze dan thans in evenwicht moeten houden. De kans is dan groot dat de overheid zich op zeker moment gedwongen voelt tot het stellen van nog meer regels, waardoor het tegendeel wordt bereikt van wat men beoogt.

Weinig koersvast

Los van een oordeel over de wenselijkheid van de voorgenomen veranderingen in onze gezondheidszorg, moet men zich afvragen of de overheid zich niet aan de operatie dreigt te vertillen. Er wordt heel wat vereist van een ministerie van WVC dat nog steeds geen minister van volksgezondheid kent, dat tot op zekere hoogte vervreemd is van het 'veld' en de praktijk, dat verzeild is geraakt in een afslankingsoperatie die alle energie en aandacht vraagt, en dat bovendien in betere tijden de toen gewenste veranderingen niet heeft kunnen doorvoeren, ook al omdat regering en parlement weinig koersvast bleken.

Zou daarom alles bij het oude moeten blijven? Allerminst. Het systeem van gezondheidszorg is aan aanpassing toe, maar dan wel op basis van een goede 'sterkte-zwakte' analyse. Sterk is Nederland in het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg. Wij zijn een van de weinige landen waar deze kosten, als percentage van het BNP, de laatste jaren zijn gestabiliseerd. Uit het oogpunt van kostenbeheersing lijkt een drastische koerswijziging daarom overtrokken. Sterk staan we ook met de aan ons bestel ten grondslag liggende sociale-verzekeringsgedachte, een zwakte is het ontbreken van een basis-verzekering voor iedereen. Verbetering is mogelijk wat betreft de samenhang en doelmatigheid van het overheidsbeleid. Sterker kan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van onze gezondheidszorg.

De commissie-Dekker heeft een bevolgen schets gemaakt van een nieuw stelsel. Zij maande de overheid met spoed naar de bouwput, in de niet onterechte angst dat van uitstel afstel zou komen. Te veel haast zal echter nadelig uitpakken, de schets zal eerst in een blauwdruk moeten worden omgezet. Er kan pas gebouwd worden als er volstrekte duidelijkheid is, ook over de rol die de overheid in het nieuwe systeem van gezondheidszorg moet en kan spelen. Soms terugtrekken, soms optreden of op de voorgrond treden. Er zal een goede mix gevonden moeten worden van enerzijds deregulering, anderzijds behoud of versterking van plannende taken voor de overheid, zodat een zekere mate van 'regionalisering' en 'echelonnering' kan worden

afgedwongen, daar waar de markt dat nalaat.

De blauwdruk zou terstond gevolgd moeten worden door een stappenplan, dat geen ruimte biedt om zich bijvoorbeeld jarenlang te verliezen in het schrijven en herschrijven van onpraktische wetten vol ballast. Een stappenplan dient aan te geven over welke instrumenten de overheid en de andere partijen in de gezondheidszorg moeten beschikken vóórdat systeemwijzigingen worden doorgevoerd. Een overheid met lege handen zal achter de feiten gaan aanlopen, zoals de Amerikaanse ervaringen leren.

Rest de al eerder gestelde vraag: is de rijksoverheid in staat de gezondheidszorg goed te besturen, en dus om de nodige veranderingen door te voeren? Als dat op dit ogenblik niet het geval is, komt dat doordat de overheid zichzelf onvoldoende in staat stelt. Dat komt in eerste instantie door politieke ongewisheden en schimmige visies. Het ministerie van WVC is bovendien verzwakt en overbelast, en als zij als bouwmeester wil opereren, zullen versterkingen nodig zijn. Als daartoe de politieke wil of mogelijkheden ontbreken, zijn andere maatregelen nodig. Overweging verdient dan de instelling van een bijzondere bouwplaat, een projectorganisatie die, gegeven blauwdruk en stappenplan, het mandaat heeft om naar eigen inzicht aan de slag te gaan. Het mag en kan niet zo zijn dat belangrijke wijzigingen in onze gezondheidszorg stranden op onmacht of falen van de hoedster van het algemeen belang, de overheid.

Henk Rigter is hoogleraar sociale aspecten van medische technologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Noten

1. Zie voor literatuurverwijzingen: Gezondheidsraad, *Grenzen van de gezondheidszorg*, Den Haag 1986.
2. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Beleid tot verandering*, Den Haag 1987.
3. Zie: J.M.D. Boote a., *Structuurnota Gezondheidszorg 1984*, Utrecht (Bohn, Schellema & Holkema) 1983.
4. Kabinet, *Verandering verzekerd*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1987-1988, 1945-28.
5. *Graadmeter* (bulletin van de Gezondheidsraad), Den Haag januari 1989.
6. B. Metz, *Medisch Contact* 44 (1989), pg. 508-510. Zie ook de vele literatuurverwijzingen bij dit artikel, die op aanvraag verkrijgbaar zijn bij mw. S. Lampe-Bakker, Gezondheidsraad, tel. 070-471441.
7. National Center of Health Services Research, *NCHSR Research Activities*, no. 101, Springfield VA (National Technical Information System) januari 1988.
8. Gezondheidsraad, *Jaaradvies Gezondheidszorg 1989*, Den Haag 1989.

Problemen en prioriteiten in de huidige gezondheidszorg



Ben van Vliet:

Met de aanvaarding van de door de commissie-Dekker uitgestippelde route werd door het kabinet Lubbers 11 een aantal onvermoede risico's gelopen. Verzuimd werd namelijk om de *uitgangspunten* en *uitvoerbaarheid* nauwkeurig af te wegen. Het impliciete uitgangspunt bij het concept van de gereguleerde concurrentie - namelijk dat de verzekerde een homo-economicus, de arts een homo-ethicus en de ziekenhuisdirecteur een homo-onnipotent is - zal naar de mening van Ben van Vliet een continue wijkende horizon blijken te zijn. De gezondheidssector tot 'markt' benoemen maakt er nog geen feitelijke ontmoetingsplaats van vraag

en aanbod van. Zorg is nooit koopwaar.

Maar ook de praktische uitvoerbaarheid is bepalend voor de kans van slagen van het beraamde beleid. De uitvoering ligt namelijk altijd in handen van mensen. Artsen, en misschien nog meer verpleegkundigen en verzorgers, nemen daarbij sleutelposities in. Het startsein voor de structuurwijziging is volgens Ben van Vliet dan ook te vroeg gegeven, zonder dat men de aard van de problemen voldoende kende en zonder dat men de noodzaak inzag om vóór vertrek de baanversperringen die er lagen op te ruimen.

De officiële aanbieding van het Dekker-advies op 26 maart 1987 aan de minister van wvc ligt al weer tweeëneenhalf jaar achter ons. In de taakopdracht werd de commissie gevraagd om binnen zes maanden in hoofdlijnen te adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en tot deregulering.

Het kabinet Lubbers 11 heeft na verkregen steun van de meerderheid van de kamer inmiddels besloten met het advies aan de slag te gaan. Gestart werd met *item twee*: het verzekeringsstelsel. In engere zin moet dat gewijzigde stelsel antwoord geven op de vraag 'wie gaat straks hoeveel premie (respectievelijk eigen bijdrage) betalen voor het verzekeren van welke zorg?'. Het ging om een *verdere* herziening. Een belangrijke eerste wijziging is ingegaan per 1 januari 1989. Een deel van de premie van de ziekenfondsverzekerden wordt een vast bedrag, per volwassene aan het fonds te betalen (voor de eerste twee kinderen half

geld), aangevuld met een (verlaagd) percentage van hun inkomen via het loonstrookje. Op deze manier is een ontwikkeling in gang gezet om uiteindelijk een uniforme basisverzekering voor iedereen mogelijk te maken. Het verschil tussen fondsverzekerden en particulieren zal uiteindelijk verdwijnen.

De inhoud van het basispakket moet nog bij wet worden vastgesteld en wat daarboven nog nodig wordt geacht, kan iedere verzekerde straks naar eigen inzicht (en draagkracht!) bijverzekeren. Maar - zoals gezegd - dit is nog toekomstmuziek. In welke mate en omvang de vrijwillige aanvullende verzekering zal aanslaan is nog een open vraag. Het kabinet ging ervan uit dat nagenoeg iedereen zich zou bijverzekeren, een eerste VNz-enquête wees echter een bijzonder gering animo uit. En van de laatste zal de premiehoogte afgeleid moeten worden.

Ondertussen zijn de in de *pré-Dekker* tijd ingevoerde boetes voor ziekenfondsverzekerden, het zogenaamde 'specialistengeeltje' en de 'medicijnen-

knaak', wel gehandhaafd. In hoeverre de belangen van de verzekerden beter, even goed of slechter gediend zullen worden dan onder het oude stelsel zal de toekomst moeten leren. Veel zal afhangen van wat tot het basispakket zal gaan behoren en in hoeverre de beoogde concurrentie tussen de verzekeraars voor wat betreft het vaste deel van de basispremie en de eveneens vaste premie voor de aanvullingen in het voor- of nadeel van de verzekerden zal uitvallen.

Faillissement

Afgezien van deze niet te voorspellen zaken wordt de vraag naar de uitvoerbaarheid van het Dekker-advies met steeds meer vraagtekens omgeven. Is er wel een werkbare methodiek om de centrale kas (miljarden!) zo over de verzekeraars te verdelen dat zij ermee uitkomen? Welke criteria zullen daarvoor gelden? Verzekeraars kunnen zich immers geen faillissement veroorloven. Het Dekker-advies gaat van de veronderstelling uit dat de 'marktwerving' geen doel op zichzelf zal zijn en in de

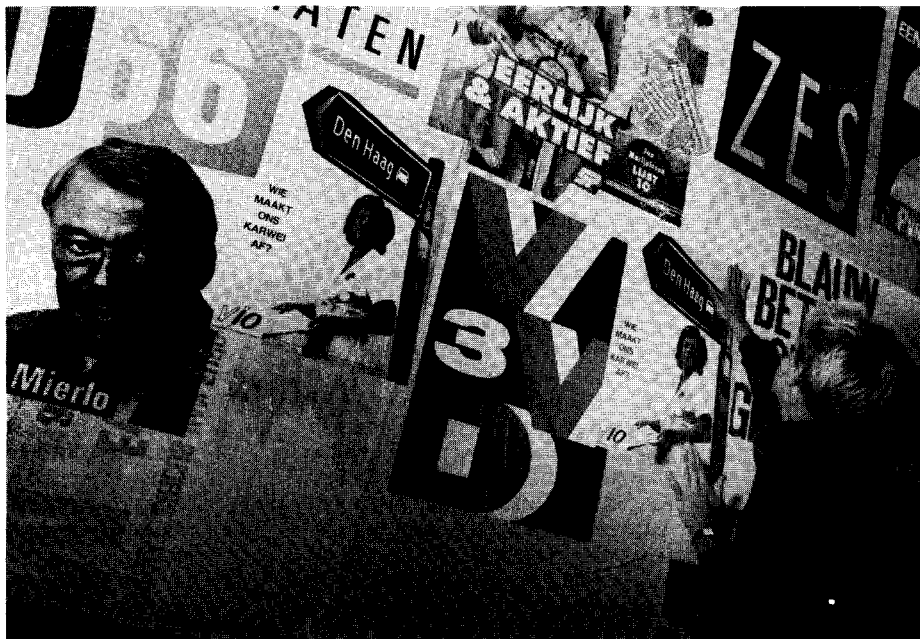


Foto: Wim Salis

zorg slechts op *bijzondere wijze* en in *beperkte mate* toepassing zal kunnen vinden. Van die 'bijzondere wijze' en 'beperkte toepassing' wordt door Dekker en de zijnen echter wel veel verwacht: 'dynamiek in structuur, organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg en verwante maatschappelijke dienstverlening . . . begrensd door overwegingen van sociale, culturele, ethische en economische aard', zo lezen we op pagina 32. Zo te zien zal er dus nogal wat gereguleerd moeten worden. De commissie is er kennelijk zelf niet erg gerust op dat het principe van de commerciële maakbaarheid zal werken: 'Dit (machtsbundeling aan de aanbodzijde/BvV) is niet aanvaardbaar omdat de starheid van het huidige systeem dan snel zou worden vervangen door de starheid van een ander. Aan de verzekeraarszijde zullen mogelijk eveneens marktperfectionen ontstaan, leidend tot kwaliteitsverlies en/of kostenverhoging. Dit is evenmin aanvaardbaar' (pag. 33). De overheid wordt dan ook als *deus ex machina* de taak toebedacht om:

- a. het basispakket vast te stellen;
- b. de premie voor de basisverzekering te bepalen voorzover niet vast;
- c. de verzekeraars de verplichting tot acceptatie voor te schrijven ongeacht leeftijd en gezondheidssituatie;
- d. en, *last but not least*, de te leveren kwaliteit bij wet te bepalen.

De recente fusiegolven in verzekeringsland die Dekker voor willen blijven en de kritische geluiden ten aanzien van de

'contradictio in praxis' van de onbeperkte acceptatieplicht voor op winst mikkende handelaars in risico's voorstellen donker weer op het punt van slagen van de bepleite bijzondere marktregulatie. Die zou weleens héél bijzonder en ~~hier~~ onbeperkt van toepassing kunnen blijken te (moeten) zijn. Tot zover de reeds aangevatte herstructurering van het verzekeringsstelsel.

Fictie

Een niet minder zware kluif ligt nog onaangeroerd: de volumebeheersing. In feite is er nog nauwelijks inhoudelijke aandacht gegeven aan de problematiek van de volumebeheersing anders dan aan het beperken van de uit de zorgverlening voortvloeiende kosten. Voor deze kostenbeperking wedt de commissie op het paard van de concurrentie. Zij ziet hierin een effectief middel om, zoals zij dat noemt, de voortgaande spiraal van kostenstijgingen en premieverhogingen te doorbreken. Uitgaande van het geloof, de fictie, dat kostenbeheersing en doelmatige bedrijfsvoering in de gezondheidszorg hand in hand gaan maakt de commissie op pagina 18 de volgende opmerking: 'Het ziekenhuisbeheer dient, met inachtneming van de zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en deskundigheid van de medische professie, invloed te krijgen op de kwantitatieve aspecten van het medisch handelen . . . Het eigen bestuur van de instelling kan die verantwoordelijkheid alleen dragen wanneer alle kosten, inclusief de kosten

van medisch-specialistische hulp, binnen één budget worden gebracht. Du spricht ein groszes Wort gelassen aus! Binnen het budget brengen betekent in gewoon Hollands: de aard en omvang van de medische behandeling van tevoren - wellicht variabel, maar toch bindend - vastleggen. Het is daarbij - weet ik uit eigen ervaring - ook onvermijdelijk naast de kwantiteit ook de kwaliteit te betrekken. Vele behandelingen berusten op keuzen van methoden en dus ook op keuzen van kosten. Met deze door de commissie wat achteloos neergeschreven randvoorwaarden voor de volumebeheersing zijn we aangeland bij het kernprobleem dat Hans Achterhuis op zo'n boeiende manier aan de orde stelt in zijn laatste boek *Het rijk van de schaarste*.¹ Niet waar liggen de grenzen van de zorg, maar waar leggen wij ze; dáár gaat het over.

De alles beheersende vraag: wie bepaalt het volume is cruciaal voor het al of niet kunnen overgaan tot structuurwijziging of kostenbeheersing. Wie de bron niet kan temmen, kan het niet redden met dijken langs de oevers te bouwen. Anders gezegd, wat moeten we met de fictie van de professionele autonomie van de dokters gelet op de structurele schaarste van de middelen? Zolang deze strijd om de autonomie niet beslecht is, is alle gefilosofeer over volumebeheersing, kostenbudgettering (die ook voor de distributie vanuit de centrale kas over de verzekeraars voorwaarde zal moeten zijn!) en zelfs de

kwaliteitshandhaving luchtftietserij. De fictie van de professionele autonomie blokkeert niet alleen het tot maatschappelijk verantwoorde proporties terugbrengen van de uit de hand gelopen specialisteninkomens, ook de totale uitvoerbaarheid van het gehele Dekker-concept staat of valt ermee. Immers, het sluitstuk van het Dekker-bouwwerk: goede zorg voor iedereen bereikbaar en betaalbaar, wordt gevormd door de nog te maken Wet op de Kwaliteit. En handhaving van kwaliteit kan niet buiten kwaliteitsnormering en -controle, en ten slotte sanctie. Zolang echter iedere gediplomeerde dokter levenslang zijn individuele, autonome professionele verantwoordelijkheid als laatste oordeel voor zijn handelen kan stellen, kan het feitelijk en effectief functioneren van een Wet op de Kwaliteit wel vergeten worden. Illustratief en leerzaam is in dit verband het boek van Lynn Payer *Medicine and Culture. Varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France?* Deze New Yorkse journaliste beschrijft daarin de resultaten van negen jaar observatie van geneeskundig handelen. Zij constateerde enorme verschillen over de gevolgde therapie bij ziekten en aandoeningen. Wat in het ene land naar de folkloristische geneeskunde werd verwezen, gold in het andere als de hoogste graad van wetenschappelijke geneeskunst. Zij kwam tot de conclusie dat slechts 15% van alles wat in een ziekenhuis wordt afgesleuteld, gebaseerd is op het wetenschappelijk bewijs dat de ingreep meer goed doet dan kwaad kan! Als er ooit iets terechtkomt van het plan om een Wet op de Kwaliteit te gaan maken zal *Medicine and Culture* tot het verplichte voorstudiemateriaal moeten behoren.

Volwaardige werkers

Tot zover een schets van de coulissen achter het huidige vaderlandse gezondheidstoneel. Afgezien van de tekenen van toenemende twijfel of het Dekker-scenario wel binnen de grenzen van het podium zal passen zijn er twee acute zaken die in de naaste toekomst de aandacht van de beleidsmakers in de gezondheidszorg zullen opeisen. De medische specialisten en de verpleegkundige specialisten strijden om hun positie. De eersten om te houden wat ze hebben op grond van overgewaardeerde rechten, die soms verdacht veel lijken op ingeslopen misbruik. En de tweede groep eist nu eindelijk een begin met het inhalen van haar jarenlange stelselmatig geplande achterstand in beloning en misschien nog meer de haar onthouden maatschappelijke erkenning als volwaardige werkers in de zorgsector. Zij achten zich jarenlang door de

politiek gechanteerd met hun eigen toewijding. Hun sterke punt als zij voor de belangen van zieken opkomen en tegelijk hun zwakke punt als zij voor zichzelf moeten opkomen. De medische stoottroep op het LSV-kantoor is voorzien van alle mogelijke en onmogelijke ammunities. Zo worden de LSV-leden bezworen vooral geen contracten met de verzekeraars af te sluiten, omdat daarin uiteraard volumeafspraken gemaakt moeten worden en dat valt slechts bij de autonomie-oogkleppen. Bovendien worden de tsv-ers erop gewezen dat je in de contractsituatie die Dekker beoogt, moet onderhandelen over een tarief ergens onder het maximum, terwijl je bij geen contract automatisch het maximum vangt. Weg concurrentie! In dit verband is de betekenis te zien van het incassobureau FAMEDe Zeist. Een joint venture van Postbank en LSV die tegen afdracht van 3,5% van het notabedrag plus f 2,25 per nota voor de administratiekosten het betalingsrisico van de patiëntendeclaraties overneemt.

Zandzakken

In wezen vind ik de crisis rond de CAO-honorering van verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg van veel ernstiger aard. Eisen dokters autonomie op ten aanzien van het door hen te produceren volume aan medische behandeling, de verpleegkundige specialisten bepalen feitelijk de grens van de kwantitatieve en kwalitatieve mogelijkheden van de zorg. De knapste medische operatie moet als poging tot moord achterwege blijven, als er geen adequate verpleging op kan volgen.

In het cxo-conflict, dat werd veroorzaakt door medewerkers in de zorgsector jarenlang als tweederangs werknemers te behandelen (trendvolgers), gaat het niet tussen werknemers en hun directe werkgevers, maar tussen de 'politiek' en de werkers in de zorg. Zij vertikken het om nog langer als zandzakken tegen de loongolf gebruikt te worden. In 1982 heb ik als ziekenhuisdirecteur het (moeten) ontslaan van verpleegkundigen direct na het behalen van hun diploma al 'maatschappelijke waanzin' genoemd. Dat kwam niet door onverantwoord of zorgeloos aannamebeleid van de ziekenhuisdirecties, maar door het bruusk aan de budgetrem trekken door de politiek. Daarom is het verwijt van minister De Koning aan het adres van de verpleegkundigen dat hun protestacties 'het imago van hun beroep beschadigen' een arrogante en hypocriete belediging en een omkering van de schuldvraag. Het is de politiek die ervoor heeft gezorgd dat het verpleegkundig beroep er één

zonder toekomst is geworden.

Bij het verschijnen van dit artikel zullen de verkiezingen achter de rug zijn en - naar te verwachten valt - zal de moeizame speurtocht naar de op grond daarvan te vormen coalitieploeg begonnen zijn. Wie ook met wie de verantwoordelijkheid zal gaan dragen voor 'het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (artikel 22, lid 1 van de grondwet), er is geen ontkomen aan dat de hierboven geschetste problematiek aan de orde moet komen. Daarbij moet worden bedacht dat:

- bevorderd zal moeten worden dat patiënten verzekerd zijn van een *doelmatige* - zo matig als het doel vraagt - medische behandeling en van een optimale verpleegkundige verzorging;
- dat niet gegarandeerd zal zijn zolang artsen autonome stukloonwerkers zijn die niet onder het instellingsbudget vallen of in dienstverband werken. En ook niet als verpleegkundigen en verzorgenden niet als volwaardige medewerkers - qua beloning en qua status - binnen de landelijke economie worden beschouwd. De wetenschappelijk nergens op berustende discriminatie tussen de marktsector en de collectieve sector zal, als zijnde fundamenteel onjuist, moeten worden afgeschaft.

Wat er ook voor coalitie uit de stembus te voorschijn komt, de taak om aan de wezenlijke problematiek en aan de genoemde prioriteiten recht te doen blijft in elke situatie onverkort bestaan. De plicht voor de overheid om de volksgezondheid te bevorderen verdraagt zich niet met nog langer om de hete brij heen te lopen. Aan een grondige heroverweging van de door de commissie Dekker geadviseerde commerciële route valt daarbij naar mijn overtuiging niet te ontkomen.

Ben van Vliet is ex-ziekenhuisdirecteur.

Noten

- Hans Achterhuis, *Het rijk van de schaarste*. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault, Baarn (Ambo) 1988.
- Uitgegeven door Holt Loy, New York 1988, ISBN: 080504432.
- Zie hiervoor *Trouw*, d.d. 7 januari 1982.

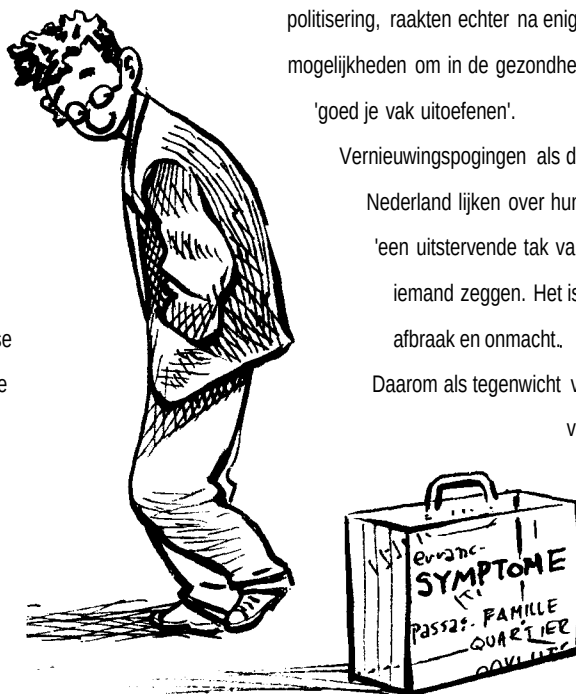
De politieke huisartsgeneeskunde van Jean Carpentier

Interview met een strijdbare Franse arts



Diek Willems

Politiek en dagelijkse medische praktijk - het lijkt een moeizame relatie te *moeten* blijven. Ieder die, behept met linkse ideeën over gezondheidszorg, zijn plaats in de school - of collegebanken omruilt voor de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg, lijkt daarmee in een andere wereld te stappen, waar die ideeën en theorieën niet zomaar toe te passen zijn en dus vaak naar de achtergrond verdwijnen. Het blijkt moeilijk, zo niet onmogelijk, om grootse politieke standpunten te laten doorwerken in de alledaagse stroom van problemen, klachten, vragen en verhalen. Al jaren zijn progressieve medische studenten en artsen op zoek naar



Tekening Bert Cornelius

manieren om 'progressieve praktijken' inhoud te geven. Veel artsen, die enthousiast begonnen met experimenten in demedicalisering en politisering, raakten echter na enige jaren gedeprimeerd over de mogelijkheden om in de gezondheidszorg meer te doen dan 'goed je vak uitoefenen'.

Vernieuwingspogingen als de gezondheidscentra in Nederland lijken over hun grootste groeiperiode heen; 'een uitstervende tak van sport', hoorde ik onlangs iemand zeggen. Het is een beeld van somberheid, afbraak en onmacht.

Daarom als tegenwicht voor de sombere analyses een verfrissend geluid uit Frankrijk van een bijzondere huisarts met lef én ideeën.

'Mijn oude ideeën over het verband tussen "theorie en praktijk" bedrukken of steriliseren mij niet langer door hun kosmische afmetingen. Zij krijgen een menselijk aanzien, bijvoorbeeld dat van het mannetje dat ik toevallig ben, of dat van de bewoners van mijn wijk. We moeten vandaag iets doen, met de

krachten van vandaag, want we leven en sterven vandaag.' Dit zegt, met een lichte ironie, Jean Carpentier, nu zo'n twintig jaar huisarts in Parijs, en onvermoeibaar op zoek naar mogelijkheden om de huisartsgeneeskunde levend te houden.' Dat wil voor hem zeggen: op een inventieve manier politieke stel-

lingnames in de dagelijkse praktijk gebruiken zonder een groot en allesomvattend denkschema, maar uitgaande van de verhalen die patiënten komen vertellen. Tegelijkertijd, zegt Carpentier, is daarvoor een bundeling van mensen nodig, die met hetzelfde bezig zijn.

Over de dagelijkse praktijk gaat het eerste en grootste stuk van dit artikel, over de bundeling van krachten het laatste.

Symptomenkoffer

In de spreekkamer van Carpentier staat, zoveel mogelijk in het zicht van de patiënten, een opvallend object. Het is een tamelijk ongebruikelijk therapeutisch instrument, door de makers 'symptomenkoffer' (*valise à symptômes*) genoemd. De koffer is gemaakt van zes rechthoekige platen van ple-xiglas, waarop kris-kras en in allerlei kleuren woorden staan die met ziekte te maken hebben: 'zekerheid', 'werk', 'verlangen', 'terugkeer', 'geschiedenis', 'dromen', 'wijk', 'teken', en nog enkele andere. De platen zijn onderling verwisselbaar, zodat naar behoefte bepaalde termen op de voorgrond gezet kunnen worden.

Het resultaat is een geheel doorzichtig koffertje (met handvat), waarin woorden achter, langs, over en door elkaar heen lopen. Het idee is dat patiënten tijdens of aan het einde van een consult zeggen: 'Wat hebt U daar voor kunstwerkje staan, dokter?', waardoor er een gesprek ontstaat over de relatie van de ziekte en klachten met andere aspecten van het leven.

Een voorbeeld: 'Yvonne kwam voor de derde keer binnen drie weken bij me langs. Voor haar bronchitis had ik haar eerst een antibioticum gegeven, later corticosteroïden, en nu komt ze, een week later, omdat ze nog wat hoest en moe blijft. Op het moment dat ze met een hoestdrank en wat vitamines zal vertrekken, ziet ze de koffer die op de onderzoeksbank staat en vraagt me wat deze betekent. Pas dan realiseren we ons dat we met elkaar in drie consulten nergens anders over hebben gepraat dan over het symptoom. Dan pas komt het gesprek op gang ... De eenvoudige vraag "waar dient dat voor?" is het begin van een zeer instructieve tocht rond de "ziekte" in ieders persoonlijke werkelijkheid. Naar aanleiding van een woord of simpel technisch detail maakt de koffer een massa verhalen los, verhalen die zich buiten de spreekkamer kunnen voortzetten, met de dokter of met anderen.'

De koffer geeft de aanzet tot gesprekken waarin, afhankelijk van de persoon, de belangrijke dingen uit haar of zijn leven aan de orde komen, voorzover ze met de ziekte te maken hebben. Geen grote verhalen over de samenhang

tussen politiek en ziekte, maar over Yvonne's plannen en de rol die haar bronchitis daarbij speelt.

Een geur van malaise
De 'koffer' ziet er onschuldig uit, toch is ze aanleiding geweest tot heftige discussies op nascholingsbijeenkomsten van huisartsen, die het gedoe daarmee zeker niet als geneeskunde wensten te beschouwen. 'Op een nascholingscursus voor huisartsen werd twee volle uren over de koffer gepraat, waarbij men', zegt Carpentier, 'er alles voor deed om het er twee uur lang juist niet over te hebben. Men vond dat de koffer weliswaar de verdienste had de verwantschap tussen huisartsgeneeskunde en poëzie duidelijk te maken, maar

Uit de spreekkamer naar de wachtkamer en vandaaruit naar de straat, luidt mijn motto.

verder toch maar moeilijk in het werk van alledag te gebruiken zou zijn. De discussies hadden een geur van malaise, alsof men er niet serieus over durfde te praten, terwijl men het wel wilde, omdat de koffer geen serieuze indruk maakte in vergelijking met een CT-scanner of zelfs de Krebs-cyclus.' Blijkbaar stond voor zijn collega's de betekenis die ziekte in het gewone leven heeft ver van de geneeskunde af. 'Vreemd', vindt Carpentier, 'want de koffer is toch net zo'n belangrijk apparaat als een bloeddrukmeter, en misschien wel belangrijker. Je moet hem beschouwen als een dagelijks te gebruiken instrument, net als de stethoscoop, de bloeddrukmeter of de otoscoop. Het is een communicatie-instrument.'

Een soortgelijk apparaat uit het medisch instrumentarium van Carpentier is het zogenaamde molecuul. Dit staat niet in de spreekkamer, maar in een andere belangrijke (volgens Carpentier vaak de belangrijkste) ruimte van het praktijkpand: de wachtkamer. Het molecuul is een drie-dimensionale weergave van de communicatienetwerken van een woonwijk en werd ooit ontwikkeld in het kader van een tentoonstelling over de plaats van de gezondheidszorg in de wijk waar Carpentier en zijn collega's werkten, toen nog in de voorstad Corbeil. Ook dit 'apparaat' gebruikt Carpentier in zijn

medisch werk, bijvoorbeeld om het bestaan en de rijkdom van de netwerken binnen de wijk te laten zien. In zijn opvatting van huisartsgeneeskunde spelen communicatienetwerken een belangrijke rol: de huisarts is volgens hem niet alleen medicus, maar ook iemand die de hoeveelheid en intensiteit van de communicaties in zijn werkgebied kan vervoeelvoudigen. 'Ziekte', zegt Carpentier, 'is een manier van praten, hoewel vaak een vervormde manier. Een van de manieren om te zorgen dat mensen niet meer via hun ziekte hoeven te praten, is door andere communicatievormen mogelijk te maken en door de geneeskunde een andere plaats binnen de bestaande netwerken te geven.'

Van het molecuul komen we als vanzelf op een van de stokpaardjes van Carpentier: de spreek- en wachtkamer. De bescherming die de spreekkamer biedt, dient volgens hem een duidelijke politieke functie: het medisch geheim

zorgt ervoor dat de problemen van mensen geïndividualiseerd blijven. De communicatie van patiënten met hun dokters wordt omgeven door een waas van geheimzinnigheid, die in sommige gevallen natuurlijk in het belang van patiënten is, maar vaak ook juist schadelijk - het collectieve karakter van de problemen wordt ermee onzichtbaar. 'De spreekkamer ligt aan het einde van een doodlopende straat.' Er is een merkwaardig verschil tussen het gemak en de graagte, waarmee veel mensen hun gezondheidsproblemen in tram, bus en andere openbare gelegenheden bespreken, en de geheimzinnigheid die ontstaat zo gauw ze daar met een dokter over praten.

Vandaar het grote belang van de wachtkamer. Daar komen mensen met hun ziektes bij elkaar, je zou ervoor kunnen zorgen dat ze er daar met elkaar over praten. De wachtkamer, die in de meeste medische instellingen niet anders functioneert dan als een soort bushokje, een plaats waar mensen angstig en ongeduldig op het opengaan van de spreekkamerdeur zitten te wachten, gebruikt Carpentier van tijd tot tijd om er een spontane vergadering te beleggen van mensen die in hetzelfde (of een vergelijkbaar) schuifje zitten. Of om zomaar te praten over gebeurtenissen in de wijk, en ook wel om feesten te organiseren.

In een bepaalde periode in de tijd dat hij in de voorstad Corbeil werkte,

organiseerden de huisartsen wekelijks 'open uren', waarin de wachtkamer meer fungeerde als buurtcafé dan als voorportaal van de spreekkamer. De ideeën daarachter beschrijft Carpentier als volgt: 'Natuurlijk, de dokter heeft er een bedoeling mee: een collectieve discussie in de wachtkamer over vragen die raken aan de fundamenteën van het ziek-zijn. Dit zijn de vragen waarover hij vanzelfsprekend met de patiënt mag praten, maar dan wel achter de dubbele deur van zijn spreekkamer. Hij wil de ziekte socialiseren. Dat is het doel van wat je het "wachtkamerwerk" kunt noemen, en in die zin is het tot leven brengen van de wachtkamer een politieke bezigheid.'

Te chic

De wachtkamer van het huidige praktijkpand van Carpentier (Corbeil heeft hij verlaten toen het te 'chic' werd om hem daar als huisarts te hebben) en zijn collega Clarisse Boisseau ziet er inderdaad niet

alledaags uit. Deze heeft meer iets van een losjes ingerichte huiskamer, compleet met ribcord bankstel en gezelschapsspelen, dan van de moderne huisartsenwachtkamer met het verplichte stapeltje tijdschriften. 'We wilden ook dat onze wachtkamer er zo uitzag: een paar cafétafeltjes, wat stoelen en een bankje, een grammofoon met platen, en informatie over sociale en culturele gebeurtenissen.' Deze wachtkamer past (of liever gezegd paste) in de wijk waar de beide huisartsen werken: de wijk rond de Bastille, tot voor kort een van de slonzigste en tegelijk ook levendigste stukken van Parijs, die nu tegen wil en dank langzaam verandert in de zoveelste kraakhuurderige BC-BG-wijk (*Bon Chic, Bon Genre*, de Franse term voor yuppie), waar de oorspronkelijke bewoners wegtrekken en het publiek van de in aanbouw zijnde nieuwe Opéra zich thuis moet gaan voelen.

Carpentier en zijn collega's zijn, zo zeggen ze, op zoek naar een offensieve geneeskunde, offensief in de zin van: duidelijk, de straat op durven, geen geneeskunde die zich opsluit in de spreekkamers van de artsen. Vandaar hun preoccupatie met de wachtkamer van de praktijk: 'als ik mij zou beperken tot het beantwoorden van vragen van patiënten in de beslotenheid van mijn spreekkamer, zou ik stikken (en zij ook)'. Dus uit de spreekkamer naar de wachtkamer en vandaar uit naar de

straat, luidt het programma.

Gezondheidscentra passen slecht in Carpentiers strategie. De onmiskenbare neiging van hulpverleners om zich op te sluiten in hun spreek- en behandelkamers wordt volgens hem in dergelijke centra alleen maar versterkt, omdat men zich daar *met elkaar* opsluit. Een dokter alleen voelt zich soms alleen, maar dat onaangename gevoel kan een reden zijn om de spreekkamer te verlaten en anderen op te zoeken (bijvoorbeeld in de wachtkamer); in een gezondheidscentrum ontbreekt zelfs die aanzet tot politieke activiteit, aldus Carpentier, omdat men er immers van alles samen doet. Van de mogelijkheid om juist in gezondheidscentra elkaar wakker te houden en gezamenlijke

*Van de mogelijkheid om juist in
gezondheidscentra elkaar wakker te houden en
gezamenlijke activiteiten te ondernemen, heb ik
nooit veel gemerkt.*

activiteiten te ondernemen heeft Carpentier naar zijn zeggen nooit veel gemerkt. Hij lijkt meer een soort *Verelendungstheorie* aan te hangen: als je je maar ellendig genoeg voelt in de eenzame opsluiting van de spreekkamer, kom je er vanzelf wel uit. Al is hij meteen bereid te erkennen dat veel hulpverleners weinig last van die *Verelendung* lijken te hebben. De Franse gezondheidscentra neigen bovendien sterk tot uitbreiding van hun medisch-technische mogelijkheden, wat ze dichter en dichter bij de ziekenhuizen in de buurt brengt.

Bundeling

De veranderingen in lokale medische praktijken moet in de visie van Carpentier gepaard gaan met een bundeling van krachten en ideeën. Dit heeft in 1985 geleid tot de oprichting van de zogenaamde 'Verspreide school voor gezondheid' (*Ecole dispersée de santé*), die allereerst in Parijs voor werkers in de eerstelijns gezondheidszorg scholings- en discussiebijeenkomsten organiseerde rond onderwerpen als preventie, drugsverslaving, 'kleine ziektes' en alledaagse medische ethiek.² Van meet af aan was het de bedoeling om de Verspreide school tot een internationaal discussieplatform voor werkers in de gezondheidszorg uit te bouwen. Tot nu toe heeft de 'school' deelnemers in Frankrijk, Engeland, Duitsland, België en Italië, een Nederlandse ver-

tegenwoordiging is er (nog) niet. Drie internationale congressen zijn inmiddels georganiseerd, de eerste om de vestiging van de school te beklinken, en twee met inhoudelijke onderwerpen, respectievelijk 'Ziekte: waar zijn wetenschap en politiek op uit gekomen?' en 'De apparaten van de geneeskunde en de geneeskunde als apparaat'. Inzet van de conferenties en van de publikaties van de school is de bundeling van krachten en ideeën van hulpverleners werkzaam in de gezondheidszorg, die niet alleen de politieke en financiële voorwaarden voor een goede gezondheidszorg willen bespreken, maar vooral de interne eenzijdigheden van onze geneeskunde en de mogelijkheden om daar iets aan te veranderen

op het bescheiden niveau van de dagelijkse praktijk. Het gaat om vragen als: hoe kun je in de praktijk aandacht besteden aan betekenisaspecten van ziekte, ondanks de obstakels die

de medische theorie hiertegen opwerpt en ondanks de toenemende druk van de medische techniek? Is het voor hulpverleners en patiënten mogelijk om op een andere dan alleen negatieve ('laat dit verdwijnen') manier tegen ziekte aan te kijken? Welke rol moeten hulpverleners in de preventie van ziektes spelen, en wat moet er eigenlijk precies voorkomen worden?

In november 1989 wordt een volgende conferentie van de school georganiseerd - wel nogal ver van Nederland, namelijk in de buurt van Turijn - met als thema: 'Het recht om anders te zijn: de rol van de geneeskunde'.

¹Dick Willems is huisarts,

Noten

1. Jean Carpentier heeft twee boeken geschreven over de eerstelijns gezondheidszorg: *Médecine générale*, hetgeen letterlijk huisartsgeneeskunde betekent. In Nederland heeft het boek helaas de mei gekregen *Ontmantel het medisch balwerk*, Weesp (Wereldvenster) 1982, waardoor het iedere kans om als leerboek huisartsgeneeskunde gebruikt te worden verspeelde.

Medical flipper was zijn tweede boek, dit is niet in het Nederlands vertaald. Citaten van Carpentier komen 61 uit een van beide boeken 61 u- gesprekken met hem,

2. De 'verspreide school' heeft, zoals de naam al zegt, niet één vast adres. Inlichtingen zijn o.a. te krijgen op het volgende adres: 94, rue de Charenton, 75012 Paris.

...THEMA...

Alternatieve geneeswijzen

Redactioneel

Alternatieve geneeskunde is anno 1989 nog steeds een heet hangijzer, zelfs binnen de redactie van TGP en binnen onze eigen vriend(inn)enkring. Waar wel consensus heerst over de noodzaak van een linkse of feministische visie op gezondheidszorg, ontbreekt deze als het gaat over alternatieve geneeskunde. Tijdens het werken aan dit themanummer is ons gebleken dat een kritische visie op de reguliere geneeskunde niet automatisch impliceert dat je openstaat voor alternatieve geneeswijzen. Wat maakt dit onderwerp zo controversieel dat je er met 'gelijkgestemden' heftig over van mening kunt verschillen?

In de vele discussies over alternatieve geneeskunde, zoals die binnen de redactie maar ook binnen bijvoorbeeld *Medisch Contact* gevoerd worden, komt steeds weer de oude sfeer van kwakzalverij naar boven; de verhalen over list, bedrog en geldklopperij zijn niet van de lucht. Opvallend daarbij is dat juist degenen die een universitaire medische opleiding hebben gevolgd of het hoogst op de medische maatschappelijke ladder staan het falikantst tegen alternatieve geneeswijzen zijn en met de meest uiteenlopende verhalen of voorbeelden komen van wat voor nonsens het allemaal wel niet is en wat voor kwalijke praktijken er gebezigd worden. Op zich is deze houding wel te begrijpen, want een bredere visie met meer oog voor de psycho-sociale kanten en de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor ziekte, gezondheid, leven en dood, druist natuurlijk in tegen het strakke biomedische model, zoals zij dat in hun opleiding voorgeschoteld gekregen hebben. In deze visie wordt het lichaam vooral als een machine opgevat, die tot in zijn kleinste details uit elkaar te halen en te vervangen is, en daarin raakt men ook steeds meer verfijnd. De specialisaties strekken zich uit tot in het oneindig kleinste deeltje, maar het geheel wordt nogal eens uit het oog verloren en vergeten wordt dat niet alle lichaamsprocessen meetbaar zijn. Daarnaast is een zekere angst voor machts- en statusverlies waarschijnlijk ook niet vreemd aan deze afweer.

Toch valt niet te ontkomen aan het feit dat steeds meer mensen - patiënten, consumenten, het is maar hoe je ze wilt noemen - de behoefte hebben om op een andere manier met ziekte en gezondheid om te gaan. De consumenten zijn in feite de stuwende kracht achter de enorme

opbloei van de alternatieve geneeswijzen, zoals die de laatste jaren te zien is (en zoals je momenteel ook bij het bewustzijn over het milieu ziet gebeuren). Dat er voor die andere behoefte en het toegenomen bewustzijn niet altijd meteen de juiste vorm gevonden wordt en er nogal wat kaf onder het koren is, omdat veel beoefenaars en gebruikers terugvallen op oude, bekende structuren en mechanismen, is volgens de themaredactie iets dat bij een dergelijk ingrijpend veranderingsproces hoort en dat niet alleen maar te veroordelen of schadelijk is". Ook *Dick Nicolai*, natuurarts en medisch astroloog, is die mening toegedaan, zoals uit het interview dat Hans Spijker en Goof van de Wijngaart met hem hadden blijkt.

De invloed van de grote groep gebruikers valt dan ook niet meer weg te strepen en door hun vasthoudendheid zie je langzamerhand steeds meer 'deskundigen' en 'machthebbers' uit het reguliere gezondheidszorgkamp overstag gaan. We hebben inmiddels al een ex-staatssecretaris van Volksgezondheid die een voorstander van alternatieve geneeswijzen is en ook de verzekeraars en ziekenfondsen nemen steeds meer geneeswijzen in hun pakket op. *Hetty van Doorn*, werkzaam bij het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen signaleert in haar artikel 'Krijgt de patiënt dan toch gelijk?' eveneens dat de patiënten en met name de georganiseerde patiënten een voortrekkersfunctie hebben vervuld bij het toegankelijk maken van de alternatieve geneeswijzen. Sterker nog, zij zijn het nog steeds die de belangrijkste veranderingen op dit terrein bewerkstelligen, zoals alternatieve polissen en een kliniek alternatieve geneeswijzen.

'Alternatief' is dus niet meer uit onze samenleving weg te denken, al blijven met name de medici en wetenschappers tegenstribbelen en toveren ze het ene na het andere 'wetenschappelijk verantwoorde' onderzoek uit hun hoge hoed om ons te overtuigen van het placebo-effect van de homeopathie en acupunctuur en van de totale misleunen van de iriscopie. Een laatste stuiptrekking misschien om koste wat kost het oude gedachtengoed te verdedigen? Maar als je in je onderzoek niet anders wilt kijken, er geen waarden als ervaring, bewustzijn en kwaliteit bij wilt betrekken, terwijl deze nou juist de essentie van de alternatieve geneeswijzen uitmaken, krijg je natuurlijk dit soort

...THEMA...

op kwantitatieve gegevens gebaseerde, al bij voorbaat voorspelbare resultaten. Een dergelijke aanpak vinden wij als themaredactie niet zinvol.

Belangrijker dan verdachtmakingen of zwartmakerij vinden wij om de discussie op een hoger niveau te tillen door het verstrekken van een zo breed mogelijke informatie en het stellen van essentiële vragen. Laat daarna de discussie, ook in TGP, maar losbarsten.

Rode draad voor het thema was voor ons: welke ontwikkelingen zijn er op het gebied van de alternatieve geneeswijzen gaande, is er al sprake van erkenning of zelfs integratie van beide ziens- en geneeswijzen, en zo ja, is het nastreven hiervan wel het hoogste goed? Of dreigt hiermee ook het eigene van de alternatieve geneeskunde verloren te gaan en evenzeer geïnstitutionaliseerd te raken als de reguliere gezondheidszorg met alle vervelende consequenties vandien, zoals efficiënte korte consulten, snel concrete 'oplossingen' aandragen, meer symptoombestrijding dan kwaliteitsverbetering, het vele gebruik van apparatuur en techniek.

Paul van Dijk signaleert in zijn artikel 'Integratie van alternatieve geneeswijzen meer en meer een feit' een aantal van dit soort kwalijke bijverschijnselen ook, maar is tegelijkertijd van mening dat het onderscheid tussen alternatief en regulier niet zo groot is, als velen van ons denken. Volgens hem is de integratie in sommige sectoren van de gezondheidszorg al goed op gang. Zo zijn de eerste en tweede lijn verder van elkaar verwijderd dan de eerste lijn en de alternatieve geneeskunde, deze zie je juist meer naar elkaar toegroeien. Ook Annemarie Mol is in haar column 'Alternatieven voor wat?' een dergelijke mening toegedaan.

Volgens ons moet er echter niet te snel naar integratie gestreefd worden, want hierdoor dreigt het gevaar dat de alternatieven te zeer ingekapseld raken, dat de bruikbare en werkbare methoden en/of middelen snel overgenomen worden zonder dat de filosofie of levensopvatting erachter begrepen of in de behandeling meegenomen wordt. Terwijl wij het juist essentieel vinden dat er anders over ziekte, gezondheid, de kwaliteit van leven, omgaan met pijn, ongemakken en handicaps, de invloed van de omgeving en de psyche op het lichaam en het welbevinden van mensen gedacht gaat worden. Volgens ons werkt het

ook niet, als je het uit zijn verband haalt, dan wordt het weer oplappen in plaats van beter en gezond worden.

Hoe de gebruikers daar zelf over denken en uit welke motieven zij naar alternatieve genezers gaan - uit principe, bewustwording, kritiek of frustratie - doet Mirre Bots uit de doeken in 'De grenzen van het anders omgaan met gezondheid', waarin zij diverse gebruikers van de alternatieve geneeswijzen interviewt.

Evelyn de Leeuw bespreekt in 'Alternatieve-tijdschriftenmarkt overvol' verschillende bladen op het gebied van de alternatieve geneeswijzen. Behalve oude bekenden als *Gezond leven* en *Onkruid* blijken er vele jonge loten aan de stam te verschijnen, die echter niet allemaal uitblinken in een even heldere en doorwrochte gedachtengang. Nogal eens zijn er bangmakerige tendenzen te bespeuren.

In 'Artsenmonopolie en genezersvrijheid' ten slotte poogt Lidy Schoon te analyseren waarom de overheid, die al eeuwenlang geloofsvrijheid hoog in het vaandel heeft staan, zo'n bevoogdende houding heeft aangenomen ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen. Hoe hebben de gezondheidswetten van 1865 hun beslag gekregen en wat betekende dat voor de grote schare van - vooral vrouwelijke - volksgenezers van de vorige eeuw, die vóór deze wetten in hoog aanzien stonden en het gezicht van de geneeskunde bepaalden? Toen de auteur in de archieven dook, merkte zij dat het verzet tegen het monopolie van de universitair geschoolde artsen niet van vandaag of gisteren is, maar ook al aan het begin van deze eeuw bestond. Wat dat betreft is de strijd om een vrije keuze voor een bij de individuele mens passende geneeswijze nog lang niet gestreden, al zijn de scherpste kantjes er in de laatste jaren wel vanaf geslepen en worden de mogelijkheden om alternatieve genezers te bezoeken en alternatieve geneesmiddelen betaald te krijgen voortdurend groter.

En zo moet het natuurlijk ook in een land dat solidariteit als basisprincipe van haar ziekenfondsstelsel heeft.

* De themaredactie bestond uit: Mirre Bots, Margat Fleuren, Lidy Schoon, Hans Spijker en Goof van de Wijngaart.

Krijgt de patiënt dan toch gelijk?



Hetty van Doorn

Lange tijd heeft de hele reguliere medische wereld alles wat uit andere dan de eigen hoek kwam afgedaan als kwakzalverij: niets anders dan de middeleeuwse marktkoopman met zijn wondermiddel-es. De patiënt daarentegen is tegen alle verdrukking in eigenwijs gebleven, waardoor veel genezers een grote bekendheid genoten en lange dagen maakten.

Aanhangers van het vrije-marktprincipe moeten hieruit de conclusie trekken dat de klant over het algemeen baat vond in de alternatieve hoek, anders was de markt immers snel ingestort. Cynici zullen echter zeggen dat de mens nu eenmaal bedrogen wil worden.

Feit is dat de alternatieve geneeswijzen niet meer uit onze maatschappij zijn weg te denken: het aantal opleidingen, praktijken, organisaties en consulten groeit snel. Enige vorm van erkenning in de toekomst is onvermijdelijk. Krijgt de patiënt dan toch gelijk?

Hetty van Doorn over het belang van patiëntenorganisaties, ook of juist op het terrein van de alternatieve geneeswijzen.

We zitten nu in een overgangperiode. Aan de ene kant zijn veel artsen zelf inmiddels werkzaam op alternatief gebied en groeit de interesse, onder andere merkbaar aan artikelen in medische vakbladen, aan de andere kant blijft een steeds kleiner groepje fel van leer trekken, onder aanvoering van de Vereniging tot Bestrijding van de Kwakzalverij. Sinds de anti-rook magiër Dr. Meinsma deze vereniging uit de as heeft doen herrijzen, lijkt het meer op een Vereniging tot Bestrijding van Alternatieve Geneeswijzen. Let wel: alleen op papier. Een apotheker die uit overtuiging lid is, heeft geen moeite met de grote omzet aan alternatieve middelen in zijn zaak, het blijft handel, nietwaar! De vereniging en haar periodiek leven vooral van de schrijnende gevallen die de gezondheidsmarkt regelmatig voortbrengt. Door vooral die gevallen te selecteren waar een alternatief tintje aan zit en vervolgens het kind met het badwater weg te gooien, houden zij het denkpatroon alternatief = kwakzalverij in stand. (Wat zou er van de reguliere hoek overblijven, als elke sector moest boeten voor één enkele uitwas?)

Klachtenbehandeling

Bestrijding van echte kwakzalverij is van meet af aan een belangrijk werkterrein geweest van de alternatieve patiëntenorganisaties, zoals heer ORWC (zie ook het kader). Sinds enkele jaren hebben zij een bondgenoot gevonden in de inspecties voor de volksgezondheid, want in deze reguliere bolwerken is sinds kort het besef doorgedrongen dat er ook bonafide alternatieve praktijken zijn. Gebrek aan kennis van dit terrein wordt nu opgevangen door samenwerking met de alternatieve patiëntenorganisaties. Deze hebben door jarenlange arbeid een adressenbestand op-

gebouwd van individuele praktijken en beroepsverenigingen, die aan hun criteria voldoen: er moet o.a. een serieuze opleiding zijn gevolgd, getoetst met een examen, er moet (afhankelijk van de soort therapie) voldoende medische basiskennis verworven zijn om te weten wat men niet kan of mag behandelen. Verder dient men zich aan de regels te houden wat betreft tarieven, afspraken etcetera. Organisaties die deze controle zelf goed uitvoeren, kunnen als geheel worden opgenomen.

Een belangrijke bron van informatie is de klachtenbehandeling. Vaak wordt men in een persoonlijk gesprek beoordeeld. Dit intensieve werk vergt veel inzet van deskundige vrijwilligers.

De laatste jaren wordt het echter wel moeilijker om het gehele terrein te blijven overzien. Want nu duidelijk is dat alternatieve geneeswijzen een interessante markt vertegenwoordigen, komt ook de keerzijde van de medaille prominenter boven. In het kielzog van het veranderende tijt proberen minder frisse figuren snel kapitaal of aanzien te veroveren. Het begon met een ware explosie van therapeuten die onder de meest fantasievolle benamingen en titels hun gaven aanprezen, vaak de suggestie uitdragend 'uniek' te zijn. Veel van deze mensen zijn (in het gunstigste geval) slechts in het bezit van goede bedoelingen en de overtuiging anderen te moeten en kunnen helpen. Nu zou de wereld er een stuk aardiger uitzien, als we allemaal elkaar wat meer zouden helpen, maar deze mensen vragen er meestal (veel) geld voor en schermen met diploma's en getuigschriften van opleidingen, die ófwel zo'n twintig lesuren omvatten ófwel door hen zelf zijn bedacht.

Want dat is de tweede, en minstens even kwalijke golf van kwakzalverij: steeds meer mensen krijgen in de gaten dat

een opleiding in de alternatieve geneeswijzen nog méér oplevert dan een praktijk. Gevolg: bijna wekelijks ont-springt ergens een nieuwe 'school' en het bos van namen en therapieën wordt snel een ondoordringbaar oerwoud. Het mag dan een natuurwet zijn dat de schaduw van de boom met deze meegroeit, op het moment lijkt het er soms op dat de schaduw harder groeit dan de boom ... Zo is er een bekende 'genezer', die wegens onverantwoordelijke prak-tijken verwikkeld is in processen met onder andere artsen, patiënten en een patiëntenvereniging. Met be-hulp van pro-deo advocaten worden die zaken einde-loos gerekt, terwijl zijn praktijk ondertussen steeds drukker wordt, juist dank zij zijn 'bekendheid'.

Een heel aparte vorm van kwakzalverij is die, welke wordt bedreven door artsen: om-dat zij 'bevoegd' zijn tot alle medi-sche handelingen vinden sommige artsen het niet nodig een opleiding te volgen alvorens zich (vrij) te vesti-gen als bijvoorbeeld homeopaat of acupuncturist. Een lucratieve praktijk van 9 tot 4, zonder avond-, nacht- en weekenddiensten, ongebonden aan KNMG-tarievenis ook heel verleidelijk, maar om werkelijk alternatief te behan-delen is, ook voor een arts, meer nodig dan een landkaart met acupunctuurpunten of een vademecum met homeo-pathische middelen.

Ondoordringbaar
Gelukkig blijft de schadelijke kwakzalverij een randver-schijnsel, maar wel iets waar patiënten op bedacht moeten zijn. Is de individuele patiënt, al dan niet mondig, nog niet altijd in staat de bokken van de schapen te scheiden, de georganiseerde patiënt bij monde van het LOPAGis dat wel.

Verzekeringsmaatschappijen maken van de door patiën-tenorganisaties opgestelde adressenlijsten gebruik om kwakzalverij zoveel mogelijk buiten het pakket te hou-den. Ik wil met het bovenstaande vooral benadrukken hoe belangrijk het is dat er nu echt snel werk wordt gemaakt van registratie, controle en erkenning van opleidingen en beroepsverenigingen: hoe langer men talmt, hoe ondoor-dringbaarder het oerwoud wordt en dus hoe langzamer de vorderingen.

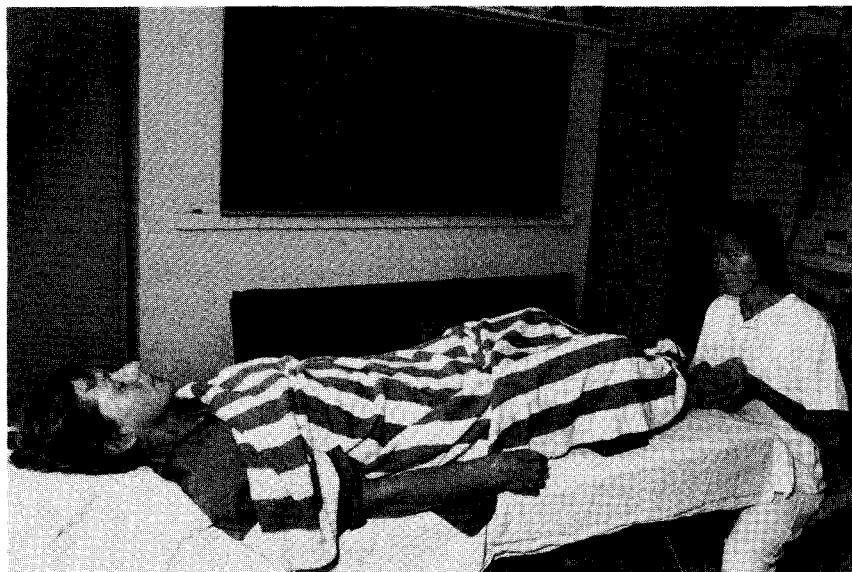
En de nieuwe wet BIG (Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg) biedt, zeker voor de patiënt, ook geen uitkomst, want als in de toekomst deze wet in werking treedt, lopen we de kans helemaal te verdwalen: daarin wordt namelijk alles aan de vrije markt overgelaten, uit-gezonderd enkele met name genoemde handelingen, zoals operaties en bevallingen. Ter bescherming van het publiek zullen er geregistreerde (= beschermde) beroepen en titels

komen, daarbuiten mag de patiënt het zelf uitzoeken, en dat geldt helemaal voor de alternatieve patiënt, want er is nog geen enkel zicht op registratie van 'alternatieve' be-roepen in het kader van de BIG. De alternatieve patiënt zal zijn bescherming dus elders moeten (blijven) zoeken.

Het probleem op het gebied van de erkenning is vooral: waar te beginnen? Een beroep erkennen kan pas als de opleiding daartoe erkend (= gecontroleerd) wordt. Maar

opleidingen be-oordelen, kunnen eigenlijk alleen de-genen die dit niet-erkende beroep uitoefenen. Toch is beginnen bij de opleidingen het meest logisch. Met name de Commis-sie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksge-zondheid is druk doende om inzicht te krijgen in de op-leidingen en om minimumeisen te formuleren, willen deze voor erken-ning in aanmer-king komen.

Geen
overbodige
luxe
Door samenwer-king in het LOPAG



Academie voor Natuurgeneeswijzen te Bloemendaal..

Foto: Mieke Schlaman

kunnen patiënten hun stem op twee manieren beter laten horen. Enerzijds wordt gezamenlijk propaganda gemaakt op beurzen en manifestaties én door middel van 'het groene boekje', dat op grote schaal wordt verspreid, anderzijds wordt een vertegenwoordiger van de koepel in steeds meer overlegorganen, besturen en commissies uitgenodigd. Zo klinken er twee stemmen van alternatieve patiënten in de bovengenoemde Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de NRV. Verder is de patiënt vertegenwoordigd in het overleg met artsen en therapeuten, ziekenfondsen en verzekeraars. Het lidmaatschap van het Landelijk Patiënten/Consumentenplatform zorgt voor aansluiting bij de rest van de patiënten beweging. Dat patiëntenverenigingen geen overbodige luxe zijn, mag men als bekend veronderstellen. Zo is het aan het initiatief van een patiëntenvereniging, namelijk Natura, te danken dat inmiddels bijna alle particuliere verzekeringen iets alternatiefs in hun pakketten doen. Natura brak de markt open, toen zij via een bestaande maatschappij de Natura-polis introduceerde, waarin uiterst voorzichtig werd be-gonnen met het vergoeden van enkele alternatieve artsen. Al snel volgden de concurrenten, maar Natura bleef steeds vooropgaan: eerst ook de therapeuten op HBO-niveau erin, later zelfs de paranormale genezers.

De polis zelf was geen doorslaand succes, maar het effect op de verzekeringsmarkt was geweldig. Nu, nog geen tien jaar later, is zelfs al ongeveer één derde van de zieken-fondsen over de streep en heeft alternatief in het aan-vullend pakket. Het wachten is nu op iets meer standaardisatie: alle pakketten, zowel fonds als particulier, zijn verschillend en daardoor moeilijk te vergelijken. De één werkt met eigen risico, de ander met maximumvergoe-

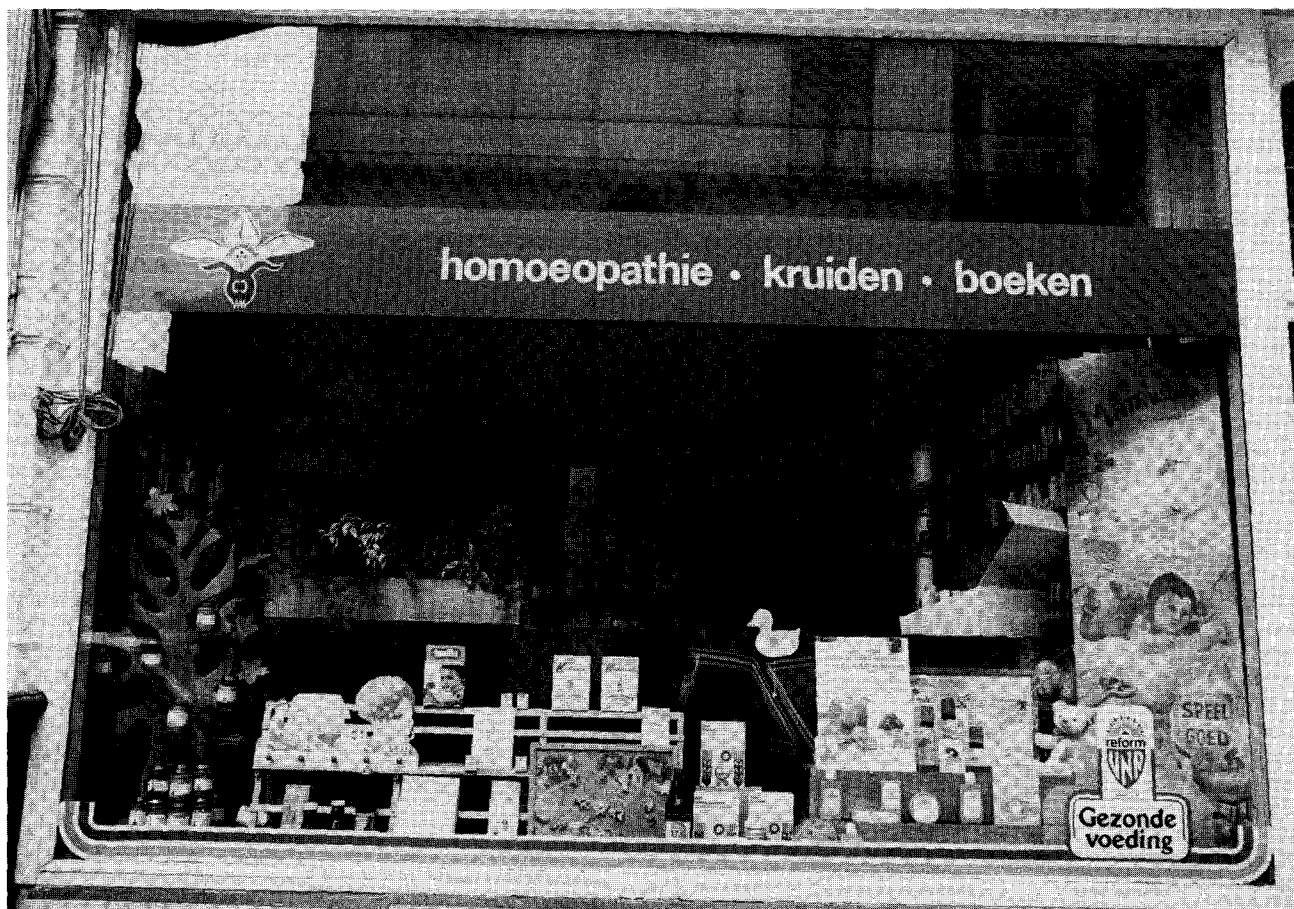


Foto: Mieke Schlaman

dingen per consult, of per jaar; de één vergoedt 80% van het tarief, de ander een vast bedrag per consult. Omdat je je nu eenmaal dient te verzekeren vóórdat je van het gebodene gebruik gaat maken, is het voor de klant moeilijk te overzien welke vorm het gunstigst zal uitpakken.

Nog steeds is een patiëntenvereniging, zij het deze keer Iris, de motor achter vernieuwende initiatieven. Zo werkt men bijvoorbeeld aan andere manieren van premie betalen, een methode om de verzekerde een goed overzicht te bieden van de gemaakte kosten en aan een verruiming van de pakketkeuze door een systeem van losse onderdelen. Ook het investeren in alternatieve projecten, zoals de opzet van een natuurkliniek, behoort tot de mogelijkheden.

Al deze activiteiten vereisen niet alleen een behoorlijke inzet van het kader van de lidorganisaties, maar ook een geregelde geldstroom. In de aanlooptijd was dat schipperen geblazen, aangezien de leden bijna allemaal arme organisaties zijn, die weinig ruimte in hun begroting hebben. Daarbij moeten we bedenken dat bijna al die organisaties met contributies en donaties door patiënten worden gefinancierd, terwijl die zelfde patiënten de meeste alternatieve behandelingen uit eigen zak moeten betalen, inclusief het hoge BTW-tarief dat voor luxe artikelen geldt. Met veel moeite werd hier en daar een subsidie of donatie losgepeuterd, waardoor het werk steeds net kon blijven doorgaan. Pas door het onlangs bijgestelde beleid van het ministerie van WVC is er een mogelijkheid gekomen om

het nuttige werk dat al deze vrijwilligers doen, te ondersteunen met een (voorlopig zeer bescheiden) structurele subsidie, zodat een ondersteunend bureau kan worden opgezet.

Waar voor je geld

Het LOPAG streeft met haar activiteiten naar een integrale gezondheidszorg. Daarmee bedoelt zij dat de alternatieve geneeswijzen met de reguliere tot een evenwichtig geheel moeten samensmelten. Binnen een dergelijke gezondheidszorg moet de mens worden gezien als een ondeelbaar geheel (bestaande uit lichaam, geest en ziel), dat voortdurend in relatie tot zijn omgeving staat. Voorzieningen en hulpverleners moeten de eigen verantwoordelijkheid van de mens ondersteunen en niet uit handen nemen.

Het LOPAG gaat dus uit van een eigen plaats voor de alternatieve geneeswijzen binnen het totale pakket aan voorzieningen en van onderlinge samenwerking (ook met wat nu nog 'regulier' is) op basis van respect tussen hulpverleners. Om het geheel voor de patiënt overzichtelijk te houden pleit men voor samenwerkingsvormen onder één dak, liefst met inspraak van de patiënten. Aanvankelijk zal het vooral gaan om alternatieve groepspraktijken, maar het is de bedoeling dat deze in de verre toekomst met de steeds vaker voorkomende wijkgezondheidscentra tot één geheel in elkaar schuiven.

Spreading van de voorzieningen is een ander belangrijk punt: slechts enkele beroepsorganisaties houden zich aan

Wat doet het LOPAG?

Het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen bundelt op dit moment 9 verenigingen en stichtingen, die zich landelijk inzetten voor de patiëntenbelangen in de alternatieve geneeswijzen. Zij bestrijken de geneeswijzen: homeopathie, natuurgeneeswijze, antroposofie en mazdaznan; daarnaast is er een alternatieve m.s.-vereniging en een vereniging die probeert een natuurkliniek te realiseren. Organisaties die zich inzetten voor enzymtherapie, chiropraxie en chelatietherapie zijn om uiteenlopende redenen (nog) geen lid van het LOPAG, terwijl de vereniging Amnestie (Moermantherapie) het LOPAG onlangs heeft verlaten. Voor acupunctuur en paranormale geneeswijze bestaan (voor zover ons bekend) geen patiëntenorganisaties.

De verschillende organisaties van het LOPAG houden zich onder andere bezig met belangenbehartiging, voorlichting, ondersteuning, verwijzing, klachtenbehandeling en het beoordelen van opleidingen en praktijken.

Voorlichting wordt door diverse lidorganisaties gegeven door middel van een eigen periodiek, folders, brochures of een cursus. Drie LOPAG-lidorganisaties hebben samen een telefonische hulp- en informatiedienst opgezet, waar men terecht kan voor betrouwbare adressen, advies over de te volgen therapie, morele ondersteuning en klachtenopvang.

Dank zij diverse subsidies heeft het LOPAG inmiddels tienduizenden gratis mini-brochures verspreid met informatie over de bekendste alternatieve geneeswijzen, het zogenaamde 'groene boekje'.

een vestigingsbeleid. De rest van de artsen en therapeuten zoekt gewoon een aantrekkelijk plekje op, zodat sommige delen van het land (bijvoorbeeld Zeeland) er bekaaid afkomen. Eigenlijk zouden in elke regio (met ongeveer 25.000 tot 30.000 inwoners) binnen afzienbare tijd de zes 'hoofdstromen' vertegenwoordigd moeten zijn: acupunctuur, homeopathie, paranormale- en natuurgeneeswijze, manuele therapie en antroposofische geneeskunde. Ook is het LOPAG van mening dat de keuze van de patiënt voor een bepaalde benadering niet mag worden belemmerd door de kosten. Zij pleit voor een financieringsstelsel dat zuinig en verstandig gebruik stimuleert, zonder echter de onderlinge solidariteit aan te tasten. Hierbij moet men denken aan keuzepakketten in ziektekostenverzekeringen, al dan niet in combinatie met kleine eigen bijdragen.

In tegenstelling tot de alternatieve therapeutenorganisaties is het LOPAG niet zo enthousiast over het vrije-markt-principe in relatie tot alternatief genezen, omdat het marktmechanisme als kwaliteitscontrole op dit vlak niet voldoet: voordat je er als patiënt achter bent dat je geen 'waar voor je geld' hebt gekregen, kan je gezondheid onherstelbaar beschadigd zijn. We zijn het ook niet eens met de stelling van veel beroepsbeoefenaren dat therapieën beter (of zelfs *alleen maar*) werken als de patiënt er flink voor in de beurs moet tasten (dat zou een betere motivatie met zich mee brengen).

De praktijk van de vrije markt op dit moment is: alleen wie

genoeg geld heeft, kan kiezen wat hij wil. En omdat deze patiënten particulier verzekerd zijn, hebben ze bijna altijd alternatieve geneeswijzen in hun polis en kost het ze niet eens veel extra! Voor de verplicht verzekerden ligt het veel moeilijker, omdat die alleen bij sommige fondsen via het aanvullend pakket iets vergoed krijgen. Als ze veel geluk hebben, zit er een alternatieve huisarts met fondspraktijk in de buurt, als ze pech hebben werkt hun huisarts een alternatieve behandeling tegen. Pas als de fondsen zouden aannemen dat alternatieve geneeswijzen in het standaardpakket het geheel niet duurder maken, zal opname in het fonds mogelijk zijn. Alles draait hierbij om de discussie of er al dan niet sprake is van substitutie: komen alternatieve geneeswijzen in plaats van een deel van de reguliere kosten of komen ze er bovenop? Al jaren worden - mede op aandringen van het LOPAG - pogingen ondernomen om dit te onderzoeken, maar er zijn nog steeds geen cijfers bekend.

Gat in de markt

Het feit dat zoveel ziekenfondsleden alternatieve geneeswijzen wensen, blijkt voor deze democratische instellingen niet zwaar genoeg te wegen. Intussen springen enkele particuliere verzekeraars behendig in het gat in de markt door te investeren in nieuwe, commercieel opgezette, alternatieve groepspraktijken. Zij zien blijkbaar niet alleen brood in alternatieve geneeswijzen in hun polis, maar ook in het exploiteren ervan. Aan de ene kant geven ze daarmee een voorbeeld aan de ziekenfondsen, aan de andere kant moeten we oppassen voor prijsopdrijving, die uiteindelijk opname in het fonds juist weer zou tegenwerken.

Voor het zover is hebben we echter, als het aan Wisse Dekker ligt, een geheel ander verzekeringssysteem. Het is trouwens opmerkelijk dat in het hele rapport van de commissie Dekker alternatieve geneeswijzen niet voorkomen. Volgens optimisten een teken dat integratie op dat niveau al een feit is, volgens pessimisten een kwestie van dood-ZWiJgen.

Als het plan Dekker integraal wordt uitgevoerd *kunnen* de alternatieve patiënten er beter van worden: het minimumpakket met een aanvulling naar keuze kan gunstig uitpakken. Maar we moeten niet te vroeg juichen, want het zou niet de eerste keer zijn dat een aanvankelijk goed plan in zo'n uitgekleden versie wordt ingevoerd, dat het letterlijk niets meer om het lijf heeft!

Hetty van Doorn is medewerkster bij het LOPAG en redactrice van *Gezond Leven*.

ALTERNATIEVEN

'Wat is het alternatief?', vraagt de conservatief, zucht, en vervolgt op de oude voet. Progressieven doen dat anders, zij zoeken alternatieven: enthousiast, verbeten, inventief. De vraag is alleen: wat is het alternatief voor wat?

Het alternatief voor korte haren is lange haren. Het alternatief voor een rok is een broek. De vraag is of, omgekeerd, het alternatief voor een broek ook een rok is.

Is met de trein gaan een alternatief voor de trekschuit of voor de auto? Is fietsen een alternatief voor lopen, de paardekar of de trein? Eén ding is zeker: de step is geen alternatief voor het vliegtuig, maar voor de puzzel, video kijken of spionnetje spelen.

'Er is dit jaar zoveel hooikoorts', zei de vrouw. De middelen die de reguliere geneeskunde voorschrijft tegen hooikoorts, zei ze, deugen niet. Het centrum waar zij werkte, had een alternatief te bieden, dat bestond uit een combinatie van ademhalingsoefeningen, stoombaden en dieet. Het was in een streek met veel vuil. 'Hoezoe hooikoorts', zei ik 'vuil'. Ze knikte. *Vuil.*

Zijn geneeswijzen - reguliere zowel als alternatieve - een alternatief voor het schoonmaken van vuil?

Is de psycholoog in de eerste lijn een alternatief voor de chirurg of voor de maatschappelijk werkster? Is naalden op de juiste punten van je meridianen een alternatief voor naalden in de juiste plekken van je aders?

Soms is een geneesmiddel een alternatief voor een operatie. Jarenlang een geneesmiddel slikken in plaats van één keer een operatie. Een geneesmiddel zelf leren doseren in plaats van het ondergaan van een onomkeerbare operatie.

De pil is een alternatief voor het spiraaltje, periodieke onthouding, coïtus interruptus, zwanger worden. Het condoom probeert ook geslachtsziekten te voorkomen. Daarom is de pil geen alternatief voor het condoom.

De reguliere geneeskunde zit vol variatie. Voor welke mogelijkheden van de reguliere geneeskunde vormen welke alternatieve geneeswijzen een alternatief? Acupunctuur is voorzichtig erkend als alternatief voor de medicinale pijnbestrijding en hier en daar al opgenomen in het ziekenhuis. En het Moermantideet: waarvoor is dat een alternatief? Voor bestraling of voor geruststellende gesprekken - die niemand kan voeren? Botkraken, paranormaal communiceren, het astrale lichaam beïnvloeden, voetzoolmassage: waar komen ze voor in de plaats? Of

VOOR WAT?

hebben zij in principe de oudste rechten en is hun plaats jaren geleden door een regulier alternatief ingenomen? De stoelendans is verwarrend. Maar één ding is zeker: we hebben hier niet te maken met een keuze tussen twee gesloten systemen, het een goed en het ander kwaad. We aarzelen niet tussen de duivel en god of, voor mijn part, god en de duivel. Die zijn allebei dood.

Bieden de alternatieven een blik op het geheel, terwijl de reguliere geneeskunde de mens versnipperd en reduceert tot een ding? Hebben de regulieren halve leugens verzameld door ratten te testen, terwijl de alternatieven over *Wijsheid* beschikken? Ik geloof er geen steek van. Geldt dan het omgekeerde: dat de alternatieven een grote gevaarlijke volksverlakkerij zijn, terwijl de reguliere geneeskunde berust op het solide en respectabele fundament van de *Wetenschap*? Ach nee, dat is even grote onzin.

De globale tegenstellingen werken niet: de hele mens versus de kwalijke reductie, kwakzalverij versus wetenschap. Het gaat niet om omvattende visies en strijdige wereldbeelden. Evenmin voldoen de termen conservatief en progressief, want vertegenwoordigen de alternatieven nu oude, te conserveren tradities of zijn ze hyperprogressief? Misschien wel allebei, of allebei niet ...

Zijn gezondheid en genezen dan niet *politiek*? Zeker wel, maar de vraag is hoe. De politieke strategie die bij de geneeskunde past, bestaat volgens mij niet uit het ritueel uitvechten van grote dichotomieën, maar uit het inventief stoken in ontelbare kleine tegenstellingen. Bijvoorbeeld: zoek naar mogelijkheden voor het activeren van het immuunsysteem als alternatief voor het toedienen van antibiotica. Daar valt eer aan te behalen. Stel bijvoorbeeld de vraag wat het alternatief is voor pijn lijden: het mechaniseren van zwaar werk, het verkorten van werkdagen, het doorsnijden van zenuwen, het dempen van infecties, massage, oefeningen, pijnstillers, bidden, kruiden, naalden, doodgaan?

De markt is neutraal: hoe meer alternatieven, hoe beter. Gezondheid politiek maken betekent zoeken naar manieren om de alternatieven tegen elkaar af te wegen. Stuk voor stuk, gedetailleerd. Sommige zaken vallen wat mij betreft dan af: harttransplantaties, gebedsgenezing. Andere blijven overeind: wijkverpleging, kamillethee. Over de rest valt te praten.

Annemarie Mol

De grenzen van het anders omgaan met gezondheid



Mirre Bots

Het aantal mensen dat regelmatig of een enkele keer een alternatief genezer of alternatieve therapeut consulteert, neemt gestaag toe. Dat blijkt niet alleen uit de door WVC geregistreerde cijfers, maar ook in je eigen omgeving kun je dit verschijnsel opmerken. Iedereen kent zo langzamerhand wel iemand of meerdere personen die zich in het alternatieve gezondheidscircuit begeven.

De redactie was benieuwd wat mensen ertoe beweegt om die stap te zetten. Is het vanuit onvrede met de reguliere gezondheidszorg, of meer vanuit bewustwording, een andere kijk op hoe je met je leven en gezondheid wil omgaan?

Of laten mensen zich vooral leiden door het motto 'baat het niet, dan schaadt het niet'? Wat verwachten mensen daar te vinden en vinden ze dat ook daadwerkelijk? Hoe anders werken alternatieve genezers?

En vooral: hoe anders gaan de gebruikers zelf met gezondheid om?

Mirre Bots zocht drie van hen op (zie ook het kader) en merkte vooral op dat veranderen een moeizaam proces is, want ook de gebruikers zelf kost het de nodige moeite om echt hun grenzen te verleggen, om niet alleen anders tegen gezondheid aan te kijken, maar deze denkbeelden ook in de praktijk te brengen.

Onvrede met de gang van zaken bij de huisarts, maar zeker bij de specialist en in het ziekenhuis komen in alle verhalen terug. Er is veel kritiek op het haastige, efficiënte, technisch perfecte, maar in menselijk of emotioneel opzicht o, zo tekort schietende gedrag van de heren doktoren.

Brenda: 'Voor mij is een belangrijk verschil de manier waarop je benaderd wordt. Bij een alternatieve arts voel ik me veel meer gezien. Er wordt ook naar je ervaringen geluisterd, want per slot van rekening ken je je eigen lichaam het beste. Dat wordt door huisartsen en zeker door specialisten altijd ontkend, vind ik. Die zijn vaak zo arrogant. Daarnaast zijn huisartsen, tenminste die ik heb gehad, altijd zo gehaast. Ze geven je het gevoel dat het nooit belangrijk is wat je hebt: een steenpuist, eczeem, een miskraam, het telt allemaal niet mee, ze vinden het maar gezeur, lijkt het. Ze geven me het idee dat ik iets heel ernstigs moet hebben, kanker of een hartaanval, willen ze je serieus nemen. Dat irriteert me enorm. Vooral ook, omdat ik denk dat je juist ook naar de minder opvallende

signalen van je lichaam moet luisteren, wil je erachter komen waarom of hoe je uit balans bent. Er zijn ook van die theorieën over, dat als je allerlei onschuldige kwaaltjes niet serieus neemt er steeds sterkere symptomen moeten komen, dat je steeds meer uit evenwicht raakt, dus echt goed ziek wordt. Op de een of andere manier geloof ik daar wel in en ik vind het belangrijk om daar zelf naar proberen te kijken.

Daarnaast hebben reguliere artsen sterk de neiging om dat wat vervelend, lastig of pijnlijk is ook maar meteen weg te halen of weg te snijden, soms zonder dat ze precies weten waarvoor het goed is en of het wel zo noodzakelijk is. Er wordt te veel gladgestreken en weggepoetst, terwijl ik het belangrijk vind, steeds belangrijker eigenlijk, om beter met pijn, ongemakken en onvolkomenheden te leren omgaan, om daar mijn eigen plaats tegenover te bepalen.'

Kun je daar iets meer over zeggen?

'In eerste instantie vind ik ziek zijn altijd vervelend, het komt me nou net niet uit, ik heb het zo druk in mijn werk,

Om antwoord te krijgen op de in de inleiding getelde vragen sprak ik met Jan (40), vader van Jeske (13) en Jeroen (10), directeur van een educatief centrum. Hij heeft al een jaar of zeven een antroposofische huisarts en heeft in 1985 na een geconstateerde schildklierafwijking in de antroposofische kliniek in Bilthoven gelegen. Met Brenda (42), lerares Nederlands, die al jaren een homeopatische huisarts heeft en in therapie is geweest bij een alternatieve therapeute, gespecialiseerd in psychosynthese en bio-energetica. En met Margriet (35), die een Rww-uitkering heeft en moeder is van Tijl (4) en Sam (1). Ze is voornamelijk een pragmatisch gebruikster en gaat af en toe - bij kleinere kwalen - met haar kinderen naar een natuurstuurs/homeopathe, die om de hoek woont. Zelf maakt ze slechts een heel enkele keer gebruik van een magnetiseur of haptanoom.

noem maar op. Ik verzet me ertegen en wil er eigenlijk zo snel mogelijk vanaf. Daar speelt de reguliere medische industrie met haar pillencultuur ook erg op in. Maar inmiddels heb ik geleerd dat het vaak heel anders uitpakt, als ik beter luister naar wat het ziek-zijn me te zeggen heeft of de tijd neem om het te ondergaan. Zo blijkt een griepje me steeds met mijn neus op een conflict te willen drukken, waarvan ik me niet echt bewust ben. En die dagen dat het snot mijn oren uitloopt probeer ik verdriet weg te stoppen. Het zijn maar kleine voorbeelden, maar ik kan me voorstellen dat het in veel zo werkt, al zal het niet altijd makkelijk zijn om daarachter te komen, en naarmate de ziekte of kwaal erger is of chronisch, nog moeilijker en zonder begeleiding misschien zelfs niet mogelijk. Zelf ben ik het echt zinvol gaan vinden om er zo mee om te gaan en ik denk ook dat het je evenwicht of gezondheid bevordert, omdat het je dwingt om ziekmakende factoren of situaties uit je leven te verwijderen of zoveel mogelijk te vermijden. Een arts die je daarin begeleidt, of hij nu alternatief is of niet, vind ik een goede arts."

Emoties ta boe

Hoe ben je ertoe gekomen om voor het eerst naar een alternatieve arts te gaan?

"Vanuit een soort bewustwordingsproces. Ik werd me er steeds meer van bewust dat het belangrijk is om je eigen verantwoordelijkheid te nemen en ik wil daar ook graag op aangesproken worden. Ik ben actief geweest in de vrouwen- en kraakbeweging en daarin heb ik geleerd om meer macht over mijn eigen bestaan te nemen. Je moet je niet te afhankelijk maken van allerlei regels en zogenaamde autoriteiten, dan verzuur je maar en ebt alle inventiviteit en creativiteit uit je weg.

„?-kan ik ook niet goed tegen de hooghartigheid waar veel doktoren blij van geven, terwijl ze eigenlijk best wel vaak onzeker of onwetend zijn, maar dat wordt verbloemd, dat geven ze niet toe. En dan dat totaal niet met emoties kunnen omgaan, als de dood dat emoties gaan overheersen, terwijl ziek zijn voor mij juist heel emotioneel is, en voor de meeste mensen, denk ik. Het roept allerlei moeilijke gevoelens op als kwetsbaarheid, pijn, angst, afhankelijkheid, dingen uit handen moeten geven, teleurstelling. Zaken die volgens mij bij iedereen spelen en waar je juist ruimte voor zou moeten maken, omdat het bij het genezingsproces hoort. Zo lag ik bijvoorbeeld ooit voor een plotselinge miskraam in het ziekenhuis en pas na twee

dagen kwam iemand op het idee om te vragen wat het voor me betekende, of het erg hard was aangekomen. Ik bedoel medisch-technisch was alles perfect, er werd op dat niveau prima voor me gezorgd, maar dat is niet het enige. Persoonlijke aandacht, betrokkenheid, zorgzaamheid, sfeer, een idee van wat het voor de rest van je leven of werk betekent, dat is allemaal ook belangrijk. En dit soort zaken vind ik wel bij mijn homeopaat terug."

Brenda lijkt de meest bewuste en duidelijke keuze voor alternatieve gezondheidszorg gemaakt te hebben. Bij de andere twee speelt het toeval een grotere rol en ze zijn voornamelijk via anderen met een homeopatische of antroposofische arts in aanraking gekomen. Heel praktische redenen gaven daarbij vaak de doorslag.

Margriet: "Tijl, het oudste kind, had rond zijn eerste jaar steeds een oorontsteking en hij had hiervoor al een paar keer een anti-biotica-kuur gehad, zonder dat dat echt hielp. Toen hoorde ik toevallig van iemand op de kresj dat haar zoontje dezelfde klachten had gehad en dat ze daarmee naar een homeopatische arts was geweest. En na een paar keer bij hem geweest te zijn, raakte haar zoontje helemaal van de oorontstekingen af. Toen ben ik daar met Tijl ook heen geweest en hij was er inderdaad binnen de kortste keren af met wat homeopatische druppels en kalk, want hij bleek ook een gebrek aan kalk te hebben. Daarna ben ik een paar keer met Tijl bij een vriendin geweest, die om de hoek woonde en toen nog op de opleiding voor natuurgeneeswijzen zat maar deze inmiddels afgerond heeft, ook omdat zij een stuk goedkoper was."

Ook al kiest Margriet voornamelijk op pragmatische gronden voor een natuurgenezer, toch heeft ook zij de nodige bittere ervaringen achter de rug, zeker met haar jongste kind, die bij zijn geboorte een kwaadaardig gezwel bleek te hebben en dus in het ziekenhuis kwam te liggen. "Hij moest gewoon geopereerd worden, anders zou hij het niet overleven. Ik heb er ook geen moment aan getwijfeld dat dat niet zou moeten gebeuren, maar ik vond wel dat hij in het begin, toen ze nog niet wisten wat het was, uit overbezorgdheid veel te veel anti-biotica heeft gekregen. Ook moest er aan de lopende band bloed geprikt worden. En als er net in het Emmakinderziekenhuis bloed was geprikt en hij kwam even later in het AMC terecht, begon de hele procedure opnieuw. Er wordt niet even voor de uitslag naar het Emma gebeld. Er was echt sprake van een te sterke medicalisering, vond ik. Zo kreeg hij ook valium om de benauwdheidsaanvallen te onderdrukken, terwijl dat achteraf juist averechts bleek te werken.

Zelf kwam ik na de bevalling ook in het ziekenhuis te liggen, ik was al bevallen met een blaas- en nierbekkenontsteking, maar kreeg daarna vreselijk hoge koorts, die maar niet onder controle te krijgen was. De penicilline hielp niet en toen merkte ik pas wat voor een krankzinnig instituut een ziekenhuis eigenlijk is. Ik had een zeer zware bevalling achter de rug, met het kind was het helemaal niet goed, ik had hoge koorts, dus ik had iets van "laat me nou godverdomme met rust en alle spanning even uitzweten. Natuurlijk ben ik van slag en lik ik te rillen en te zweten". Maar elke vijf minuten stonden ze weer aan mijn bed: bloed prikken, temperaturen, pijnstillers, weer een extra dosis, weer een injectie, drie doktoren tegelijk aan mijn bed die er allemaal geen raad mee wisten. Ze raakten steeds in paniek, als ik weer een koortsaanval kreeg, en soms werden de heren doktoren bijna hysterisch, als er niet gebeurde wat zij verwachtten, namelijk dat de koorts door de medicijnen zou zakken. Uiteindelijk bleek dat ik een infectiestam had die in 3% van de gevallen niet door antibiotica gedekt werd. Toen ze dat eenmaal wisten, was het

snel over. Maar die paniek begreep ik niet en ik vind het ook een veel te hoge prijs die je moet betalen, als je net zoiets hebt meegemaakt en je helemaal geen rust krijgt, maar elke keer door een leger van doktoren overvallen wordt.'

Deze ervaringen hebben er echter niet voor gezorgd dat ze definitief voor de alternatieven overstag is gegaan.

Reinigingskuur

Jan is er via zijn ex-vrouw, die zich nogal intensief met antroposofie en de Soefibeweging bezighield, toe gekomen om naar een alternatieve genezer te gaan. In '82 had hij last van allerlei spanningen, wat zich uitte in trillen, vergeetachtigheid, zich niet kunnen concentreren en slapeloosheid. Toen zijn toenmalige huisarts alleen maar slaaptabletten wilde geven ('dit is het enige dat ik heb, doe het nu maar') riep dat zoveel weerstand bij hem op dat hij op aandringen van zijn vrouw naar een alternatieve arts is gegaan. Deze had meteen door dat het hier om een koffievergiftiging ging, 'wat niet zo vreemd was, want toen ik ging tellen, realiseerde ik me opeens dat ik wel 15 koppen koffie per dag dronk'.

Dus je ging voornamelijk uit kritiek op de reguliere gezondheidszorg naar een antroposoof?

'Nou nee, ik mankeerde eigenlijk nooit wat, ik was, denk ik, ook al in geen 10, 15 jaar bij een arts geweest. Dus ik had ook geen slechte ervaringen, maar op het moment van die koffievergiftiging voelde ik dat die slaaptabletjes als een tang op een varken sloegen. Door alleen maar meer te gaan slapen zou ik er niet achter komen wat er nu eigenlijk miszat. En de reinigingskuur die die arts voorschreef, heeft me zo goed hersteld, dat ik er vanuit het praktische effect in ben gaan geloven, niet vanuit het ideologische. Wel heeft deze ervaring mijn bewustwording behoorlijk versneld.

Door je open te stellen voor alternatieve genezers krijg je ook een andere visie op de wereld, vind ik. Tenminste zo is het bij mij gegaan. Omdat ik met mijn neus op mijn eigen verantwoordelijkheid en aandeel in het misgaan van de dingen werd gedrukt, kreeg ik ook meer oog voor de verantwoordelijkheid van de mensheid voor het geheel en voor de verspilling van voedsel en de aarde bijvoorbeeld. Ik koop ook zoveel mogelijk verantwoord voedsel, zoals biodynamisch brood, zonder echt streng in de leer te zijn trouwens, want door essentiële voedingsstoffen tot je te nemen heb je ook minder medicijnen nodig.'

Dat bewustwordingsproces ging zo hard dat hij al snel de reguliere gezondheidszorg zoveel mogelijk uit zijn leven probeerde te bannen. Toen hij in 1985 dan ook een schildklierafwijking bleek te hebben, kwam hij op eigen verzoek in de antroposofische kliniek in Bilthoven terecht. Daar heeft hij vijf weken gelegen en dat via een particuliere ziekteverzekering vergoed gekregen. Ik vroeg

hem wat hij van z'n behandeling daar verwachtte en of dat er ook uitgekomen was.

Jan: 'Ik dacht dat ze mij een volledige antroposofische genezing konden bieden, maar het eerste wat daar gezegd werd, was dat ik naast schildertherapie en euritmie toch een allopatisch middel, namelijk carbomisol, moest slik-

ken. Rust en een antroposofische benadering waren weliswaar essentieel voor het genezingsproces, maar ik was al te ver ziek om het zonder allopatische medicijnen te kunnen stellen. Ze zeiden ook heel eerlijk "we hebben niet overal een antwoord op". Maar ik wilde dat absoluut niet en heb een enorme stampij gemaakt. Uiteindelijk hebben ze me veertien dagen respijt gegeven, maar als die rust en therapieën niet voldoende hielpen, zouden ze ingrijpen. En na die periode

bleek het hormoongehalte wel iets teruggelopen te zijn, maar relatief te weinig. Zowel

uit medisch oogpunt als vanuit verzekeringsoogpunt - 3 à 4 maanden daar vertoeven zou te kostbaar zijn - ging het te langzaam, dus moest ik overstag gaan en alsnog dat bewuste medicijn slikken. En het ging hierdoor inderdaad snel beter met me.'

Dus eigenlijk ben je toen toch door allopatische middelen genezen?

'Nou dat vind ik niet, die aanvullende therapie heeft me ook heel goed gedaan. Met name door het schilderen, het bezig zijn met vormgeving en kleuren, zijn er diepere lagen in me geraakt, waar ook de diepere oorzaken liggen. Door de vele ronde lijnen en vloeiende bewegingen brak er iets in me door, voelde ik voor het eerst in mijn leven rust en stilte in mezelf. En die ervaring heeft me ook in mijn dagelijkse bestaan geholpen om die onrust en hyperactiviteit waar ik altijd last van had terug te brengen en meer rust in mijn leven in te bouwen. Het heeft me ook enorm met mezelf geconfronteerd, want het is een heel gevecht geweest om afstand te nemen van mijn carrière-dwang en in te zien dat ik op het persoonlijke vlak dysfunctioneerde. Dat heeft heel veel moeite en pijn gekost. Pijn die je volgens mij moet voelen om tot een wezenlijke verandering te komen. Vroeger koerste ik heel hoog naar de top van de maatschappij, nu heb ik dat kunnen loslaten en gaat het me ook om een heleboel andere dingen.'

Grenzen stellen

Hiermee stuiten we gelijk op het meest ingrijpende probleem waar ieder mee kampt, als hij of zij naar een alternatieve genezer gaat, en dat ieder van hen tijdens het interview ook aankaart, namelijk dat het verdomd veel moeite kost om ook zelf anders met gezondheid om te gaan. Ieder heeft daarbij duidelijk zijn eigen grenzen.

Margriet: 'Zelf ga ik bijna nooit naar een homeopaat, want ik vind het toch te moeilijk. Ik weet van tevoren al dat ik dan een tijdje van alles moet laten: roken, drinken,

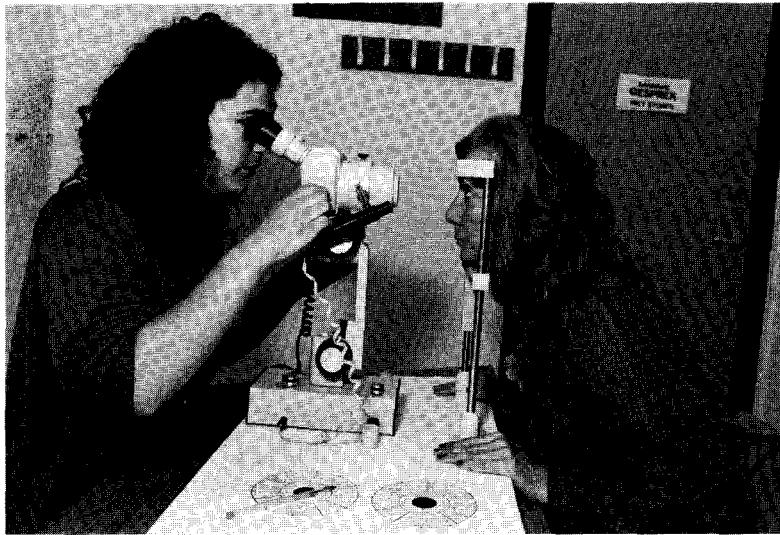


Foto: Mieke Schlaman

geen koffie. Ik ben niet bereid een aantal genotmiddelen af te schaffen, of alleen in heel extreme gevallen. Voor de kinderen ligt dat anders, zij hebben dat soort verslavingen niet en ik vind het belangrijk dat zij geen onnodige giftige stoffen of medicijnen binnen krijgen. En daarbij als je dat allemaal consequent gaat doortrekken, dan kun je eigenlijk ook niet meer in de stad blijven wonen met al die vervuiling.'

Maar dat is toch wel inconsequent; voor de kinderen is het schadelijk, voor jouzelf blijkbaar niet?

'Ja, ik ben wat dat betreft toch wel een schipperaar, denk ik. Er zitten voor mij duidelijk grenzen aan. Laatst had ik bijvoorbeeld eczeem aan mijn handen en dan probeer ik eerst een regulier zalfje, pas als dat niet helpt, zal ik uiteindelijk naar de alternatieve arts gaan, maar niet in eerste instantie. Ik weeg het wel af voor mezelf, dan denk ik "goh, ik heb al een paar jaar geen anti-biotica gehad, dus het kan wel weer". Twee of drie keer penicilline achter elkaar zou ik bijvoorbeeld nooit doen, dan zou ik weer wél naar een homeopaat of natuurarts stappen.

Maar je kunt een ontsteking ook niet altijd zichzelf laten uitzien, ik wil soms gewoon weer snel op de been zijn, want je belast de ander ook enorm, die moet jou verzorgen en ook nog eens de kinderen dubbel, want normaal gesproken delen we de verzorging van de kinderen altijd. Je hebt niet zomaar iemand die jouw taken kan overnemen, dus maatschappelijk kan het nogal wat consequenties hebben, als je je lichaam het op zijn eigen manier laat uitvechten.'

Tegens trijdigheden

Uiteraard zijn dat soort afwegingen moeilijk, en zoals Margriet hierboven ook al aangeeft, maakt de huidige structuur van de samenleving het er mensen ook niet gemakkelijker op om anders met ziekte en gezondheid om te gaan. Er wordt gewoon verwacht dat je zo snel mogelijk weer op de been bent, meedraait, volledig functioneert. Maar ook binnen de psyche van de mensen zelf zijn de tegenstrijdigheden niet van de lucht. Alleen erin geloven, er zelfs vast van overtuigd zijn dat het werkt of heel graag anders willen, het blijkt allemaal niet voldoende om jezelf echt te motiveren om je denkbeelden in de praktijk te brengen en om de consequenties van een dergelijke bewuste keuze te aanvaarden.

Het sterkst komt dat tot uiting bij Jan, die later in ons gesprek nog steeds - vier jaar later! - dat bewuste middel blijkt te slikken. Uiteraard was ik hier verbaasd over en vroeg hem waarom hij na al z'n vroegere verzet hiertegen inmiddels niet met het slikken ervan is opgehouden.

Jan: 'Ja, ik ben bang om toch weer in dat zwarte gat van die enorme vermoeidheid te donderen. Ik ben bang dat ik, als ik dat medicijn ga afbouwen, weer een half jaar in de ziektewet moet. En dat kan op dit moment absoluut niet. Er wordt nu sowieso in mijn leven een zware wissel op mijn energie getrokken, dus ik kan er niet zomaar tussen-uit.'

Het lijkt erop dat je weer in je oude patroon van te veel hooi op je vork nemen vervalt?

'Nou, dat weet ik niet, want ik ben veel alerter en trek eerder aan de noodrem, maar er zit wel duidelijk een conflict in mezelf. Ik verlang naar rust, weet nu ook wat

deze voor me betekent, maar ik kan mijn oude patroon van te veel activiteiten tegelijk niet zo gemakkelijk loslaten. Ik val er elke keer weer in terug en heb echt hulp van buiten nodig om eruit te komen. Ik wil hierover binnenkort ook een aurareader gaan raadplegen.'

Maar steeds weer naar andere genezers lopen of weer een andersoortige therapeut raadplegen - en hoevelen doen dat niet - is misschien toch met de beste oplossing, want het vergroot de onafhankelijkheid en mondigheid niet, terwijl het daarvoor velen tenslotte toch om begonnen was: onafhankelijker van de arts en medische techniek, meer eigen verantwoordelijkheid, meer nadruk op de kwaliteit van leven, minder angst voor ziekte, pijn en ongemakken.

Brenda is degene die zich hier het meest van bewust is en die ook resoluut voor zichzelf stelt hoever ze met het een en ander wil gaan. Niet dat dit zonder de nodige innerlijke strijd gepaard is gegaan, maar uiteindelijk durft ze wel haar eigen keuze te maken, los van de waarden en normen

van anderen. Brenda: 'Ik heb lange tijd met mijn voortplantingsorganen getobd. Eerst werd ik niet zwanger en toen ik dan eindelijk zwanger was, ging het telkens mis. Ik heb door verschillende gynaecologen wel het een en ander laten onderzoeken, maar ik had het idee dat het

van kwaad tot erger werd, dat ze eigenlijk niets konden vinden, maar door bleven zoeken en een soort vage suggesties deden over de eventuele oorzaak. Op een gegeven moment had ik er echt meer dan genoeg van en dacht "als ik nu niet besluit om uit die medische molen te stappen, dan word ik er straks door vermalen". Wat ik daarmee bedoel, is dat er zoveel medische zaken met de haren worden bijgesleept dat je, voor je er erg in hebt, tot een bijzonder medisch geval wordt gebombardeerd. Toen ze over hormoonkuren begonnen, vond ik dat te ver gaan. Dan maar geen kind. Ik wil het toch enigszins als een natuurlijk gebeuren blijven zien en niet koste wat kost met allerlei vlieg- en hulpmiddelen een kind baren, dat stuit me tegen de borst. En misschien staat het in mijn leven wel ergens voor dat het zo moeizaam gaat en kan ik zonder kind een veel betere invulling aan mijn leven geven. Niet dat dat voetstoots is gegaan, hoor, het heeft met ontzettend veel pijn en verdriet gekost, maar het uiteindelijke resultaat is wel dat ik me erbij heb kunnen neerleggen en er nu zo langzamerhand vrede mee heb!'

Integratie van alternatieve geneeswijzen meer en meer een feit



Paul van Dijk

Alternatieve geneeswijzen moeten de reguliere geneeskunde niet gaan vervangen, is de mening van Paul van Dijk. Wel kunnen ze als inspiratiebron dienen en een bevruchtend effect hebben op de reguliere gezondheidszorg, als is het zaak dat beide zich niet in holle prestaties of schijnvoorstellingen van de werkelijkheid verliezen.

Dat beide ziens- en geneeswijzen helemaal niet zo ver van elkaar afstaan, blijkt volgens hem uit het feit dat de laatste jaren de huisarts en alternatieve genezer veel meer naar elkaar toegegroeid zijn. Zij staan momenteel dicht bij elkaar dan de huisarts en de specialist, want op deze laatste blijft de kritiek die er ten aanzien van de gehele reguliere zorg te horen is, onverminderd van toepassing: te veel op ingrijpen gericht, te technisch en afstandelijk, en niet te vergeten geldverslindend.

In dit artikel beschrijft Paul van Dijk, hoe de verschillende houdingen van de huisarts ten opzichte van de alternatieve geneeswijzen de arts-patiëntrelatie beïnvloeden, en juist om deze optimaal te maken, pleit hij voor een vorm van samenwerking tussen eerste lijn én alternatieve genezers.

Voorstanders van alternatieve geneeswijzen, die vaak teleurgesteld zijn in de resultaten van de medische wetenschap, hebben vooral op het gebied van de aanpak van alternatieve genezers andere verwachtingen. De kern van deze verwachtingen wordt gevormd door een holistische mensbenadering, eigen verantwoordelijkheid, minder accent op medisch technische ontwikkelingen, veel aandacht voor een natuurlijke leefwijze, een gelijkwaardige therapeut-patiënt relatie, meer aandacht voor de patiënt en goedkope en onschadelijkheid van de behandeling. Naarmate de alternatieve geneeswijzen maatschappelijk de wind meer in de zeilen krijgen blijkt echter dat men gaandeweg in dezelfde fouten vervalt als de officiële geneeskunde.

Een aantal voorbeelden kan dit illustreren. Daar waar soberheid decennia lang kenmerkend was voor het instrumentarium van de alternatieve genezer wordt elektronische apparatuur nu steeds frequenter gezien. Ook hier slaat de industrie toe in de vorm van acupunctuur-

apparatuur, kirlian-fotografie, ozonapparaten enzovoort. Van een holistische benadering kan nauwelijks meer sprake zijn bij de alternatieve therapeut die om vijf uur de deur sluit. De patiënt moet het zelf maar uitzoeken in de nachten, weekends en vakanties, momenten waarin hij juist vaak hulp nodig heeft. Er zijn geen waarnemingsregelingen, bij nacht en ontij moet de patiënt dan maar naar de reguliere arts. Een benadering van de gehele mens zou bovendien moeten inhouden dat de therapeut ook het gezin, de behuizing en de buurt van de patiënt kent. Maar dit is geenszins het geval, want de alternatieve therapeut werkt consultatief, hij ziet patiënten uit het hele land, geïsoleerd uit hun context.

Ook de relatie tussen therapeut en patiënt lijkt minder horizontaal dan aanvankelijk werd verwacht. Terwijl huisartsen tegenwoordig steeds vaker hun witte jassen uittrekken, zien we steeds meer alternatieve genezers in een witte jas verschijnen, juist om dat aantrekkelijke stukje medisch imago te verkrijgen.

Ook het taalgebruik binnen de alternatieve geneeswijzen wordt steeds ingewikkelder. Zie bijvoorbeeld de ingewikkelde termen bij electro-acupunctuur, antroposofische geneeskunde en haptonomie. Men bouwt aan een eigen jargon waardoor de deskundigheidsrol wordt onderstreept en de afhankelijkheid toeneemt. Door de volle wachtkamers ziet de alternatieve therapeut zich net als de huisarts en specialist tegenover het tijdsprobleem geplaatst. De aandacht voor een gezonde leefwijze en de inbreng van de patiënt die vorm moet geven aan de eigen verantwoordelijkheid, komen hierdoor vaak in het gedrang.

Naar mijn idee geven de maatschappelijke mogelijkheden van de alternatieve geneeswijzen dus geen aanknopingspunten tot fundamentele veranderingen in de gezondheidszorg. Hiermee is overigens niet gezegd dat deze geneeswijzen inhoudelijk geen waarde hebben. Mijns inziens kan een aantal van de benaderingen van ziek zijn en gezond zijn, die fundamenteel anders zijn dan die in de reguliere geneeskunde, nieuwe mogelijkheden opleveren voor diagnose en therapie. De alternatieve geneeswijzen kunnen daarnaast een inspiratiebron vormen binnen een verstand, eenzijdig medisch denkmodel, dat ten onrechte het monopolie opeist. De alternatieve geneeswijzen vormen echter geen oplossing voor de grote problemen van onze gezondheidszorg, zoals medicalisering, vertechnisering en financiering.

Het legaliseren van nieuwe geneeswijzen zal deze problemen alleen maar groter maken. Uit meerdere publikaties blijkt immers dat gebruikers van de alternatieve geneeswijzen parallel blijven consumeren van de reguliere zorg. Bezoekers van alternatieve genezers zijn veelal grootgebruikers van de reguliere geneeskunde. Ook worden ten onrechte oplossingen voor maatschappelijke problemen (werkloosheid, relatieproblemen, eenzaamheid) binnen de gezondheidszorg gezocht. Bij deze problemen heeft echter noch de reguliere noch de alternatieve geneeskunde iets te bieden, mensen worden daardoor alleen maar afhankelijk van een zorgsysteem, dat voor dit soort problemen geen oplossingen kan geven.

Afwijzende houding huisarts

Volgens de meest recente gegevens uit een onderzoek verricht in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987) maken per jaar 1,1 miljoen mensen gebruik van alternatieve geneeswijzen. Het gaat hierbij jaarlijks om 13 miljoen contacten tussen alternatieve therapeuten en patiënten. Dit houdt in dat van een gemiddelde huisartsenpraktijk 189 patiënten per jaar in totaal zo'n 2000 keer een alternatieve therapeut bezoeken. Uit onderzoek is tevens gebleken dat slechts 20% van de patiënten de huisarts op de hoogte brengt van het contact met de alternatieve genezer, vandaar dat veel huisartsen denken dat het in hun praktijk zo'n vaart niet loopt. Er zijn dus duidelijke cijfers die de huisarts dwingen zijn positie te bepalen ten opzichte van de alternatieve geneeswijzen. Een huisarts die een afwijzend standpunt inneemt en daarvan ook zijn patiënten in kennis stelt, is in elk geval een duidelijke huisarts. De patiënten weten waar ze aan toe zijn.

De consequenties van een dergelijk standpunt kunnen in een aantal punten worden samengevat. Een flink deel van zijn patiënten kan niet voor alle problemen ten aanzien van ziekte en gezondheid bij deze huisarts terecht. Jaarlijks zullen dus zo'n 180 patiënten uit zijn praktijk een deel van de zorg voor hun gezondheid buiten de huisarts om regelen, en er is een minstens even grote groep die overweegt om van een of andere alternatieve geneeswijze gebruik te maken. Verder komt uit meerdere onderzoeken

naar voren dat patiënten die onder behandeling zijn bij een alternatieve therapeut, de behandeling van de huisarts of specialist niet staken. Reguliere en alternatieve contacten lopen dus door elkaar heen. De arts die zich afwijzend opstelt ten opzichte van alternatieve geneeswijzen bewerkstelligt een ondoorzichtige arts-patiënt relatie. Wanneer de patiënt niet in staat wordt gesteld op een open en gelijkwaardige manier zijn of haar opvattingen en keuzes bij ziekte met de huisarts te bespreken, zal bij deze groep patiënten nooit sprake kunnen zijn van een optimale arts-patiënt relatie.

Bij gelijktijdige reguliere en alternatieve contacten zal bovendien de interpretatie van het behandelingsresultaat van de huisarts uiterst onduidelijk worden. De huisarts zal immers het effect of de bijwerkingen van zijn behandeling ten onrechte aan zijn beleid kunnen toeschrijven. Interacties van behandelingen kunnen de huisarts zo op een verkeerd spoor zetten met alle nadelen vandaan voor de patiënt. Conflicten tussen twee kampen hulpverleners worden bij deze positiekeuze via de patiënt uitgevochten. Deze wordt in een loyaliteitsconflict gemanipuleerd.

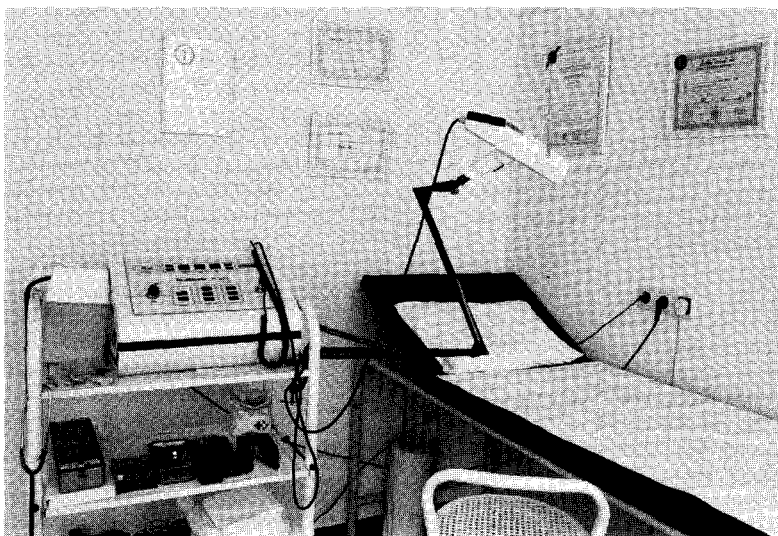
De huisarts die daarentegen kiest voor een open houding ten aanzien van het gebruik van alternatieve geneeswijzen hoeft niet per se een propagandist van de alternatieve geneeswijzen te worden. Hij dient zich globaal te oriënteren op de mogelijkheden van de verschillende geneeswijzen en de motieven van patiënten om hiervan gebruik te maken. Deze oriëntatie kan vergeleken worden met kennis van de huisarts op het gebied van fysiotherapie, logopedie of cesartherapie. Hij kent zonder gedetailleerd op de hoogte te zijn de globale verwijsindicaties, waardoor een werkbare situatie ontstaat. De huisarts die een dergelijke open houding kiest, biedt zijn patiënten een bepaald perspectief: hij kan zijn patiënt een betrouwbaar adres geven, waardoor voorkomen kan worden dat deze verzandt in de chaotisch aandoende en soms zelfs malafide situatie die er op dit gebied bestaat, én de patiënt houdt het gevoel dat hij bij de huisarts terecht kan als het gaat om zaken van ziekte en gezondheid.

De huisarts op zijn beurt houdt zicht op zijn patiënt, hij weet wat er in zijn praktijk gebeurt en kan zo nodig coördinerend en/of evaluerend optreden. En bij twijfel of onzekerheid of een bepaalde patiënt wel bij een bepaalde geneeswijze gebaat is, kan de huisarts contact opnemen met de betreffende alternatieve therapeut. Ook kan hij noodzakelijke informatie betreffende zijn patiënt doorgeven en omgekeerd kan hij informatie verwachten van de betreffende therapeut, wanneer de behandeling begint en wanneer en hoe deze is afgesloten. Op deze wijze kan de huisarts tevens een beter inzicht krijgen in de mogelijkheden van de alternatieve geneeswijze.

Isolément

Ook de alternatieve therapeut zal door de maatschappelijke werkelijkheid gedwongen worden zijn positie ten opzichte van de reguliere geneeskunde te bepalen. Iedere patiënt heeft immers een huisarts, veel patiënten zijn bovendien tijdens de alternatieve geneeskundige behandeling nog onder controle van of behandeling bij een huisarts of specialist.

Een afwijzende houding heeft dan ook meerdere consequenties: de alternatieve therapeut kan niet beschikken over reeds bestaande medische gegevens, en eventueel belangrijke informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt. En ook hier komt de patiënt ongevraagd in een strijdtonel tussen elkaar beconcurrerende medische stromingen terecht. Dit kan de eerlijk- en openheid en de daarmee verband houdende kwaliteit van de therapeut-



patiënt relatie benadelen. Door het conflicterende karakter van de situatie kan ook hier gemakkelijk een situatie ontstaan, waarin de patiënt informatie achterhoudt. Tussentijdse contacten met of behandelingen door de huisarts kunnen zo niet

worden gemeld, waardoor een onjuist beeld van de effecten van de alternatieve behandeling ontstaat. Maatschappelijk gezien conserveert de alternatieve therapeut door deze standpuntkeuze het relatieve isolement waarin de alternatieve geneeswijzen verkeren. Een dergelijk gepolariseerde stellingname zal de gespletenheid van de gezondheidszorg in stand houden en uiteindelijk zal de patiënt daarvan de dupe zijn.

Een alternatieve therapeut die daarentegen voor een open communicatie met de reguliere geneeskunde kiest zal de patiënt daarmee een dienst bewijzen. De patiënt kan de huisarts immers in kennis stellen van de alternatieve behandeling. Daardoor ontstaat de mogelijkheid dat de arts noodzakelijke medische informatie aan de alternatieve therapeut verstrekt. Tevens kan de patiënt hierdoor op een open en eerlijke wijze blijven omgaan met zowel huisarts als alternatieve therapeut. Dubbele boodschappen en tegenstrijdige adviezen zullen minder voorkomen of in ieder geval beter bespreekbaar zijn.

Verder kan de behandeling door de huisarts of specialist in overleg worden aangepast of aangesloten bij de behandeling van de alternatieve therapeut. Het omgekeerde kan uiteraard ook. De alternatieve therapeut op zijn beurt kan de arts op de hoogte stellen van het resultaat van de behandeling en de wijze waarop het resultaat werd verkregen. Deze informatie kan de arts helpen om in volgende situaties mogelijk actiever of beter geïnformeerd patiënten te begeleiden bij hun afwegingen om al dan niet een alternatieve therapeut in te schakelen.

Polarisatie

Samenwerking tussen beoefenaars van de reguliere en alternatieve geneeswijzen is volgens mij dringend noodzakelijk. De sfeer van zich over en weer bedreigd voelen en de emotionele weerstanden tegen elkaars positie zullen hierdoor verminderen en door een verbetering van de communicatie zal de patiënt kunnen profiteren van de mogelijkheden die beide stromingen te bieden hebben. De polarisatie tussen de reguliere geneeskunde en alternatieve geneeswijzen in de vorm van cultivering van tegengestelde standpunten is jarenlang in de mode geweest. De bekende items die daarbij ter sprake kwamen, zullen we nog even de revue laten passeren.

Erverschijnt steeds meer apparatuur in de behandelkamers van de alternatieve genezers.

Foto: Mieke Schlaman

- De alternatieve geneeswijzen hanteren een holistische mensbenadering. De mens wordt gezien als totaliteit, geplaatst in zijn context. De reguliere geneeskunde heeft daarentegen een reductionistische benadering. De zieke mens wordt tot in zijn

kleinste onderdelen geanalyseerd. Daar wordt de oorzaak en het aangrijpingspunt voor de behandeling gezocht.

- Binnen de alternatieve geneeswijzen wordt de patiënt in mindere mate tot object gemaakt. De zieke wordt door de alternatieve therapeut als een gelijke beschouwd, als iemand wiens eigen ervaring en inzicht meetelt, iemand die meedenkt en meebeslist in het te voeren beleid. In de reguliere geneeskunde wordt er veel meer van uitgegaan dat de patiënt niets van zijn gezondheid en het functioneren van zijn eigen lichaam weet. Er is vaak sprake van eenrichtingsverkeer in de besluitvorming. De dokter schrijft voor.

- Alternatieve geneeswijzen zijn vooral preventief gericht. Gezondheidszorg is niet alleen van belang als je ziek bent, maar juist ook als je gezond bent. Daarom wordt er veel aandacht besteed aan voeding, levensgewoonten en zorg voor de natuur. Bij de reguliere geneeskunde ligt het accent op ingrijpen. Pas als het met de gezondheid uit de hand is gelopen wordt de dokter ingeschakeld.

- De reguliere geneeskunde gaat er vanuit dat ziek zijn een negatief iets is, dat zo snel mogelijk moet worden omgezet in niet ziek-zijn. Men kent aan de ziekte zelf of uitingen daarvan geen betekenis toe. Binnen de alternatieve geneeswijzen is ziekte niet per definitie iets dat zo snel mogelijk moet worden weggewerkt. Ziekte kan zinvol zijn, kan een functie hebben in de levensloop van mensen.

- Alternatieve geneeswijzen zijn goedkoop. Reguliere geneeskunde is schreeuwend duur.

Wat opvalt bij bovengenoemde tegenstellingen is dat de geschetste situatie alleen opgaat wanneer men voor reguliere geneeskunde leest: *specialistische* geneeskunde. Mijs inziens tekent zich steeds sterker het onderscheid af tussen de *eerstelijns* en *specialistische* geneeskunde. De specialist is een technicus die de patiënt vanuit medisch technisch oogpunt analyseert en zijn medisch handelen is inderdaad gericht op ingrijpen. Er is weinig of geen tijd voor het contact tussen patiënt en specialist. Ook is er vaak sprake van eenrichtingsverkeer in de communicatie. De patiënt wordt geïsoleerd uit zijn of haar context gezien en er is niet nagedacht over het mensbeeld dat men hanteert.

De meest genoemde bezwaren tegen de reguliere geneeskunde, namelijk reductionistisch, ongelijkwaardige arts-

patiënt verhouding, op ingrijpen gerichte gezondheidszorg en kostbaar, gaan dus op voor de tweedelijns gezondheidszorg, maar de huisarts geneeskunde past daar niet meer onder, zij heeft de afgelopen decennia een eigen gezicht gekregen. Waar vroeger de huisarts geneeskunde slechts een optelsom van de elementaire gegevens uit de verschillende specialismen was, heeft zij recentelijk steeds meer een eigen inhoud gekregen. Een inhoud die, behalve door de specialismen, bepaald wordt door een eigen benadering van en visie op de zieke mens.

Raakvlakken

De inhoudelijke afstand tussen de specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde neemt mijns inziens toe, die tussen de huisartsgeneeskunde en alternatieve geneeskunde wordt kleiner. Dit komt niet alleen tot uiting door het grote aantal huisartsen dat zelf alternatieve geneeswijzen toepast of naar alternatieve therapeuten verwijst, ook inhoudelijk zijn er steeds meer overeenkomsten en raakvlakken. Aan de hand van de tegengestelde standpunten, zoals ik die hierboven heb beschreven, zal ik nu op deze overeenkomsten en raakvlakken ingaan.

De integrale geneeskunde ofwel de gezinsgeneeskunde die de moderne huisarts voorstaat, heeft vele raakvlakken met de holistische benadering die de alternatieve geneeswijzen uitdragen. De huisarts is bovendien vanuit zijn plaats in de gezondheidszorg optimaal in staat om het ziek zijn van een bepaald persoon in de context te plaatsen van zijn biografie, gezin, buurt en werk. Hij is per slot van rekening bij elke grote gebeurtenis in het leven van een patiënt betrokken: geboorte, dood, ernstige ziekte etcetera. Daarnaast heeft de gelijkwaardigheid in de arts-patiënt relatie ook in de huisartsgeneeskunde veel aandacht. De dialoog en het samen uitstippelen van een plan bij ziekte wordt van belang geacht. Ook de factor tijd, die ongetwijfeld met het type therapeut-patiënt relatie samenhangt, heeft binnen de huisartsgeneeskunde een belangrijke waarde gekregen. Zo krijgen ook gezondheidsvoorklichting en -opvoeding in het reguliere medische circuit een steeds belangrijker plaats. De rol die voeding, roken, drankgebruik, lichaamsbeweging en dergelijke bij het ontstaan en de behandeling van ziekte spelen wordt in de huisartsgeneeskunde duidelijk onderkend. Ervaring en motivatie om er in de praktijk iets mee te doen ontbreekt echter veelal. Ook komen de zingevingsaspecten van ziekte in de huisartsgeneeskunde aan de orde. Biografische gegevens en gezinsgedrag bij ziekte door de jaren heen zijn punten van aandacht in de huisartsgeneeskunde.

Over het kostenaspect dat vaak als polariserend item wordt gehanteerd kan worden gezegd dat ook de huisartsgeneeskunde een relatief goedkope vorm van zorg is. Maar evenmin als men kan zeggen dat de huisartsgeneeskunde kostenbesparend werkt op onze gezondheidszorg, kan men dit zeggen van de alternatieve geneeswijzen. Zeer vaak is er bovendien sprake van parallelconsumptie, dat wil zeggen dat men naast de alternatieve behandeling onder behandeling van de huisarts blijft.

Overigens kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat de maatschappelijke aandacht voor alternatieve geneeswijzen een duidelijke invloed op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde heeft gehad. Binnen huisartsenkringen zal men dit overigens niet gauw toegeven, maar een voorbeeld mag deze invloed illustreren. Het probleem koorts, dat een aantal jaren geleden in de huisartsgeneeskunde nog werd gezien als een lastige deviant van normaal die bestreden moest worden, heeft een andere plaats gekregen. Koorts wordt evenals in de meeste alternatieve geneeswijzen gezien als een zinvol mechanisme van het lichaam dat bijdraagt aan het herstel van de ziekte. Er is derhalve geen

enkele reden om dit signaal te bestrijden. Behalve deze veranderde opvatting over koorts zijn er vergelijkbare veranderingen op te merken over het omgaan met diarree, hoesten, pijn en dergelijke.

Kortom, ik ben van mening dat de verschillen tussen huisartsgeneeskunde en alternatieve geneeswijzen op vele belangrijke punten nauwelijks meer conflicterend zijn. Samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en alternatieve geneeswijzen moet dan ook mogelijk zijn.

Samenwerkingsvormen

Deze samenwerking tussen huisarts en alternatieve therapeut kan verschillende vormen aannemen:

1. de solistisch werkende huisarts of huisarts in een groepspraktijk/gezondheidscentrum, die met een solistisch werkende alternatieve therapeut samenwerkt;
2. een groepspraktijk/gezondheidscentrum, waar één of meerdere alternatieve artsen of therapeuten werkzaam zijn;
3. de solistisch werkende huisarts of huisarts in een groepspraktijk/gezondheidscentrum, die samenwerkt met een polikliniek waar diverse alternatieve therapieën worden toegepast.

Daarnaast zijn er nog allerlei varianten op deze samenwerkingsvormen mogelijk. In de praktijk zal vooral de eerste samenwerkingsvorm het meest aanwezig zijn. Veel huisartsen hebben echter moeite om een alternatieve therapeut te vinden. Het lijkt daarom zinvol dat huisartsen in waarnemingsgroepen gezamenlijk inventariseren, welke alternatieve therapeuten in hun directe omgeving werkzaam zijn. De huisartsen zouden vervolgens een lijst kunnen aanleggen met namen en adressen van die therapeuten met wie goede contacten bestaan. Deze lijst zou periodiek moeten worden besproken en bijgesteld. Op deze wijze kan er een werkzame relatie tussen huisarts en alternatieve therapeut ontstaan. Van de alternatieve therapeut kan in dit kader worden verwacht dat hij of zij bij vestiging in een bepaald gebied zich bij de huisartsen die daar werkzaam zijn presenteert.

Terecht is er vanuit de consument veel kritiek op de reguliere geneeskunde. Niet terecht is de weinig kritische benadering van de alternatieve geneeswijzen. Beide kampen in de gezondheidszorg dienen door de maatschappij uiterst kritisch gevolgd te worden op hun mogelijkheden voor de patiënt. Holle prestaties, schijnvoorstellingen van de werkelijkheid, zoals die in beide kampen voorkomen, dienen door overheid en consument aangepakt te worden. Samenwerking tussen beoefenaars van de reguliere geneeskunde en alternatieve geneeswijzen kan in de toekomst tot gelijke kansen leiden. Gelijke kansen voor beide kampen betekent echter niet automatisch een verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Wel kunnen het naast elkaar bestaan van de reguliere geneeskunde en alternatieve geneeswijzen ervoor zorgen dat er een bevruchtend effect uitgaat van de voortdurende kennismaking en uitwisseling van elkaars gegevens. Mogelijk kan dit leiden tot een geneeskunde, waarin de mens centraal staat en niet de hulpverlener of het kamp waartoe men behoort.

Paul van Dijk is huisarts, en auteur van verschillende boeken over alternatieve geneeswijzen.

Artsenmonopolie en genezersvrijheid

En het verzet ertegen aan het begin van deze eeuw



LidySchoon

Door áe gezondheidswetten van 1865 hebben academisch geschoolde geneesheren het formele alleenrecht verkregen om de geneeskunde uit te oefenen. Vanaf die tijd is de rationeel-wetenschappelijke geneeskunde gaan overheersen als hét medisch model om vragen over gezondheid en ziekte te benaderen

Alle andere geneeswijzen verdwenen hierdoor naar de achtergrond,

Het is echter nooit gelukt om de visie van andere geneeswijzen geheel de kop in te drukken, dat laat de huidige bloei van de 'alternatieve' geneeskunde maar al te goed zien.

Maar ook in het verleden zijn er mensen geweest die zich verzet hebben tegen het artsmonopolie.

Lidy Schoon dook voor een korte historische terugblik in de stoffige archieven van het verleden en merkte dat er zeker aan het begin van deze eeuw een duidelijk verzetsmoment is geweest, namelijk toen er rond 1910 verschillende verzoekschriften werden ingediend om 't artsmonopolie opgeheven te krijgen.

*'Der Vrouwen Oordeel blinkt door alle Waereldbollen,
Tot schitterende lof in de Historierollen!
Vaak schenkt der Vrouwe kunde, aan d'Ed'le Maat-
schappij
Geneezing, hulp en troost, door kunst van Arzeny!
Zo moet der Vrouwen Lov' gelyk de Zonnestraalen,
Op dit benedenrond, altoos met luister praalen.'*

In officiële bronnen is weinig terug te vinden van de geneeskundige praktijken die door onbevoegden zijn uitgeoefend. In het gemeentearchief van Amsterdam vond ik een ongedateerd pamflet van Vrouwe Doctores J.S.B. Dillemans ten tijde van de Bataafse Republiek 1795-1806.¹ Haar pamflet begon met bovenstaande lofrede over de Vrouwe kunde. De Doctores vertelde dat zij van haar vader de kunst had geleerd om zichzelf en haar familie te kunnen behandelen, maar dat zij had besloten om er haar werk van te maken. Want, zo schreef zij: 'Meenig Vrouwspersoon is tot het eind van haar leeven ongelukkig, dewyl een ieder geen regt begrip van haar kwaal heeft, en de schaamte menigeen terug houdt, van die geene welke haar zoude kunnen

geneze. Die geen regt concept van zyn ongemak heeft, en wil weten wat haar scheelt, brengt eens by deze Vrouwe-Doctores het Morgenwater, dan zal zy weeten wat deel van het Lighaam ontsteld is, en zal met de Patient consuleeren, tegen betaling van een Schelling.' De Doctores hield elke dag van 9 tot 12 en van 2 tot 8 uur spreekuur in het logement *Het Hof van Vriesland* (tussen de Utrechtsestraat en Reguliers Plijn). Welke behandelingen zij toepaste bleef in het midden. Aan het eind van het pamflet werd gevraagd om het 'Biljet' zorgvuldig te lezen en niet in verkeerde handen te laten vallen. De vrouw beschreef zichzelf als de opvolgeresse der Geheime Wetenschappen, wat suggesties oproept met de kwakzalverij. Daarentegen sprak zij ook van de Chirurgie en Pharmacie, wat aan een geneeskundige opleiding doet denken.

Vrouwenberoep af
Door de gezondheidswetten van 1865 van de liberaal Thorbecke ontstond er meer eenheid in het geneeskundig beroep, het werd een academische opleiding die recht gaf op de titel 'arts'. Met de gezondheidswetten van 1865

hoopte de overheid een einde te maken aan de beunhazerij en malafide praktijken in de geneeskunde; alle andere genezers die te goede trouw waren, werden hiermee echter in een kwaad daglicht gesteld en afgedaan als kwakzalvers. Meer dan de gezondswet uit 1818 betekenden de wetten van 1865 het officiële einde van een niet-officiële geneeskunde, die wel de volksgeneeskunde wordt genoemd. Deze geneeskunde werd onder andere beoefend door kruidenvrouwen, adenlaters (of kopsters), lavementzetters (of klisteersters), elixerverkopers, natuurgeneeskundigen, magnetiseurs en somnambules. In tegenstelling tot de academische geneeskunde - vrouwen hadden immers geen toegang tot de universiteit - werd de volksgeneeskunde vooral door vrouwen bedreven. Zo waren de kopsters en de somnambules specifiek vrouwelijke beroepen. De kopsters pasten het aderlaten toe door een aantal sneetjes in de huid te maken, waarop vervolgens een 'kop', een kleine glazen bol, werd geplaatst. Deze bol was luchtledig gemaakt door hem boven een brandende kaars te houden. Het resultaat was dat het bloed in de kop werd gezogen! De somnambule, letterlijk de slaapwandelaar, die vooral aan het begin van deze eeuwlraktiseerde, bracht zichzelf in een hypnotische toestand. In een uiterste geconcentreerdheid nam zij scherp waar wat er aan haar cliënt schortte en gaf adviezen.

Al probeerde de overheid door wettelijke maatregelen de bevolking te dwingen om geen gebruik meer van de traditionele genezers te maken, praktisch gezien was dit onmogelijk daar er onvoldoende artsen waren om in de behoefte te kunnen voorzien. Pas in 1935 was er een artsendichtheid bereikt die gelijk was aan die van vóór 1865 van alle genezers te zamen." Door de wetten van 1865 heeft alleen de universitaire geneeskunde zich met steun en financiën van de overheid kunnen ontwikkelen en ons hele gezondheidssysteem (ziekenfondsen, ziekenhuizen en dergelijke) heeft zich rond deze vorm van geneeskunde ontwikkeld. De volksgeneeskunde uit de 19de eeuw werd niet alleen toen, maar wordt ook nu veelal nog beschouwd als primitief en tegenover de 'moderne' wetenschappelijke geneeskunde geplaatst." Hierbij wordt over het hoofd gezien dat aan deze twee vormen van geneeskunde een verschillende visie op gezondheid en ziekte ten grondslag ligt. Door de uitsluiting van volksgenezers is er een beperkte visie op gezondheid en ziekte ontstaan.

In feite bewerkstelligde de wetgeving een omwenteling: wat al eeuwenlang de gebruikelijke geneeskunde was, werd ineens onbevoegd verklaard en de tot dan toe reguliere geneeskunde werd alternatief.

Doodzwijgen

Met de gezondheidswetten van 1865 verdwenen er vele medische beroepen, zoals de plattelands heel- en vroedmeesters. Door meer eenheid te brengen in de medische opleiding, door middel van de universitaire opleiding tot arts, hoopte men dat het gezegde 'twee doctors, twee haters' weldra tot het verleden zou gaan behoren." De klinische scholen, een 4-jarige beroepsopleiding tot heel- en vroedmeester, werden opgeheven en er kwam een overgangsmaatregel voor de praktiserende heel- en vroedmeesters. Zij konden aanvullende examens doen en zo de titel van arts verkrijgen. Maar ook zonder deze bijscholing konden zij hun geneeskundige praktijk voortzetten, alleen op het platteland, daar de plattelandsbevolking voornamelijk van hen medische hulp ontving. In de praktijk betekende dat dat het beroep van heel- en vroedmeester, doordat er geen nieuwelingen bijkwamen, werd opgeheven door het te laten uitsterven.

Er zijn wel protesten geweest tegen de monopoliepositie die de academische geneesheren wilden innemen. In een

Adres aan de Minister richtten zich 23 plattelands heelmeesters uit Zeeland. Zij beriepen zich op de wet van 1818, die hen het platteland had toebedeeld en de academische geneesheren de grote steden. Deze verdeling wilden zij handhaven.' Ook een groep van natuurgenezers heeft herhaaldelijk verzoeken gestuurd naar de tweede kamer, waarin zij pleitte voor '[...] vrijheid van geneeskunde, of eene speciale wet tot uitoefening der natuurgeneeskunde met homogene middelen.'

Vooraf wat men toen de ongegradeerden noemde, de vrouwelijke en mannelijke plattelands genezers, zijn de dupe geworden van de wetten van 1818 en 1865.

Of er ook protesten zijn geweest van vroedvrouwen of vrouwelijke volksgenezers, ben ik niet aan de weet gekomen. Dit terwijl de wetgeving voor hen grote gevolgen heeft gehad. Het werkterrein van de vroedvrouw werd exact afgebakend en bevestigde niet alleen de kloof tussen de geneesheren en de vroedvrouwen, maar vergrootte deze zelfs." Vrouwelijke volks genezers werden gedwongen hun praktijk neer te leggen of in de illegale sfeer te gaan werken. De wetten gaven de overheid, meer dan voorheen, een duidelijke richtlijn om volksgenezeressen te vervolgen op grond van het 'onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde'.

Trouwens, in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTVG) dat in 1857 opgericht werd, werd met geen woord gesproken over het bestaan van vrouwelijke geneeskunstbeoefenaars. Het roept bevreemding op als uit historische overzichten van de verloskunde en gynaecologie blijkt dat vrouwen een rol hebben gespeeld in deze medische wetenschappen en als daarover vervolgens in de eerste tien jaargangen van het NTVG niets te lezen valt. Het stilzwijgen klijgt dan de betekenis van doodzwijgen. Vooral als blijkt dat gynaecologen zo'n kleine 30 jaar later zich in hetzelfde NTVG in felle bewoordingen uitlaten over het desastreuze aandeel van vrouwen in de ontwikkeling van de verloskunde en de gynaecologie. De gynaecoloog Mendes de Leon, die als eerste een aparte (particuliere) gynaecologische kliniek in Amsterdam oprichtte, constateerde in 1889 dat waar óók vrouwen zich actief bemoeiend met de gynaecologie en de verloskunde hadden opgesteld, zij alle vooruitgang in de weg hadden gestaan.' De Dordtse gynaecoloog Geyl, die veel historische artikelen heeft geschreven, beschuldigde in 1890 vroedvrouwen ervan veel onheil te hebben gesticht." Alhoewel beide gynaecologen hun artikel schreven om aan te tonen dat de vrouw ongeschikt is voor enige wetenschappelijk arbeid, gaven zij tegelijkertijd aan dat vrouwen een duidelijke positie hebben gehad binnen de verloskunde en gynaecologie. Geyl schreef dat de vrouw in het verleden '[...] onbetwist geheerscht heeft op het gebied der verloskunde en gynäkologie [...] en Mendes de Leon schreef dat in die tijd '[...] de vroedvrouwen in gynaecologische gevallen niet alleen door de bevolking worden geraadpleegd, maar ook autoriteiten zijn, wier uitspraak beslissend is voor diagnose en therapie.'

Ook Catharine van Tussenbroek, de eerste gynaecologe in Nederland die zich in 1887 in Amsterdam vestigde, schreef dat rond 1859 de primitieve gynaecologie in handen van vroedvrouwen was. Volgens haar werden in het Binnengasthuis van Amsterdam vroedvrouwen geschoold in het zetten van bloedzuigers, het gebruik van het speculum en het aanwenden van pessaria. Van vroedvrouwen werd gezegd dat zij een eigen apotheekje hadden, de zogenaamde 'vroëmoerspot' waar kwistig gebruik van werd gemaakt. Middelen om een vrucht af te drijven zouden daarin een grote plaats innemen.'

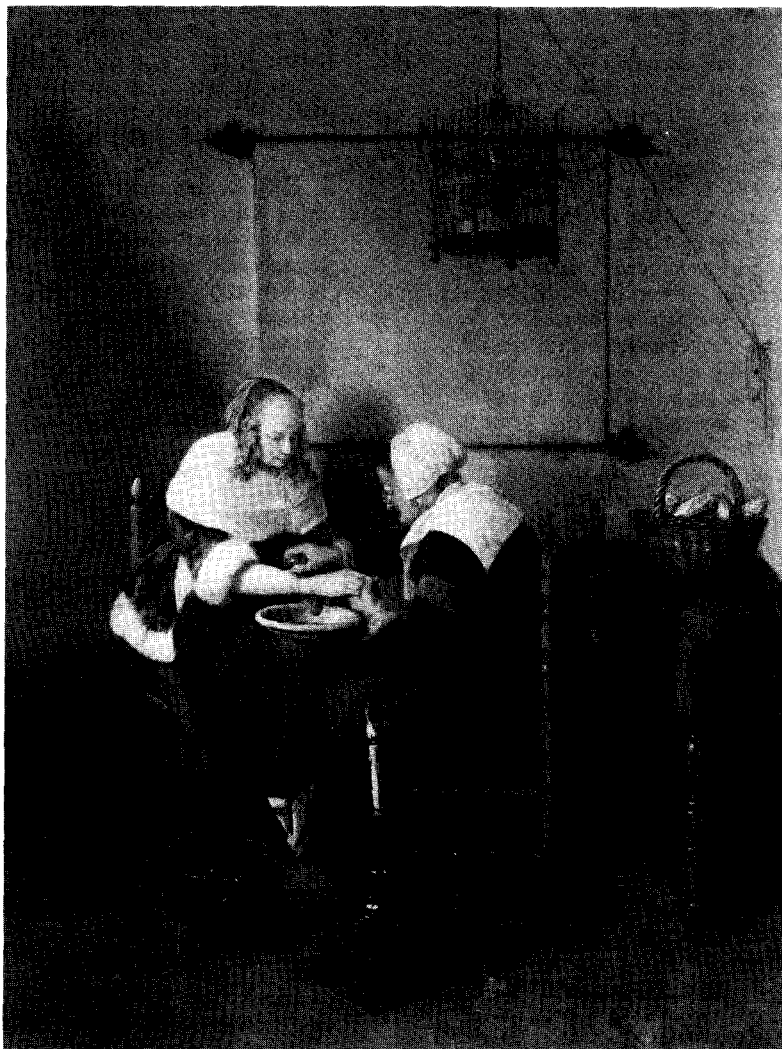
Ook blijkt uit terloopse opmerkingen in het NTVG dat er

1
J
vrouwen geweest zijn die de heilkunde hebben uitgeoefend. Zo las ik in een Berigt in het NTvG uit 1857 dat in de nieuwsbladen van Scheveningen allerlei geruchten de ronde deden over de amputatie van een been van een jonge Visservrouw, die door een vrouw uitgevoerd zou zijn. Deze vrouw scheen, zij het onbevoegd, de heilkunde als haar werk uit te oefenen. In een noot schreef de samensteller van het bericht dat dat niet alleen zo was in Scheveningen, maar in elk gewest of aanzienlijke gemeente. 'Ik behoef in mijne eigene woonplaats niet ver te zoeken, om vrouwen te vinden die - ieder weet het - allerlei heilkundige praktijken uitoefenen [...]'¹³

Waar in 1865 door de gezondheidswetten van Thorbecke het artsenmonopolie vrijwel zonder slag of stoot werd gevestigd, ontstond er rond 1910 een nationale beweging om dit monopolie opgeheven te krijgen. De officiële geneesheren sloeg de schrik om het hart. Het NTvG besteedde aan de kwestie een zeer dik themanummer en riep haar coryfeeën te hulp om zich tegen een wetwijziging te keren. Bekende medische hoogleraren als Treub, Winkler en Pekelharing schreven nogal denigrerende stukken tegen de onbevoegde genezers. 'Talloze malen is ons herhaald geworden, dat onze wetenschap eenzijdig en ons kunnen gering is, dat onze kunst verre ten achter staat bij die van tenminste twintig groepen van al of niet 'intuïtieve' onwetende genezers van hoogstens of laagsten stand, en dat ons beroep een ondragelijke roof is ... op de vrijheid!'"

Nationaal protest

1
Aanleiding voor deze paniek was een aantal verzoekschriften ingediend bij de Tweede Kamer om een wetwijziging van de Wetgeving op de Uitoefening der Geneeskunst. Een verzoekschrift kwam daarbij het hardst aan, namelijk die van drie rechtsgelcerden: mr. S. van Houten, Jhr. mr. R.O. van Holthe tot Echten en prof. mr. J.A. van Hamel." In hun motivering schreven de drie H's dat de huidige wetgeving een onbeperkte monopolie van de artsenstand met zich meebracht en dat het de burgers praktisch onmogelijk maakte om daarbuiten hulp voor genezing te zoeken. Zij stelden dat het theoretisch gezien onjuist is om ervan uit te gaan dat de speciale beroeps-



kennis van de medicus afdoende en uitsluitend in de behoefte van geneeskundige zorg voorziet. Bovendien vonden zij het onjuist om de burger te beletten genezing te zoeken op de wijze die hij wenst en waarin hij vertrouwen heeft. Handhaving van het artsenmonopolie vonden zij een oneigenlijk middel om de burgerij tegen bedrog en de openbare gezondheid tegen knoeierij te beschermen. Praktisch gezien vonden zij het onjuist om aan te nemen dat er geen situaties zijn, waarin de beroepskennis van de arts tekort schiet, terwijl andere middelen en methoden wel genezing kunnen bieden. Ook bestreden zij de opvatting dat de medische wetenschap en vakkennis veelzijdig genoeg zou zijn om andere geneeswijzen te kunnen uitsluiten. Het druiste tegen hun principes in om iedere onbevoegde uitoefening van de geneeskunst gelijk te stellen met boerenbedrog en kwakzalverij, en met

rechtsvervolgning te straffen. Zij deden de volgende aanbevelingen:

1. de mensen vrij te laten in hun keuze van behandeling;
2. te waken tegen misleiding, misbruik van vertrouwen, het aannemen van valse titels en het inspelen op de onwetendheid van het publiek;
3. het instellen van rechtsvervolgning van onverantwoordelijke 'kunstfouten' en benadeling van lijf of gezondheid van anderen, door onbekwaamheid en onvoorzichtigheid van zowel artsen als niet-artsen.

De drie rechtsgelcerden voegden hieraan toe dat zij zich niet konden voorstellen dat hun stellingen voor toespraak vatbaar zouden zijn. Volgens hen kon de toepassing van andere geneeswijzen niet langer verboden worden, noch konden personen gestraft worden die zich daarop tot tevredenheid en heil van anderen hadden toegelegd.¹⁶

Strafvervolgning

Een ander verzoekschrift kwam uit een geheel andere hoek, namelijk van de in 1913 opgerichte 'Nationale Vereniging tot Propaganda voor Wijziging der Wetten betreffende de uitoefening der Geneeskunst' uit Amsterdam. Dit verzoekschrift maakt meer duidelijk over de achtergronden van de actie. De voorzitter en oprichter van de Vereniging, de heer G. Bruijn, schreef dat hij door het

ziektebed van zijn echtgenote die aan tuberculose leed, op de hoogte kwam van een onbevoegd genezer die de gevreesde ziekte kon genezen. Twee maanden voor de dood van zijn 'geliefde echtgenote en jeugdige moeder' hoorde Bruijn dat het geneesmiddel afkomstig was van de heer H.J. Eilers uit Oegstgeest, die reeds honderden mensen had genezen. Voor zijn echtgenote was de genezing te laat en hij zwoer haar op haar sterfbed dat hij zich zou inzetten om algemene bekendheid aan het middel te geven, zodat zeer veel gezinnen het leed bespaard zou blijven van de ziekte met haar verschrikkelijke gevolgen. De heer Bruijn kwam in contact met Eilers en vernam dat in 1910 een verzoekschrift, ondertekend door duizend mensen, bij de koningin was ingediend. In het verzoekschrift werd de koningin dringend verzocht om een onderzoek te laten instellen naar de deugdelijkheid van de middelen die Eilers gebruikte om tuberculose te genezen. Door het onderzoek zou duidelijk moeten worden of de middelen deugden of dat er sprake was van kwakzalverij.

Er kwam geen reactie van overheidszijde, wat veel kwaad bloed zette bij de indianers. Bruijn schreef dat Eilers altijd werd gehekkeld als de beruchtste kwakzalver, maar dat nooit aandacht werd geschonken aan het vele werk. Eilers werd zodoende onthouden om te bewijzen dat zijn middelen werkzaam waren. Volgens Bruijn was het onmogelijk dat zoveel mensen en de honderden genezen patiënten zich door Eilers lieten bedriegen!

Inmiddels was de heer Eilers al letterlijke malen strafrechtelijk vervolgd. Uit latere stukken blijkt dat hij zich in Duitsland gevestigd heeft, vlak over de grens en dat hij vandaaruit mensen met tuberculose behandelde. Met name deze geschiedenis was de aanleiding om een verzoekschrift tot wetswijziging bij de Tweede Kamer in te dienen.

Onbevoegd

Een aantal argumenten in het verzoekschrift heeft nog niets aan actualiteit ingeboet. Zo werd geschreven dat herziening van de wetten noodzakelijk was om een rijkere bron van ware deugdelijke geneesmiddelen te krijgen, die ook de officiële geneeskunde ten goede zou komen. Door alle tijden heen hebben er veel geneesmiddelen bestaan die bij een groot deel der gemeenschap bekend waren en die door eenvoudige mensen die zelf de kruiden zochten en bereiden toegepast werden om daarmee hun zieken te genezen, aldus het verzoekschrift. Bruijn cum suis stelden voor om een staatscommissie in het leven te roepen, die zou beoordelen of bepaalde onbevoegde geneeswijzen en geneesmiddelen tot de officiële geneeskunde toegelaten konden worden. Hiermee wilden zij bewerkstelligen dat er geen rechtsvervolg meer zou plaatsvinden en dat mensen van deze genezers gebruik konden maken. Bovendien zouden uitvinders of bezitters van officieel onbekende geneesmiddelen, door erkenning dit geneesmiddel in het belang van de gemeenschap aan de staat kunnen afstaan. Als voordeel hiervan zagen ze dat het geheim van een bepaald middel niet verloren zou raken door het overlijden van de bezitter of de erfgenamen. Het bestaan van een goed geneesmiddel moet de gehele lijdende gemeenschap ten goede komen en niet de enkeling. Bij het verzoekschrift dat Bruijn namens de Vereeniging indiende, was een lijst gevoegd van dertig genezen verklaarde patiënten, die aan tuberculose hadden geleden, maar door de onbevoegde genezer Eilers genezen waren. De genezingsverklaringen waren ondertekend door officiële geneesheren."

Ondanks heftige protesten uit de medische hoek zond de regering de verzoekschriften voor wetswijziging naar de

Centrale Gezondheidsraad, die in 1916 positief reageerde. Daarop werden twee staatscommissies ingesteld. Een juridische onder voorzitterschap van een der indianers van het verzoekschrift, Van Houten. Deze commissie kreeg de opdracht wettelijke bepalingen te formuleren voor een vrije uitoefening van de geneeskunst. De andere commissie bestond uit medici onder voorzitterschap van Pekelharing, die een duidelijke tegenstander van wetshervorming was. Deze laatste commissie moest de doeltreffendheid van de onbevoegde geneeswijzen onderzoeken. Zoals te verwachten concludeerde de medische commissie dat het artsmonopolie gehandhaafd moest blijven.¹⁵ Op dat moment zat de regering met twee volledig tegenstrijdige rapporten, waar dan ook niets mee werd gedaan. Het gevolg hiervan was dat tot op de dag van vandaag de gezondheidswetten van 1865 - en daarmee het artsmonopolie - onaangetast bleven.

Lidy Schoon is politicologe.

Noten

1. Aanhef van een Bijlet ter Bekendmaking van J.S.B. Dillemans, Vrouwe Doctores in Amsterdam tijdens de Bataafsche Republiek (1795-1806), rubriek Geneeskunde en Hygiëne, kwakzalvers, nr. R 1554.11, Z.p.j. Gemeente-archief Amsterdam.
2. Florence W.J. Koom en H. Roodenburg, 'Kopsters: vrouwen in de marge van de gezondheidszorg', in: *Spiegel Historiael*, maart 1984.
3. A.W. Renterghem, 'De vrije uitoefening der geneeskunst in Nederland', deel I, in: *De Gids*, 78, 1914-11, pg. 482.
4. Jaap Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokters aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland*, Amsterdam (SUA) 1978.
5. Zie JA Verdoorn, *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*, Nijmegen (SUN) 1981 (1966), pg. 332 e.v. Zie ook M.A. van Andel, *Volksgeneeskunde in Nederland*, Utrecht 1909.
6. A. Meursinghe H., *Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst*, Openingsrede van de zestiende algemeene vergadering, in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 6, 1862, pg. 77.
7. *Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Aan de afdelingen*. Adres van de afdeling Zeeland aan de Minister van Binnenlandsche Zaken, in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1, 1857, pg. 65.
8. 'Berigten. Binnenland', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1, 1857, pg. 664.
9. Zie hiervoor de beschrijving van Floor van Gelder, 'Is dat nu typisch vrouwenwerk?' in: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, jrg. 9, pg. 5. Nijmegen (SUN) 1982.
10. Mendes de Leon, 'Beschouwingen over de gynaecologie als eene zelfstandige wetenschap', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 32, 1889-11, pg. 107.
11. A. Geyl, 'Historische kanteekeningen', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie*, jrg. 2, 1890, pg. 85.
12. Catharine van Tussenbroek, *De ontwikkeling der aseptische verloskunde in Nederland*, Haarlem (De Erven Bohn) 1911.
13. 'Berigten. Binnenland', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1, 1857, pg. 219.
14. 'Een woord ter inleiding. Artsenmonopolie en geneesvrijheid', in: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 58, 1914-1B, pg. 1846.
15. Dit verzoekschrift woog zo zwaar, omdat het afkomstig was van gerenommeerde rechtsgeleerden. Van Houten was oud-minister van Binnenlandse Zaken; Van Holthe tot Echten was raadsheer van het gerechtshof in Den Haag; Van Hamel was lid van de Tweede Kamer. Zie Paul van Dijk, in: L.J. Menges en P.A. van Dijk, *Reguliere en alternatieve geneeskunde. Van conflict naar synthese?*, Alphen aan de Rijn/Brussel (Stafleu) 1983, pg. 40.
16. Adres nr. 39, Bijlage. Tweede Kamer, zittingsjaar 1913-1914, Algemeen Rijksarchief/Tweede Afdeling, Den Haag.
17. Adres nr. 348, Bijlage. Tweede Kamer, zittingsjaar 1913-1914, Algemeen Rijksarchief/Tweede Afdeling, Den Haag.
18. Ontieend aan Gerrit van Vegchel, *Medici en 'kwakzalvers'. Een sociologische beschrijving over professionalisering en niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19de en 20e eeuw*, doctoraalscriptie sociologie, Universiteit van Amsterdam, oktober 1988, pg. 88.

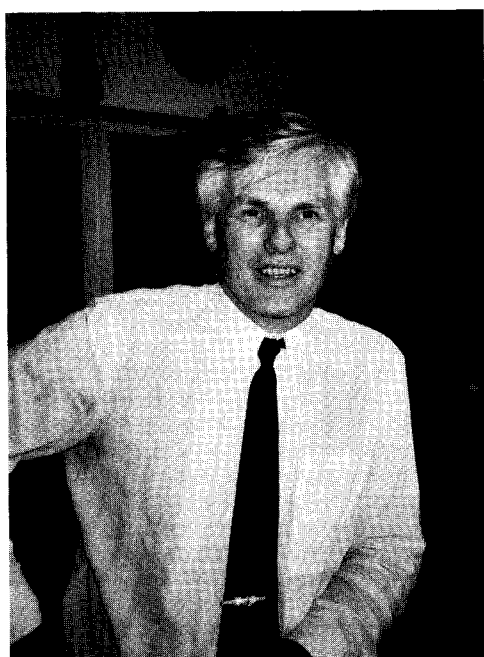
'Beweging is het enige kenmerkende van ons centrum'

Interview met natuurarts en astroloog Dick Nicolai



Hans Spijker

Goof van de Wijngaart



In Heerenveen bestaat sinds een paar jaar het Centrum voor Natuurgeneeswijzen en Auralogie. In een glanzend professioneel vormgegeven brochure worden de verschillende therapieën die er gegeven worden uit de doeken gedaan. Een van de artsen die er werkt, is Dick Nicolai. Hans Spijker en Goof van de Wijngaart zochten hem op om over het reilen en zeilen van het centrum te praten. Belangrijke vraag daarbij was: hoe alternatief werkt het centrum, is er sprake van enige integratie met de reguliere gezondheidszorg, en zo niet, vindt Dick Nicolai het streven hiernaar de moeite waard.

Een optimistisch geluid van iemand, die ervan overtuigd is dat we in een tijd leven waarin grenzen vervagen, zowel die tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen als tussen een commerciële en ideële manier van werken. Hij ziet een tijd van verruiming en vernieuwing voor zich. Of, zoals Nicolai het zelf in astrologische termen uitdrukt, 'men moet meer samenwerken, er is geen alternatief in het Watermantijdperk'.

Hij begon ruim vijftien jaar geleden als huisarts in de zwakzinnigeninrichting Dennendal, maakte daar de conflicten mee die in 1974 eindigden in ontruiming door de politie en gedwongen ontslagen. Op Dennendal was hij in aanraking gekomen met antroposofie en een andere visie op de gezondheidszorg. Als werkloos arts ging hij zich verdiepen in de homeopathische geneeswijze, in iriscopie en astrologie. Het trekken van een horoscoop maakt nu standaard deel uit van zijn diagnosestelling. Ook maakt hij

van elke dag een horoscoop. 'Vandaag staat de Maan in Waterman, waarin hij tot en met de ochtend een aspect met Pluto maakte en waardoor er een sterk spanningsveld ontstond met gebeurtenissen die te maken hadden met het verleden. Na twaalf uur zijn die gebeurtenissen als het ware een steun aan het Watermanaspect: samenwerking, integratie, broederschap. Jullie hebben een goede datum uitgekozen.' Na enkele jaren van studie begon hij een praktijk als

alternatieve arts en sinds ruim twee jaar werkt hij in dit centrum samen met de auraloog Jelle Veeman (66).¹ Het loopt storm: 25.000 bezoekers per jaar en de buurtbewoners hebben blijkens de *Heerenveensche Courant* al geprotesteerd tegen de overlast van de 'Veeman-praktijk'. Naast Nicolai en de auraloog werken er in het centrum nog twee artsen, een fysiotherapeut, een creatief therapeute, een schoonheidsspecialiste, een haardeskundige, een voorlichter en baliemedewerkers. Het centrum is een voortzetting van de praktijk van Veeman, die al een halve eeuw als paranormaal genezer actief is en in het hele Noorden bekend.

Alchemie

Het centrum in Heerenveen werkt marktgericht. Letterlijk: het wil een markt zijn, waar iedere patiënt aan z'n trekken kan komen. Deze kan meteen komen en kiezen tussen goedkope en dure behandelingen. In de kelder van het centrum kan hij de hele dag terecht voor eenvoudige therapieën vanaf f 8,50 per uur, op de bovenverdieping kan hij artsen en een auraloog consulteren (voor f 85,- per half uur), maar daarvoor bestaat wel een wachtlijst. De artsen en fysiotherapeut bieden een breed scala aan therapieën: van muziektherapie met behulp van onder andere Tibetaanse klankschalen en lasertherapie tot modderbaden, acupunctuur en kleurentherapie. Ten slotte is er een schoonheidsspecialiste en 'haardeskundige' (zo staat het in het informatieboekje, Nicolai zegt kapster) om de patiënt ook uiterlijk weer wat op te fleuren; een belangrijk aspect, vindt men, waar vroeger niet aan werd gedacht. Het centrum is ontstaan vanuit de twee praktijken van Veeman en Nicolai. 'We hebben elkaar in 1978 ontmoet. Ik werkte toen met astrologie en kruidensamenstellingen die ik ingedeeld had volgens de tekens van de dierenriem. Ik koos zoveel mogelijk de combinaties die astrologisch het beste bij de mensen pasten. Ik betrok die kruiden bij een firma met haar eigen geheimen, wat ze precies deden wist ik niet zo goed. Daarnaast werkte ik met homeopathie. Toen ontmoette ik Veeman, die net was begonnen met het maken van auramiddelen. Hij maakte volgens alchemistische principes twaalf middelen, die precies in mijn astrologisch systeem pasten. En nog frappanter: ik ontdekte dat hij dezelfde kruidensamenstelling gebruikte, als die ik van die firma betrok. Dus het klikte meteen, en er kwam nog een factor bij: het alchemistisch werken, zeg maar het opwaarderen van die kruiden, werd er ook bij betrokken en dat sprak me direct aan. De alchemie gaat ervan uit dat het leven een evolutionair proces is, dat nooit eindigt. Als je een kruid bewerkt, ondergaat dat voortdurend veranderingen. In de homeopathie smijt je ze in de alcohol, laat ze veertien dagen staan en gooit dan het kruid weg. Dat gebeurt hier nooit, hier gaat het altijd door. We lieten bovendien - en dat sloot ook weer aan bij de astrologische kant - de kruiden voortdurend in de volle maan staan en we maakten gebruik van een bepaald aantal uren zonneschijn en van bepaalde standen van de sterren. We konden kortom de samenstellingen veel sterker beïnvloeden. Zo kregen we de gelegenheid om de therapie veel creatiever en intuïtiever te ontwikkelen. Creativiteit is niets anders dan een proces dat zich voortdurend ont-

wikkelt. Het is nooit klaar.'

Hoe komen de mensen hier binnen?

'Ze komen in principe voor mij of voor Veeman. Tussendoor vinden er vaak over en weer verwijzingen plaats. De laatste tijd worden ook veel nieuwe mensen doorverwezen naar de andere artsen, omdat wij vrij vol zitten, en we willen een open centrum zijn, zonder wachtlijst. Vandaaruit vinden er dan verwijzingen plaats naar de kleurentherapie of we sturen ze naar de groep beneden. Daar zit elke dag een ochtend lang een groep van veertig, vijftig mensen, die alléén voor behandeling door Veeman komen. Veeman gaat elk uur naar beneden en 'doet de ronde', hij magnetiseert mensen heel kort met strijken of handen geven. Daarna gaat hij weer naar boven en doet z'n spreekuur verder. Die groep zit hier de hele ochtend, dat geeft iets gezelligs. Na de korte behandeling lopen ze naar de koffieautomaat of gaan even de stad in en komen dan weer terug voor de volgende ronde van Veeman. Ze vormen groepjes die praten, breien of lezen, zodat mensen die binnenkomen het idee krijgen dat het een soort gezin is. D'r zijn ook mensen die de hele dag komen. We vinden het prettig mensen eens wat langer bij ons te hebben, we kunnen ze dan een dag lang volgen, zien wat er met hen gebeurt, ze wat bijsturen, even

praten ... dat werkt rustgevend. Ik kwam erachter dat ik ondanks het feit dat ik een half uur tot drie kwartier per patiënt heb, toch te weinig tijd had, ik moest er alles inpersen.

Heel leuk is dat patiënten die hier al wat langer komen de nieuwelingen opvangen, er ontstaat een stuk zelfwerkzaamheid. Heel langzamerhand hoeft het niet allemaal meer van ons te komen. De grondgedachte achter ons werk is dat alles wat wij doen de mensen zelf ook kunnen. "Het gaat erom dat je het zelf leert, want je moet niet afhankelijk van ons worden", zeggen we. De patiënten moeten hun eigen creativiteit ontdekken, leren voelen en ervaren dat binnen henzelf de mogelijkheden liggen.'

Hoe noem je jezelf?

'Op het bord bij de voordeur staat 'arts'. Dat is gemakkelijk voor de buitenwereld. Ik doe het voor de inspecteur en het ziekenfonds! Zelf heb ik natuurlijk mijn eigen opvatting over het arts zijn. Vroeger wilde ik me daar niet aan conformeren, nu zie ik dat ik er een eigen inhoud aan kan geven. Het is een kunst. Ik probeer te ontkomen aan dogmatisering en systematisering. We hebben geen leer. We willen doorgeven, dat is het enige, zodat de ander daar zijn voordeel mee kan doen en verder kan. We moeten niet stagneren in het proces, of dat nu lichamelijk, psychisch of geestelijk is. Zo werken we ook met elkaar samen: voortdurend aan de verstarring proberen te werken. De boel moet circuleren. Een rekening niet laten liggen, omdat die te hoog is. Veeman zegt dan: "betaal maar vijf gulden per week. Als het maar loopt!"

Circulatie, beweging, is het enige kenmerkende begrip voor ons centrum. Dat is niet altijd prettig en maakt mensen wel eens boos. Prima! We zijn niet altijd aardig, soms moeten we wel eens confronteren en boos worden. Het magnetiseren zelf is ook een circulatieproces. In dit pand is Veeman voortdurend bezig de ruimten te magnetiseren, zodat de dingen kunnen loskomen. Het is soms zo merkwaardig, dan valt de stroom ineens uit. Veeman heeft

'Ik heb in dit vak erg veel geleerd, omdat ik steeds vanuit de positie van underdog moest werken. Je leert dan dat je de dingen niet kunt forceren, maar dat het wel kan groeien.'

een gewone typemachine, want een elektrische is een ramp. Dan tikt ie een a en schrijft de machine een b. Zijn magnetisme is zo sterk dat hij bepaalde ruimten niet binnen mag. Zeker als daar een computer of een antwoordapparaat staat; die zijn dan direct van slag. In de ruimtes waar hij werkt, **voel** je een enorm magnetisme en het kan best zijn dat mensen die voor het eerst komen dat helemaal niet prettig vinden. Ze zijn er niet op voorbereid, of er komen reacties die niet prettig zijn. Vooral de mensen die klachten krijgen als ze zich juist ontspannen. Hoofdpijn in het weekend bijvoorbeeld. Als ze in zo'n ontspannen magnetisch veld terechtkomen, **voelen** ze zich beroerd en moeten ze even naar buiten. Je moet ze dat uitleggen, anders zien ze het als negatief.

Rotte mispel

Hoe is het met de betaling geregeld?

'De ziekenfondsen zijn de laatste jaren over de brug gekomen, ze hebben een aantal alternatieve artsen in het Noorden erkend - ons ook - en vergoeden 40 gulden voor een consult en 70% van de medicijnen. Een consult van Vee-man wordt niet vergoed, maar dat vangen we intern op. Een consult bij een arts kost hier 85 gulden per half uur (omdat er veel uitlegtijd bij zit), waar dus 40 gulden van vergoed wordt; een consult bij Vee-man kost 40 gulden. Iedereen betaalt dus ongeveer hetzelfde.

Het ziekenfondssysteem is zo rot als een mispel. We zijn nu op weg naar 1992 en je ziet dat alle dogmatische structuren aan het doorbreken zijn. Er komt veel meer ruimte. Zo krijgt men in het nieuwe systeem homeopathische middelen alleen vergoed als de huisarts een erkend homeopaat is. Dat is veel eerlijker dan nu. Nu kun je een strikt allopathische huisarts vragen een homeopathisch middelje voor te schrijven en het is maar afwachten of hij dat wil doen. In de toekomst krijg je dat middelje alleen van iemand die erachter staat.

1992 is een belangrijk jaar voor ons. Omdat Nederland geen model heeft voor de preparaten die wij produceren en voorschrijven en het tot een Europees eenheidsmodel moet komen, zal het Duitse model wel overgenomen worden. Duitsland is een stierenland en vindt dat natuurgeheeswijzen en kuuroorden voor iedereen gemeengoed moeten zijn. De Duitser heeft ook een grotere bad- dan woonkamer. Die *Reinheit* zit erg in de Duitse ziel. Dat model is een gruwel voor de Nederlander, die ziet ook veel meer de gevaarlijke kanten die eraan zitten. Een beter verzekeringsmodel dan het Duitse is er echter niet en voor de Duitsers is het ook prettig als hun model Europees wordt: dan kan de kwalijke kant van het *Reinheitsgebot* beter in de hand worden gehouden.'

Kwalijke kant?

'We hebben natuurlijk in de oorlog een *Reinheitskultur* gehad. Toen ging de 'zuivering' zover dat, als je even een andere neus had, je uit de weg geruimd moest worden. Daar zit een zekere consequentie in, die je altijd bij oertekens ziet. De Nederlander kijkt de kat uit de boom. Dat kan de stiermentaliteit niet; als die in de trein zit, dendert hij door.'

Wat zie jij de komende jaren in de gezondheidszorg gebeuren?

'Samenwerking en integratie. Wat nu nog principieel in een tegenstelling staat zal straks, als het menselijk denken zodanig veranderd is dat er samengewerkt kan worden en er weer een nieuw evenwicht is ontstaan tussen het spirituele en materiële, een eenheid zijn. We verlaten de kunstmatige splijting tussen stoffelijk en niet-stoffelijk, tussen alternatief en regulier. Een verdeel-en-heers-situatie, maar de spirituele richting is er altijd geweest om de mensheid

weer te herenigen. Om de mens te leren niet tot egoïsme te vervallen, maar tot samenwerking te komen. Samenwerken niet op basis van sentimentele overwegingen of het eens zijn met elkaar, maar op basis van eigen verantwoordelijkheid.

Dat proces heeft zich met name onder het volk voltrokken. Bij gewone mensen zit er niet altijd een diploma achter. In de alternatieve beweging kom je heel gevoelige mensen tegen die geen artsdiploma hebben, maar wel een natuurlijke begaafdheid die veel verder gaat dan bij welke arts ook. Dat moeten we weer leren zien!

Zal de integratie gemakkelijk plaatsvinden?

'Je ziet het met het plan-Dekker: verzekeringen en overheid worden losgekoppeld. De regering schuift de boel af, die zien allang dat ze straks anders de boel over zich heen krijgen. En de verzekeringsmaatschappijen gaan op financiële gronden eisen stellen. Wie wordt er wel en wie niet verzekerd? Als je een beetje krakkemikkig bent en vijftig, moet je nog maar afwachten of je in een verzekering mag. Tegelijkertijd worden er ook meer concrete eisen gesteld, bijvoorbeeld naar het beleid in een ziekenhuis. Het is vreselijk moeilijk om op een gegeven moment een beslissing te nemen of je een nieuwe hartmachine aanschaft of dat je met dat geld de zwakzinnigenzorg meer ruimte geeft. Nu wordt dat door lobbyen bepaald. De Nederlandse Hartstichting is nu eenmaal sterker dan de zwakzinnigenverenigingen. Zo is het patroon. De openheid ontbreekt, maar die kant moeten we wel op. Ik denk dat het nog wel tien jaar kan duren voordat die mentaliteit verandert.'

'Ik heb in dit vak erg veel geleerd, omdat ik steeds vanuit de positie van *underdog* moest werken. Je leert dat je de dingen niet kunt forceren, maar dat het wel kan groeien. Veel belangrijker dan hoeveel geld je ermee kunt verdienen is de vraag of je wel in een bepaalde situatie kunt werken. Ik kan in een klein huisje werken, maar ook in een groot. Dit pand is in wezen alweer te klein, maar dat doet er niet toe. Belangrijker is dat je functioneert. Dat wordt het nieuwe principe. Mensen zijn zo star! Als ze eenmaal een groot gebouw hebben of een verzekeringsmaatschappij, dan moet dat er blijven. Dat remt de creatieve ontwikkelingen die weer bezig zijn naar boven te komen enorm. Ik heb dat zelf ook meegemaakt, de strijd om op de been te blijven. Het vormt je, maakt je minder afhankelijk van dat soort mechanismen. Er is ook een principe dat, als je samen wilt werken - ook met het kosmischeratroom - je dan ook geholpen wordt. Zo is dat nu eenmaal. Ga je daar tegenin, dan val je soms op je bek.

Ik heb de afgelopen veertien jaar ervaren dat ik op dat punt innerlijk rustiger ben geworden, minder opstandig. Ik maak me er minder druk over of het centrum nu groter of kleiner moet worden. Ik ben eigenlijk heel tevreden dat we dit zo kunnen doen en dat ik het gevoel heb dat ik het zo nog rustig een aantal jaren kan volhouden zonder dat het roofofbouw op me pleegt. De rest laat ik aan de maatschappelijke ontwikkeling over, omdat ik vertrouwen heb in ontwikkelingen die binnen de mensheid plaatsvinden. Het enige dat ik kan doen, is meegaan en begeleiden, het proces niet frustreren.

Het begint al als je iemand geen penicilline geeft, maar zegt dat het ziekteproces zich eerst maar moet voltrekken. Je geeft het vertrouwen dat behandelingen ook pas op de lange termijn resultaat kunnen hebben. Ik vind het meest opvallende dat je, als je mensen langer in behandeling hebt, bereikt dat ze zich ervan bewust worden dat er zich iets afspeelt dat tijd kost. Het kan best zijn dat ze drie jaar niet komen. Er is even stilte, maar dan komen ze weer. Er ontstaat een bepaalde continuïteit, een ontwikkeling. Ik

zie mensen na drie jaar terugkomen. Niet met dezelfde klacht, maar met een heel ander gegeven, dat het moeilijk gaat met hun partner of met hun kinderen. Het is veel geïntegreerder.'

Patiënten zijn dus sneller met de integratie dan de verzekeraars of overheid. Ze weten wanneer ze het beste naar hun huisarts kunnen gaan en wanneer naar dit centrum.

'Integratie is een natuurlijk proces. In wezen vinden die mensen het alleen maar vervelend en pijnlijk dat hun huisarts en de alternatieve genezer het zo moeilijk met elkaar kunnen vinden. Sommigen praten er met hun huisarts over. Het hangt er ook vanaf hoe mondig ze zijn. Vergeet niet dat buiten de deur weer allerlei afhankelijkheidspatronen spelen. Het werk, de familie, de buurt.'

Hoe afhankelijk zijn de patiënten van jou?

'Ze hebben ons nodig, zoals mensen elkaar een tijd nodig kunnen hebben vanuit een bepaalde verantwoordelijkheid die ze ten opzichte van elkaar voelen. Dat is wat anders dan afhankelijkheid. Wat niet wegneemt dat er mensen zijn die een tijdje afhankelijk van ons zijn, maar dat is niet zo erg. Ik heb ook weleens momenten dat ik afhankelijk ben van iemand, dat is een heel menselijk gegeven. We zijn geen goden! De vraag is altijd hoe je met de afhankelijkheid van een ander omgaat. Je moet niet vergeten dat een heleboel mensen in hun leven enorm gekwetst zijn door momenten waarin hun afhankelijkheid werd uitgebuit. Neem maar de incestproblematiek, die gigantische vormen aanneemt. Seksueel misbruik binnen de therapeutische relatie komt veel meer voor dan we denken. Met die gegevens is er bij mensen een grote gevoeligheid ontstaan. Het is één van onze grootste verantwoordelijkheden dat we vanuit ons innerlijk de mensen laten voelen dat wij ons verantwoordelijk voelen voor het feit dat die ander eventjes afhankelijk is. Dat heb je met je kinderen ook. Je kunt ze drillen, op een verkeerde manier sturen en je kunt je van je eigen verantwoordelijkheid als begeleider bewust zijn.'

Geest intact

Hoe verloopt een consult bij jou, bijvoorbeeld als er ouders met een autistisch kind komen?

'Dan vraag ik eerst over het verloop van de zwangerschap en de eerste jaren. Er kan van alles gebeurd zijn, dat check ik met die mensen af. Langzamerhand krijg ik een idee over wat ik denk dat de oorzaak is of wat er mee te maken kan hebben. Vaak bereid ik de weg voor naar Veeman. Als Veeman komt, is dat van tevoren afgesproken en willen de mensen dat ook, het is geen routinekwestie. Ik kom er meestal zelf ook wel uit. Veeman vertelt zijn verhaal en geeft ook een prognose. Aan de hand daarvan gaan we een behandelingsplan opzetten. Het versterken van de aura met magnetiseren bijvoorbeeld of we schrijven kleurentherapie voor.. Bij een kind dat ik onlangs behandelde, had dat tot resultaat dat het bonken al snel ophield en de typische klagelijke toon die hij had. De eerste keer maaide hij alles agressief van tafel, nu zit hij soms heel vredig te kijken. Als Veeman en ik dat soort kinderen krijgen, kijken we niet hoe het kind eruit ziet, maar we maken contact met de geest van het kind en dan kun je haast innerlijk met zijn geest praten. Je ziet het kind ook onmiddellijk rustig worden. Een heel wonderlijk gebeuren, de geest is altijd nog intact. In het instrument - de hersenen of het lichaam - zitten de problemen. Dit kind wilde de volgende keer heel graag naar ons toe. Nu is het al zover dat hij begint te praten, bepaalde woorden gebruikt; er vindt herkenning plaats. Heel belangrijk voor ons, want het is voor de - nog jonge - ouders vreselijk moeilijk de onzichtbare dingen die we doen en zeggen te begrijpen. Je kunt dan ook met vrij grote zekerheid een prognose geven, daar vragen ze ook om. Geen wishful thinking of een

leuk opbeurend woordje, maar heel reëel. Ja, het zal nooit een HBs-er worden, zeggen we dan, maar dit kind kan veel meer. Z'n motoriek kan veel beter en als je een jaar wacht.. praat hij.'

Gebruiken jullie bij de behandeling en diagnostiek ook apparatuur? Wij hebben namelijk het idee dat er steeds meer apparatuur in de alternatieve praktijken begint te verschijnen.

'Ja, dat laatste is waar, maar dat is bij ons minder, omdat we ook veel onzichtbaars doen. Veeman en ik gebruiken eigenlijk geen apparatuur, het enige dat ik doe, is iriscopie. Ik kijk wel eens in een oor, ik neem wel eens de bloeddruk op, maar verder speelt het zich in wezen gewoon intermenselijk af. En onze therapieën gaan niet van apparatuur uit, maar -laat ik zeggen - van een medium.

Hoe beoordeel je de trend van steeds meer apparaten in de alternatieve geneeskunde?

'Ik denk dat het voortkomt uit onzekerheid en door de druk van buiten. Als je het goed doet en de patiënt is tevreden, dan loop je geen gevaar in onze cultuur. Maar binnen de alternatieve geneeskunde heb je veel therapeuten die onzeker zijn, die vaak een apparaat gebruiken voor de vorm. Ook om zich een beetje af te schermen naar de wetenschappelijke wereld: "Kijk, ik heb hier een computer staan en daar een electro-acupunctuurding". Dat spreekt aan en je kunt je werk naar buiten toe ook wat harder maken. Ik begrijp dat wel, want ik heb ook vaak gearzeld in het begin.'

Iriscopie

Op de Universiteit van Limburg is onderzoek gedaan naar de werking van iriscopie. Jij hebt aan dat onderzoek meegedaan. Hoe vond je dat?

'Ik vond het een slecht onderzoek. De opzet deugde al niet, het ging notabene om galblaasstenen. Typisch weer de analytische methode. Je haakt een bepaald onderdeel uit zijn verband. Van tevoren zijn er al enkelen afgehaakt, omdat ze zeiden dat je galstenen in het oog niet kunt zien. Toen heb ik me samen met Veeman - paranormaal - beperkt tot het geven van een totaalbeeld, maar dat hebben ze helemaal niet gebruikt. Het ging alleen maar om: wel of geen galstenen. Ik heb ook tegen die hoogleraar, Knipschild, gezegd: nu heb je slechts bewezen dat galstenen in de iris niet gezien worden. Daar heb je gelijk in, maar wat je doet, is dat extrapoleren naar de uitspraak dat iriscopie niet deugt. Dat vind ik heel onwetenschappelijk! Bovendien ga je volledig voorbij aan het feit dat iriscopie een astrale methode is, een intuïtieve methode, waar je soms ook bij verrassing stoffelijke tekens ziet die wijzen op afwijkingen binnen bepaalde organen. Die afwijkingen zijn soms stoffelijk nog niet eens na te meten! Jullie tonen aan wat concreet is, zei ik tegen Knipschild, daar hebben jullie apparatuur voor.. Maar er zijn zoveel dingen die onzichtbaar zijn, die zich in een vroeg stadium in het oog al kunnen manifesteren. Bovendien, ik heb er toch helemaal geen belang bij dat je in het oog kunt zien dat je galstenen hebt? Dat kunnen jullie met scanners veel beter bekijken, mijn taak is om preventief te werken, om te waarschuwen over leefwijze. Dat kan ik niet als uitgangspunt voor mijn opzet nemen, zei hij, want dat kan ik niet bewijzen. Alleen wat aantoonbaar is, dat bestaat. Nou, zo ga je uit elkaar. Zo'n hoogleraar heeft helemaal niet in de gaten dat hij totaal onwetenschappelijk wordt gebruikt door het maatschappelijke mechanisme dat ervan uitgaat dat iriscopie toch al in de verdachte hoek zit.'

Alternatieve-tijdschriftenmarkt overvol

Verskillende bladen vergeleken



Evelyn de Leeuw

Het aanbod op de 'alternatieve' markt is enorm. Een tiental bladen informeert een niet onaanzienlijk lezersbestand (waar een blad als TGP zéér jaloers op zou kunnen zijn ..) en vrijwel wekelijks verschijnen er boeken over alternatieve geneeswijzen met oplagen die in de tienduizenden lopen.

Zeker niet slecht voor een sector, die nogal eens wordt gekarakteriseerd als een 'marginale tegenbeweging'.

De 'alternatieven' zijn integendeel populair, een ontwikkeling die gesteund wordt door publikaties over alternatieve geneeswijzen in damesbladen als *Margriet* en *Libelle* (waar zelfs een aparte rubriek voor het fenomeen bestaat). Ook de vragenrubrieken van bladen als *Viva* aarzelen niet langer om zonder schroom 'alternatieve' adviezen te geven. Een goede aanleiding om eens te bekijken wat de ware alternatieve bladen te bieden hebben.

Het afgelopen voorjaar viel tussen de niet aflatende stroom 'alternatieve' boeken, tijdschriften en folders een kritische beschouwing van Vernon Coleman Op.2. Systematisch neemt hij zo'n zeventig alternatieve diagnose- en geneeswijzen onder de loupe. Zijn criteria voor steun voor of kritiek op de 'alternatieven' waren achtereenvolgens wetenschappelijk (in plaats van anecdotisch) bewijs van werkzaamheid, potentiële schadelijkheid, gestandaardiseerde opleidingsfaciliteiten, en het bestaan van een controlerende beroepsvereniging. Fanatieke pendeldiagnostici, iriscopisten (*Ik beschouw iriscopie als een waardeloze pseudo-wetenschap en daarom iedere opleiding die zich daarop richt als even waardeloos*, zegt Vernon), of haaranalisten (*een van de kwalijkste pseudo-wetenschappen*) zullen Coleman's geschrijf niet in dank hebben afgenomen.

Het lijkt verstandig om met een vergelijkbare bril als Vernon gebruikte het Nederlandse aanbod op de alternatieve tijdschriftenmarkt te beschouwen. Daarnaast spelen natuurlijk informatiewaarde, leesbaarheid en uiterlijk van de bladen een grote rol.

Optimistische levenshouding

Tijdschriften die ik heb bekeken zijn: *Gezond leven*, *Tijdschrift voor Persoonlijke gezondheidszorg*, *Milieu*, *Alternatieve Geneeswijze*, *Voeding en Bewustwording*; *Pa-*

nacea, *Magazine voor bewust gezonder leven*; *Onkruid*, *Tijdschrift voor een natuurlijke manier van leven*; *De natuur uw arts*, *Tweemaandelijks tijdschrift voor persoonlijk welzijn*; *Beter, om gezond en blij te leven* en *Integraal*, *Lichaam en geest in gezondheid en ziekte*. De ondertitels van de tijdschriften getuigen van een behoorlijk optimistische levenshouding!- \$' een positieve blik die bladen als *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunst* of *Medisch Contact* nu niet direct in zich dragen. Toch moet gezegd worden dat zóveel heerlijk bewuste gezonde persoonlijke blijheid die op een stapel voorpagina's op je afstraalt nu en dan op de zenuwen begint te werken. Gelukkig varieert de inhoud van de verschillende bladen nogal tussen monter amateuristisch en professioneel wetenschappelijk.. Dat komt ongetwijfeld ook door de verschillende doelgroepen van de bladen.

De oudere tijdschriften lijken een wat esoterische lezersgroep te hebben. *Gezond leven*, een ware Nestor in haar negenenvijftigste jaargang, wordt geschreven in een stijl waaruit men kan opmaken dat de redactie elke abonnee persoonlijk kent. In het colofon worden nieuwe leden van de familie dan ook juichend welkom geheten (*In de afgelopen periode hebben zich weer 6 nieuwe abonnees gemeld. Ook kregen 5 mensen een kado-abonnement. Hartelijk welkom allemaal!*).



De ~~middelmenoot~~, althans wat het aantal jaargangen betreft, ~~behoort~~ die intimiteit nog niet, maar laat wel duidelijk merken dat er een zeker vertrouwdheid met de cliënt-Ie bestaat. *De Natuur Uw Arts* (veertiende jaargang) en het bekende *Onkruid* (twaalfde jaargang) richten zich beide op de wat meer onderlegde 'alternativo'. Met name de artikelen in *De Natuur Uw Arts* ademen een bijna-wetenschappelijke sfeer, met een behoorlijke dosis moeilijke meer-dan-drie-lettergrepen-woorden. *Onkruid* is daarbij gelukkig een stuk leesbaarder door het magazirie-achng karakter, waarin langere artikelen worden afgewisseld door kortere stukjes. Bovendien huldigt *Onkruid* het ware holisme door niet alleen de heelheid in de mens, maar ook de heelheid tussen mens en fysieke en sociale omgeving te benadrukken. Een stuk over reptielen in Nederland doet het dan ook goed na een artikel over alcohol-arme wijnen.

De jongste trits tijdschriften heeft kennelijk de laatste gaten in de alternatieve markt gedicht. *Panacea*, *Beter en Integraal* bestaan nu alledrie ruim een jaar. De eerste twee richten zich op de brede massa die maar enigszins in andere benaderingen van gezondheid en welzijn geïnteresseerd lijken; het welzijns-equivalent van *Avenue* en *Privé*. *Integraal* probeert het gat voor de belangstellende academica(cus) te dichten: doorwrochte artikelen verlichtigd met bijzonder fraaie artistieke uitingen. Overigens waren ook de eerste vier nummers van *Panacea* voorzien van een fabelachtige serie illustraties, waarop felgekleurde vrouwen figureerden. Jammer daarentegen is de naam van het blad. De panacee is, volgens de dikke Van Dale, een denkbeeldig algemeen geneesmiddel, wondermiddel, figuurlijk met betrekking tot allerlei maatschappelijke kwalen en moeilijkheden. In 'regulier' Nederlands heeft het woord daarmee een connotatie van 'fantasie', 'zweverij'.

Gelukkig wenst de gelovige redactie van *Panacea* het zo niet uit te leggen. Kennis en informatie zijn de panacee voor de redactie van *Panacea*: daarvan zullen mensen immers een stuk gezonder worden, zegt men in het redactioneel bij het eerste nummer. Een mooi streven, maar een béetje voorlichtingskundige zal in homerisch gelach uitbarsten bij een dergelijke uitspraak. Immers, als kennis alléén voldoende was, rookte en zoop in Nederland geen mens meer.

Wat alle bladen gemeen hebben is een overweldigende

hoeveelheid advertenties voor alternatieve therapieën, gespreksgroepen en middelen. Tienduizenden therapeuten en alternatieve weldoeners moeten in ons land een redelijk belegde boterham hebben.

Geen zendingsdrang

Gezond leven is, zoals gezegd, het oudste blad van het zestal. Het blad ademt de ouderwets gezellige sfeer, zoals die eertijds in een blad als *Ons Gezin* kon worden gevonden. Dus in dit blad geen paniekzaaijerij over kwalijke zaken. Het juli/augustus-nummer van het blad informeert ons onder andere over geheimzinnige spore-elementen die we in onze voeding nodig hebben. Er wordt een keurig relativerende houding over ingenomen: er is nog zoveel over onbekend, dat het vaak moeilijk is eenduidige adviezen over consumptie van de elementen te geven. In het artikel over zink wordt dan ook gesteld dat een normaal uitgebalanceerd Hollands voedingspakket voldoende zink bevat. In de andere bladen wordt, vooral waar het gaat om de zogenaamde orthomoleculaire therapieën, nogal eens overspannen gerapporteerd over het gebruik van spore-elementen. Geheel in tegenstelling tot de aanbevelingen van Voedingsraad en Voornlichtingsbureau wordt daar aansporing gegeven vitaminen- en mineralen-supplementen te consumeren. *Gezond leven* is wat dat betreft vrij van de zendingsdrang die andere bladen soms toch wel karakteriseert; het juli/augustus-nummer biedt afgewogen artikelen over de ontwikkeling van het kind, vredesvraagstukken en het nog te vaak miskende probleem van een 'inklinkend' Nederland: het industriële grondwatergebruik wordt langzamerhand zó groot dat de bodem uitdroogt en 'in elkaar zakt'. Ten slotte een smakelijke kookrubriek, en natuurlijk een agenda en een beperkt overzicht van nieuwe 'alternatieve' publikaties.

De natuur uw arts oogt wat saai. Het lijkt wel of men niet geacht wordt het blad voor de lol te lezen. 'Persoonlijk welzijn' (uit de ondertitel) is dan ook een serieuze zaak. Van alle bladen lijkt *De natuur uw arts*, ondanks de doorwrochte artikelen, het meest op een redelijk lopend clubblad. Geen fancy illustraties, geen uitgekende lay-out-snuffjes, geen trendy babbels. Rechttoe, rechtaan: de eerste helft van het blad wordt gevuld met informatieve artikelen (in het mei/juni-nummer over links- en rechtsdraaiend melkzuur, een ingewikkeld stuk over doorbloedingsstoornissen van de hersenen, postnatale depressie en ec-



zeem), daarna volgen de clubmededelingen.

Soms is het mysterie waarschijnlijk alleen voor de leden van de club te doorgronden, zoals in Van Mulkom's artikel getiteld 'Overpeinzing'. In de inleiding wordt mevrouw Valkenburg opgevoerd die een voordracht zou hebben gehouden over de Mora-therapie. Als overtuigd snackbaroliënt denkt men bij een dergelijke benaming al rap aan de Franse kroketten-, frieten- en kiprondjesdiët. Benieuwd duik je dus in de woordenbrij, waar in hoog tempo Elias Canetti, Aristoteles, Chomsky, Pasternak, Tolstoi, mevrouw Valkenburg zelf, Tsjechow, en tenslotte Franciscus van Assisië langsschieten. Geen woord over de Mora-therapie, wél veel citaten en on-samenhangende overpeinzingen.

Bangmakerige tendenzen

Beter lijkt nog het meest op bladen die we ook uit het buitenland kennen. *Santé* uit Frankrijk bijvoorbeeld, dat in het afgelopen zomernummer zeventig pagina's besteedde aan mondain zonnebaden. Zo erg is het met *Beter* nog niet, hoewel het *Weekend-* en *Story-uiteindelijk* de fervente aanhanger van 'serieuzere' bladen als *De natuur uw arts* of *Gezond leven* mogelijk laat vrezen voor een vertrouwen van de alternatieve scène.

Het juni/juli-nummer van *Beter* bevat een behoorlijke hoeveelheid net niet tendentieuze berichten. Die staan tussen goede artikelen over premenstrueel syndroom en voeding, acupunctuurbehandeling van bedplassen bij kinderen (die volgens Maastrichtse epidemiologen evengoed zou kunnen werken als gevolg van een placebo-effect) en een leuke poster over uitjes naar 'gezonde' Nederlandse attracties.

De angstgevoelens zijn echter snel opgewekt. Zo wordt op de omslag de suggestie gewekt dat zonnebaden een linke zaak is geworden als gevolg van het groeiende gat in de ozonlaag. Nu lopen we daardoor inderdaad een enigszins verhoogd risico, maar wat veel belangrijker is, is het feit dat ongebreidelad braden ook zonder dat gat een hoogst onverstandig tijdverdrijf is.

Een artikel dat de Nederlandse kantoorbevolking volstrekt paranoïde moet maken, is '10 tips voor een gezonder kantoor'. Er zit gif in balpennen, en als je als alternatief een vulpen gebruikt, gebruik dan géén rode inkt, want ook die bevat schadelijke stoffen. Het standaard potlood is vrij onschadelijk, maar met kleurpotloden is het weer oppassen geblazen. Vilstiften lijken bloedlink. Typelint is

slecht voor het milieu, tintenkiller en correctielak zijn bijkans dodelijk. Het kopieerapparaat is ook een boosdoener. De Nederlandse secretaressen moeten op sterven liggen...

Overigens leest *Gezond* lekker weg, ook ondanks het veelvuldig figureren van de Kleine Dokter Alfred Vogel die ongetwijfeld aandelen in het blad heeft. Grappig ten slotte is een interview met dr. Rian van Houwelingen die vindt dat het eten van vis niet direct positieve effecten op de gezondheid heeft. En wat staat er breed uitgemeten op de achterpagina? 'Ameu'... zegt de Eskimo, die ons vervolgens aanspoort om speciale Ameu Omega-3-visvetcapsules voor de gezondheid te consumeren. Kennis blijkt dus inderdaad niet alles te zijn.

Panacea is, wat uiterlijk betreft, de *Avenue* onder de alternatieve gezondheidsbladen. Het blad oogt uiterst verzorgd, heeft een rustige lay-out en goed leesbare artikelen. In het mei/juni-nummer staat een aangenaam artikel met Liesbeth List die uit ervaring vertelt hoe fijn het kan zijn om bewuster te leven.

Panacea is geen blad voor ingewijden; alles wordt zorgvuldig uitgelegd. Toch zijn er ook hier weer wat kleine bangmakerige tendenzen. In een artikel over citrusallergie wordt de lezer de trek in een goede sinaasappel of grapefruit adequaat tegengemaakt. Je kan er darmkramp, keelpijn, hoofdpijn, wondjes in de mond en allerlei andere kwaaltjes van krijgen. De uitleg is helder: die vruchten komen helemaal niet uit Nederland, en daarom kunnen wij, als koude kikkers, er niet tegen. Als alternatieve vitamine c-bron worden rozebottel, peterselie, aardappels, boerenkool, tomaten, paprika en andere groenten aanbevolen. Maar *Panacea* toch! Komen aardappelen en tomaten niet oorspronkelijk uit de Nieuwe Wereld? En groeien paprika's in Nederland niet voornamelijk in kassen?

Realistisch en leesbaar

Onkruid is misschien wel het meest bekende 'alternatieve' blad. De milieu- en gezondheidsbeweging ontmoeten elkaar in het tijdschrift, dat als enige op kringlooppapier wordt gedrukt. Er staan uiterst informatieve artikelen in, tevens verzorgt het blad cursussen en een winkel. Daarmee is *Onkruid* zo breed dat het amper meer 'alternatief' zou kunnen worden genoemd.

Gelukkig is *Onkruid*, naast *Integraal*, ook behoorlijk kritisch ten aanzien van de 'alternatieven'. In het interview



met lachtherapeut Dhyen Sutorius in het juli/augustus-nummer worden enkele harde noten gekraakt, en ook over de alcoholarme of -vrije wijnen staat men niet onverdeeld te juichen. Dat alles maakt het blad tot een realistisch en goed leesbaar tijdschrift. In het artikel 'Leven zonder auto en zonder spijt' wordt voor de verandering niet alleen meegedeeld dat auto rijden zo slecht is voor het milieu (en misschien zelfs ook wel voor de geestesgesteldheid van de bestuurder), maar wordt ook concreet gemaakt hoe je de beslissing kan nemen om het verder zónder te doen. Een klein beetje romantiseert men echter wel. Het bekende dilemma van de stereoset die in een naburige stad honderden gulden goedkoper is, maar zonder auto niet vervoerd kan worden, wordt met de suggestie van gebruik van openbaar vervoer niet opgelost. Nederland hoeft niet helemaal autovrij, ook dat erkent *Onkruid*.

Integraal is de laatste loot aan de alternatieve stam en bovendien eentje die een wat ander pad bewandelt. Het blad wil de geïnteresseerde hoger-opgeleide informeren. Dat uit zich al meteen in de samenstelling van de redactie en het medewerkerscorps. Notoire ongelovigen als Piet Vroon en Paul Knipschild scharen zich in die rijen. Het blad ziet er erg mooi uit en behandelt themagewijs verschillende aspecten van een fenomeen. Inmiddels waren dat al stress, voeding en placebo's. De verschillende visies op één zo'n fenomeen geven een ongelooflijk fascinerend beeld van bekendheid en onbekendheid met therapieën, de wetenschappelijke 'state-of-the-art', en de maatschappelijke stand van zaken. Daarnaast draagt men er zorg voor dat de artikelen een redelijke lengte hebben en vooral leesbaar zijn.

Het themanummer over placebo's bijvoorbeeld (winter 1988/89) geeft op die manier een uitstekend overzicht van placebo-onderzoek, de vermeende suggestie die van placebo en therapeut uitgaan, een flinke brok psychosomatiek die met de problematiek samenhangt, en - zeer interessant - de redenen van de weerstand die klinisch medici tegen placebo's hebben. Geen blad dus dat je eventjes in de trein meeneemt, wél een waardevolle aanvulling op het 'alternatieve' aanbod.

Noten

1. 'Alternatief' wordt af en toe tussen aanhalingstekens geschreven, omdat veel alternatiefs inmiddels bijna regulier is. Bovendien kan de benaming als denigrerend overkomen en wordt in sommige kringen gepropageerd om het collectief van 'alternatieve' geneeswijzen al:8 'niet!!!locaatistisch', 'melt-universiteit!', of zelfs 'niet-westers' te betitelen. Voor het leesgemak gebruiken we maar 'alternatief'.
2. Vernon Coleman, *Alternatieve geneeswijzen, Een kritische beschouwing*, Baarn (Bigot & Van Rossum) 1989.

De tijdschriften

Gezond leven, Tijdschrift voor Persoonlijke gezondheidszorg, Milieu, Alternatieve Geneeswijze, Voeding en Bewustwording, prijs per nummer f 3,95 (ca. 32 pagina's), abonnement ten minste f 25,- (8 nummers), Adres: Rosa Spierstraat 38, 2331 LS Leiden,
De natuur Uw arts, Tweemaandelijks tijdschrift voor persoonlijk welzijn, prijs per nummer f 3,60 (ca. 24 pagina's), abonnement f 17,50 (6 nummers), Adres: postbus 31, 8160AA Epe,
Beter.. Omgezond en blij te leven, prijs per nummer f 5,95 (ca. 65 pagina's), abonnement f 44,70 (9 nummers: inclusief 'De Kleine Dokter'), Adres: postbus 75, 8080 AB Elburg,
Panacea, Magazine voor bewustgezondleven, prijs per nummer f 5,95 (ca. 65 pagina's), abonnement f 34,- (6 nummers), Te verkrijgen via PVO-Abonnementen Services, Panacea, Postbus 77, 5126 ZH Gilze,
Onkruid, Tijdschrift voor een natuurlijke manier van leven, prijs per nummer f 6,50 (ca. 150 pagina's), abonnement f 33,- (6 nummers), Adres: West 32, 1633 Je Avenhorn,
Integraal. Lichaam en geest in gezondheid en ziekte, prijs per nummer f 14,50 (ca. 100 pagina's), abonnement f 50,-, PRANA-abonnees f 42,- (4 nummers), Te verkrijgen bij uitgeverij Ankl-Hermes BV, Postbus 125, 7413 BA Deventer.

(Aankondiging)

TGP verhuist per 1 oktober '89. Het bezoekadres wordt Damrak 28, 1012 LJ Amsterdam.
 Het postadres - waar de bijdragen voor artikelen en dergelijke naar toe moeten - wordt: Postbus 19079, 1000 GB Amsterdam.

Aankondigingen en berichten voor *Kort & Goed* moeten net als voorheen naar de postbus in Utrecht gestuurd worden, ter attentie van Kort & Goed, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

FORMEREN EN NORMEREN

'De normuitkering blijft de spil van de Dekkerplannen,' sprak Lubbers tegen zijn opponent Kok aan de overkant van de onderhandelingstafel. Lubbers had zich terdege voorbereid op de 'gezondheidszorg'. En CDA-kamerlid Lansink had hem het buitengewoon ingewikkelde onderdeel van de Dekkerplannen, de normuitkeringen, uittrenturen uitgelegd. Hoe werkt het systeem van normuitkeringen? Op dit moment kan een ziekenfonds alles wat hij aan zijn verzekerden vergoedt op zijn beurt declareren bij de centrale kas van de Ziekenfondsraad. Dat wordt onder Dekker anders: zorgverzekeraars krijgen dan vooraf voor gerichte onderdelen van de gezondheidszorg bedragen waarmee ze voor hun verzekerden een onderdeel van de zorg moeten contracteren en financieren.

Neem als voorbeeld het onderdeel kunst- en hulpmiddelen. De verzekeraar krijgt een bedrag waarvoor hij krukken en gehoorapparaatjes inkoopt. Houdt hij aan dat bedrag over, dan kan hij het geld aanwenden om de nominale premie te verlagen. Daarmee is de verzekerde goedkoper uit en de verzekeraar kan zo zijn marktaandeel vergroten.

Lubbers had hem maar ten dele kunnen volgen. Hij was van oudsher niet gewend om behaald ondernemersvoordeel onmiddellijk door te berekenen naar zijn cliënten. Maar misschien was hij inmiddels net iets te lang uit het vak. Belangrijker vond hij het dat de vooraf vastgestelde normuitkering niet te laag was. Hij vroeg dan ook hoe deze werd vastgesteld.

Lansink had het uitgelegd. Daarvoor zijn een aantal criteria: het aantal verzekerden vormt de basis voor de vast te stellen normuitkering, maar de leeftijdsverdeling van het bestand, het aantal mannen en vrouwen, en ook de regionale spreiding van de verzekerden bepalen uiteindelijk de hoogte van de totale normuitkering. Er moest immers rekening mee gehouden worden dat oudere mensen meer kunst- en hulpmiddelen gebruiken dan jongere. Het moet de verzekeraar niet aantrekkelijk gemaakt worden om met name veel jongeren te lokken.

Lubbers had het begrepen.

'Ik ben graag bereid mee te denken,' antwoordde Kok, 'maar hoe kunnen we controleren dat de normuitkeringen ook daadwerkelijk besteed worden aan waarvoor ze bedoeld zijn?' Lubbers begreep het niet of wilde de vraag niet begrijpen.

Als de normuitkering eenmaal is vastgesteld, is controle niet meer nodig. Hoe het bedrag wordt uitgegeven leek hem een zaak van de zorgverzekeraars.

Kok vertrouwde het niet. Hij dacht terug aan zijn FNV-tijd, toen het nog volstrekt vanzelfsprekend was dat gelden die voor een sociale verzekering zijn bijeengebracht, ook publiekelijk gecontroleerd werden. Het kan toch niet zo zijn dat geld, óók door de minima, voor de gezondheidszorg opgebracht voor een deel zou kunnen weglekken naar de aandeelhouders van de verzekeraar op de Bahama's! Tweede kamerlid voor de PVDA Van Otterloo had nog enthousiast op hem ingesproken. Maar kon hij nog op hem varen? Hij had Van Otterloo ook een heel PVDA-congres zien wijsmaken dat de nominale premie voor ziekenfondsverzekerden nodig was vanwege Oort. En ze hadden het gelooft!

'Oké, ik doe mee,' zei Kok, 'maar als controle achteraf niet meer mogelijk is, hoe kunnen we dan voorkomen dat de van tevoren vastgestelde normuitkering niet te hoog is?' 'Daar zijn toch criteria voor,' mompelde Lubbers.

Kok zag het voor zich. Als de zorgverzekeraars bij het bepalen van de normuitkering de gegevens over hun verzekerdenbestand bij de Ziekenfondsraad op tafel leggen kan dáár gecontroleerd worden of ze zich maatschappelijk gedragen. Er ontstaat dan vanzelf inzicht of bepaalde verzekeraars niet veel te veel krijgen en anderen te weinig. De Ziekenfondsraad is een breed samengesteld orgaan, dus controle vooraf zou voldoende moeten kunnen zijn, dacht hij hardop.

Lubbers zweeg. In zijn hoofd verplaatste hij zich in de ondernemer/verzekeraar. Gegevens op tafel leggen? Controle door de Ziekenfondsraad? Maar als in de Ziekenfondsraad het verzekerdenbestand open en bloot op tafel ligt, kan de concurrentie deze marktgegevens toch ook inzien! 'Met bedrijfsgevoelige gegevens moeten we voorzichtig omgaan,' sprak hij, 'maar misschien is het beter dat we dit onderwerp tot een volgende keer uitstellen.'

Kok vond het best. Hij was allang blij dat hij nog aan tafel zat. Lubbers beëindigde de zitting en nam de telefoon. Even met Lou bellen.

Martien Bouwmans

Thuisarts, de nieuwe formule



Gerrit Salemink

Op 14 december 1988 zorgde de LHV voor enige opschudding door de presentatie van het rapport *Huisarts, thuisarts*.¹ Dit rapport behelst een verslag van een in opdracht van de LHV verricht onderzoek naar het effect van substitutie op de hoeveelheid huisartsenwerk. Of, zoals de onderzoekers het zelf stellen: een

verkennde studie naar de mogelijke taakverzwaring voor de huisarts bij een toename van de thuiszorg.

Een bonte rij van uiteenlopende zorgaanbieders was de LHV al voorgegaan in het presenteren van plannen, organisatie-initiatieven en voorstellen voor experimenten, waarin telkens het begrip thuiszorg wordt gehanteerd.

Achteraf kan aan het jaar 1988 met recht de titel 'jaar van de thuiszorg' worden toegekend, hoewel de basis voor dit topjaar al in de tweede helft van 1987 is gelegd. Een hoogleraren-duo, Schrijvers en Van Londen, oereerde over thuiszorg, "De Ziekenfondsraad startte in een drietal gebieden experimenten met intensieve thuiszorg. De inmiddels opgedoekte organisatie ATIS (ontwikkelingsinstituut van de vier landelijke koepelorganisaties van de kerndisciplines in de eerstelijnszorg) hield een studieconferentie, waar de vraag werd gesteld (en niet beantwoord) of thuiszorg een emancipatorisch begrip is of een nieuwe markt." De ontwikkelingen in 1988 gingen overigens meer in de richting van dit laatste. De Nationale Kruisvereniging maakte een soort offerte voor het leveren van thuiszorg. Uit haar boezem was bovendien de Stichting Aanvullende Thuiszorg ontstaan, een pool van verpleegkundige oproepkrachten die kunnen worden ingezet ten behoeve van aanvullende thuiszorg, die de mogelijkheden van de traditionele voorzieningen te boven gaat." Een enkel ziekenhuis begaf zich op de thuiszorgmarkt, evenals een producent

Het begrip thuiszorg is in, al heerst er een enorme spraakverwarring over, aldus Gerrit Salemink. In navolging van het rapport pleit hij voor investeringen in de omvang en infrastructuur van de huisartsenzorg als enige mogelijkheid om substitutie te realiseren.



Huisarts op bezoek bij patiënte.

Foto: Hans Zoete/Hollandse Hoogte

van voedings- en dieetartikelen en een keur van particuliere verpleegbureaus. Particuliere ziektekostenverzekeraars begonnen thuiszorg als verstrekking in hun pakketten op te nemen.

Spraakverwarring

De thuiszorg lijkt aldus te gaan functioneren als middel tot 'positionering' van beroepsgroepen en instellingen in het volgens de ideeën van de commissie-Dekker te reorganiseren stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. In het begrip thuiszorg lijkt alles te culmineeren wat de commissie-Dekker heeft bedoeld: doelmatigheid, flexibiliteit en vooral substitutie.

Dit alles verhindert overigens niet het voortduren van de enorme spraakverwarring omtrent het begrip thuiszorg. Soms wordt er alle extramurale gezondheidszorg onder verstaan, dan vaak

'algemene thuiszorg' genoemd, soms alleen maar verpleging en verzorging thuis in geval van handicap, chronische ziekte, ouderdom of serven. Hiervoor zijn ook de termen specifieke thuiszorg, thuisverpleging en in het laatste geval 'terminale thuiszorg' in gebruik. Daarnaast zijn er dan weer zaken als thuisbeademing en thuisdialyse en we kwamen ook al de aanduidingen 'aanvullende' of 'intensieve' thuiszorg tegen. Daarmee wil men een onderscheid aangeven met datgene wat tot nu toe door de 'reguliere' voorzieningen geleverd kan worden. Anderen geven de voorkeur aan een indeling in acute en chronische (chronisch permanente en chronisch intermitterende) thuiszorg. Het gaat hier wel degelijk om een principieel onderscheid, want in het geval dat men eenvoudig de term eer-

stelijnszorg door het meer eigentijdse thuiszorg vervangt, spreekt men over een stelsel van generalistische, vrij toegankelijke voorzieningen, terwijl het bij de specifieke thuiszorg gaat om een soort zorgverlening waarvoor geïndiceerd moet worden door terzake deskundigen.

Wanneer de term thuiszorg valt, zal men zich steeds moeten afvragen of het gaat om een behoefte aan vervanging van termen voor een overigens onveranderde praktijk dan wel om het toevoegen van iets dat er tot nu toe niet was, of om het opnieuw ordenen en anders opzetten van de extramurale zorgverlening als zodanig.

In deze wildgroei van begrippen, opties en concepten raakten overlegplatforms en adviesorganen in verwarring en viel het landelijk bestuurlijk overleg van de vier kerndisciplines in de eerste lijn uiteen. Dat kwam vooral door meningsverschillen over de coördinatie van de thuiszorg; een functie die alle disciplines, met name de huisartsen en kruisorganisaties, voor zich opeisen, terwijl ook tweedelijnsinstellingen als ziekenhuizen en RIAGG's en zelfs verzekeraars opteren voor de rol van coördinator of case-manager.

Deze begrippen duiken al geruime tijd in allerlei thuiszorgplannen en -notities op zonder dat duidelijk is wat er precies mee wordt bedoeld. Pas onlangs werd in een van de laatste publikaties van het al ter sprake gekomen ATIS een poging gedaan tot een beschrijving van de functies 'zorgcoördinator' en 'case-manager' (ook wel zorgbemiddelaar of zorgmakelaar genoemd).

Coördinatie van zorg is het op uitvoerend niveau samenstellen en instandhouden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten. De kwaliteiten en vaardigheden waarover de zorgcoördinator moet beschikken zijn volgens ATIS niet beroeps gebonden en de functie kan wel door een van de bij het zorgverleningsproces betrokken personen worden uitgevoerd.

Dat ligt anders bij de zorgbemiddelaar. Die moet ten opzichte van de hulpverleningsinstellingen een onafhankelijke positie innemen, in opdracht van de patiënt werken en over een budget beschikken waarmee hij diensten kan kopen.

Voor beide functies zijn uiteraard bevoegdheden tegenover uitvoerende hulpverleners noodzakelijk. En juist daarover kon men het aan de overleg- en onderhandelings Tafel niet eens worden, dus legden alle betrokken organisaties eigen plannen op tafel.

De presentatie van het rapport *Huis-*

arts, thuisarts vond plaats vlak na het bekend worden van de eerste resultaten van de evaluatie van de thuisverplegingsexperimenten van de Ziekenfondsraad." Die evaluatie was niet overdreven flauweus voor de rol van de huisarts in de thuiszorg, met name niet op het punt van de coördinatie.

Veel meer werk

In het rapport is op basis van een selectie van zes doelgroepen in de thuiszorg een berekening opgesteld om intramurale verpleegdagen te vervangen door huisartsenzorg. Reductie van tien procent van de verpleegdagen (bij vervanging van één verpleegdag door één huisartsencontact) geeft de volgende toename van jaarlijkse contacten in een praktijk van 2350 inwoners: terminale patiënten 24 contacten meer, ouderen 74 contacten, lichamelijk gehandicapten 43 contacten, ex-ziekenhuispatiënten en poliklinische verrichtingen 132 contacten meer, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten 32 en 16 contacten meer.

De onderzoekers geven aan dat deze berekeningen een behoudende schatting van de potentiële toename van het volume aan thuiszorg geven. Het geaggregeerde volume verpleegdagen dat in potentiële thuiszorg om te zetten is, bedraagt 19,8 miljoen. Met behulp van dit aantal zijn voorbeeldberekeningen uitgevoerd, waarbij ervan uitgegaan is dat een huisartsencontact inclusief noodzakelijke overleg- en reistijd 45 minuten beslaat. Een reductie van 20% van de verpleegdagen geeft voor een huisartsengroep van acht huisartsen met een normatieve praktijkomvang een toename van 98,3 contacten, ofwel 74 uur per week.

Wanneer men deze berekeningen toepast op de doelstellingen van de overheid met betrekking tot de beddenreductie (3,4 promille in 1995), dan zouden tegen die tijd 872 extra huisartsen nodig zijn om al het werk op te vangen. Daarbij is uitgegaan van een bezettingsgraad van 90%.

Op verzoek van de LHV hebben de onderzoekers zich bovendien gebogen over de organisatorische maatregelen die genomen zouden moeten worden ten behoeve van de functies die de huisarts in de thuiszorg heeft te vervullen. Zij sluiten daarbij aan bij datgene wat de LHV al een jaar eerder in haar discussienota *De positie van de huisarts in de toekomst* heeft gesteld."

Hun gedachten komen neer op het omvormen van de waarneem groep tot een soort basiseenheid voor huisartsenzorg en het aanhalen van de verbanden tussen dergelijke huisartsengroepen en specialistenmaatschappen. Er zou periodiek overleg moeten zijn over

(terug)verwijscriteria en behandelprotocollen.

Verder maken de schrijvers onderscheid tussen acute en chronische thuiszorg, waarbij dertig dagen als criterium geldt. De coördinatie van de acute thuiszorg - voornamelijk vertraagde instroom naar en versnelde uitstroom uit de tweede lijn - zou door de huisarts moeten worden gedaan. De chronische thuiszorg zou moeten worden gecoördineerd door de meest in aanmerking komende discipline of instantie. Dat zou bij psychiatrische patiënten bijvoorbeeld een RIAGG kunnen zijn en bij de thuisverpleging van gehandicapten een kruisvereniging of gezinszorgorganisatie.

Commentaren

Het is niet verwonderlijk dat in *Medisch Contact* in commentaren op de inhoud van het rapport. (met name die vanuit de LHV zelt) de recente HRWB-publikaties over thuiszorg van Gerard Goudriaan en Erik Heydelberg nogal worden omarmd." Immers, de daarin voorgestelde indeling van de thuiszorg in situaties die een medische dominantie rechtvaardigen en situaties die meer verpleegkundig/verzorgingstechnisch bepaald zijn, sluit wonderwel aan bij de aanbevelingen van Schrijvers cum suis. Goudriaan geeft in een historisch overzicht aan hoe de opkomst van het begrip thuiszorg verbonden is met het toenemend problematisch worden van de echelonnering als orderingsprincipe in de gezondheidszorg. Hij concludeert dat een belangrijk deel van de thuiszorgindicaties weinig met geneeskunde te maken hebben.

Heydelberg haakt in op de opmerkingen van de commissie-Dekker over de wenselijkheid van een functioneel profiel als criterium voor financiering in de toekomst. Hij ontwerpt alvast een dergelijk profiel voor de thuiszorg, waarbij ook hij het onderwerp daarvoor bij uitstek geschikt acht, vanwege de noodzaak om echelons grenzen te overschrijden. Thuiszorg en echelonnering passen niet bij elkaar.

Heydelberg onderscheidt functiegroepen: A. preventie, B. herstellen van gezondheid en C. draaglijk maken van ongezondheid. In functiegroep B is medische diagnostiek en behandeling (naast revalidatie en nazorg) dominant, in functiegroep C (waarin zich de bulk van de chronische thuiszorg bevindt) verpleging en verzorging.

Dit soort redeneringen lijkt op het eerste gezicht vooral functioneel om de loopgravenstrijd om de coördinatie in de thuiszorg te beslechten. De HRWB-schrijvers doen dat door nogal de nadruk te leggen op het belang van verpleging en verzorging. Ze hadden

zelf misschien meer verweer van de kant van de huisartsen verwacht, maar de LHV ontdekte door het onderzoek van Schrijvers c.s. dat er qua substitutie veel meer eer aan de vertraagde instroom en versnelde uitstroom te behalen moet zijn dan aan chronische thuiszorg. Die zal misschien helemaal niet goedkoper blijken te zijn dan bijvoorbeeld verpleeghuiszorg. De coördinatie van de chronische thuiszorg kan dus in de ogen van de LHV aan anderen worden overgelaten mits de indicatiestelling voorbehouden blijft aan medici.

Huisartsengroepen

In het rapport *Huisarts, thuisarts* wordt voorgesteld dat waarnemersgroepen ten behoeve van de coördinatiefunctie in de acute thuiszorg (en het overleg met specialisten en anderen) een van haar leden gedeeltelijk vrijstellen en tevens de bovenaangehaalde bevoegdheden verlenen, die voor de coördinatiefunctie noodzakelijk zijn. Bovendien zouden praktijkverpleegkundigen aan de huisartsengroepen moeten worden toegevoegd. Daarnaast worden nog voorstellen gedaan voor een uitbouw van de 7 x 24-uurs-bereikbaarheid in de zin van het bij toerbeurt, dag en nacht openstellen van één van de praktijken in de groepen. Dat een dergelijk systeem van opgetuigde waarnemersgroepen niet op zichzelf kan bestaan, wordt door de onderzoekers wel opgemerkt, maar verdergaande voorstellen worden dienaangaande niet gedaan. Toch is het wel aardig om wat op deze lijn door te filosoferen. Willen huisartsengroepen hun aanbod inzake de thuiszorg kunnen realiseren, dan zullen daarvoor op regionaal niveau de voorwaarden moeten worden geschapen in de vorm van een instantie die overeenkomsten kan aangaan met verzekeraars, ziekenhuizen, kruisverenigingen, gezinszorgorganisaties en anderen. De inzet van professionele krachten ten behoeve van de door de huisartsengroepen te leveren thuiszorg kan aldus worden gerealiseerd; de protocollen en afspraken van de groepen zijn ingekaderd in raamovereenkomsten en de betaling van de dienstverlening kan aldus worden zeker gesteld. Voor te stellen is dat verzekeraars in de toekomst naast individuele overeenkomsten met huisartsen aanvullende overeenkomsten met huisartsengroepen zullen sluiten, onder andere ten behoeve van de thuiszorgtaken. Het is vrij eenvoudig in dergelijke overeenkomsten prikkels tot gewenst, d.w.z. substitutiebevorderend, gedrag in te voeren op de manier waarop dat in Amerikaanse HMO's gebeurt. HMO's zijn organisaties die de functie van verzekeraar en zorgaanbieder integre-

ren. Ze houden vaak een gedeelte van het honorarium van de aangesloten artsen in, om het vervolgens slechts uit te keren als het budget voor de kosten van verwijzingen en ziekenhuisopnames niet wordt overschreden (zogenoemde *shared risk pools*).

Minder vrijblijvendheid

De zorgstructuur die nu nog bij huisartsen ontbreekt, zal er dus moeten komen in de vorm van een stelsel van overeenkomsten met elkaar en met de te scheppen regionale instantie voor het 'procesmanagement' van de thuiszorg. De vrijblijvendheid in de functie vervulling door de huisartsen zal vervangen dienen te worden door een systeem van verplichtingen over en weer, op basis waarvan afspraken met derden gemaakt kunnen worden en ook aan het publiek een betrouwbaarheidsgarantie kan worden verstrekt.

Het realiteitsgehalte van dit soort gedachtenspinnerij wordt wel betwijfeld in een situatie dat, zoals geschetst, veel beter georganiseerde en beter toegeruste concurrenten op de thuiszorgmarkt actief zijn. De huisartsen zijn immers altijd zeer solistisch bezig geweest en waren nooit tot enige structurering bereid. Feit is echter dat ze op veel plaatsen in het land onder invloed van hun met overheidssubsidie gerealiseerde VOH's zijn overgegaan tot de oprichting van stichtingen huisarts-geneeskunde (SHG'S). Dat zijn nu nog lege hulzen, bedoeld om de geschetste managementtaken op regionaal niveau ten behoeve van de thuiszorg te gaan vervullen.

Feit is ook dat de door de LHV aangedragen ideeën om te komen tot een kwaliteitsgarantie van het 'produkt huisartsgeneeskunde' binnen de beroepsgroep goed zijn ontvangen. Het ging daarbij om verplichte nascholing en toetsing met periodieke herregistratie als uiterste consequentie. De tijd lijkt in de huisartsenwereld dus rijp voor een vervanging van de volledige vrijblijvendheid door een systeem van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het functioneren van een vrij essentiële gezondheidszorgvoorziening. Want feit is ten slotte ook dat iedere volgende beleidsnota over structuur en financiering van de gezondheidszorg de sleutelrol van de huisarts bij het realiseren van substitutie verder benadrukt. In de beleidsbrief van 28 februari 1989 van staatssecretaris Dees aan de Ziekenfondsraad wordt aangekondigd dat de voorgenomen overgang van de huisartsenzorg naar de AWBZ per 1 januari 1990 en de daaraan gekoppelde wijziging van de honoreringssystematiek in een 'uniform gemengd systeem' (dus voor iedereen gedeeltelijk een abonne-

ment en gedeeltelijk een verrichtingen-systeem) zal worden gebruikt voor een experiment met de systematiek van de toekomstige basisverzekering.⁹ En in het op 5 april 1989 door WVC gepubliceerde *Kerndocument Gezondheidsbeleid* wordt gesteld dat thuiszorg als zodanig een verstrekking in het pakket van die basisverzekering zal zijn.¹⁰ Door de kabinetscrisis zullen deze ontwikkelingen uitstekend ondervinden en misschien zelfs wel afstel, want inmiddels is het koor van degenen die zingen dat de plannen van Dekker te snel worden ingevoerd, versterkt met de stemmen van de VNZ en Het Zilveren Kruis.

Hoe het ook zij, het organiseren van thuiszorg zonder de huisarts is dus niet goed denkbaar. Doet men dat toch, zoals het er bij de Ziekenfondsraadsexperimenten met intensieve thuiszorg in het begin naar uitzag, dan ontstaat een systeem waarin op goed geluk extra mensen en middelen kunnen worden ingezet, terwijl de criteria waarmee kan worden afgemeten of dat ook zinvol gebeurt ontbreken. Dat daar geen substitutie uit voortvloeit, kan iedereen op zijn klompen aanvoelen. De boodschap van het rapport *Huisarts, thuisarts* is duidelijk: het is niet mogelijk om substitutie te realiseren zonder investeringen in de omvang en infrastructuur van de huisartsenzorg.

Gerrit Saleminck is huisarts in Amsterdam.

Noten

1. W.P. Elberse, N.H. Langerak en A.J.P. Schrijvers, *Huisarts, thuisarts*, Utrecht 1988.
2. A.J.P. Schrijvers, *Van alle markten thuis. Thuiszorg beproefd*, Utrecht 1987; J. van Londen, *Thuiszorg, huiswerk voor allen voor het jaar 2000*, Utrecht 1987.
3. ATIS, 'Thuiszorg, emancipatie of nieuwe markt?' Bunnik 1988.
4. J. Moor, 'Aanvullende thuiszorg', in *Medisch Contact* 42, nr. 51/52, 1987.
5. ATIS, *Coördinatie van zorg*, Bunnik 1989.
6. M.H.J.M. Knapen, 'Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging', in: *Medisch Contact*, jrg. 43, 1988, nr. 37 en 38.
7. LHV, *Oe positie van de huisarts in de toekomst*, Utrecht 1987.
8. *Medisch Contact*, jrg. 44 (1989), nr. 4; Gerard Goudriaan, *Thuiszorg tussen de lijnen*, Den Haag (HRWB) 1988; Erik Heydelberg, *Thuiszorg in functies*, Den Haag (HRWB) 1988.
9. Ministerie van WVC, *Verdere stappen voor de uitvoering van de nota 'Verandering verzekerd'*, Rijswijk 1989 (29/2).
10. Ministerie van WVC, *Doelgericht veranderen. Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995*, Rijswijk 1989 (5/4).

...DAGBOEK...

Persoonlijke notities uit de praktijk van de gezondheidszorg.
Deze keer Heleen Schoone, receptioniste/telefoniste bij het Aletta Jacobshuis, consultatiebureau voor geboorten regeling en seksualiteit.

Een middag achter de telefoon bij het Aletta Jacobshuis

13.00 uur

De dag vordert al aardig, wanneer ik het Aletta Jacobshuis binnenkom. Vanmiddag val ik in voor een collega die morgen op vakantie gaat en nu nog een paar boodschappen wil doen. Eigenlijk werk ik maar één spreekuur per week, op de receptie. Het is prettig om weer eens bij de telefoon te zitten. Je krijgt heel andere vragen dan wanneer je mensen ontvangt die voor het spreekuur komen. Na vijf minuten het eerste telefoontje. Verkeerd verbonden. Dezelfde mevrouw belt nog vier keer, terwijl ze zeker weet dat ze het goede nummer draait. Daarna willen de eerste serieuze bellers doorverbonden worden met iemand in huis. Dan een mevrouw die zich afvraagt waarom haar menstruatie plotseling uitblijft. Ze gebruikt de pil, is die niet één keer vergeten, niet ziek geweest en zo werken we een heel lijstje af. Uit niets blijkt dat ze het risico heeft gelopen om zwanger te zijn, dus het lijkt een onschuldige incident. Ze is wel heel erg zenuwachtig en wil een zwangerschapstest doen. Dat kan natuurlijk altijd.

Een man belt, maar hij wil tegen mij niet zeggen waarvoor. Hij moet per se een arts spreken, maar die is er nu niet, dus kan hij eigenlijk niet geholpen worden. Wat mij betreft belt hij over een uur terug, maar hij wil liever nu even langskomen. Dat is prima, misschien kan hij dan zeggen waar het omgaat en kunnen we een afspraak met hem maken of hem doorverwijzen. Wanneer mensen zo terughoudend doen aan de telefoon, zijn ze vaak op hun werk en kunnen ze niet vrijuit praten. Soms kom je een heel eind door vragen te stellen, waarop iemand alleen ja of nee hoeft te zeggen, maar daar heeft deze man ook geen zin in. Het benieuwt me of hij echt komt.

14.30 uur

Een vrouw voelt het touwtje van haar spiraal niet meer en menstrueert al elf dagen. Het spreekuur is volgeboekt, maar ze kan nog wel tussendoor komen.

Kunnen een kuur tegen gonorroe en de morning-afterpil invloed hebben op de menstruatie en de betrouwbaarheid van de pil? Wat betreft de kuur tegen gonorroe weet ik het antwoord niet, dus vraag ik het aan de arts. Deze zegt dat de menstruatie inderdaad langer kan duren en dat de pil tijdelijk minder betrouwbaar is. Ik geef het door. Een paar keer de vraag of wij de morning-afterpil verstrekken. Het antwoord is ja. Om misverstanden te voorkomen vertel ik er direct bij wat het kost, want veel mensen schijnen te denken dat de hulp hier gratis is. Helaas niet. Een consult kost meestal f 26,-, voor jongeren f 12,50. Verder heeft iemand een pil te veel ingenomen, twee op een dag, en ze wil weten of dat kwaad kan. Halverwege de middag stapt een verdwaalde Engelsman binnen die eigenlijk op zoek is naar de EHBO-post van een ziekenhuis. Hij

heeft een enge dikke bobbel op zijn pols, waar volgens hem misschien glas in zit. Ik zoek het adres van het dichtstbijzijnde ziekenhuis op en leg uit hoe hij daar kan komen. Regelmatig bellen er ook mensen op die niet naar hun huisarts kunnen of willen gaan. Vanmiddag vertelt een meisje van vijftien dat ze 'aan de pil wil' en dat ze niet naar de huisarts durft, omdat haar ouders er niets van mogen weten. Ze heeft weinig geld en vraagt wat een consult bij het Aletta Jacobshuis kost. Als ze hoort van het jongerentarief en dat ze eventueel de pil gratis mee kan krijgen, wil ze wel een afspraak maken.

16.00 uur

Een meisje belt voor haar vriendin die in de zenuwen zit. Vorige week maar één dag ongesteld geweest en nu de hele tijd misselijk. Kan ze zwanger zijn? Ze schijnt wel enig risico gelopen te hebben, dus lijkt het goed om een zwangerschapstest te laten doen.

Nog meer vragen over de pil: een pil te weinig geslikt, wel ongesteld geworden, wanneer ben je dan weer veilig? Wij zeggen altijd dat je de pil veertien dagen normaal geslikt moet hebben. Dit soort vragen komt veel voor, in allerlei variaties, en in de zomer komt daar nog de vraag bij over het 'doorslikken', zodat de menstruatie een keer kan worden overgeslagen.

Niet iedereen belt met een vraag. Vaak wil men alleen een afspraak maken, of doorverbonden worden met iemand in huis. Vanmiddag bellen er naar mijn idee wel heel veel mensen met vragen.

Een verontruste moeder begrijpt niets van de brief die haar dochter heeft meegekregen. Het gaat over DES (een hormoon dat wanneer je er als foetus aan bent blootgesteld, afwijkingen kan veroorzaken) en ze wil graag met de arts spreken die de brief schreef.

Dan is er een vrouw die gevreeën heeft zonder voorbehoedmiddel en vindt dat ze nu eigenlijk de morning-afterpil moet slikken. Daar heeft ze echter problemen mee, omdat er zoveel hormonen in zitten. Ze zou dus het liefst afwachten of de menstruatie komt en dan eventueel een overtijdbehandeling laten doen, maar ze wil absoluut geen kind en ook geen abortus. Blijkbaar is 'overtijdbehandeling' een misleidend woord. Vrouwen beseffen vaak niet dat het om een vroege abortus gaat en dat ze zichzelf daarmee méér leed aandoen dan met het slikken van wat hormonen. Gelukkig belt deze vrouw op tijd en kan ik haar overtuigen van de noodzaak om op het spreekuur langs te komen.

16.30 uur

De boekhoudster en receptioniste gaan weg, ze zijn vandaag vroeg klaar. Op de eerste verdieping werken de arts en de verpleegkundige nog met de laatste mensen. Ze hebben het druk gehad vandaag. Een half uur later zet ik het antwoordapparaat aan en stap ik op de fiets.

Cliëntgebonden budget: de klant is koning

Beatrijs Jansen

Marcel Post

Vanuit gehandicaptenkringen wordt al enkele jaren gepleit voor de invoering van een cliëntgebonden budgetstelsel, waarmee gehandicapten en ouders van thuiswonende gehandicapte kinderen zelf hun dienstverlening kunnen organiseren én betalen. Aanvankelijk waren de reacties van de politiek en het veld zeer sceptisch. De vasthoudendheid van de betrokken mensen heeft echter zijn vruchten afgeworpen. Ook de Gehandicaptenraad heeft met het uitbrengen van de nota *Cliëntgebonden budget* in mei 1988 de discussie een flinke injectie gegeven.

Verder is door Dekker de tijd gerijpt. De letterlijke tekst van de nota

Bereidheid tot verandering en de reactie van het kabinet hierop maken baan voor het cliëntgebonden budget, dat inmiddels hoog op de politieke agenda staat. Veel politieke partijen hebben het in hun verkiezingsprogramma opgenomen.

Onlangs heeft (demonstratie) staatssecretaris Dees zelfs de Ziekenfondsraad gevraagd om vóór 1 oktober van dit jaar een advies over invoering te geven, want het is de bedoeling dat nog in 1989 een experiment van start gaat. Tijd dus voor een uiteenzetting over inhoud en argumenten van het cliëntgebonden budget.

De term cliëntgebonden budget is in zwang geraakt als tegenhanger van het begrip instellingsbudget. Gezinsverzorging, wijkverpleging en andere instellingen krijgen jaarlijks een budget toegewezen, waaruit zij hun dienstverlening kunnen betalen. Cliëntgebonden budget verwijst naar het toekennen aan een persoon van een budget voor het dekken van extra onkosten die hij of zij moet maken. Het systeem van de kinderbijslag is een goed voorbeeld van dit principe. Analooch hieraan zou een 'handicap'bijslag ingevoerd kunnen worden.

In dit artikel willen we ons beperken tot de introductie van dit principe in de thuiszorg voor mensen met een handicap en ouders van thuiswonende kinderen met een handicap. In tegenstelling tot de kinderbijslag wordt de hoogte van het budget individueel vastgesteld op grond van een te stellen indicatie. In een aantal Scandinavische landen en verschillende staten van de VS functioneert een dergelijk systeem voor gehandicapten al enige jaren. Om een idee te geven wat het cliëntgebonden budget ongeveer inhoudt, volgt een korte beschrijving van de opzet in Denemarken, waar het cliëntgebonden budget al 10 jaar bestaat.

Een gehandicapte die assistentie nodig heeft, kan kiezen tussen hulp van ge-

zinszorg/kruiswerk of het cliëntgebonden budget. Wordt gekozen voor het cliëntgebonden budget, dan maakt de gehandicapte zelf, eventueel met behulp van een vertrouwenspersoon, aan de hand van een standaardformulier een voorstel voor de hoeveelheid hulp die nodig is bij het huishouden en de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit voorstel wordt voorgelegd aan een indicatiecommissie, waaraan ook de gehandicapte en eventueel diens vertrouwenspersoon deelneemt. In overleg wordt besloten hoeveel uur hulp wordt toegewezen en het benodigde geld wordt aan de gehandicapte overgemaakt op een (aparte) bankrekening. De gehandicapte regelt vervolgens zelf zijn of haar hulp; dit kunnen bekenden zijn. Meestal wordt een advertentie geplaatst, waarin verschillende hulpen worden gevraagd en taken en functie-eisen zijn omschreven. Door middel van een arbeidscontract, waarvoor ook een standaardregeling bestaat, worden de wederzijdse rechten en plichten vastgelegd. Blijkt de hulp niet genoeg of is er tijdelijk meer hulp nodig, dan kan er tussentijds een herindicatie plaatsvinden. De ervaringen zijn overwegend positief.

Klan ten verlies

In Nederland spitst de discussie over het cliëntgebonden budget zich toe op

de technische uitvoeringsaspecten en bestaat voornamelijk uit het opwerpen van vragen, die pas beantwoord kunnen worden na ervaring met een experiment hiermee. Dit komt volgens ons, omdat het zorgveld zich bedreigd voelt. Het cliëntgebonden budget kan immers klantenverlies betekenen. Ook moet in heel andere patronen gedacht worden dan nu gebruikelijk is: de hulpvrager wordt opdrachtgever voor de hulp in plaats van de instelling, er bestaat een contract tussen hulpvrager en hulpverlener enzovoorts. Allemaal zaken die anders zijn.

Om de aandacht terug te brengen tot de kern van de zaak willen wij in dit artikel de nadruk vooral leggen op de uitgangspunten en argumenten, die de basis voor het cliëntgebonden budget vormen.

Vooraf willen we een aantal zaken duidelijk stellen. Het gaat nu nog om een kleine groep mensen. Voorlopig zullen het vooral de 'ervaren' en door de wol geverfde gehandicapten of ouders van gehandicapte kinderen zijn, die voldoende zijn toegerust om van het cliëntgebonden budget gebruik te maken. Je moet sterk in je schoenen staan om je eigen zorg te regelen en tevens als werkgever op te treden. Het cliëntgebonden budget betekent daarom niet een volledige vervanging van de huidige thuiszorg, het zal een keuzemo-

gelijkheid moeten zijn naast de reguliere hulpverlening.

Meer zeggenschap
Argumenten voor een cliëntgebonden budgetstelsel komen in diverse publikaties aan de orde. Deze zijn in vier categorieën te onderscheiden: meer zeggenschap, hulp op maat, emancipatie en kostenbesparing.

In de huidige situatie voelen veel hulpvragers zich afhankelijk van de hulpverlener respectievelijk de instelling. Je moet om hulp vragen en je moet maar afwachten wat het wordt. Ook zijn beslissingen over hulpvragen moeilijk aan te vechten. Informatie over argumenten ontbreekt vaak, men verschuilt zich achter regeltjes. Soms zijn wel met de hulpverlener afspraken te maken, maar ligt de instelling dwars. Bij het cliëntgebonden budget wordt de hulpvrager de organisator van zijn eigen hulp en krijgt daartoe de middelen. Het staat hem/haar vrij van wie hulp wordt betrokken: gezinszorg, wijkverpleging, particuliere bureau's, individuele hulpen of mensen uit het informele circuit (familie, vrienden, kennissen). Essentieel bij een cliëntgebonden budget is dat de rollen van degenen die hulp verlenen, betalen en beoordelen zullen worden gescheiden. In het huidige stelsel worden al deze rollen vervuld door de instellingen, waarvan gezinszorg en wijkverpleging de belangrijkste zijn.

Men verwacht hierdoor tevens een meer gelijkwaardige relatie met de instelling te verwerven. En gelijkwaardig niet alleen in termen van invloed, maar ook in de zin van serieus genomen worden: 'de sfeer van maar moeten accepteren verdwijnt', aldus een van de door de Goede geïnterviewden.!

Hulp op maat

De huidige organisatie van huishulp aan gehandicapten en ouders met een gehandicapt kind schiet schromelijk tekort. Veel te veel verschillende hulpverleners, niet op het moment dat de hulp het meeste nodig is, te weinig de gewenste hulp biedend enzovoorts. Voor de klant kan het een hele opluchting zijn om zelf de organisatie en betaling van de hulp ter hand te nemen, om zelf afspraken te maken over het



Hulp bij de dagelijkse handelingen door een ADL-assistente.

tijdstip van de hulp en het aantal hulpverleners. Niet meer gebonden zijn aan de huidige taakafbakening tussen instellingen en de kantoorurencultus. Een hulpverlener kunnen kiezen die bij je past in plaats van te moeten afwachten wie er nu weer op de stoep staat. Voor al voor de hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, dat wil zeggen de persoonlijke verzorging, worden deze aspecten heel belangrijk gevonden. Dit raakt je leven immers heel direct. Veel hulpvragers verwachten dat zij door het cliëntgebonden budget een flexibeler hulpverlening en de beschikking over hulp op afroep kunnen krijgen. De vergroting van zeggenschap die het de hulpvrager biedt, is hier middel om hulp naar behoefte te kunnen krijgen. Flexibiliteit in persoon en tijd zal volgens ons echter in de praktijk wel grenzen kennen. Het werk moet ook voor de hulp aantrekkelijk blijven en de arbeidsmarkt zal mede bepalen hoeveel eisen een gehandicapte aan hulp kan stellen.

Daarnaast is een nadeel dat er geen instelling meer is, die garant staat voor continuïteit van de hulp. Bij ziekte of vakantie van de hulp bijvoorbeeld zal de hulpvrager een alternatief achter de hand moeten hebben. Dit is op te lossen door een constructie in te bouwen, waarbij voor een x bedrag bij een instelling invalhulp wordt verzekerd. Naast het verwerven van een gelijkwaardige positie ten opzichte van de hulpverlening wordt het cliëntgebonden budget ook vanuit een breder emancipatieperspectief beargumenteerd. Waar de maatschappij het nodig vindt

dat er van staatswege hulp wordt verstrekt, heeft zij wel de beslissingsbevoegdheid bij zichzelf c.q. de hulpverleners gelegd, en daarmee de hulpvragers onmondig verklaard. Er zijn echter voldoende mensen aan te wijzen die hulp bij de algemene dagelijkse verrichtingen nodig hebben en die in staat geacht mogen worden om voldoende deskundig te zijn om op deze terreinen zelfstandig beslissingen te kunnen nemen. Toekenning van een budget in plaats van hulp in natura erkent deze deskundigheid. Hetgeen overigens niet wil zeggen dat de verant-

woordelijkheid van de gemeenschap voor het maatschappelijk functioneren van gehandicapten daarmee kan ophouden. Als dat zo zou zijn, zou ook het cliëntgebonden budget te veel een individualiserende benadering zijn. Het blijft ten eerste nodig dat de gemeenschap in al haar facetten meer toegankelijk voor gehandicapten wordt.

Kostenbesparing

Naar de overtuiging van een aantal mensen zal een cliëntgebonden budget kostenbesparend werken. Daarbij wordt vooral gekeken naar de hoge kostprijs van professionele hulp. Er zijn geluiden te horen dat 1 uur wijkverpleging inclusief alle overhead op ruim 100 gulden per uur zou komen. Dit zijn schrikbarende bedragen. Met name de Gehandicaptenraad ziet vooral op de overheadkosten besparingsmogelijkheden. Wij hebben hierover een iets genuanceerdere mening. De directe besparingsmogelijkheden van het cliëntgebonden budget zullen volgens ons gering zijn en voornamelijk liggen in het overdragen van de organisatie van de dienstverlening aan de klant zelf. Gezinszorg en wijkverpleging kunnen zich dan meer bezig houden met die klanten die niet met een cliëntgebonden budget willen of kunnen werken. Veel overheadkosten liggen echter buiten de reikwijdte van het cliëntgebonden budget. Werkoverleg en bijscholing zijn ook voor hulpverleners die binnen het kader van een cliëntgebonden budget werken belangrijk. Daarnaast mag het cliëntgebonden budget er niet toe leiden dat de rechtspositie van hulpverleners verslechtert.

Noch financieel, noch arbeidsrechtelijk en qua arbeidsomstandigheden. Wij benadrukken dit, omdat het cliëntgebonden budget nogal eens geassocieerd wordt met een slechte rechtspositie van hulpverleners, bijvoorbeeld door het Komitee Waakzame Vrouwen in de Gezinsverzorging." Zij verwijst naar de invoering van de alfhulpverlening. Alfhulpverleners hebben een heel slechte rechtspositie. Ze kunnen van de ene op de andere dag worden ontslagen, zijn niet verzekerd tegen werkloosheid, ziekte en arbeidsongeschiktheid en zitten niet in het ziekenfonds. De overheid voerde de alfhulpverlening in met het doel te bezuinigen, maar vermomde dit onder een ideologische vlag. Het Komitee vreest dat dit met het cliëntgebonden budget ook zal gebeuren.

Hoewel de vergelijking met de alfhulpverlening niet helemaal opgaat, is het gevaar waar de Waakzame Vrouwen op wijzen zeker aanwezig. Er zal op moeten worden toegezien dat de overheid gehandicapten voorwaarden biedt en oplegt om als goede werkgever op te treden. Mocht het cliëntgebonden budget als bezuinigingsconcept en niet als hulpverleningsconcept worden ingevoerd, dan is er maar een wankale basis voor een langdurige werkgever-werknemerrelatie. Bovendien zal de ADL-assistentie in specifieke gevallen veel tilhulp en onregelmatig werk betekenen. Een laag loon en slechte arbeidsvoorwaarden kunnen een gevolg zijn van het klakkeloos invoeren van het cliëntgebonden budget. Werknemer noch werkgever zijn hierbij gebaat.

Fraudegevoeligheid

Hoewel dit artikel uit het oogpunt van gehandicapten geschreven is, willen we ook even stilstaan bij een veel gestelde vraag, namelijk de fraudegevoeligheid van het systeem. Zal het budget na toewijzing niet worden aangewend voor andere doeleinden? Vooral financiers en zorgverleners maken zich hier nogal eens zorgen over. Wij onderschrijven het standpunt van de Gehandicaptenraad dat de gebruikelijke controlemiddelen van toepassing moeten zijn, zoals bijvoorbeeld de steekproef van de belasting. Daarnaast vinden wij dat de opdrachtgevers (dat wil dus zeggen de deelnemende gehandicapten) via werkbriefjes verantwoording over de aangetrokken hulp moeten afleggen. Argumenten genoeg dus om het in te voeren, maar wat is de waarde ervan? Veel van de genoemde punten lijken immers voort te komen uit negatieve ervaringen met de huidige hulpverlening. Men verwacht juist op die punten verbetering. Voor de een is dat hulp op afroep, voor de ander minder

frustraties door minder bureaucratie, voor een derde de mogelijkheid om de informele zorgverlener eens een vergoeding te geven.

Wij zien de meerwaarde vooral in de emancipatorische aspecten en de ruimere mogelijkheden voor hulp op maat. Vooral bij de ADL-hulp is dit belangrijk, omdat hiermee de persoonlijke en maatschappelijke mogelijkheden worden vergroot. De hulp wordt aangepast aan het werkschema en leefritme van de gehandicapte en niet aan dat van een instelling.

Wat betreft de indicatiestelling verwachten wij weinig verbeteringen als de bestaande criteria worden overgenomen of hoogstens beter op elkaar worden afgestemd. Bepaalde vormen van hulp die nu niet binnen de officiële grenzen van de hulpverlening passen, maar wel nodig zijn, zullen erin opgenomen moeten worden, bijvoorbeeld praktische thuishulp voor ouders met een gehandicapt kind. Deze hulp is nu maar zeer beperkt via gezinszorg of wijkverpleging voorhanden. De mogelijkheid die ontstaat om het toegekende budget meer naar eigen inzicht en behoefte te besteden lijkt ons een grote verbetering en een grotere persoonlijke vrijheid voor de gehandicapte inhouden. Het cliëntgebonden budget is wezenlijk anders dan de huidige hulpverlening. Dit maakt invoering voor sommigen onvoorstelbaar en ingewikkeld. Toch is dit niet zo. Hoewel wij hier niet uitgebreid op in willen gaan, bestaan er al vrij gedetailleerde invoeringsplannen. Hieruit, en ook uit buitenlandse ervaringen, blijkt dat het cliëntgebonden budget zeer zeker te realiseren is. Wel is het belangrijk dat aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Continuïteit van de hulp, de rechtspositie van hulpverleners en de keuze van het indicatiesysteem zijn zaken die vooraf geregeld zullen moeten zijn. In hoeverre hulp op maat mogelijk is, hoe het budget wordt aangewend, welke voor- en nadelen worden ervaren en de mogelijke fraudegevoeligheid zijn bij uitstek onderwerpen waar juist een experiment voor nodig is om er antwoord op te krijgen.

Lauweren

Het cliëntgebonden budget betekent een doorbraak in het denken over hulpverlening. De verantwoordelijkheid en het organiseren van hulp wordt grotendeels overgedragen aan de hulpvrager. Dit betekent niet dat de reguliere zorg op haar lauweren kan gaan rusten. Het cliëntgebonden budget is voor een kleine groep een radicale oplossing voor radicale problemen. Voor het overgrote deel van de gehandicapten zullen deze problemen blijven

bestaan. Gezinszorg en kruiswerk zullen dus moeten blijven zoeken naar oplossingen om ook binnen de reguliere kaders meer zorg-op-maat en zeggenschap te realiseren. Ook is het belangrijk dat de reguliere zorg betrokken is bij de opzet en uitvoering van het cliëntgebonden budget om te voorkomen dat het cliëntgebonden budget een geïsoleerde positie gaat innemen. Dit mag echter niet betekenen dat al op voorhand concessies worden gedaan om het veld maar mee te krijgen.

Voor degenen die voor het cliëntgebonden budget kiezen, verwachten wij een aantal belangrijke verbeteringen. De zelfstandigheid wordt vergroot en de handicap minder benadrukt, of, zoals Rob Jordaans ooit zei, 'iemand in een rolstoel die met deze regel werkt, zal niet ineens kunnen gaan lopen, maar een deel van de gedachte gehandicapt te zijn, zal verdwijnen'. In concrete zin zal het cliëntgebonden budget vooral betekenen: meer zeggenschap en meer hulp op maat, meer invloed op wie wanneer welke hulp verleent. In hoeverre hulp in plaats van confectie maatwerk kan worden zal mede afhangen van de handicap. Bij een grote mate van fysieke afhankelijkheid zal de hulpverlener ook bij een cliëntgebonden budget niet altijd beschikbaar zijn op het moment dat dat nodig is. Daarnaast heeft het cliëntgebonden budget ook een bredere uitstraling dan alleen het individuele niveau. Een paternalistische houding ten opzichte van gehandicapten in het algemeen en hulp in het bijzonder maakt plaats voor de eigen verantwoordelijkheid van gehandicapten. Hoewel de groep cliëntgebonden-budgetgebruikers op zich klein zal zijn, is dit wel belangrijk voor de emancipatie en integratie van mensen met een lichamelijke handicap. Een experiment met het cliëntgebonden budget kan voor ons dan ook niet snel genoeg starten.

Beatrijs Jansen heeft meegewerkt aan het Advies Cliëntgebonden Budget van de Gehandicaptenraad.

Marcel Post is als onderzoeker betrokken bij een experiment cliëntgebonden budget in Utrecht.

Noten

1. Gehandicaptenraad, *Cliëntgebonden budget, een aspect van geldsomverstrekking aan mensen met een handicap*, Utrecht, 1988.
2. Goede, de C. en A.J.P. Schrijvers, *Het cliëntgebonden budget: gehandicapten geïnterviewd*, Utrecht (Vakgroep Algemene Gezondheidszorg RU) 1988.
3. Pas, van der F. *Cliëntgebonden budget, een voorstudie naar de mogelijkheden in Utrecht*, Utrecht (Stichting Fokus) 1988.
4. Duyn, van E. e.a., 'Vrije-marktgezinszorg leidt tot willekeur', in: *de Volkskrant*, 7-10-1987.

Verdrinken tussen de voorzieningen

Goede infrastructuur voor kleinschalige psychiatrische zorg broodnodig



Kees Onderwater

Vanaf 1983 is men in Amsterdam druk doende om de grootschalige psychiatrische ziekenhuizen af te bouwen en hiervoor in de plaats kleinschalige, over de stad verspreide voorzieningen te realiseren.

Dat dat echter niet altijd even soepel verloopt, met name voor de psychiatrische patiënten zelf en dat zij nogal eens tussen de wal en

het schip vallen, komt door het ontbreken van een goede infrastructuur, meent Kees Onderwater. Er moeten veel meer mogelijkheden geschapen worden om mensen met langdurige psychiatrische problemen thuis te kunnen opvangen en begeleiden, zodat ook zij in de grote stad kunnen wonen en werken.

'Te weinig aandacht voor de openbare ruimten bij de planning van nieuwe stedelijke gebieden helpt deze gebieden in hun totaliteit naar de afgrond. Projectontwikkelaars zetten onder andere in Amsterdam Zuidoost stuk voor stuk wel aardige panden neer, maar in zijn totaliteit gaat het gebied naar de bliksem'. Toen ik dit over de planning van de oostelijke binnenstad van Amsterdam in de *Volkskrant* las, moest ik direct denken aan de planning van de geestelijke gezondheidszorg nieuwe stijl in die zelfde stad. De verschillende ggz-projectontwikkelaars, zoals het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, het Psychiatrisch Centrum Amsterdam, de instituten voor beschermd wonen en de RIAGG's, bouwen voortvarend aan stuk voor stuk goede voorzieningen, maar in zijn totaliteit ontbreekt het aan structurele aandacht voor de infrastructuur tussen die verschillende voorzieningen. Toch is een van de noodzakelijke fundamenteën voor het vernieuwingsplan de ontwikkeling van een goed netwerk van voorzieningen tussen de instituten. Met name voor de groep mensen met meer-voudige, gecompliceerde en zware psychiatrische problematiek - in vakjargon de zogenaamde draaideurpatiënten - is de ondersteuning in de thuissituatie onvoldoende gebleken. De stap terug naar huis is vaak veel te groot. Het totale aanbod van het instituut kan niet van de ene op de andere dag wegvallen. Pas ontslagen mensen vinden

niet de steun die ze nodig hebben en keren weer snel terug naar de vertrouwde opnamesituatie. Binnen het instituut is alles goed geregeld, buiten is een wereld die totaal niet is ingericht op mensen met langdurige psychiatrische problemen. Omdat ontslagen mensen niet de kans krijgen hun plaats in de samenleving te (her)vinden en dus maar terugkeren naar de vluchthaven van het instituut en mensen die eigenlijk toe zijn aan ontslag die stap niet durven te maken, raken de instituten verstopt en ontstaan er wachtlijsten voor hen die het thuis echt niet meer kunnen bolwerken. De roep om meer ziekenhuisbedden wordt al weer regelmatig gehoord, maar de roep om meer voorzieningen en mogelijkheden om mensen in de thuissituatie te kunnen opvangen, is tot op heden te weinig serieus genomen.

Alternatieven
Toen begin jaren tachtig door de provincie Noord-Holland een nieuw beleid werd voorbereid inzake de planning van psychiatrische ziekenhuizen in Amsterdam, dacht men aanvankelijk aan het omvormen van het psychiatrisch ziekenhuis Santpoort tot twee nieuw te bouwen kleinere ziekenhuizen van ieder 350 bedden. De plannen werden kritisch ontvangen, met name door mensen uit de tegenbeweging, zoals de kritische cliëntenorganisaties, maar ook door wijkopbouw-

organen en buurtorganisaties. Men wilde alternatieven onderzoeken vanuit het standpunt dat voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg moeten aansluiten bij de behoeften van de gebruikers. Het SISWO werd gevraagd dit onderzoek te verrichten. De conclusies van het onderzoek waren duidelijk. Geen grote psychiatrische ziekenhuizen maar kleinschalige, op maat gesneden voorzieningen in de buurt. Integratie, begeleiding thuis, zinvolle dagbesteding waren de trefwoorden, en indien nodig, opname vlak bij de woonomgeving. Het rapport werd de basis van een gemeenschappelijke nota die kort daarna verscheen en in de raad werd aangenomen. Gemeentelijke en provinciale politiek schaarden zich achter de ideeën en de betreffende ggz-instellingen begonnen zich in de plannen te verdiepen. Er werd een stuurgroep van provinciale en gemeentelijke overheid ingesteld en er kwam een adviesgroep met deskundigen. In de regio's gingen projectgroepen aan de slag, met daarin naast de instellingen ook vertegenwoordigers van de patiëntenbeweging, om het plan verder uit te werken. Een gigantische operatie die moeizaam verliep. Iedere instelling had zijn eigen belang en in de praktijk waren de verschillen zeer moeilijk overbrugbaar. Alle hadden gemeen dat ze recht moesten doen aan de belangen van hun eigen achterban. In de praktische realisatie is echter

nauwelijks iets terug te vinden van de oorspronkelijke plannen om de infrastructuur tussen de instituten te verbeteren ten behoeve van een betere integratie van de mensen met langdurige psychiatrische problemen.

Beschermde wereld

Het psychiatrisch ziekenhuis Santpoort heeft zich in de afgelopen decennia ontwikkeld tot een instituut, waarbinnen mensen met ernstige en minder ernstige psychiatrische problematiek snel weer in een redelijk evenwicht kunnen gaan functioneren, maar dan wel binnen de beschermde wereld van het instituut. Daar vinden ze een plek om te wonen, een aanbod om zinvol bezig te zijn en ook één of meer behandelars.

Naast dit behelaanbod is het beschermende aspect van het instituut van beslissende invloed op het snelle herstel van het evenwicht. Het ziekenhuis doet zijn werk dus goed. Zo goed, dat veel mensen er niet meer weg willen. Het bevalt ze zo goed, ze willen er blijven. Ze wonen vaak in groepen bij elkaar en er is een aanbod van allerlei activiteiten. Overdag zijn er mogelijkheden om te werken, creatief bezig te zijn of te sporten. 's Avonds is er de huiskamer met de tv, maar ook de sociëteit, muziek of andere speciaal georganiseerde activiteiten. Het aanbod is dus overzichtelijk.

Daarnaast zijn de organisatiestructuren van de afdeling en het ziekenhuis helder en duidelijk. Opstaan, eten, dagbesteding, vrije tijd en zelfs het naar bed gaan, het wordt allemaal geregeld. Ook is er een grote continuïteit in de begeleiding. De veiligheid binnen het instituut is dus vele malen groter dan in de stad. Binnen het instituut is bovendien nauwelijks sprake van stigmatisering.

Zo op het eerste gezicht allemaal ideaal. Cliënten gaan zich echter gedragen conform de verwachtingen die binnen de instelling leven over hoe mensen met problemen zich moeten gedragen. Buiten de instelling komen ze met dat gedrag vaak helemaal niet uit de voeten, want in de stad is het stukken moeilijker om je hoofd boven water te houden. De maatschappij is immers niet ingericht op psychiatrische patiënten, zij worden door de samenleving als devianten beschouwd. In de maatschappij, en met name in de grote stad, is er voor kwetsbare groepen minder veiligheid. Stigmatiseren en isoleren gebeurt dan ook volop, en voor de groep mensen met blijvende psychiatrische handicaps is het vaak te moeilijk om zich in een dergelijke vijandige wereld staande te houden.

Naar de stad

Dit blijkt ook uit de integratieprojecten die nu in Amsterdam aan de gang zijn, nadat twee zogenaamde verblijfsafdelingen van Santpoort naar de stad verhuisd zijn. In Amsterdam Zuidoost startte in december 1986 het eerste integratieproject, Kempering genaamd. Achtendertig voormalige bewoners van de afdeling Rijperland werden gehuisvest in een wooncomplex van ongeveer 500 flats. Zij wonen deels in éénpersoonsflats en deels met twee of drie personen in ruime vier- of vijfkamerflats. Het volledige personeel is meeverhuisd en begeleidt de bewoners nu vanuit een aantal als stafruimte ingerichte flats, en er is een restaurant waar dagelijks de warme maaltijd vanuit het moederinstituut wordt aangeleverd. De eerste vier maanden gingen echter al twaalf bewoners terug naar Santpoort. Na anderhalf jaar woonden nog twintig mensen van de oorspronkelijke groep op de Kempering.

Uit een onderzoek onder de bewoners blijkt dat het hen bijna allemaal goed bevalt in de Bijlmer. Wel zouden sommigen liever echt zelfstandig willen wonen. De integratie in de buurt verloopt volgens de onderzoekers redelijk, vee bewoners hebben echter wel behoefte aan een of andere vorm van werk buitenshuis, hetzij vrijwilligerswerk, hetzij betaalde arbeid. De beschikbare arbeidstherapie biedt hen te weinig mogelijkheden om naar buiten te treden.

In 1987 gingen opnieuw zestig bewoners van Santpoort naar Amsterdam. Zij namen hun intrede in een gerenoveerd verzorgingstehuis aan het Surinameplein. De woongemeenschap Surinameplein, zoals deze nu officieel heet, heeft wat de integratie betreft extra moeilijkheden te overwinnen. Zo gemakkelijk als een bewoner van de Kempering zijn buurman op de koffie vraagt, zo moeilijk zal dat lukken als je iemand moet uitnodigen op je kamer in het instituut en dat bezoek daartoe eerst langs een portier moet. De nodige infrastructuur om mensen mogelijkheden te bieden buiten de woongemeenschap actief te zijn wordt zeker hier node gemist.

Ook op het voormalige wG-terrein is intussen een kleine opnamekliniek gevestigd. Dit sociaal-psychiatrische dienstencentrum (SPDC) neemt mensen met ernstige psychiatrische problemen uit de regio op. Een regelmatig overleg met andere regionale instellingen moet zorgen voor een beter voorbereid ontslag. Toch blijkt in de praktijk dat het erg moeilijk is voor de medewerkers van het SPDC om relevante instellingen en organisaties in te zetten bij de

begeleiding van opgenomen en ontslagen cliënten. De medewerkers hebben hun handen vol aan de werkzaamheden in de kliniek en zijn vaak niet in staat om zich voldoende in de regio te oriënteren. Ook hier is duidelijk behoefte aan meer mogelijkheden en steunpunten om mensen geleidelijk naar huis te kunnen laten terugkeren. We kunnen concluderen dat de reorganisatie van het psychiatrisch ziekenhuis Santpoort stapje voor stapje wordt uitgevoerd. Het ziekenhuis wordt in kleine eenheden over de stad verspreid, maar deze missen de meerwaarde van het grote instituut. Ook valt het totaal aanbod van het ziekenhuis weg. De kleine woon- en behandel eenheden zullen dit dus meer in de maatschappij moeten gaan zoeken, maar die is daar nog niet op voorbereid. Duidelijk is dan ook dat er meer aandacht zal moeten komen voor het toegankelijk maken van de maatschappij voor mensen met langdurige psychiatrische problemen. Naast deze grote verhuisoperatie vanuit Santpoort zijn ook de reeds in Amsterdam gevestigde beschermde woonvormen aan het decentraliseren. Grote beschermde wooncomplexen worden kleinschalig over de regio uitgesmeerd. In de nieuwe structuur zal de nadruk meer op woonbegeleiding komen te liggen, en de behandel functie moet worden overgedragen aan het in de regio aanwezige, reguliere behelaanbod. De RIAGG'S zullen er hier dus met name een taak bij krijgen.

De Waterheuvel

Het gebrek aan infrastructuur is geen probleem van vandaag of gisteren. Vijftien jaar geleden werd Centrum PS opgericht. Dit huiskamer-opvangproject, dat voornamelijk op vrijwilligers draait, werd vanuit kritiek op de bestaande psychiatrische praktijk gestart. Ook toen al was er een chronisch gebrek aan opvangmogelijkheden. Een aantal jaren later opende in Amsterdam Zuidoost Netwerk zijn poorten als huiskamer en opvangproject. De behoefte bleek enorm groot. Uit een door preventiewerkers van de Amsterdamse RIAGG'S uitgevoerde peiling bleek dat zeker tweeduizend mensen met langdurige psychiatrische problemen behoefte aan deze zinvolle dagbesteding hadden.

Een meer recent voorbeeld is het clubhuis De Waterheuvel, een initiatief van de Stichting Fountain House Nederland en gebaseerd op een Amerikaanse ideologie. Mensen met langdurige psychiatrische problemen kunnen lid worden en runnen met elkaar het hele clubhuis. De Waterheuvel biedt de mogelijkheid om actief en zinvol bezig te zijn, waardoor ook training in en

hulp bij integratie in de samenleving wordt geboden. Zo hebben de leden bijvoorbeeld een cateringservice opgericht, welke naast interne maaltijdverzorging incidenteel ook voor de buitenwereld festiviteiten verzorgt. Dit soort activiteiten is op zich erg belangrijk, maar richt zich met name op de opvang. Het werken aan een grotere toegankelijkheid van algemeen maatschappelijke voorzieningen, zoals eerstelijns organisaties, buurthuizen, theater- en sportvoorzieningen, het werken aan meer op maat gesneden arbeidsplaatsen en arbeidsprojecten en aan een meer toegankelijke en tolerantere maatschappij, staat in deze initiatieven niet centraal.

Initiatieven

Om ook deze essentiële activiteiten te kunnen ontwikkelen zal er meer energie en geld gestoken moeten worden in projecten die buiten de instituten plaatsvinden. In het recente verleden is er van een dergelijk initiatief sprake geweest. Er bestonden namelijk plannen voor ambulante stadsdeelteams waarin werkers vanuit het ziekenhuis, de beschermde woonvormen en de RIAGG's, maar ook vanuit de eerste lijn zouden participeren. Deze teams zouden een flexibele en coördinerende rol moeten gaan vervullen in de begeleiding van mensen met langdurige psychiatrische problemen. Door de samenwerking binnen één team zou optimaal gebruik gemaakt kunnen worden van ieders deskundigheid en zouden overlap en misverstanden tussen diverse begeleiders tot een minimum beperkt kunnen blijven. Deze teams zijn er tot op heden helaas niet gekomen. Sterker nog, de ontwikkeling van een dergelijke praktijk staat ver van de huidige realiteit af. Het eist van de instituten en hun medewerkers namelijk een grote verandering. Waarschijnlijk kost de huidige reorga-



Foto: Henk Hokse

nisatie zoveel energie dat er geen enthousiasme overblijft om aan deze nieuwe manier van samenwerken toe te komen.

Een andere mogelijkheid om de samenwerking en integratie te bevorderen ligt in het openstellen van de arbeidstherapieën van het psychiatrisch ziekenhuis. De afdelingen die vanuit Santpoort zijn mee verhuisd naar de stad, kunnen hun blik verder richten en ook buiten het nieuwe regionale instituut een aanbod in de regio doen. Zo kan de arbeidstherapie een geïntegreerd onderdeel van het totale regio-aanbod vormen en dus ook door mensen van buiten het instituut bezocht worden. Wanneer bestaande arbeids- en dagbestedingsprojecten zich ook openstellen voor patiënten van het instituut, werkt de integratie naar twee kanten. Een blijvend knelpunt voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek is werk. In Amsterdam is op dit gebied nog nauwelijks iets ont-

wikkeld. Mensen met een psychiatrische handicap zijn nu vrijwel kansloos, als het gaat om een baan in een regulier bedrijf, en de sociale werkplaats kan het grote aanbod vanuit deze doelgroep niet aan. Gevolg is dat het overgrote deel van deze mensen geen vooruitzicht op een baan heeft.

De stichting 'Nieuwe Werkvormen Amsterdam' heeft concrete voorstellen ontwikkeld om tot nieuwe arbeidsprojecten te komen. Dit plan, dat de infrastructuur tussen de instituten versterkt, werd door de ggz-instellingen en gemeentelijke en provinciale overheid met enthousiasme ontvangen. Het probleem is echter wie zich sterk zal maken voor de financiële middelen, die voor een dergelijk p~n noodzakelijk zijn.

Ook de stedelijke en provinciale overheden stellen zich momenteel afwach- tend op. Na de jaren zeventig, een periode

waarin de ene stichting na de andere werd opgericht, willen ze nu alles zoveel mogelijk beheersbaar houden. Nieuwe initiatieven worden met de nodige zorgvuldigheid gewogen, maar het gevaar dreigt dat goede en noodzakelijke projecten door het no-nonsense beleid in de kiem worden gesmoord. Alles moet passen binnen grote en beheersbare institutestructuren en juist dat is voor een goed integratiebeleid fataal.

Kees Onderwater is preventiewerker bij de RIAGG-Centrum Oud West te Amsterdam.

Noten

1. Nota inzake een integraal beleid voor de ggz in Amsterdam, nov, 1983, 645/607/V62, Amsterdam.
2. A. Rijkschroeff e.a., Van inrichtingspatiënt naar Bijlmerbewo- ner, Assen (Van Gorcum) 1988.

... BOEKEN ...

De initiatierite van de medische professie

Melvin Konner, M.D., *Becoming a Doctor. A Journey of Initiation in Medical School*, New York/London (Penguin) 1988, 390 pagina's.

Becoming A Doctor beschrijft Konner's ervaringen gedurende zijn Journey of Initiation in Medical School, zoals de ondertitel luidt. Het boek is zeer de moeite waard, al is het alleen maar om weer eens te griezelen van een blik in de keuken van de medische professie. Zijn reisverslag is echter niet zomaar weer een nieuw dagboek van een co-assistent. De talloze treffende en gedetailleerde observaties verraden de hand van een auteur die gewend is afstand te nemen van de cultuur die hij bestudeert. Konner is dan ook al zes jaar *Professor of Anthropology* aan de universiteit van Harvard als hij aan de *medical school* begint. De reis dient het schrijven van dit boek, maar ook de vervulling van een tot obsessie geworden kinderdroom - dokter worden. Konner richt zich vooral op de jaren van 'total clinical immersion', de laatste twee jaar van de opleiding, die overeenkomen met de Nederlandse co-schappen. Dit zijn de jaren waarin het socialisatieproces op volle toeren draait: het is de belangrijkste fase in de initiatierite van de medische professie.

Dit socialisatieproces vindt plaats in een omgeving waarin enige invulling van het concept 'zorg', buiten puur technische interventies, zeldzaam is. Een geïntegreerde benadering van patiëntenproblemen is er volstrekt illusoir. Binnen de professionele gedragscode blijkt het *not-done* om aan deze zaken wel aandacht te besteden: artsen raken eerder geshockeerd als je een arm om een patiënt heen slaat dan als je deze afblaft. Deze menselijke aspecten, die een onbetwistbare rol vervullen in het genezingsproces, zijn zaken waar 'everybody knows about, but nobody cares about.'

Keiharde strijd

Konner's boek illustreert pijnlijk scherp hoe deze aspecten door de sociale inbedding van de arts-patiënt relatie zelf, en met name het klinische opleidingsproces, vernietigd worden. Met een minimum aan praktische voorbereiding worden medische studenten geconfronteerd met de praktijk; een praktijk die gekenmerkt wordt door een keiharde strijd om overeind te blijven en geselecteerd te worden voor de schaarse posities iets hoger op de ladder. In deze situatie is het blindelings volgen van de routines die de medici in de posities boven jou hanteren een noodzakelijke strategie. Zit stil, houd je mond, wees continu geconcentreerd en beweeg alleen, wanneer de arts met wie je meeloopt ook beweegt. Pas je aan en wen aan de scheldpartijen, als je niet aan de ongeschreven regels houdt waarvan je nog niet wist dat ze bestonden. Wen aan de extreem wisselende verantwoordelijkheden die je hebt: op het ene moment mag je

niet eens een patiënt wegen, op een ander moment vertel jij de patiënt dat hij kanker heeft. Accepteer je rol in de kliniek die niet gebaseerd is op educatieve, maar op functionele overwegingen - vooral veel routinematig, zinloos werk, zoals het overschrijven van lab-uitslagen. Accepteer de werklast en werktijden van vooral de lager gesitueerden in de hiërarchie. Nog beter: identificeer je met de mythe van de lineaire koppeling tussen werktijden én manlijkheid, standvastigheid en superioriteit. Wen aan de door onderlinge concurrentie vaak verziekte sfeer tussen de artsen onderling. Houd afstand van patiënten: is het niet omdat het tijd kost, dan is het wel omdat té nauw contact met patiënten disloyaal is ten opzichte van je teamgenoten. Wen zo dus ook aan je onontkoombare medeplichtigheid in het ontmenselijkingsproces.

Rituelen

Konner merkt de subtiele veranderingen bij zichzelf: hij voelt de irritatie van een man uit de praktijk als mensen 'zeuren' over patiëntenrechten. Ook zijn principes vervagen: hij merkt dat hij, leergierig, bereid is medische handelingen te verrichten die niet in het eerste belang van de patiënt zijn.

Het slopende opleidingsproces heeft volgens Konner een culturele functie en deze signalering heeft iets defaitistisch: functionele verbanden dragen bij tot de instandhouding, niet de verandering, van een sociale structuur. Konner trekt ten eerste een parallel naar Afrikaanse stammen, waar de medicijnman zijn positie pas verwerft na lange rituelen die gepaard gaan met zelfverwonding en uitputting. De pijn en het lijden zijn in beide situaties essentieel voor het verkrijgen van genezende kracht. Voor de patiënt én voor de genezer zelf wordt de macht over gezondheid en ziekte hierdoor gerechtvaardigd. Konner ziet ook een functioneel aspect in de abnormale werklast van artsen en de vervreemding tussen arts en patiënt. Deze vervreemding krijgt een negatieve lading, doordat artsen de patiënt als oorzaak voor hun tijdsdruk en doorwaakte nachten gaan zien. Dit wordt nog eens versterkt door cynische patiëntengrappen als 'here's a toasted toddler, another crispy critter' (bij de binnenkomst van een kind met brandwonden). Konner stelt dat deze negatieve attitude, samen met de murtheid door moeheid en de werklast, misschien nodig is om zonder existentiële of gewetensproblemen beslissingen over leven en dood te nemen en patiënten met allerhande ingrepen te pijnigen. Normale mensen in normale relaties zouden niet in één tel kunnen beslissen om wel of niet te reanimeren; artsen kunnen dit slechts door op een abnormale wijze in abnormale relaties te functioneren.

Konner's reis wordt al snel een *double-bind-situatie*: aan de ene kant de afschuw, de uitputting, de opluchting dat hij, na zijn studie, er toch voor kan kiezen om géén arts te worden. Aan de andere kant zijn bewondering voor het technisch kunnen van de geneeskunde en zijn ontzag voor het doorzettingsvermogen en de toewijding

van veel artsen (chirurgen bijvoorbeeld 'who ate determination for breakfast'). Konner raakt ook verslaafd aan de kick van het in een stress-situatie uitvoeren van een geslaagde reanimatie of bevalling; een kick die, eenmaal ervaren, moeilijk los te laten is. Ook de humor houdt Konner op de been. Hoe grof soms ook, de 'Glossary of House Officer Slang' die Konner in zijn boek heeft opgenomen, is het op zich al waard het boek te kopen.

Op enkele essentiële punten schiet Konner's boek echter tekort: zijn kritische beschrijving blijft te veel op het arts-patiënt niveau steken. Hij wijst nergens op de economische structuren die een grote invloed hebben op het functioneren van de arts-patiënt relatie en op de ontwikkeling van de geneeskunde. Ook is hij inconsequent: nadat hij laat zien dat de medische praktijk mischien wel noodzakelijkerwijs dehumaniserend is, vergast hij ons vervolgens op naïeve remedies hiervoor. Zo stelt hij dat psychologen en maatschappelijk werkers de dehumanisering kunnen tegengaan, alsof zij niet slechts een subtiel verlengstuk van dit proces zouden worden. Ook noemt hij telkens dat de woekergroei van de medische technologie zijn steentje heeft bijgedragen aan de dehumanisering van de arts-patiënt relatie, maar even later raakt hij weer verblind door haar spectaculaire wonderen en spreekt hij minachtend over de 'naïeve critici' die de technologische capaciteiten van de moderne geneeskunde relativeren. Het is het bekende gegeven van de antropoloog die zich teveel identificeert met de cultuur die hij bestudeert: ondanks zijn kritiek is Konner misschien toch zelf te veel 'dokter' geworden.

Marc Berg

Tips voor twee moeders

Tips voor twee moeders. Lesbische vrouwen kiezen voor kinderen, red. Vera Mulder, Marleen Baerveldt, e.a., Amsterdam (SUA) 1989, 136pgs., ISBN90 6222182 3, prijs: f 22,50.

Lesbische vrouwen hebben in tegenstelling tot heteroseksuele vrouwen altijd redelijk onafhankelijk van mannen en artsen kunnen kiezen voor hun manier van (seksuele) relaties. Aan die onafhankelijkheid lijkt een einde te komen op het moment dat lesbische vrouwen kinderen willen. Wie zonder met een man te vrijen kinderen wil, komt voor de keuze van kunstmatige inseminatie of zelfinseminatie te staan.

Kunstmatige inseminatie (KI) en kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID) zijn door de medische wetenschap ontwikkeld als behandeling voor echtparen waarvan de man verminderd of niet vruchtbaar is. De discussies die in de jaren vijftig en zestig gevoerd werden over de toelaatbaarheid van KI en met name KID, hadden weinig invloed op de medische praktijk van KI. Omdat een in feite zo weinig medische handeling moeilijk te verbieden was, leek het iedereen maar het beste kunstmatige inseminatie onder toezicht van artsen te laten plaatsvinden.

Ook bij kunstmatige inseminatie van lesbische vrouwen ging de praktijk vooraf aan de maatschappelijke discussie. Een aantal artsen in KID-instellingen had er weinig problemen mee om door middel hiervan het eigen werkveld verder uit te breiden. Hoewel er tien jaar na de

bekendwording van de eerste inseminatie van een lesbische vrouw nog steeds artsen en besturen van ziekenhuizen zijn, die weigeren om lesbische of alleenstaande vrouwen te insemineren, is het onwaarschijnlijk dat deze morele overtuigingen het zullen winnen van het voordeel van de uitbreiding van het medisch werkveld. Het lijkt er dan ook op dat de medische wetenschap toekomstige lesbische moeders heel wat meer te bieden heeft dan mannelijke donoren. Of dit vrouwen ook meer over hun eigen levens te vertellen geeft, is echter de vraag.

In eigen beheer

Jarenlang hebben vrouwen binnen de vrouwenbeweging kritiek gehad op het seksisme van de medische wereld. De kritiek ging soms zo ver dat vrouwen elk vertrouwen in de medische stand opzegden. Vrouwen binnen de vrouwengezondheidsbeweging wilden op een eigen manier ontdekken hoe hun lichaam in elkaar zat, hoe ze zich erin thuisvoelden en hoe ze konden voorkomen dat ze zich niet lekker voelden. Om 'zelfhulp' te leren werden technieken aangeleerd, die het vrouwen mogelijk maakten om zelf hun baarmoeder te bekijken, zelf hun borsten te onderzoeken en in sommige gevallen om zelf te aborteren. In dit proces van 'zelfhulp' past ook de zelfinseminatie (ZI).

Zelfinseminatie maakt dat vrouwen die zwanger willen worden zonder gemeenschap met een man, zich niet meer aan medische deskundigen hoeven over te leveren. In plaats van zich afhankelijk te stellen van een KID-instelling met de erbij horende, betuttelende intakegesprekken, de steriele, medische aanpak en de soms lange wachttijden, nemen vrouwen het heft in eigen handen. Gezellig thuis met vriendin in een warme kamer het zaad van een zelf gekozen man inbrengen. Maar hoe strijdbaar het insemineren in eigen beheer ook mag klinken, in de praktijk blijkt het vinden van een leuke man die geen eisen stelt en die zich niet in de relatie wil mengen niet zo eenvoudig te zijn. Lesbische vrouwen die kinderen willen, worden geconfronteerd met een dilemma waar de vrouwengezondheidsbeweging zich al vanaf haar ontstaan voor gesteld ziet: het dilemma tussen het einddoel van zelfbeschikking over eigen lichaam en leven én de middelen die zelfbeschikking weliswaar op korte termijn dichterbij brengen, maar deze op langere termijn tegenwerken. De middelen om kinderen te krijgen liggen binnen handbereik en maken dat lesbische vrouwen meer te zeggen krijgen over hoe zij willen leven. De afhankelijkheid van mannelijke donoren of medische instellingen maakt het echt zelf beschikken over het al dan niet krijgen van kinderen echter onmogelijk.

Rechtspositie

Het onlangs verschenen boek *Tips voor twee moeders. Lesbische vrouwen kiezen voor kinderen* wil vrouwen die op deze wijze moeten schipperen tussen mannen en artsen, een steun bieden bij hun keuze voor kinderen. Het boek geeft helder geschreven informatie over hoe vrouwen zelf kunnen insemineren en wat hen te wachten staat als ze naar een KID-instelling gaan. De voor- en nadelen voor vrouwen van bekende of onbekende donoren (ZI respectievelijk KID) worden jammer genoeg niet expliciet besproken. Wel wordt uitgebreid ingegaan op de verschillen in rechtspositie van bekende en onbekende donoren. Aan de hand van recente gerechtelijke uitspraken over de rechten van donoren wordt de onzekere juridische situatie beschreven, waarin vrouwen die kiezen voor een bekende donor kunnen belanden.

In de hoofdstukken over 21 en KID wordt relatief veel aandacht besteed aan medisch-technische informatie als hormonale veranderingen tijdens de menstruatiecyclus, het bepalen van de eisprong en redenen van onvruchtbaarheid. Ook het insemineren zelf wordt vrij technisch beschreven: geen warme kamers, geen muziek, geen vriendin en zeker geen associaties met seksualiteit. Het lijkt alsof insemineren nou eenmaal moet gebeuren, iets leuks ervan maken is er niet bij.

Dat het niet altijd zo hoeft te zijn, blijkt uit de interviews met lesbische en alleenstaande vrouwen die de informatieve gedeelten afwisselen. Negen moeders vertellen wat zij wel en niet gedaan hebben om aan een kind te komen, hoe hun omgeving reageert op hun keuze en hoe zij het ervaren om alleen of met een vriendin kinderen op te voeden. Zowel in de interviews als in de informatieve tekst wordt stevige kritiek geuit op de betuttelende houding van veel KID-instellingen. Het feit dat het de 'deskundigen' zijn die beslissen of deze vrouwen geschikt zijn voor het ouderschap is veel vrouwen een doorn in het oog. Het enige dat een KID-instelling zou moeten controleren is of er strikt medische redenen zijn om een vrouw niet te insemineren. En zelfs daar kun je vraagtekens bij zetten, omdat gezonde heteroseksuele vrouwen ook niet naar de arts hoeven om te vragen of ze wel bevrucht mogen worden.

De conclusie van degene die over juridische zaken schrijft, namelijk dat vrouwen goed moeten nadenken voor zij een bekende man vragen om zaaddonor te zijn, geeft de sfeer die het boek uitademt goed weer. Niets geen baas-in-eigen-buik taal, maar een verantwoord en doordacht boek. Als het eerste overzichtelijke boek over dit eigentijdse onderwerp is het zeker de moeite van het lezen waard. Wie echter een smeug boek verwacht, komt van een koude kermis thuis.

Marli Huijter

Arme stadswijken in de ontwikkelingslanden

T. Harpham, T. Lusty and P. Vaughan (eds.), *In the Shadow of the City: Community Health and the Urban Poor*, Oxford (Oxford University Press) 1988.

In the Shadow of the City is voor zover mij bekend het eerste boek over basale gezondheidszorg (*primary health care*) in de arme stadswijken in de ontwikkelingslanden. Het is hoofdzakelijk een verslag van een conferentie die in oktober 1985 in Oxford werd gehouden. De bijdragen van de deelnemers zijn deels geïntegreerd in de hoofdstukken, deels opgenomen als cases met beschrijvingen en analyses van stedelijke *primary health care*-projecten. De titel heeft een tweeledige betekenis. Hij refereert aan de fysieke dominantie van de hoogbouw van de zakenwijken over de woongebieden van de armen, maar moet ook aangeven dat de armen er slechter aan toe zijn dan de andere stedelingen, dat zij aan de schaduwzijde wonen. Doel van de conferentie en het boek is om enig tegenwicht te bieden aan de disproportioneel grote aandacht die PHC op het platteland na de Alma-Ata conferentie van 1978 heeft gekregen.

Bestaansonzekerheid

Eerst wordt een beeld geschetst van de verstedelijking in de ontwikkelingslanden en van de stedelijke armoede. Die verstedelijking verloopt zeer snel; de verwachting is dat in het jaar 2000 44% van de bevolking in stedelijke gebieden zal wonen, van wie velen in de 45 steden met meer dan vijf miljoen inwoners. De verstedelijking wordt gevoed door twee processen: migratie en natuurlijke aanwas. Hoewel er regionale verschillen zijn, levert de natuurlijke aanwas over het algemeen de grootste bijdrage. Stedelijke groei is vooral een toename van het aantal stedelijke armen en van de *slums* en *squatterareas* waar ze wonen. Belangrijke kenmerken van zulke woongebieden zijn: zeer hoge bevolkingsdichtheid, grote heterogeniteit, een relatief jonge bevolking, slechte behuizing en sanitaire omstandigheden, en een vaak grote bestaansonzekerheid.

De gezondheidsproblemen van de stedelijke armen vallen uiteen in drie categorieën. Ten eerste de armoedeziekten, die we ook van het platteland kennen: infectieziekten als malaria, tuberculose, diarrhoea, en ondervoeding cq. wanvoeding. Ten tweede de ziekten die nauw gerelateerd zijn aan de vervuilde stedelijke omgeving en aan de dikwijls ondermaatse omstandigheden waarin de armen hun werk moeten uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn longaandoeningen, huidziekten en kankers. Ten derde sociale en psychologische problemen die samenhangen met het leven onder instabiele en onzekere omstandigheden, terwijl de zorgkaders van verwanten en dorpsgenoten ontgeerd zijn. Een kenschets van de stedelijke gezondheidszorg benadrukt de in verhouding tot het platteland sterke aanwezigheid van tweedelijns en derdelijns zorg, die overigens voor de armen vaak moeilijk toegankelijk is. Klinieken en andere verzorgingspunten die behoren tot het laagste echelon van de gezondheidsdiensten, zijn meestal slecht vertegenwoordigd. De beschikbaarheid van apotheken, medicijnverkopers en tal van ongeregistreerde en informele opgeleide beoefenaars van de geneeskunde is daarentegen verhoudingsgewijs groot. Na de behandeling van deze inleidende materie, die de eerste vier hoofdstukken bestrijkt, komt er een sleutelhoofdstuk over de essentie van basale gezondheidszorg en de wijze waarop deze benadering een oplossing biedt voor de gezondheidsproblemen van de stedelijke armen. De bespreking van deze thematiek blijft evenwel erg summier en biedt hen die met de achtergrond en kenmerken van PHC bekend zijn weinig nieuws. De rest van het boek bestaat uit een bespreking van diverse componenten en aspecten van de stedelijke PHC, en van de manier waarop ze in de praktijk elk als beginpunt van een bredere aanpak worden gebruikt, met aan het slot twee hoofdstukken over achterliggende beleidsvragen.

Sanitaire problemen

De voedingstoestand van de armen is in de stad slechter dan op het platteland; de verklaring daarvoor is onder andere het ontbreken van een mogelijkheid om rondom het huis voedsel te verbouwen, een lage prevalentie van borstvoeding, en het veelvuldig buitenshuis werken van vrouwen.

Sanitaire problemen vallen uiteen in vijf categorieën: drinkwater, drainage, afvoer van faeces, afvalwater en huisvuil. Ze worden in hun onderlinge samenhang besproken, waarbij bijvoorbeeld het grote belang van goede drainage aan de orde komt. Voorts blijkt dat de stedelijke armen relatief veel van hun inkomen aan drinkwater besteden, dat oplossingen voor de sanitaire problemen technisch moeilijker zijn dan op het platteland.

land en dat dit eigenlijk allemaal wordt overheerst door het politieke probleem dat niemand van hen die de hulpbronnen beheersen interesse heeft in het financieren van de vaak dure oplossingen.

De aanpak van de geschetste gezondheid problemen wordt besproken met veel case-materiaal, maar aan de hand van weinig harde analyses en algemene lessen.

Top-down

De beide meer beleidsgerichte hoofdstukken zijn wat interessanter. Het eerste gaat in op processen van *sealing up* en *sealing down*. Hoe de in lokale projecten geleerde lessen te veralgemeniseren naar regionaal of nationaal niveau, zonder dat de essentiële eigenschappen verloren gaan en/of de kosten de pan uit rijzen? Hoe nationale programma's *top-down* op lokaal niveau in te voeren met voldoende vertaling naar de plaatselijke sociale en culturele omstandigheden, zodat de effectiviteit optimaal is? In het slothoofdstuk komen ten slotte de onderzoeksprioriteiten, en de vooralsnog geringe geneigdheid van stedelijke beleidsmakers in ontwikkelingslanden om PHC serieus aan te pakken, aan de orde. Het is duidelijk wat er zou moeten gebeuren, maar de termijn waarop dat een realistisch vooruitzicht is, blijft een open vraag.

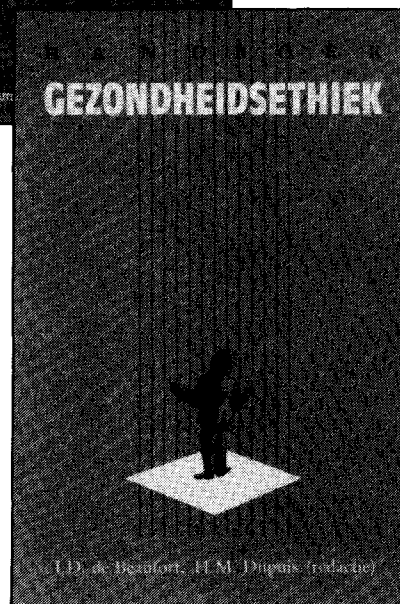
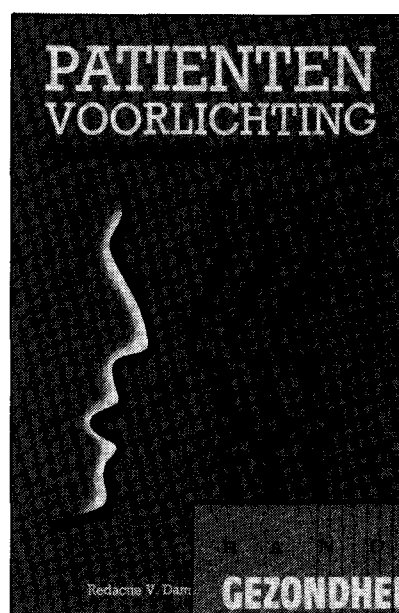
Voor een eerste kennismaking met de problematiek van stedelijke armoede en gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden en oplossingen daarvoor vanuit een PHC-benadering biedt dit boek een aardig overzicht. Met name de inleidende hoofdstukken over sanitaire problemen en voedingsproblemen en de beleidsmatige uiteenzetting over de vergroting van het interventiebereik van beneden naar boven en omgekeerd zijn van goede kwaliteit. De overige acht zijn evenwel een stuk minder en geven vooral case-materiaal. Dat is weliswaar interessant, maar juist in een bundel die de nodige handboekpretenties lijkt te hebben valt de zwakheid van de algemene tekst des te meer op.

Een ander probleem is dat maar heel summier wordt ingegaan op de zeer omvangrijke theoretische en onderzoeksliteratuur over stedelijke armoede in de ontwikkelingslanden op het terrein van de ontwikkelingssociologie en antropologie. Reeds in 1966 publiceerde M. Clinard bijvoorbeeld zijn *Slums and Community Development*, maar dat boek wordt hier niet geciteerd, terwijl de betreffende benadering wel de nodige aandacht krijgt. Het is te hopen dat zij die zich in de toekomst met stedelijke PHC gaan bezighouden, en dat zal ongetwijfeld meer dan nu het geval zijn, daarbij een brede, multidisciplinaire benadering volgen.

Ten slotte ontbreken er belangrijke onderwerpen in het boek. Reeds in het voorwoord wordt erop gewezen dat bedrijfsgezondheidsproblemen en de financiering van stedelijke PHC niet worden behandeld. Met name in het eerste geval is dat nogal pijnlijk, omdat het hier een heel kenmerkende sector van de stedelijke problematiek betreft.

De gezondheidsproblemen van de niet-westerse steden en de mogelijke oplossingen daarvoor liggen over het algemeen nogal ver af van die welke prevaleren in de rijke landen. Toch is er wel een aansluitingspunt te vinden, namelijk daar waar de stedelijke overheid probeert om de problematiek op een omvattende wijze aan te pakken. Dit is ondermeer het geval in Mexico City, Addis Abeba en Calcutta. Vergelijkingen met de stadsplanning die daar wordt ondernomen werpen misschien een ander én helderder licht op hetgeen zich in onze steden voltrekt, waar in dat opzicht wellicht de wet van de remmende voorsprong geldt.

Pieter Streefland



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

PATIËNTENVOORLICHTING

een interdisciplinaire benadering

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

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

HANDBOEK GEZONDHEIDSETHIEK

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

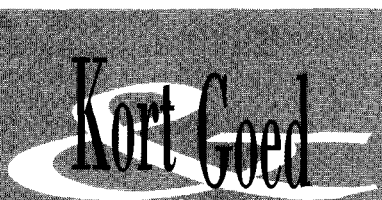
Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgevers, drukkers

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846





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

Ondernemingsraden

Het scholingsinstituut FNV zal in de maanden oktober en november verschillende cursussen organiseren voor ondernemingsraden in de gezondheidszorg. Een themacursus voor *ondernemingsraadsleden in de gezinszorg* wordt georganiseerd op 4, 5 en 6 oktober. In deze cursus zal worden ingegaan op een aantal actuele ontwikkelingen in de gezinszorg, zoals de overgang naar de AWBZ, de gevolgen van de plannen van de commissie-Dekker en de toekomst van de gezinszorg. De rol van ondernemingsraden in deze ontwikkelingen zal centraal staan. Een *themacursus over positieve actie en discriminatie van etnische groepen* of sociaal beleid artikel 28,2 van WOR in de Welzijns- en Gezondheidssector wordt georganiseerd op 23, 24 en 25 oktober. De inhoud van deze cursus is erop gericht te kijken hoe medezeggenschapsorganen positieve actie binnen het personeelsbeleid en sociale beleid van instellingen kunnen aankaarten en hoe aan positieve actie vormgegeven kan worden.

Op 20, 21 en 22 november wordt een cursus georganiseerd met als thema: *automatisering voor oeleden in de intramurale sector*. In deze cursus komen aan de orde de invloeden van automatisering op de werkplek en de invloed van ondernemingsraden op het automatiseringsproces.

Informatie over deze cursussen is mogelijk bij het Scholingsinstituut FNV, Vormingscentrum A.C., de Bruyn in Doorn, telefoon 03438-15244.

Patiëntenbeleid

In oktober van dit jaar zullen twee bibliografieën verschijnen over patiëntenbeweging en patiëntenorganisaties, en over patiëntenparticipatie. Werkgroep 2000, het adviescentrum voor patiëntenorganisaties, en het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform hebben het voornemen regelmatig over nieuwe onderwerpen bibliografieën uit te geven, onder andere over klachtregelingen en jurisprudentie, over thuiszorg in patiëntenperspectief en over patiëntenvoorlichting door patiëntenorganisaties. Het is mogelijk zich op deze serie te abonneren, of om losse nummers te bestellen. Bij een abonnement betaalt u f 8,- per nummer, voor losse nummers f 10,-. Voor nadere informatie of voor aanvraag van een abonnement kan men terecht bij Werkgroep 2000, Postbus 1538, 3500 BM Utrecht, tel. 030-341963.

Vrouwen gezondheid

In het kader van het veelbesproken bevolkingsonderzoek naar borstkanker, is

het van belang te weten dat er ook een andere methode is om mogelijke borstafwijkingen te ontdekken: het borstzelf-onderzoek. Het vrouwengezondheidscentrum Aletta heeft onlangs een nieuwe folder uitgebracht met als titel *Borstzelf-onderzoek, een handleiding*. De folder is geschreven door M. Dettingmeijer en M. Holthuis en is verkrijgbaar in de (vrouwen)boekhandel of door overmaking van f 2,20 (f 1,- + porto) op gironummer 5289687, ten name van vcc-brochures, onder vermelding van Borstzelf-onderzoek en de informatiebron van deze aankondiging.

Tevens heeft het Vrouwengezondheidscentrum de folder *Publikaties over vrouwen en gezondheid* opnieuw uitgebracht. Deze folder geeft een overzicht van brochures, boeken en andere publikaties, en is gratis te bestellen bij het Vrouwengezondheidscentrum, Maliesingel 465, 3581 BM Utrecht, telefoon 030-312850.

Hormoonpreparaten

Onlangs presenteerde het Vrouwen en Geneesmiddelen Project van de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) het boek *Vruchtbare markt, vrouwen, menstruatie en het medische bedrijf* van L. Wolffers, A. Hardon en J. Janssen. Het boek behandelt de ontwikkelingen rondom de hormoonpreparaten Estrogeen Progesteron (EP). Het verschijnen van het boek luidt de actie in: 'EP middelen van de markt, zwangerschapstesten op de markt'.

Deze middelen werden tot in de jaren zeventig in westerse landen als zwangerschapstest gebruikt. Na een waarschuwing van de WHO voor mogelijke schadelijke gevolgen voor het ongeboren kind, verviel de toepassing als zwangerschapstest. Op dit moment zijn EP-middelen op grote schaal beschikbaar in de Derde Wereld en genieten daar onterechte populariteit als abortusmiddel, als middel bij het uitblijven van de menstruatie en als zwangerschapstest. Inlichtingen over het boek en over de actie zijn mogelijk bij WEMOS, Vrouwen en Geneesmiddelen Project, Postbus 4263, 1009 AG Amsterdam, tel. 020-6653115.

Symposium verpleegkundige zorg

'Verpleegkundige zorg, nu en in de toekomst' is het thema van een symposium dat op 1 november georganiseerd wordt door de Stichting Profiel, Noordelijk Platform voor Verpleegkundige beroepsontwikkeling. Centraal staat de samenwerking tussen het politiek, professioneel denken en marktdenken enerzijds en de ontwikkelingen binnen het verpleegkundig beroep nu en in de toe-

komst anderzijds.

Aan het symposium is een prijsvraag verbonden. Men wordt uitgenodigd om zijn of haar visie op het thema gestalte te geven in de vorm van een videopresentatie, poster, maquette etcetera. Inzendingen worden op het symposium gepresenteerd en beoordeeld.

Het symposium vindt plaats in het Biologisch Centrum, Kerklaan 30, Haren (bij Groningen) van 13.30-21.00 uur. De kosten voor deelname bedragen f 95,- per persoon (studenten f 55,- en donateurs f 75,-). Informatie en aanmeldingsformulieren zijn aan te vragen bij Profiel, Postbus 4057, 9701 EB in Groningen, tel. 050-251025 (na 18.00 uur).

Congres VIDO

De landelijke organisatie Vrouwen In de Overgang (VIDO) organiseert op 25 oktober een congres onder de titel 'Medicalisering in de overgang: wie wordt er beter van?'. Dit gebeurt vanwege het IS-jarig bestaan van deze organisatie. VIDO wil aandacht voor de vaststelling van het misverstand dat overgang geen ziekte is, maar een natuurlijk verouderingsproces dat voor de meeste vrouwen zonder moeilijkheden verloopt. Het programma bestaat onder meer uit een paneldiscussie onder leiding van Ageeth Scherphuis, een bijdrage van Heleen Crul, workshops en een informatiemarkt.

Het congres vindt plaats in de Reehorst te Ede. Deelnameprijs is f 35,- voor Vivodvrouwen en f 55,- voor hulpverleners. Deze bedragen zijn inclusief koffie, lunch, thee en congresmap. Informatie of aanmelding is mogelijk bij Stirnio, Den Bommel 2A, 4194 TZ Meteren, telefoon 03456-844.

Gezond bewegen en arbeid

De Stichting Ergonomie en Gezond Bewegen (EGB) heeft een aanbod op het gebied van training en instructie gericht op gezondheid in relatie tot arbeid. De EGB is op 3 december 1987 opgericht met subsidie van het ministerie van wvc. De EGB-instructie wordt zoveel mogelijk binnen de arbeidssituatie uitgevoerd, naast een algemene toelichting op de risico's voor klachten aan het bewegingsapparaat, worden specifieke vaardigheden ter preventie van deze klachten aangeleerd. De EGB werkt met instructeurs, die gespecialiseerd zijn in het observeren en beoordelen van arbeidshoudingen en -bewegingen en de vertaling hiervan naar training en instructie.

Een brochure van de EGB is aan te vragen bij EGB, antwoordnummer 1500, 5060 VH Diessen, tel. 04254-2201.

Symposium medische ethiek

De Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde organiseert een symposium in het kader van haar najaarsvergadering op zaterdag 28 oktober met als titel 'Grenzen aan de medische ethiek?'. Tijdens de ochtendsessie staat een anoniem grootschalig bevolkingsonderzoek centraal, met name het concrete debat rond het AIDS-onderzoek. Tijdens de middagsessie komt het functioneren van medisch-ethische commissies aan de orde.

Het symposium vindt plaats van 10.00 tot 16.00 uur in het Academieggebouw Rijksuniversiteit Utrecht, aan het Domplein. Niet-leden van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde kunnen zich opgeven door vóór 14 oktober f 10,- over te maken op gironummer 193201 van de VFG te Nijmegen. Informatie is mogelijk bij de Interfacultaire Werkgroep Filosofie & Geneeskunde, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, telefoon 010-4081111.

Effectiviteit GVO

Van 13 tot en met 15 december vindt in het congrescentrum De Doelen te Rotterdam de Eerste Europese Conferentie over effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (ovo) plaats. Dit congres is een gezamenlijk initiatief van het Landelijk Centrum GVO als 'collaborating centre' van de World Health Organization (WHO) in Utrecht en de GGD van Rotterdam. Doel van het congres is om internationale ervaringen en resultaten van onderzoek met betrekking tot effectiviteit van voorlichtingsprogramma's uit te wisselen. Centraal daarbij staat de vraag wat communicatie- en voorlichtingsprogramma's, gericht op bevordering van gezond gedrag, effectief en succesvol maakt.

De deelnemersbijdrage is f 810,-. In deze prijs is een congresboek met de teksten van inleidingen en presentaties, toegang tot de programma-onderdelen, een uitnodiging voor de welkomstreceptie, alle lunches en het congresdiner inbegrepen.

Informatie is mogelijk bij het Congresbureau CARE, Statenlaan 24, 2582 GM Den Haag, tel. 070-514940/500103.

Ayurveda

Uit onderzoek naar knelpunten in de gezondheidszorg voor migranten in de Rotterdamse wijk Bospolder-Tussendijken is naar voren gekomen dat de eigen traditionele hindoe geneeskunde, de ayurveda-geneeskunst, belangrijk is voor migranten uit de Hindoeaanse bevolkingsgroep. Het boekje *Ayurveda, traditionele hindoe geneeskunde en basisgezondheidszorg*, een uitgave van de

Stichting Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht onder redactie van Hans Spijker, besteedt aandacht aan deze vorm van traditionele geneeskunde. In het boekje ligt het accent op de huidige politieke en culturele plaats van ayurveda in het moederland van de Hindoeaanen, India. Tevens wordt aangegeven wat de betekenis van ayurveda kan zijn voor de hindoeaanse gemeenschap in Nederland en in de New Age-beweging.

Het boekje kost in de boekhandel f 15,90 en is te bestellen door overschrijving van f 19,- (inclusief verzendkosten) op gironummer 5540505 van de Stichting WGU te Utrecht, onder vermelding van de titel.

Nicaragua

'Bevolkingsparticipatie en gezondheid: hand in hand? De rol van hulporganisaties in gezondheidsprojecten in Midden-Amerika' is de titel van een symposium, dat op 14 oktober plaatsvindt. Het symposium wordt georganiseerd ter gelegenheid van het 5-jarig bestaan van NIKO, de Nicaragua Koschappen Groep. Deze groep bestaat uit medisch studenten, die in het kader van een samenwerking tussen de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Nicaraguaanse ministerie van Volksgezondheid een tijd werkzaam zijn in de basisgezondheidszorg in Nicaragua. Het symposium valt tevens binnen de door het samenwerkingsverband 'Tien jaar naast Nicaragua' georganiseerde campagne. De tijdens het symposium ter discussie staande projecten zijn deze die ten goede komen aan de volksgezondheid, de zogenaamde 'gemeenschapsontwikkelingsprojecten', waarbij de ondersteuning van volksorganisaties vooropstaat.

Het programma bestaat uit lezingen en deelname aan workshops naar aanleiding van vooraf geformuleerde stellingen. Het symposium vindt plaats in de Aula, Comeniuslaan 2 in Nijmegen. Inschrijving is mogelijk door overschrijving van f 25,- (studenten en anderen met een minimuminkomen f 15,-) op gironummer 342367 ten name van D. Verneer, rekening Stichting NIKO te Nijmegen onder vermelding van inschrijving.

Informatie is mogelijk bij de Stichting NIKO, C. Penninx, Daalseweg 217, 6521 GJ Nijmegen, telefoon 080-223949.

Europa na 1992

Aan de Erasmus Universiteit Rotterdam wordt op 16, 17 en 18 oktober een Europees interdisciplinair congres gehouden, getiteld 'Health Care in Europe after 1992'. Doel van dit congres is om de consequenties van de eenwording van de Europese markt voor de gezondheidszorg in al zijn facetten te bestuderen. Bij

de voorbereiding van het congres zijn verschillende Europese organisaties en experts uit alle EG-lidstaten betrokken. Onderwerpen die in plenaire sessies of workshops ter discussie komen, zijn onder andere het belang van de eenwording van de Europese markt, concurrentievormen, de farmaceutische industrie, het verzekeringswezen, de diversiteit in gezondheidszorgsystemen en de vraag hoe de integratie na 1992 zal verlopen. Nadere informatie over het congres en over deelname is mogelijk bij de Erasmus Universiteit Rotterdam, Congresbureau, Drs. M.C. Vos-Maan, secretaris van het congres, Kamer E 02-32, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, telefoon 010-4081098.

Samenwerking

Bij de Stichting O&O (van het Nederlands Huisartsen Instituut), een landelijk ontwikkelings- en ondersteuningsinstituut voor huisartsen en eerstelijnszorg, zijn diverse uitgaven verschenen voor samenwerking tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn.

Het Werkboek voor farmacotherapie-overleg biedt informatie over mogelijkheden tot start of verbetering van samenwerking op lokaal niveau tussen huisarts en apotheker. Het werkboek is tot stand gekomen op basis van ervaringen uit de praktijk met groepen huisartsen en apothekers.

Brochure over starten van samenwerking tussen huisarts en specialist. De ervaring met het initiëren en opzetten van samenwerking leert dat aan tal van voorwaarden voldaan moet worden, wil het initiatief kans van slagen hebben. In de genoemde brochure wordt hierop verder meegedaan.

Tevens zijn de eerste twee boeken van een reeks van vijf verschenen over samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut.

Meer informatie over deze uitgaven is mogelijk bij Lilian Kolker, Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht, telefoon 030-332113.

Doodstraf vereist 'neen'

Medische beroepsgroepen en ook uitgezonden Nederlandse hulpverleners kunnen worden betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van de doodstraf. In honderd landen wordt de doodstraf nog toegepast, hetgeen, voor zover bekend, in 1988 leidde tot 1240 doodvonnissen en 1903 executies.

De Nederlandse Johannes Wier Stichting voor mensenrechten en gezondheidszorg organiseert op 8 december een symposium met als titel 'De doodstraf vereist een "NEEN" vanuit de gezondheidszorg.' Dit in het kader van de wereld-

wijde actie van Amnesty International tegen de doodstraf.

Tijdens dit symposium zal inzicht gegeven worden in de problematiek en zullen enkele grote Nederlandse beroepsorganisaties gevraagd worden om hun visie hierop te geven.

Het symposium vindt plaats in het Ziekenhuis Overvecht te Utrecht van 13.30 tot 17.30 uur. Deelname aan het symposium is gratis. Nadere informatie is mogelijk bij de Johannes Wier Stichting, Postbus 62, 4450 AB Heinkenszand, telefoon 01106-3768.

Epilepsiedag

In het Nationaal Sport Centrum Papendal in Arnhem wordt op 17 november 1989 een epilepsiedag georganiseerd door de Nederlandse Liga tegen Epilepsie. Het thema is 'epilepsie en sport'. Het ochtendprogramma heeft een wetenschappelijk karakter, met verschillende onderwerpen, zoals epilepsie en trauma, sportbelasting en aanvalsomstandigheden. Het middagprogramma heeft een praktische opzet: er zal een handleiding voor de belangrijkste vormen van sport gegeven worden.

Informatie over deze dag is te verkrijgen bij de Nederlandse Liga tegen Epilepsie, Koningslaan 19, 3583 GD Utrecht, telefoon 030-520614.

Landelijke Vereniging Thuiszorg

Het bestuur van de Nationale Kruisvereniging en het Dagelijks Bestuur van de Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging hebben op woensdag 16 augustus overeenstemming bereikt over de gezamenlijke oprichting van een landelijke 'Vereniging voor Thuiszorg' in april 1990. Het bestuur van de nieuwe vereniging zal worden samengesteld door geledingen van het kruiswerk en de gezinsverzorging.

De vereniging moet het beleid ontwikkelen dat leidt tot verdere optimalisering van de samenwerking tussen instellingen voor gezinsverzorging en kruiswerk, zodat de zorg voor de mensen thuis wordt verbeterd.

De oprichting van deze vereniging is een van de eerste stappen die moet leiden tot een integratie op alle niveaus tussen kruiswerk en gezinsverzorging. De definitieve besluitvorming hierover volgt in de herfst van dit jaar.

Congres over verslavingszorg

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) is gestart met de voorbereidingen voor een groot landelijk congres over de huidige Nederlandse verslavingszorg en de toekomst hiervan.

Het congres gaat heten: 'Verslavingszorg, een apart vak'. Het wordt door het NcGv georganiseerd in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad, de Commissie Gezamenlijk Overleg Drugshulpverlening, de Nederlandse Vereniging voor Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs en het Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen.

Het congres zal plaatsvinden op 16 maart 1990 in Congrescentrum 'De Reehorst' te Ede (op loopafstand van het station).

Sprekers zijn onder andere: Prof. drs. J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid, ministerie van WVC; Prof. dr. P. Schnabel, NcGv en Rijks Universiteit Utrecht; Drs. C. Goos, World Health Organization, Kopenhagen en Dr. J.A. Walburg, directeur Jellinekcentrum Amsterdam.

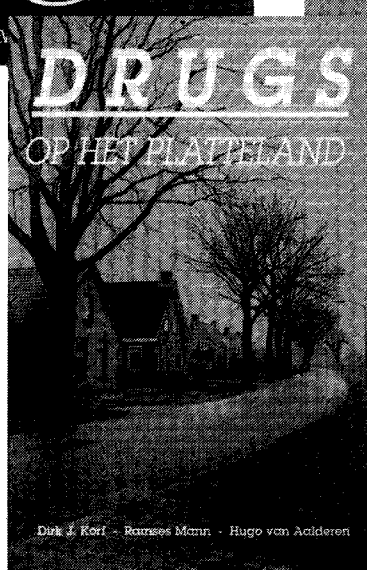
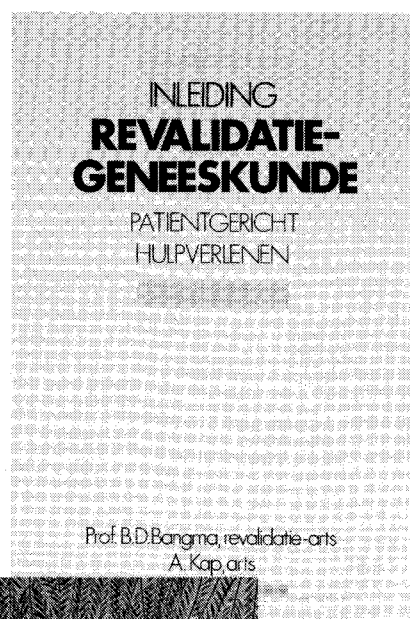
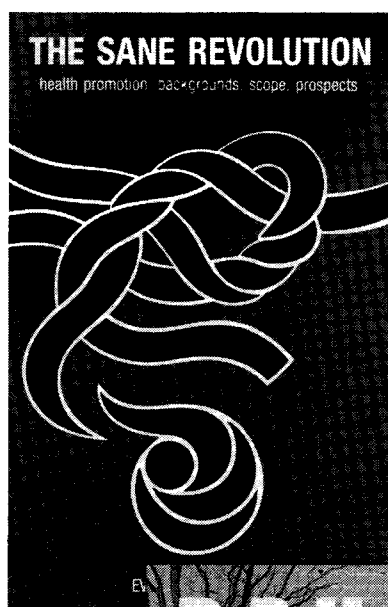
Inlichtingen zijn te verkrijgen bij drs. J. Derks of mevrouw D. Admiraal, NcGv, Postbus 5103, 3502JC Utrecht, tel. 030-935141.

(Aankondiging)

TGP verhuist per 1 oktober '89. Het bezoekadres wordt Damrak 28, 1012 LJ Amsterdam.

Het postadres - waar de bijdragen voor artikelen en dergelijke naar toe moeten - wordt: Postbus 19079, 1000 GB Amsterdam.

Aankondigingen en berichten voor Kort & Goed moeten net als voorheen naar de postbus in Utrecht gestuurd worden, ter attentie van Kort & Goed, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.



THE SANE REVOLUTION

Health promotion: backgrounds, scope, prospects

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

DE ONTWIKKELING VAN HET KIND

NC. 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. Korf, Hugo van Aalderen, RamsesMann

150 blz. paperback f 29,50

GEZOND ZIJN IS OUDER WORDEN

Redactie: J.J.E. Schroot, A. Boum, G.P.A. Braam, A. Groeneveld, D.J.B. Ringoir, e.J.J. Tempelman
454 blz. paperback f 49,50

REVALIDATIE-GENEESKUNDE

Methodologie en praktische uitvoering
prof. B.D. Bangma
m.m.v.R. Pompe en ir. e.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

