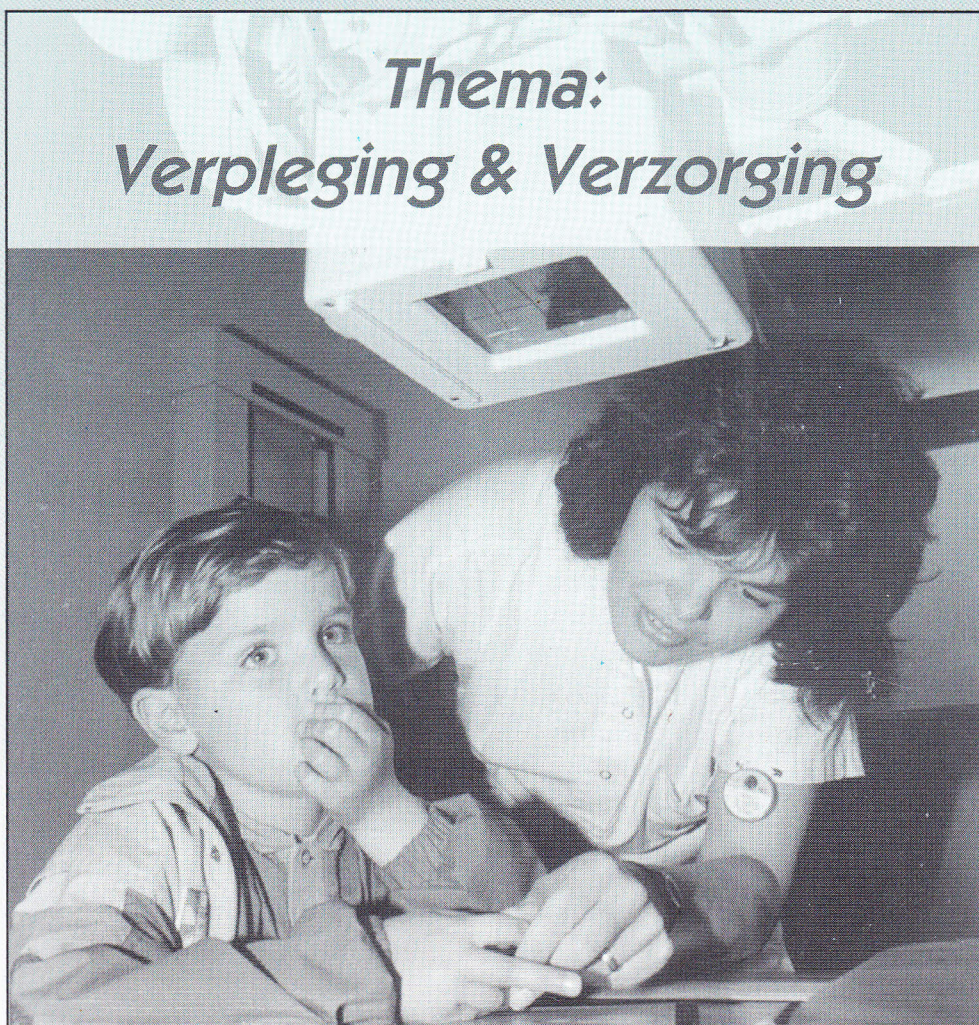


TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 9
NR. 6/ NOV. 1991

Thema:
Verpleging & Verzorging



Het artsenberoep moet vrouwvriendelijker worden

Zijn de grenswaarden voor chemische stoffen wel streng genoeg?

Medicijnenlobby bemoeit zich met onderzoek

Debat over vrouwenstudies en het vrouwenlichaam (slot)

'N INVESTERING VOOR HET LEVEN.



Vaak worden onze medemensen in de Derde Wereld vergeten. Ondanks foto's in kranten en beelden op de televisie. In Oost-Afrika vecht AMREF/Vliegende Dokters voor de gezondheid van duizenden mensen. Zij voegen de daad bij het woord en komen in actie. Hun gezondheidsprogramma is omvangrijk en veelzijdig. Voorlichting, onderzoek en ziekenbezoek zijn daar voorbeelden van.

U begrijpt dat daar geld voor nodig is. Veel geld. Want de nood is hoog. Uw persoonlijk bijdrage is relatief laag. Zo is bijvoorbeeld de prijs van een vaccin per kind, niet hoger dan die van 'n pakje sigaretten of een kopje koffie met gebak.

Daarom vragen wij ook aan u om een donatie op girorek. 487600 of banknummer 707070457 t.n.v. AMREF/Vliegende Dokters. Dan doet u een investering voor het leven. Steun onze artsen en dus de kinderen van Oost-Afrika. Voor meer informatie, bel of schrijf dan naar: AMREF/Vliegende Dokters, Jan van Brakelplantsoen 5, 2253 TD Voorschoten. Telefoon: 071-762480.



ZE KENT IEDEREEN UIT DE BUURT, MAAR ZOU GRAAG WAT LIEFDE KRIJGEN.

Sommige kinderen kom je overal tegen. Kinderen die de straat op hun duimpje kennen. Bij iedereen over de vloer komen. Maar zich nergens thuis voelen. Omdat niemand tijd voor ze heeft. Omdat ze iedereen voor de voeten lopen. Omdat ze nergens de warmte vinden waar thuis zo'n schrijnend gebrek aan is. Kinderen waarvan de ouders wel iets anders aan hun hoofd hebben, dan de opvoeding van hun kind. Ouders die zelf ook niet voor het geluk geboren zijn. En hun eigen problemen nauwelijks de baas kunnen. Iets staan hun kind liefde kunnen geven.

De Stichting Europa Kinderhulp trekt zich 't lot van deze kinderen aan. Kinderen van 6 tot 13 jaar. Uit West-Duitsland, Frankrijk, Nederland, Noord-Ierland, Engeland en Oostenrijk. Kinderen uit krottenwijken en buurten met weinig speelruimte. Kinderen uit gezinnen die krap behuist zijn. Waarvan de ouders er onderdoor dreigen te gaan door bijvoorbeeld ziekte of financiële problemen. Maar ook kinderen die materieel gezien niets tekort komen, maar om aandacht en begeleiding vragen.

De Stichting Europa Kinderhulp wil ze laten kennismaken met een wereld vol warmte en genegenheid. De wereld waarin wij wonen. Daarvoor zoeken we gastgezinnen. Ouders die over voldoende begrip en voorrol geduld beschikken om zo'n kind voor enkele weken in huis te nemen.

Dit werk kost geld. Daarvoor zijn we volledig afhankelijk van u. U kunt door een storting op onderstaand gironummer laten merken, dat het lot van deze kinderen u niet koud laat. Bezorg ze de vakantie van hun leven. Eén van de weinige leuke dingen uit hun bestaan. STICHTING EUROPA KINDERHULP **Sja**

**BEZORG ZO'N KIND
DE VAKANTIE VAN HAAR LEVEN. GIRO 9662.**

T.n.v. Stichting Europa Kinderhulp, Krimpen o/d IJssel



Foto: Landsatbildstelle Berlin

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 4
NR. 6 - NOV. 1991

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek
is het officiële orgaan van de Stichting
Gezondheid en Politiek.

Versijnt 1 x per twee maanden

ISSN 0167-8647

Uitgever:

Louwers Uitgeversorganisatie B.V.,
Wilhelminasingel 163
Postbus 249, 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Redactie:

Thea Dukkens van Emden, Gerard
Goudriaan, Beatrijs Jansen, Annemiek
Meinen, Frans van der Pas, Aase
Riemann, Sonja Schmidt, Lidy Schoon,
Bas Sebus, Hetty Vlug.

Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenberg, Hans Blaauwbroek,
Adri van de Bom, Martien Bouwmans,
Maarten Evenblij, Maria Hermesen, Joost
van der Meer, Annemarie Mol, Bart
Lammers, Evelyne de Leeuw, Arko
Oderwald, Sigrid Sijthoff, Hans Spijker,
Richard Starmans, Marco Strik,
Gabriëlle Verbeek, Janneke van Vliet,
Marjon van Weersch,
Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

Bijdragen zenden aan het redactieadres.

Aanwijzingen voor auteurs op
aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Bijdragen voor de rubriek
Signalementen ook naar het
redactieadres zenden.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging
en adreswijzigingen uitsluitend
schriftelijk doorgeven aan: de uitgever.

Abonnementsprijzen per jaar:

Bedrijven / instellingen hfl. 110,-
Particulieren hfl. 75,-

Foto omslag:

't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer
AbvaKabo (Ron Jenner)

Vormgeving:

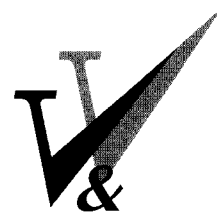
/010 - Grafisch Ontwerp buro
Postbus 249, 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
Louwers Uitgeversorganisatie B.V.
Telefoon 04950 - 41203

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of
vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de
uitgever of zonder bronvermelding

INHOUD

Thema: Verpleging & Verzorging



2 Redactioneel

4 Johan Lambregts

Niet alleen de bedden opmaken, ook de lakens uitdelen

7 Ireen van Engelen

Waar vind je nog een goede ziekenverzorgende

10 Marjolein Moree & Jantine Oldersma

Gezinsverzorging: de onderkant van de zorgverlening

14 Arie Visser

De vakbeweging in de gezondheidszorg

Vechten voor geld en beter werk

17 Keuzen in de zorg

- column -

18 Metienna Leemeijer

Het artseneroep moet vrouwvriendelijker
gemaakt worden

21 HET DEBAT

VROUWENSTUDIES EN HET VROUWENLICHAAM

Klasien Horstman

Welke plaats voor het lichaam?

24 Paul Ulenbelt

Grenswaarden voor chemische stoffen
en gezondheidsbescherming

Een pleidooi voor het wijzigen van een uniek systeem

27 Medicijnenlobby en patiëntenvereniging

- column -

28 Thea Dukkens van Emden

'Gezondheidszorg is er voor iedereen'

Interview met Louise Gunning, hoogleraar Sociale Geneeskunde

30 Boeken

De dood als medisch probleem
Stad en gezondheid

32 Signalementen

VERPLEGING & VERZORGING

REDACTIONEEL

Sinds enige jaren bestaat er een groot tekort aan verplegenden en verzorgenden. Vooral in de Randstad hebben instellingen problemen met het werven van nieuw personeel. Op dit moment wordt om deze mensen een ware veldslag geleverd. Aantrekkelijke advertenties en soms zelfs een som gelds voor degene die een nieuw personeelslid aanmeldt, zijn de wapens die worden ingezet. Voor een individuele instelling misschien een effectief middel, voor de sector verpleging en verzorging in zijn geheel lost dit niets op. Daar is meer voor nodig. Wat dat zou kunnen zijn, komt aan de orde in dit themanummer, waarin de achtergronden worden belicht van de huidige arbeidsmarktproblematiek van verplegenden en verzorgenden in de Nederlandse gezondheidszorg.

Al na de Eerste Wereldoorlog waren er problemen met het krijgen van verzorgend personeel.¹ In de jaren daarna waren er wisselende perioden, soms met personeelstekorten en soms met overschotten.

Bestond er in het verleden bij personeelstekorten nog een reserve aan potentiële arbeidskrachten, zoals getrouwde vrouwen, thans is deze reserve veel minder. Door de ontgroening van de bevolking en de toename van het aantal hulpbehoevende ouderen krijgt het tekort aan verplegenden en verzorgenden een sterk structureel karakter.

Het hoge ziekteverzuim van verplegenden en verzorgenden verergert nog het personeelstekort. Ireen van Engelen noemt in haar artikel over de positie van de ziekenverzorgenden op de arbeidsmarkt een ziekteverzuim van 15,6% in de Amsterdamse verpleeghuizen met op sommige afdelingen uitschieters tot 40 à 50%.

De schaarste aan verplegend en verzorgend personeel leidt tot tal van maatregelen die de werkdruk beogen te verminderen en het imago van de verplegende en verzorgende beroepen te verbeteren. Nadruk ligt hierbij op de pogingen om bij de schoolverlaters interesse te wekken voor een baan in de verpleging en verzorging. Het traanverwekkende avondje Avro *Wie zorgt die leeft*, omlijst met stemmige muziek en in pastelkleuren getoonzet, lijkt hieraan niets te hebben bijgedragen. Trouwens, imagoverbetering alleen is geen oplossing. De massale acties in 1989 van verpleegkundigen en verzorgenden hebben een aantal problemen van deze beroepsgroep duidelijk onder de aandacht gebracht. Het bleek dat achter de term werkdruk een complexe problematiek schuilgaat die niet alleen te maken heeft met een gebrek aan formatieplaatsen, maar ook met gevoelens van maatschappelijke onder-

waardering en onmacht om hiervoor oplossingen te vinden.

Deze onvrede was, niet voor de Tweede Kamer, maar wel voor de Eerste Kamer, een belangrijke reden om bij motie te pleiten voor een commissie van onafhankelijke deskundigen om te adviseren over oplossingen voor de problemen in de verpleging en verzorging. Daarop stelde staatssecretaris Simons de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende in, beter bekend als de commissie- Wemer.

Het rapport van deze commissie, dat in juni van dit jaar 'verscheen', geeft voor de eerste keer in de geschiedenis van de verpleging en verzorging, een analyse van de grote en nijpende problemen waarmee 'verzorgend Nederland' te kampen heeft. Na een uitvoerige analyse van de problemen worden 21 aanbevelingen gedaan, gericht aan alle partijen die rechtstreeks bij de verpleging en verzorging zijn betrokken: de beroepsgroep zelf, de over-

zieken verzorgende en geeft daarbij een heldere beschrijving van de specifieke problemen die ziekenverzorgenden in hun werk tegenkomen.

Marjolein Moree en Jantine Oldersma gaan ook op deze beroepsgroep in. Zij geven in hun artikel 'Gezinsverzorging: de onderkant van de zorgverlening' een analyse van de problematische arbeidsomstandigheden van gezinsverzorgenden. Tevens schetsen zij een alternatieve visie op zorg en professionaliteit, die voor verplegenden en verzorgenden interessante perspectieven biedt.

Deze twee artikelen geven tevens duidelijk aan hoe het etiket 'vrouwenberoep' bepalend is voor de ontwikkeling van de arbeidsomstandigheden in een dergelijk beroep.

AbvaKabo en CFO zijn de twee niet-beroepsgebonden vakbonden waarbij verplegenden en verzorgenden zich kunnen aansluiten. De nieuw opgerichte vakorganisatie NU'91, die alleen de verpleging en verzorging organiseert, probeert met een nieuw elan te concurreren met deze twee relatief grote vakbonden.

Een beoordeling van NU'91 is nog niet te geven. De herinneringen echter aan een professioneel opgezet en ontroerend congres op 6 september, waar de nieuwe organisatie zich in aanwezigheid van een duizendtal verplegenden en verzorgenden presenteerde, zijn nog levend.

Veel verpleegkundigen en verzorgenden vinden het moeilijk te kiezen tussen een brede, niet specifiek op de beroepsgroep gerichte, vakbond als de AbvaKabo en een categorale beroepsvereniging c.q. vakorganisatie als NU'91. Arie Visser schetst als kaderlid van de AbvaKabo zijn persoonlijke visie op het onderwerp en geeft daarbij aan wat de bond in de komende jaren kan doen voor de verplegende en verzorgende beroepsgroep.

De medisch socioloog Tijmstra heeft in het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek van juli 1991 zijn pessimisme geuit over de ontwikkeling van de zorgberoepen in de toekomst. De eenzijdige positieve waardering voor wetenschap en technologie heeft volgens hem ertoe geleid dat 'zorgen' maatschappelijk laag gewaardeerd en beloond wordt en dat een taak als 'zorgen voor de ander in het gedrang komt'. Volgens Tijmstra is daardoor het voor-nemen om één op de zes jongeren te rekruteren voor de verpleging en verzorging niet realistisch.

De themaredactie is het hiermee eens. Als er op dit moment niet snel een begin wordt gemaakt met de uitvoering van de aanbevelingen



heid, de instellingen en organisaties in de gezondheidszorg en de advies- en beheersorganen.

Johan Lambregts zal in dit nummer dieper ingaan op de achtergronden van de acties van verpleegkundigen en verzorgenden en de betekenis van het rapport-Wemer.

Verplegenden en verzorgenden komt men tegen in verschillende soorten instellingen en op verschillende niveaus. Taken en functies lopen uiteen en zelfs voor insiders in de gezondheidszorg is het moeilijk om er zicht op te krijgen. Een belangrijk gevolg daarvan is een verwarring scheppende beeldvorming van een gefragmenteerde beroepsgroep en hierdoor grote problemen om efficiënt en eenduidig de arbeidsmarktproblematiek te lijf te gaan.

Ireen van Engelen legt in haar artikel het verschil uit tussen een verpleegkundige en een



Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Foto: AbvaKabo (Ron Ieenner)

van de commissie- Werner - en daar ziet het er nu niet naar uit - is een oplossing op korte termijn van de personeelsproblemen in de zorgsector niet mogelijk.

De structurele minachting voor de verpleging en verzorging is hardnekkig. De afwezigheid van deze groep in het onderzoek van de commissie-Remmelink naar 'medische beslissingen rond het levenseinde' heeft bij veel verplegenden en verzorgenden kwaad bloed gezet. Het op zeer formele gronden vastgestelde besluit van minister Ritzen om in Utrecht en Groningen geen studierichting verpleegwetenschappen in te stellen, komt als *wrang over*. En bijna gênant was de vaagheid van staatssecretaris Simons op het congres van NU'91 over het bedrag van 350 miljoen dat werknemers bij het kruiswerk, de *gevincyfe-zing* en de bejaardenoorden in het kader van de functiewaardering nog te goed hebben. Even gênant als de aarzeling van de op het congres aanwezige vertegenwoordiger van de Nationale Ziekenhuisraad om in discussie te gaan over de voor- en nadelen van het door de commissie-Werner aanbevolen stafconvent in de instellingen.

Zoals Johan Lambregts terecht in zijn artikel stelt is het noodzakelijk dat verplegenden en verzorgenden leren onderhandelen en lobbyen en desnoods mensen aanstellen om dit voor hen te doen. Daarnaast zouden de vakbonden en vakorganisatie zo snel mogelijk op één lijn

moeten gaan zitten en beleidmakers, zorgverzekeraars, artsen en patiënten laten ontdekken dat het bereiken van een kwalitatief volwaardige zorg kansloos is, als de mogelijkheden voor verplegenden en verzorgenden ontbreken om hieraan een bijdrage te leveren. Want, zoals de commissie- Werner stelt: 'Maatregelen gericht op kostenbeheersing en stelseldiscussies alleen kunnen de honderdduizenden verpleegkundigen en verzorgenden niet gemotiveerd houden om dag in dag uit, 24 uur per dag, 7 dagen in de week geïnspireerd door te gaan met het verzorgen van patiënten en andere hulpbehoevenden. Hoe fraai het nieuwe stelsel voor de *gezondheidszorg* ook moge worden, als er niet meer voldoende en goed opgeleide mensen zijn die in deze sector willen werken, dan zal het eindprodukt van dat nieuwe stelsel toch ernstig te kort blijven schieten.'

Diegenen die vanwege de slechte arbeidsomstandigheden in de jaren tachtig gillend het vak hebben verlaten, vinden in het doordachte rapport van de commissie-Werner een behoorlijke steun. De soapoperette van de Avro op 28 september daarentegen was met haar balletten, truttigheid en reclametrucs rondt een belediging. Een mooi vak als de verpleging en verzorging verdient beter.

Aase Riemann
Frans van der Pas

NOTEN

1. Cora van der Kooy, 'Hoge bomen vangen veel wind'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 4 nr 5, oktober 1986.
2. Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, *In hoger beroep. Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*, Rijswijk, 1991.
3. Tjeerd Tijmstra, 'Wij hebben in ieder geval alles geprobeerd. De dwang van de medische technologie'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 9 nr. 4, juli 1991.

NIET ALLEEN DE BEDDEN OPMAKEN, OOK DE LAKENS UITDELEN

Johan Lambregts

Wil het werken in de verpleging' een aantrekkelijk beroep zijn dat aanzien geniet en waar jonge mensen en herintreders graag gaan en blijven werken, dan zal er nu actie moeten worden ondernomen. Johan Lambregts ziet in het in juni 1991 verschenen rapport van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, beter bekend als de commissie-Werner, goede aanknopingspunten. Het zet op een rijtje wat er zou moeten gebeuren om de situatie voor de beroepsgroep te verbeteren. De aanbevelingen gaan over onderwijs, beeldvorming, personeelsbehoefte en honorering, maar ook over belangenbehartiging en beleidsinvloed. Maar bovenal zullen de verpleegkundigen en de verzorgenden van zich moeten laten horen en vakbonden en politici wakker schudden. De AbvaKabo slaat de plank nogal eens mis, aldus Johan Lambregts. Ze zijn te veel een bond voor iedereen in de gezondheidszorg. Hijzelf heeft zijn vertrouwen gezet op een krachtige beroepsorganisatie.

Bij een ongewijzigd beleid zal in het jaar 2000 15 tot 20% van het aantal vacatures van verpleegkundigen en verzorgenden niet bezet kunnen worden.' De knel zal vooral in de Randstad te merken zijn.'

Ook de opleidingsinstituten laten sombere geluiden horen. Door demografische ontwikkelingen zijn er steeds minder jongeren beschikbaar voor de diverse opleidingen in de verpleegkundige sector. Bovendien maakt een kwart van de mensen die aan het verpleegkundig onderwijs begint, deze studie niet af.' Van de schoolverlaters is de laatste jaren 10 tot 11% begonnen aan een verpleegkundige of verzorgende opleiding. Om tekorten te voorkomen zal dat in het jaar 2000 14,6% moeten zijn.

Het gemiddelde ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden, die werken in de intramurale sector, stijgt; in 1989 was dat 8,8%.³

Aan de andere kant valt op dat er steeds meer mensen in de verpleging en verzorging aan het werk zijn. Dit komt vooral doordat meer mensen part-time werken. De gemiddelde loopbaan van verpleegkundigen is 16 jaar; die van ziekenverzorgenden 9 jaar. Dat is langer dan vaak werd aangenomen.' Toch dragen deze positieve ontwikkelingen niet

voldoende bij om de dreigende tekorten op te lossen. Op dit moment zijn er 2,7% moeilijk te vervullen vacatures van verpleegkundigen en verzorgenden.'

'WERKEN MET MENSEN'

De belangrijkste drijfveer om in de verpleging of verzorging te gaan werken, is nog altijd het zorgen voor een ander. Dat maakt het werk aantrekkelijk, geeft voldoening en zin. Daarom beginnen velen aan de opleiding. Ik herinner me dat ik zelf als 17-jarige ging werken in de psychiatrie omdat 'ik wilde werken met mensen'. Helaas is de praktijk soms heel anders en bestaat er weinig gelegenheid om tegemoet te komen aan het ideaal van 'met mensen werken'. (Leerling)-verpleegkundigen raken gefrustreerd en afgestompt doordat ze hun idealen niet in de praktijk kunnen brengen.' Zij worden niet moe van het verzorgen van doodzieke mensen, maar van de werkomstandigheden.

Er is soms nog veel onduidelijkheid en discussie over wat verplegen is. Dat leidt tot een ongewenste onzekerheid, zowel voor de discipline zelf als ook voor anderen. De verpleging zoekt naar de grenzen van haar domein. Zij ontwikkelde zich van zeer somatisch gericht in de jaren vijftig naar meer begeleidings- en psycho-sociaal gericht in de jaren zeventig.

De verpleging is de laatste jaren gedwongen, met name door de medici, om haar domein (de care ofte wel zorg) los te laten en zich meer op de cure (behandeling) te richten. Zij heeft het zelf zover laten komen. Ook bij de verpleging scoort de glamour van de medische technologie, van spectaculaire en tot de verbeelding sprekende medische ingrepen, operaties en transplantaties soms hoger dan verzorging.

Maar we moeten ons niet blind staren op medische technologie. Eens worden we oud en gaan we allemaal dood. Velen van ons zullen straks als we oud zijn verpleegkundige zorg nodig hebben. Mede daarom moet het 'gewone' werk van verpleegkundigen en verzorgenden, namelijk de zorg, weer prioriteit krijgen.' Dan kan de verpleegkundige weer volop aandacht schenken aan de begeleiding van dementerende ouderen, de verpleging van chronisch zieken thuis en het verplegen van kwalitatief hoogwaardige lichamelijke zorg aan ernstig zieken.

Schrijnende voorbeelden van onvoldoende verpleegkundige zorg komen dan hopelijk ook weer minder voor. Zoals Jolanda Venema, die lange tijd als onhandelbaar werd beschouwd en naakt vastgeketend in een iso-

leercel moest verblijven. Ook de kwaliteit van verpleegkundige zorg aan demente bejaarden in verpleeghuizen blijkt ver onder de maat. De inspectie voor de geestelijke volksgezondheid constateert in haar laatste jaarverslag dat er demente bejaarden in verpleeghuizen overleden zijn door verstikking bij het eten.' Meer persoonlijke zorg zou dat (soms) kunnen voorkomen.

VOETVEEG

Er bestaat in instellingen te weinig waardering voor het werk van de verpleging, zowel van collega's als van de medici en de directies van de instellingen. De verpleging is nog te veel de voetveeg van de artsen en ze verandert zelf veel te weinig aan die situatie. Bij conflicten tussen medici en leidinggevendens delft vaak de verpleging het onderspit. Onvoldoende waardering is voor veel verpleegkundigen een reden om het vak te verlaten."

Waardering kan op vele manieren duidelijk gemaakt worden. De leidinggevendens spelen daarin een belangrijke rol. Dit wordt ondersteund door onderzoek. Ontevredenheid bij wijkverpleegkundigen met hun werk wordt in een hoge mate bepaald door een slechte relatie met de leidinggevendens.' Onderzoek onder operatieassistenten laat zien dat zij van hun leidinggevendens waardering missen, terwijl ze daar juist grote behoefte aan hebben. ¹⁰

Verplegen en verzorgen is een beroep met stress. Het is zware lichamelijke arbeid met onregelmatige werktijden. Verplegen is ook cyclisch werk: altijd gaat het werk door en nooit. is het af. Verplegen en verzorgen wordt financieel slecht gehonoreerd. Vergelijkingen met leraren in het onderwijs laten zien dat een met de verpleging vergelijkbare beroepsgroep f1500,- tot f2000,- bruto per maand meer verdient. Er valt dus nog heel wat actie te ondernemen om het beroep aantrekkelijk te maken en niet alleen te blijven teren op het onbaatzuchtige 'zorgen voor een ander'.

De waardering voor de verpleging moet stijgen, niet alleen door aanpassing van de honorering maar ook door de beroepsgroep serieus te nemen. Een voorbeeld hoe dat kan vormde in het voormalige Amsterdamse Wilhelmina Gasthuis de afdeling longziekten. Niet de meest aantrekkelijke afdeling. Het vraagt nogal wat om continu te werken met patiënten met longkanker of terugkerende astma. Dat verpleegkundigen hier toch graag werkten, kwam vooral door het

werkklimaat. De hoofdverpleegkundige speelde hierin een cruciale rol. Zij besteedde veel persoonlijke aandacht aan haar personeel, bewaakte de patiëntenzorg en zorgde voor een goede leerlingen begeleiding. Zij kende de persoonlijke omstandigheden van haar personeel, wist hun sterke en zwakke kanten en smeedde hen tot een hecht team. De verpleging werd er serieus genomen en artsen beseften dat zij bij deze ingewikkelde patiëntengroep niet zonder de verpleging konden.

ZIEKTEVERZUIM

Ziekteverzuim is fnuikend voor de sfeer op het werk en voor de kwaliteit van de zorg aan patiënten. De enige aanpak die echt werkt, is het nemen van maatregelen die het werk weer aantrekkelijk maken.

Een voorbeeld van een instelling die laat zien hoe dat kan, is Verpleeghuis Amstelhof in Amsterdam. Dat verpleeghuis kampte met een groot ziekteverzuim, niet in te vul-len vacatures en een te lage kwaliteit in de patiëntenzorg. Er ontstond een neerwaartse spiraal, die moeilijk kon worden gekeerd. Maar een simpele en doeltreffende aanpak zorgde voor verandering. Een weekendje 'op de hei' onder begeleiding van een trainer met een verpleegkundige achtergrond zorgde voor een versterking van de onderlinge band en het vertrouwen in elkaar van de verplegingsdienst.

Er werd een stafmedewerkster aangesteld, die aan de slag ging om een meer patiëntgerichte zorg per afdeling mogelijk te maken. Zij nam als uitgangspunt en voor inspiratie het model van de integrerende verpleegkun-de." Per afdeling analyseerde zij de problemen en gaf de noodzakelijke veranderingen aan om dit model in te voeren. Kern van de verandering is dat de ziekenverzorgenden niet langer meer verantwoordelijk zijn voor een aantal *taken*, maar voor een aantal *patiënten*. De ziekenverzorgenden, overig personeel en de bewoners werden hierbij intensief betrokken. Dagelijks hield zij contact met de afdelingen waar veranderingen doorgevoerd werden. Ze begeleidde de invoering van een nieuw patiëntendossier. Aan de ziekenverzorgenden werden patiënten toege-wezen.

Ook werden creatieve campagnes bedacht om personeel te werven. Zo ging men bijvoorbeeld naar de Huishoudbeurs om bezoekers te wijzen op de bestaande vacatures.

Na anderhalf jaar valt op dat ziekenverzorgenden meer werkplezier hebben en kritischer gaan nadenken over het eigen handelen. Het aantal onvervulbare vacatures van ziekenverzorgenden is gedaald van 43 naar 10 en het ziekteverzuim daalde van 20,6% naar 16,2%. Op uitzendkrachten wordt bespaard. Het meer continu aanwezige personeel kent de bewoners veel beter. Daardoor verbetert de kwaliteit van zorg. Opvallend is dat het managementteam verplegen en ver-



Opvangtehuis in Amsterdam Nieuw-West
Foto: Wim Sa/ls

zorgen benadert als datgene waar het om draait, in de organisatie en sterker nog, ze voorop hebben gesteld bij de veranderingen.

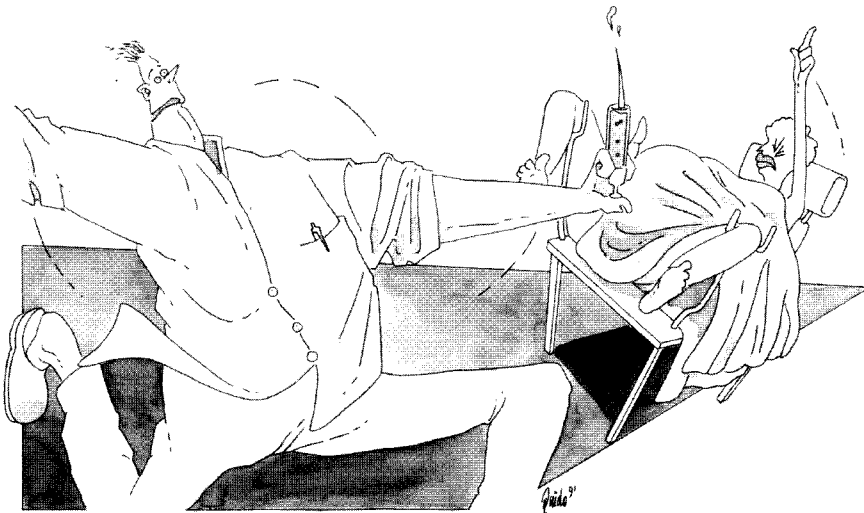
PROMOTIEMOGELIJKHEDEN

Voor de uitoefening van het verpleegkundig vak zullen meer mogelijkheden moeten worden geboden. Het werken als 'verpleegkundige aan het bed' moet een baan worden met promotiemogelijkheden. Dat is goed mogelijk door middel van specialisaties en het opbouwen van specifieke deskundigheden. Daarbij horen verantwoordelijkheden, bevoegdheden en een passende honorering. Bij dat alles zal de verpleging moeten worden erkend als een zelfstandige discipline. In de instellingen zal het verpleegkundig gehalte van het management verhoogd moeten

worden en de verpleegkundig directeur weer terug moeten komen. De commissie-Werner stelt 'stafconventen' voor om op centraal niveau de stem van de beroepsgroep door te laten klinken. Dat zijn een soort adviesorganen van verpleegkundigen en verzorgenden in de instellingen. Ik wil verder gaan: deze stafconventen zouden niet alleen moeten adviseren maar ook beslissingsbevoegdheid moeten krijgen. Het management zal zijn beleid beter op het werk en de positie van verpleegkundigen en verzorgden moeten afstemmen. Leidingge-venden en staffunctionarissen zullen met de snel veranderende dagelijkse praktijk een nauw contact moeten onderhouden.

LOBBYEN IS NIET VIES

De verpleegkundigen en verzorgenden heb-



Voorstudie in zwart-wit van het affiche van NU'91
• Tekening: Guido van Driel

ben te weinig invloed op het beleid van de gezondheidszorg in het algemeen en in het bijzonder op dat wat haar eigen positie raakt. Opvallend weinig verpleegkundigen werken bij WVC, de Nationale Ziekenhuisraad en de adviesorganen van de regering. Dit heeft verstrekende gevolgen, juist omdat andere beroepsgroepen wel sterk zijn vertegenwoordigd. Het ministerie van WVC kan het goede voorbeeld geven door de aanbevelingen van de commissie-Werner uit te werken. Het zou ambtenaren kunnen aanstellen met een verpleegkundige achtergrond en de coördinatie in het beleid kunnen verbeteren. Nu is dit te veel verspreid over de verschillende directoraten en afdelingen in het ministerie. Verder zal het de lege post van hoofdinspecteur voor de verplegende en verzorgende beroepen weer moeten laten bezetten, bij voorkeur door een verpleegkundige.

Verpleegkundigen moeten in alle adviesorganen op het gebied van de gezondheidszorg zitting krijgen. Er is voldoende aanbod. Met een toenemend aantal verplegingswetenschappers komen er verpleegkundigen op de markt met een academische graad. Zij kunnen aan de slag bij WVC en de adviesorganen. Dit zal ook een gunstige uitstraling hebben op de toekenning van subsidies. Nu worden subsidieaanvragen door ondervetgenwoordiging van en onbekendheid met de verpleging te vaak afgewezen. Het mag algemeen bekend zijn dat niet de objectieve maastaven de doorslag geven in het verwerven van subsidies, maar dat de lobbys tellen om subsidies te verwerven.

Daarom moet de lobby voor de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden worden versterkt. We moeten leren dat we anderen nodig hebben en kunnen gebruiken om onze wensen en idealen te verwezenlijken. Lobbyen is niet vies. Hoe sceptisch er ook over kan worden gedacht, de praktijk laat zien dat lobby's werken.

Verpleegkundigen en verzorgenden zullen zich politiek moeten organiseren, door lid te

worden van politieke partijen en daar hun stem te laten horen. De verpleging zal er zelf voor moeten zorgen dat politici goed worden geïnformeerd. Niet alleen over wat er in beleidsnota's staat over de verpleging, maar vooral over de dagelijkse beroepspraktijk.

ÉÉN BEROEPSVERENIGING

Belangenbehartiging is het sleutelwoord tot verbetering. Maar de beroepsgroep wordt gekenmerkt door een slechte organisatiegraad en komt zo onvoldoende hecht op voor de eigen zaak. Degenen die wel zijn georganiseerd, zijn ook nog versnipperd in twee vakbonden en een beroepsorganisatie, van verpleegkundigen/verzorgenden. De verdeeldheid onder deze drie is groot. Binnen de vakbonden is en was de verpleging nooit een item van belang. Deze vakbonden zijn door de Verpleegkundigen en Verzorgenden In Opstand (VVIO) wakker geschud en zijn gaan beseffen dat er iets moest gebeuren ten behoeve van de verpleging. Maar nog steeds laten deze bonden zien dat zij niet het beste met de verpleging voor hebben. Dat is ook moeilijk omdat ze de belangen van iedereen in de gezondheidszorg moeten behartigen. Maar dat de AbvaKabo het rapport *In hoger beroep* afdoet met: 'Commissie-Werner loopt achter de feiten aan'¹² is wel weer een staaltje van het niet in gezamenlijkheid serieus willen aanpakken van de problemen in de beroepsgroep. Een helaas wederom gemiste kans van de AbvaKabo om er gezamenlijk de schouders onder te zetten.

Verpleegkundigen en verzorgenden zullen het vooral zelf moeten blijven doen en door moeten krijgen dat ze samen met 170.000 beroepsbeoefenaren macht hebben. Op de eerste plaats zullen zij zich behoorlijk moeten gaan organiseren in een beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden. Een beroepsvereniging die met een grote lobbyen een netwerk macht en in-

vloed krijgt. Daarin ligt de uitdaging voor de komende jaren. Artsen laten ons uitstekend zien wat het organiseren in een beroepsorganisatie oplevert aan invloed en macht. Aan de jarenlange versnippering van krachten moet een einde komen. Het initiatief van de NMV en VVIO voor een fusie in de Nieuwe Unie '91 zal er hopelijk toe bijdragen dat er een krachtige organisatie ontstaat. Degenen die hierbij aan het roer gaan staan zullen moeten leren dat degelijkheid, slagvaardig onderhandelen en het produceren van kwalitatief hoogwaardige nota's belangrijk zijn om bij anderen respect en vertrouwen af te dwingen. Dan zullen we nog eens meemaken dat verpleegkundigen en verzorgenden niet alleen maar de bedden opmaken, maar ook de lakens gaan uitdelen.

Johan Lambregts is verpleegkundige en werkt nu als consulent en publicist bij Bureau Lambregts, advies en ontwikkeling in de gezondheidszorg te Amsterdam.

NOTEN:

1. Overal waar in dit artikel over verpleegkunde of verpleging wordt geschreven, wordt ook verzorging bedoeld.
2. Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, *In hoger beroep. Een perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*, Rijswijk, 1991.
3. A.J. Gerritse en W. van der Windt, *Van verloop naar loopbaanbeleid*, nr. 91.27, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1991.
4. *De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorgsector in het jaar 2000*, IVA, Tilburg, 1991.
5. H.W. Knol en J. Voogd, *Uitval uit inserviceopleidingen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*, NEI/Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetenneer, 1991.
6. M.M. Leininger, *Care. The Essence of Nursing and Health*, Wayne University Press, Detroit, 1988.
7. T. Tijmsma, 'Opwaardering van zorgberoepen is noodzakelijk'. In: *de Volkskrant*, 16 mei 1991.
8. 'Werkdruk leidt tot noodsituaties bij verpleging demente bejaarden'. In: *de Volkskrant*, 17 augustus 1991.
9. N. Burgers-Vogel, *Personeelsverloop binnen wijkverpleging. Achtergronden en redenen van de blijf- en vertrekintenties onder verpleegkundigen en verzorgenden*, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1990.
10. J.A.M. Lambregts en Y. Kuysters, *Hoe houd ik vandaag en morgen mijn o.k.team compleet?*, IPW-de personeelstrategen, de Bilt, 1990.
11. G. Koene, M. Gryndonck, M. Th. Rodenbach en T. Windy, *Integrerende verpleegkunde. Wetenschap in de praktijk*, De Tijdstroom, Luchem, 1980.
12. 'Commissie-Werner loopt achter de feiten aan'. In: *Nieuwskrant Gezondheidszorg*, AbvaKabo, augustus 1991.
13. H. Hillmann en J.A.M. Lambregts, 'Schaarste en macht, verpleegkundigen, verzorgenden en de prijs van een doosje aardbeien'. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 1991, nr. 101, p. 166-170.

WAAR VIND JE NOG EEN GOEDE ZIEKENVERZORGENDE?

Ireen van Engelen

In de toekomst zullen grotere tekorten ontstaan aan ziekenverzorgenden, de beroepsgroep die voornamelijk in verpleeghuizen werkzaam is, dan aan verpleegkundigen. Deze tekorten ontstaan enerzijds omdat steeds minder jongeren kiezen voor een carrière 'in de zorg' en anderzijds omdat de uitstroom van ziekenverzorgende zeer hoog is. De gemiddelde loopbaan van een ziekenverzorgende blijkt zeven jaar korter te zijn dan die van een verpleegkundige.

Voor de Amsterdamse verpleeghuissector kampt met grote personeelsproblemen. Al in 1987 werd voorspeld dat er in de komende jaren een gigantische behoefte zal zijn aan ziekenverzorgenden. Verscheidene instanties, waaronder de Inspectie voor de Volksgezondheid, hebben sindsdien de noodklok geluid met als gevolg een stroom van rapporten en artikelen over de omvang en oorzaken van de personeelsproblematiek. Inmiddels is duidelijk dat de historisch gegroeide onderwaardering van het beroep van ziekenverzorgende en de huidige werkomstandigheden in de verpleeghuizen de hoofdoorzaken zijn van het nog steeds groeiende tekort aan ziekenverzorgenden.

Het beroep van ziekenverzorgende, een traditioneel vrouwenberoep, is ontstaan in de periode na de Tweede Wereldoorlog. De ziekenhuizen maakten in die tijd een ontwikkeling door waarbij onderzoek en behandeling steeds belangrijker werden, ten koste van verpleging en verzorging. Er begonnen zich twee patiëntengroepen te onderscheiden: zij die werden opgenomen voor observatie, onderzoek en behandeling en zij die wegens hun ziekte verpleging en verzorging nodig hadden. Gedreven door economische en wetenschappelijke motieven hebben de artsen in de ziekenhuizen werkstelligd dat de opnameduur aanmerkelijk werd verkort. Een gevolg hiervan is dat de langdurig zieken die geen ingewikkelde onderzoeks- en behandelmethoden (meer) nodig hadden, nagenoeg verdwenen zijn uit het ziekenhuis: met deze patiënten kon geen effectief gebruik gemaakt worden van de dure outillage en de hooggekwalificeerde staf. Chronische en revalidatiepatiënten werden overgeplaatst naar verpleeghuizen, die in die tijd zijn ontstaan. Met het afstoten van deze 'echte' verpleegpatiënten verdween ook een

groot gedeelte van de zorgtaken uit de ziekenhuizen.

Het professionaliseringsproces van de verpleegkundige beroepsgroep is gekoppeld aan dit afstotingsproces. Gezien de hoge vlucht die de ziekenhuisgeneeskunde nam, hadden artsen behoefte aan gespecialiseerde en leidinggevende verpleegsters die een gedeelte van hun taken over konden nemen. Artsen hebben verpleegsters gestimuleerd om 'het eenvoudige zorgwerk' af te stoten naar een lagere beroepsgroep: de ziekenverzorgende. Op die manier hadden de verpleegsters de handen vrij om hun beroep te verheffen tot een niveau met een hogere status dan het verzorgende beroep. Het is niet verwonderlijk dat uitgerekend in die periode mannen hun kans schoon zagen om binnen te dringen in het typisch vrouwelijke verpleegstersberoep. Met behulp van de medici ontwikkelde de verpleegster van toen zich tot de verpleegkundige van tegenwoordig: centraal in de beroepsuitoefening staat het uitvoeren van medisch-technische handelingen.

TWEEDE CATEGORIE

Verpleegsters in de ziekenhuizen hebben zo een essentieel onderdeel van hun taak afgestoten naar 'een lagere beroepsgroep' in de verpleeghuizen. Voor de nieuwe categorie verpleeghuispatiënten was nog niet veel know-how ontwikkeld. Daarom zochten de verpleeghuizen in eerste instantie zelf naar geschikte

kandidaten. Er werden verpleeghulpen in dienst genomen die een opleiding kregen die volkomen gericht was op de behoefte van de eigen instelling. Maar het bleef moeilijk om geschikte mensen te vinden die het werk in de verpleeghuizen wilden doen. Wat daarbij een rol speelde was dat een beroep dat zowel door geschoolden als door ongeschoolden kon worden uitgeoefend, weinig aanzien genoot. Onderzoek wees uit dat er te weinig meisjes waren met voldoende vooropleiding om verpleegster te kunnen worden. Daarom werd een aparte opleiding gestart om een 'tweede categorie verpleegsters' op te leiden voor de eenvoudige en huishoudelijke taken. De opleidingen voor 'adpirant -leerlingverpleegsters' schoten als paddestoelen uit de grond. Controle op deze opleidingen ontbrak, en er was vaak onvoldoende toezicht was op het werk van degenen die zich onder allerlei benamingen (hulpverpleegster, ziekenhelpster, verpleegassistente, et cetera) bezighielden met het verzorgen van chronisch zieken. Daarom besloot men ziekenhelpsters te gaan opleiden die speciaal geschikt zouden zijn om een 'goede deskundige verzorging te geven aan onze ouden van dagen, invaliden en herstellenden'. Op initiatief van de Federatie van Verpleeginrichtingen voor Langdurig Ziekenging in 1953 de eerste opleiding van start; in 1965 werd de opleiding tot ziekenverzorgende wettelijk erkend.



Verpleeghuis Bernardus in Amsterdam
Foto: Wim Salis

VERLOOP EN VERZUIM

Het eerder genoemd personeelstekort in de Amsterdamse verpleeghuizen wordt op dit moment, behalve door het grote aantal openstaande vacatures, veroorzaakt door het hoge verlooppercentage en het hoge ziekteverzuim onder ziekenverzorgeren. Het verlooppercentage in de Amsterdamse verpleeghuizen is 30 procent, in de rest van Nederland 21,1 procent (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid 1990). Van het totaal aantal ziekenverzorgeren dat sinds de invoering van de Wet op de ziekenverzorgeren en ziekenverzorgersters in 1963 het diploma ziekenverzorger hebben behaald (100.000 in 1991), is ongeveer twee derde niet meer werkzaam in dit beroep.

De oorzaak van deze massale uittocht is moeilijk vast te stellen. Tegenwoordig houden sommige verpleeghuizen exit-interviews met ziekenverzorgeren die ontslag nemen, zodat er op den duur meer inzicht komt in de oorzaken van vertrek. Waar de duizenden gediplomeerde ziekenverzorgeren gebleven zijn die in het verre verleden ontslag hebben genomen, is moeilijk te achterhalen. Een aantal van hen is ongetwijfeld doorgestroomd naar de opleiding tot verpleegkundige, omdat de carrièremogelijkheden daar groter zijn.

Het ziekteverzuim in verpleeghuizen is 10,5 procent (Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1989); in de Amsterdamse verpleeghuizen is dat 15,6 procent (Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 1988). Uit mondelinge berichtgeving van ziekenverzorgeren blijkt echter dat er afdelingen zijn waar het ziekteverzuim 40 à 50 procent is. Een ziekenverzorger, werkzaam als afdelingshoofd in een Amsterdams verpleeghuis, liet weten dat zij het ziekteverzuim op haar afdeling in anderhalf jaar heeft weten terug te brengen van 45 naar 19 procent.

Langzaam maar zeker komt er meer duidelijkheid over de oorzaken van dat hoge ziekteverzuim. Enerzijds liggen die in de verpleeghuisorganisatie en het daar heersende werkklimaat, anderzijds heeft het te maken met de stressbestendigheid van de ziekeavzorgeren. Algemeen gaat men ervan uit dat de hoge werkdruk en de slechte betaling de ziekmakende factoren zijn in de gezondheidszorg. Maar wat betekent precies werkdruk voor een ziekenverzorger? Werkdruk heeft veel te maken met werktempo. Door het chronisch tekort aan gekwalificeerd personeel, worden ziekenverzorgeren gedwongen in een hoog tempo te werken. Er is nu eenmaal een bepaalde hoeveelheid tijd en een bepaald aantal deskundige handen nodig om minimale basiszorg van aanvaardbare

nen bieden. Maar werken in een hoog tempo hoeft niet per definitie aanleiding te geven tot een hoog ziekteverzuim. Pas wanneer er ook iets mankeert aan management-aspecten, de leiding op de afdeling, de ruimte voor het scheppen van een collegiale sfeer, de inspraakmogelijkheden, de stressbestendigheid van de ziekenverzorgeren of haar beheersing van het vak, kortom aan de voorwaarden en omstandigheden waaronder een ziekenverzorger haar werk moet doen, is de kans groter dat zij wegens ziekte uitvalt uit het arbeidsproces.

STEEDS ZWAARDER

De verzorging van de verpleeghuiszorg neemt toe. Dat speelt een wezenlijke rol bij het ziekteverzuim. De nieuw op te nemen verpleeghuisbewoners, waaronder veel demente patiënten, hebben een nog steeds stijgende indicering. Zowel op emotioneel als intellectueel gebied is de zorg

daardoor zwaarder en ingewikkelder geworden. De meeste verpleeghuisbewoners zijn ouder dan tachtig jaar. Het omgaan met zieke en/of demente mensen van deze leeftijd kan emotioneel belastend zijn en vereist derhalve een specifieke instelling en deskundigheid. De ziekenverzorgeren is opgeleid voor de verzorging van deze categorie patiënten en de opleidingsscholen proberen gelijke tred te houden met de toenemende zorgzwaarte. Door tijdgebrek en storende omstandigheden kunnen ziekenverzorgeren echter niet langer zó zorg bieden als zij dat geleerd hebben en gewend waren. Het gevolg is dat de kwaliteit van de zorg terugloopt, wat onder meer tot uitging komt in minder persoonlijke aandacht voor de bewoners, de frequentie

van douchen en in bad doen wordt teruggebracht, men reageert niet vlug genoeg op de noodzakelijke gang naar het toilet en de bewoners worden later dan gewenst aangekleed. Ziekenverzorgeren raken daardoor gefrustreerd en verliezen het plezier in hun werk. Dit geeft aanleiding tot ziekteverzuim.

Het salaris van de ziekenverzorgeren is gekoppeld aan het niveau van haar opleiding. Er is veel onduidelijkheid over dat niveau en met name over het civiel effect van het diploma. Velen beschouwen ziekenverzorgeren nog steeds als opgeleid op lbo-niveau. De kwaliteit van de opleiding is echter onder druk van de toegenomen zorgzwaarte flink gestegen, maar

een evenredige stijging van het salaris en de status van het beroep bleven uit. Toch klagen ziekenverzorgeren nauwelijks over de hoogte van hun salaris. Waarschijnlijk speelt de socialisatie en beroepskeuze van ziekenverzorgeren hier een belangrijke rol: zij zijn gewend om genoeg te nemen met een ondergeschikte positie en weten niet goed voor zichzelf op te komen. Dit ondermijnt echter op den duur het zelfvertrouwen, wat kan leiden tot structurele ontevredenheid met het werk.

BRONNEN VAN STRESS

Een ziekenverzorgeren functioneert op het zogenaamde tweede deskundigheidsniveau, een niveau dat onder dat van de verpleegkundige ligt. Gedwongen door het nijpende personeelstekort en onder protest van onder andere de Nieuwe Unie '91 is het derde deskundigheidsniveau geïntroduceerd. De grote toename van het aantal verpleeghulp, afdelingsassistenten en hostelmedewerkersters, die met slechts een kortstondige ad-hoc opleiding in sommige verpleeghuizen dezelfde taakinhoud hebben als ziekenverzorgeren, is een bron van stress voor ziekenverzorgeren.

De carrièremogelijkheden (zowel horizontaal als verticaal) voor ziekenverzorgeren zijn zeer beperkt. Dit houdt verband met de historisch gegroeide ondergeschiktheid van de ziekenverzorgeren aan de verpleegkundige. Veelal zijn leidinggevende functies in de verpleeghuizen voorbehouden aan verpleegkundigen en ook de opleiding tot ziekenverzorgeren wordt beheerst door verpleegkundigen. Dat veel ziekenverzorgeren ontevreden zijn met hun carrièremogelijkheden, blijkt uit een enquête die in 1988 gehouden is door de Landelijke Werkgroep Ziekenverzorgeren van de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ziekenverzorgeren hun carrièrekansen proberen te vergroten door het volgen van de opleiding tot verpleegkundige.

Ziekenverzorgeren, de meest omvangrijke groep binnen het verpleeghuis, komen in het management niet voor. Zij zijn er uitsluitend voor het uitvoerende werk en hebben beperkte inspraakmogelijkheden. Uit de eerdergenoemde enquête is gebleken dat ziekenverzorgeren zeer goed in staat zijn om aan te geven waar de knelpunten liggen in de sector van de gezondheidszorg waar zij werkzaam zijn. Dat de ideeën van ziekenverzorgeren over verbeteringen van de arbeidsomstandigheden in hun verpleeghuis niet serieus worden besproken, is een belangrijke stressfactor en kan mede bijdragen tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In Amsterdam werken relatief veel vrouwen uit andere culturen in de verpleeghuissector. Met name Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. Niet denkbeeldig is dat er factoren aanwezig zijn als subtiel, nauwelijks aantoonbare, uitingen van discriminatie of racisme, die het ziekteverzuim onder deze categorie ziekenverzorgeren bevorderen.



Personeelswerdingsactie via de achterkant van een Niet-Staren-label.

GERIATRISCHE DESKUNDIGEN

In de loop van 25 jaar heeft het beroep van ziekenverzorgende zich ontwikkeld van 'hulp-verpleegster' tot (psycho)geriatriesch deskundige. Waren het aanvankelijk meisjes 'met gezond verstand' uit de eenvoudige milieus die voor dit werk werden aangetrokken, tegenwoordig zijn er steeds meer vrouwen met een gedegen vooropleiding die bewust kiezen voor de professionele zorgverlening aan zieke ouderen. Een gunstige en noodzakelijke ontwikkeling, aangezien het werk in verpleeghuizen van dien aard is dat het niet overgelaten kan worden aan 'eenvoudige arbeidskrachten'.

Zo vereist de omgang met demente bejaarden veel *vaardigheid*, vooral op het niveau van de empathische communicatie. Een ziekenverzorgende moet een groot incasseringsvermogen hebben, en vooral kunnen omgaan met agressie. Een bepaald gevoel van macht moet men los kunnen laten, zodat met de demente bewoners gewerkt kan worden op basis van gelijkwaardigheid. Verder moet een ziekenverzorgende emotioneel redelijk stabiel zijn. Sociale en communicatieve *vaardigheden* zijn noodzakelijk om de familie van demente bewoners adequaat te kunnen begeleiden. Veel familieleden hebben moeite om mee te groeien met het ziekteproces dat een demente doormaakt. Hun onmacht reageren ze dan soms af op het verzorgend personeel.

Ook de omgang met somatische zieken vergt een hoge mate van bekwaamheid. Niet alleen wat betreft de verpleegkundige handelingen die verricht moeten worden, maar vooral vanwege het begeleidende aspect. Stervensbegeleiding en het voeren van gesprekken met chronisch zieken en gehandicapten horen tot de dagelijkse praktijk van de ziekenverzorgende. Een juiste waardering voor de zwaarte van haar functie is het minste dat de beroepsgroep mag verwachten.

DE NOOD IS HOOCH

Sinds 1985 is het Arbeidsbureau Amsterdam betrokken bij de problematiek van de personeelsvoorziening in de verpleeghuissector. Er zijn projecten tot stand gekomen om te proberen het tekort aan leerling-ziekenverzorgenden op te heffen. Geen van deze projecten heeft tot het gewenste resultaat geleid. In 1988 werd gestart met een gesubsidieerde part-time opleiding tot ziekenverzorgende die zich richt op herintredende vrouwen. Voor zover het zich laat aanzien, is het rekruteren onder deze doelgroep wél succesvol. Ook het onlangs gestarte Pigment Projekt, met als doel Turkse en Marokkaanse vrouwen te interesseren voor het verzorgend beroep, doet het leerlingenaantal in bescheiden mate groeien.

Alle inspanningen ten spijt, blijft het aantal leerlingen beneden de gewenste maat en zoeken de verpleeghuizen naar andere oplossingen.

Er zijn projecten gestart rond functiedifferentiatie. Ongeschoolde krachten worden aange trokken en na een opleiding van enkele dagen of weken ingezet om de basiszorg aan ver-

pleeghuisbewoners te geven.

Vanwege het personeelstekort zijn de verpleeghuizen genoodzaakt (dure) uitzendkrachten in dienst te nemen. In Amsterdam wordt zesmaal zoveel gebruikgemaakt van uitzendkrachten als in de rest van Nederland (PRV 1990). Vanwege de 'vrijblijvendheid' van het dienstverband brengen uitzendkrachten de continuïteit van zorg in gevaar. Zij kunnen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening en doen een onverantwoorde aanslag op het budget van de verpleeghuizen. Uit onderzoek blijkt dat de Amsterdamse verpleeghuizen niet meer kunnen functioneren zonder de inzet van vrijwilligers. Hier en daar wordt er een overmatig beroep op ongeschoolde vrijwilligers gedaan om gaten in de personeelsbezetting te dichten. De grens tussen het vrijwilligerswerk en beroepsarbeid is in de praktijk niet concreet meer aan te geven. Kortom, alle regels en uitgangspunten met betrekking tot de kwaliteit van de verpleeghuiszorg worden overtreden (AbvaKabo/Universiteit van Amsterdam 1989).

Sinds de oprichting van het beroep in 1965, worden ziekenverzorgenden beschouwd en behandeld als tweederangs verpleegkundigen. De bewijsvoering hiervoor is dat ziekenverzorgenden worden opgeleid door verpleegkundigen en dat het ook meestal verpleegkundigen zijn die in de verpleeghuizen de leiding hebben over ziekenverzorgenden. Ziekenverzorgenden hebben inmiddels bewezen te beschikken over een specifieke deskundigheid op het gebied van de geriatrische verpleging. Het is hen tot nu toe echter niet gelukt om de daarbij horende macht te krijgen binnen het verpleeghuis. Hun ondergeschiktheid aan verpleegkundigen blijft voortbestaan zolang de inspectie bepaalt dat verpleegkundigen de eindverantwoordelijkheid moeten dragen in verpleeghuizen. Op deze manier wordt de scheef gegroeide machtsverhouding tussen de twee beroepsgroepen in stand gehouden.

DE OMMEZWAAI

Ziekenverzorgenden hebben zich tot nu toe nooit met het beleid bemoeid. Daar hadden zij niet de kans, de tijd en de opleiding voor. Het zijn steeds anderen geweest die de verpleeghuisorganisatie en de inhoud van het verpleeghuiswerk hebben bepaald. De problematische situatie die nu door de personeelstekorten is ontstaan in de verpleeghuissector, kan ziekenverzorgenden dan ook niet aangerekend worden.

Ziekenverzorgenden hebben tot nu toe weinig kans gezien om zich los van de verpleegkundige beroepsgroep te ontwikkelen. Uit gegevens van de VVIO blijkt dat het heel moeilijk is om ziekenverzorgenden te activeren. De meesten weigeren zich aan te sluiten bij een vakbond of beroepsorganisatie. Toch worden er - heel langzaam - vorderingen gemaakt.

In 1989 heeft de Landelijke Werkgroep Ziekenverzorgenden van de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde een themadag

georganiseerd: *Ik ben er trots op ZV' er te zijn! Jij ook?*. Uit de grote opkomst (700 mensen) blijkt dat ziekenverzorgenden wel degelijk te mobiliseren zijn om hun positie te verbeteren.

In Amsterdam is een groep ziekenverzorgenden actief geworden onder de naam De Ommezwaai. Deze groep, die subsidie heeft gekregen van de gemeente Amsterdam, beoogt verbetering van de positie van de Amsterdamse ziekenverzorgenden door emancipatieprocessen te stimuleren zowel op individueel als instellingsniveau. Zij organiseert maandelijkse bijeenkomsten, houdt spreekuren en geeft nieuwsbrieven uit.

De Ommezwaai is opgericht omdat de tijd rijp is dat ziekenverzorgenden als beroepsgroep mee gaan denken, praten en beslissen over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Ziekenverzorgenden zullen zich als beroepsgroep duidelijker moeten profileren. Hun groepsbelangen zullen dan beter behartigd worden en de waardering voor het beroep zal stijgen. Dit zal echter pas gebeuren als ziekenverzorgenden zichzelf én hun vak op de juiste waarde schatten en als ze succes boeken bij de acties die ze ondernemen. Een dergelijk proces kost niet alleen veel tijd, maar ook veel strijd. Een strijd die de ziekenverzorgenden nu lijken te gaan voeren.

Ireen van Engelen, verpleegkundige en pedagoog, is verbonden aan de Stichting voor Onderzoek naar Psychosociale Stress (SOPS).

NOTEN

I.M. van Engelen, *Non(nen)-work*, doctoraalscriptie Vrouwenstudies, Universiteit van Amsterdam, 1990.

I.M. van Engelen, 'Ze hebben 'n goeie aan me!'. In: *Tijdschrift voor Verzorgenden*, nr.2, 1991.

C. van der Kooij, e.a., 'Hoge bomen vangen veel wind'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek*, jrg. 4 nr. 5, oktober 1986.

C. van der Kooij, 'Deskundige of domme kracht'. In: *Tijdschrift voor Verzorgenden*, januari 1988.

B. Mieloo, e.a., *Ergens is het jammer dat het nodig is. Dilemma's rond vrijwilligerswerk*, AbvaKabo/UvA, 1989.

Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde, *760 wensen, een inventariserend onderzoek naar de maatschappelijke positie van ziekenverzorgenden*, NMV 1989.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, *Je zult er maar wonen ... en werken*, PRV 1990.

Stichting Centrale Opleidingen Verpleeghuizen Regio Amsterdam, *De kwaliteit van zorg in het verpleeghuis*, Sloterplasschool, 1987.

'Werkdruk leidt tot noodsituaties bij verpleging demente bejaarden'. In: *de Volkskrant*, 17 augustus 1991.

Voogd-Looren de Jong, A.G.F., 'Ziekenverzorging: een vak apart'. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.13, 1990.

GEZINSVERZORGING: DE ONDERKANT VAN DE ZORGVERLENING

Marjolein Moree
[antine Oldersma]



Zorg is niet langer het handelsmerk van de Nederlandse verzorgingsstaat, maar langzamerhand een zorgenkind geworden. De gezondheidssector kampt met personeelskorten. Verpleegkundigen maken niet langer een geheim van hun uitputting als gevolg van de verhoogde werkdruk. Zij schuwen hardere actiemiddelen om salariseisen kracht bij te zetten niet meer. Internationaal wordt al gesproken van een ware 'nursing crisis'. De verpleegkundigen zijn er inmiddels in geslaagd de aandacht van de media te trekken, maar dat geldt veel minder voor de onderkant van de zorgverlening: de gezinsverzorging. Alleen de 30.000 vacatures en een ziekteverzuim van dertien procent zijn uitingen van een stil protest. Wellicht zou het terecht zijn in bredere zin van een 'caring crisis' te spreken.

De problematiek van de gezinsverzorging vertoont een aantal overeenkomsten met die van de verpleging: een lage salariëring, een verhoogde werkdruk en ervaren werk uitholling maken het werk onaantrekkelijker. De gezinsverzorging heeft haar cliëntenbestand de afgelopen decennia zien veranderen van gezinnen in een groeiende groep bejaarden, chronisch 'zieken en terminale patiënten. De cliënten zijn zowel zorgbehoevender als veelzender en mondigder geworden. Zorgbehoevender omdat zij wegens bezuinigingen op de tweedelijnszorg en overeenkomstig de recent ontwikkelde filosofie van zelfredzaamheid langer thuis blijven en eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden. Door de wachtlijsten van soms wel een jaar is ook de preventieve werking van de gezinsverzorging verdwenen. Als de cliënt eenmaal aan de beurt is, is deze er fysiek maar ook psychisch vaak slechter aan toe dan bij eerdere verzorging het geval was geweest. Veeleisender zijn de cliënten geworden in de zin dat zij niet zonder meer genoegen nemen met de door de gezinsverzorging uitgestippelde standaarden. Zij hebben hun eigen opvattingen over hun zorgbehoefte. Die opvattingen brengen zij ook naar voren, omdat deze diensten in een verzorgingsstaat niet langer als gunst maar als recht worden beleefd.

WERKSTER

Ondanks de onmiskenbaar toenemende complexiteit van het beroep blijft de gezinsverzorgster het imago van werkster, die 'alleen maar' poetst, aankleven. Die beeldvor-

ming lijkt bijna een *self-fulfilling prophecy* te worden: doordat de extra zorg voor meer mensen in minder tijd moet gebeuren, krijgt de gezinsverzorgster vanuit de instellingen krappere tijd toebedeeld voor het uitvoeren van die dagelijkse levenshandelingen die de cliënt niet meer zelf kan verrichten. Geen halfuur maar een kwartier voor steunkousen aantrekken. Geen drie kwartier voor uit bed halen, aankleden en ontbijten, dat mag nog maar een halfuur in beslag nemen. Op die manier wordt in de hand gewerkt dat het zichtbare huishoudelijke werk de voorrang krijgt boven wat aandacht voor de cliënt tussendoor. Toch gebeurt dit in de praktijk lang niet altijd. De helpsters en verzorgenden proberen door op hun tenen te lopen en te jachten de kool en de geit te sparen:

'Door harder te fietsen kan ik misschien wat inlopen op het schema. Ik vind dat ik het niet kan maken om zo'n bezoekje bij een oudere man af te raffelen. Zijn tempo ligt nu eenmaal laag en ik hoef hem dan toch niet op te jagen met mijn stress?'

Deze uitspraak is typerend voor het in deze beroepsgroep zeer sterk ontwikkelde verantwoordelijkheidsgevoel. De werkdruk en lage beloning zijn geen op zichzelf staande problemen, ze moeten gezien worden in het breder perspectief van de relatie tussen vrouwen en zorg. Vaak wordt eraan voorbijgegaan dat de gezinsverzorging nog meer dan de verpleging een vrouwendomein is (ruim 97% van de werknemers is vrouw). Het late op gang komen van openlijke protesten valt niet los te zien van de voor een vrouwenberoep typerende lage organisatiegraad (3,5%). Veel van de op dit moment in de gezinsverzorging werkzame vrouwen hebben hun ervaring met verzorging opgedaan in het eigen gezin en zijn gewend hun identiteit aan zorg te ontleenen. Zij hebben moeite met het trekken van grenzen en het afzien van verantwoordelijkheid voor het welbevinden van de cliënt, ook als zij te weinig tijd hebben gekregen om die kwaliteit te waarborgen. In de toekomst kan waarschijnlijk op een dergelijke beroepshouding niet meer worden gerekend. Niet alleen het cliëntenbestand, maar ook vrouwen zijn aan verandering onderhevig. Het is steeds minder vanzelfsprekend dat vrouwen zorgend in het leven staan. Plezier in het werk zal voor de toekomstige generatie vrouwen, die geacht wordt economisch zelfstandig te zijn, niet alleen afgemeten worden aan het bevredigende aspect van zorg-

verlening. Zij zullen ook hechten aan waardevolle arbeid, professionaliteit en een salaris waarvan ze zelfstandig kunnen bestaan. De huidige generatie vrouwen kan de steeds intensievere zorgbelasting niet meer aan, maar een nieuwe zal er op de bestaande condities helemaal niet aan beginnen. De nu bijna on vervulbare vacatures wijzen al in de richting van een dergelijke ontwikkeling.

In dit licht bezien is het hard nodig om aandacht te schenken aan de relatie tussen vrouwen en zorg en de definiëring en waardering van verzorgende arbeid. De vraag daarbij is, hoe de gezinsverzorging weer aantrekkelijk te maken valt voor vrouwen en wellicht ook voor mannen. In het volgende deel van dit artikel zullen we eerst ingaan op theoretische noties over zorg, gekoppeld aan de discussie over de gewenste vorm van professionalisering binnen de gezinsverzorging. Het aanleggen van criteria voor zorg en de kwaliteit van verzorgende arbeid is echter maar de helft van het verhaal. De belangen van de diverse betrokkenen sporen niet zonder meer. Er is eerder sprake van een strijd om de definitie van zorg op verschillende niveaus: de overheid, leidinggevers in de instellingen voor gezinsverzorging, gezinsverzorgsters en cliënten en ook aanpalende beroepsgroepen zoals de wijkverpleging zijn daarin partij. Het tweede deel van het artikel is dan ook gewijd aan de strijd om de zorg en de weg naar een goede zorgpolitiek.

ZAKELIJKE OF LIEFDEVOL

Twee vragen staan centraal als het gaat over de gewenste vorm van professionalisering in de gezinsverzorging: moeten we de eenheid van verschillende taken binnen de gezinsverzorging benadrukken, of juist het accent leggen op een centrale taak en daar hogere waardering voor opeisen door die taak precies te omschrijven? En: moet er ruimte zijn om in te gaan op de behoeften van de cliënt en is juist het 'zorginstinct' in de gezinsverzorging een onderscheidend element, of staat zakelijke en strakker geregelde zorgverlening voorop?

In theoretische discussies over zorg zien we die oppositie tussen gespecialiseerde tegenover allround zorg, zakelijk en efficiënt in contrast met flexibel en intuïtief zorgverlenen terugkeren. Meestal vormen onderscheidingen tussen *labour* en *love* en tussen *care for* en *care about* de rode draad. Ungersson stelt dat op de achtergrond associa-

ties spelen die van belang zijn voor het werk in de zorgsector: Liefderlijke zorg wordt geassocieerd met onbetaalde zorg in de privé-sfeer en van daar uit met vrouwen, terwijl betaling, zakelijkheid, professionaliteit (en in slechte zin bureaucratie) in de openbare

waarmee de gezinsverzorgster werkt, ergonomie en stroomlijning van het huishouden. Weliswaar wordt benadrukt dat de verzorgster inzicht moet hebben in de 'verzorgingsstandaard' van de cliënt, maar een precieze redefiniëring van het huishoudelijk werk

zorging voor de instandhouding van de verzorgingsstaat. De vrouwen in de gezinsverzorging zouden de zorgverleners op *grass roots-niveau* zijn en vormen daarom bij uitstek de schakel tussen (verzorgings)staat en het privé-leven van burgers. Aan de hand



sfeer met elkaar verbonden worden. Zo is er een dichotomie ontstaan langs de volgende lijnen: zakelijke zorgverlening is efficiënt en professioneel, terwijl liefdevolle zorg niet efficiënt en professioneel kan zijn. Een pleidooi voor meer zakelijkheid en afbakening in de zorgverlening is te vinden bij critici van de verzorgingsstaat, in Nederland bijvoorbeeld Schuyt en De Swaan. Mensen zouden in een verzorgingsstaat zozeer gespitst zijn op hun rechten dat zij te veel zorg opeisen. Een wildgroei van zorg en bureaucratisering zijn het gevolg. Begin jaren tachtig maken beleidsmakers uit bezuinigingsoverwegingen gebruik van dergelijke kritische beschouwingen. Onder de noemer van 'de zorgzame samenleving' wordt een verschuiving van een deel van de zorg naar het informele circuit bepleit. De mantelzorg, die bij die verschuiving essentieel is, staat voor de liefderlijke zorg die door bekenden in de privé-omgeving, liefst op basis van wederkerigheid, wordt verleend. In deze periode ontwikkelt de hoogleraar Hattinga Verschuere het concept 'zorg op maat'. De intentie daarbij is hulpverlening waarbij de zelfredzaamheid van de cliënt zoveel mogelijk intact blijft en de zorgverlener zich beperkt tot het hoognodige. In de mantelzorg zou dit vaak een probleem zijn vanwege de te grote betrokkenheid van de verzorger bij de verzorgde. Bij de professionele verzorging zou de zorg zich moeten beperken tot de specifieke zorg waarvoor de betreffende zorgverlener is opgeleid. Hij pleit voor het werken met precieze indicaties die steeds worden bijgesteld. Ook dit op de belangen van de cliënt gerichte begrip 'zorg op maat' is in het kader van bezuinigingen op de gezondheidssector vooral gebruikt als middel tot efficiencyverhoging en kostenbesparing. In de discussies over zorg in de verzorgingsstaat is de oppositie tussen zakelijke versus liefdevolle zorg te herkennen waarbij zakelijk gelijkgesteld wordt met professioneel. Binnen de gezinsverzorging zien we een aantal standpunten die meegaan in het gangbare dichotome denken over professionalisering. Sommigen pleiten ervoor het accent te leggen op huishoudelijk werk als kern van de gezinsverzorging. Zij willen de onderwaardering van dit in de privé-sfeer grotendeels door vrouwen verrichte werk bestrijden door er een gedetailleerde huishoudkundige beschrijving van te geven. Efficiency komt hier naar voren in de vorm van een vast pakket middelen en richtlijnen

staat voorop als wapen tegen de willekeurige eisen van de hulpvrager. Anderen bepleiten een opsplitsing van taken en deskundigheden. De verschillende soorten cliënten zouden het criterium voor specialisering kunnen vormen. De gezinsverzorgster is dan niet langer een duizendpoot, maar gespecialiseerd in demente bejaarden, gehandicapten of aidspatiënten. Ook wordt al geëxperimenteerd met een opsplitsing van huishoudelijk werk en verzorging. Een helpster voor het schoonmaken, een ander om boodschappen te doen, weer een ander om een praatje te maken en steunkousen aan te trekken zou dan het resultaat zijn. Hiertegenover staan anderen die meer heil zien in het voorop stellen van flexibiliteit en zorginstinct als beroepskwaliteiten in de gezinsverzorging. Die gedachte gaat meestal gepaard met het benadrukken van de sociaal-emotionele kant van het werk en de daarvoor vereiste psychologische inzichten. Zij spelen daarmee in op het dominante waardensysteem dat aan verplegen een hogere status toekent dan aan verzorgen. Het werk komt door die opvatting dichterbij tegen geestelijke hulpverlening of wijkverpleging aan te liggen. Alle bovengenoemde visies hebben gemeen dat de opposities tussen 'labour' en 'love' de opvatting van professionalisering structureert.

HAND, HOOFT EN HART

Een alternatieve visie op zorg en professionaliteit is vooral te vinden bij Scandinavische theoretici die niet alleen geïnspireerd zijn door recente verzorgingsstaatperikelen. Zij hebben een meer historiserende benadering en leggen expliciet de verbinding tussen zorgverlening en historisch gegroeide noties over vrouwelijkheid en mannelijkheid. Zij bezien professionele zorg als een uitbreiding van de liefdevolle zorg die vroeger grotendeels door vrouwen in de privé-sfeer werd verleend. De Finse Simonen geeft aan dat gezinsverzorging vrouwen de mogelijkheid bood beroepsmatig te moederen ('social mothering') en ze zo uitzicht bood op een beroepsmatige identiteit. De keerzijde is dat de associatie met het oorspronkelijke liefdewerk in de privé-sfeer is blijven bestaan. Vrouwen worden hierdoor geremd in hun eisen aan het beroep, wat betreft arbeidsvoorwaarden en beloning. In haar benadering vestigt zij ook de aandacht op het belang van de gezinsver-

van haar onderzoek naar gezinsverzorgsters in de jaren vijftig laat zij zien dat gezinsverzorgsters ergonomische verbeteringen in huishoudens bewerkstelligden en bijdroegen aan de rationalisatie van huishoudelijke arbeid. Zij waren daarnaast een identificatiefiguur voor vrouwen in de gezinnen waar ze kwamen en vormden daarmee een schakel in een vrouwennetwerk. Simonen stelt dat het kenmerk van zorgverlening (in de gezinsverzorging) is: de eenheid tussen hand, hoofd en hart. De verwevenheid van huishoudelijke en lichamelijke verzorging, planning en coördinatie en emotionele verzorging is volgens haar het onderscheidende kenmerk en de basis voor professionaliteit van dit type werk: De oppositie tussen 'labour' en 'love' en de daaraan vast zittende connotaties van respectievelijk de aanwezigheid of het ontbreken van professionaliteit worden hiermee doorbroken. Zij benoemt het type professionaliteit in de gezinsverzorging als de 'rationaliteit van de verantwoordelijkheid'.

Deze alternatieve opvatting van professionaliteit wordt verder uitgewerkt bij de Zweedse Johansson: niet zozeer een monopolie op exclusief in dit beroep bestaande kennis is belangrijk, maar een deskundigheid waarbij intuïtieve kennis, dat wil zeggen kennis die niet uitgebreid wordt verwoord maar gebaseerd is op de praktijk. Men is bij dit type zorg niet alleen op een deel van de cliënt gericht, maar juist de verzorging en stimulering van de hele persoon vergt een meer holistische aanpak. De kennis van zorgen die men zich in principe in de eigen huishoudelijke omgeving kan eigen maken wordt toegepast in een complexere context. De essentie van professionaliteit is in dit geval gebaseerd op de bewuste reflectie van de zorgverlener op de eigen handelingen en de gevolgen daarvan voor de cliënt. Die beroepseis hecht hoge waarde aan contextgebonden denken, een beroepshouding die vaak bij vrouwen al vanzelf aanwezig wordt verondersteld en daarom niet als beroepskwaliteit gewaardeerd.

In de discussies over de professionaliteit in de gezinsverzorging wordt een vergelijkbare gedachtengang over de verwevenheid van taken als essentie van professionaliteit in de gezinsverzorging naar voren gebracht door Betsy Albers van de Stichting Netwerk Gezinsverzorging (STING). Albers zet zich af tegen de opwaardering van het



Foto: Wim Salis

beroep door de huishoudelijke kant een meer wetenschappelijk aanzien te geven. Maar evenzeer voelt ze weinig voor het aanleunen tegen de doorgaans hoger gewaardeerde verpleegkundige kwaliteiten van de wijkverpleging. Ze verwijt ook gezinsverzorgsters daarin mee te gaan: 'Helpsters voelen zich bijvoorbeeld meer waard als ze de billen van meneer Jansen mogen wassen dan wanneer ze alleen bij hem het huis op orde en gezellig houden.' De essentie van de gezinsverzorging is volgens haar persoonlijke aandacht en zorg te combineren met het huishoudelijk werk. Zij gebruikt daarvoor de term 'huishoudelijke zorg' en stelt dat de persoonlijke aandacht, 'het onzichtbare zorgen', een essentieel en noodzakelijkerwijs geïntegreerd onderdeel van het werk is. Zij maakt daarbij concreet wat het onzichtbare zorgen inhoudt en schetst een beeld dat dicht komt bij Simonens typering gezinsverzorgsters als zorgverleners op grass roots'-niveau:

'Als een helpster bij een cliënt werkt en stof afneemt praat ze ondertussen met de cliënt, luistert naar diens verhalen, hoort ze bijvoorbeeld tussen de regels door de moeite die iemand heeft met ziek zijn. Een helpster maakt niet alleen het huis schoon. Zij komt iedere keer opnieuw in de persoonlijke levenssfeer van een cliënt. Zij ziet steeds hoe het met iemand gaat, weet wat de cliënt belangrijk vindt in het leven, weet over de familie.'⁸

Ook in de organisatie van het werk in de gezinsverzorging zijn aanzetten te vinden om voort te borduren op het belang van de integratie van de verschillende taakaspecten in de gezinsverzorging. Experimenten met helpstersteams naar het voorbeeld van hele taakgroepen in fabrieken hebben tot doel naast het uitvoerend werk ook een deel van het denkwerk en korte-termijnplanning in de groep te laten plaatsvinden binnen duidelijk omschreven grenzen. In een experiment

in Helmond is gebleken dat een dergelijke taakverrijking het werk voor de helpsters aantrekkelijker maakt en het ziekteverzuim doet afnemen.

Termen uit de bedrijfskunde, zoals 'professionalisering' en 'efficiency' hebben een prettige klank, het lijkt alsof ze op zichzelf al heel wat problemen kunnen oplossen. In de praktijk blijkt dat invulling geven aan dit soort begrippen als het gaat om zorg al een hele strijd op zich is.

ALFAHULPEN

Voor na de Tweede Wereldoorlog is 'zorg' in de West- en Noord-Europese landen van een individuele zaak steeds meer een verantwoordelijkheid van de staat geworden. Naast een stelsel van verzekeringen tegen inkomensdelging, komt er een net van instellingen, gericht op hulp aan en behandeling van de burgers in lichamelijke, geestelijke of sociale nood. Kenmerkend voor Nederland is dat dit net van instellingen in eerste instantie tot stand komt door subsidiëring en uitbreiding van bestaande, vaak aan kerken gelieerde instellingen. Vooral in de jaren zeventig worden pogingen ondernomen deze lappendeken van organisaties te onderwerpen aan een, vanuit de centrale overheid vastgesteld, regime. Deze zogenaamde 'verstatelijking van de verzorgingsstaat', wordt ingegeven door verschillende wensen: het 'professionaliseren' van de geboden zorg en het beheersbaarder maken van de kosten zijn belangrijke drijfveren. Maar ook het gelijkheidsideaal is een belangrijke inspiratiebron. In de moderne verzorgingsstaat moet 'iedereen' aanspraak kunnen maken op dezelfde voorzieningen.' Vooral in de gezinsverzorging is goed te zien voor welke problemen deze wensen het overheidsbeleid plaatste. Na de Tweede Wereldoorlog heeft er een enorme uitbreiding plaatsgevonden. De particuliere instellingen zijn gedwongen tot nauwere samenwerking en tot het accepteren van steeds meer soorten

cliëntèle. Door uitbreiding van de subsidiestromen zijn ze ook iedere zelfstandigheid kwijtgeraakt en langzamerhand met gouden koorden volledig gebonden aan de centrale overheid.

De centrale overheid schuift steeds nieuwe taken naar de gezinsverzorging. De uit de pan rijzende kosten worden gedrukt door functiedifferentiatie in neerwaartse richting. Voor mensen die 'alleen maar' huishoudelijke hulp nodig hebben komen er alfa hulpen: opleiding, begeleiding en sociale zekerheid wordt voor hen in eerste aanleg niet nodig geacht. Voor zover de gezinsverzorging was geëvolueerd tot een beroep, waaraan een zelfstandig inkomen ontleend kon worden, werd een groot deel van het werk nu georganiseerd als een bijbaantje voor huisvrouwen. Wat vroeger vrij overzichtelijke beslissingen waren die op dorps- of buurtniveau en binnen de eigen godsdienstige kring werden genomen, wordt onderwerp van regulering van bovenaf. Zo worden met de beste bedoelingen zaken in gang gezet, die als puntje bij paaltje komt moeilijker beheersbaar blijken dan van tevoren was bedacht. 'Zorg' en 'zorgbehoefte' verschijnen in deze context voornamelijk als onbeheersbare monsters. De overheid zoekt wanhopig naar een besturingsconceptie die ervoor kan zorgen dat alle eisen aan bod komen.

Het probleem dat de overheid op macroniveau tegenkomt, wordt in de dagelijkse praktijk uitgevochten tussen de verschillende participanten op de werkvloer van de hulpverlening. Waar begint het recht op zorg, hoe moet je de verschillende behoeften tegen elkaar afwegen en waar moet je met een gerust hart kunnen zeggen dat de verantwoordelijkheid bij de cliënt ligt?

Wie verslagen leest uit de praktijk van de gezinsverzorging, merkt dat deze vragen in concrete gedaante op het bord terechtkomen van de individuele werknemer, die op dit niveau vrijwel altijd een werknemer is. De cliënt, die een beroep doet op hulp, zal dat meestal doen vanuit de overtuiging dat het zo niet langer gaat en men 'recht' heeft op hulp. Degene die moet beslissen over de aanvraag zal echter in de huidige situatie vrijwel altijd zitten met een overschot aan vraag. Financieringsproblemen van de overheid, personeelstekorten in de instellingen, ziekteverzuim door overbelasting vertalen zich in de dagelijkse praktijk in een strijd om iemand toegewezen te krijgen.

DE ROL VAN 'DOCHTER'

Tineke van der Weij, die een aantal hulpverleningssituaties beschreef, ontdekte dat die strijd doorgaat, ook als er iemand is toegewezen. "Men moet zich dat niet voorstellen als een openlijk gevecht, in de meeste gevallen is de verhouding tussen hulpverlener en cliënt uitstekend. Wel is het lang niet altijd eenvoudig de hulpvraag van de cliënt in te passen in de nauwe kaders gegeven door de uren die de werknemer ervoor betaald

krijgt. Vaak bestaat er ook een onuitgesproken onenigheid over de standaarden waaraan een goed huishouden moet voldoen. De cliënt verwacht dan dat de ramen wekelijks gelapt worden terwijl de instelling maandelijks al lang mooi vindt. Opvallend is ook dat er een discrepantie lijkt te zijn tussen de manier waarop de cliënt door de overheid wordt gezien en de rol die de cliënt zelf wenst in te nemen. De rationale achter de invoering van de alfa-hulpverleners was bijvoorbeeld dat zelfstandige ouderen goed in staat zijn zelf als werkgever op te treden. Doordat de instelling voor gezinszorg alleen als bemiddelaar optreedt was het mogelijk de arbeidsvoorwaarden uit te kleden en daarmee de kosten aanzienlijk te drukken. Uit het onderzoek van Tineke van der Wey blijkt dat werknemers echter gemakkelijk in de rol van 'dochter' gedrukt worden. Cliënten houden er niet van dirigerend op te treden, ze verwachten dat de hulp zelf weet wat ze moet doen. Onuitgesproken leven verwachtingen, die lang niet altijd stroken met de instellingspolitiek. Voor werknemers is het - door de intimiteit van de verhouding - moeilijk daaraan niet tegemoet te komen, zeker als er geen rugdekking is van de instelling. Het stellen van grenzen aan de zorg neemt zo de vorm aan van constante onderhandeling, niet alleen door getrainde onderhandelaren aan de top van instellingen en op departementen, maar ook aan de basis tussen grijze bejaarden en hun soms al even grijze helpsters.

TYPISCH HUISVROUWENWERK

Werk aan de basis van de zorgsector blijft zo typisch huisvrouwenwerk: slecht omschreven en onderhevig aan vele hoge verwachtingen." Vaak is het zo zwaar dat het alleen in deeltijd gedaan kan worden en zo slecht beloofd dat van een zelfstandig bestaan geen sprake kan zijn. Zo blijft het 'vrouwenwerk', werk dat je alleen kunt doen als iemand anders voor een basisinkomen zorgt, en werk dat vrouwen vanzelf kunnen, omdat het hetzelfde is als hun 'normale' werk als huisvrouw.

De combinatie van slechte arbeidsvoorwaarden en hoge verwachtingen, in veel gevallen zonder begeleiding of management, leidt zo zelf weer tot ziekteverzuim, verandering van baan, zoeken naar andere mogelijkheden en daarmee tot verslechtering van de voorwaarden voor cliënten en overblijvende werknemers.

Vrouwen zijn in de moderne verzorgingsstaat meestal de verleners van zorg op de basisniveaus. Zodra functies worden afgesplitst die beter worden gewaardeerd, gaan mannelijke werknemers die vervullen. De schaalvergroting in de jaren zeventig binnen de gezinsverzorging levert een goed voorbeeld van functie splitsing, die geslachtspecifieke effecten teweegbrengt. De schaalvergroting leidt tot de introductie van nieuwe posities, enerzijds ontstaan hogere functies

op beleidsniveau, die grotendeels worden bezet door mannen. Dit leidde soms tot imagoproblemen, zoals voor het kamerlid Kosto: 'Zijn beeld van de gezinsverzorging was dat van "het meisje op de fiets op de dijk tegen de wind in van de ene bejaarde naar de andere". Tijdens een hoorzitting in de Tweede Kamer kwamen echter "twaalf betonnen mannen" binnen. "Van die grote mannen, grijze pakken, geen vrouw erbij."'¹²

Op die manier ontstaat een organisatie waarin doorstroming van onder naar boven niet meer een normaal fenomeen is en het 'vrouwenwerk' aan de basis niet alleen wordt gedaan onder slechte voorwaarden, maar ook niet meer kan dienen als opstap naar een betere functie in het bedrijf. De overheid heeft zich opgeworpen als de grote regelaar in de zorg en is als consequentie daarvan in de geldzorgen gekomen. Zij lijkt die te willen oplossen door steeds verdergaan de functiedifferentiatie, waarbij steeds zoveel mogelijk het werk dat gedaan moet worden verschuift naar het zo laag mogelijke functieniveau. Ook, of misschien vooral, deze laatste linie staat echter onder druk om zo goedkoop mogelijk zoveel mogelijk 'zorg' te leveren.

DE IMPASSE VOORBIJ

Om uit de impasse te komen zouden we om te beginnen eens beter moeten bezien hoe de verhouding tussen de staat en de zorg eruit moet zien. De verstatelijking van de gezondheidszorg heeft natuurlijk een aantal goede kanten gehad: uitbreiding van zorg, meer eenheid en openheid in de criteria voor cliënten. Aan de andere kant zijn er ook nadelen: er ontstaan grote, logge en weinig flexibele organisaties, met handen en voeten gebonden aan richtlijnen van een verre overheid. In de verschillende nota's over sociale vernieuwing zijn gedachten te vinden die verwachtingen wekken: beter op elkaar aansluitende zorg in buurten, meer autonomie voor instellingen op buurtniveau, flexibel inspelen op ontwikkelingen in de buurten. Het opnieuw overhevelen van belangrijke beslissingen naar dorps- en buurtniveau lijkt op een weg terug naar twintig of dertig jaar geleden. Bezwaren golden toen de lappendeken aan instellingen en de verstikkende sfeer van dorps notabelen in de besturen. Ook de omhelzing van de gecentraliseerde verzorgingsstaat kan echter benauwend zijn. Ergens daartussenin moet een bestuurlijk evenwicht te vinden zijn.

In de onderste regionen van het stelsel is 'zorg' een typisch containerbegrip. Een betere benoeming van wat daar gebeurt is van belang om 'het produkt zorg' beter te kunnen alloceren, beheren en waarderen. Dat is in het belang van zowel cliënten, werknemers als financiers. Zuinigheid is wat ons betreft geen vies woord, natuurlijk zijn er grenzen aan de Haagse middelen. Maar we moeten ons goed realiseren dat er ook grenzen zijn aan het reservoir aan goedkope

werkkraft, dat vrouwen tot nu toe vormen. Goed en zuinig omgaan met 'zorg' vereist nadenken over efficiënte organisatievormen, over de manier waarop het vak geleerd wordt en over de inzet van de juiste vaardigheden op de juiste plaats. Maar het vereist in de eerste plaats nadenken over het functioneren van 'zorg' in de dagelijkse praktijk. Het is van zeer groot belang dat het onderzoek van de laatste jaren naar de eigenaardigheden van vrouwenwerk daarbij worden betrokken. Als we niet het risico willen lopen dat de nieuwe ontwikkelingen simpelweg de oude seksesegregatie weer verheven, door het zware en laagbetaalde werk als vanzelfsprekend aan vrouwen toe te delen en het betere werk als vanzelfsprekend voor mannen toegankelijk te maken, als we niet het risico willen lopen dat we de meest essentiële aspecten van verzorgend werk weg organiseren, moeten we nu bedenken hoe de zorg georganiseerd kan worden op een manier die recht doet aan het werk, de werkenden en de cliënten.

Marjolein Moree en Jantine Oldersma zijn verbonden aan de vakgroep vrouwenstudies van de Rijksuniversiteit Leiden.

NOTEN

1. Betsy Albers (Stichting Netwerk Gezinsverzorging (STING)). Het vak verzorging. Lezing ten behoeve van minisymposium 'Samenwerking wijkverpleging en gezinsverzorging', 3 mei 1991, p. 2.
2. I. Inklaar, 'Je hebt het gevoel nooit genoeg en het nooit goed te doen' In: *Welzijns-weekblad*, nr. 24,15 juni 1990; p. 10.
3. H. Bijker, *Personeel en instellingskenmerken in de Gezinsverzorging in 1988*. Rijswijk: V.O.G. (extra editie Wetenswaard) januari 1990.
4. Clare Ungerson, *Gender and Caring, Work and Welfare in Britain and Scandinavia*, New York, Harvester/Wheatsheaf, 1990.
5. Prof. dr. J.e.M. Hattinga Verschure, *Het verschijnsel zorg*, Lochem 1981.
6. Leila Simonen, *Caring by the Welfare State and Women behind it. Contradictions and Theoretical Considerations*, Paper presented at the Fourth Interdisciplinary Congress on Women, New York, June 1990.
Leila Simonen, *State Intervention of Homes. Municipal Homemaking as a Form of Social Mothering in the 1950's Finland*. To be published in the series 'Studies in Sexual Politics', edited by Liz Stanley and Sue Scott, 1990.
7. Inger Johansson, *Day Care for School Age Children in Sweden. Policy. Content and Professional Competence*. Paper presented at the Fourth Interdisciplinary Congress on Women, New York, June 1990.
8. Betsy Albers op. cit.
9. P.J.J. Maessen, *Bezuinigen op de gezinsverzorging. Besluitvorming in de verzorgingsstaat*, Leiden, Acco, 1989.
10. T. van der Wey, *Hulpverlening op maat, een utopie?* Doctoraalscriptie. RUL 1989.
11. Zie voor nadere analyses van 'vrouwenwerk': M. Brouns en A. Schokker, *Arbeidsvraagstukken en seks*, Den Haag, STEO, 1990.
12. Maessen, 1989, p. 147.

VECHTEN VOOR GELD EN BETER WERK

Arie Visser

Volgend jaar oktober zal de groep Particuliere Intramurale Gezondheidszorg van AbvaKabo zijn vierjaarlijkse congres houden. Op dat congres wordt het verslag over de afgelopen - roerige - periode behandeld en de afgevaardigden zullen een nieuw beleids- en actieprogramma vaststellen voor de volgende jaren. Net als in het verleden zal het probleem van de categorisering wel weer een grote rol spelen. En verder zal de arbeidssituatie van vooral de verpleegkundigen opnieuw de aandacht opeisen; een problematiek die gemakshalve wel wordt samengevat met de term 'werkdruk'.

Arie Visser, kaderlid van de AbvaKabo, gaat in op enkele problemen voor het personeel in de gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor de verpleging en de rol daarbij van de vakbeweging.

Categoriale vakorganisaties zijn organisaties die niet bij een vakcentrale zijn aangesloten. Daaronder bevinden zich talloze bonden en bondjes die een enkele categorie personeel organiseren. Het bestaan van categoriale organisaties is zo oud als de geschiedenis van de vakbeweging en ook in het huidige tijdperk zijn ze geen zeldzaam verschijnsel. Heiers, spoorwegmachinisten, journalisten en kunstenaars hebben hun eigen bonden. Moderne vormen ervan zijn, als we het begrip ruim nemen, de zogenaamde 'gele bonden', de van Japan afgekeken bedrijfsgebonden verenigingen die, vaak opgericht door de werkgever, optreden als vakbond en de belangen van hun leden bij de baas behartigen. Op grond van de uit 1927 daterende Wet op de Collectieve Arbeidsovereenkomst kunnen zulke verenigingen zelfs cao's afsluiten, want dat is een recht van 'eene vereeniging van arbeiders' die in haar statuten zo'n bevoegdheid heeft opgenomen.

Zijdelings kan hier nog gewezen worden op de wens van bepaalde werkgevers om de cao voor het Ziekenhuiswezen voor de verschillende sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg aan specifieke wensen aan te passen, of zelfs om raam-cao's tot stand te brengen die in de instellingen nader ingevuld moeten worden. Ook het regionaal variëren van de arbeidsvoorwaarden (beloning) is een wel gehoorde wens. Verpleegkundigen minder betalen in streken waar het personeelstekort minder nijpend is dan in bijvoorbeeld de

Randstad. Dat is de keerzijde van de idee van Hillmann waar ik hierna op terugkom.

TEGENSTELLINGEN

De neiging om categoriale organisaties te vormen is in de gezondheidszorg wel bijzonder groot. Tot voor kort waren er daarvan maar liefst dertig betrokken bij de afsluiting van de cao voor het Ziekenhuiswezen, waarbij het nog een geluk was dat er daarvan 26 zich door de koepelorganisaties GOB (dit jaar opgeheven) en de FHZ (hoger ziekenhuispersoneel) lieten vertegenwoordigen.

Daarbij was er nog de grotere beroepsvereniging van verpleegkundigen, de NMV (vóór 23 september 1988 Het Beterschap geheten en thans, na fusie met de voormalige actiegroep VVIO omgedoopt in NU'91). En er waren en zijn natuurlijk de twee niet-categoriale bonden: AbvaKabo en CFO, de enige bonden ook die over een weerstandskas beschikken en dus effectief langdurige acties kunnen voeren. Daarbij is AbvaKabo veruit de grootste bond, ook van verpleegkundigen. Het NMV, alias NU'91, neemt wat dat betreft een andere positie in. Zij komt uitsluitend op voor het verplegend en verzorgend personeel (dat de helft uitmaakt van het totale ziekenhuispersoneel). Ze wenst voor dat personeel betere arbeidsvoorwaarden te creëren dan voor de andere in de instellingen werkzame beroepsgroepen, wat dus ten koste gaat van de andere collega's. (Dat was trouwens herhaaldelijk ook de wens van de Federatie van Hoger Ziekenhuispersoneel FHZ.)

Dat betekent dat er een fundamentele tegenstelling blijft bestaan tussen deze categoriale organisatie en de algemene vakbonden. De kern van dat verschil werd het onbeschikbaarst naar voren gebracht door Hanneke Hillmann, directeur van het Kruiswerk in Amsterdam, die zich bij tal van gelegenheden een warm aanhangster toonde van de categoriale gedachte, onder meer in enkele artikelen in het vakblad *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*. Ik citeer: 'Aansluiting bij een reguliere vakbond leidt niet tot een voldoende machtontwikkeling voor verpleegkundigen en verzorgenden. Immers, algemene vakbonden behartigen de belangen van iedereen in sectoren als: technische dienst, administratie en schoonmaakpersoneel. (...) Het zijn juist de algemene vakbonden die cao's bepleiten voor iedereen. Iedereen moet mee met salarisverhoging en secundaire arbeidsvoorwaarden. Dat is een blok aan ons been.'

Wat de diepere achtergrond van dit soort



Foto: AbvaKabo (Ron Jenner)

opvattingen zijn, kan ik niet bevroeden. Een voortdurende poging tot sociale sluiting, afgrenzing van de beroepsgroep, waarbij men zich al jaren verschanst achter stellingen met betrekking tot beroepsinhoudelijke zaken en 'professionalisering', wijzen er mogelijk op dat de ontwikkeling van verpleegkundigen (ik generaliseer) van ondergewaardeerde krachten naar geëmancipeerde, zelfbewuste werknemers nog lang niet voltooid is.

VAN OVERLEG NAAR STRUD

Die afschuw van sommigen voor de bonden kan in ieder geval niet zijn oorzaak hebben in wanprestatie, want zo slecht hebben de bonden het mijns inziens niet gedaan. Nog onlangs wisten ze zelfs zonder al te veel wapengekletter opmerkelijke resultaten te bereiken. Door louter onderhandelen en overtuigen kwam in 1977 een eerste cao voor het Ziekenhuiswezen tot stand die de vergelijking met andere cao's makkelijk kon doorstaan. In die cao moesten ook de salarissen worden geregeld. Om tot rechtvaardige beloningsverhoudingen te kunnen komen tussen degenen die een bijdrage leveren aan de verzorging of behandeling van patiënten en diegenen die de instelling draaiend houden, werd een functiewaarderingssysteem (FWG) tot stand gebracht en ingevoerd. Wellicht de grootste operatie op dit terrein die ooit in Nederland plaatsvond. Dankzij die FWG (waar overigens heel wat tegen in te brengen is) stegen de salarissen van verpleegkundigen gemiddeld maar liefst vijftien procent en het inkomen van de civiele en technische dienst ongeveer zes procent. De inkomsten van de artsen zullen op termijn dramatisch dalen. Jaar op jaar kon de cao, ook op het terrein van de secundaire arbeidsvoorwaarden, telkens een beetje verbeterd worden.

Maar in het begin van de jaren tachtig gaat er iets mis. Er zet een economische recessie in en er moet op de collectieve uitgaven bezuinigd worden. Ook de gezondheidszorg krijgt met de gevolgen daarvan te maken. Beddenreductie, fusies en sluitingen van hele instellingen veroorzaken veel beroering in het ziekenhuiswereldje. Aan afstuderende verpleegkundigen

wordt bij hun diploma meteen hun ontslag-brief uitgereikt. Daarna wordt de budgettering ingevoerd, wat gepaard gaat met verdere bezuinigingen. De discussies over de te hoog oplopende kosten van de gezondheidszorg leiden ertoe dat marktbeginnselen hun intrede doen. De inkomens in de hele collectieve sector blijven achter bij de ontwikkeling in de marktsector, al is het ook daar niet overal een vetpot. Op meer plaatsen vallen harde klappen. Automatisering en het verdwijnen van complete bedrijfstakken eisen hun tol. Het werktempo wordt overal opgevoerd. Tal van beroepen verdwijnen. Het aantal werklozen loopt naar een miljoen. De ontwikkeling van de democratisering komt tot stilstand.

BONDEN IN HET DEFENSIEF

De bonden nemen een defensieve positie in, hetgeen in tijden van recessie vaak onvermijdelijk is.

Tegen de bezuinigingen, fusies en reorganisaties in het ziekenhuiswezen wordt de - weinig bekende - Cao Sociale Begeleiding tot stand gebracht, waarin bescherming wordt geboden aan personeel dat bij reorganisaties is betrokken. Er wordt loon-(prijscompensatie) ingeleverd om meer banen te scheppen.

Aanvallend tegengas kunnen de bonden niet geven; daarvoor is de organisatiegraad te laag, en zijn de werknemers behept met een soort beroepsethos (of zoiets als een burgerlijke instelling) waardoor maar weinigen meedoen aan acties. De apathie wordt nog wel eens doorbroken door werknemers 'in sectoren als technische dienst, administratie en schoonmaakpersoneel', die zich dan uitdrukkelijk solidair betonen met de verpleegkundigen.

Toen in 1983 actie gevoerd moest worden tegen het voornemen om de salarissen van ambtenaren en 'trendvolgers' met 3,5% te verlagen, gaf de gezondheidszorg bijvoorbeeld niet thuis. Zoals al vaker gebeurd was, moesten de vuilnis mannen en trambestuurders de kastanjes uit het vuur halen.

Ook toen in 1986 geen cao tot stand gebracht kon worden, kon slechts in vijftig instellingen een vorm van actie worden ontketend, ondanks bovenmatige inspanningen van de kaderleden van de bonden om met name de verpleegkundigen ervan te overtuigen dat ze voor hun rechten moesten opkomen als andere werknemers. De verpleegkundigen kwamen op z'n best tot zogenaamde ludieke acties op een vrije zaterdag.

Maar de recessie ging voorbij en de vakbeweging in de aanval. Op 8 oktober 1988 werd door de FNV een manifestatie in Amsterdam georganiseerd, die met 150.000 deelnemers de grootste van na de oorlog werd (nu al weer overtroffen door de 250.000 op het Malieveld op 5 oktober jongstleden). Ook in de gezondheidszorg kwam plotseling de omslag. Daar waren het echter niet de bonden die deze bewerkstelligden. Die organiseerden eind 1988 weliswaar op de gebruikelijke wijze ledenvergaderingen ter voorberei-

ding van de cao-onderhandelingen, maar zoals eveneens gebruikelijk was de opkomst van de leden op die vergaderingen iets boven nihil. Ook een nieuwe actiegroep, de VVIO, kreeg weinig respons op de oproep om op 31 december aan een demonstratie op de Dam deel te nemen. Er verscheen slechts een handjevol verpleegkundigen. Het landelijk groepsbestuur en het parlement van de AbvaKabo-groep voor de gezondheidszorg hadden zich over de voorstellen voor een nieuwe cao gebogen en besloten, geconfronteerd met de geboden loonruimte en het ogenschijnlijke gebrek aan actiebereidheid van de werknemers, te volstaan met een looneis van 1,5%. Misgerkend! Met een kleine advertentie slaagde de VVIO er toen wel in om op 25 februari in Utrecht een grote massa verpleegkundigen op de been te brengen. Die eisten 5% loonsverhoging. AbvaKabo en CFO stelden daarop hun eis onmiddellijk bij op dat percentage en startten hun actiemachinerie.

SOCIOLOGISCH WONDER

Hoe die plotselinge actiebereidheid ontstond, is moeilijk na te gaan. Er zijn tal van krachtige opvattingen over maar mij lijkt het een sociologisch wonder dat vergeleken moet worden met grote oproeren uit het jonge en oude verleden. Revoluties kun je niet maken, die breken onverwacht uit, de ene keer onder Rotterdamse havenwerkers, de andere keer in de ziekenhuizen. Wel bleek dat alleen de twee grote bonden de acties tot een resultaat konden brengen met hun jarenlang door de leden bij elkaar gespaarde stakingskassen. Dat resultaat werd na maandenlange strijd binnengehaald. In 1990, toen er 6% werd geëist, werd ook die eis, opnieuw na maandenlange harde acties, ingewilligd. Tenslotte gaven de werkgevers, inmiddels wijs geworden, dit jaar toe zonder dat er strijd geleverd behoefde te worden, zelfs nadat staatssecretaris Simons geweigerd had om daarvoor geld

beschikbaar te stellen. De VVIO speelde slechts een marginale rol. Ze richtte haar acties liever tegen de bonden dan tegen de werkgevers, zag af van acties binnen de instellingen en na enige dreiging met gerechtelijke stappen ook van acties buiten de instellingen. Slechts in de publiciteit deed zij het bijzonder goed.

EERST TE VEEL, NU TE WEINIG

De tijden zijn inmiddels veranderd. Verpleegkundigen worden niet meer ontslagen. Nee, ze zijn niet meer te krijgen. Het slechte imago van de gezondheidszorg, de verhalen over de werkdruk, de aantrekkende arbeidsmarkt waardoor een grote concurrentie vanuit andere sectoren ontstond en niet in het minst de ontgroening van de bevolking zorgen voor een structureel en niet eenvoudig op te lossen tekort aan personeel.

Na de acties van 1989 werden tussen bonden, werkgevers en overheid afspraken gemaakt onder andere over verlichting van de werkdruk. Er kwam extra geld beschikbaar voor extra personeel. Veel instellingen slaagden er echter niet in om dat personeel aan te trekken. AbvaKabo nam inmiddels het initiatief om experimenten met functiedifferentiatie te starten. Want personeel met een lager opleidingsniveau dan thans v~ verpleegkundigen wordt gevraagd, is nog wel te krijgen. Verplegen op twee niveaus, dat is een onontkoombaar deel van de oplossing op langere termijn.

Andere oplossingen zijn te vinden in terugdringing van het hoge ziekteverzuim, het behouden van de werknemers voor de sector en het bevorderen van herintreding van vooral vrouwen die eerder het beroep verlieten.

Oorzaken van zowel het slechte imago van werken in de gezondheidszorg als het hoge ziekteverzuim kunnen gezocht worden in de arbeidssituatie. Zelf viel mij al op hoe vaak verpleegkundigen tijdens de acties van de af-



't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer
Foto: AbvaKabo (Ron Jenner)

gelopen jaren te kennen gaven dat het geld ze eigenlijk niet zoveel kon schelen, als er maar wat gebeurde met de omstandigheden waaronder gewerkt moest worden. Een aantal onderzoeken, ook in het buitenland, toonde aan dat de arbeidssituatie van veel meer belang gevonden wordt dan het loon. Dat geldt overigens niet alleen voor verpleegkundigen. Het is een algemeen verschijnsel. Zo werden bij Philips meisjes die aan de lopende band werkten, een halfjaar nadat ze ontslag hadden genomen ondervraagd om eraan te komen wat daarvoor de reden was. Ze bleken tevreden te zijn over het loon, maar ontevreden over hun arbeidssituatie: de stijl van leidinggeven, de arbeidsomstandigheden en de status van het werk bleken redenen om te vertrekken.

De mate waarin men baas is over zijn eigen werk of een eigen verantwoordelijkheid heeft, is een andere reden om het werk wel of niet leuk te vinden. En dat is meestal weer gekoppeld aan het salaris.³

In de gezondheidszorg is het niet anders. Om te benadrukken hoe universeel de problemen zijn, een voorbeeld uit Engeland. Begin 1989 deed de North West Thames Health Authority een onderzoek door aan 22.127 geregistreerde verpleegkundigen een formulier met vragen over de factoren die van invloed waren op het besluit om in of uit het verpleegkundig beroep te gaan, te blijven, te vertrekken of terug te keren. Uit de teruggezonden lijsten bleek dat 55% uit 'roeping' voor de verpleging had gekozen, bij nog eens 41% stond dat op de tweede plaats. Eenmaal aan de slag bleek dat voor de beroepsuitoefening 69% de roeping als belangrijkste factor aangaf, 25% de werkomgeving, 2% de carrièremogelijkheden en 5% het salaris. Van de verpleegkundigen die het vak verlieten, deed slechts 10% dat wegens het salaris, maar 31% om de arbeidsomstandigheden.⁴ Uit Nederland zijn soortgelijke gegevens bekend.

Conclusie: verbetering van de arbeidssituatie kan dus helpen om personeel voor het werk te behouden. Dat betekent dat er een beter sociaal beleid moet worden gevoerd. In de cao voor het ziekenhuiswezen staat dat dit het doel voor het sociaal beleid is:

- * gestalte geven aan een zodanige organisatie en zodanige gezagsverhoudingen, dat daarin de medewerkers hun bijdrage aan het goed functioneren van de instelling kunnen geven;
- * het zodanig organiseren van werkzaamheden, dat er sprake is van zinvolle arbeid met een zo groot mogelijke eigen bevoegdheid en verantwoordelijkheid, aangepast aan aanleg, capaciteit en ambities van de medewerkers;
- * medewerkers betrekken bij het inrichten van de eigen werksituatie en bij het bepalen van het beleid binnen de instelling;
- * voorwaarden scheppen voor de ontplooiing van de medewerkers.

Al jaren staat het er, maar de instellingen die er iets aan gedaan hebben, zijn vermoedelijk op de vingers van één hand te tellen.

Het is niet alleen de cao die ons erop wijst dat er goede arbeidsomstandigheden moeten zijn. De gezaghebbende Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) verklaarde in 1986 dat goede werkomstandigheden in de gezondheidszorg essentieel zijn voor het eigen personeel en het publiek dat het dient. Ook de Arboret bepaalt in artikel 3 dat de arbeid moet bijdragen aan het welzijn van de werknemer. Let op de nuance: de arbeid mag het welzijn niet alleen niet schaden, maar moet dat welzijn bevorderen.

WERKDRUK

Als we het er dus over hebben welke keuzen er de komende jaren gemaakt dienen te worden, dan moeten we de totale arbeidssituatie er uitdrukkelijk bij betrekken. Onder arbeidssituatie wordt verstaan de inhoud van het werk, zoals taakbreedte en de wijze van besluitvorming; de arbeidsomstandigheden, zoals de fysieke en psychische belasting, de werksfeer en de werkdruk; de arbeidsverhoudingen, zoals de wijze van leidinggeven, en de sociale contacten. Dat alles beïnvloedt de tevredenheid met het werk. Daarbij komen dan nog de arbeidsvoorwaarden: loon, werktijden, pensioen, vakantie, opleidingsmogelijkheden, kinderopvang, en dergelijke.

De werkdruk neemt een bijzondere positie in. Het is een moeilijk begrip omdat het voor een deel subjectief bepaald is. Niet alleen wordt de werkdruk bepaald door de objectieve taakeisen, maar ook door de organisatie van het werk en de mogelijkheden van de werknemer om de tijdens het werk opgedane emotionele spanningen te verwerken.⁵

Voor verpleegkundigen is dat een in het oog springend probleem, maar ook brandweerlieden en politieagenten hebben er in meer of mindere mate mee te kampen. De gevoeligheid voor sommige stressfactoren bepaalt binnen de verpleging misschien wel het al of niet geschikt zijn voor het vak. Wie geen compassie heeft voor de patiënten kan geen werk leveren van voldoende kwaliteit. Maar dezelfde compassie bij een te hoge werkdruk maakt ziek. Het bekende en beruchte syndroom dat dan op kan treden is dat van het 'burnout', het geleidelijk opgebrand raken, waarvan de symptomen zijn een koude en cynische houding ten opzichte van de patiënten, depersonalisatie en een verminderde bekwaamheid voor het werk.⁶ Om dit probleem aan te pakken, zijn ingrijpende aanpassingen in de organisatie, de werktijden en werkwijze van de betrokken werknemers nodig.

POEN OF BETER WERK

Dat brengt mij weer op mijn uitgangspunt: de vaststelling van het beleids- en actieprogramma van de vakbond waarvan ik toevallig lid ben. Dat behoort natuurlijk tegelijkertijd de keus te zijn van de werknemers die het aangaat. Vaststaat dat er voor de arbeidsvoorwaarden en voor de arbeidsomstandigheden een beperkt bedrag beschikbaar zal zijn. Het kabinet heeft al gezegd, tegen alle regels en afspraken over vrije onderhandelingsmogelijkheden in, dat er volgend jaar niet meer dan drie procent

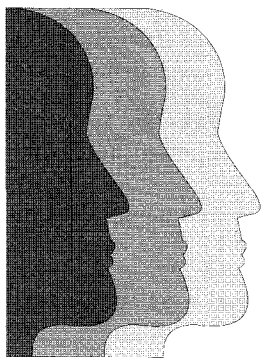
beschikbaar zal zijn voor loonsverbetering. Staatssecretaris Simons heeft gezegd dat hij prioriteit wil geven aan vermindering van de werkdruk boven loonsverhogingen. Welk standpunt moeten werknemers innemen?

Daarover bestaan verschillende opvattingen. Inhalen van vermeende loonsachterstand op politieagenten en leraren is er één van. Het voortaan gelijk oplopen met de marktsector is een bestaande afspraak tussen kabinet en bonden. De leden van de bonden zullen moeten uitmaken hoe ze de beschikbare loonruimte willen gebruiken. Voor loon, of voor meer mensen? Voor betere arbeidsomstandigheden, of voor kinderopvang? Of moet het geld besteed worden aan de verdere invoering van verpleging op twee deskundigheidsniveaus, terwijl tegelijkertijd het systeem van integrerende verpleging - dat een hogere arbeidssatisfactie oplevert - moet worden behouden of ingevoerd?

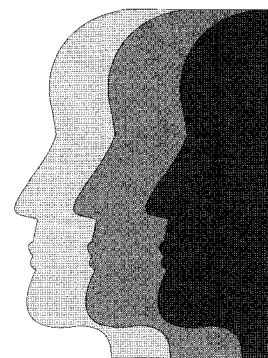
Eén ding staat vast: opnieuw in loon achterblijven bij andere sectoren is onaanvaardbaar. Het mooiste zou zijn als die andere sectoren ook zouden kiezen voor beter werk in plaats van meer poen. Mijn opvatting is: wie meer geld opeist voor de werkers in de gezondheidszorg dan de gemiddelde loonsomstijging rechtvaardigt, zal dat meerdere moeten bestemmen voor verbetering van het werk. Dat lijkt ook de wens te zijn van de betrokken werknemers. Voor die keuze zullen we in ieder geval de komende jaren geplaatst worden. En mochten verpleegkundigen in loon achtergesteld blijken te zijn bij collega's in de instellingen, dan moet dat blijken uit objectief onderzoek in het kader van het functiewaarderingssysteem. Dat is dan ook precies waar de werkgeversorganisatie NZR, op initiatief van de AbvaKabo, nu mee bezig is. Voor looneisen voor een enkele groep, op basis van macht door schaarste, zoals Hanneke Hillmann voorstelt, kan geen sprake zijn voor de vakbeweging, die aan onderlinge solidariteit, waarbij concurrentie tussen werknemers onderling moet worden tegengegaan, haar bestaansrecht ontleent.

NOTEN

1. Hanneke Hillmann en Johan Lambregts, 'Schaarste en macht'. In: TVZ nr. 5, 1991.
2. 'De stakingen zijn allereerst, voor wat hun karakter betreft, te verdelen in aanvalstakingen om het een of ander te verkrijgen en in stakingen tot bestrijding van het een of ander. Het ligt voor de hand dat de eersten vooral voorkomen in tijden van goede conjunctuur, terwijl de tweede soort meestal bij gedrukten zakengang zich voordoen.' Citaat uit *De werkstaking, haar wezen en resultaten*, door Eduard Bernstein, vertaald en aangevuld door W.H. Vliegen, 1908.
3. M.H.K. van der Graaf en L.A. ten Horn, *Psychologische aspecten van de organisatie*, Samson, Alphen aan den Rijn, 1989.
4. *Nursing Times*, October 31, vol. 86 no 44 1990.
5. A.H.G. de Vries-Griever op het symposium 'Werkdruk & Personeelsbeleid in de Gezondheidszorg', april 1991, Amsterdam.
6. W. Schaufeli op bovengenoemd symposium.



c <> l u m n



KEUZEN IN DE ZORG

In juni van dit jaar bracht de Algemene Rekenkamer een rapport uit over publiekscampagnes van de overheid. Deze strenge Haagse rekenmeesters hadden zo'n zeventig campagnes uit het verleden tegen het licht gehouden en waren tot de conclusie gekomen dat er weinig van deugde. De voorbereiding in de vorm van doortimmerde communicatie- en publiciteitsplannen was vrijwel altijd te mager, de uitvoering was doorgaans zeer ondoordacht en eindrapportages en effectmetingen waren uiterst zeldzaam en als ze er waren zagen de resultaten er bedroevend uit. Reden genoeg, aldus de Rekenkamer, om hardop de vraag te stellen of al die campagnes geen weggegooid geld zijn.

Sindsdien rolt de ene na de andere publiekscampagne van de overheid over ons heen. We weten inmiddels dat milieuvervuiling bij ons zelf begint, dat we de auto wat vaker moeten laten staan, dat er ander werk op ons te wachten ligt via een brochure bij het arbeidsbureau (en de postkantoren uiteraard), dat we (de mannen althans) niet de eerste keer bij de dame die ons voor een kopje koffie uitnodigt tot handtastelijkheden mogen overgaan en nog meer van die zaken die ons tot een attitude- en gedragsverandering moeten aanzetten. Wie dagelijks naar de tv kijkt, zou niet de indruk krijgen dat er nog deze zomer een vernietigend rapport over dit soort spotjes het licht heeft gezien.

Maar misschien is in al deze recente campagnes rekening gehouden met de kritiek van de Rekenkamer. Dat vermoeden begon te dagen toen ik in september een vertrouwelijke concept-versie van het communicatieplan voor een publieke discussie over keuzen in de zorg in handen gespeeld kreeg. Het plan, opgesteld door het organisatiebureau De Beuk, moet handen en voeten geven aan de opdracht van de Commissie Keuzen in de zorg (ook bekend als de commissie-Dunning) om 'via derden een publieke discussie op gang te brengen over de vraag: moet alles wel wat kan. De discussie is bedoeld om de noodzaak van het maken van keuzen bij een publiek ingang te doen vinden.'

Het plan lijkt rekening te houden met de kritiekpunten van de Algemene Rekenkamer. Het feit alleen al dat er een plan is, is een grote stap voorwaarts. Daarin worden keurig de doelgroepen die bij het publieke debat moeten worden betrokken, opgesomd en precies omschreven. Aan de

zorgproduktiekant zijn dat de medische professionals, aan de consumentenkant zijn dat vrouwen, bejaarden en patiënten in georganiseerd verband. En dezen worden niet via tv-spotjes benaderd, maar via hun organisaties, via de pers en via andere zogeheten 'intermediairen'.

Maar het meest opmerkelijke is dat we geen filmpjes over bewust consumeren van gezondheidszorg over ons heen krijgen, maar in een publiek debat moeten treden waarin we ons meer bewust worden van de keuzen die ook wij in onze zorgconsumptie kunnen maken. Dus geen betuttelende mediaboodschappen waar je voor of tegen kunt zijn, maar een beroep op onze eigen verantwoordelijkheid. Het gaat erom in de maatschappij een tegenkracht te ontwikkelen tegen 'het over-aanbieden en het over-vragen van medisch handelen'.

Kortom, en even afgezien van het gruwelijke taaltje dat in dergelijke communicatieplannen kennelijk onvermijdelijk is, het lijkt erop dat de Algemene Rekenkamer tevreden kan zijn. Er is een plan, er zijn doelstellingen, doelgroepen en er wordt over een paar jaar een effect-evaluatie-onderzoek gedaan. Prima dus.

Toch staat nu al vast dat de hele onderneming op een totale mislukking zal uitlopen. Het publieke debat over keuzen in de zorg zal de 'attitude' van de burgers over de gezondheidszorg geen millimeter veranderen. Dat komt omdat dergelijke overheids campagnes alleen nog maar in naam, als een soort rechtvaardiging, het gedrag van burgers willen veranderen, maar in de praktijk een heel andere functie vervullen. Het is niets meer dan een soort decor waartegen een steeds minder krachtige overheid zich zelf wil profileren.

Alleen op die manier valt te verklaren dat de overheid zonder enige schroom een hele bibliotheek van onderzoeksgegevens negeert, waarin zonneklaar wordt aangetoond dat overheids campagnes geen massale gedragsverandering kunnen bewerkstelligen. Alleen op die manier valt te verklaren dat de overheid campagne na campagne start zonder zich ook maar een moment om de resultaten te bekommeren.

Het is zo langzamerhand nog de enige methode waarmee de overheid voor iedereen zichtbaar haar aanwezigheid, haar moraal en haar geldingsdrang kan tonen. Het zijn geen voorlich-

tingscampagnes, maar politieke reclamespotjes die moeten laten zien dat de overheid ook een ideëel bestaan leidt. Het moet het tanende gezag van de overheid een moreel gezicht geven. Het middel publiekscampagne is zo langzamerhand een eigen leven gaan leiden, het (onbereikbare) doel is daaraan volledig ondergeschikt geraakt. Het middel is heilig, het doel is niets.

De kermis die ons voorgeschoteld zal worden in de nasleep van het op 14 november gepubliceerde rapport van de Commissie Keuzen in de zorg zal dit nog eens nadrukkelijk gaan bewijzen. De goede bedoelingen 'druipen ervan af. Natuurlijk moet ook op het terrein van de gezondheidszorg de burger zijn verantwoordelijkheid beseffen. Natuurlijk moet ook bij de burgers (vrouwen, bejaarden, patiënten) het besef doordringen dat niet alles kan. Wie zal dat ook maar een moment ontkennen? Maar tot minder zorgconsumptie zal dat natuurlijk niet leiden, iedereen die ziek of zorgafhankelijk wordt zal zich zonder aarzeling aan de poorten van onze zorgfabrieken blijven melden en het onderste uit de kan verlangen. Daar kan een 'publiek debat' niets aan veranderen en de organisatoren weten dat maar al te goed.

Maar zo'n debat kweekt wel stemming, geeft wel inzicht in de machtsverhoudingen en de meningen die rondom politieke beslissingen rondom de gezondheidszorg heersen. En daarbij gaat het inderdaad om keuzen in de zorg: komt er voldoende geld voor curatieve zorg? Hoe omvangrijk wordt het basisverzekeringspakket bij de definitieve invoering van het plan-Simons? Hoe hard mag de markt toeslaan in de gezondheidszorg? En hoe stevig blijft de solidariteitsgedachte verankerd in de financiering van de gezondheidszorg? Over die vragen moeten de komende jaren keuzen gemaakt worden. Niet door de burgers, maar door de politiek.

Maar het kan geen kwaad als de burgers zich in het publieke debat over deze kwesties stevig roeren en het decor waartegen deze beslissingen genomen moet worden wat meer kleur geven. Ook al zal de Algemene Rekenkamer over een jaartje of vier melden dat ook het publiekproject Keuzen in de zorg voor de zorgconsumptie geen zoden aan de dijk heeft gezet.

Maar ja, daar ging het dan ook niet om,

Jas van der Lans

HET ARTSENBEROEP MOET VROUWVRIENDELIJKER WORDEN

Mettiena Leemeijer

Vanaf het studiejaar 1983-1984 studeren er meer vrouwen dan mannen geneeskunde. Dit betekent dat vanaf nu het aantal vrouwen dat als basisarts afstudeert, groter is dan het aantal mannen. De fase lijkt voorbij dat vrouwen door middel van positieve actie' gestimuleerd moeten worden het beroep van arts te kiezen. Omdat de vrouwelijke artsen bijna net zo vaak als hun mannelijke collega's ook daadwerkelijk als arts aan het werk gaan (in 1979 was de beroeps-participatie van vrouwelijke artsen al 94%)² lijkt het nog slechts een kwestie van tijd voordat de man-vrouw verhouding in het beroep gelijk is. Maar is dat wel zo? Wie achter de cijfers kijkt, ziet een scheefgroei. Op verschillende terreinen blijft de participatie van vrouwen achter.

In de collegezalen is het beeld duidelijk: van alle artsen in opleiding is ruim 60% van het vrouwelijke geslacht. De deelname van vrouwen aan de vervolgopleiding tot medisch specialist neemt wel toe, maar blijft achter bij die van het aantal mannen. Ook wanneer we rekening houden met de afstudeerpercentages worden vrouwen nog steeds veel minder vaak dan mannen specialist. Zo hebben vrouwen vaker een baan in een ziekenhuis als AGNIO (assistent geneeskundige niet in opleiding tot specialist), terwijl mannen veel vaker werkzaam zijn als AGIO (wel in opleiding tot specialist). Bovendien vindt de geleidelijke toename van het aantal vrouwen vooral plaats in die opleidingen waar vrouwen altijd al redelijk vertegenwoordigd waren: de kindergeneeskunde, de sociale geneeskunde (met name de jeugdgezondheidszorg), oogheelkunde, psychiatrie en huisarts geneeskunde. Een snelle verandering treedt op in de gynaecologie/verloskunde. Was elf jaar geleden nog slechts 7% van alle gynaecologen in opleiding een vrouw, nu is dat inmiddels 58%.⁴ Voor al die vrouwen die een voorkeur hebben om door een vrouwelijke gynaecoloog behandeld te worden, is dit een heel positieve ontwikkeling. Maar binnen veel andere, met name de zogenaamde 'snijdende vakken' vinden we het grotere aantal vrouwen niet terug. Van de chirurgen in opleiding is slechts 7% vrouw. Ook de deelname van vrouwen in bestuursfuncties in de gezondheidszorg blijft achter. In de KNMG, bijvoorbeeld, zijn veel minder

vrouwen dan mannen bestuurlijk actief. De argumenten dat veel vrouwelijke artsen nog jong zijn, bezig zijn met de opbouw van hun carrière, kleine kinderen hebben en 'wel wat anders aan hun hoofd hebben' dan besturen, kloppen, maar nemen niet een wezenlijk probleem weg: wie komen er op voor de belangen van de vrouwelijke artsen?

Een gevolg van de achterblijvende participatie van vrouwen is dat vrouwelijke artsen minder dan mannen deel uitmaken van belangrijke netwerken.

ROLPATRONEN

Dat vrouwen achterblijven in de specialismen en de bestuurlijke functies, heeft alles te maken met het ontbreken van regelingen op het gebied van afbakening van werktijden, zwangerschapsverlof en kinderopvang. De helft van de vrouwelijke artsen werkt - mede om deze reden - in deeltijd en/of in loondienst.^{2, 6} Voor artsen in loondienst geldt, net als voor iedereen in loondienst, dat er de afgelopen jaren een aantal regelingen met betrekking tot zwangerschaps-, ouderschapsverlof en kinderopvang zijn ontstaan waarvoor men een beroep kan doen, althans voor zover dit binnen de instelling waar men werkt mogelijk is. Voor artsen die werkzaam zijn in het vrije beroep, zijn deze regelingen er niet.

Beeldvorming en rolpatronen werken ook door in het instandhouden van de scheefgroei. Er zijn beroepen in de medische sector die als typisch 'mannelijk' (chirurg) of 'vrouwelijk' (arts bij een consultatiebureau, kinderarts) bekendstaan. Zoals voor zoveel andere beroepen ook geldt: de beroepen waar relatief veel vrouwen werken worden vooral omschreven in termen van zorgaspecten, ze worden wat betreft status en honorering lager gewaardeerd dan de 'mannenberoepen', waarvan vaker de technische aspecten worden benoemd. Vrouwen kiezen, vanuit traditie en opvoeding, maar ook vooruitlopend op een latere - gewenste - combinatie van moeder en arts, voor de meer verzorgende beroepen. Mannen maken die overwegingen niet of in veel mindere mate. Blijft echter de vraag waarom een beroep als oogarts (22% vrouwen) relatief vaak door vrouwen wordt gekozen, terwijl in een op het oog vergelijkbaar vak als KNO-arts, slechts 2% vrouwen werkzaam zijn.

Wie het antwoord weet, mag het zeggen.

Het lijkt in ieder geval te gemakkelijk om te veronderstellen dat het de mannelijke spe-

cialisten zijn, die het vrouwen bemoeilijken om toegelaten te worden. Vrouwelijke artsen merken echter wel dat ze soms niet toegelaten worden tot een opleiding omdat ze zwaniger zouden kunnen worden, of omdat verondersteld wordt dat ze later toch in deeltijd willen werken, en het betreffende vak alleen in een meer dan volledige werkweek goed uitgeoefend zou kunnen worden.

DE CULTUUR

Artsen worden opgeleid met het idee dat ze pas een goede dokter zijn als ze zich aanpassen aan de 'cultuur' van hoe artsen met elkaar omgaan. Wie bijvoorbeeld lange werktijden niet zo belangrijk vindt en naast zijn of haar baan ook wil investeren in een aantrekkelijk privé-leven, gedraagt zich bepaald niet aangepast. Met andere woorden: artsen die carrière willen maken, moeten zorgen dat ze privé-zaken ondergeschikt maken aan hun werk, dat ze geen kinderen krijgen of ze anders goed 'plannen'. Veel vrouwen - en in toenemende mate ook mannen - zetten vraagtekens bij de vanzelfsprekendheid waarmee dit alles van artsen wordt verwacht. Steeds meer jonge artsen willen regelingen voor normalisering van werktijden, zwangerschaps- en ouderschapsverlof, kinderopvang, deeltijddopleidingen en -banen.⁸ Er komen minder 'kostwinnende' en meer 'tweeverdienende' artsen. Er komen meer artsen die zich naast hun baan verantwoordelijk voelen voor een gezin. Er komen meer artsen die niet (meer) de beschikking hebben over een partner die tevens achterwacht kan of wil zijn. Mede hierdoor wordt het beroep zakelijker. Het zal duidelijk zijn dat dit conflicten oplevert met vooral oudere mannelijke artsen, die zich de 'cultuur' al heel lang eigen hebben gemaakt en vinden dat men zich hieraan moet conformeren om een goede dokter te kunnen zijn.

Voor vrouwelijke artsen levert dit ook nogal wat conflicten met zichzelf op. Als ze zich volgens het beeld van een goede dokter gedragen, betekent dit dat ze weinig aandacht durven vragen voor de problemen die ze als partner, moeder en arts tegenkomen. Bovendien merk ik dat vrouwelijke artsen die in hun eentje in een mannenomgeving werken, het soms moeilijk hebben. Wanneer ze zich net zo gedragen als hun mannelijke collega's, moeten ze vaak een 'eigen' wijze van werken opgeven en worden ze door zowel hun mannelijke collega's als door vrouwelijke en mannelijke verpleegkundigen beschouwd als

een eigenwijze, autoritaire dokter.. Wanneer ze zich 'vrouwelijk' opstellen, merken ze dat hun gezag bij de verpleging afneemt en dat ze soms door hun collega-artsen in een soort moeder- of kindrol worden geplaatst.

Voelen vrouwen zich misschien vanwege dergelijke rolconflicten weinig thuis in die vakken waar bijna uitsluitend mannen werken? Een vrouwelijke arts vertelde me eens dat ze graag chirurg was geworden, maar zei: 'Ik heb het niet gedaan, want het is zo'n macho-vak.' Zeker is in elk geval dat een dergelijke beeldvorming over vrouwelijke artsen en over bepaalde beroepen pas zal veranderen wanneer in de artsenvakken meer vrouwen werken, en vrouwen niet meer de 'uitzondering' zijn.

Pas wanneer aandacht voor (de problematiek van) vrouwelijke artsen vanzelfsprekend is, zal het beeld dat mensen van artsen hebben, veranderen. Eerder niet.. Immers, ook nu zijn al veel artsen vrouw, maar worden ze nog steeds als man aangesproken. Vooral indirect treedt dat op. Wat te denken van de huisarts die zei: 'Ik vind een witte jas voor een arts niet nodig, maar wel een stropdas en een colbert'?" Wat te denken van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen dat - wetend dat minstens een op de vijf oogartsen een vrouw is - met artsen correspondeert in de 'mannelijke' vorm, omdat arts een mannelijk woord zou zijn?

Geen wonder dat vrouwelijke artsen zich niet aangesproken voelen en zich niet herkennen in het beeld van een arts zoals ze dat zo vaak tegenkomen.

DE STATUS

Regelmatig worden vrouwelijke artsen geconfronteerd met opmerkingen waarin gesuggereerd wordt dat wanneer er meer vrouwelijke artsen komen, de status van het artsenberoep onherroepelijk zal verminderen.^{9,10} 'Kijk maar naar de Sovjet-Unie,' wordt er dan gezegd, 'daar is de status van het beroep veel lager dan bij ons.' Inderdaad, daar hebben mannen - net als in de Verenigde Staten - steeds minder belangstelling voor een studie geneeskunde. Los van de vragen naar oorzaak en gevolg en hoe erg het is als de status van een beroep daalt, kunnen we stellen dat in het verleden helaas maar al te vaak inderdaad is gebleken dat toetreding van vrouwen tot mannenberoepen heeft geleid tot een daling van de status van het beroep."

Wie weet, zal het maatschappelijk aanzien van artsen en de financiële waardering verminderen. Maar er zou ook wel eens iets te winnen kunnen zijn met meer vrouwen in het vak. Zo is uit onderzoeken bekend dat vrouwelijke artsen meer tijd besteden aan hun patiënten en lijkt het erop dat vrouwelijke artsen in het algemeen een beter inlevingsvermogen hebben. Verder onderzoek naar de verschillen in professioneel handelen van vrouwelijke en mannelijke huisartsen is gaande."

VANZELF GAAT HET NIET

Wanneer vrouwelijke artsen aandacht vragen voor hun positie, zoals de Vereniging van

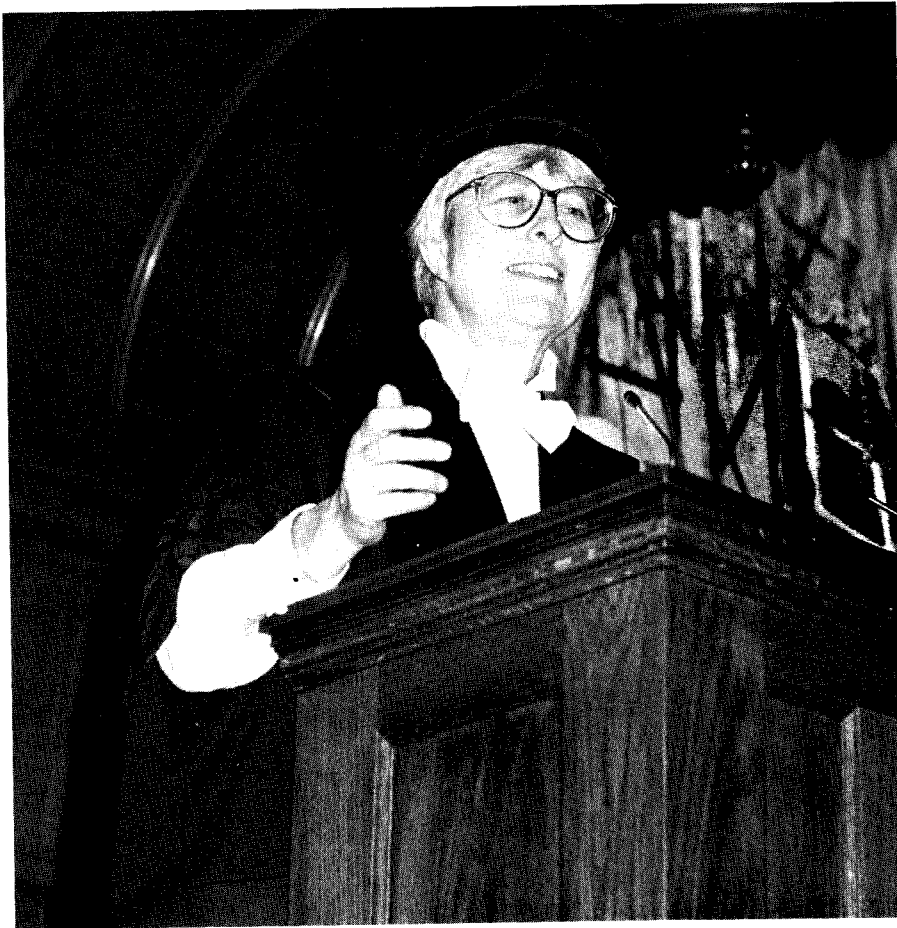
Nederlandse Vrouwelijke Artsen vaak doet, krijgen zij vaak te horen: 'Er zijn geen formele belemmeringen voor vrouwen om arts te worden. Als er meer vrouwelijke artsen komen, zal hun situatie "vanzelf" gelijk worden aan die van mannen'. Met andere woorden: het probleem lost zichzelf op in de tijd; aparte aandacht voor emancipatie van vrouwelijke artsen is (dus) niet nodig. Wie in zo'n redenering meegaat, heeft weinig kaas gegeten van de werkelijke problemen. Naast gelijke wet- en regelgeving is een gericht emancipatiebeleid nodig. Ongelijkheid verdwijnt niet met gelijke toelatingsmogelijkheden tot de artsenopleiding wanneer er vervolgens na de basisopleiding barrières opduiken.

Zolang nog altijd vrouwen verantwoordelijk zijn en worden geacht voor het zorgen voor gezinsleden en anderen, is er een maatschappelijke ongelijkheid die voorkomt dat vrouwen werkelijk gelijke toegang hebben tot de diverse vervolgopleidingen en banen. Als vrouwelijke artsen worden afgewezen omdat ze kinderen zouden kunnen krijgen, en vrouwelijke artsen nog altijd in veel mindere mate een beroep kunnen doen op 'achterwacht', door hun man dan andersom, blijft deze ongelijkheid bestaan, ook al zijn er geen formele belemmeringen.

'Kiest' daarom bijna de helft van de vrouwelijke artsen in België bijvoorbeeld voor een arts als levenspartner (bij de mannelijke artsen is dat 13,5%)? Dat biedt immers meer mogelijkheden om 'samen' te werken. En is dat ook de reden waarom twintig procent



Prof dr. Abraham-Inpijn, internist in het AMC
Foto: Muriël Agsteribbe



Bettie Meijboom, de eerste vrouwelijke hoogleraar in de huisartsgeneeskunde
Foto: An Stalpers

van de vrouwelijke artsen ongehuwd door het leven gaat? Bij de mannelijke artsen is dit slechts tien procent.'

VERTALING IN BELEID

Hoe moeten de hiervoor genoemde problemen waar vrouwelijke - en soms ook mannelijke - artsen voor komen te staan, nu aangepakt worden? De KNMG heeft hiervoor het project emancipatiezaken in het leven geroepen. Globaal zijn er twee benaderingen mogelijk. Het artsenberoep moet 'vrouwvriendelijker' gemaakt worden. Het werk als arts moet beter aansluiten bij de wensen van vrouwelijke artsen, bijvoorbeeld door betere kinderopvangregelingen. Ook moet het imago van bepaalde 'mannen'specialismen' veranderen. De andere lijn is dat vrouwen meer invloed moeten krijgen op het beleid. Als je de vraag stelt wie de standpunten van vrouwen moet vertegenwoordigen, dan is een terecht antwoord: zij zelf. Dat betekent dat meer vrouwen in de verschillende bestuursorganen actief moeten worden. Wanneer je voor vrouwen die zich willen specialiseren, een vrouwvriendelijker toelatingsbeleid wilt creëren, dan is het belangrijk dat in de organen die hierover besluiten nemen, vrouwen zitten. Om vrouwen meer en betere mogelijkheden te geven om bestuurlijk actief te zijn, geeft de KNMG al enkele jaren voorrang aan vrouwen die willen deelnemen aan

de kadercursus voor (toekomstige) bestuursleden.

Hoe moet je nu de doelstellingen realiseren? Het lijkt effectief om op meerdere sporen tegelijkertijd te werken. Het moet gaan om een combinatie van maatregelen en een cultuurverandering en dan moeten eenvoudige zaken niet over het hoofd worden gezien. Wat is er eenvoudiger dan bij het afspreken van een vergadertijd rekening te houden met het spitsuur in de huishouding? Vrouwelijke artsen zijn vaak - terecht - bang dat het bij het maken van dit soort afspraken blijft en dat de cultuurverandering vergeten wordt.

Wanneer dat zo blijft, is een emancipatiebeleid en dus ook mijn werk voor het emancipatieproject van de KNMG, niet succesvol geweest. Aan de andere kant, als ik op den duur kan zeggen dat er aanzienlijk meer vrouwen invloed uitoefenen op het beleid, meer vrouwelijke artsen terechtkomen op plekken waar ze nu nog niet zitten (bijvoorbeeld een hoogleraar emancipatiezaken voor de vrije beroep?), wanneer aandacht voor vrouwen in aparte commissies niet meer zo nodig is, omdat de voor vrouwen relevante zaken 'vanzelfsprekend' worden meegenomen in het beleid, dan zijn we op een goede weg.

NOTEN

1. Positieve actie is: een samenhangend geheel van maatregelen die in een organisatie worden

opgenomen met als doel het bereiken van een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen in alle functies.

2. C. Hermann, *Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen*. Proefschrift, 26 januari 1984, Krips repro Meppel.
3. Ministerie WVC, *Nota beroepskrachtenplanning gezondheidszorg*, 1991.
4. Specialisten Registratie Commissie, ingeschreven specialisten in één der registers van de SRC,
5. M. Leemeijer, 'Besturen zonder netwerk, kan dat wel?' lezing t.b.v. invitational meeting van de vaste commissie vrouwelijke huisartsen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, 1991.
6. Belgisch onderzoek naar het fenomeen vrouwelijke artsen. In: *Artsenkrant België*. 426. 1990.
7. Om te onderzoeken welke afspraken jonge artsen hierover daadwerkelijk willen maken, is in het najaar 1991 een onderzoek gestart bij de KNMG.
8. Interview met dr. D. Kortenhooven in: *Praktijkmanagement*, 1991: de huisarts, juli 1991.
9. Dr. C. Spreeuwenberg. 'Vrouwen en Professie'. In: *Medisch Contact* nr. 46.16 november 1990, p. 1363.
10. Drs. J.H. Stegeman. 'Meer vrouwen in de geneeskunde. Een wezenlijke verandering in de bedrijfstak gezondheidszorg?' In: *Medisch Contact* nr. 46, 16 november 1990. p. 1371-1374.
11. E. Sullerot, *Geschiedenis en sociologie van de vrouwenarbeid*. Socialistische Uitgeverij Nijmegen. 1979.
12. Het Nivel is in samenwerking met het centrum voor vrouwengezondheidszorg Aletta gestart met een onderzoek naar de verschillen in professioneel handelen van mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Dit onderzoek geschiedt mede op initiatief van de Vaste Commissie Vrouwelijke Huisartsen van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

Met ingang van eind 1990 is de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (de KNMG) gestart met het project emancipatiezaken. De KNMG is de beroepsvereniging voor artsen in ons land, zij heeft ongeveer 25.000 leden, waaronder ruim 5000 vrouwen. Het project heeft als doelstellingen: het verbeteren van de positie van vrouwelijke artsen en het ontwikkelen van een emancipatiebeleid voor de KNMG. Het gaat hierbij om zaken als: het verbeteren van de vestigingsmogelijkheden van vrouwelijke artsen, het verruimen van de toelatingsmogelijkheden van vrouwen tot bepaalde specialismen, het vergroten van de deelname van vrouwelijke artsen in management- en bestuursfuncties, het verbeteren van waarnemregelingen en werktijden.

Het project wordt gedurende een periode van drie jaar gefinancierd door de ministeries van WVC en SZW. Het wordt uitgevoerd door stafmedewerker Mettiena Leemeijer, samen met de leden van de Commissie Vrouwelijke Artsen van de KNMG, en veelal in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA).

HET DEBAT

In deze afsluiting van het debat Vrouwenstudies en het vrouwenlichaam een bijdrage van Klasien Horstman, verbonden aan de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg. Horstman gaat met name in tegen het standpunt van Anna Oldenhavé en Anita Jansen die biomedisch onderzoek verheffen tot 'de maat der Empirie'. Nelly Oudshoorn, die in het debat pleitte voor het opheffen van de strakke scheiding tussen de biologie en de sociale wetenschappen, vindt in haar ogen meer genade. Over welke plaats het lichaam dan wel moet innemen in het vrouwenstudies-onderzoek, werpt zij enige suggesties op. Een pleidooi voor pluralisme in het onderzoek naar vrouwen en gezondheid.

WELKE PLAATS VOOR HET LICHAAM?

Klasien Horstman

Onlangs viel bij mij de aankondiging in de bus voor het congres '10 jaar Tijdschrift voor Vrouwenstudies'. In de toelichting op dit congres wordt gesteld dat er anno 1991 veel meer consensus bestaat over het onderzoek naar het sekseverschil dan in de jaren tachtig, en dat oude tegenstellingen die toen onderwerp waren van heftige debatten, zoals de verhouding tussen theorie en empirie, inmiddels achterhaald zijn. Wie enkele jaargangen van het *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* bekijkt, kan weinig anders dan met die schets instemmen. Wie echter het debat over 'vrouwenstudies en het vrouwenlichaam' volgt zoals dat tot nu toe in het *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* is gevoerd, zal opmerken dat deze consensus voor het onderzoeksveld 'vrouwen en gezondheid' niet zonder meer geldt. Gelukkig maar! Dit onderzoeksveld is meer gebaat bij een variatie in onderzoekstijlen, dan bij een gebrek aan verschil van mening.

LUIHEID

Twee deelnemers aan dit debat, Oldenhavé en Jansen, stellen dat het vrouwenstudies-onderzoek dermate in zichzelf gekeerd is dat men niet bereid is de eigen theorieën kritisch te toetsen en eventueel in te ruilen voor andere. Binnen vrouwenstudies wordt volgens hen een heilig geloof gehecht aan sociaal-culturele verklaringen van gezondheid en gezondheidsproblemen en worden de resultaten van empirisch onderzoek die in een andere richting wijzen stelselmatig genegeerd. Het afwijken van een bespreking van het boek van Oldenhavé over de overgang door de redactie van het *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, een ingezonden brief over de promotie van Jansen in de Maastrichtse universiteitskrant en een onaardige en niet ter zake doende mondelinge reactie op een lezing van Jansen voor het Netwerk Onderzoeksters Vrouwen en Hulpverlening vormen de argumenten die de verwijten richting vrouwenstudies - zelfgenoegzaam, niet wetenschappelijk, dogmatisch, normatief et cetera - moeten onderbouwen.

De boodschap van Oldenhavé en Jansen luidt

dat het uit moet zijn met de sociaal-culturele, theoretische luiheid. Het wordt tijd voor gede- gen empirisch wetenschappelijk onderzoek waarbij biologische en fysiologische processen meer recht wordt gedaan. Onderzoek naar bijvoorbeeld de therapeutische effecten van oestrogenen tegen overgangsklachten en naar de etiologie van eetbuien.

De bijdrage van Oudshoorn aan het debat draagt minder het karakter van een tirade tegen vrouwenstudies. Zij beschrijft hoe binnen vrouwenstudies de traditionele tegenstelling tussen natuur en cultuur werd vertaald in een onderscheid tussen sekse en gender. Deze begrippen verwezen respectievelijk naar de biologische en de sociale aspecten van sekseverschillen. Dit onderscheid heeft volgens Oudshoorn echter de beste tijd gehad, en ze stelt dan ook voor de dichotomie sekse/gender niet meer te gebruiken als uitgangspunt voor onderzoek. In plaats daarvan pleit Oudshoorn voor onderzoek naar de maakbaarheid van het lichaam in al zijn facetten, met alle mogelijke soorten onderzoeksmethoden, ontleend aan diverse disciplines.

TEGENSPRAAK

Deze bijdragen aan het debat stemmen tot nadenken, en tot tegenspraak. Het is in de eerste plaats een vreemde argumentatieve strategie van Oldenhavé en Jansen om een pleidooi voor empirisch onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen te koppelen aan een aanval op constructivistisch onderzoek. Hun veronderstelling dat constructivisme zo ongeveer hetzelfde is als sociaal-wetenschappelijk getheoretiseerd over sekse en gezondheid klopt eenvoudigweg niet. Veel constructivistisch onderzoek is namelijk nogal empirisch. Bijvoorbeeld historisch onderzoek naar de constructie van mannelijkheid en vrouwelijkheid of onderzoek naar de constructie van 'het zwangere paar' in de discussies over nieuwe voortplantingstechnologieën. Of gel- den archiefonderzoek, gespreksanalyse, interviews, en analyse van beleidsrapporten niet als voorbeelden van empirisch onderzoek?

Het absurde van de gedachte dat onderzoekers die werkzaam zijn in de sociaal-culturele wetenschappen slechts 'veronderstellingen' produceren over sekse en gezondheid en dat we voor de empirische 'feiten' in het domein van de biologie moeten zijn, blijkt pas goed wanneer ze toegepast wordt op andere voorbeelden. Sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de beleidsvorming rond aidspreventie zou dan onzinnig zijn zolang biomedisch onderzoek naar de oorzaken van aids nog geen onbetwistbare feiten heeft opgeleverd. Sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar het beleid rond de integratie van vrouwenhulpverlening in de reguliere gezondheidszorg zou dan pas waardevol zijn als de oorzaken van klachten experimenteel zijn vastgesteld. De gedachte dat de biomedische empirie veel 'fundamenteler' of 'waardevoller' is dan andere soorten empirie, blijkt onhoudbaar. Wie op deze wijze het soort data dat in het eigen vakgebied doorgaat voor 'empirisch' tot de maat der Empirie maakt, moet de wereld buiten het eigen vakgebied eens verkennen. Het bestaansrecht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen vanuit een sociaal-cultureel perspectief is geenszins afhankelijk van de voortgang in andere, in de ogen van Oldenhavé en Jansen kennelijk meer respectabele, vakgebieden. Onderzoek naar de etiologie van eetverslaving is zinnig, maar men hoeft de uitslag van dat onderzoek niet af te wachten om de vraag te stellen waarom dat verschijnsel bij vrouwen zoveel meer voorkomt dan bij mannen.

De boosheid van Oldenhavé en Jansen over constructivistisch onderzoek is wel begrijpelijk maar weinig to the point. Vanuit het perspectief van de hulpverlener verzetten zij zich tegen een gemakzuchtige omgang met gezondheidsklachten van vrouwen, en dus ook tegen constructivistisch onderzoek, dat in hun ogen doet alsof gezondheidsproblemen er anders uitzien als je ze anders benoemt of er anders verhaal over vertelt. Dat type onderzoek biedt geen adequate basis voor verantwoorde interventies, en voor wie iets wil dóen



Het thema sport leent zich goed voor de exploratie van het lichaam
Foto: Wim Salis

aan overgangsklachten of eetverslaving is dat natuurlijk uit den boze.

Op het hier gepresenteerde beeld van constructivisme valt echter wel iets af te dingen. Constructivisme is niet een middel om op een vrijblijvende manier verhalen te kunnen vertellen over gezondheidsklachten, maar een instrument om de 'hardheid' van bepaalde problemen in kaart te brengen.¹² Constructivisme en onderzoek dat nuttig is vanuit het perspectief van de hulpverlening hoeven geenszins haaks op elkaar te staan.

BOUDE HYPOTHESE

Een tweede punt dat tegenspraak oproept is de beschuldiging van zelfgenoegzaamheid, luiheid en dogmatisme aan het adres van onderzoeksters die zich op de ene of andere manier constructivistisch tonen. Dat er op het gebied van vrouwenstudies luie of dogmatische mensen werkzaam zijn zal niemand betwisten, maar de veronderstelling dat men ze daar veel meer tegenkomt dan in andere disciplines, is een boude hypothese.

En hoewel dogmatische mensen vaak vervelend zijn, is enige dogmatiek in een vakgebied niet per definitie een slechte zaak. Sinds Kuhn weten we dat enige gehechtheid aan theorieën, meetinstrumenten et cetera niet al-

leen gebruikelijk is in het wetenschapsbedrijf, maar bovendien ook produktief is voor kennisontwikkeling.

Het is niet 'rationeel' een theorie reeds bij de eerste weerbarstige feiten tot museumstuk te verklaren. Er is geen reden 'de theorie' minder serieus te nemen dan 'de feiten'. Daarnaast geldt dat vrouwenstudies bij uitstek een terrein is dat de bakens bij tijd en wijle verzet. Empirische gegevens waaruit bijvoorbeeld bleek dat niet alle vrouwen afkerig zijn van pornografie, dat prostituees niet uitsluitend machteloos zijn, dat sommige vrouwen baat hebben bij cosmetische chirurgie en dat moederschap erg leuk kan wezen - empirische gegevens die strijdig waren met gangbare opvattingen binnen vrouwenstudies - hebben wel degelijk geleid tot nuancering van theoretische kaders en tot een verschuiving in onderzoeksvragen. Vrouwenstudies heeft er niet alleen toe bijgedragen dat culturele clichés over sekseverschillen werden ontmaskerd, maar het heeft ook een aantal taboes in eigen kring doorbroken.¹³ Het valt dus met de zelfgenoegzaamheid van vrouwenstudies nogal mee.

OP HUN WENKEN BEDIEND

Het commentaar van Oldenhove en Jansen op vrouwenstudies snijdt op veel punten geen

hout. Maar hun constatering dat veel onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen een sociaal-cultureel karakter draagt, is juist. Zo wordt in het onlangs verschenen trendrapport over sekse en gezondheid geconcludeerd dat het vrouwenstudies-onderzoek op dit terrein tot op heden gekenmerkt wordt door een accent op de maatschappelijke context van klachten van vrouwen.¹⁴ Waar het reguliere onderzoek vrijwel alleen oog heeft voor biologische processen, heeft men in vrouwenstudies tot nu toe vrijwel geen enkele aandacht voor biologische aspecten van gezondheid en ziekte.

Het tijt lijkt echter te keren. De auteurs van dit trendrapport signaleren een tendens om terug te keren naar 'de biologie', en ondersteunen deze ontwikkeling in de vorm van een pleidooi voor integratie van fysiologische, psychologische en sociologische perspectieven. Eerder had Van Lenning in een artikel over anorexia nervosa geconcludeerd dat, willen feministen iets begrijpen van dit verschijnsel dat vooral vrouwen treft, zij 'het lichaam' meer serieus moeten nemen.¹⁵ En Oudshoorn merkte op dat het goed zou zijn om ook de laboratoria in te gaan om zelf de grenzen van het lichaam mee te bepalen.¹⁶ Kortom, binnen vrouwenstudies wint de overtuiging veld dat inzicht in gezondheid en gezondheidsklachten, en dus ook inzichten in preventiemogelijkheden en adequate behandelingsvormen, verworven kan worden in diverse disciplines en met behulp van verschillende theoretische en methodologische tradities. Eigenlijk worden Oldenhove en Jansen dus op hun wenken bediend.

DIVERSITEIT IN HET ONDERZOEK

De vraag waarom sociaal-culturele benaderingen van gezondheidsproblemen binnen vrouwenstudies zo dominant werden is niet eenvoudig te beantwoorden. De biomedische wetenschappen stonden niet te trappelen om vrouwenstudies in hun midden op te nemen en kennelijk bood een sociaal-cultureel perspectief meer middelen om relevante feministische vragen op de agenda te plaatsen. Wellicht was het nodig om vrouwen eerst uit de handen van somatiserende hulpverleners te redden, en het gevaar van medicalisering van vrouwenlevens driedubbel te onderstrepen voordat de vraag naar de eventuele waarde van medisch-biologische benaderingen gesteld kon worden.

De vraag waarom nu een herwaardering van aandacht voor lichamelijke processen valt waar te nemen, is evenmin gemakkelijk te beantwoorden. Eén verklaring moet wellicht gezocht worden in de al te grote kloof tussen sociaal-culturele benaderingen van ziekte en gezondheid enerzijds en de gezondheidsellende van alledag. Wat heeft vrouwenstudies ten slotte te melden over rugklachten na een bevalling, buikpijn, sportblessures of overspannenheid? De vertaling van een sociaal-cultureel perspectief op gezondheid en ziekte in instrumenten voor de praktijk van de gezond-

heidszorg is op veel terreinen achterwege gebleven en uit de vrouwenhulpverlening klinken dan ook geluiden van frustratie over het gebrek aan feministische somatische gezondheidszorg." -- Meer variatie in het onderzoek naar sekse en gezondheid zou aan de verhouding tussen vrouwenstudies aan de universiteiten en feministische praktijken rond gezondheidszorg (onderwijsinstellingen, hulpverleningspraktijken, beleidsinstanties et cetera) dan ook een nieuwe impuls kunnen geven. Pluralisme in het vrouwenstudiesonderzoek betekent meer kans dat andere publieken in vrouwenstudies geïnteresseerd zullen raken dan tot nu toe het geval is."

Het belang van diversiteit in het vrouwenstudiesonderzoek is mij vooral duidelijk geworden in de onderwijspraktijk. Gezien het feit dat per jaar enkele honderden mensen afstuderen in een of ander gezondheidswetenschappelijk vak en vervolgens in de gezondheidszorg een baan vinden, is onderwijs over sekse en gezondheid belangrijk voor emancipatie in de gezondheidszorg. Implementatie van vrouwenstudies in het onderwijs in gezondheidswetenschappen - in de biologische, gedragswetenschappelijke en maatschappijtheoretische richtingen - kan echter niet alleen betekenen dat kritisch commentaar geleverd wordt op kennis die via het reguliere curriculum overgedragen wordt. Het moet ook betekenen dat kennis uit dit reguliere curriculum - ook biomedische kennis - door studenten productief gemaakt wordt bij het stellen en beantwoorden van nieuwe vragen. Wil je over de brede linie van gezondheidswetenschappen studenten demonstreren dat gezondheid en gezondheidszorg iets met sekse te maken hebben, dan is diskwalificatie van de kennis van het vak dat ze zelf gekozen hebben niet de aangewezen weg. Vrouwenstudies moet onderdeel gaan uitmaken van de professionele bagage van studenten; het moet geen aantasting zijn van de professionele identiteit van studenten, maar een versterking van die identiteit.

SPORT

Pluralisme in het onderzoek naar sekse en gezondheid betekent een herwaardering van 'het lichaam'. Wil deze herwaardering meer zijn dan een louter papieren rehabilitatie van lichamelijke processen, dan dient ze de komende jaren consequenties te hebben voor de onderzoekspraktijk binnen vrouwenstudies. Wil deze herwaardering van 'het lichaam' de winst van de medicaliseringskritiek echter niet tenietdoen, dan moet ook deze winst in de onderzoekspraktijk van vrouwenstudies zichtbaar zijn.

Voorwaargeengemakkelijke opgave. Wat voor soort onderzoek moeten we ons daarbij voorstellen, welk type vragen moeten we stellen, en met welke middelen moeten we die vragen trachten te beantwoorden? Een pasklare antwoord heb ik niet. Wel zijn er veel zaken die ik graag aan een onderzoek zou onderwerpen. Het thema sport leent zich bij-

voorbeeld goed voor een exploratie van 'het lichaam', van de grenzen en mogelijkheden van het lichaam, van de manipuleerbaarheid van die grenzen en mogelijkheden en van de normatieve evaluatie van de grenzen en mogelijkheden van het lichaam. Een greep uit de onderzoeksvragen die gesteld kunnen worden. Op welke wijze biedt sportbeoefening mogelijkheden tot preventie van rugklachten, buikpijn, depressies et cetera? Hoe beïnvloedt sportbeoefening de balans tussen belasting en belastbaarheid en de ontwikkeling van identiteit? Hoe toegankelijk zijn de diverse sporten, de sporthallen, de kantines voor mannen en vrouwen? Op welke manier hangt sportbeoefening samen met omgangsvormen met betrekking tot het lichaam? Hoe hangt sport samen met beheersing van het lichaam en hoe kunnen diverse technieken tot beheersing beoordeeld worden? Hoe wordt de beheersing van het lichaam door sportbeoefening in de wetenschappelijke literatuur, in de populaire pers, in ons taalgebruik voorgesteld? Kortom, er zijn legio interessante vragen te stellen rond sekse, bewegen en gezondheid.

En afhankelijk van de vraag die we stellen nemen we verschillende zaken - althans even - voor gegeven aan. Bij de analyse van preventie van rugklachten maken we gebruik van de biomedische kennis van het bewegingsapparaat zoals die nu bestaat, de andere analyse stelt juist die kennis ter discussie. Men kan fysiologische kennis van sekseverschillen gebruiken om trainingsprogramma's te optimaliseren, maar men kan ook de productie van deze fysiologische kennis onder de loep nemen. De ene onderzoeker neemt het feit dat mannen en vrouwen verschillende sporten bedrijven als gegeven aan, de andere onderzoeker wijst erop dat dat samenhangt met de organisatie van sport, de toegankelijkheid van sporthallen en kantines en de sportcultuur. Voor sommigen is het evident wat als sport geldt, anderen vragen zich af hoe de betekenis van 'sport' - prestatie, competitie, ontspanning - tot stand komt en wat die betekenissen met sekse maken hebben. Pluralisme betekent dus nietslechts dat het toegestaan is zaken op verschillende manieren te interpreteren en te verklaren. Het betekent tevens dat het toegestaan is om verschillende feiten en kennisbestanden als gegeven aan te nemen. Het is tenslotte eenvoudigweg onmogelijk om alle feiten tegelijkertijd ter discussie te stellen.

De onderzoeksagenda van vrouwenstudies voor de komende jaren dient breed te zijn. Een gevarieerd scala aan thema's en onderzoekstijlen is noodzakelijk om gezondheidsproblemen, preventiemogelijkheden en behandelingsvormen voor het voetlicht te brengen die nu niet zichtbaar worden, en om nieuwe vormen van 'kritiek' te ontwikkelen. Dat is bovendien noodzakelijk om nieuwe contacten met praktijken in de gezondheidszorg te genereren en om een nieuwe generatie studenten te enthousiasmeren voor het onderwijs in vrouwenstudies.

NOTEN

1. Vrouwenstudies en het vrouwenlichaam. Het debat. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1991, nr. 1, p.12-14; nr. 2, p. 21-24; nr. 3, p. 26-28.
2. Dit bewijsmateriaal is niet erg overtuigend. De incidenten die Oldenhavé en Jansen noemen zijn wel vervelend, maar niet representatief voor vrouwenstudies. Niet in alle domeinen binnen vrouwenstudies worden hun onderzoeksresultaten genegeerd. Zowel het onderzoek van Oldenhavé als dat van Jansen komt bijvoorbeeld wel voor op de literatuurlijst van het trendrapport *Vrouwen en gezondheid. Een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen 1970-1990*. Dit onderzoek werd in opdracht van de Stimuleringsgroep Emancipatie-Onderzoek verricht en kan als vrouwenstudies-onderzoek gekwalificeerd worden. De klacht van Oldenhavé en Jansen over het negeren van hun onderzoeksresultaten binnen vrouwenstudies is minstens overdreven.
3. Voor een analyse van de complexe betekenissen rond de dichotomie tussen biologisch/empirisch onderzoek en sociaal/constructivistisch onderzoek zie: K. Horstman, 'Biologische constructies en sociale feiten. Obstacles in het onderzoek naar gezondheidsproblemen van vrouwen'. In: *Kennis en Methode*, 14de jrg., 1990, nr.1, p. 84-103.
4. Zie: M. van den Wijngaard en L. Huyts, 'Niet vrouw, niet man: wat dan?'. In: *Kennis en Methode*, 13de jrg., 1989, nr. 4, p. 382-395.
5. Zie: Marta Kirejczyk en Irma van den Ploeg, 'Zwangere paren. Medische technologie en maatschappelijke constructies rond vruchtbaarheid en voortplanting'. In: C. Bouw, J. van Hoof, P. de Jong, B. Kruitthof, L. van der Maesen (red.), *Macht en onbehagen. Veranderingen in de verhoudingen tussen mannen en vrouwen*. SISWO, Amsterdam, 1991, p.139-154.
6. Als constructivisme niet als een kennistheorie gebruikt wordt, maar als een pragmatische onderzoeksstrategie, betekent dit concretiseren, preciseren en empiriseren van claims, hetgeen juist geen vrijblijvende activiteit is. Zie: Horstman, 1990, p. 97-99.
7. Zie voor de verschuivingen in het vrouwenstudies-onderzoek M. Brouns, *Veertien jaar vrouwenstudies in Nederland. Een overzicht*, Zoetermeer, 1988. Daarnaast geven de diverse trendrapporten een goed overzicht van de ontwikkeling van het onderzoek op een bepaald vakgebied. M. Brouns en A. Schokker, *Arbeidsvraagstukken en sekse*, STEO, Den Haag, 1991, L. Meeuwesen, C. Briakgreve, M. Ruiters, J. Westerbeek, *Sekse en gezondheid*, STEO, Den Haag, 1991.
8. L. Meeuwesen e.a., p. 185-186.
9. L. Meeuwesen e.a., p. 189.
10. A. van Lenning, 'Anorexia Nervosa: een kritisch commentaar op de cultuur?' In: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies*, 1de jrg., 1990, nr. 2.
11. N. Oudshoorn, 'Sekse als natuur of cultuur'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 9 nr. 2, april 1991, p. 24.
12. T. Dukkers van Emden, 'Van zieke zeurpiet naar ervaringsdeskundige. Tien jaar vrouwengezondheidsbeweging en vrouwenhulpverlening in Nederland'. In: *Lover*, 1987, nr. 3.
13. Er zijn nog nauwelijks banden tussen vrouwenstudies aan de universiteiten en feministendiepe, diverse gezondheidszorgpraktijken werkzaam zijn, zo bleek op het congres 'De kloof voorbij' dat in Maastricht werd gehouden. Tevens werd duidelijk dat zowel vrouwenstudies als de praktijk van de gezondheidszorgverpleegkundige opleidingen, vakbonden van verpleegkundigen, ziekenhuizen, organisaties voor thuiszorg, patiëntenverenigingen, producenten van medischetechnologie et cetera) iets kunnen winnen bij de uitbouw van wederzijdse contacten. Zie: K. Horstman en W. Weijts (red.), *De kloof voorbij. De relatie tussen onderzoek en praktijk op het gebied van vrouwen, gezondheid en gezondheidszorg*, te verschijnen najaar 1991.

GRENSWAARDEN VOOR CHEMISCHE STOFFEN EN GEZONDHEIDSBESCHERMING

EEN PLEIDOOI VOOR HET WIJZIGEN VAN EEN UNIEK SYSTEEM

Paul Uienbelt

In zijn proefschrift over omgaan met chemische stoffen op het werk geeft Paul Uienbelt een onthullend kijkje in de Amerikaanse keuken, waar ruim veertig jaar grenswaarden voor chemische stoffen worden bereid. Ook voor de export. Chemische concerns stellen de koks aan. Een groot deel van de onhygiënisch bereide grenswaarden worden in Nederland toegepast om werknemers tegen chemische stoffen te beschermen. Slechts tien procent van de officiële Nederlandse grenswaarden is volgens een uniek systeem 'made in Holland'. De jonge doctor, sinds kort medewerker bij de Industriebond FNV, stelt dat unieke Nederlandse systeem ter discussie. De Industriebond wil dat bij het vaststellen van de grenswaarden voor chemische stoffen, gezondheidsbelangen ondubbelzinnig prevaleren boven economische belangen.

Dagelijks komen honderdduizenden mensen tijdens hun werk in aanraking met chemische stoffen. Niet alleen in de chemische industrie en laboratoria. In meubelmakerijen worden vele soorten lijmen toegepast. Metaalbewerkers gebruiken koelvloeistoffen om het werkstuk te koelen. Lassers hebben te maken met dampen die ontstaan door verhitting van het materiaal en verbranding van hulpstoffen. Bij de productie van wasmiddelen ademt personeel enzymen in. Schilders, vloerenleggers, dakbedekkers en wegmarkeerders staan dagelijks bloot aan oplosmiddelen. Havenwerkers komen regelmatig in contact met bestrijdingsmiddelen die de lading moeten beschermen tegen ongedierte. Maar ook in kantoren, denk aan de correctielak of het verwisselen van de toner in een kopieerapparaat, kan blootstelling aan chemische stoffen plaatsvinden. Bijna iedereen heeft met chemische stoffen op het werk te maken.

Systematische cijfers over de gezondheidsschade als gevolg van blootstelling aan chemische stoffen op het werk ontbreken. De cijfers die wel beschikbaar zijn liegen er echter niet om. TNO, een gezaghebbend Nederlands instituut op dit gebied, schat dat ongeveer 16.000 WAO'ers het slachtoffer zijn geworden

van werken met chemische stoffen. Ieder jaar overlijden er honderden mensen omdat zij tien tot twintig jaar geleden met asbest hebben gewerkt. Geschat wordt dat er jaarlijks tweeduizend werknemers sterven vanwege toepassing van kankerverwekkende stoffen op het werk. Van steeds meer stoffen wordt bekend dat ze kankerverwekkende eigenschappen hebben. Blootstelling aan chemische stoffen betekent niet alleen arbeidsongeschiktheid, dood of kanker, maar ook daling van zenuwgeleidingsnelheid als gevolg van stoffen die gebruikt worden bij de kunstvezelproductie; geheugenverslechtering en persoonlijkheidsverandering door het jarenlang werken met oplosmiddelen; opname op de intensieve care door inademing van gewasbeschermingsmiddelen toegepast in tuinbouwkassen; een val in het ruim van een schip door bewusteloosheid als gevolg van gif in de lading; ze behoren alle tot de effecten van chemische stoffen op het werk.

Het is verwonderlijk dat de 'verontreiniging' van werkende mensen zo weinig politieke en maatschappelijk aandacht krijgt in vergelijking met de verontreiniging van het milieu. De vervuiling van het arbeidsmilieu heeft immers aantoonbare directe gezondheidsschade en veel menselijk leed tot gevolg. Terecht breekt verontwaardiging uit als grond of water verontreinigd blijkt te zijn met zware metalen of ander gif. Die commotie blijft achterwege als het gaat om werknemers in bedrijven die dagelijks, soms een leven lang met hogere concentraties aan giftige stoffen te maken hebben. Zijn werknemers vogelvrij of denkt men dat de beheersing van blootstelling aan chemische stoffen op het werk onder controle is?

DE CHEMISCHE CONCERNS

Een van de mogelijkheden om mensen tegen gevaarlijke stoffen te beschermen is het vaststellen van zogenaamde grenswaarden. Het doel van grenswaarden is om een maximum te stellen aan de concentratie van een chemische stof in de ademhalingszone van een werknemer. Aangenomen wordt dat het inademen van een concentratie beneden die grenswaarde geen gezondheidsschade oplevert. Sinds de Tweede Wereldoorlog publiceert de Threshold Limit Value commissie (TLV-commissie) van de American Conference of Governmental Hygienist jaarlijks een lijst met grenswaarden.

Deze commissie staat wereldwijd in hoog aanzien. Over de hele wereld, met uitzondering van de Oosteuropese landen, worden TLV-waarden door nationale regeringen overgenomen.

In 1988 wordt het selecte gezelschap van betrokkenen bij grenswaarden opgeschrikt door een publikatie in de vakpers. Aan de hand van een serie voorbeelden blijkt dat de grenswaarden vaak op niets anders zijn gebaseerd dan ongepubliceerde documenten van chemische concerns. Bij navraag blijken vele documenten niet meer leverbaar. Van de wel leverbare documenten is de kwaliteit slecht. Geen enkel wetenschappelijk tijdschrift zou deze als artikel publiceren. Adviseurs van de TLV-commissie, die vanaf het begin van de jaren zeventig op grote schaal door deze commissie worden ingeschakeld, zijn afkomstig van chemische concerns. Zij zijn de hoofdverantwoordelijke voor deze praktijk. Zo zijn deskundigen, in dienst van Dow Chemical en DuPont, in de gelegenheid geweest om voor stoffen die hun werkgever op de markt brengt de grenswaarde vast te stellen. In sommige gevallen is aangetoond dat zij hogere grenswaarden voorstellen dan in hun eigen bedrijf worden gehanteerd. Uit correspondentie van Dow Chemical met het Amerikaanse ministerie van Arbeid blijkt dat dit concern erop aandringt om in plaats van de veel lagere waarde, voorgesteld door een onderzoeksinstituut van de Amerikaanse overheid, de TLV-waarde in de wetgeving op te nemen. Onthullend is ook de ontboezeming van Elkins, een voormalig lid van de TLV-commissie, die zijn vertrek uit de commissie in verband brengt met zijn bezwaren tegen een grenswaarde zoals voorgesteld door de deskundige van Dow Chemical. Deze gang van zaken is voor sommigen aanleiding geweest om het Amerikaanse Congres te verzoeken onderzoek te doen naar de handelwijze van de TLV-commissie.

Naar aanleiding van de beschuldigingen van de grote invloed van de concerns, hebben twee onderzoekers) de vastgestelde TLV-waarde voor een stof vergeleken met de onderzoeken waarop die waarde is gebaseerd. Beide heren geloven hun eigen ogen niet. Ze treffen een groot aantal onderzoeken aan waarbij een belangrijk percentage van de blootgestelde werknemers, uitgaande van de TLV-waarde, nadeli-

ge effecten ondervindt die er niet zouden mogen zijn. Dat het percentage in sommige gevallen zelfs honderd procent is, heeft de TLV-commissie er niet van weerhouden om de grenswaarde toch op dat niveau vast te stellen. Uit een proefschrift over de geschiedenis van de vaststelling van de TLV' gebaseerd op onderzoek van notulen van de TLV-commissie en uitspraken van oud-commissieleden, blijkt verder dat de TLV-commissie vaak eerst een grenswaarde vaststelt en vervolgens de documentatie daarop aanpast. Ook de vermelding bij de TLV-lijst, dat de TLV-waarden jaarlijks worden herzien staat in schril contrast met de werkelijkheid. Tot in de jaren zeventig wordt per jaar slechts 2,6% van de lijst herzien. In de jaren daarna is dat percentage nooit hoger geweest dan tien procent.

Alle aanwijzingen bevestigen de conclusie dat de TLV-waarden op andere overwegingen zijn gebaseerd dan gezondheidkundige: 'Praktische haalbaarheid en het niet te zwaar belasten van werkgevers zijn de twee belangrijkste. Leden van de TLV-commissie hebben echter geen gelegenheid voorbij laten gaan om te beweren dat de TLV's zijn gebaseerd op toxicologische beginselen en op geen andere dan gezondheidkundige overwegingen. Ook de vermelding van een deel van de leden van de TLV-commissie in de erelijst 'American Men and Women in Science' is aangevoerd om de juistheid van de TLV-waarden te benadrukken. Een verklaring voor de internationale acceptatie van de TLV-waarden is dus ongetwijfeld gelegen in de PR-activiteiten van de TLV-commissie. De commissie heeft haar waarden als wetenschappelijk verkocht. Bovendien heeft zij een oplossing geboden voor de delicate afweging tussen gezondheid en economie.

GRENSWAARDEN IN NEDERLAND

Grenswaarden van EG-lidstaten als Spanje, Italië, Griekenland en Frankrijk volgen de

Amerikaanse TLV-lijst. Dat is ook het geval bij veel ontwikkelingslanden. Duitsland, Engeland, Zweden en Nederland daarentegen hebben sinds ongeveer twintig jaar een eigen procedure opgezet voor de vaststelling van grenswaarden.

Nederland kent een unieke procedure voor het vaststellen van grenswaarden, MAC-waarden geheten. MAC-waarden zijn Maximaal Aanvaarde Concentraties voor blootstelling aan chemische stoffen op de werkplek. Bewust is gekozen voor 'aanvaarde' in plaats van 'aanvaardbare' om tot uitdrukking te brengen dat het hier gaat om waarden waarbij niet alleen gezondheidkundige maar ook andere overwegingen een rol spelen. De procedure bestaat uit drie trappen. Een Werkgroep van Deskundigen, waarvan de leden op persoonlijke titel worden aangesteld door de minister voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid, brengt op basis van alle internationaal beschikbare onderzoeksgegevens een gedocumenteerd rapport uit met daarin een advies voor een gezondheidkundige grenswaarde. Vergelijking van het advies van deze werkgroep met de TLV-waarde voor dezelfde stof leert dat de laatste gemiddeld vijftienmaal zo hoog is. Daarna wordt het advies behandeld door de Commissie Grenswaarden Gezondheidsschadelijke Stoffen van de Arbo-raad (CGGS), samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en overheid. Daarbij betreft deze commissie de informatie die door het ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid is verzameld over de aard en de omvang van het voorkomen van een bepaalde stof in Nederlandse bedrijven. Vervolgens brengt de CGGS haar advies uit. Economische, technische of haalbaarheidsoverwegingen maken dat dit advies kan afwijken van het advies van de eerder genoemde Werkgroep van Deskundigen. Tenslotte stelt de minister de MAC-waarde vast.

Een groot aantal stoffen waarover de Werk-

groep van Deskundigen reeds heeft geadviseerd, is nog steeds in behandeling. Van de stoffen waarvan de MAC-waarde inmiddels wel is vastgesteld, blijkt die waarde bij vijf stoffen af te wijken van de waarde die de door de Werkgroep van Deskundigen is geadviseerd.

Ook de Nederlandse MAC-waarden zijn dus de uitkomst van de afweging van gezondheidkundige en andere overwegingen. Het grote verschil met de werkwijze van de TLV-commissie is dat de gezondheidkundige beoordeling gescheiden is van de economische en dat beide beoordelingen openbaar zijn. De Wereld Gezondheidsorganisatie bepleit deze procedure, die alleen in Nederland volledig is ingevoerd. De Europese Gemeenschap heeft inmiddels besloten ook op Europees niveau de drietrapsprocedure over te nemen, wat in overheidskringen als een succes wordt opgevat.

De productie van Nederlandse grenswaarden is ongeveer vijftien per jaar. Een serieuze gezondheidkundige evaluatie van een stof is een tijdrovende zaak. Bovendien wordt daar te weinig menskracht voor beschikbaar gesteld. Om die redenen is op dit moment slechts ongeveer tien procent van de Nederlandse grenswaarden-lijst 'made in Holland'. De rest, om precies te zijn 531, is niet volgens de Nederlandse procedure tot stand gekomen, maar grotendeels een kopie van de TLV-lijst. De kritiek op de TLV-lijst is dus van toepassing op het overgrote deel van de Nederlandse grenswaarden. Als geen maatregelen worden genomen zal die kritiek nog geruime tijd geldig blijven. Uit oogpunt van gezondheidsbescherming van werknemers is dat niet te accepteren. Als noodmaatregel is onder meer door de Industriebond FNV voorgesteld om TLV-waarden in de Nederlandse grenswaarden-lijst met tachtig procent te verlagen. Het ministerie van Sociale Zaken heeft echter nog niet op dit signaal gereageerd.



Uit: Kernredactie, personeelskrant van de weekbladpersgroep, jrg. 3 nr. 1
Tekening: Reinier Tybout

IMPERATIEVE MAC-WAARDEN

Princieel is de vraag aan de orde of bij de gezondheidsbescherming van werknemers andere dan gezondheidkundige argumenten een rol mogen spelen. De Nederlandse procedure biedt de mogelijkheid dat de overheid, omwille van economische en andere niet gezondheidkundige overwegingen, een norm aanvaardbaar acht die voor de beroepsbevolking gezondheidsrisico's met zich meebrengen.

Tot in de tweede helft van deze eeuw worden vies en vuil werk of bezwarende omstandigheden voornamelijk afgekocht met toeslagen op het loon. Veel collectieve arbeidsovereenkomsten (cao's) bevatten nog steeds van dit soort afspraken. Het Nederlandse systeem voor grenswaarden sluit aan bij de cultuur dat gezondheid en economie ongelijke grootheden zijn waarbij het primaat aan de economie toekomt. Het is echter onbetwistbaar dat werknemers, meer dan voorheen, een groter belang hechten aan het instandhouden van hun gezondheid en daarvoor ook actief optreden. Commissies voor veiligheid, gezondheid en welzijn mogen binnen bedrijven op wanne on-

pleit ik voor een stelsel van 'imperatieve MAC-waarden', waarbij Maximaal Aanvaarde Concentraties worden vervangen door Maximaal Aanvaardbare Concentraties. De advieswaarden van de eerder genoemde Werkgroep van Deskundigen dienen verheven te worden tot deze nieuwe MAC-waarden. De taak van de commissie van vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en overheid (CGGS) dient er uit te bestaan om deze norm te realiseren. Waar we van af moeten is het opnemen van maatschappelijke en economische overwegingen in een norm die gezondheidsbescherming tot doel heeft. Dan is immers sprake van gelegaliseerde vergiftiging. Een systeem dat het mogelijk maakt dat in de regelgeving van de overheid hogere grenswaarden bestaan of kunnen worden vastgesteld dan gezondheidkundig verantwoord, is crimineel.

WIE LET OP DE KLEINTJES?

Toen het voorstel voor 'imperatieve MAC-waarden' op een conferentie werd gelanceerd waar beleidsmakers, deskundigen en werknemers debatteerden over de grenswaarde-pro-

Naarmate er minder gegevens zijn dient er een grotere veiligheidsmarge te worden toegepast. Het is onaanvaardbaar dat wetenschappelijke onzekerheid leidt tot een hogere MAC-waarde omdat het schadelijk effect nog niet is bewezen. Het voordeel van de twijfel dient de blootgestelde werknemer toe te komen. Het tweede bezwaar was afkomstig uit kringen van de werkgroep van werkgevers- respectievelijk werknemersvertegenwoordigers en de overheid (CGGS). Volgens sommige van hen zouden MAC-waarden die door de CGGS zijn behandeld op meer maatschappelijke acceptatie kunnen rekenen, hetgeen de implementatie ervan zou vergemakkelijken. Dat kan waar zijn, maar de tegenvraag is of het te tolereren valt dat werknemers gezondheidsschade mogen oplopen door hun werkzaamheden. Flessen bronwater met sporen oplosmiddelen, die bij consumptie geen gezondheidseffect hebben, worden zonder discussie uit de verkoop gehaald. De MAC-waarde voor xyleen, een veel toegepast oplosmiddel, waaraan dagelijks zo'n 300.000 werknemers worden blootgesteld, wordt niet verlaagd tot een gezondheidkundig aanvaardbaar niveau. Er zijn wel sterke aanwijzingen voor schade aan de ongeboren vrucht. Wat is maatschappelijke acceptatie in dit verband? Wie let er nu echt op de kleintjes!

Paul Ulenbelt is medewerker Kwaliteit van de Arbeid van de Industriebond FNV



Drie snuffelaars van Bayer in actie. De man in het midden heeft een luchtmonster genomen, de linker noteert de gegevens die de man rechts radiotelefonisch doorgeeft aan de meetwagen

dersteuning van werknemers rekenen. In een toenemend aantal cao's worden afspraken gemaakt om arbeidsomstandigheden te verbeteren. Niet uit politieke motieven om zich de aanval op de WAO af te slaan, maar uit het besef dat er gevochten moet worden om gezond en wel de vut of het pensioen te halen. Bij deze machtsvorming op basis van gezondheidsmotieven en bij de omslag in het denken over de verhouding gezondheid en werk past dat de overheid gezondheidkundige grenswaarden dwingend voorschrijft. Hoewel de Nederlandse drietrapsprocedure duidelijk een aantal voordelen heeft als het gaat om zorgvuldigheid en doorzichtigheid

blematiek, werden er twee bezwaren geuit. Het eerste was afkomstig uit overheidskringen. De voorgestelde procedure zou het gevaar met zich meebrengen dat werkgevers en door hen ingehuurd deskundigen de Werkgroep van Deskundigen zullen bestoken met materiaal dat een hogere MAC zou rechtvaardigen. Gewaarschuwd werd voor Amerikaanse toestanden. Ik denk dat het in dit enigszins geciviliseerde land mogelijk moet zijn een onafhankelijke groep deskundigen hun werk te laten doen en te vrijwaren tegen externe manipulaties. Aan hen is de taak om in het licht van de wetenschappelijke gegevens een gezondheidkundige grenswaarde vast te stellen.

NOTEN

1. P. Ulenbelt. *Omgaan met blootstelling aan chemische stoffen - grenswaarden, hygiënisch gedrag en regel mogelijkheden*. Proefschrift. 1991. Uitgave: Studiecentrum Arbeid en Gezondheid. AMC. Meibergdreef 15. 1105 AC Amsterdam (020-5665151 J).
2. B.L. Castieman en G.E. Ziern, 'Corporate influence on Threshold Limit Values'. In: *American Journal of Industrial Medicine*, 1988. 13. p. 531-559. Zie ook: G.E. Ziern en B.L. Castieman. 'Threshold Limit Values. Historical Perspectives and Current Practice'. In: *Journal of Occupational Medicine*, 1989. 31. p. 910-918.
3. S.A. Roach en S.M. Rappaport, 'But They Are Not Thresholds, A Critique! Analysis of the Documentation of Threshold Limit Values'. In: *American Journal of Industrial Medicine*. 1990. 17. p. 727-753.
4. M. Piney, *The Development of Chemical Exposure Limits for the Workplace*. University of Aston. Birmingham. Thesis. 1989.
5. 'Macwaarden op de arbeidsplaats. Een confrontatie van wetenschap, beleid en praktijk'. Amsterdam 4 juni 1991. georganiseerd door de Chemiewinkel, het Coronellaboratorium en het Studiecentrum Arbeid en Gezondheid van de Universiteit van Amsterdam/ Wetenschapswinkel Rijksuniversiteit Leiden.

MEDICI/NLOBBY EN PATIENTENVERENIGING

Op zekere dag werk ik aan een lezing over mijn onderzoek voor een kadertraining van de VIDO. Ik heb een aantal advertentieteksten verzameld van hormoonvervangings-therapie die op z'n minst een dubbele boodschap uitdragen. Dan gaat de telefoon: 'Goedemiddag, met O. spreekt u. Ik vertegenwoordig een onafhankelijk adviesbureau. Ik bel u omdat ik, in opdsicht van de firma MenoFarmaco, inventariseer wie zich in Nederland bezighoudt met menopauze-onderzoek.'

Dat vind ik interessant om te horen en nieuwsgierig als ik ben vraag ik waar hij de registratie van mijn onderzoek heeft gevonden. Hij blijkt de Interfacultaire Werkgroep Vrouwenstudies geraadpleegd te hebben. Een mooie ingang.

'Mag ik eens met u van gedachten wisselen over uw onderzoek?'

Ik spits mijn oren maar tegelijk spoken er een hele serie vragen door m'n hoofd. Wat zou hij willen weten? Waar zou het zijn opdrachtgever om gaan? Welk produkt brengt die opdrachtgever op de markt? Ik begrijp uit het gesprek dat die firma een nieuw medicijn tegen osteoporose maakt en géén hormoon dit keer!

Nu is mijn belangstelling echt gewekt en, altijd bereid tot communicatie over mijn onderzoek, maken we een afspraak.

Ik leg de telefoon neer en blijf verwonderd zitten met de vraag waarom de farmaceutische industrie geïnteresseerd is in mijn onderzoek. Dat hoor je toch niet zo vaak dat ze belangstelling hebben voor emancipatie, laat staan voor vrouwenstudies.

Vrouwenstudies? Wat zou hij daarbij denken? Van, voor en door vrouwen?

Voor ik naar huis ga stop ik snel nog even wat ik zelf al aan materiaal heb van de firma MenoFarmaco in mijn koffertje. Op het laatste Osteoporose-congres voor medisch specialisten hadden ze namelijk al voorlichtingsmateriaal uitgedeeld en was er een spraakmakend artikel aangekondigd. In de trein lees ik dat het gaat om een niet-hormonale therapie met nauwelijks of geen bijverschijnselen. Publikatie van onderzoeksresultaten volgt binnenkort in een gerenommeerd tijdschrift.

Op de afgesproken dag staat de mijnheer van het onafhankelijk adviesbureau op de stoep. Een vriendelijke heer, die al snel door heeft dat een 'eenvoudig' verkoopverhaal

over osteoporose en de te bereiken reductie van het aantal botbreuken met middel X niet voldoet. Een antwoord op mijn vraag op welke bijwerkingen er dan geanticipeerd is, waarvan gemeld wordt dat ze 'er niet zijn', heeft, hij niet bij de hand. Maar hij is zeer bereid een krantebericht en de precieze referentie van het artikel toe te sturen.

Snel stuurt hij aan op de kern van de zaak. Hij doet de suggestie om in Nederland te komen tot de oprichting van een vereniging van osteoporose-patiënten. Zo'n club zou voor de belangen van osteoporose-patiënten op kunnen komen. (Wie zijn dat trouwens en welke belangen zijn er in het geding?) Hij voegt eraan toe dat zo'n vereniging uiteraard mede gesponsord zou moeten worden door de industrie. 'Jazeker, en dan niet één firma, dat geeft te veel binding, maar liefst meerdere.'

Blijft nog het probleem wie zo'n club zou kunnen voortrekken. Uiteraard landelijk bekende specialisten met een prima reputatie. Helaas hebben we in Nederland niet zoveel 'royalty' als in Engeland, anders zou een hertog of hertogin het ook goed doen als beschermheer of beschermvrouwe van zo'n vereniging.

Maar natuurlijk ook vrouwen. Juist vrouwen! En daar kwam de aap uit de mouw. 'Osteoporose is immers een prachtig voorbeeld van een echte vrouwenziekte. Vrouwen kunnen nu alle aandacht krijgen die ze willen, maar dan moeten ze wel actief worden en de kans grijpen! Ziet u, en daarom had ik gedacht, iemand die bij Vrouwenstudies werkt, zal toch wel hart voor deze zaak hebben. Ik ben ook al bij de VIDO geweest, maar die zijn tegen hormonen. Hoewel, dit zijn geen hormonen; als ze dat zouden weten te benadrukken ...'

Het was duidelijk. Mijnheer O. wilde vrouwen voor zo'n op te richten club. Ik kon nu uitleggen dat mijn onderzoek van karakter wetenschapsonderzoek is en dat ik de discussies rond osteoporose bestudeer. Binnen zo'n kader zijn initiatieven als dit van de farmaceutische industrie zeker het bestuderen waard (maar dat zei ik hem niet). Wel dat ik mij niet aangesproken voelde een voortrekkersrol te vervullen. We wisselden nog wat andere informatie uit, wederzijds zeer tot genoegen en vriendelijk namen wij afscheid.

Toch was ik geschokt. Het duurde even voor ik het door had. De farmaceutische industrie

deinst er kennelijk niet voor terug belangen-groeperingen van patiënten in stelling te brengen voor hun produktverkoop. Onthutsend is het lonken naar de vrouwenbeweging. Het appèl aan thema's als opkomen voor je zelf en het pleiten voor serieuze aandacht voor klachten van vrouwen moet nu de medicijnlobby legitimeren.

Na enige weken las ik het uit de literatuur opgevraagde artikel in zijn geheel: de resultaten met het nieuwe middel stonden er net zo als aangekondigd. Onder aan het artikel stond in kleine lettertjes: 'This research was supported by a grant from MenoFarmaco'. Denkend aan het gesprek vroeg ik me daarna nog af met welke prachtige tekst ze voor dit nieuwe middel zouden adverteren. Idee-tje? Samen staan we sterk (op de been) of Voor haar bestwil: osteoporose voorbij.

Ineke van Wingerden

Ineke van Wingerden is toegevoegd onderzoeker bij Vrouwenstudies in de natuurwetenschappen, Vakgroep Natuurwetenschap en Samenleving van de Rijksuniversiteit Utrecht. Ze werkt aan een proefschrift - onder de titel 'Botten en sekse' - over de vormgeving van het vrouwenlichaam in en door het biomedisch onderzoek en de medische praktijk met betrekking tot osteoporose.

~GEZONDHEIDSZORG IS ER VOOR IEDEREEN'

INTERVIEW MET LOUISE GUNNING, HOOGLERAAR SOCIALE GENEESKUNDE

Thea Dukkens van Emden

Enkele jaren geleden werd in de kolommen van dit tijdschrift het vakgebied Sociale Geneeskunde ten grave gedragen,' Reden voor TGP om te gaan praten met de kersvers benoemde hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, Louise Gunning (1951). TGP sprak met haar over de wedergeboorte van de sociale geneeskunde, over de teloorgang van fundamentele doelstellingen van de sociale verzekeringen en over het democratisch karakter van onze samenleving.

'Er is een golfbeweging in de belangstelling voor de sociale geneeskunde. De oude lichte sociaal-geneeskundigen meende met de totstandkoming van belangrijke sociale wetgeving begin deze eeuw, bereikt te hebben wat haar voor ogen stond: een verbetering van de leefomstandigheden tegelijk met een goede sociale wetgeving voor mensen die uit de boot dreigen te vallen. Na de oorlog is er een inzinking geweest, en de laatste jaren is er weer sprake van een opleving. Dat blijkt onder meer uit sterk toegenomen interesse, zowel vanuit de overheid als vanuit onderzoeksinstituten, voor vraagstukken die rechtstreeks met de volksgezondheid te maken hebben zoals sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het blijkt ook uit de belangstelling van artsen om in het buitenland een opleiding in public health te gaan volgen en uit het feit dat nu eindelijk, na ruim 21 jaar discussie, een Nederlandse School of Public Health is opgericht.

Er worden voor dit vakgebied verschillende termen naast elkaar gebruikt: sociale geneeskunde, maatschappelijke en algemene gezondheidszorg. Ik vind de naamgeving niet zo belangrijk. Zelf voel ik mij, gezien mijn opleiding, het meest verwant met het begrip "public health", wat letterlijk volksgezondheid betekent. In Engelstalige vakbladen wordt de laatste tijd veel geschreven over "new public health". Ik gebruik zelf liever de term "renaissance" dan "new", omdat de benadering en de bevoegdheid van de sociale geneeskunde absoluut niet veranderd zijn ten opzichte van vroeger. Alleen de ziekten en de omstandigheden waaronder zij voorkomen zijn gewijzigd. Ook kleven er aan de "new public health movement", waartoe ook de Healthy Cities-beweging gerekend kan worden, ideologische aspecten die mij niet zo aanspreken. Zo stelt men het betrekken van de

buurt bij de bevordering van de gezondheid (*community participation*) centraal. In veel Healthy Cities-projecten stimuleert men bijvoorbeeld de inspraak van de buurt bij de aanleg van een speelplaats of een park. Dat is natuurlijk heel aardig, maar het is een te eenzijdige benadering van de volksgezondheid. De sociale geneeskunde houdt zich bezig met de relatie van de gezondheid van de mens en zijn omgeving in de breedste zin. Bij deze ideologische benadering dreigt het gevaar dat men "public health" te nauw definieert en beperkt tot omgevingsfactoren op lokaal niveau, terwijl ik van mening ben dat het hebben van een goed verzekeringsstelsel minstens zo belangrijk is voor de volksgezondheid als een verbetering van de lokale leefomstandigheden.

De hernieuwde belangstelling voor de sociale geneeskunde heeft voor een deel ook te maken met het feit dat men heeft moeten erkennen dat beleidsmaatregelen niet het gewenste effect op de volksgezondheid hebben gehad. Daarom is een herbezinning op de oorspronkelijke doelstellingen noodzakelijk: wat hebben we met de sociale wetgeving destijds willen bereiken en voor wie. Dat mis ik nu in de huidige WAO-discussie: de vraag hoe je de fundamentele doelstelling van de sociale verzekeringen overleefd kunt houden zonder dat je het maakt tot iets wat maatschappelijk - om financiële of morele redenen - niet meer aanvaardbaar is. Het debat moet niet gaan over de hoogte of de duur van de uitkering, want voor de mensen voor wie de WAO bestemd is hoort dat niet ter discussie te staan. We moeten praten over de instroomcriteria voor de WAO, en het lef hebben om te zeggen dat er een groep in de WAO terechtkomt die wij er, vanuit de oorspronkelijke doelstelling bezien, niet in willen hebben. Deze discussie ontbreekt bij alle politieke partijen, maar ook bij het ministerie van WVC. Wanneer de minister-president zegt: "Nederland is ziek" dan moet de staatssecretaris van Volksgezondheid een essentiële partner zijn in dit debat. Het is niet alleen een financieel of verzekeringstechnisch probleem. Men moet durven praten over hoe je "ziek" definieert, en hoe men dat regelt met degenen die dat etiket opplakken, namelijk de artsen.

Bij deze affaire merk je ook duidelijk dat de afstand tussen "de politiek" en de rest van de samenleving te groot is geworden. Vandaar de stelling in mijn proefschrift: "Een samenleving die over de overheid spreekt als 'zij' in plaats van 'wij' begint haar democratisch karakter te

verliezen". Ik vind dat wij met elkaar onze samenleving maken, wij met elkaar creëren de wetten waarbinnen wij functioneren, wij met elkaar kiezen de mensen die deze wetten al dan niet aannemen. Op het moment dat we het gevoel hebben dat zowel het wettelijk gezag als de overheid iets is dat los van ons staat en niet meer door ons bepaald wordt, waarmee we ons niet meer verwant voelen, dan zeggen we daarmee in feite: wij zitten hier, en zij daar nemen de beslissingen. Als wij het niet eens zijn met de WAO-discussie dan hebben we de mogelijkheid om dat te veranderen. Alleen: men moet dan bereid zijn om de overheid weer te gaan zien als een uitvoerend orgaan van datgene wat wij vanuit een democratisch gekozen volksvertegenwoordiging willen. Maar op het moment dat men een te grote bureaucratie creëert is het moeilijk om dit gevoel vast te houden. Voor public health, waar men zo vaak te maken heeft met maatregelen die alleen via de overheid kunnen worden uitgevoerd, is het nog veel belangrijker om die geloofwaardigheid in de overheid in stand te houden. Als die geloofwaardigheid ontbreekt, is het heel moeilijk om welke volksgezondheidsmaatregel dan ook door te voeren. Hoe kun je als overheid op dit terrein geloofwaardig zijn wanneer je bijvoorbeeld de aanvaardbare normen voor gevaarlijke stoffen steeds verandert?

GELAAGDE GEZONDHEIDSZORG

Mijn eigen interesse voor de sociale aspecten van de geneeskunde is gewekt in de Verenigde Staten, waar ik na mijn kandidaatsexamen geneeskunde terechtkwam. Ik heb een tijd bij Planned Parenthood (te vergelijken met de Rutgers stichting - red.) gewerkt, waar ik jonge meisjes die ongewenst zwanger waren moest adviseren. Ik werd toen geconfronteerd met de schrijnende gevolgen van een gelaagde gezondheidszorg: een samenleving waarin erg veel onverzekerden zijn, vooral onder de sociaal zwakkeren. Voor de voornamelijk maatschappelijk bepaalde problemen die ik daar in abortusklinieken tegenkwam had de gezondheidszorg geen oplossingen te bieden, die moesten buiten de geneeskunde gezocht worden.

Daarom besloot ik om bij Johns Hopkins School of Public Health een wetenschappelijke opleiding te gaan volgen. Ik koos daarbij voor de internationale gezondheidszorg (te vergelijken met onze gezondheidszorg in ontwikkelingslanden) omdat ik de binnenstadproblematiek van de grote steden in de Verenigde Staten

in veel opzichten vergelijkbaar vond met de problematiek in ontwikkelingslanden. In beide situaties ziet men een onvermogen om contact te maken tussen de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg en de mensen die daar gebruik van maken.

In het kader van die opleiding heb ik een onderzoek gedaan bij de Amsterdamse GG&GD naar de mate waarin kinderen van Marokkaanse en Turkse ouders gebruik maken van de voorzieningen van de consultatiebureaus. Uit dit onderzoek bleek dat deze kinderen daar veel minder effectief gebruik van maakten, gemeten naar de inentingsgraad op eenjarige leeftijd en het deelnemen aan de gehoortest, dan Nederlandse kinderen uit vergelijkbare sociaal-economische klassen. Vrij snel daarna is door de GG&GD een meer op de behoeften van de Marokkaanse en Turkse ouders toegesneden zorgaanbod ingesteld. Er werd rekening gehouden met hun lange afwezigheid tijdens de zomermaanden en er werd meer gebruik gemaakt van tolken bij de gesprekken. Later is hetzelfde onderzoek herhaald, en nu bleek dat het verschil ten opzichte van de Nederlandse kinderen sterk verminderd was.

Na mijn opleiding kwam ik, terug in Nederland, terecht bij het stafbureau beleidsontwikkeling van het ministerie van WVC, waar op dat moment juist een verschuiving plaatsvond van de belangstelling voor de organisatie van de gezondheidszorg naar de volksgezondheid zelf. Men was in die tijd bezig met het opstellen van de Nota 2000. De aandacht op het ministerie ging onder meer uit naar de effecten van preventieve maatregelen op de volksgezondheid. Dat bracht een groot aantal methodologische problemen met zich mee die mijn interesse wekten. Ik wilde onderzoek doen naar de manier waarop je epidemiologische resultaten zo kunt vertalen dat ze bruikbaar zijn voor beleid. Daartoe bestudeerde ik een simulatiemodel (Prevent), waarmee gezondheidseffecten van preventieve maatregelen geschat kunnen worden. Dit simulatiemodel wordt nu zowel bij preventie projecten in Nederland als in het buitenland toegepast.

Ik werd ook bij een andere nieuwe ontwikkeling betrokken: door WVC werd in 1987 de eerste werkconferentie rond sociaal-economische gezondheidsverschillen georganiseerd. Als vervolg op deze conferentie is door de programma commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen een onderzoeksprogramma opgesteld. Ik kreeg de opdracht om de uitkomsten van dit onderzoeksprogramma binnen het gezondheidsbeleid van het ministerie te verankeren. Daar heb ik mij de afgelopen jaren mee beziggehouden. Het is nu zaak om te zorgen dat de grond bouwrijp gemaakt wordt om de resultaten die uit dit onderzoek naar voren komen ook in de praktijk een fundament te geven. De afgelopen tijd is er vanuit WVC hard gewerkt om de partijen die daarbij in de toekomst betrokken zullen worden te laten nadenken over wat hun rol en verantwoordelijkheid zou kunnen zijn. Er is gesproken met organisaties van werkgevers en werknemers, met GG&GD's van grote steden, met organisaties van artsen, patiënten en consumenten, met de



Louise Gunning

Foto: Ministerie van WVC (Jacques van Velzen)

overheid en met de wetenschappelijke bureaus van alle politieke partijen. Aan al deze organisaties is gevraagd om ten behoeve van de tweede conferentie over sociaal-economische gezondheidsverschillen, die in november wordt gehouden, een stuk te schrijven waarin hun visie naar voren komt met betrekking tot de verantwoordelijkheid van hun organisatie ten opzichte van die gezondheidsverschillen en van het terugdringen van die verschillen. Deze bijdragen zullen vooraf aan de deelnemers toegestuurd worden en vormen in feite de basis voor de novemberconferentie.

BREDE CONSENSUS

Tot nu toe blijkt dat de meeste betrokkenen het gevoel hebben dat sociaal-economische gezondheidsverschillen onwenselijk zijn en dat gestreefd moet worden naar vermindering van die verschillen. Ook is er vrij brede consensus over welke factoren wel en niet aangepakt moeten worden. Daarbij zijn drie aspecten te onderscheiden. In het algemeen is men van mening

dat een deel van de gezondheidsverschillen terug te voeren is op individuele vrije keuzen van mensen, bijvoorbeeld ten aanzien van sportbeoefening (denk aan skiletsels), en dat het paternalistisch zou zijn wanneer de overheid zich ermee zou bemoeien. Hierbij kun je natuurlijk nog twisten over wat nu precies vrije keuze is. Is er bij roken eigenlijk wel sprake van een vrije keuze zolang de tabaksreclame niet aan banden wordt gelegd? En hoe staat het met voedingsgewoonten: is hier sprake van vrije keuze of zijn deze gewoonten voornamelijk sociaal-cultureel bepaald?

In de tweede plaats is binnen onze Nederlandse samenleving (in tegenstelling tot de situatie in de Verenigde Staten) een meerderheid van mening dat "de gezondheidszorg er voor iedereen is". Wanneer je een stap verder gaat betekent dit dat het eigenlijk niet de bedoeling is dat de doelmatigheid van de gezondheidszorg verschillend is voor verschillende groepen en (weer een stapje verder) dat de kwaliteit van de zorg voor iedereen gelijk moet zijn. Dat betekent dat je gericht moet kijken naar verschillen

in doelmatigheid en kwaliteit van zorg, en naar bepaalde groepen die binnen de organisatie of de financiering van de zorg niet krijgen waar ze eigenlijk, gezien bovengenoemde consensus, recht op hebben. Voor de aanpak betekent dit dat men soms een ongelijke benadering zal moeten kiezen om gelijke resultaten te krijgen in de doelmatigheid van de zorgverlening. Zo zal bijvoorbeeld de voorlichting bij groepen patiënten die zich slecht aan adviezen houden anders en uitgebreider moeten zijn dan bij patiënten die adviezen goed opvolgen. Ook de aanpak van de Amsterdamse GG&GD bij de afdeling jeugdgezondheidszorg, waarbij men een uitgebreid pakket van zorg heeft voor bepaalde risicogroepen naast een minimumpakket voor de gehele jeugd, is een goed voorbeeld van een gedifferentieerde aanpak waardoor men probeert de gezondheidszorg een gelijk effect te laten hebben voor verschillende groepen.

In de derde plaats zijn er meer structurele factoren die een rol spelen bij de gezondheidsverschillen. In brede lagen van onze bevolking bestaat consensus over de opvatting dat gezondheidsverschillen niet een bepaald doel dienen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld inkomensverschillen, waarvan niet iedereen vindt dat die moeten verdwijnen. Een groot deel van de gezondheidsverschillen wordt veroorzaakt door keuzen die wij - en dan bedoel ik: de maatschappij - maken, en die in feite een afweging zijn van verschillende belangen. Bijvoorbeeld gezondheidsbelangen versus werkgelegenheid of welvaart. In dat afwegingsproces hoeven gezondheidsbelangen niet altijd te winnen, maar ze moeten wel meegewogen worden. Tot voor kort was er eigenlijk te weinig informatie om de gezondheidsaspecten mee te wegen, maar als je ze mee laat wegen is het opvallend hoeveel belang mensen er aan hechten. Men praat ook gemakkelijker over gezondheidsverschillen dan over gezondheid in zijn algemeenheid, zoals de gemiddelde ziekte- of sterftecijfers. In die hoedanigheid hebben de sociaal-economische gezondheidsverschillen een functie die verder gaat dan de verschillen zelf, omdat ze ervoor zorgen dat gezondheidsbelangen makkelijker meegewogen worden bij allerlei beslissingen die in feite buiten de gezondheidszorg om genomen worden.

Thea Dukkers van Emden is sociaal-geneeskundige.

NOTEN

1. Zie hiervoor: TGP december 1986, maart 1987 en november 1987.
2. Anonymus, 'What's New in Public Health?'. In: *The Lancet*, 8 juni 1991, p. 1381-2.
3. L. Gunning-Schepers, *The Health Benefits of Prevention*. Proefschrift Rotterdam, 1988.
4. WRR-conferentie 'De ongelijke verdeling van gezondheid', maart 1987; besproken door Joost van der Meer: 'Ongelijk en ongezond'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek*, 1987, nr. 3, p. 32.
5. Thea Dukkers van Emden, 'Heden en toekomst van de jeugdgezondheidszorg'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek*, 1990, nr. 5, p. 3.

BOEKEN

DE DOOD ALS MEDISCH PROBLEEM.

RL.P. Berghmans, G.M.WR. de Wert, C. van der Meer (red.), *De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven*, Ambo, 1991, 279 blz. f49,50.

De dood in beheer bestaat uit twaalf hoofdstukken. Naast twee artsen, een psycholoog en een wijsgerig antropoloog is het boek voornamelijk geschreven door ethici. De eerste zes hoofdstukken zijn gewijd aan algemene vraagstukken met betrekking tot de betekenis van lijden en sterven en het levensbeëindigend handelen in de geneeskunde. Drie daarvan wil ik kort noemen, op de laatste zes hoofdstukken kom ik zo terug.

Door Van den Beld (hoofddocent ethiek, Utrecht) wordt aandacht besteed aan het verschil tussen actieve en passieve euthanasie. Het formele verschil tussen 'doden' en 'laten sterven' is volgens hem gering. Het verschil in (morele) gevoelswaarde echter kan veel groter zijn. Wanneer een arts iemand laat sterven door de behandeling te staken dan zal hij minder het gevoel hebben dat hij de directe oorzaak van diens dood is dan wanneer hij een dodelijke stof toedient.

In het verlengde van dit onderwerp ligt het hoofdstuk van Jacobs (hoofddocent wijsgerige ethiek, Amsterdam) over het verschil tussen medisch zinloos handelen en zinloos medisch handelen - een zin die je zeker twee keer moet lezen om te zien dat er niet twee keer hetzelfde staat. Van een medisch zinloze handeling is sprake wanneer op puur medische gronden van doorbehandelen geen verder herstel van de patiënt mag worden verwacht. Puur medische criteria bestaan echter niet volgens Jacobs. Er spelen altijd verborgen opvattingen over de algemene zin van het leven mee. Zo is het mogelijk dat een patiënt zich verzet tegen het beginnen of voortzetten van een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld cytostatica) die in de ogen van de arts nog 'tot verder herstel' zou kunnen leiden.

Zowel Van den Beld als Jacobs verwijzen naar de morele context van het medische handelen zonder echter aan te geven hoe het verband tussen onze (culturele) moraal en de geneeskunde kan worden teruggevonden in de door hen aangehaalde voorbeelden. De enige auteur in het boek die daar aandacht aan besteedt is Struyker Boudier (hoogleraar wijsgerige antropologie, Nijmegen). De grondslagen van onze ideeën over de dood vinden hun oorsprong zeker niet alleen in de geneeskunde, ook al wordt die suggestie door dit boek wel gewekt. Om dit te verduidelijken somt Struyker Boudier een hele reeks boeken op die in allerlei richtingen verwijzen naar de culturele herkomst van onze opvattingen over de dood.

Eén daarvan betreft bijvoorbeeld het commentaar van Komrij (in *Lof der simpelheid*, 1988) op onze geneigdheid het gehele leven van de eerste tot de laatste ademstoot in reglementeringen en begeleidingsprocessen onder te willen brengen. Ook het doodgaan is iets dat onderzocht, beschreven en vervolgens geregeld dient te worden. Een ander voorbeeld is de rol van de media als regisseur van modieuze codes omtrent onze houding jegens ziekte, ouder worden en de dood, beschreven door Baudrillard. Aangevuld met zijn eigen ervaringen gaat Struyker Boudier vervolgens kort in op zijn persoonlijke opvattingen over de betekenis van het sterven. Hij wijst daarbij op de schrale plaats die de dood in het dagelijks leven heeft gekregen en pleit voor een herstel van het 'vieren' van de dood. Het is jammer dat een dergelijke verdieping van het vraagstuk rondom de dood beperkt moet blijven tot één enkel hoofdstuk.

Dat brengt me tegelijk op de laatste zes hoofdstukken. Deze zijn duidelijk meer op de concrete medische dilemma's gericht dan de voorgaande. Elk hoofdstuk is gewijd aan een speciale groep patiënten, zoals daar zijn de psychiatrische, minderjarige, zwakzinnige en comateuze patiënten. De grote vooruitgang van de medische technologie maakt noodzakelijk dat we zelf grenzen aan het leven moeten stellen. Een aantal van die grensgevallen - bijvoorbeeld het bekende geval van het pasgeboren mongooltje met een operabele dannafluiting dat men besloot niet te behandelen - komt in deze hoofdstukken aan de orde. Dat maakt ze aan de ene kant minder abstract (en meer toegankelijk) maar tegelijkertijd wordt de eenzijdige, want overwegend medische, benadering van de dood een opvallende tekortkoming. Medische rationaliteit, zoals het zoeken naar harde criteria en richtlijnen, krijgt zo sterk de nadruk. De vele technische mogelijkheden die de geneeskunde biedt om met de grens tussen leven en dood te schuiven roepen existentiële dilemma's op. De vraag 'hoe maakbaar de dood is' wordt door de redactie in haar voorwoord dan ook als eerste belangrijke kwestie naar voren geschoven en klinkt terug in de titel *De dood in beheer*. Om in dit vraagstuk meer inzicht te krijgen is een bredere, niet louter medische, benadering van het begrip 'dood' nodig, zoals door Struyker Boudier goed is aangegeven. Het is jammer dat daarvan in dit boek nauwelijks sprake is.

Bas Sebus

STAD EN GEZONDHEID

E. de Leeuw (red.), *Gezonde steden. Lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1991.

Tot nu toe betekende de vraag van studenten naar literatuur over gezondheidsbevordering en gezonde steden altijd een duik in de ladenkast en vervolgens een run op het kopieerapparaat. Dat is verleden tijd. Ik kan nu verwijzen naar een solide titel: *Gezonde steden. Lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. De eerste uitgave van een leerboek op dit terrein.

Het boek is geschreven vanuit de gezonde-stedenbeweging in Nederland. Deze beweging is enkele jaren geleden ontstaan vanuit een initiatief van de Europese afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie. Hoofddoel is het ondersteunen van gezondheidsinitiatieven in een stedelijke context en hiervoor een kader te bieden. Trefwoorden van deze benadering zijn gezondheidsbevordering (in plaats van bestrijding van ziekten), samenwerking met beleidslijnen buiten de gezondheidssector, een binding met de politiek, empirie als basis en participatie door de bevolking. Het boek is een bundel van twintig auteurs onder redactie van Evelyn de Leeuwen omvat 313 pagina's, ingedeeld naar de thema's theorie, politiek en praktijk. Een poging het boek samen te vatten is niet erg zinnig. Daarom een greep uit de inhoud.

In de inleiding en het eerste hoofdstuk wordt het onderwerp van dit boek als te vanzelfsprekend gepresenteerd. Het lijkt alsof de gezonde-stedenbeweging een oplossing probeert te vinden voor een nog niet geformuleerd probleem. Want wat is er in deze tijd aan de hand op het gebied van gezondheid en zorg? Waarom voldoen de oude gebaande paden niet meer? Het boek mist met andere woorden een schets van de huidige problematiek zoals de afnemende meeropbrengst van de medische technologie, het biologisch reductionisme, de verschuivingen in ziektebeelden (hart- en vaatziekten, kanker, aids), de opkomst van het marktdenken en de grotere rol van de lokale overheden.

In het eerste hoofdstuk van het boek komt een misverstand naar voren dat in de hele beweging rond gezonde steden lijkt te heersen. Het gaat om de verwarring tussen theorie en doelstellingen. In de inleiding op het deel theorie gaat Evelyn de Leeuw in op de doelstellingen van de beweging en op de pogingen die doelstellingen in beleid om te zetten. Dat is lofwaardig, maar het is geen theorie. Theorie kunnen we immers opvatten als een samenhangend geheel van uitspraken dat iets zegt over de werkelijkheid. Van dat laatste is in de beweging weinig en in dit hoofdstuk geen sprake. Er worden doelstellingen geformuleerd voor een nieuwe volksgezondheid,

maar er wordt nergens een theorie geformuleerd - laat staan onderzocht en getoetst - die grond biedt aan die doelstellingen. Kernbegrippen als gezondheidsverschillen, gezondheidsbeïnvloedende factoren, intersectoraal werken, de stad als organisme en participatie worden nergens op een samenhangende manier met elkaar in verband gebracht. Het gevolg van deze benadering is dat de doelstellingen weliswaar overtuigend klinken, maar niet voortkomen uit een verklaringsmodel voor gezondheid. Opvallend is dat pogingen die gedaan worden om bijvoorbeeld gezondheidsverschillen in steden te verklaren (Thomas 1991, Mackenbach 1987 en 1991) nergens in het boek aan de orde komen. Uitzonderd het hoofdstuk over suïcide in de grote stad ontbreekt de hele onderzoekstraditie op het gebied van stads studies (*urban studies*). Zodoende kunnen allerlei illusies, zoals de mythe van de buurt en de mythe dat problemen met gezondheid zullen leiden tot collectief handelen, ongestraft blijven bestaan.

Het artikel van Eddy Houwaart is een zeer geslaagde bijdrage aan verheldering van het erfgoed van de gezonde-steden beweging. Het blijkt dat er een groot aantal uitgangspunten van de hygiënist terugkeren in de huidige geschriften van de beweging. Het is een mooie illustratie van de stelling van Kickbusch (1989) als zij stelt dat de huidige volksgezondheid teruggrijpt op ideeën uit de vorige eeuw. Er is echter volgens Houwaart ook een belangrijk verschil met de vorige eeuw. De stadsbewoners zelf krijgen in de huidige beweging rond gezonde steden een grote rol toebedeeld in de vaststelling van de gezondheidstoestand van de stad en de uitvoering van het beleid.

In het hoofdstuk over lokale epidemiologie wordt helder beschreven hoe geprobeerd wordt inzicht te krijgen en te houden in de gezondheidssituatie van de stad. Jammer is alleen dat de handschoen uit het vorige hoofdstuk niet wordt opgepakt. Waarin verschilt het Rotterdamse systeem van epidemiologische buurtkenmerken van de medische plaatsbeschrijvingen uit de vorige eeuw?

Met het hoofdstuk over intersectorale samenwerking heb ik moeite. Er worden te veel ingewikkelde buitenlandse woorden ('faciliterende condities voor direction-setting') gebruikt voor in de grond simpele zaken. Wanneer gesteld wordt: 'Als stakeholders conflicterende waarden hebben en een variëteit, aan verschillende inzichten in het probleem, zullen de eerste interacties volgens een goede constructie plaats moeten vinden zodat een valide informatie-uitwisseling plaatsvindt', wordt toch gewoon bedoeld: rond de tafel gaan zitten en uitpraten?

Het artikel van Frederique de Vries geeft een conceptueel kader waarin gepoogd wordt het concept 'stad' in relatie te brengen met indicatoren voor gezondheid volgens het model van Lalonde. De indicatoren voor gezondheid wor-

Lalonde. De indicatoren voor gezondheid worden toegespitst op suïcidaal gedrag. Daarmee vormt het hoofdstuk een uitzondering op de theorie-armoede die ik eerder heb gemeld. Het blijkt dat enkele kenmerken van de stad in verband kunnen worden gebracht met suïcidaal gedrag. Het blijkt evenwel slecht mogelijk de richting en de mate van de verbanden te bepalen.

Janine Cosijn biedt in een hoofdstuk over de rol van de gemeenten bij lokale gezondheidsinitiatieven een paar overzichtelijke en bruikbare schema's rond gezondheid en de bevordering daarvan. Met het schema Actie voor gezondheid is echter iets aan de hand. Het schema is een poging om menselijk handelen rond gezondheid te beschrijven aan de hand van de concepten professionaliteit, intentionaliteit en gerichtheid. Dat levert een helder schema op, maar het concept professionaliteit wordt verkeerd gebruikt. Door de uitbreiding met het begrip zorgsysteem wordt het onderscheid tussen niet-professioneel en professioneel zorgsysteem geïntroduceerd. Andere vormen van professioneel handelen - zoals het grootste deel van het gemeentelijk apparaat en het welzijnswerk - passen nu niet meer in het schema. Daarmee verdwijnt een belangrijk kenmerk van de gezonde-stedenbeweging uit het zicht, namelijk het streven naar intersectorale samenwerking. Dat is tenslotte het streven naar samenwerking met sectoren buiten het zorgsysteem.

De aidsbestrijding heb ik altijd gezien als een voorbeeld van een project dat ontwikkeld was vanuit de doelgroep zelf en niet door deskundigen van bovenaf. Theunissen constateert in zijn bijdrage over aidsplatforms dat de rol van de professionals is toegenomen ten koste van die van de belangengroepen. Het probleem is als vanouds: de vrijwilligers moeten het in hun vrije tijd doen en hebben veel minder de beschikking over faciliteiten. Ook hier schrijdt de institutionalisering voort. Ondanks dat blijven de aidsplatforms goede voorbeelden van modern lokaal gezondheidsbeleid.

De sterke kanten van dit boek zijn dat het de volle breedte bestrijkt van de gezonde-stedenbeweging, informatief is en op vele plaatsen en op vele manieren gebruikt kan worden. Niet alleen aan opleidingen als studieboek, maar ook op ambtelijke afdelingen en gezondheids- en welzijnsinstellingen als inspiratiebron. Een minder sterke kant is de nog onvoldoende samenhang en systematiek. Desondanks is dit boek een goed antwoord op de vraag naar een inleidende publikatie over gezonde steden.

[oop ten Dam
Rijksuniversiteit te Utrecht
Algemene Sociale Wetenschappen - Stadsstudies

S I G N A L E M E N T E N

Bijdragen voor de rubriek signalen
moeten gestuurd worden naar
het redactieadres:
Prinsenhofsteeg 10 1012 EE Amsterdam

De Coornhertstichting is op zoek naar kandidaten voor de *Coornhertprijs*, die is bedoeld om de *sociale vernieuwing* te stimuleren. Bijvoorbeeld: antidiscriminatieprojecten, integratieprojecten ten behoeve van groepen in achterstandssituaties, culturele manifestaties, samenwerkingsverbanden op het gebied van onderwijs, gezondheid, bejaardenzorg en zorg voor gehandicapten en documentaires of ideële reclame die een harmonieuze maatschappij beogen. Belangrijk criterium is de toepasbaarheid op gemeentelijk niveau, zodat meerdere gemeenten/regio's er profijt van kunnen trekken. De prijs bestaat uit de Coornhertpenning, een oorkonde en een bedrag van f50.000,- tot f100.000,-. Voor 1 maart 1992 dienen kandidaten aangemeld te worden.

Informatie: Coornhertstichting/Coornhertprijs:
Postbus 407, 2740 AK Waddinxveen. Tel. 01828-13431 (dr. A.A. de Bruin, voorz.) b.g.g. 01820-88225 (P.A. Dekker, p/a afd. voorlichting gemeente Gouda).

BIJEENKOMSTEN

Het Landelijk Centrum GVO organiseert in samenwerking met het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders een aantal film-/videomiddagen in Utrecht. De filmcyclus heeft als doel migrantenwerkers, preventiewerkers en GVO'ers kennis te laten maken met voorlichtingsfilms voor migranten. Op 12 december 1991 staat het thema migranten en psychosomatiek centraal, op 27 februari 1992 worden twee videofilms over migranten en medicijngebruik vertoond. Op die middagen wordt ook informatie over het thema en het gebruik van het videomateriaal gegeven.

De kosten bedragen f35,- per middag. Informatie over de middagen: Landelijk Centrum GVO, tel. 030-910244. Inhoudelijke informatie bij Jorien Bakx en Monique Buitenhuis op hetzelfde nummer.

Een internationaal congres over kinderbudswerk vindt op 22, 23 en 24 januari 1992 plaats in Amsterdam. Het congres heeft als centraal thema: Op weg naar de realisering van mensenrechten van kinderen. Het is bestemd voor juristen, pedagogen, leerkrachten, jeugdant-

sen en anderen die te maken hebben met kinderen in gezin, gezondheidszorg, onderwijs en arbeid. De voertaal van het congres is Engels.

Kosten f495,-, studenten f175,-. Aanmelding bij het congressecretariaat, tel. 020-5253972.

PUBLIKATLES

Het IVA (Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk onderzoek) heeft onderzocht hoe de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden zich in de periode tot het jaar 2000 zal ontwikkelen. De onderzoekers verwachten vooral spanningen op de arbeidsmarkt voor ziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden. Rekening houdend met vergrijzing en ontgroening zal de toename van tekorten vooral plaatsvinden in de provincies Overijssel, Gelderland, Utrecht, Noord-Brabant en Limburg. Interessant is dat voor de vier grote steden geen tekort, eerder een overschot, wordt verwacht, omdat hier steeds meer jonge mensen zullen wonen.

Het rapport 'De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorgsector tot het jaar 2000' is te bestellen bij het NA te Tilburg, tel. 013-662437.

Deelname aan de maatschappij, in jargon (re-)integratie, rehabilitatie of resocialisatie geheten, is een niet meer weg te denken aspiratie van mensen met een handicap en mensen die arbeidsongeschikt zijn verklaard. Verschillende organisaties van gehandicapten en arbeidsongeschikten hebben die aspiratie omgezet in concrete initiatieven. Een daarvan, het Landelijk Samenwerkingsverband van regionale WAO/-AAW-platforms (LSV/WAO), heeft een inventarisatie gemaakt van reïntegratie-activiteiten die het organiseert. Het gaat om cursussen als Banen- en Beroepenoriëntatie of Oriëntatie op Ziektewet en WAO, die in sommige regio's in samenwerking met de Gemeenschappelijke Medische Dienst worden uitgevoerd.

'Afgekeurd is niet afgedankt' door Caroline Rietbergen en is te bestellen bij het NIMO in 's Hertogenbosch, tel. 073-137295. Het kost f 10,- exclusief portokosten.

De voorgestelde ingrepen in de WAO en de Ziektewet betekenen voor veel chronisch zieken en gehandicapten een verdere verslechtering van hun inkomenspositie en de kansen op werken. De maatregelen staan in schril contrast met de beoogde verbetering van de kwaliteit van leven van chronisch zieken en gehandicapten, die de regering zegt na te streven. Dit zegt de Nationale Commissie Chronisch Zieken in een advies aan de staatssecretaris van WVC over chronisch zieken en arbeidsongeschiktheid.

Het advies over WAO-problematiek 'Chronisch

zieken en arbeidsongeschiktheid' (publikatie nr. NCCZ 91/02) is te bestellen bij de Nationale Commissie Chronisch Zieken, tel. 079-710389. Prijs f5,-.

In mei van dit jaar hebben de staatssecretarissen van WVC, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening maatregelen aangekondigd die ingrijpend zijn voor het dagelijks leven van mensen met een handicap. Die maatregelen behelzen onder meer: halvering van de vergoeding voor reiskosten tot ongeveer f1500,- per jaar, afschaffen van gedeeltelijke vergoeding van extra kosten in verband met dieet, verplichte en zelf te betalen medische keuringen bij het aanvragen van allerlei aanpassingen in de woning. Het siert de overheid dat zij er dit keer wel toe over is gegaan om de Gehandicaptenraad om advies te vragen. Dat advies is onlangs verschenen en het bevat zowel een principiële kritiek op de voornemens van de drie staatssecretarissen als een duidelijke uitleg van de verschillende gevolgen ervan voor mensen met een handicap.

Het 'Advies over de herziening van het voorzieningenpakket voor mensen met een handicap' is uitgebracht door de Gehandicaptenraad tel. 030-313454.

Het nieuwste nummer van het tijdschrift Medische Antropologie (1991 nr. 1) is verschenen. Het bevat negen artikelen over sociale en culturele aspecten van ziekte en gezondheidszorg. Het nummer brengt daarnaast diverse berichten over onderwijs, onderzoek en conferenties op het terrein van de medische antropologie en heeft een achttal boekbesprekingen.

Het tijdschrift is te bestellen bij Uitgeverij het Spinhuis te Amsterdam, tel. 020-5252711 5252670. Het redactie-adres is Oudezijds Achterburgwal 185, 1012 DK Amsterdam

VLDEO

En morgen begin ik... is de titel van een videofilm die het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) uitbrengt over 'lokale gezondheidsbevordering'. De film toont een aantal kleinschalige, meestal buurtgerichte, projecten. Zowel beroepskrachten als deelnemers (c.q. vrijwilligers) komen aan het woord. De film is bedoeld voor werkers in de eerstelijnszorg, met name de sectoren preventie en gezondheidsvoorziening en -opvoeding (GVO) en het welzijnswerk, met name het opbouwwerk en het club- en buurt huiswerk.

De video duurt 25 minuten en staat op VHS-band. Video plus begeleidende brochure zijn te bestellen bij het NIZW: Catharijnesingel 47, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht. tel. 030-306311.

**Mama,
bestaan er
nog echte
panda's?**



GEEFO~ DETOEKO~ST.

Word voor f 27,50 donateur van het
Wereld Natuur Fonds. Giro 25, Zeist. ~

WWF

"Er ontbreekt hier veel in het ziekenhuis. Zo heeft men bijvoorbeeld geen zeep."

Oorlog, aardbevingen, hongersnood. Artsen zonder Grenzen biedt medische hulp. Ongeacht ras, geloof of politieke overtuiging.

Dank zij deze onafhankelijke opstelling zijn onze vrijwilligers vaak als eerste ter plaatse. Om medische voorzieningen op te zetten en slachtoffers te helpen.

Daarnaast bieden onze artsen en verpleegkundigen medische hulp in vluchtelingenkampen, in gebieden waar langdurig oorlog heerst en bij ernstige epidemieën. Samen met de plaatselijke bevolking, zodat de hulp ook ná ons vertrek effect heeft.

Alleen met uw steun kunnen we die hulp blijven geven. Help ons en word ook begunstiger van Artsen zonder Grenzen.

U kunt via onderstaande bon een acceptgirokaart aanvragen.

U kunt ook rechtstreeks een gift overmaken op giro 4054, Amsterdam. Wij zullen u als begunstiger op de hoogte houden door middel van ons blad 'Hulppost'.

| - - - - - |

| Naam: _____ Hr./Mevr. . . |

| Adres: _____ |

| Postcode/Plaats: _____ |

| Stuur deze bon naar Artsen zonder |

| Grenzen, t.a.v. Wilma van Dijk, Antwoordnum- |

| mer 11015, 1000 PB Amsterdam. Een postzegel |

| is niet nodig. |

| - - - - - |

ARTSEN ZONDER GRENZEN"