

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 10
NR. 3 / MEI 1992



**Thema:
Medische
keuringen**

Aids-dissidenten wordt het zwijgen opgelegd

Spinale pijnbestrijding, een nieuwe technologie, in de thuiszorg

De kans op een ingreep verschilt per ziekenhuis

Een nieuwe strategie voor de patiëntenbeweging

WAT U KUNT DOEN AAN ONZE BENAUWDHEID

f 5.482.000,- voor
Wetenschappelijk
onderzoek

f 1.790.000,- voor
Hulpverlening

f 1.558.000,- voor
Voorlichting

f 818.000,- voor
Scholing van artsen, etc

f 196.000,- voor
Cara-infolijn

f 300.000,- voor
Revalidatie

f 562.000,- voor
Actie "Schone scholen"

f 508.000,- voor
Aangepaste
sportbeoefening

Nederland telt 1,5 miljoen Carapatiënten. Mensen met astma, chronische bronchitis of longemfyseem. Genezing is nog niet mogelijk. En elk jaar komen er meer patiënten bij.

Het Astma Fonds moet dus elk jaar meer geld uitgeven. Voor directe hulp aan Carapatiënten. Maar ook voor het stimuleren van onderzoek naar de oor-

zaken van de ziekten. Of voor het opzetten van cursussen, zodat artsen en verplegenden hun werk beter kunnen doen.

Wilt u meer weten over het werk van het Astma Fonds, of als collectant meehelpen, schrijf dan naar antwoordnummer 99, 3800 XA Leusden.

Astma'Fonds
LAAT CARAPATIËNTEN NIET STIB

TJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

FAACANNE IV
NR. 3 / MEI 1992

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

Verschijnt 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 Dukkers van Emden, Annemiek
Meinen, Frans van der Pas, Aase
Riemann, Sonja Schmidt, Hetty Vlug.
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenberg, Hans Blauwbroek,
Adri van de Bom, Martien Bouwmans,
Maarten Evenblij, Maria Hermsen, Joost
van der Meer, Bart Lamrners, 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
Alle bijdragen zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor
auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging
en adreswijzigingen uitsluitend
schriftelijk doorgeven aan: de uitgever..
Indien 2 maanden voor het verstrijken
van de abonnementsperiode geen
schriftelijk bericht van opzegging is
ontvangen wordt het abonnement
automatisch met een jaar verlengd
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven /instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-

Foto omslag:
Chris Pennarts

Vormgeving:

Logo - Grafisch Ontwerp bureau
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: Medische keuringen

- 2 Redactioneel
- 3 Hubertien Hermans & Sonja Smid
Uitkeringsbeleid bij arbeidsongeschiktheid
Een historische schets
- 6 Klasien Horstman
De scheiding van controle en behandeling
Van een ethisch principe en een verzekeringskundige praktijk
- 8 Thea Dukkers van Emden & Juul van Ogtrop
'Eenmaal gek is altijd gek'?
De strijd van Jet Isarin tegen de medische bevoegdheid
- 10 Eijmert. Mudde
'Hij kan wel maar hij wil niet'
Onderhandelen over ziekteverzuim in de schaduw van de moraal
- 12 Juul van Ogtrop
Een handicap is geen ziekte
Medische advisering bij voorzieningen
- 14 J.K.M. Gevers
Wet biedt keurling niet voldoende bescherming
- 17 Wim de Kort & EUis Lourijzen
Het twijfelachtige nut van de aanstellingskeuring
- 20 Aids-dissidenten
Jos van der Lans - column -
- 21 Saskia van der Lyke & Eugenie van Miltenburg
Spinale pijnbestrijding in de thuiszorg
- 24 Doeke Post
Hoeveel gezondheidszorg is genoeg?
- 26 Rationeel artsengedrag
Nico de Boer - column -
- 27 Eric Verkaar
**Patiëntenbeweging wordt derde partij
in de gezondheidszorg**
- 30 Boeken
Gezondheid en verarming
Welzijn en seksualiteit tijdens de overgang
- 32 Signalelementen

MEDISCHE (EUR)GERT

REDACTIONEEL

Bij alle rumoer rond de WAO worden de belangrijkste oorzaken van het probleem stelselmatig over het hoofd gezien. Het probleem van de WAO is niet op te heffen door de WAO zelf af te schaffen of sterk te beperken. Oplossingen liggen niet buiten de bedrijven, buiten het werk maar daarbinnen. Het debat moet gaan over de bestrijding van de arbeidsongeschiktheid, en niet over de vraag of er wel streng genoeg gekeurd wordt. Bedrijfsverenigingen en hun verzekeringsartsen dienen zich meer te richten op reïntegratie en begeleiding en minder op medische legitimatie van arbeidsongeschiktheid. Toch vindt die medische legitimatie voortdurend plaats. Binnenkort zullen opnieuw vele WAO'ers herkeurd worden. Voor tal van beroepen worden toekomstige werknemers aan keuringen blootgesteld. De ondernemersorganisatie voor het midden- en kleinbedrijf is ervan overtuigd dat werkgevers in de toekomst heel terughoudend zullen zijn om mensen in dienst te nemen die in het verleden hebben gekwakkeld met hun gezondheid. Werkgevers die weigeren een zieke werknemer aangepast werk aan te bieden, worden hiervoor vrijwel nooit bestraft. Voor TGP zijn deze voorbeelden aanleiding om te onderzoeken hoe medische keuringen en adviezen worden gebruikt. Maatschappelijke problemen verdwijnen te veel buiten beeld als het medische advies is uitgebracht of de controle uitgevoerd.

In het begin van deze eeuw is de eerste sociale verzekeringswet tot stand gekomen. Hermans en Schmidt belichten de medische keuring van arbeidsongeschikten tegen de achtergrond van de belangenstrijd tussen de door ziekte en ongeval getroffen werknemers enerzijds en de namens werkgevers en overheid optredende uitvoeringsinstanties anderzijds.

Het zijn vooral medici, van progressieve snit weliswaar, die de keuringspraktijken aan de kaak stellen. In artikelen met sprekende, eigentijdse titels als 'Klassegeneeskunde' leggen artsen de vinger op 'de zere plek'. Ten onrechte krijgen vele getroffen werknemers nul op het rekest. De argumenten waarmee dit gebeurt, veranderen in de loop van de tijd. Als er niet heel duidelijke fysieke aandoeningen zichtbaar zijn, worden bijvoorbeeld werknemers in de eerste decennia van deze eeuw al snel beticht van renteneurose. Ze mankeren niets en zijn alleen maar uit op een uitkering, menen vele artsen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Ongevallenwet. Het ziekelijk najagen van een rente (=uitkering, red.) lijkt verdacht veel op de vermeende hedendaagse 'calculerende verzui-mer'.

In het artikel van Horstman valt op dat vlak na de invoering van de Ongevallenwet (1901) de medische openbaarheid een hoogtepunt kent.

Richten artsen zich van oudsher op de behandeling van zieken, met de nieuwe wet en het ontstaan van verzekeringsmaatschappijen komt er een controlerende en adviserende rol bij. In schattingen van arbeidsongeschiktheid blijken artsen onderling behoorlijk te kunnen verschillen. Dit geldt ook voor diagnose, prognose en behandeling. Verschillen die in de vakpers breed worden uitgemeten. De traditionele machtspositie van artsen staat ter discussie. Dat veroorzaakte jarenlang heftige debatten, die uiteindelijk uitmondde in een (nooit officieel uitgesproken) scheiding tussen behandeling en controle, die maakt dat artsen niet langer over elkaars schouder meekijken. Patiënten hoeven niet meer 'nodeloos' ongerust te worden over mogelijk feilen van de arts. De verschillen en tegenstellingen tussen artsen verdwijnen in de mist van het medisch beroepsgeheim en het medisch dossier.

Een flard van de mist trekt op wanneer Jet Isarin eind 1990 met haar medisch dossier in de openbaarheid treedt. Haar verplichte herkeuring als WAO'er jonger dan 35 jaar toont haar het onvermogen van de verzekeringsarts. Zij raakt ervan overtuigd dat een arts niet de meest geëigende persoon is om een oordeel uit te spreken over iemands arbeids(on)geschiktheid op psychische gronden. De uitspraak van de Raad van Beroep in haar zaak steunt haar hierin en onderschrijft dat ook verklaringen van niet-artsen rechtsgeldigheid kunnen hebben in beroepszaken rond arbeids(on)geschiktheid. Jammer genoeg is haar zaak niet in hoger beroep uitgevochten, dan had immers de uitspraak meer algemene betekenis gehad.

Mudde biedt ons een kijkje in de spreekkamer van de verzekeringsarts. Verzuimen werknemers inderdaad zo gemakkelijk en leggen artsen hun geen strobreed in de weg? Legitimeren zij het 'berekende' gedrag van hun cliënten? Moeten zij gehoor geven aan de roep om 'harder op te treden' of kunnen ze beter hun aandacht richten op andere zaken dan het individuele medische advies? Verzekeringsartsen blijken niet zozeer als geneeskundige met hun cliënten mee te denken: zij zijn immers ook aangesteld om het 'algemeen belang' te behartigen. Net als hun collega's driekwart eeuw geleden worstelen zij met de spanning tussen controle en behandeling. Dit dilemma zal er niet minder om worden als zij zich meer met de preventie van ziekteverzuim zullen gaan bezighouden. Zijn verzekeringsartsen wel geschikt om naast hun witte jas ook een blauwe stofjas aan te trekken en op de werkplek in te grijpen?

In het artikel van Van Ogtrop komt naar voren dat verzekeringsgeneeskundigen een aanvraag voor een voorziening moeilijk kunnen beoordelen omdat ze de vertaling van toornis naar handicap slecht kunnen maken. Formele erkenning van het te kort schieten van het medisch model is noodzakelijk. Verzekeringsgeneeskundigen zouden meer gebruik moeten maken van in-

zichten uit de sociale wetenschappen en ergonomie. Zo kunnen zij beter vaststellen aan welke voorziening hun cliënten behoefte hebben om zo goed mogelijk te kunnen blijven functioneren.

De artikelen van Gevers en De Kort en Lourjzen geven inzicht in de juridische en medische aspecten van keuringen. Jaarlijks ondergaan driehonderdduizend mensen een aanstellingskeuring. En dan hebben we het nog niet over de keuringen voor het rijbewijs, een urgentiebewijs voor een woning, toelating tot een verzorgingshuis, pensioen of inlijving in het leger.

Ook hier spelen belangentegenstellingen: de positie van degene die gekeurd wordt, de arts en de opdrachtgevers voor de keuring verschillen fundamenteel. Ligt in het ene geval de nadruk op het beschermen van de werknemer tegen risico's op de werkplek, in het andere geval staat voorop dat de werkgever wordt beschermd tegen een mogelijk ziekteverzuim. De huidige wetgeving biedt de keuring te weinig bescherming en dient volgens Gevers aanmerkelijk te worden verbeterd. Ook de aanstellingskeuringen kunnen beter, betogen De Kort en Lourjzen: de kwaliteit van de aanstellingskeuring laat te wensen over en het is ook de vraag of er wel zo vaak gekeurd moet worden. De aanstellingskeuring moet in ieder geval een functiegerichte keuring zijn en niet dienen als selectie-instrument. Aanpassingen van arbeid en arbeidsomstandigheden verdienen de voorkeur boven selectie van werknemers.

Kortom, bij alle rumoer rond de WAO worden de belangrijkste oorzaken van het probleem stelselmatig over het hoofd gezien. In dit themanummer komt heel pregnant naar voren dat geneeskundigen, tegen wil en dank, steeds meer geconfronteerd zullen worden met complexe maatschappelijke problemen. Bij het zoeken naar een medische legitimatie voor arbeidsongeschiktheid lijken de mogelijkheden haast uitgeput. De maatschappelijke functie van artsen staat onder druk. Zijn zij poortwachters, politieagenten, scheidsrechters of vertrouwenspersonen of denken zij dat deze functies te verenigen zijn? Kunnen zij de 'echte' en de 'onechte' WAO'ers van elkaar onderscheiden of worden zij alleen maar gebruikt om complexe maatschappelijke problemen in de spreekkamer op te lossen? Hoe met dergelijke dilemma's is om te gaan is een onderwerp waar TGP in samenwerking met het Nederlands Centrum voor Democratie, Burgerzorgsvorming (NCDB) in het najaar een discussie over zal organiseren.

De themaredactie:

Thea Dukkers oan Entden

[uu! ian Ogtrop

Soniq Sèhmidi

Helly Vlig

UITKERINGSBELEID BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

EEN HISTORISCHE SCHETS

Hubertien Hermans
Sonja Schmidt

De Ongevallenwet van 1901 was de eerste wettelijke sociale verzekering bij bedrijfsongevallen. De wet was nog niet in werking getreden of de discussie brandde los: hoe weet je of een werknemer simuleert of zijn klachten erger voordoet dan ze zijn? Medici moesten dat onderzoeken en vervulden daardoor vaak een sleutelrol in de belangenstrijd tussen werknemers, werkgevers en de overheid.'

'Waar moet 't heen als bedrog, gebrek aan energie, luiheid, lamelndigheid en minderwaardigheid nog beloofd worden met een uitkering toe,' schreef een ambtenaar van de Rijksbank (de voorloper van de Sociale Verzekeringsbank) in de *Nieuwe Courant*, van 23 mei 1908. En, voegt hij toe aan het eind van zijn tirade, 'bij een publiekrechtelijke regeling staan wij tegenover de simulatie volkomen machteloos, nutteloos is het ertegen te strijden'.

Het grootste probleem bij de uitvoering van de Ongevallenwet lag in de medische criteria die werden gehanteerd door de verzekeringartsen bij de beoordeling van ongevalsgetroffenen. Hetzelfde probleem deed zich voor bij de uitvoering van de latere Invaliditeitswet (1913, inwerkingtreding 1919) en de Ziektewet (1913, inwerkingtreding 1930).

Het idee van de 'ziekelijke rentejacht' beïnvloedde de voortgang van de sociale verzekeringswetgeving. Zo werd de invaliditeitsverzekering, die oorspronkelijk in een wetsontwerp gekoppeld was aan de ouderdomsverzekering, hiervan losgeweekt. De ouderdomsverzekering beruiste immers niet op een 'vermoeden van invaliditeit, maar op de zekerheid van verminderde werkkraft'. In Duitsland was de invaliditeitswetgeving op een financiële misrekening uitgelopen. Onderzoek daar had uitgewezen dat dit voornamelijk was toe te schrijven aan 'een te gemakkelijke toekenning van invalidenrente, gepaard gaande met simulatie en ziekelijke rentejacht'. De Nederlandse Invaliditeitswet werd onder invloed hiervan dermate restrictief en ondoorzichtig geformuleerd dat zelfs de Rijksverzekeringsbank sprak van een 'puzzle, waarbij de verantwoordelijkheid van den beoordelaar tegenover zichzelf omtrent een te nemen beslissing wel groot was'. Bij de Invaliditeitswet bestond er aanvankelijk een beperkt recht op geneeskundige behandeling en was beroep tegen een eventuele afwij-

zing uitgesloten. Vanaf 1930 deden zieke en invalide arbeiders veel meer een beroep op de Ziektewet, die een redelijker uitkering garandeerde. Dit riep echter de controverse over het verschil tussen ziekte en gebrek in het leven. Na 1945 zou deze kwestie bij de uitvoeringspraktijk en in het beroepsrecht een grote rol spelen.

RENTENEUROSE

Aangezien de Ziektewet door politieke controversen pas in 1930 in werking werd gesteld, trad de arbeidsongeschiktheidsproblematiek vooralsnog aan het licht door de praktijk der Ongevallenwet. De somatische kwantificering, dus de beoordeling van de mate van invaliditeit/restvaliditeit, gaf hierbij aanleiding tot controversen. Daarnaast spitste de discussie zich toe op simulatie en de zogenaamde renteneurose. Deze diagnose werd gesteld wanneer de onzichtbare aandoeningen die met traumata gepaard gingen niet als zodanig geïdentificeerd werden, maar werden toegeschreven aan het bewuste of onbewuste verlangen van een bepaalde werknemer naar een uitkering.

Over het verband tussen ziekte of afwijkingen en traumata was inmiddels in de meeste West-Europese landen nogal wat geschreven. Over de interpretatie van fysieke, functionele gevolgen van ongevallen, met name in verband met het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid bij verlies van bijvoorbeeld een oog, hand of pink, bestonden uiteenlopende opvattingen. Over de verklaring van psychische gevolgen van traumata kwam echter een ware ideeënstrijd op gang. Het ene uiterste was dat deze als neurotisch aangemerkte verschijnselen na een ongeval puur fysiologisch verklaard konden worden als 'moleculaire' verschuivingen; het andere bestond eruit dat zij zuiver psychologisch verklaard werden. Deze laatste denkrichting kende zelf ook weer verschillende scholen. Hierbij was een groep auteurs die vaststelde dat de *wens naar rente* de oorzaak van neurotische reacties na ziekte en ongeval zou zijn. Deze opvatting werd het meest gevolgd in de uitvoeringspraktijk tijdens de jaren twintig en dertig. In Duitsland bestond over deze zogenaamde *Begehrungs- of Zwerkneseurose* al veel literatuur, ook al omdat men daar door de Eerste Wereldoorlog te maken had gekregen met een omvangrijke groep op uitkering aanspraak makende oorlogsgetroffenen met neurotische verschijnselen. Voor degenen die neurotische reacties geïdentificeerden met simulatie werd de schuldvraag

belangrijk en nam men ten opzichte van de neurotische patiënt 'alle houdingen in die men tegen een bewuste bedrieger op zijn plaats acht, men kent hem rente, noch behandeling toe'.

Beroepsprocedures uit de jaren twintig en dertig laten zien dat de rechter die over de hem voorgelegde feiten oordeelde, zich liet leiden door het medisch oordeel van de als deskundig beschouwde controlerend geneesheer van de uitvoeringsorganen. Deze volgde meestal de gangbare opvattingen inzake de renteneurose.

SAJET

Als jong sociaal-democratisch arts reageerde B.H. Sajat op het artikel van prof. J.A. Korteweg, die in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* sprak van 'den steeds sneller woekerenden groei van dat leger van twistzieke en ontevreden rentetrekters'. Sajat weersprak de onder vele medici gangbare opvatting dat de arbeiders eropuit waren zoveel mogelijk van deze wetgeving te profiteren. In zijn praktijk kreeg hij met vele soorten bedrijfsongevallen te maken, naar hem doorverwezen door het NVV, waarbij het vaak kwam tot een procesgang voor de Raad van Beroep tot de Centrale Raad van Beroep. Zelf zegt hij hierover: 'Ik heb altijd wel geprobeerd objectief te blijven (...) het was me er toch om te doen, om alleen in die gevallen voor de arbeiders op te komen, wanneer ik meende dat het recht aan hun kant stond. Ik meen dat dit van de tegenpartij niet altijd gezegd kan worden'.

Voortdurend stuitte hij op de houding van de Rijksverzekeringsbank, tegenover de haars inziens ongemotiveerde aanspraken van getroffen. Bij nader onderzoek, zo bleek Sajat, werd vaak toch een organische grondslag gevonden voor neurotisch gedrag, overigens niet zelden bij obductie.

Sajat ontkende het bestaan van aggraviatie en simulatie niet. Wel constateerde hij dat deze verwijten bij enkele specialisten en controlerend geneesheren in veel grotere mate voorkwamen en zonder voldoende bewijsgronden. En dit waren nu juist die medici die de Rijksverzekeringsbank bij voorkeur om advies vroeg. Het bracht hem ertoe in 1932 een artikel te publiceren onder de titel 'Klassegeneeskunde?', waarin hij wees op het bewuste of onbewuste klassevooordeel van de arts, dat tot lage invaliditeitsschattingen leidde. Sajat gebruikte hiervoor de term "anti-rente-neurose bij den dokter".

In 1940 kreeg Sajat steun voor zijn opvatting.



Dokter Talma: "Ja vriend, ook in ons vak is eenvoudig 't kenmerk van 't ware".

Litho van Li Jordaan, uit De Notenkraker 1913. Ter verklaring staat erbij: 'Minister Talma biedt, ter verzekering van den arbeider tegen ziekte, een "ziektewet" en een daarbij behorende "radenwet" aan, welke ieder eenige honderden artikelen bevatten, zoodat in volksbladen en volkskringen wordt verklaard dat de betrokkene zelf, de verzekerde arbeider, nooit den weg zal kunnen vinden in deze zijnen behoefte ontworpen regeling.'

vanuit de psychiatrie. De zenuwarts Fortanier wijdde een studie aan de complexe gevoelsinstelling van artsen tegenover de lijdens aan neurose; met name bij de controlerend geneesheer (die in een dienstverband werkt) komt de persoonlijke afkeer samen met collectieve wraakgevoelens. In dezelfde studie stelde de neuroloog G.W. Kastein zich nog kritischer op tegenover de verzekeringsarts als werktuig van verzekeringsorganisaties die namens uitvoering en werkgevers de sociale wetten uitvoeren; onder hen zijn er die, 'krachtens hun milieu, hun sociale positie en hun politieke opvattingen een negatief standpunt over de sociale wetgeving innemen'."

In 1938 was Sajet met een dissertatie begon-

nen over ongevalsletsels aan het centrale zenuwstelsel en de traumatische neurose op basis van zijn in de loop der jaren systematisch verzamelde materiaal, met name de rechterlijke beslissingen bij beroepszaken. Daarnaast deed hij een uitputtend onderzoek naar de literatuur over diagnostiek van traumatische neurose en de houding van de uitvoeringsorganen in het buitenland. Hij kwam tot de conclusie dat de diagnose rentebegeerte of renteneurose de toets der kritiek niet kon doorstaan, doordat ofwel een organische afwijking miskend werd, ofwel geen enkel bewijs voor het bestaan ervan kon worden aangevoerd. Daarnaast constateerde hij dat de verantwoordelijke medische instanties met betrekking tot de uitvoe-

ring van de Ongevallenwet dat standpunt innamen dat tot de minst ruime toepassing leidde, waarbij de subjectieve geestesgesteldheid van de rapporteurs ook de strekking hadden de uitvoering van de wet te beperken. Dat er vanaf 1929 opnieuw belangrijke verminderingen in de rehtoeckenning te zien waren, leidde hem tevens tot de slotsom dat de vaststelling dat 'de medische beoordeling in het algemeen vermoedelijk onder invloed staat van de conjunctuur'."

De gevestigde medische stand nam hem deze stellingen niet in dank af. *Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* had in 1939 een polemische Open Brief, waarin Sajet de partijdige houding van de zogenaamde objectieve deskundigen hekelde, voor publikatie geweigerd.

KASTEIN

Sajets onderzoekingen en conclusies werden geheel onderschreven door de Leidse neuroloog G.W. Kastein. Begin 1941 hield Kastein een lezing waarin hij de problematiek der renteneurose behandelde voor een juridisch-psychiatrisch gezelschap. Hij pleitte ervoor de terminologie wensneurose of renteneurose wegens de onjuistheid ervan af te schaffen. Hij stelde zich polemisch op tegenover de medici die het bestaan van de renteneurose verdedigden. De wens naar uitkering, die hij een normaal verschijnsel achtte, is op zichzelf geenszins een bewijs voor het oorzakelijke verband met het optreden van de neurotische reactie. Kastein meende dat het ongeval een belangrijke factor was voor het manifest worden van neurotische reacties en het ontstaan van psychopatische reacties. Daarbij kon telkens weer aangetoond worden dat deze reacties nooit zonder het ongeval zouden zijn ontstaan. Hij constateerde een dwingende samenhang tussen het ongeval en de neurotische reacties. Verschillende factoren konden een rol spelen: de conflictueuze situatie zelf, de houding van de controlerende en behandelende geneesheer, de lange duur van de beroepsprocedures (waardoor fixatie van de neurotische reactie kon optreden), en de uitkeringsituatie zelf. Verder kende Kastein aan simulatie praktisch geen betekenis toe: hij heeft het naar eigen zeggen zelfs nooit meegemaakt ('maar: misschien herkende ik het niet!'). Aggravatie zag hij niet als iets pathologisch, maar als een normale reactie van bepaalde mensen op de houding van de behandelend of controlerend arts. Echte aggravatie staat in omgekeerde evenredigheid tot de onpartijdige zakelijkheid van den onderzoekenden medicus. Uiteindelijk betekende Kasteins betoog een pleidooi om neurotische reacties na een ongeval te behandelen als ongevalsgevolgen in de zin van de Ongevallenwet van 1901. Hij versterkte hiermee Sajets conclusies.

Dat inmiddels de stellingen van Sajet en Kastein wat meer ingang vonden en het begrip renteneurose aan slijtage onderhevig raakte, bleek uit enige uitspraken van de Centrale Raad van Beroep in de late jaren dertig. In en-

kele gevallen werden uitkeringen toegekend, waarbij uitdrukkelijk werd gesteld dat de opgetreden neurotische reacties het gevolg waren van het ongeval.. De uitspraak van 24 mei 1939 was van het grootste gewicht omdat hierbij bovendien opdracht tot behandeling werd gegeven."¹⁵

Op 10 mei 1940 zat Sajet in een kelder de drukproeven van zijn dissertatie te corrigeren, terwijl 'boven mijn hoofd die verschrikkelijke zaak aan de gang was'. Op 24 mei 1940 vond de promotie plaats, maar, schrijft Sajet, 'het was een buitengewoon treurige dag. We hebben geen receptie gehouden en geen maaltijd...'¹⁶ 'Door deze omstandigheden,' schreef B.S. Polak later, 'kreeg Sajet's boek op geen stukken na de belangstelling die het verdiende, maar het tekort aan belangstelling was vele direct betrokkenen niet onwelkom.'¹⁷

POLAK EN HET BEROEPSRECHT

Na de Tweede Wereldoorlog evolueerde het idee van het *risque professionnel* naar de acceptatie van de gedachte van de *rechtsgrond van het voldoende loon*, die een van de pijlers van de verzorgingsstaat zou worden.

De periode van de wederopbouw stond vooral in het teken van het streven naar zo volledig mogelijke arbeidsparticipatie. Dit werkte door bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten. Hoewel de diagnose renteneurose in onbruik was geraakt, waren de termen aggraving en simulatie in het geheel niet verdwenen. Bij de uitvoering van de Ziektewet kwam vooral de problematiek rond het onderscheid tussen ziekte en gebrek naar voren. In de praktijk kon dit onderscheid tot grote uitkeringsverschillen leiden: werknemers die zwaar werk verrichtten en daardoor arbeidsongeschikt werden, kregen geen ziektewetuitkering, maar moesten op grond van hun *gebrek*, dat inherent werd geacht aan leeftijd, een aanspraak maken op de schamele invaliditeitsuitkering. Het was vooral B.S. Polak die zich sterk maakte voor dit soort gevallen. Evenals Sajet was Polak als jonge Amsterdamse huisarts, bijna toevallig (als waarnemer in een praktijk) geconfronteerd met de praktijk van de Ziekte- en Ongevallenwet.. Ook hij verzorgde jarenlang rechtshulp, eerst in het kader van de Eenheids Vakcentrale, later via een onafhankelijk Bureau voor Rechtsbijstand. 'In dit werk heb ik meegemaakt, wat het betekent voor een arbeider bij ziekte ten onrechte geen ziekengeld te krijgen (...) Solidariteit, met de niet-geprivilegieerde, sociaal achtergestelde (...) heeft mijn handelen als mens en als huisarts op beslissende wijze bepaald.'¹⁸ Deze gedachte was ook bepalend voor zijn opstelling in de politiek als CPN-gemeenteraadslid en wethouder in Amsterdam, (1946-1948) en later als lid van de Eerste Kamer (1956-1960). Als medisch adviseur maakte hij gebruik van het feit dat men als gemachtigde van de klager bij de rechtszaak deze persoonlijk kon bijstaan. Zo kon hij het oordeel van de onafhankelijke en objectieve deskundige die de verzekeringsgeneeskundige nog altijd heette te zijn,

tegenover de rechter zelf aanvechten.

Met name gold dit voor het onderscheid tussen ziekte en gebrek. Begin jaren zestig dreigde deze definitie van het begrip ziekte ingeperkt te worden (degeneratieve ziekte is geen ziekte in de zin der wet) door het verschijnen van een nieuw rapport naar aanleiding van het beleid van de Bedrijfsvereniging voor de Bouw." In een beroepszaak tegen deze bedrijfsvereniging, die weigerde uitkeringen krachtens de Ziektewet te verstrekken, werd mede door het pleidooi van Polak dit verengde ziektebegrip als basis voor het uitkeringsbeleid verworpen. Als lid van Eerste Kamer had Polak al voorgesteld de Sociale Verzekeringsbank en de Bedrijfsverenigingen te verplichten in hun jaarverslagen een kritische analyse op te nemen van de door de rechter afgewerkte en door de bedrijfsverenigingen verloren zaken. 'Daardoor zou het streven van deze organen naar een te bekrompen uitleg en het aanbrengen van zoveel mogelijk beperkingen bij de uitvoering van de wetbepalingen reeds aanmerkelijk ten gunste van de verzekerden kunnen worden beïnvloed.'²⁰

De onzekerheden bij het hanteren van het ziektebegrip bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en de illusie dat objectieve maatstaven hiervoor altijd en overal ter beschikking zijn, bracht Polak onder medici ter discussie.²¹ Hij meende dat de vaak arrogante manier waarop men de formule 'op medische gronden' hanteerde er veel toe heeft bijgedragen dat niet-medici (betrokken bij uitvoering en rechtspraak) het gevoel kregen met zekerheden te maken te hebben. Deze vermeende zekerheden stelde hij ook politiek ter discussie, met name toen hij als kamerlid de regering met klem verzocht een onderzoek in te stellen naar de uitvoeringspraktijken in de sociale verzekeringswetten. 'Het gaat er mij om de mogelijkheid om de juiste interpretatie te scheppen van begrippen als ziekte, gebrek, ongeval waarover nog steeds veel verwarring bestaat en deze ook te doen beoordelen door ons hoogste rechtscollege.'²²

KENTERING

Inmiddels stond een wet op stapel die een kentering in de arbeidsongeschiktheidswetgeving zou betekenen. Door de aanname van de WAO in 1966 verdwenen de Ongevallenwet en Invaliditeitswet, en werd de Ziektewet gewijzigd. Geconfronteerd met zogenaamde invaliderende werking van de huidige wetgeving, benadrukt Polak in een van zijn laatste publikaties dat bij de uitvoering vaak vergeten is dat reintegratie en revalidatie als doeleinden uitdrukkelijk werden geformuleerd bij de aanname van de WAO.²³

Artsen als Sajet en Polak hebben als advocaat van hun cliënten, overtuigd van het recht op bestaanszekerheid bij arbeidsongeschiktheid, een bres geslagen in de uitvoeringspraktijk. Daarnaast hebben zij laten zien dat medische beoordelingen ook door maatschappelijke verhoudingen ingegeven kunnen zijn.

Noten:

1. Het beroep dat op de wet werd gedaan was veel groter dan verwacht, en ook uit de eerste ongevallenstatistieken bleek de ongevals-frequentie onaangenaam hoog en vertoonde zelfs een stijgende lijn. Niet verwonderlijk, daar de Nederlandse industrie juist in deze jaren een grote expansie liet zien. In een 'gevaarlijke' bedrijfstak als de metaalnijverheid nam de beroepsbevolking tussen 1889 en 1909 toe met tachtig procent! (Uit: J.K. de Jonge, *De industrialisatie in Nederland tussen 1850 en 1940*. Nijmegen, SUN, 1968. p. 178.)
2. E.B.B.F., Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering*. Haarlem, 1930. p. 136-137.
3. *Rijksverzekeringsbank 1901-1941; gedenkboek opgedragen aan Dr. H.L. van Duyl*. Haarlem, Tjeenk Willink, 1941. p. 203.
4. G.w., Kastein, H. Grelinger en A.H. Fortanier, *Posttraumatische reacties bij verzekeren; diagnostiek - therapie - expertise*. Lochem, De Tijdstroom, 1940. p. 7.
5. *ibid.* p. 10.
6. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 58(1914) p. 705.
7. B.H. Sajet, *Een leven lang; verteld aan Hans Fels*. Baarn: Inden Toren, 1977. p. 125.
8. *ibid.* p. 126.
9. B.H. Sajet, 'Klassegeneeskunde?' In: *Sociale Geneeskunde* 17(1932) p. 64.
10. G.w., Kastein, H. Grelinger en A.H. Fortanier. (1940) p. 118.
11. B.H. Sajet, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet*. Amsterdam: Scheltern & Holkema, 1940, p. 499.
12. G.w., Kastein, *Neurotische reacties bij verzekeren; verslag van de bijeenkomst van het Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap op 18 Januari 1941 te Amsterdam ..* Amsterdam, Van Rossen, 1941, p. 17.
13. *ibid.* p. 24.
14. *ibid.* p. 31.
15. *ibid.* p. 34.
16. B.H. Sajet, (1977) p. 140.
17. B.S. Polak, *Het beleid bij de toepassing der sociale verzekeringswetgeving. Het Boek Sajet*. Amsterdam, 1967. p. 180.
18. B.S. Polak, 'De huisarts als advocaat'. In: *Huisarts en Wetenschap* 27(1984) suppl., 8, p.61.
19. Rapport over het begrip ziekte uitgebracht aan de Centrale Raad van Beroep door prof. R. Homstra en prof.dr. kTh.L.M. Mertens.
20. Handelingen Eerste Kamer der Staten Generaal, 3 april 1957, p. 3266.
21. B.S. Polak, 'Het begrip ziekte in de zin der wet'. In: *Medisch Contact* 1963. p. 334-340 en 1979, p. 1018-1020.
22. Handelingen Eerste Kamer der Staten Generaal, 30 maart 1960, p. 3291.
23. B.S. Polak, Enige gedachten over de taak van de huisarts en deskundige in de procedure voor de (Centrale) Raad van Beroep en over op de laatste gerichte kritiek. *Sociaal Geneeskundige opstellen; liber amicorum mor prof dr. M. Timmer*. Amsterdam, 1990. p. 219.

Hubertien Hermans en Sonja Schmidt :i": verbonden aan het Instituut voor Styli, li, C>neeskunde (UvA)

DE SCHEIDING VAN CONTROLE EN BEHANDELING

VAN EEN ETHISCH PRINCIPE EN EEN VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE PRAKTIJK

Klasien Horstman

In de literatuur over verzekeringsgeneeskunde wordt vaak beweerd dat de functie van artsen bij het verzekeringswezen gebaseerd is op de principiële keuze voor de scheiding van controle en behandeling. Het is echter de vraag of artsen zoveel te kiezen hadden. Aan de hand van een schets van de rol van artsen bij de Ongevallenwet 1901 wordt geïllustreerd dat de scheiding tussen controle en behandeling niet zozeer een fier en vrijgekozen ethisch principe is, als wel een verdedigingslinie tegen de groeiende medische openbaarheid en tegen de aantasting van de vertrouwde therapeutische identiteit.'

Rond de eeuwwisseling worden artsen geconfronteerd met een groeiende vraag om geneeskundige verklaringen ten behoeve van commerciële en sociale verzekeringen. Artsen die deze verklaringen afgeven combineren hun therapeutische functie met een controletaak. Deze dubbelrol leidt begin deze eeuw tot scherpe debatten binnen de medische beroepsgroep over de verhouding tussen behandeling en controle. De 'rekkelijken' vinden dat de behandelend arts ook de controletaak kan vervullen. Zij betogen dat het instellen van een systeem van aparte controleartsen over het gehele land te duur is. Tevens wijzen zij erop dat de behandelend arts de verzekerde het beste kent, en dus het beste kan beoordelen of deze al dan niet weer aan het werk kan. De sociale zekerheid acht men een groot goed en van artsen wordt enige souplesse verwacht om de ontwikkeling daarvan mogelijk te maken. Dit standpunt wordt onder andere verdedigd door de controle artsen van de Rijksverzekeringsbank (RVB), het centrale uitvoeringsorgaan van de Ongevallenwet.

De 'preciezen', waaronder het hoofdbestuur van de Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde, stellen daartegenover dat elke vorm van controle door de behandelend arts uit den boze is. Deze moet primair zieken behandelen, en daarvoor is een goede vertrouwensrelatie met de patiënt een absolute voorwaarde. Waar de controlefunctie vereist dat een arts bij twijfel aan de subjectieve klachten de patiënt weer arbeidsgeschikt verklaart, vereist de therapeutische rol van de arts dat hij zijn gedrag zo lang mogelijk afstemt op de subjectieve klachten van de patiënt. Behalve de weigering een positionele rol te spelen verzetten de 'preciezen' zich heftig tegen bemoeienis door collega's met hun behandeling. Diverse NMG-commissies zijn niet in staat een consensus te creëren over de verhouding tussen controleren en behandelen. De Commissie Baart de la Faille, zelf onderling verdeeld, stelt daarom in 1910 voor om elke arts vrij te laten in de keuze om controlewerkzaamheden te verrichten. Voor de 'preciezen'

is dat al te liberaal. Een tegenvoorstel van het hoofdbestuur in 1915 om door middel van een algemeen bindend besluit de scheiding tussen behandeling en controle te regelen haalt het echter niet.

Om te begrijpen waarom de scheiding tussen behandelen en controleren aan het begin van deze eeuw zoveel pennen in beweging zet, volstaat het niet te verwijzen naar principiële keuzen. Om de heftigheid van de discussie te kunnen begrijpen moeten we een blik werpen op de veranderingen in de praktijk van het medisch beroep.

ONGEVALLENGENEESKUNDE

Als in 1901 de Ongevallenwet van kracht wordt, zijn artsen slecht voorbereid op hun rol bij de uitvoering van de verzekeringsgeneeskunde. Desondanks schrijven de meesten zich wel in bij de Rijksverzekeringsbank, waarmee zij te kennen geven dat ze behandeling van ongevalsslachtoffers volgens wettelijke normen en tegen vastgestelde vergoedingen op zich willen nemen. Dit werk bleek andere eisen te stellen dan de gebruikelijke therapeutische praktijk. Zo worden aan de eerste hulp van slachtoffers van een bedrijfsongeval eisen gesteld met het oog op snel herstel van de arbeidsgeschiktheid die daarvoor bij de behandeling van letsels veel minder expliciet waren. Er ontstaan nieuwe normen voor adequate wondbehandeling, voor het aanleggen vanverbanden en voor het amputeren van ledematen. Bovendien moet de arts die de eerste hulp verleent een oordeel geven over de aard van het letsel (diagnose) en over de vermoedelijke duur van de arbeidsgeschiktheid (prognose) op het aangifteformulier dat door de werkgever naar de RVB gestuurd wordt. Ook wordt van de arts gevraagd een uitspraak te doen over het oorzakelijk verband tussen ongeval en letsel, omdat causaliteit, een voorwaarde is voor het verkrijgen van een arbeidsgeschiktheidsrente.

De behandelend arts, niet noodzakelijk maar wel vaak dezelfde als de arts die de eerste hulp verleent, moet zijn therapie niet inrichten op

het anatomisch herstel van letsels, maar op het functioneel herstel: de breuk moet niet slechts geheeld zijn, maar de patiënt moet het werk weer kunnen hervatten. De arts moet aandacht hebben voor nabehandeling, massage, heilgymnastiek et cetera. Ook wordt hem gevraagd om een arbeidsgeschiktheidsstelling indien een definitieve rente bepaald moet worden.

De controle artsen van de RVB beoordelen de aangifteformulieren en de weekrapporten van de behandelende artsen en besluiten op grond daarvan welke ongevalsslachtoffers eventueel nader onderzocht moeten worden, bijvoorbeeld bij verdenking van simulatie. Bij de vaststelling van een definitieve rente adviseren zij de RVB over het arbeidsgeschiktheidspercentage en over de hoogte van de rente. In geval van beroepsprocedures vertegenwoordigen zij de RVB. In 1903 zijn er zes controle artsen verbonden aan de RVB, in 1910 is dit gestegen tot dertien en in 1920 zijn er zesentwintig. In deze jaren worden er respectievelijk 35.956, 62.963 en 99.337 erkende ongevallen aangegeven.'

Om artsen bij te scholen in de beoordeling van ongevalsslachtoffers start het NTvG een casuïstische rubriek over ongevallsletsels, en in de Vereniging voor Ongevalleneeskunde worden moeilijke kwesties, zoals de mogelijke causaliteit tussen een ongeval en een ingewandsbreuk, door specialisten onder de loep genomen. De controle artsen storten zich energiek op het nieuwe vakgebied, de ongevalleneeskunde. Voor de meeste artsen betekenen deze nieuwe taken echter onzekerheid en verwarring.

Deze verzekeringsgeneeskundige praktijk brengt met zich mee dat de behandelende artsen een groot deel van de controle op ongevalsslachtoffers uitoefenen. De constatering van de behandelend arts dat iemand lijdt aan ongevalsletsel fungeert namelijk feitelijk als een verklaring van arbeidsgeschiktheid die gedurende de eerste zes weken recht geeft op een rente. De controle artsen bemoeien zich amper met de kortdurende arbeidsgeschiktheid en concentreren zich op de gevallen die langer dan zes weken duren. Pas in 1910, en dan nog op kleine schaal, wordt een aanvang gemaakt met de zogenaamde directe controle, de controle voor de 43ste dag. Tegelijkertijd maken de controle artsen van de RVB regelmatig gebruik van hun bevoegdheid zich met de behandeling te bemoeien. Behandelende artsen hebben dus een positionele functie ten op-

zichte van hun patiënten en controleartsen grijpen in de behandeling in waar zij dat verstandig achten. Van scheiding tussen behandeling en controle is dus geen sprake.

MEDISCHE OPENBAARHEID

De Ongevallenwet brengt voor artsen veel administratie met zich mee. Na de eerste hulp moet er een aangifteformulier worden ingevuld. De behandelende arts dient weke rapporten aan de RVB te zenden. In geval van beroepsprocedures is hij verplicht te rapporteren of mededelingen te doen op een openbare zitting. Als de NMG in 1906 een enquête houdt onder alle afdelingen blijkt deze administratieve taak dan ook een van de grootste bezwaren van artsen tegen de Ongevallenwet.

De formulieren en de rapporten die de behandelende artsen aan de RVB moeten sturen, zijn echter niet alleen een administratieve techniek maar ook een middel voor sociale controle. Ze dwingen artsen diagnoses en prognoses veel meer te expliciteren dan zij in een therapeutische setting gewend waren te doen, hetgeen spanningen creëert in de collegiale verhoudingen. Zo wordt, zwart op wit, duidelijk dat de behandelend arts een andere diagnose stelt dan de arts die de eerste hulp heeft verleend. Er ontstaan expliciete meningsverschillen tussen behandelende artsen en controleartsen over het oorzakelijk verband tussen letsel en ongeval. En bij de nu veelvuldig voorkomende ziekenhuisbehandeling, bijvoorbeeld van fractures, blijkt de specialistische behandeling vaak af te wijken van de therapeutische interventies van de huisartsen.

Door explicitering van professionele verschillen in diagnose, prognose en behandeling zien ook ongevalsslachtoffers hoe de expertise van hun huisarts openlijk door anderen betwijfeld wordt, en dat de arbeidsongeschiktheidsschattingen van de diverse betrokken medici soms sterk uiteenlopen. De formulieren en de rapporten maken het mogelijk dat steeds meer mensen meekijken met de manier waarop de arts zijn taak verricht. De intimiteit van de relatie arts-patiënt komt steeds meer in het licht te staan van een groeiende medische openbaarheid. Daarmee worden de grenzen van de medische expertise steeds meer zichtbaar.

TE SLAP

De medische openbaarheid laat de feilbaarheid zien van het medisch handelen en maakt artsen kwetsbaar voor kritiek. Zo moeten artsen het ontgelden als snel na de inwerkingtreding van de wet blijkt dat het aantal ongevalsslachtoffers dat recht heeft op een rente veel hoger is dan was geraamd. De RVB beschuldigt artsen bijvoorbeeld van gebrek aan onpartijdigheid. Artsen zouden hun gedrag te veel richten naar de wensen van patiënten, en niet durven te zeggen dat de patiënt hersteld is en het werk weer kan hervatten. Ook de Centrale Werkgevers Risico Bank, een particuliere uitvoeringsorganisatie van de wet, wijst de beschuldigende vinger in de richting van de artsen. 'Ons bereiken nogal dikwijls klachten van werkge-

vers over onvoldoende geneeskundig toezicht op door een ongeval getroffen arbeiders. Men meent dat in vele gevallen arbeiders onnodig lang van hun werk blijven (...) de ervaring leert, dat vele behandelende geneesheeren zich aan deze taak heel weinig gelegen laten liggen. (...) Wanneer een werkgever bij ons klaagt over slapheid en al te groote toegevendheid of erger van den behandelenden geneesheer, dan raden wij hem veelal, zich te wenden tot den controleerenden geneesheer.'³ In de medische pers worden behandelende artsen veelvuldig opgeroepen een zekere hardheid te betrachten tegenover de ongevalspatiënten, om met tact aan te sporen tot werken, om de ongevalspatiënt te wantrouwen en 'er niet in te loopen'⁴ et cetera. Velen zijn het erover eens dat de slappe houding van artsen simulatie en overdrijving sterk bevordert.

De groeiende openbaarheid brengt echter aan het licht dat artsen zowel in hun therapeutisch handelen als in de controlerende rol te kort schieten.

THERAPEUTISCHE IDENTITEIT

De doorsnee arts aan het eind van de negentiende eeuw is primair georiënteerd op de behandeling van individuele patiënten, waarbij hij bepaalt wat de patiënt wel en niet mag weten. Als de arts in onzekerheid verkeert kan hij 'rust' voorschrijven en de patiënt vragen nog eens terug te komen zonder dat dit zijn gezag ondermijnt. Hij kan werkhervatting aanbevelen, als een therapie en niet als straf. En in het contact met collega's is het nog een goede gewoonte om af te zien van wederzijdse kritiek.

Het werk voor de sociale verzekeringen betekent dat bureaucratische regelingen invloed doen gelden op het medisch handelen. De administratieve procedures genereren een medische openbaarheid die enerzijds de onzekerheid, fouten en tegenstrijdigheden in het medisch handelen zichtbaar maakt. Anderzijds ontnemen ze de arts de vertrouwde omgangsvormen: de dwang van de formulieren maakt het steeds moeilijker om de aanpak van 'rust' voorschrijven en 'kom nog maar eens terug' te volgen. Behalve met individuele ongevalsslachtoffers wordt de arts ook geconfronteerd met de statistiek van ongevalsletstels, behandeldagen en ziekenhuisopnamen vormt het aanknopingspunt voor het publieke debat over de gebrekkige controle op ongevalsslachtoffers door behandelende artsen. Collegiale meningsverschillen komen steeds frequenter voor en de controle op patiënten vraagt een houding tegenover de patiënt die in strijd is met de vertrouwensrelatie. De institutionalisering van deze nieuwe geneeskundige praktijk vormt een bedreiging van de vertrouwde therapeutische identiteit van artsen.

De pleidooien voor scheiding van controle en behandeling aan het begin van de eeuw kunnen gezien worden als pogingen om de therapeutische identiteit te beschermen. Enerzijds weigert men de politieke rol ten opzichte van patiënten om zo de vertrouwensrelatie

veilig te stellen. Anderzijds verwerpt men de wederzijdse collegiale controle opdat potentieel conflictueuze collegiale verhoudingen gepacificeerd worden. De keuze voor het 'therapeutisch perspectief' legitimeert zowel het vertrouwen in de subjectieve klachten van de patiënt wanneer objectieve symptomen ontbreken als diversiteit in diagnoses, prognoses en therapie zonder dat dit controversie oproept.

De presentatie van deze strijd om de therapeutische identiteit als een principiële keuze voor een ethisch principe is echter maar een halve waarheid. Ze is een defensieve strategie in een veeleisende en snel veranderende omgeving. Waar artsen in aanvang weinig invloed hebben op de vormgeving van de verzekeringsgeneeskundige praktijk pogen ze later de schade te beperken door scheiding van controle en behandeling te bepleiten. Het veilig stellen van de therapeutische identiteit is dan ook een poging om continuïteit in het medisch beroep te bewerkstelligen in een periode dat de maatschappelijke rol van artsen fundamenteel van karakter verandert.

Klasien Horstman is wetenschappelijk medewerkster verbonden aan de Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Faculteit Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg.

Noten

1. Klasien Horstman werkt aan een proefschrift, over de betrokkenheid van artsen bij levensverzekeringsmaatschappijen en bij de uitvoering van de Ongevallenwet (1870-1940).
2. Jaarverslagen RVB.
3. De Risico-Bank, Orgaan der Centrale Werkgevers Risico-Bank. 1912, p.12-13.
4. JA Lodewijks, *Medisch Weekblad*, 1903, p.552.

'EENMAAL GEK IS ALTIJD GEK?'

DE STRIJD VAN JET ISARIN TEGEN DE MEDISCHE BEVOEGDHEID

van Dijkers van Ernden
van Ogtrop

In november 1990 diende in Amsterdam bij de Raad van Beroep de zaak van Jet Isarin. Zij was in beroep gegaan tegen de uitspraak van de Bedrijfsvereniging die haar, op advies van de GMD-arts, blijvend arbeidsongeschikt had verklaard. De zaak kreeg landelijke bekendheid door de uitzending die de VPRO-televisie aan de zitting wijdde. rGP sprak ruim een jaar later met Jet Isarin, inmiddels docente filosofie aan een hbo.

Mijn haar studie andragogie aan de Universiteit van Amsterdam was Jet Isarin in juli 1981 voor twintig uur per week als administratieve medewerkster gaan werken bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVEE). Zij was sinds 1978 onder behandeling bij een psychiater wegens depressie en herhaalde pogingen tot zelfmoord, en was enkele malen opgenomen geweest in een psychiatrische inrichting. Zij was actief in de "Eenmaal gek-beweging". In oktober 1981 werd er op de tv een reportage uitgezonden over zelfmoord met als direct gevolg een sterke toename van telefonische hulpvragen naar de NVVE. Noodgedwongen moest Jet Isarin deze hulpvragers ook te woord staan, terwijl ze zelf op dat moment 'behoorlijk suïcidaal' was. Zij kon dit niet aan, knapte af en meldde zich in maart 1982 ziek ('overspannen').

De GAK-arts noteerde over haar in juni 1982: *huidige werk overtreft haar psychisch incasseringsvermogen. Zij is absoluut ongeschikt 100. dit werk. Prognose t.a.v. herstel: goed. Geschikt voor ander werk. Evt. begeleiding zoeken mor ander passend werk.* Begin 1983 verscheen het rapport van de arts en de district-artsdeskundige van de GMD. Beiden adviseerden om Jet Isarin voor 80-100% arbeidsongeschikt te beschouwen 'op en na 28 maart 1983 wanneer zij 52 weken onafgebroken arbeidsongeschikt is geweest.' Er vond geen onderzoek plaats naar ander passend werk. De AAWjWAO-uitkering van 80-100% werd haar toegekend in april 1983. In 1984 publiceerde zij een boek, *Eigenwaan, psychiatrie als paradoks* (uitg. Sua, Amsterdam), waarin haar ervaringen in de psychiatrie waren verwerkt. Tevens schreef zij vanaf 1983 ruim twintig artikelen en columns in diverse tvakbladen. Zij brak haar studie andragogie af en ging filosofie studeren.

Jet Isarin: 'De hele zaak begon eigenlijk met de oproep voor de herkeuring in 1987. Deze keuring kwam in het kader van de stelselwijziging, waarbij alle WAO'ers jonger dan vijftig jaar werden opgeroepen voor een verplichte herkeuring. De maatregel was bedoeld om de WAO-bestanden te schonen. Toen de oproep kwam was ik bang dat ik direct uit de WAO gegooid zou worden. Ik had me voorbereid op een gesprek waarin ik wilde bereiken

dat ik eerst voor 50% arbeidsgeschikt zou worden gekeurd om daarna geleidelijk de WAO helemaal af te bouwen. Maar het gesprek, als je het al zo noemen kunt, verliep totaal anders. De keuringsarts had mijn dossier voor zich liggen en uit alles bleek dat hij zijn oordeel over mij al klaar had: eenmaal gek is altijd gek. Het was zo'n typisch artsen-gesprek. Er was geen sprake van luisteren van zijn kant of van onderhandelen. Alles wat ik zei werd uitgelegd als bewijs van mijn gekte. Toen ik bijvoorbeeld vertelde dat ik voor mijn studie voornamelijk scripties had geschreven in plaats van colleges te volgen duidde hij dit als: "kan nog steeds niet met mensen omgaan". Hij adviseerde mij op een zeker moment om weer antipsychotische medicijnen te gaan gebruiken. Toen ik daartegen inbracht dat die blijvende schade konden aanrichten, duidde hij dit als paranoïdie.' Citaat uit het rapport van de GMD-arts: *Patiënte is een chronisch (sub)psychotische vrouw met regelmatig optredende psychotische wanen waarin suïcide gevaar dreigt en waarin zij geen enkele professionele of medicamenteuze hulp wenst. Deze situatie bestaat al jaren en de prognose is infuus. Aan het eind van het onderhoud, dat hooguit vijftien minuten had geduurd, deelde hij mij mee dat ik blijvend arbeidsongeschikt was. Ik stond perplex en op weg naar huis werd ik razend. De volgende dag heb ik een advocaat gebeld. Ik wilde maar één ding: volledig arbeidsgeschikt verklaard worden en wel meteen.*

Het zou nog vier jaar duren.'

IN EIGEN OPDRACHT

'Eerst heb ik de Bedrijfsvereniging gevraagd om de beslissing van de GMD te herzien. Ik heb toen ook voorgesteld om een herkeuring te laten plaatsvinden. De Bedrijfsvereniging heeft dit geweigerd. Men onderschreef het oordeel van de GMD-arts dat ik blijvend arbeidsongeschikt was. Toen ben ik een procedure begonnen bij de Raad van Beroep. Bij mijn beroepsschrift heb ik ter onderbouwing van mijn arbeidsgeschiktheid drie verklaringen gevoegd van mensen die mij in mijn studie en werk van nabij hadden meegemaakt. Ik stelde mij inmiddels heel principieel op het standpunt dat een arts niet de geëigende per-

soon is om een deskundig oordeel uit te spreken over iemands arbeids(on)geschiktheid op psychische gronden. Toen de Raad van Beroep een herkeuring door een psychiater voorstelde heb ik dit dan ook op die grond geweigerd. Bovendien heb ik bezwaar aangetekend tegen het feit dat mijn medisch dossier aan de psychiater was toegezonden. Gezien de ervaringen die ik bij de GMD-arts hiermee had opgedaan zou dit naar mijn mening een objectieve oordeelsvorming in de weg staan. In een open gesprek bij de Raad is mij vervolgens uitgelegd dat psychische of lichamelijke arbeidsongeschiktheid volgens de wet gebaseerd is op het oordeel van medici, en dat mijn beroepsschrift zonder medische verklaring hoogst waarschijnlijk niet ontvankelijk verklaard zou worden. Wel werd mij te kennen gegeven dat ook een andere medische discipline, bijvoorbeeld een huisarts, werkend in opdracht van de Raad, in deze zaak oordeelsbevoegd zou kunnen zijn. Na lang beraad heb ik besloten om mij wel aan een "keurings"gesprek met een arts (niet-psychiater) te onderwerpen. Ik zou dit gesprek echter niet in opdracht van derden (de Raad) laten plaatsvinden maar in eigen opdracht. Ik kon dan ook zelf bepalen of en zo ja wanneer ik deze arts inzage in mijn dossier zou geven. Toen heb ik Herman van Aaideren (huisartsgeneeskundige) "ingehuurd" om een verklaring over mij op te stellen en heb hem, na een uitgebreid gesprek, ook mijn dossier laten lezen. De verklaring van Van Aaideren heb ik, samen met de drie niet-medische deskundigenverklaringen, als bewijsmateriaal ingebracht in de beroepszaak die diende op 9 november 1990. Ik heb gedeeltelijk mijn eigen pleidooi gevoerd.'

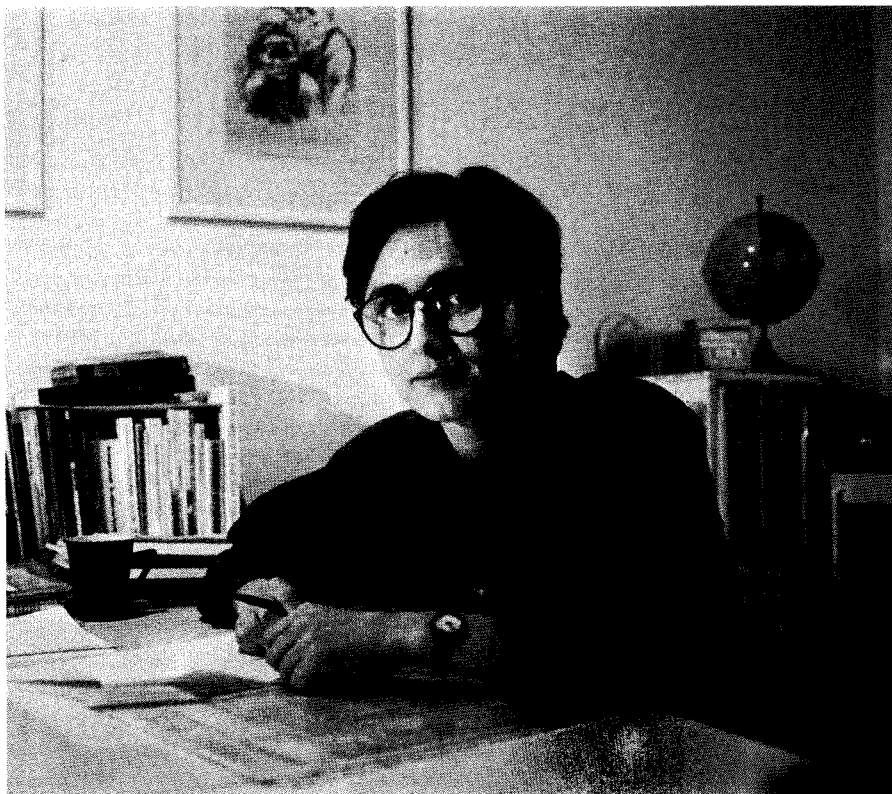
Citaten uit pleidooi Jet Isarin: *Wie eenmaal gek verklaard is, levert onontkoombaar voortdurend het bewijs van haar of zijn gekte. Een in het zwart geklede vrouw met een psychiatrisch verleden wordt in het psychiatrisch dossier: 'een nog immer in het zwart geklede timide depressief overkomende vrouw'. Een arbeidsongeschikte die tijdens het gesprek met de keuringsarts zegt dat het gebruik van psychofarmaca tot hersenbeschadigingen kan leiden heet in het dossier: 'een chronisch subpsychotische of psychotische vrouw', die weliswaar 'niet manifest psychotisch is', maar wel 'een praecox gevoel oproept en waanachtige ideeën heeft'. Mede op basis van het praecox gevoel van een keuringsarts ben ik op 28-jarige leeftijd blijvend arbeidsongeschikt verklaard voor alle vormen van arbeid. Mede op basis van een praecox gevoel ben ik door GMD en bedrijfsvereniging veroordeeld tot een leven op bijstandsniveau tot de dood erop*

volgt. Een weinig aanlokkelijk perspectief waarvan waarschijnlijk niemand wakker ligt behalve ikzelf. Nu heb ik vaker wakker gelegen van situaties in mijn leven die me tot wanhoop dreven. Niet voor niets immers sloten de deuren van het gekkenhuis zich vijfmaal achter me. En ook daar was het, met een lijf vol psychofarmaca, in de zweedse band, isoleercel of bed, soms lastig om in slaap te vallen. Toch heb ik van de doorwaakte nachten in de inrichting en daarbuiten veel geleerd, over mezelf, over anderen, over het leven. Helaas slaag ik er vooralsnog niet in iets constructiefs te maken van de financiële ellende van de bijstandsmoeder. In 1984 werd mijn boek 'Psychiatrie als paradoks' door een, helaas niet betalende, uitgeverij uitgebracht. Dat boek maakte me tijdelijk tot een autoriteit op het gebied van psychiatrie, gekte, slachtoffers en beulen. Juist dóór mijn psychiatrisch verleden was ik iemand naar wie werd geluisterd en aan wie werd gevraagd te publiceren.

En dan ineens in 1987 is er de verplichte herkeuring. Een jonge jongen, in witte jas, met een stethoscoop om zijn nek gaat beoordelen of ik al dan niet gek ben, al dan niet arbeidsongeschikt. Dat was wennen. In de vijf minuten die hij me gaf om mijn normaliteit te bewijzen, slaagde ik er niet in de weg af te leggen van autoriteit naar kneus. En dus was ik een zelfbewuste ex-psychiatrische patiënt op een plek waar dat moest worden afgestraft. Ik maakte mij schuldig aan de zonde van hoogmoed. In levenservaring en levenswijsheid voelde ik mij verheven boven de jongen die mij vaderlijk adviseerde weer psychofarmaca te gaan slikken. Het is natuurlijk waar dat het niet als toppunt van normaliteit kan worden gekwalificeerd dat ik me verheven voelde boven de macht die ik tegenover mij vond. En dus kwam hoogmoed voor de val. Was het hoogmoed of hoogmoedswaanzin op grond waarvan het GMD-vonnis werd geveld? Was het recalcitrantie of een chronische psychose? Was het mijn zwarte kleding of een depressie? Waren het mijn ideeën over waanzin of waren het waanachtige ideeën? Aanvankelijk was ik bereid deze vragen te laten beantwoorden door een andere arts of psychiater die de herkeuring zou moeten overdoen. Maar toen eerst mijn dossier ergens tussen de GMD en de bedrijfsvereniging zoekraakte en daarna mijn verzoek tot een herkeuring werd afgewezen, besloot ik de strijd over mijn veronderstelde arbeidsongeschiktheid verder op mijn voorwaarden te voeren. Niet nog eens zou ik toestaan dat een arts of psychiater, na eerst mijn deprimerende dossier te hebben bestudeerd, een oordeel zou vellen over mijn vermogen tot arbeid.

VERNIETIGD

Jet Isarin: 'De beroepszaak diende op 9 november 1990. Veertien dagen later volgde de uitspraak: de Raad van Beroep verklaarde het beroep gegrond en vernietigde de beslissing van de bedrijfsvereniging. De uitspraak van de Raad was in een aantal opzichten opmerkelijk. In de eerste plaats is het ongebruikelijk dat de



Jet Isarin
Foto: Wim Sa/Is

Raad de beslissing van een bedrijfsvereniging uitdrukkelijk vernietigt zoals in mijn zaak. Meestal wordt in dergelijke gevallen terugverwezen naar de bedrijfsvereniging met een verzoek om de beslissing te herzien. De bedrijfsvereniging werd hier dus echt op haar vingers getikt. Ten tweede is er een bres geslagen in de vanzelfsprekendheid van psychiatrische en zelfs van medische deskundigheid bij een medisch onderzoek naar psychische arbeids(on)geschiktheid. In de overwegingen bij haar uitspraak formuleerde de Raad dit als volgt: "een en ander laat onverlet dat de voorzitter (van de Raad) in een voorkomend geval, kennis genomen hebbend van concrete bezwaren van een betrokkene tegen een voorbereidend medisch onderzoek, die bezwaren weggend, kan besluiten het voorbereidend medisch onderzoek op te dragen aan een andere discipline dan wel aan een deskundige van een andere discipline". Dit zou dus betekenen dat ook verklaringen van niet-artsen rechtsgeldigheid zouden kunnen hebben in beroepszaken rond arbeids(on)geschiktheid.

Waarom heeft deze bedrijfsvereniging zich volgens jou zo halsstarrig opgesteld?

Jet Isarin: 'De opstelling van de bedrijfsvereniging was uiterst arrogant. Er was zowel sprake van een machtsstrijd als van een hardnekkig vooroordeel ten aanzien van psychiatrische patiënten. Dit laatste bleek tijdens de zitting zonneklaar uit de uitspraken van de juriste van de bedrijfsvereniging. Zij zei lettedijk dat het verzoek om een herkeuring door de bedrijfsvereniging was afgewezen omdat men geen verbetering verwachtte, en "dat zou natuurlijk bij een lichamelijke ziekte anders geweest

zijn". Kortom: van een psychiatrische aandoening kun je nooit genezen. Deze juriste was overigens een ware meester in de cirkelredenering. Het feit dat ik maandenlang gewerkt had als eindredacteur bij *Nemesis* kon niet gelden als bewijs voor mijn arbeidsgeschiktheid, want in mijn functie bij *Nemesis* "was er geen sprake van duurzame arbeid (ik verving namelijk iemand tijdens zwangerschapsverlof), en er was ook geen sprake van arbeid want ik ontving nog steeds een WAO-uitkering" (waar mijn arbeidsinkomsten overigens op in mindering werden gebracht!).

Achteraf vind ik het soms jammer dat de zaak niet in hoger beroep is uitgevochten, dan had de uitspraak meer waarde gehad. Vooral de overweging van de Raad ten aanzien van de mogelijkheid van een andere (niet-medische) discipline zou in proefprocessen verder bevochten moeten worden. vlak na de VPRO-uitzending zijn er bij de Stichting Pandora vrij veel telefoontjes binnengekomen van mensen die in een soortgelijke situatie zaten. Maar daarna is er eigenlijk opmerkelijk weinig aandacht meer besteed aan de (aantasting van de) macht van artsen ten aanzien van arbeids(on)geschiktheid.'

'HIJ KAN WEL MAAR HIJ WIL NIET'.

O'DERHANDELEN OVER ZIEKTEVERZUIM IN DE SCHADUW VAN DE MORAAAL

Erment Mudde

„aigros de publieke opinie wordt het werknemers die zich hebben ziek gemeld "aak veel te gemakkelijk gemaakt om de overstap naar de Ziekte" et te maken. Doen verzekeringsartsen inderdaad niets anders dan te legitimeren wat toch al gebeurt op 'eigen' gezag van de cliënt? Hoe trekt een arts de conclusie of iemand arbeidsongeschikt is?

„b medisch geschoolde hulpverleners oefenen verzekeringsartsen controle uit op cliënten die aanspraak maken op een uitkering. Verzekeringsartsen oriënteren zich dus niet alleen op een 'medisch' belang van de cliënt (hulpverleners), maar ook op een meer of minder geformaliseerd 'algemeen belang' (controle). Deze dubbelrol heeft gevolgen voor de onderhandelingsruimte van cliënten.

Om te laten zien welke positie verzekeringsartsen en cliënten ten opzichte van elkaar innemen, maak ik gebruik van een aantal bevindingen van mijn onderzoek naar het werk van deze artsen in de uitvoeringspraktijk van de Ziekwet. In het kader van dit onderzoek observeer ik gesprekken tussen verzekeringsartsen en cliënten, overwegend mannen die relatief zwaar lichamelijk werk verrichten ('blauwe boorden').

VERZUIMVERHALEN

Om hun situatie te kenschetsen spreken cliënten op zeer vanzelfsprekende wijze over 'klachten'. Op de vraag 'wat is er aan de hand?' volgt vrijwel altijd een verhaal waarin 'klachten' figureren. Op deze wijze construeren arts en cliënt gezamenlijk een werkelijkheid van klachten ter legitimatie van het verzuim. Artsen stellen niet alleen vragen over klachten, maar ook over de behandeling daarvan in de curatieve sector. Het afspraken traject in de curatieve sector is een belangrijk kompas in de besluitvorming van de verzekeringsarts. Als het verzuim langer duurt dan verwacht, laten verzekeringsartsen zich informeren en adviseren door de behandelaar(s) van de cliënt. Verzekeringsartsen kunnen deze informatie niet zo maar in de wind slaan, hoewel ze dat soms wel zouden willen. Hun verhouding tot behandelende artsen is dus enigszins ambivalent. Uit mijn gesprekken met verzekeringsartsen blijkt dat zij moeite hebben met behandelaren die zich te eenzijdig door de medische beslissingsregel laten leiden: dat het veel erger is om een 'stoornis' te missen, dan er een te veronderstellen die er niet is. Verder uiten verzekeringsartsen kritiek op behandelaren die menen dat elke 'stoornis' ook direct tot ar-

beidsongeschiktheid leidt.

Het oordeel van de curatieve arts kan, vooral in een beroepsprocedure, doorslaggevend zijn. De verzekeringsarts beslist tot arbeidsongeschiktheid, terwijl de cliënt het daar niet mee eens is, een conflict dat in het uiterste geval tot een beroepsprocedure leidt. Vanuit het perspectief van de verzekeringsarts bezien, kiest de beroepsrechter te vaak de kant van curatieve arts die stelt dat de cliënt arbeidsongeschikt is. De verzekeringsarts heeft dan het nakijken.

TOPSPORT

In veel gevallen is de relatie tussen de geuite klachten en de vraag of de cliënt wel of niet kan werken zeer evident. De klachten die de cliënt ter sprake brengt vormen een onproblematiese basis voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid, terwijl de arts de werksituatie verder ongemoeid laat.

Arbeidsongeschiktheid hangt niet alleen af van de definitie van klachten, maar ook van de manier waarop de arts het werk van de cliënt kwalificeert. Indien de verzekeringsarts de klachten van de cliënt als 'chronische rugklachten' definieert, en de betrokkene verricht in de ogen van de arts 'zwaar en rugbelastend werk', kan de arts adviseren om de werksituatie aan te passen. De cliënt mag het werk dan in een 'rugsparende functie' hervatten.

Verzekeringsartsen interveniëren echter zelden op structurele wijze in de werksituatie van de cliënt. Zij stellen zich nogal passief op ten opzichte van werkgevers die geen medewerking verlenen aan gedeeltelijk of aangepast werk. Door te anticiperen op de wens van de werkgever om niet mee te werken aan reïntegratie op de oude werkplek, worden conflicten over 'aangepast werk' vermeden. Dit rekening houden met de wensen van de werkgever vindt indirect plaats, namelijk via een oordeel over de vakbekwaamheid van de ziekgemelde werknemer. Artsen veronderstellen dat de werkgever meer over heeft voor iemand die zijn vak verstaat en al wat langer in dienst is. Op deze wijze vindt er, vaak met de beste bedoelingen, een sociale selectie rond reïntegratie plaats.

In veel situaties beperken artsen zich tot een vrijblijvend advies over veranderingen in de werksituatie ('ga nog eens met je baas erover praten'). Of zij adviseren de cliënt om zichzelf aan de werksituatie aan te passen, door bijvoorbeeld het werk voor zover mogelijk te variëren, of door voorafgaand aan het werk oefeningen te doen. Wat dit laatste betreft is het veelzeggend dat sommige artsen (zwaar!) werk vergelijken met topsport: werk is evenals topsport niet schadelijk, mits het lichaam via oefeningen geprepareerd wordt op de te verrichten taken. Via oefeningen wordt het ver-

mijden van de schadelijke invloed van werk afgewenteld op de individuele schouders van de werknemers. Cliënten protesteren nauwelijks tegen dit afwentelingsmechanisme en bespreken met de arts het domein van de arbeid als iets dat onvermijdelijk gedomineerd wordt door de regels van winst, produktiviteit, en werktempo ('er moet verdiend worden'). De klachten van de cliënt worden wel besproken als een gevolg van deze werkelijkheid, maar het verzuim wordt zelden als een structurele kritiek op deze veronderstelde wetmatigheid geformuleerd. Verzuim onderbreekt het werk tijdelijk, maar problematieseert het niet.

Verzekeringsartsen plaatsen het verzuimverhaal van de cliënt dus niet alleen in een 'medische' context (klachten), maar ook in de context van het werk van de cliënt. Op de achtergrond speelt tevens een normatief oordeel over de cliënt zelf een rol in de beslissingen van artsen. Dit oordeel wordt nooit expliciet gemaakt in het gesprek met de betrokkene. In overlegsituaties en in het medisch dossier laten artsen zich herhaaldelijk wel op een normatieve wijze uit over cliënten. Via zo'n normatief oordeel maken artsen kenbaar of zij vertrouwen hebben in de cliënt; stelt diegene zich op als iemand die verantwoordelijk en aanspreekbaar is voor de eigen verzuimsituatie? Indien de cliënt zich coöperatief opstelt en aangeeft het werk zo spoedig mogelijk te hervatten, nemen artsen aan dat er 'echt' iets aan de hand is waardoor deze persoon verzuimt. De betrokkene is wel bereid maar niet in staat om te werken.

SHOPPER

Via het tonen van verantwoordelijkheid oefent de cliënt invloed uit op de beslissingen van de arts, ook al twijfelt de arts aan de 'medische' definitie van arbeidsongeschiktheid. Zo zei een arts, naar aanleiding van een gesprek met een cliënt, tegen mij: 'De klachten zijn niet duidelijk, maar het is een reële man'. Op basis van het normatieve oordeel 'reële man' verleent de arts de betrokkene het voordeel van de twijfel. Dit in tegenstelling tot de cliënt die vertelt dat hij via de huisarts doorverwezen is voor medisch-specialistisch onderzoek. Na afloop van dit spreekuurgesprek zegt de arts tegen mij: 'Dit is een shopper die bevestigd wil zien dat er iets lichamelijks aan de hand is, terwijl het psychisch is...'. Blijkbaar twijfelt de arts aan de verwijzing van de huisarts: de klachten zijn niet 'lichamelijk' maar 'psychisch'. De arts spreekt een negatief oordeel uit over de cliënt, als iemand die koste wat kost een medisch onderzoek wil (een 'shopper'). Tevens levert de arts op impliciete wijze kritiek op de huisarts die al

te gemakkelijk de wensen van de cliënt honoreert.

In het algemeen zijn verzekeringsartsen kritisch over behandelaars, die 'te meegaand' zouden zijn. Met name psychologen en psychiaters zouden via hun behandeling de (mannelijke) cliënt 'verzwakken'. Verzekeringsartsen accepteren 'psychische' klachten wel als legitiem van verzuim, maar benadrukken bij deze klachten het therapeutische karakter van werk. De kritiek van verzekeringsartsen staat dus in de context van een nogal traditioneel arbeidsethos: wie werkt maakt zich sterk.

UITSTEL

Door erop te wijzen dat zij nog in behandeling zijn, zinspelen sommige cliënten op uitstel van de werkhervatting, terwijl de arts van mening is dat de betrokkene het werk kan hervatten. Dit meningsverschil wordt vaak onderhandelend opgelost. De arts doet bijvoorbeeld een compromisvoorstel waar de cliënt alsnog positief op reageert. Soms houden arts en cliënt voet bij stuk en ontstaat er een conflict rond de werkhervatting van de cliënt. In het uiterste geval confronteert de arts, ondanks het risico van een beroepsprocedure, de cliënt met een onvrijwillige werkhervatting.

Verzekeringsartsen stellen zich vooral bij een bepaalde categorie jonge cliënten 'dwingend' op: jonge cliënten met een relatief kortdurend en onregelmatig arbeidsverleden (geen vaste werkgever), die frequent verzuimen met voor de arts 'vage' klachten (het gaat dan om voor de arts ongreepbare klachten als spanningen en pijn). Artsen maken met name over deze categorie cliënten opmerkingen met een negatieve lading. Artsen spreken nadrukkelijk de bereidheid uit om deze cliënten dwingend en corrigerend tegemoet te treden. Dit betekent echter niet dat de arts ook in alle gevallen daadwerkelijk dwang uitoefent. Wat dit betreft is de verzekeringsarts afhankelijk van de curatieve arts, die het alledaagse of 'subjectieve' onge-

noegen van de cliënt in het domein van de leefwereld en de arbeid, als een behandelbare klacht definieert.

De afhankelijkheid van de verzekeringsarts van collega's in de curatieve sector wordt in de spreekkamer van de Ziektewet 'vertaald' als onmacht tegenover de cliënt. Zo zei een arts tegen mij: 'Hij kan wel maar wil niet', of: 'Die krijgt een week cadeau'. De arts is niet in staat het verzuim in deze situaties te beëindigen, omdat het gelegitimeerd wordt door het behandelingstraject dat de cliënt in de curatieve sector doorloopt.

Verzekeringsartsen houden niet alleen rekening met de medische (on)definieerbaarheid van klachten, maar ook met de maatschappelijke acceptabiliteit van het verstrekken van een uitkering. Tegen deze achtergrond balanceren verzekeringsartsen tussen de uitersten van controle en hulpverlening. In gesprek met de cliënt maken artsen wisselend gebruik van medische kennis en meer algemene rechtvaardigheidsoverwegingen. Wat dit betreft sluiten zij aan bij vrij gangbare opvattingen: oudere werknemers met 'lichamelijke' klachten worden beloofd voor een levenlang hard werken, terwijl jonge werknemers met 'vage' klachten daar niet op hoeven te rekenen. Het is eigenaardig dat verzekeringsartsen het afgelopen jaar zo negatief in de publieke discussie over arbeidsongeschiktheid figureerden, terwijl zij iets doen wat velen vinden. Enerzijds komt dit door de tragiek van de dubbelrol zelf: die kan nooit tot ieders tevredenheid vervuld worden. Anderzijds schuift de publieke moraal op: verzekeringsartsen opereren meer en meer in de dreigende schaduw van een moraal die hen oproept om strenger op te treden.

WITTE OF BLAUWE JAS

Niet alleen deze publieke moraal bedreigt de positie van de verzekeringsarts, ook binnen de uitvoeringspraktijk zelf doet zich een ontwik-

keling voor die de zelfstandigheid van de verzekeringsarts (verder) kan aantasten. Onder invloed van de discussie over de sociale zekerheid wordt binnen uitvoeringsorganisaties het accent gelegd op preventie van ziekteverzuim. Om deze reden dienen artsen hun werk niet meer te beperken tot individuele contacten met cliënten, maar moeten zij samen gaan werken met functionarissen van arbeidsorganisaties (personeelszaken, bedrijfsarts, bedrijfsmaatschappelijk werk, afdelingschef). De arts heeft niet alleen intensiever contact met het bedrijf waar de cliënt werkt, maar krijgt ook meer zicht op de werksituatie van de betrokkene.

Binnen uitvoeringsorganisaties verwacht men dat deze nieuwe werkwijze het kortdurend verzuim vermindert en de reïntegratie bij langdurend verzuim bevordert. Voor artsen is deze ontwikkeling zinvol, omdat zij meer mogelijkheden krijgen om in arbeidsorganisaties te interveniëren. Dat er aan de kapstok van de arts niet alleen een witte doktersjas hangt (die weliswaar niet helemaal paste), maar nu ook een blauwe stofjas kan echter ook weer nieuwe problemen oproepen. Door het werk van de verzekeringsarts te vervlechten met het bedrijfsleven dreigt de controle op de cliënt alomtegenwoordig te worden. Deze ontwikkeling bedreigt tevens de vertrouwensrelatie tussen verzekeringsarts en cliënt. Het 'algemeen belang' dat de arts van oudsher als controleur behartigt, wordt misschien ongemerkt vertaald in het 'particuliere belang' van het bedrijf. Al te ijverige personeelsfunctionarissen en afdelingschefs kunnen deze ontwikkeling gebruiken in hun 'strijd' tegen het ziekteverzuim. Ongemerkt en medisch gelegitimeerd komt de ziekgemelde werknemer in een glazen huis terecht. Deze ontwikkeling kan tot gevolg hebben dat de onderhandelingsruimte van de cliënt in de spreekkamer kleiner wordt.

Veel zal afhangen van de manier waarop verzekeringsartsen aan deze ontwikkeling vorm geven. Zij dienen tegenspel te bieden aan het controlemechanisme dat binnen arbeidsorganisaties werkzaam is (mede met het oog op de privacy van de werknemer). Een positief punt is dat verzekeringsartsen de mogelijkheid krijgen om zich als sociaal-geneeskundigen te profileren. De intensievere samenwerking tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leidt mogelijk tot een nieuw zelfbewustzijn binnen de sociale geneeskunde. Dit zelfbewustzijn zullen verzekeringsartsen hard nodig hebben om een goede balans te blijven vinden tussen hulpverlening en controle, tussen hun werk binnen en buiten de spreekkamer van de Ziektewet.

Eijmert Mudde is verbonden aan het Hugo Sinzheimer Instituut, Centrum voor Onderzoek van Arbeid en Recht (UvA).



Bij 'zwaar en rugbelastend werk' kan de arts adviseren om de werksituatie aan te passen

Foto: Wim Salis

EEN HANDICAP IS GEEN ZIEKTE

MEDISCHE ADVISERING IN HET KADER VAN VOORZIENINGEN

van Ogtrop

Een handicap is geen ziekte. Maar een ziekte kan wel tot gevolg hebben dat iemand gehandicapt raakt. Wie een aanvraag doet voor bepaalde voorzieningen, moet 'el medisch gekeurd worden. De laatste jaren wordt meer en meer de strikt 'medische' benadering door de verzekeringsgeneeskundigen aangevuld met sociaal-wetenschappelijke en ergonomische kennis. Heeft dit de rol van de arts veranderd? En komt de handicap als sociaal probleem nu wel goed in beeld?

De jaren tachtig kennen we de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, waarbij 'impairment' staat voor de stoornis, de functionele afwijking (bijvoorbeeld een gebroken pols) en 'disability' voor de beperking die dat oplevert (in grijpen, vasthouden, bewegen, wassen, aankleden, eten, etc.). De handicap die daarvan het gevolg is, heeft te maken met de discrepantie die optreedt tussen de eisen die aan het individu worden gesteld (werken, voor de huishouding zorgen, pianospelen) en de mate waarin hij of zij dat kan doen. Het voorbeeld van de pols is nog betrekkelijk simpel, maar dan is de oorzakelijke volgorde van stoornis, beperking naar handicap lang niet altijd even duidelijk. Het vertalen van een 'stoornis', die de verzekeringsgeneeskundige dient vast te stellen, in een functionele 'beperking' gebeurt in een grijs gebied, waarbij gezond verstand en ervaring een belangrijker leidraad vormen dan de 'medische expertise'.

IX Gemeenschappelijke Medische Dienst heeft (vooralsnog) een adviserende functie aan bedrijven, verenigingen en gemeenten inzake voorzieningen zoals woningaanpassingen, hulpmiddelen, hulp of kostenvergoedingen voor mensen met een handicap.

WIL TRAPLIFT

Een 56-jarige, ongehuwde vrouw drijft samen met haar 87-jarige moeder een snoepwinkelje. De dochter is reeds lang bekend met reumatoïde artritis, maar kan met haar beperkingen functioneren in de gegeven situatie. De moeder wordt hulpbehoevend en later zelfs geheel bedlegerig. In het huis dat zij samen bewonen is het onmogelijk om de moeder op begane grond te verzorgen. Dat betekent dat de dochter ettelijke malen per dag de trap op en neer moet. Dit gaat haar steeds moeilijker af. Gezien dat probleem vraagt zij om een traplift. De aanvraag wordt afgewezen. De reden voor afwijzing is dat de voorziening niet noodzakelijk is voor het zelfstandig functioneren van de dochter. Voor zichzelf zou zij niet zo vaak de trap op hoeven. Een jaar later zijn haar knieën zodanig 'versleten' dat het traplopen geheel onmogelijk wordt. Nu wordt er positief geadviseerd over de aanvraag van een traplift. Ditmaal is deze immers voor haarzelf. Moeder is inmiddels opgenomen in een bejaardentehuis, tot beider groot verdriet.

Dit is zo'n - niet geheel fictief - voorbeeld van de dagelijkse praktijk waarmee de GMD in de advisering rondom voorzieningen wordt geconfronteerd. De uitkomst zou er ook geheel anders uit kunnen zien: het behandelteam van de GMD kijkt naar de aard van haar werk (de winkel) en haar verzorgende taken. Men stelt vast dat de frequentie van het traplopen zodanig is dat een traplift noodzakelijk wordt geacht. Er wordt dan positief geadviseerd. Bij het afwijzende advies werd er 'medisch' beoordeeld: ze kan immers nog wel - zij het incidenteel - traplopen, en preventief voorzieningen adviseren kent de AAW niet. In het tweede geval wordt er 'sociaal' beoordeeld: kijken naar *belasting-belastbaarheid*.

MEDISCHE PORTRETTE

Het denken in termen van 'belasting versus belastbaarheid' wordt in de sociale verzekeringsgeneeskunde al veel langer gedaan als het gaat over de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Ook in de bedrijfsgezondheidszorg gaat het om de samenwerking tussen arbeidsomstandigheden en vaardigheden van het individu. De discrepanties tussen beide 'velden' levert een beeld op van iemands handicap. Voor de beoordeling van de aanvraag voor voorzieningen was het tot nu toe niet gebruikelijk belasting en belastbaarheid tegen elkaar af te wegen.

In 1989 is op de stafafdeling Voorzieningen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst een onderzoeksproject gestart waarbij de concepten 'belasting-belastbaarheid' in het kader van voorzieningen voor de thuissituatie zijn uitgewerkt. Voor het onderzoek zijn diepte-interviews gehouden met 47 klanten van de GMD, die reumatoïde artritis hebben en tenminste eenmaal een voorziening in het kader van de AAW of de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten hebben aangevraagd. Voorafgaande aan de interviews is een aantal dossiers bestudeerd. Uit de dossiers komt niet duidelijk naar voren wat er precies beoordeeld wordt. De verzekeringsgeneeskundigen beperken zich voor een groot deel tot de 'medische feiten', het medisch portret.

BELASTING

De interviews geven, in tegenstelling tot de dossiers, een gedetailleerd beeld van het dagelijks leven met een chronische ziekte/handicap. Wanneer wordt gekeken naar belastende facto-

ren in de leefsituatie, dan valt op dat de werkhoud, de taken die iemand heeft variëren, al naar gelang:

- de directe sociale verhoudingen waarin iemand leeft. De mannen in het onderzoek waren allen getrouwd of woonden samen met een vrouw die hen verzorgde. De vrouwen leefden alleen of met een partner, waarbij nog een onderscheid moet worden gemaakt tussen een partner die thuis is - gepensioneerd, werkloos - en een partner die zelf een baan buitenshuis heeft. Belangrijk is ook of er afhankelijke kinderen thuis zijn, of dat er door -buitenshuis wonende - kinderen hulp wordt geboden.
- de woonomstandigheden. Mensen wonen in een verzorgingshuis, aanleunwoning of zelfstandig in huurhuis of eigen woning. Het maakt verschil of een huis bouwkundig wordt aangepast of dat er verhuurd moet worden naar een etagewoning in verband met traploopt-problemen. Ook de geografische ligging is van belang. Woont men dicht bij voorzieningen als winkels, gezondheidszorginstanties, scholen of zijn die per openbaar of daarentegen juist alleen met eigen vervoer te bereiken.
- de (im-)materiële voorwaarden zoals de financiële draagkracht, de formele hulp die iemand tot haar beschikking heeft, en de eisen die zijn te herleiden tot de leeftijd van de persoon in kwestie.

Deze drie factoren lijken te bepalen welke taken in het dagelijks leven iemand tot de hare rekent.

BELASTBAARHEID

Diezelfde drie factoren zijn van invloed op wat iemand kan volbrengen en hoe men omgaat met z'n beperkingen. De 'ernst van de ziekte' is maar één van de factoren die de mate van gehandicapt-zijn bepalen. Het functioneren in het dagelijks leven wordt in hoge mate beïnvloed door pijn, moeheid, energieverlies. Deze zaken variëren met de dag en zijn niet direct terug te voeren tot de progressie die het ziektebeeld kent.

Een ziekte als reumatoïde artritis kenmerkt zich door pijn, al dan niet zichtbare vergroeiingen en een onvoorspelbaar verloop. Het zijn de (on-)zichtbaarheid en de onvoorspelbaarheid van de ziekte die het sociale leven van patiënten substantieel beïnvloeden. Mensen met reuma hebben vaak last van een gebrek aan acceptatie en begrip van de omgeving. Maar ze hebben vooral last van hun eigen schaamte en doen veel moeite om aan de eisen van het 'normale' leven te voldoen. Ze investeren, letterlijk en figuurlijk, in de sociale omgeving, om zich te verzekeren van adequate hulp als het nodig is.

Het huisvrouwschap levert de meest in het oog

springende illustraties op. Huisvrouwen lijken eendeloos door te modderen om hun eigen werkteerrein niet aan anderen af te hoeven staan. De koppigheid waarmee aan oude gedragspatronen ('vroeger had ik iedere veertien dagen de gordijnen in de was', 'ik houd niet van kant en klaar gesneden groente'), wordt vastgehouden, is soms schokkend. De mannen in dit onderzoek daarentegen zijn allen arbeidsongeschikt verklaard. 'Einde arbeidsleven op medische gronden' heet dat. 'Tachtig tot honderd procent' is meestal het eindoordeel wanneer het over reumatoïde artritis gaat. De twaalf mannen in deze respondenten groep hebben dat in zoverre letterlijk opgevat, dat de activiteiten die ze nog vervullen ten bate van het huisgezin tot een minimum beperkt zijn.

HARDE EN ZACHTEN DIAGNOSES

Een chronische ziekte is een proces. Een eenmalig bezoek aan de verzekeringsgeneeskundige kan nooit een goed beeld opleveren van wat reumatoïde artritis in het dagelijks leven betekent. Het is cruciaal hoe het dagelijks leven is ingericht; wie brengt de kinderen naar school, wie doet de boodschappen, voert de echtgenoot een groot deel van het huishoudelijk werk uit, of blijven dat taken voor de gehandicapte huisvrouw? Wanneer beoordeeld moet worden, in welke mate er sprake is van een handicap, zijn het deze vragen, waarop een antwoord wordt gegeven. Vragen waarvan een medicus net zo veel of weinig verstand heeft als een aantal andere disciplines. De verzekeringsgeneeskundige, in casu het behandelteam, kan in het vaststellen van de handicap voordeel hebben bij een andere - bijvoorbeeld sociale - benadering van de problematiek.

Maar er is nog een ander probleem. Niet voor alle ziekten is even duidelijk wat voor beperkingen die met zich meebrengen. Reumatoïde artritis behoort, evenals bijvoorbeeld multiple sclerose, dwarslaesie, spierdystrofie, doofheid of blindheid tot de zogenaamde 'harde' diagnoses. De verzekeringsgeneeskundige kan daar hooguit een visie geven over de prognose. Maar bij een groot deel van de aanvragen voor voorzieningen is de relatie tussen diagnose en beperkingen niet zo duidelijk. In die gevallen is de verzekeringsgeneeskundige degene die de legitimiteit van de klachten moet erkennen.

De verzekeringsgeneeskundige is de enige die klachten kan legitimeren, al is het maar omdat de wet het voorschrijft. De basis waarop de erkenning plaatsvindt, is net zo wankel of stevig als die van de medische wetenschap in het algemeen.

De verzekeringsgeneeskundige opereert in het kielzog van de geneeskunde. Nog maar mondjesmaat wordt hier en daar gebruik gemaakt van kennis uit andere disciplines, bijvoorbeeld de sociale of gedragswetenschappen. Het begrippenpaar 'illness-disease', dat staat voor de realiteit van de beleving van de ziekte door de betrokkene versus de de fysiologisch aantoonbare aanwezigheid van stoornissen met onbekende gevolgen is vooralsnog geen gemeengoed onder artsen. Veel medisch-sociologisch onderzoek heeft zich de laatste jaren ge-

stort op de subjectieve beleving van de (chronische) ziekte door de patiënt. De kennis die daarin is ontwikkeld zou een goede aanvulling kunnen vormen op de 'klassieke' medische wetenschap. Nog mooier wordt het als we in staat zouden zijn die kennis te integreren in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld in de sociale verzekeringspraktijk.

Vanuit dit perspectief is het project 'belasting-belastbaarheid en voorzieningen in de thuissituatie' opgezet, maar wordt ook onderzoek naar psycho-sociale belasting-belastbaarheid in het kader van de arbeidsongeschiktheid gedaan.' Formele erkenning binnen de eigen beroepsgroep van het te kort schieten van het medisch model is wel een voorwaarde voor een harmonieuze integratie. Gezien de discussies in de eigen vakliteratuur zal daar naar verwachting steeds meer ruimte voor zijn.'

De dagelijkse praktijk van de verzekeringsgeneeskundigen wemelt overigens van de huis-, tuin- en keukenpsychologie. Zo kunnen allerlei elementen die meer deel uitmaken van een moralistisch systeem dan van een op feiten gebaseerde beoordelingssystematiek de overhand krijgen. Je hoort verzekeringsgeneeskundigen vaak praten in psychologiserende termen die met motivatie, het hanteren van klachten en persoonlijkheidskenmerken van doen hebben. Daarin klinkt het controle-element van hun taak door. (Zie hiervoor ook het artikel van Mudde in dit themanummer).

TECHNISCH INZICHT

De advisering rond de verstrekking van voorzieningen vindt plaats in een multidisciplinair, samengesteld team. Wanneer de verzekeringsgeneeskundige de grondslag heeft gelegd, de beperkingen zijn geïnventariseerd en de noodzaak van een hulpmiddel is vastgesteld, wordt de arbeidsdeskundige-technicus ingeschakeld: niet zelden een ergotherapeut, die de technologische ontwikkelingen op de markt van hulpmiddelen volgt.

Het moge duidelijk zijn dat het vaststellen van handicaps en het verstrekken van een voorziening geen eenvoudig proces is. Het vereist medische, ergonomische en ook sociaal-psychologische kennis maar vooral inzicht in de gevolgen van een ziekte voor het functioneren in het dagelijks leven.

De voorgenomen regeringsplannen, waarin voorzien wordt in een overdracht van bedrijfsverenigingen naar gemeenten en AWBZ, houden op geen enkele wijze rekening met de expertise die noodzakelijk is om de verstrekking van voorzieningen tot een goed einde te brengen. Door de taken te delegeren aan gemeenten en hen te laten beslissen welke functionarissen zullen worden belast met de uitvoering, wordt een grote verscheidenheid aan 'oplossingen' voor de sociale problematiek van de handicap geïnduceerd. Een volledig terugvallen op het 'medisch model' ('er is een medische indicatie voor een ...') die het gevolg is van de overheveling van 'zorgvoorzieningen' naar de AWBZ is te verwachten. Het zou terug naar 'af' zijn. Niet voor niets heeft de gehandi-



Foto: Sopur Nederland

captenbeweging zich sterk gemaakt om juist uit de gezondheidszorgsfeer te blijven. Het gaat om reïntegratie in het sociale leven van alledag, een maatschappelijk probleem. Met alle kritiek die mogelijk is op de wijze van uitvoering door de bedrijfsverenigingen, is dat altijd een grondbeginsel geweest: een handicap is geen ziekte.

J. van Ogtrop is onderzoeker, verbonden aan de afdeling Voorzieningen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst.

Noten

1. World Health Organisation, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva, 1980.
2. Bij het schrijven van dit artikel is een conceptvoorstel voor wetwijziging rondom de verstrekking van voorzieningen voor gehandicapten besproken in de vaste kamercommissie. Hierin wordt o.a. voorgesteld om de leef- en woonvoorzieningen vanuit de AAW naar de gemeente, en de zorgvoorzieningen naar de AWBZ over te hevelen. De rol van de GMD in het toekomstige scenario is onduidelijk.
3. J. van Ogtrop, *Kenmerken van gebruikers. De handicap reumatoïde artritis*. GMD, Afdeling Voorzieningen, oktober 1991.
4. Gemeenschappelijke Medische Dienst, *Psychosociale belastbaarheid en psychosociale belasting*, maart 1991.
5. Zie bijvoorbeeld: W.H. Cense, Herwaardering van het subjectief beleven. Jaarrede, uitgesproken op het 42ste KNMG ledencongres. In: *Medisch Contact* 41, 12 oktober 1990.

WET BIEDT KEURLING NIET VOLDOENDE BESCHERMING

J. Cevers

fen keuring geschiedt doorgaans in opdracht van een ander dan de onderzoeker, bijvoorbeeld de aanstaande werkgever. Degene die gekeurd wordt moet zich 'bloot' geven, waarbij van volledige vrijwilligheid meestal geen sprake is. Tegelijkertijd staan er voor hem of haar vaak grote belangen op het spel. Die situatie van eenzijdige afhankelijkheid en van aanzienlijke, soms tegengestelde belangen, is er typisch een, waar het recht een rol behoort te spelen: ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, ter voorkoming van machtsmisbruik en ter waarborging van een eenlijke en zorgvuldige gang van zaken.

In het verleden hebben medische keuringen in uiteenlopende sectoren van het maatschappelijk leven hun intrede gedaan en in de wetgeving heeft dit geleidelijk geresulteerd in een zeer groot aantal bepalingen die voorzien in keuringsonderzoek (daaronder begrepen beoordelingen verricht door controlerend artsen en medische adviseurs). Dergelijke bepalingen zijn bijvoorbeeld te vinden in beroepsopleidings- en examenbesluiten (bijvoorbeeld voor paramedici, keurmeesters, brandweerpersoneel, registerloosden); rechtspositieregelingen in de publieke en gesubsidieerde sector (bijvoorbeeld Algemeen Rijksambtenarenreglement, Rechtspositiebepaling voor onderwijspersoneel, Wet sociale werkvoorziening); arbeidsomstandighedenwetgeving (bijvoorbeeld Caissonbesluit, Mijnwet, Loodbesluit); vervoerswetgeving (bijvoorbeeld Luchtvaartwet, Schepenwet, Wet autovervoer personen); sociale zekerheidswetgeving (bijvoorbeeld Algemene burgerlijke pensioenwet, werknemersverzekeringen, volksverzekeringen, buitengewone pensioen- en uitkeringswetten), wetgeving op defensiegebied (bijvoorbeeld Dienstplichtwet en Militaire ambtenarenwet) en regelingen als de Wegenverkeerswet.

ONOVERZICHTELIJK GEHEEL

De wetgeving op dit gebied vormt een tamelijk onoverzichtelijk geheel. Voor de inhoud van die regelingen moet worden vastgesteld, dat zij de keurling (de persoon die zich aan onderzoek moet onderwerpen) in het algemeen niet veel rechtsbescherming bieden. Uit onderzoek naar de betreffende regelingen blijkt dat de rechtspositie van de keurling daarin voornamelijk gestalte heeft gekregen door verplichtingen (tot het ondergaan van het onderzoek; tot het naar waarheid verstrekken van inlichtingen; tot het dulden dat gegevens omtrent de eigen persoon aan derden worden verstrekt). Rechten worden de keurling slechts in wisselende mate toegekend; soms ontbreken zij geheel.

Dat de huidige keuringswetgeving de keurling nogal in de kou laat staan, wil niet zeggen dat deze laatste onder het huidige recht alle rechtsbescherming ontbeert. Zo is de keurende arts tuchtrechtelijk aansprakelijk voor deskundige

en zorgvuldige uitvoering van de keuring en voor geheimhouding van persoonlijke medische gegevens die daarbij ter tafel komen. Arts en opdrachtgever zullen rekening moeten houden met de grondrechten op lichamelijke integriteit en op bescherming van de persoonlijke levenssfeer die sinds 1983 in onze Grondwet zijn opgenomen. De Wet Persoonsregistraties (die meestal op keuringsgegevens van toepassing zal zijn) kent regels voor registratie en beheer van gegevens. Ook algemene rechtsbeginselen zijn van toepassing op wettelijk verplichte keuringen, zoals de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, welke in acht genomen moeten worden bij bijvoorbeeld een beslissing omtrent het weigeren of intrekken van een uitkering. Normen die in de literatuur voor medische keuringen worden genoemd kunnen als leidraad voor de rechter dienen en zijn ook (in een aantal gevallen) in de rechtspraak overgenomen. Dit zijn bijvoorbeeld regels over een vertrouwelijke omgang met keuringsgegevens en over het recht op inzage en de mogelijkheid voor de keurling als eerste van de keuringsuitslag kennis te nemen.

Ook al biedt onder meer de rechtspraak aanvullende rechtsbescherming, toch moet worden vastgesteld dat het de keurling aan een behoorlijk geregelde rechtspositie en daarmee aan rechtszekerheid en bekendheid met zijn rechten en plichten ontbreekt. Dit geldt eveneens voor de talloze medische keuringen die geheel buiten het kader van deze wetgeving vallen. Voor deze keuringen bestaat weliswaar geen wettelijke verplichting tot het ondergaan van onderzoek; de feitelijke drang tot medewerking (op straffe van het niet krijgen van bijvoorbeeld een baan, een verzekering of een invaliditeitsuitkering) is er vaak niet minder om.

OMSTREDEN

Medische keuringen zijn bij de toegang tot maatschappelijke voorzieningen weliswaar in de loop der tijd een belangrijke plaats gaan innemen, geheel onomstreden is dat nooit geweest. Van tijd tot tijd laait de discussie weer op over de vraag, of en zo ja onder welke voorwaarden de inzet van medische deskundigheid

in dit verband geoorloofd is.

Een voorbeeld is de discussie in *Medisch Contact* in de jaren 1975-1976. Aanleiding vormde een artikel van Sengers' waarin deze, uitgaande van de beroepsplichten van de arts en de doelstellingen van de geneeskunde, de vraag stelde of de arts niet alléén aan verplicht medisch onderzoek zou moeten meewerken als dat de verspreiding van ziekten voorkomt of de kans op ongevallen reduceert. De arts zou geen medisch onderzoek moeten uitvoeren louter vanwege de wens van de opdrachtgever om financiële risico's in verband met ziekteverzuim of invaliditeit te kennen, of louter controleonderzoek. Artsen hebben ervoor te zorgen dat de gezondheidstoestand van de keurling en zijn omgeving bij de keuring gebaat is en dat uit gezondheidkundig oogpunt geen schade wordt veroorzaakt. In reacties werd erop gewezen, dat het verplicht stellen van onderzoek dat geen gezondheidsbelangen dient en niet plaatsvindt in een hulprelatie in een aantal gevallen te rechtvaardigen is. Voor bijvoorbeeld verzekeringen zal men moeten toestaan dat risico's worden ingeschat of dat gecontroleerd wordt of terecht een beroep op een uitkering wordt gedaan. Daarnaast werd erop gewezen, dat keuringen soms zowel een belang van de opdrachtgever dienen als een gezondheidsbelang van de keurling. Wel zou van de keurende artsen kunnen worden verwacht, dat zij nagaan of het doel van de keuring redelijk is en ervoor zorgen dat de keuring zorgvuldig en met respect voor de rechten van de te onderzoeken persoon wordt uitgevoerd.

Vastgesteld moet worden, dat dit laatste in onze samenleving nog steeds de overheersende opvatting is: medische keuringen worden voor zeer uiteenlopende doeleinden geaccepteerd, maar bij de uitvoering ervan moeten wel bepaalde grenzen in acht worden genomen. Zulke grenzen gelden niet alleen voor de arts, maar ook voor de opdrachtgever. Die zal bijvoorbeeld een redelijk gebruik moeten maken van de mogelijkheid die hij heeft van mensen het ondergaan van geneeskundig onderzoek te eisen. Verder mag zulk onderzoek geen onevenredige inbreuk maken op hun rechten op privacy en/of lichamelijke en geestelijke integriteit. De laatste vijftien jaar heeft de discussie over keuringen zich dan ook vooral toegespitst op de bij keuringen in acht te nemen voorwaarden en beperkingen. Heel duidelijk blijkt dit voor aanstellingskeuringen, waarover in de genoemde periode een uitgebreide literatuur is verschenen. De opvattingen over aanstellingskeuringen hebben zich ontwikkeld in de richting van een selectievere toepassing van aanstellingsonderzoek, een beperking van de doelstelling van dat

onderzoek (een functiegerichte keuring in plaats van een risicokeuring) en erkenning van een recht op herkeuring en van overige rechten van de keurling over de omgang met de uit de keuring resulterende persoonsgegevens. Die ontwikkeling is geculmineerd in een Kabinetstandpunt inzake aanstellingskeuringen d.d. 15 maart 1990. Daarin wordt - op basis van aanbevelingen neergelegd in het rapport *Goed gekeurd?* van de Interdepartementale Werkgroep 'Aanstellingskeuringen' - uitgesproken dat een kritische houding moet worden aangenomen tegenover de aanstellingskeuring als selectie-instrument, dat het uitsluitend mag dienen ter beoordeling van de medische geschiktheid van de sollicitant voor de beoogde functie, en dat de rechtspositie van de keurling versterkt dient te worden.

De genoemde ontwikkeling is geenszins beperkt tot het terrein van de aanstellingskeuring. Als voorbeeld een citaat uit een recente Notitie van de minister van Justitie over Aids/seropositiviteit' erfelijkheidsonderzoek en verzekeringen:

'De verzekeringnemer zou tenslotte in geval een medische keuring wordt verlangd, als keurling een aantal rechten moeten hebben. Te denken valt aan de rechten die in het rapport "Goed gekeurd?" worden voorgesteld in het kader van de aanstellingskeuring: het recht op informatie over inhoud en het recht om als eer-

ste de uitslag van de keuring te vernemen voorafgaand aan de rapportage aan de opdrachtgever; het recht om toestemming te geven of te onthouden aan de rapportage; het recht op privacybescherming (...); de keurling dient het recht op herkeuring te hebben'.⁵ Ook uit de overige literatuur, zoals officiële adviezen en parlementaire stukken, blijkt dat men vrij algemeen van opvatting is dat een betere rechtsbescherming van personen die een medische keuring moeten ondergaan, is gewenst. Ook bij maatschappelijke organisaties lijkt die opvatting te leven. Uit het commentaar van zulke organisaties op het rapport van de Interdepartementale Werkgroep 'Aanstellingskeuringen' blijkt bijvoorbeeld geen verschil van mening over de vraag of de rechtspositie van de keurling verbeterd moet worden, hooguit over de wijze waarop dit zou moeten geschieden.

EEN TAAK VOOR DE WETGEVER?

Verbetering van de positie van de keurling noopt in elk geval tot bijstelling van de huidige, onoverzichtelijke en eenzijdig door verplichtingen gekenmerkte, wetgeving betreffende de medische keuringen. Aanpassing van die wetgeving is trouwens ook reeds om een andere reden noodzakelijk.

In beleidsadviezen over zowel aanstellingskeuringen" als arbeidsomstandigheden" is erop

aangedrongen om van de mogelijkheid om geneeskundig onderzoek voor te schrijven respectievelijk om aan de uitkomst daarvan gevolgen te verbinden voor het kunnen verrichten van bepaalde arbeid, slechts selectief en na goede onderbouwing gebruik te maken. De bestaande regelgeving is voor een goed deel tot stand gekomen voordat dergelijke gedachten gemeengoed werden. Op de genoemde beleidsterreinen is ook daarom een kritische herwaardering van verplicht medisch onderzoek geboden.

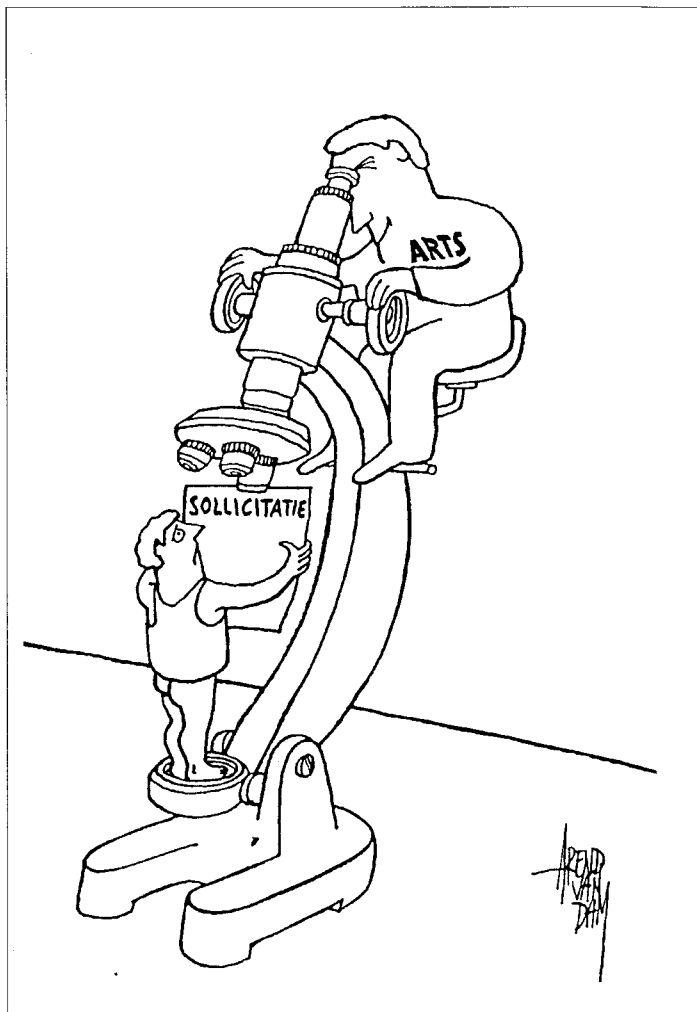
Behalve herziening van de bestaande wettelijke regelingen, rijst de vraag, of de wetgever ook een rol heeft te spelen bij verbetering van de rechtsbescherming bij keuringen die niet onder die regelingen vallen, zoals aanstellingskeuringen in de particuliere sector en keuringen in verband met particuliere verzekeringen. De Interdepartementale Werkgroep gaf in haar beleidsconclusies over de aanstellingskeuring de voorkeur aan enigerlei vorm van wettelijke regeling.

In de eerder genoemde Notitie van de minister van Justitie over de toegang tot particuliere verzekeringen staat dat de rechtspositie van de verzekeringnemer versterkt zou moeten worden door erkenning van een aantal rechten waarvan 'realisering goeddeels (zal) plaatsvinden via de in voorbereiding zijnde Wet op de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling' (WGB). In de toelichting bij dat laatste wetsvoorstel wordt de noodzaak van een wettelijke regeling mede gemotiveerd door verwijzing naar de afhankelijkheidsverhoudingen in de bedrijfsgezondheidszorg en bij de medische uitvoering van de sociale verzekeringen.'

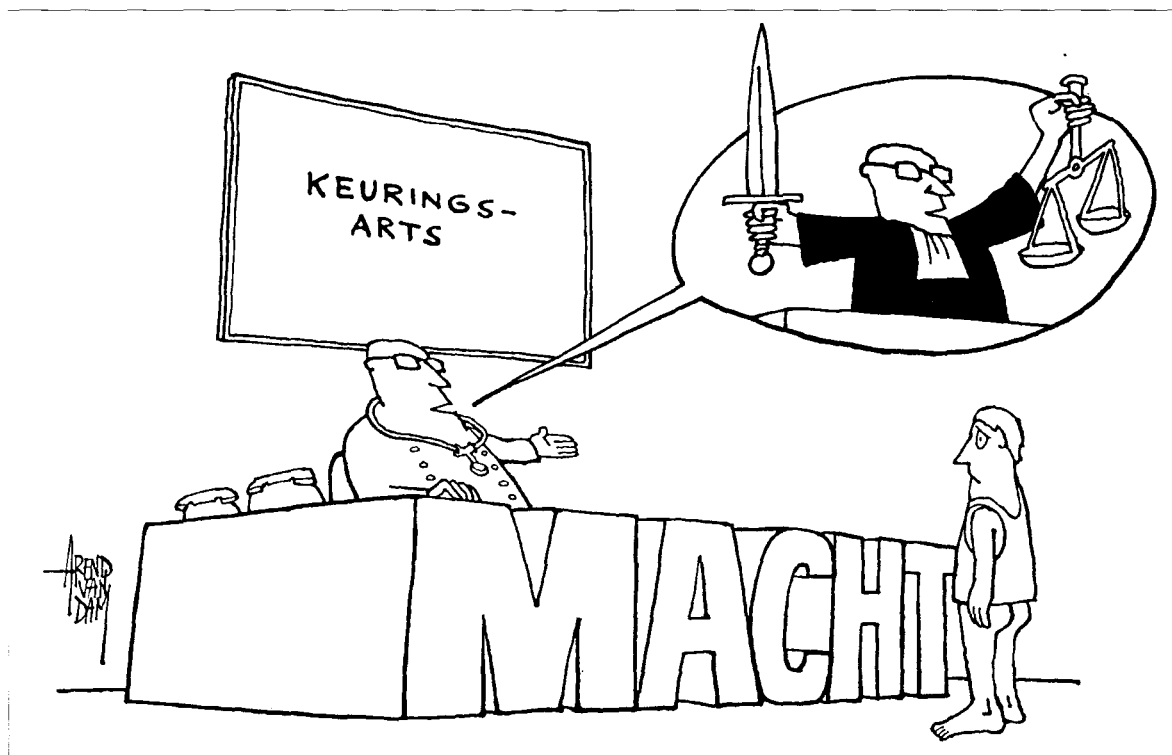
De opvatting dat op enigerlei wijze van een wettelijke bescherming van de keurling sprake dient te zijn, vindt ook steun in de literatuur en in de commentaren van verschillende maatschappelijke organisaties op het wetsvoorstel inzake de WGB. Kennelijk wordt aan dat wetsvoorstel een sleutelrol toegekend bij de rechtsbescherming van de keurling. Maakt het die verwachtingen waar?

Het voorstel voor de WGB werd in mei 1990 bij de Tweede Kamer ingediend en heeft primair als doel de rechtspositie van de patiënt te versterken. Het bevat dwingendrechtelijke bepalingen over de overeenkomst hulpverlener-patiënt (art. 1653-1653x BW., welke als benoemd contract in het (N)B/V zal worden geregeld. De bedoeling is dat de WGB niet alleen op gewone, curatieve behandelingssituaties van toepassing zal zijn, doch ook op allerlei andere situaties waarin geneeskundige handelingen plaatsvinden, inclusief medische keuringen. Daardoor zullen de verschillende in de WGB neergelegde patiëntenrechten, zoals recht op informatie over een voorgenomen medisch onderzoek, recht op toestemming, recht op geheimhouding van medische gegevens, recht op inzage, recht om vernietiging van gegevens te vragen, ook voor keurlingen gaan gelden.

Aanvankelijk heeft de wijze waarop de WGB op keuringen van toepassing zou worden, nogal wat kritiek opgeroepen. Een van de punten van kritiek was, dat de in dat wetsvoorstel opgenomen patiëntenrechten niet voldoende op keu-



Tekening: Arend van Dam



Tekening: Arend van Dam

ringssituaties toegesneden waren en dat enkele rechten die voor de keurling van belang zijn ontbraken. Om daaraan tegemoet te komen is het in augustus 1991 verschenen gewijzigd wetsvoorstel zo aangepast dat bij keuringen een afwijking van de letterlijke bepalingen van de WGB mogelijk is voor zover een strikte toepassing daarvan tot niet wenselijke resultaten zou leiden." Ook zijn twee bepalingen opgenomen die specifiek op keuringen betrekking hebben (namelijk over de bewaring van keuringsgegevens en het recht van de keurling als eerste kennis te nemen van de uitslag en zich tegen doorzending aan de opdrachtgever te verzetten).

NIET GENOEG

Invoering van de WGB in huidige vorm zou zeker bijdragen aan verbetering van de rechtspositie van de keuring. Toch schiet de regeling op twee belangrijke punten te kort, te weten de mogelijkheid medewerking aan een medische keuring te weigeren gelet op het doel of de aard van het voorgenomen onderzoek" en de mogelijkheid herkeuring aan te vragen of zich anderszins tegen een op grond van een keuring genomen beslissing te verzetten. Het is niet zo vreemd dat de WGB juist in deze twee elementen niet voorziet, immers hierbij is niet alleen de relatie arts-keurling, maar evenzeer de rechtsverhouding keurling-opdrachtgever in het geding: het is de opdrachtgever die het doel vaststelt en daarmee het kader aangeeft waarbinnen de vraag moet worden beantwoord welke verrichtingen relevant en noodzakelijk zijn; de opdrachtgever is rechtstreeks betrokken bij beroepsmogelijkheden tegen besluiten gebaseerd op het advies van de onderzoekende arts, of zal ruimte moeten laten voor een herkeuringprocedure, bijvoorbeeld bij

aanstellingskeuringen.

Naar mijn mening is het uit het oogpunt van een voldoende rechtsbescherming bij medische keuringen geboden, dat de wetgever ook op deze punten regelgevend optreedt. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen keuringen die in de huidige wetgeving reeds onderwerp van specifieke regelgeving zijn, en overige keuringen. Voor de eerste categorie zou bij de herziening van die regelingen (zie hierboven) aan bovengenoemde punten aandacht kunnen worden besteed. Bij die herziening zal trouwens ook de vraag aan de orde moeten komen, in hoeverre er voor de overige aspecten van de rechtspositie van de keurling overlap en samenloop dreigt met de bepalingen van de WGB en hoe de onderscheiden regelingen op elkaar kunnen worden afgestemd."

Voor de niet wettelijk verplichte keuringen is in aansluiting op de WGB op beide genoemde punten aanvullende wetgeving gewenst. Hierbij kan gedacht worden aan een wet die algemene regels voor deze verschillende soorten keuringen bevat of aan wettelijke maatregelen die meer specifiek op een bepaald type keuring gericht zijn. Nader onderzoek naar vorm en inhoud van de WGB aanvullende wetgeving is met het oog op een voldoende rechtsbescherming bij medische keuringen beslist gewenst.

Prof.dr. f.K.M. Gevers is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam.

Noten

1. E. Wijkstra, P.J.M. van Osch, *Wetgeving inzake medische keuringen*, Inst. v. Sociale Geneeskunde, UVA 1989.
2. Voor een overzicht van de rechtspraak en literatuur op dit gebied, zie J.K.M. Gevers, 'Medische keuringen aan juridische banden'. In: *T. Soc. Recht* 1987, p. 159-163.
3. W. Sengers, 'Wat gek dat verplicht geneeskundig onderzoek geoorloofd is'. In: *Medisch Contact*, 1975, p. 1461. Na een groot aantal reacties werd de discussie in 1976 afgesloten met een repliek van Sengers, *Medisch Contact* 1976, p. 400.
4. Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen, *Goed gekurd*; Den Haag, 1989.
5. Tweede Kamer 1989-1990, 19218, nr. 41, p. 7.
6. Zie, behalve het reeds genoemde rapport van de Interdepartementale Werkgroep, het Samenvattend verslag van het onderzoeksproject medische aanstellingskeuringen, NIPG, Leiden, 1990.
7. Advies gevaarlijke stoffen op de arbeidsplaats, SER, mei 1984; Advies inzake art. 25 Arbeidsomstandighedenwet, Arboraad, november 1987.
8. Tweede Kamer 1989-1990, 21561, nr. 3, p. 6.
9. Terecht is erop gewezen, dat dat weer rechtsonzekerheid scheidt; H.A. V.d. Haak, 'De consequenties van de WGBO voor de sociale geneeskunde'. In: *Medisch Contact* 1991, p. 1180.
10. Men denke aan situaties waarin het doel van de keuring onvoldoende bepaald is of het redelijk belang van de opdrachtgever te buiten gaat, dan wel situaties waarin de gevraagde medewerking op onderdelen niet relevant is, niet noodzakelijk is, een onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer meebrengt of wegens een andere gegronde reden door de keurling geweigerd wordt.
11. Zie A. Bosma, J.K.M. Gevers en N. Labrouche, *Rechtsbescherming bij medische keuringen; literatuur, rechtspraak en wetgevingsbeleid*, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.

HET TWIJFELACHTIGE NUT VAN DE AANSTELLINGSKEURING

Wim de Kort
Ellis Lourijsen

Jaarlijks worden er in ons land zo'n driehonderdduizend aanstellingskeuringen verricht. Elke keuring kost ongeveer honderdvijftig gulden. Van alle sollicitanten wordt één tot twee procent afgekeurd: voor sommige functies, zoals administratieve, is dit percentage veel lager, voor andere functies, zoals piloten of politieagenten, veel hoger.

Op verzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is bij TNO een studie uitgevoerd naar de praktijk van aanstellingskeuringen in Nederland. Het eindverslag is onlangs aangeboden aan het ministerie. Een van de belangrijkste conclusies luidt dat de aanstellingskeuring als selectie-instrument in de meeste situaties ongeschikt is.'

Bij het aangaan van een arbeidsovereenkomst hebben werkgever en (toekomstige) werknemer in een aantal opzichten tegenstrijdige belangen. De werkgever zal primair geneigd zijn de werkzaamheden en de daarbij behorende arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden als gegeven te beschouwen en zal de werknemer als de aan te passen factor zien. Hij zoekt de geschikte persoon en niet andersom. Wanneer hij gaat werven en selecteren zal hij trachten zijn wensen ten aanzien

van bijvoorbeeld opleiding, ervaring, vaardigheden, motivatie, medische geschiktheid of zelfs de werknemer-als-persoon, vervuld te krijgen zonder de organisatie al te veel te hoeven aanpassen. De sollicitant op zijn beurt zal eerder geneigd zijn om zijn persoon als gegeven te zien en zal de toekomstige werkzaamheden liever naar zijn wensen ingericht zien. Hij zal bijvoorbeeld kijken naar de manier waarop de functie en de arbeidsomstandigheden in elkaar zitten, opletten of zijn gezondheid geen

gevaar loopt, hoe zijn ontplooiingskansen zijn en hoe het sociale werkklimaat is. Gedurende een wervings- en selectieprocedure zullen beiden trachten hun wensen vervuld te krijgen en daarover informatie uitwisselen en onderhandelen. De sollicitant is in die onderhandelingen nogal eens de zwakkere partij. Niettemin zitten aan die onderhandelingsruimte maatschappelijk bepaalde grenzen, die deels wettelijk zijn vastgelegd. Dat geldt ook voor wensen ten aanzien van (het vaststellen van) de medische geschiktheid. Niet alle onderzoeken en tests zijn zonder meer geoorloofd (denk bijvoorbeeld aan tests op alcohol- of druggebruik).

MEDISCHE GESCHIKTHEID

Medische geschiktheid is geen ondubbelzinnig begrip. De invulling van het begrip is onder meer afhankelijk van de wijze waarop men naar de relatie arbeid en gezondheid kijkt en van de accenten die daarbij worden gelegd. Binnen de factor arbeid zijn vier aspecten te onderscheiden die van invloed kunnen zijn op de gezondheid. Dit zijn de inhoud van het

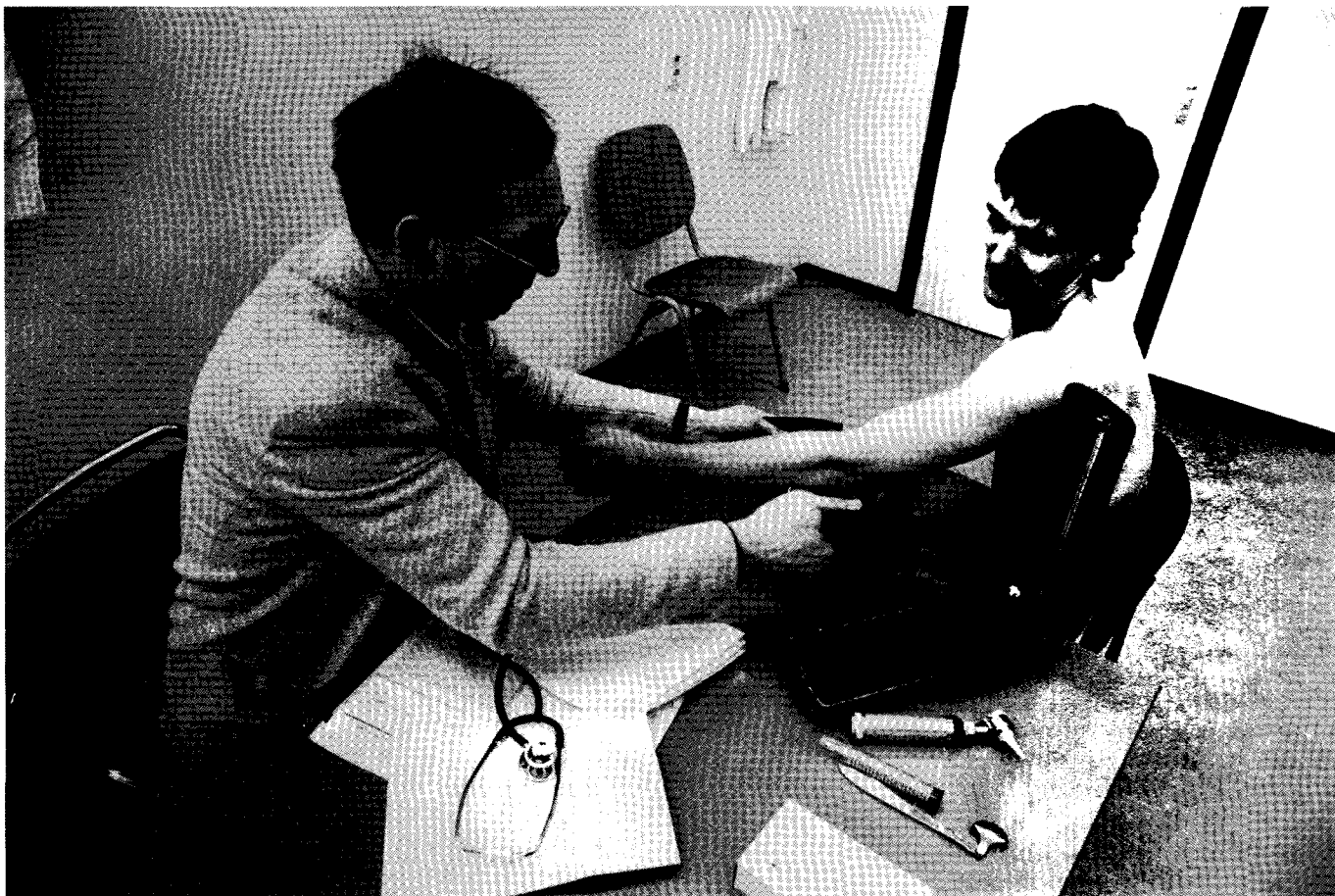


Foto: Chris Pennarts

omstandigheden waaronder de functie worden uitgevoerd, de arbeidsverhoudingen, de plaats van de werknemer in de organisatie, en de arbeidsvoorwaarden. De delen van de relatie arbeid en gezondheid kan men mee totaal verschillende bekijken. Men kan iemands geschiktheid vanuit de vraag of de (toekomstige) functie naar behoren en zonder voor zijn eigen gezondheid en zonder voor de gezondheid van anderen kan worden uitgevoerd. Wanneer de beoordeling van de medische geschiktheid deze vorm krijgt, wordt er tevens getracht te beoordelen of die risico's, bij blijvende belasting en belastbaarheid, langdurig op een aanvaardbaar niveau zullen blijven. Op deze manier ingevuld en met dit artikel is er sprake van een 'echte' aanstellingskeuring, zoals die binnen de bedrijfsgezondheidszorg is gedefinieerd.

Velen kan 'medisch geschikt zijn' echter ook de betekenis geven van het ontbreken van (grote) risico's voor organisatie of verzekeringen. In dat geval wordt een belangrijk accent gelegd op het schatten van risico's zoals verzuimrisico, arbeidsongeschiktheids- en overlijdensrisico, ook wanneer die niet het gevolg zijn van het werk zelf. Keuringen gericht op deze aspecten vallen onder het begrip risicokeuringen, zoals pensioenkeuringen en verzekeringskeuringen, en zijn dus geen 'echte' aanstellingskeuringen.

INTREDEONDERZOEK

Medisch onderzoek bij indiensttreding kan op drie verschillende manieren of niveaus worden uitgevoerd, namelijk met een voorlichtend oogmerk, met een sturend oogmerk of met een controlerend oogmerk. Deze niveaus onderscheiden zich door de gevolgen van het onderzoek voor de kandidaat en door de eisen die aan het medisch onderzoek kunnen worden gesteld.

Niveau I: Medische onderzoeken worden gehanteerd als voorlichtingsinstrument bij introductie en begeleiding van de werknemer in zijn werkomgeving. Als zodanig is het medische onderzoek een integraal onderdeel van bedrijfsgezondheidszorg. De aanstellingskeuring - betere term: 'intredeonderzoek' - vormt dan een gelegenheid waarbij de werknemer individuele adviezen krijgt, bijvoorbeeld over het veilig hanteren van gereedschap of instrumenten. Daarnaast worden aanknopingspunten geleverd

voor eventuele aanpassingen van de functieinhoud en/of de arbeidsomstandigheden, zoals goede werkkleding, ergonomisch verantwoorde stoel of aanpassingen in verband met (tijdelijke) beperkingen. Voorts wordt een meer continue bedrijfsgezondheidskundige begeleiding gestart. Men verwacht dat dit intredeonderzoek een bevorderend effect heeft op de kwaliteit van de arbeid en de arbeidsomstandigheden. Voor het merendeel van de beroepen en functies kan met een dergelijk onderzoek worden volstaan. Afkeuren komt niet voor op dit niveau.

Niveau II: Medische onderzoeken worden als sturend instrument toegepast. Het kan hierbij gaan om medische keuringen voor functies die risico's voor de werknemer of diens omgeving met zich meebrengen. De keuring zal naar verwachting resulteren in aanpassingen van de functieinhoud en/of de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld aangepaste beschermende maatregelen om de veiligheid van de werknemer beter te waarborgen. Kenmerkend voor dit niveau is een te verwachten interventie (maatregel), zonder dat er direct sprake is van selectie van personen. Het kan bijvoorbeeld gaan om functies waarbij men wordt blootgesteld aan giftige stoffen of aan straling, of om functies met zwaar lichamelijk werk. Regelmatige controle door de bedrijfsgezondheidszorg is dan ook gewenst en de aanstellingskeuring geeft in dit verband de uitgangswaarden. Afgekeurd worden is op dit niveau een uitzondering, maar kan wel voorkomen.

Niveau III: Medische onderzoeken zijn een controle-instrument. Het gaat daarbij om arbeid of functies die belangrijke risico's voor betrokkene of diens omgeving met zich meebrengen. Voorbeelden van dergelijke functies zijn duikers, piloten, politie en wellicht ook chauffeurs. Het medisch onderzoek op dit niveau heeft een selecterend oogmerk. De betrouwbaarheid van het keuringsinstrument moet hoog zijn. Zonodig wordt de aanstellingskeuring wettelijk voorgeschreven. Afkeuren komt (relatief) vaak voor.

Medisch onderzoek laat in veel situaties minder nauwkeurige uitspraken en voorspellingen toe dan wenselijk is wanneer men op grond van die uitspraken wil selecteren. Binnen TNO is in een project een aantal onderzoeken uitgevoerd, waaruit blijkt dat het voorspellend vermogen

van medisch onderzoek voor risico's voor de gezondheid van de werknemer laag is. Met het voorspellen van een grotere aanleg tot het oplopen van allergie zit men er bijvoorbeeld in een derde van de gevallen naast. Evenmin kan met zekerheid worden vastgesteld of iemands hart en bloedvaten goed (blijven) functioneren. Het voorspellen van ziekteverzuim is eveneens een ondoenlijke zaak gebleken. Tevens blijkt er een geringe overeenstemming te bestaan tussen artsen over de keuringsuitslag. Daarom lijkt ons selectie van werknemers door middel van een aanstellingskeuring slechts in een minderheid van de situaties wenselijk. Interventie en preventie op het terrein van de arbeid (omstandigheden) verdient naar onze mening de voorkeur. Wanneer toch selectie door middel van een aanstellingskeuring wordt overwogen dan dienen daarbij de volgende criteria te worden gehanteerd. Het moet gaan om een belangrijk gezondheidsprobleem, met belangrijke implicaties voor (de gezondheid van) betrokkene of diens omgeving. Eventuele nadelen van de te gebruiken methoden van onderzoek (interpretatiefouten, risico's, kosten, maatschappelijke consequenties en dergelijke) moeten in verhouding staan tot het na te streven doel. Afkeuringen zijn slechts gerechtvaardigd indien redelijkerwijs niet kan worden gevraagd dat aanpassing wordt aangebracht in de arbeidsbelasting. Wanneer onderzoeksresultaten daartoe aanleiding geven, dienen door de keurende arts afspraken te worden gemaakt voor een adequate nazorg in de curatieve gezondheidszorg. De te gebruiken methoden van onderzoek moeten zich verdragen met de grondwettelijke bescherming van de persoonlijke levenssfeer of de lichamelijke of geestelijke integriteit van de keuring. Zij mogen er evenmin toe leiden dat de rechtspositie van de keuring wordt aangetaast.

ANTI SELECTIE

Medische onderzoeken worden bij een aanstelling in de praktijk nog veel toegepast in een poging meer zicht te krijgen op andere dan arbeidsgebonden risico's. Bij de sociale partners bestaat er al enige jaren brede consensus over dat een pensioenkeuring geen plaats verdient binnen de wervings- en selectieprocedure van personeel. De aanstellingskeuring mag slechts betrekking hebben op de medische geschiktheid van de sollicitant voor de functie.

PRAKTIJK VAN ALLEDAG	
Jaarlijks aantal aanstellingskeuringen:	165*000 - 350*000
Jaarlijkse kosten:	22-40 miljoen gulden
Keurende artsen:	Bedrijfsartsen Huisartsen
Bedrijven met veel keuringen:	Industrie Transport Overheid
Bedrijven met weinig keuringen:	Landbouw Handel
Percentage afkeuringen:	1%-2%

BELANGRIJKSTE KNELPUNTEN	
Weinig eensgezindheid over:	
* het doel van de keuring	bijvoorbeeld beoordelen van: - risico's voor de kandidaat - (financiële) risico's voor werkgever
* de inhoud van de keuring	- uitgebreidheid afhankelijk van doelstelling
* besluitvorming omtrent medische geschiktheid	- weinig richtlijnen en 'harde' criteria - verschil in interpretatie van medische gegevens - geringe overeenstemming in keuringsbeslissing
* rechten en plichten van	- vaak geen regels omtrent beroepsprocedure betrokkenen



Bij blootstelling aan giftige stoffen, zoals het verwijderen van asbest, is regelmatige controle gewenst.

De aanstellingskeuring levert dan de uitgangswaarden.

Foto: Chris Pennarts

Een eventuele pensioenkeuring dient niet van invloed te zijn op het aanstellen in een nieuwe functie. In de huidige praktijk worden aanstellingskeuringen en pensioenkeuringen echter nog vaak gecombineerd uitgevoerd en het komt nog regelmatig voor dat de uitslag van de pensioenkeuring doorslaggevend is voor het niet aanstellen van een sollicitant. Een belangrijk argument dat door verzekeraars wordt gehanteerd ten gunste van de pensioenkeuring is dat het achterwege laten ervan het fenomeen 'antiselectie' in de hand werkt. Antiselectie staat voor het gegeven dat personen met een hoger risico geneigd zijn zich eerder en tegen hogere bedragen te verzekeren, dan feitelijk bij hun financiële situatie past. Het is denkbaar dat voor enkele situaties een antiselectie-effect kan optreden, bijvoorbeeld wanneer het gaat om

bijzondere pensioenvoorzieningen. In de praktijk komt dat maar weinig voor en is er eerder sprake van een lastenverschuiving, terug in de richting van het individu dan van antiselectie, zeker als het gaat om zogeheten collectieve pensioenregelingen, waarbij uitzonderlijke pensioenvoorzieningen geen rol van betekenis spelen. Aan het nut van een pensioenkeuring moet dan ook ernstig worden getwijfeld. Het lijkt zinvoller, ten behoeve van collectieve pensioenen (in het bijzonder van invaliditeits- of nabestaandenpensioenen), te komen tot een regeling met bijvoorbeeld een gezondheidsverklaring. Als daar aantoonbaar aanleiding toe bestaat kan een mogelijkheid van toetsing achteraf worden gecreëerd, die vergelijkbaar is met artikel 44 van de Ziektewet en artikel 30 van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Bij wet (Artikel 251, Wetboek van Koophandel) is immers al geregeld dat een contract ongedig kan worden verklaard, wanneer blijkt dat het op onjuiste gegevens gebaseerd is, bijvoorbeeld wanneer bij het aangaan van een verzekering opzettelijk is verzwegen dat men een aandoening heeft.

CONCLUSIES

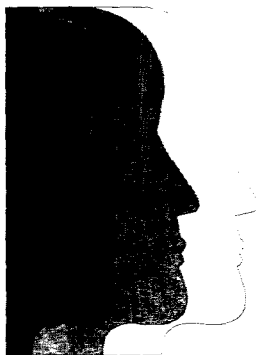
Selecteren van werknemers door middel van een aanstellingskeuring is in een minderheid van de situaties wenselijk, op de eerste plaats omdat preventie door aanpassing van arbeid en arbeidsomstandigheden de voorkeur verdient en op de tweede plaats omdat de kwaliteit van de aanstellingskeuring als selectie-instrument naar verhouding te laag is. Wanneer selectie door middel van een aanstellingskeuring wordt overwogen, dienen inhoud en procedure zorgvuldig te worden gehanteerd.

Medische onderzoeken bij een aanstelling worden in de praktijk nog veel toegepast in een poging meer zicht te krijgen op andere risico's dan arbeidsgebonden risico's (verzuimrisico, arbeidsongeschiktheidsrisico, overlijdensrisico), terwijl er brede consensus over bestaat dat aanstellingskeuringen slechts gericht behoren te zijn op de functie. Aan het nut van een pensioenkeuring bij collectieve pensioenvoorzieningen moet worden getwijfeld.

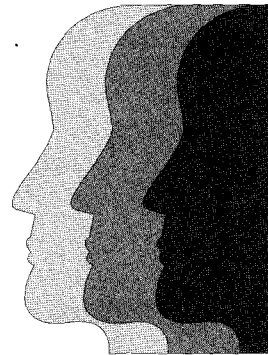
Wim de Kort en Ellis Lourijzen zijn beide werkzaam als onderzoeker bij TNO, respectievelijk in het Medisch Biologisch Laboratorium te Rijswijk en in het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg te Leiden.

Noten

1. E.C.M.P. Lourijzen, W.L.A.M. de Kort en J. Dam. *De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland. Een samenvattend onderzoeksverslag naar de omvang, uitvoering en kwaliteit van medische aanstellingskeuringen.* Studiereeks, nr. S 53-3. Den Haag, 1991. Dit onderzoeksproject omvat een literatuuronderzoek, een enquête onder artsen en bedrijven, een haalbaarheidsstudie naar de validiteit van aanstellingskeuringen, een praktijkonderzoek in een grote bedrijfsgezondheidsdienst en een onderzoek naar de (on)betrouwbaarheid van de aanstellingskeuring.
2. W.L.A.M. de Kort, 'De waarde van aanstellingskeuringen'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990; 134,33, 1589-93; en: W.L.A.M. de Kort, 'Aanstelling en aanstellingskeuring'. In: *Erfelijkheidsonderzoek mensenrechten*. Stichting NJCM boekerei, nr. 12. Leiden, 1989.
3. Commissie-Hessel. *Een sollicitant is ook een mens*. Den Haag, ministerie van Sociale Zaken, verslagen en rapporten, 1977; nr. 5.
4. *Aanbevelingen met betrekking tot regelingen inzake werving en selectie*. Interdepartementale Werkgroep Selectieprocedures, Den Haag, 1982.
5. Stichting van de Arbeid, *Aanbevelingen over werving en selectie. Discriminatie op de arbeidsmarkt. Onderzoek justitiële antecedenten van sollicitanten*. Den Haag, Stichting van de Arbeid, 1982.



c ◊ l u m n



AIDS-DISSIDENTEN

Als er een afweersysteem is dat nog optimaal functioneert dan is dat wel het afweersysteem van de aids-wetenschappers. Dat toont zich nu al een jaar of vijf volstrekt immuun voor kritiek op het paradigma waarvan we - tot voor kort - niet eens wisten dat er kritiek op kon bestaan en dat inhoudt dat de oorzaak van aids gezocht moet worden in de besmetting door het humaan immunodeficiëntie virus, beter bekend als HIV. Die overtuiging is zo sterk dat zelfs de geringste twijfel aan de alleenheerschappij van dit paradigma gelijk staat aan een soort heiligschennis. Wie zich daarmee inlaat is een afvallige die de hardheid van de leer minacht en daardoor een gevaar vormt voor de bestrijding van de meest mysterieuze ziekte die de mensheid tot nu toe heeft weten te bedreigen.

Het is dan ook geen toeval dat het kleine gezelschap wetenschappers dat in 1991 in de Verenigde Staten de Groep voor de wetenschappelijke herwaardering van de HIV/aids-hypothese heeft opgericht nooit heeft geprotesteerd tegen de omschrijving van de groep die Amerikaanse media al snel in omloop brachten: de aids-dissidenten. Immers, ook in Oost-Europa was aanvankelijk minachting, hoon en zelfs uitstoting het lot van de dissidenten, maar toen de bevroren totalitaire structuren begonnen te wijken, werd duidelijk dat zij het bij het rechte eind hadden gehad. Staat de aids-dissidenten een zelfde soort historisch gelijk te wachten?

De kritiek van de aids-dissidenten over het HIV-paradigma is eigenlijk eenvoudig. Zij twijfelen aan de gedachtengang dat er één enkel virus bestaat dat verantwoordelijk is voor de totale ontmanteling van het menselijk afweersysteem. Het humaan immunodeficiëntie virus is weliswaar een voorwaarde, en misschien zelfs een noodzakelijke voorwaarde, maar niet een voldoende voorwaarde. Het is zelfs niet uitgesloten dat HIV op zich een onschuldig virus is dat pas in combinatie met andere factoren of organismen zijn dodelijke uitwerking krijgt.

Het bestaan van een co-factor voor het toeslaan van aids zou een verklaring kunnen zijn voor een flink aantal ongerijmdheden binnen het huidige verklaringsmodel. Om er maar een paar te noemen: Hoe kan het dat de schattingen over de verspreiding van het virus in de Verenigde Staten en West-Europa (gebaseerd op jarenlange

ervaring met de verspreidingssnelheid van nieuwe giftige virussen) elk jaar weer opnieuw drastisch teruggeschroefd moeten worden? Hoe is het te verklaren dat als twee mensen seks bedrijven met een HIV-geïnfecteerde de een besmet kan raken na een eenmalig contact, terwijl een ander na vijfhonderd contacten nog steeds niet besmet hoeft te zijn? Hoe kan het dat een groeiende meerderheid van HIV-geïnfecteerden jarenlang gezond blijft - en dat er nog geen bewijs van het tegendeel is dat zij niet gewoon gezond door zullen leven? Het zijn allemaal vragen waarvoor binnen het monocausaal verklaringmodel geen antwoord te vinden is.

Maar dat is voor de overgrote meerderheid van de aids-onderzoekers absoluut geen reden om het over een andere boeg te gooien. Integendeel, toen de Franse onderzoeker Luc Montagnier, nota bene gelijk met de Amerikaan Robert Gallo in 1984 mede-ontdekker van HIV, in 1990 openlijk meldde dat 'er te veel tekortkomingen kleven aan de theorie dat HIV alle uitingen van aids zou veroorzaken' werden zijn woorden genegeerd. Hij herhaalde deze betekenis tijdens de Zesde Internationale Conferentie over Aids in juni 1990 in San Francisco en meldde daar dat uit zijn onderzoek bleek dat HIV een passief virus was dat pas zijn killer-gedrag ging vertonen als daar een tweede organisme aan werd toegevoegd. Wie verwacht had dat deze mededeling diepe indruk zou maken, kwam echter bedrogen uit. Van de 12.000 deelnemers aan de conferentie bezochten er maar tweehonderd Montagniers voordracht en op het moment dat hij zijn lezing beëindigde had de helft daarvan de zaal al weer verlaten.

De dringende vraag blijft natuurlijk, als het waar is dat aids niet door één virus wordt veroorzaakt, waar we dan wel de oorzaak moeten zoeken. Daarover bestaan alleen nog grove theorieën, die wegens gebrek aan serieuze onderzoeksmogelijkheden natuurlijk sterk hypothetisch zijn. Een van de geopperde theorieën is dat de conditie van het menselijk afweersysteem aan een proces van systematische ondermijning onderhevig is. De oorzaken daarvoor zijn velerlei. In Afrika staat bij elk ziekenhuis een pot antibiotica klaar ter bestrijding van alle mogelijke ziekten. Daarmee wordt de ziekte

wel onderdrukt, maar voor het afweersysteem heeft het een slopende uitwerking. Ook zijn er aanwijzingen dat de wereldwijde inentingscampagne tegen bijvoorbeeld pokken weliswaar de pokken uit de wereld verdreven heeft, maar tegelijkertijd een beschermlaagje van ons afweersysteem heeft afgepeld.

Algemener in kringen van aids-dissidenten is echter de gedachte dat er - zeker in het Westen - nogal wat riskante gebruiken zijn zoals het gebruik van drugs en seksstimulerende middelen die de gezondheid van het afweersysteem aantasten en die in combinatie met HIV tot een versnelde ontakeling van dat afweersysteem leiden. Deze zogenaamde risicohypothese werd in februari in Nederland voor het eerst voor een groter publiek naar voren gebracht in *de Volkskrant* door Henk Loman, hoogleraar biofysische chemie aan de VU. Het kwam hem onmiddellijk op woedende reacties van aids-hulpverleners te staan.

Zo schreef *HIV-nieuws*, een tweemaandelijks uitgave van de HIV Vereniging Nederland in een woedend redactioneel: 'Als in een krant door een wetenschapper zonder steekhoudend bewijs gesuggereerd wordt dat Aids minder het gevolg zou kunnen zijn van een HIV-infectie dan van een bepaalde (riskante) levensstijl, is dat misschien voor de één een interessant bericht, maar voor een ander die aan het vechten is om dat virus er onder te houden, een klap in het gezicht.'

Vloeken in de HIV-kerk, zoveel is duidelijk, wordt dus absoluut niet op prijs gesteld. Niet door aids-wetenschappers, niet door aids-hulpverleners, niet door de farmaceutische industrie, kortom, door niemand binnen het immense belangenennetwerk dat zich rondom de ziekte aids heeft genesteld. Wie niet meedoet, kan maar beter zwijgen, zoals de redactie van *HIV-nieuws* woedend suggereert: 'Nog beter zou het zijn om verhalen zonder deugdelijke bewijsvoering, die bijdragen aan een negatieve stigmatisering van mensen met Aids, helemaal niet te publiceren.'

Of het raadsel van de ziekte aids daarmee dichterbij een oplossing is, valt echter steeds sterker te betwijfelen.

[os van der Lans

SPINALE PIJNBESTRIJDING IN DE THUISZORG

Saskia van der Lyke
Eugenie van Miltenburg

Het ziekenhuis is niet meer de enige plaats waar condities zoals hygiëne toereikend zijn voor het gebruik van technologie. Een relatief jonge technologie die we sinds 1983 ook thuis aantreffen, is spinale pijnbestrijding (zie kader). Hoewel spinale pijnbestrijding in het ziekenhuis zonder al te veel problemen toepasbaar is, vers/oopt dit thuis niet altijd vlekkeloos.

Zijn in het ziekenhuis alleen de specialist, verpleegkundige, ziekenhuis apotheker en patiënt betrokken, in de thuissituatie breidt dit netwerk zich uit met de huisarts, de wijkverpleegkundige, de openbare apotheker, de mantelzorg. Soms is er ook een commercieel bedrijf of tussenpersoon ingeschakeld om de overdracht van technologie tussen tweede en eerste lijn mogelijk te maken. Naast de zorgaanbieders en de zorgontvangers spelen in beide gevallen ook de verzekeraar en de industrie een rol.

HET WEB

In het netwerk van betrokkenen bij spinale pijnbestrijding thuis hebben *producenten* en toeleveringsbedrijven van materialen een belangrijke plaats. Medische technologie voor de thuiszorg, waar spinale pijnbestrijding deel van uitmaakt, is voor de industrie een nieuw afzetgebied. Naast infusiepompen voor het reguliere gebruik in ziekenhuizen wordt er ingespeeld op de behoefte aan pompjes die geschikt zijn voor de ambulante patiënt thuis. In verschillende folders suggereren de leveranciers dat door het gebruik van hun pomp, patiënten de dagelijkse bezigheden weer geheel kunnen hervatten. Deze suggestie wordt opgewekt door een opa die met z'n kleinkind de dierentuin bezoekt of een man die een partijtje tennis speelt. Maar het ontwikkelen van geavanceerde apparatuur blijkt niet voor iedere fabrikant voldoende om de pompjes thuis in gebruik te krijgen. We zien dan ook dat een groep producenten een zogenaamd totaalpakket gaat aanbieden. 'Voor het welslagen van een thuisbehandelingsproject zijn immateriële aspecten minstens even belangrijk, zo niet belangrijker, als de materiële (...). Een samenspel van produkt, logistiek en dienstverlening.'² Ze breken hiermee barrières af die de afzet op de thuiszorgmarkt versperren. Naast het aanbieden van een dergelijk pakket probeert de industrie aansluiting te vinden bij de specialisten om de omzet en verkoop te vergroten. Een produktspecialist van een concurrerende firma zei ons dat de huidige marktleider de afgelopen vijf jaar een enorm goede job had gedaan door bij alle specialisten in de ziekenhuizen en ziekenfondsen de pomp onder de aandacht te

brenge. Als gevolg hiervan is de pomp van die producent er gewoon ingeramd.

De *specialisten* (meestal anaesthesiologen) hebben een sleutelpositie binnen het web van de betrokkenen. Zij bepalen immers welke patiënt voor deze technologie in aanmerking komt. Het bleek dat het aantal patiënten dat met spinale pijnbestrijding naar huis gaat over heel Nederland gezien niet evenredig verdeeld is. Een opmerkelijk verschil vonden we in een vergelijking tussen het ziekenhuis in Stadskanaal (200 bedden) en een ziekenhuis in Maastricht (700 bedden). Vanuit het laatstgenoemde ziekenhuis worden ongeveer 20 patiënten per jaar ontslagen met een spinaal catheter, in Stadskanaal ongeveer 200.

Er bestaan dus twee opvattingen onder anaesthesiologen. Die in Stadskanaal zien spinale pijnbestrijding voor de thuiszorg als wetenschappelijk onderzoeksgebied. Zij stimuleren de ontwikkeling door contacten te leggen met de industrie of een commercieel bedrijf. Ook hebben ze vaak overleg met zorgverleners in de eerste lijn. De anaesthesiologen in Maastricht juichen het gebruik thuis minder toe. Zij

zeggen dat er genoeg alternatieve behandelingsmethoden zijn. In Maastricht wordt er bijvoorbeeld meer gewerkt met mechanische zenuwblokkades (zie kader). Bovendien, zo zei een specialist, verliezen specialisten uit het ziekenhuis de grip op de behandeling thuis omdat het vaak aan organisatie van zorg ontbreekt.

Bij de *apothekers* is er discussie rond de vraag wie morfinecassettes maakt. Officieel is de bereiding van morfinecassettes voor spinale pijnbestrijding thuis een taak voor de apotheek van de desbetreffende patiënt. Maar in de praktijk prepareren de ziekenhuisapothekers vaak deze morfinecassettes. Ze doen dit enerzijds omdat ze over de parate kennis en middelen beschikken en anderzijds omdat zij het als service naar hun eerstelijns collega's zien. Een probleem dat zich voordoet is het vervoer van morfine. Bij wet is de (ziekenhuis)apotheker verplicht het medicijn ter hand te stellen ofwel van apotheek naar apotheek ofwel van apotheek naar patiënt. Dit blijkt makkelijker gezegd dan gedaan. Het gaat immers vaak om ernstig zieke mensen die eenvoudig niet in staat zijn aan de balie van de apotheek hun medicijn te halen. Voor dit probleem zijn ad hoc oplossingen gevonden. Zo hebben bijvoorbeeld groothandels van medicijnen zich opgesteld als vervoerbedrijf. Zij transporteren de morfine van de ene apotheek naar de andere. Ook wijkverpleegkundigen of de partner

Bij kankerpatiënten die ernstig pijn lijden is de gewone pijnstilling door tabletten of morfine(=opiat)injecties niet altijd afdoende. Als alternatief voor deze methoden kan men ook de medicijnen rechtstreeks toedienen in het ruggemerkkanaal. De pijnstillers komen op deze manier rechtstreeks terecht bij het ruggemerg, dat onderdeel uitmaakt van het centrale zenuwstelsel, en kunnen zo de pijngevoelens onderdrukken. Men noemt dit spinale (=met betrekking tot het ruggemerg) pijnbestrijding. De patiënt moet in het ziekenhuis worden opgenomen voor het inbrengen van een slangetje (catheter) in het ruggemerg. Deze catheter wordt aangesloten op een elektronisch infusiepompje dat de patiënt met zich mee kan dragen. Aan het pompje zit een cassette met daarin in de meeste gevallen morfine. Het pompje kan zodanig geprogrammeerd worden dat er continu een bepaalde hoeveelheid morfine toegediend wordt. Het is ook mogelijk dat de patiënt bij erge pijn zichzelf door een druk op de knop een extra dosis morfine toedient. Deze vorm van pijnbestrijding wordt pas toegediend wanneer andere vormen van pijnbestrijding niet meer toereikend zijn. Als alternatieven voor deze vorm van pijnbestrijding worden ook wel mechanische zenuwblokkades gereali-seerd of dient men een opiaat toe onder de huid of rechtstreeks in de bloedbaan.



De 'Provider'een pompje voor de ambulante patiënt thuis

van de patiënt fungeren soms als intermediair. Verder zijn er couriersdiensten vanuit de apotheek ontstaan, die bij wijze van service het opiaat thuis brengen.

Zoals uit bovenstaande blijkt heeft niet iedere openbare apotheker evenveel belang bij de specifieke bereiding van morfinecassettes voor gebruik thuis. De apothekers die hier negatief tegenover staan zeggen dat het gaat om een voor hen dure, specialistische bereiding waar ze geen extra vergoeding voor ontvangen. We hebben ook enkele openbare apothekers gevonden die deze bereiding wel op zich nemen. Het hoort volgens deze groep bij hun taak, zij zien het prepareren van morfinecassettes als kennisuitbreiding.

Ook de huisarts is een belangrijke schakel in het netwerk rond spinale pijnbestrijding thuis. De cruciale vraag hier is: wil en kan een huisarts een dergelijke behandeling coördineren. Er zijn bij de huisartsen, evenals bij de openbare apothekers, twee verschillende reacties waarneembaar. Er is een groep huisartsen die de coördinatie verricht rondom deze technologie. Zij zien zichzelf als centrale figuur in de begeleiding van patiënten met chronische pijn thuis, ook wanneer het spinale pijnbestrijding betreft. Met de introductie van een dergelijke technologie in hun praktijk breiden ze hun kennis uit. Soms gaat dit in nauwe samenwerking met de specialisten uit het ziekenhuis, regelmatig worden er speciale bijscholingscur-

sussen gevolgd. Daar staat een grote groep huisartsen tegenover die zich niet (meer) als centrale schakel opstelt. Voor hen is spinale pijnbestrijding thuis en de daarmee gepaard gaande coördinatie een zaak voor de specialisten. Ze zijn naar hun mening te weinig geschoold voor dergelijke specifieke technologieën.

De wijkverpleegkundigen zijn evenals de apothekers en huisartsen verdeeld. Er zijn wijkverpleegkundigen die zich omwille van de continuïteit, van zorg uitgesproken hebben voor hulp bij spinale pijnbestrijding in de thuiszorg. Ze stellen echter wel als voorwaarde dat er een schriftelijk vastgelegd autorisatieverzoek van de arts aanwezig is. De andere groep wijkverpleegkundigen weigert hierbij hulp te verlenen. Het gaat hier volgens hen om medisch handelen waarvoor ze juridisch niet gedekt zijn en ook geen extra betaling ontvangen. De totale verpleegkundige beroepsgroep is zeer verdeeld in hun reactie op deze nieuwe technologie thuis. Op het moment dat een wijkverpleegkundige weigert te handelen wordt deze handeling vaak toch verricht door een verpleegkundige uit een ander dienstverband. Zo komt het voor dat er verpleegkundigen uit het ziekenhuis bij wijze van uitzondering naar de patiënt thuis gaan. Deze groep hecht grote waarde aan de continuïteit, van zorg. Tevens zijn er verpleegkundigen in dienst van particuliere of aanvullende thuis-

zorgbureaus en verpleegkundigen in dienst van commerciële bedrijven die juist zorg op zich nemen waar de zogenaamde reguliere zorg (het kruiswerk) niet garant voor staat.

De verzekeraar, die ook deel van het netwerk ljoitmaakt, weet dat spinale pijnbestrijding sinds april 1991 een AWBZ-verstrekking geworden is. De manier van betalen is daardoor wettelijk geregeld en op papier betrekkelijk eenvoudig. Er is echter nog steeds een grote mate van beleidsvrijheid met betrekking tot de vergoeding van deze technologie. De richtlijnen zijn, zo blijkt uit de praktijk, op verschillende manieren te lezen. Zo komt het voor dat de ene verzekeraar alleen de apparatuur vergoedt en een andere verzekeraar zowel de apparatuur als ook de totale zorg daaromheen.

Ook de patiënten en hun omgeving reageren wisselend op de intrede van spinale pijnbestrijding thuis. De huidige technologie biedt patiënten op de eerste plaats een mogelijkheid bestaande chronische pijn te verminderen zonder dat ze daarvoor de eigen omgeving hoeven te verlaten. Dit geeft vaak meer levensvreugde en comfort. Toch brengt de pomp ook angst en bezorgdheid met zich mee. De patiënt is van het apparaatje afhankelijk geworden maar heeft daar zelf niet alle controle over. Naast lichamelijke ongemakken, zoals de bijwerkingen van de medicijnen en het inbrengen van de catheter, zijn er ook emotionele problemen. Een patiënte vertelde ons over de angst die ze had dat de pomp uit bed zou vallen. Bovendien zei ze bang te zijn dat verzorgers bij problemen niet tijdig bij haar thuis zouden kunnen komen.

De minder plezierige kanten van de behandeling zijn vooral ook voor de mantelzorgers merkbaar. Ondanks het feit dat ze dankbaar zijn dat hun naaste minder pijn hoeft te lijden, brengt een patiënt met spinale pijnbestrijding thuis altijd extra zorg met zich mee. Lang niet altijd worden met de mantelzorgers de consequenties van een dergelijke behandelwijze doorgenomen. Soms wordt de naaste gevraagd de morfine bij de apotheek halen, een andere keer wordt er aangenomen dat zij de morfinespuiten of de cassette verwisselen. Dit laatste kan het geval zijn wanneer huisarts en wijkverpleegkundige tot de groep behoren die negatief ten opzichte van deze behandeling thuis staat.

INTERMEZZO

Tussen maar vooral ook binnen de beroepsgroepen onderling bestaan sterke verschillen. Door de invoering van dit soort technologieën thuis laaien de discussies over de identiteit, van de beroepen binnen de eerste lijn weer op. Die discussies over de taakopvatting zijn niet los te zien van de context. De betrokkenen in een bepaald netwerk dat geografisch aan te duiden is, beïnvloeden elkaars positie en handelen. Zo staan in de noordelijke provincies met name wijkverpleegkundigen opvallend positief

ten opzichte van hulp bij deze pijnbestrijdingsmethode. Om dat te verklaren moeten we de de totale context aldaar nader beschouwen.

In het noorden worden sinds lange tijd relatief meer spinale catheters uitgezet. In Stadskanaal zit een zeer enthousiast team van anaesthesiologen dat sinds het begin van de jaren tachtig in samenwerking met de industrie wetenschappelijk onderzoek verricht naar spinale pijnbestrijding. Het toeval wilde dat de Ziekenfondsraad in 1987 een experiment 'Intensieve Thuisverpleging' startte en het noorden als proefregio aanwees. Dit betekende dat de vergoeding van materialen en hulp bij spinale pijnbestrijding thuis al bij de introductie in de thuiszorg redelijk onproblematisch was. Het project vroeg om samenwerking tussen tweede en eerste lijn, tussen ziekenhuis en thuiszorg. Dit gold ook voor de apothekers in beide lijnen. Hoewel het gereed maken van morfme-cassettes begin jaren tachtig gedaan werd door ziekenhuis apothekers, gebeurt dit nu veelal door de openbare apothekers. De wijkverpleegkundigen zijn het ziekenhuis ingegaan om daar bijscholing te ontvangen. Inmiddels is er geld en vrouwkracht beschikbaar gekomen om de transmissie van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn soepel te doen verlopen. Door het Groene Kruis is hiertoe een speciale medewerker aangetrokken. Huisartsen zijn bereid de wijkverpleegkundigen te machtigen tot het geven van hulp bij de thuisbehandeling en de wijkverpleegkundigen zijn inmiddels dermate deskundig dat huisartsen hun dit graag toebedelen.

Vergelijken we deze situatie met die van het zuiden, bijvoorbeeld met het gebied rondom Maastricht dan zijn er vele verschillen waarneembaar. Om te beginnen sturen de specialisten, zoals eerder al gezegd, veel minder mensen met spinale pijnbestrijding naar huis. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en openbare apothekers komen er dan ook nauwelijks mee in aanraking. De coöperatie tussen eerste en tweede lijn (op dit gebied) berust op ad hoc beleid en op de inzet van de individuele professionals.

Zetten we nu beide kaders waarbinnen beroepsgroepen verschillend reageren naast elkaar, dan is het niet verwonderlijk dat wijkverpleegkundigen in het noorden van het land zich uitgesproken hebben vóór hulp bij spinale pijnbestrijding thuis en die in het zuiden tegen. Het blijkt dat de context de handeling bepaalt.

IN BEWEGING

De gevolgen van invoering van spinale pijnbestrijding thuis zijn aanzienlijk; de gezondheidszorg wordt in beweging gezet. Grenzen tussen ziekenhuis en thuiszorg verschuiven; was het tot voor kort ondenkbaar dat de wijkverpleegkundige het ziekenhuis in kwam en de ziekenhuisverpleegkundige thuis, met de technologie als leidraad verlaten zij hun (eerder) zorgvuldig afgebakende domeinen. Hierdoor boet het aanvankelijk generalistische karakter van de eerste lijn en het specialistische karakter van de tweede lijn aan kracht in. Er ontstaat een zorgcircuit, door de lijnen heen. Maar

de technologie doet meer; er worden nieuwe verbintenissen aangegaan tussen bijvoorbeeld ziekenhuis en kruiswerk of commercie en reguliere zorg. Er komen nieuwe deelnemers in het zorgnetwerk, zoals de servicebedrijven van apothekers en facilitaire bedrijven die tussen het ziekenhuis en thuis opereren. Er worden protocollen ontwikkeld, de AWBZ wordt gewijzigd, en discussies over de identiteit, van beroepen laaien op.

Met het naar huis komen van een technologie worden de verantwoordelijkheden voor het gebruik gedeeltelijk uit handen genomen van de professionals en bij de mantelzorg en patiënt neergelegd. Dit heeft verstrekkende gevolgen voor de organisatie van zorg. De belanghebbers in de thuiszorg zijn genoodzaakt met elkaar samen te werken om zo spinale pijnbestrijding thuis werkzaam te laten zijn. Dit is veel omslachtiger dan samenwerken in het ziekenhuis. Hiertoe zijn nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan. Zo is er in Oost-Gelderland een koppeling ontstaan tussen reguliere en commerciële hulpverlening. Er is daar een samenwerkingsverband tussen specialisten en een facilitair thuiszorgbedrijf dat alle technische ondersteuning geeft bij de infusiepomp thuis. In Groningen is het hiaat tussen ziekenhuis en thuis opgevuld met een speciale functionaris die de overdracht tussen tweede en eerste lijn voor haar rekening neemt. Deze ontwikkelingen brengen voor de verschillende deelnemers in het netwerk een verandering in verantwoordelijkheid en takenpakket met zich mee.

Technologie en praktijk zijn constant in samenspel waarbij grenzen verschuiven, doorkruist worden en andere vormen krijgen. Pas als alle betrokkenen een stevig netwerk vormen kan spinale pijnbestrijding thuis gerealiseerd worden.

Saskia van der Lyke is assistent in opleiding vakgroep beleidswetenschap, Rijksuniversiteit Limburg en Eugenie van Miltenburg is projectmedewerkster Westeinde ziekenhuis

Den Haag.

Met dank aan: prof dr. H. Philipsen en drs. R. de Wilde.

Noten

1. De auteurs zijn in augustus 1991 afgestu-deerd in de gezondheidswetenschappen. Dit artikel werd geschreven naar aanleiding van hun afstudeerscriptie: *Spinale pijnbestrijding in de thuiszorg. Sociale constructie van medische technologie*. April 1992 verscheen er ook een artikel: 'Verpleegkunde en techniek: een grensverleggende ontwikkeling' in het Tijdschrift voor Maatschappelijke Gezondheidszorg. Het onderzoek betrof een literatuuronderzoek, waarbij boeken, artikelen, beleidsnota's en informatiefolders bestudeerd zijn. Daarnaast zijn er 25 interviews gehouden. De literatuur bracht de onderzoekers naar mensen die gepubliceerd hadden over spinale pijnbestrijding thuis. Het bleek dat de regio's Zuidoost-Gelderland, Drenthe en Groningen daarbij relatief goed vertegenwoordigd waren. Vervolgens leverden de aldaar geïnterviewden nieuwe personen aan (de sneeuwbalmethode). Het opsporen van kandidaten om te interviewen is beëindigd toen de reeds gekende personen geen nieuwe namen meer noemden.
2. Citaat uit een reclamefolder van de firma Baxter b.v. een voorbeeld van een totaalpakket van de firma Klinerva: 'Het (...) huurpakket houdt in: het gebruik van de pomp, het gebruik van P. disposables te weten medicamentreservoirs cassette, per patiënt een draagtas, het gebruik van zilveroxide- en lithiumbatterijen, begeleiding bij de patiënt thuis, instructie intra- en extramurale betrokkenen, cascoverzekering van de pomp gedurende het verblijf bij de patiënt buiten het ziekenhuis, een 24-uurs service ten einde het technisch functioneren van de P. zeker te stellen.'
3. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Sinds 1 april 1991 is de verstrekking van 'draagbare, uitwendige infusiepomp voor toediening van opiaten ter behandeling van pijn die niet op andere wijze adequaat bestreden kan worden' geregeld via de AWBZ. Artikel 23 en bijlage 9 behorende bij artikel 23, vierde lid geven richtlijnen voor zorgverzekeraars.

HOEVEEL GEZONDHEIDSZORG IS GENOEG?

Deze Post

It is een onderzoek van de Newyorkse journaliste Lynn Payer is bekend dat er in de landen als Amerika, Frankrijk, Duitsland en Engeland een zeer groot verschil wordt aangetroffen in de hoeveelheid gezondheidszorg. Er is dus blijkbaar een eenduidige opvatting in de geneeskunde hoeveel zorg genoeg is. Dat komt met, doordat de hoeveelheid ziekten per land zoveel anders is. De bepalende factoren zijn de aard van de bevolking, de opvatting van de in het land werkzame dokters en de invloed van de media. Het geheel van culturele waarden en normen dat onder de genoemde factoren ligt zal dus de omvang van de zorgverlening voor een groot deel beïnvloeden.

Er zijn niet alleen verschillen tussen landen maar ook binnen één land. In Amerika wordt al 20 jaar onderzocht. Met name Wennberg en ook Roos c.s. vonden grote verschillen in het aantal opnamen in ziekenhuizen, en in het uitvoeren van bepaalde operaties. Zo worden er in de ene regio veel meer baarmoeders verwijderd dan in de andere. De verschillen worden toegeschreven aan onzekerheid van de artsen, aan een variatie in werkstijl en aan de eigen van patiënten.

Ook in ons land wordt onderzoek gedaan. In 1989 verscheen het onderzoeksrapport van de door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) ingestelde commissie-Hoefnagels. Zij signaleerde enorme verschillen tussen gezondheidsregio's in de hoeveelheid specialistische zorg. Het vermoeden van de commissie dat deze afwijkingen te maken hebben met variaties in werkstijl en praktijkvoering van betrokken specialisten werd bevestigd in het onlangs gepubliceerde onderzoeksrapport *Hier meer, daar minder...* van het ziekenfonds Het Groene Land.^{6,7} In 27 gemeenten die onderdeel zijn van de werkgebieden Zwolle en Twente van dit ziekenfonds werden de verschillen in medische consumptie geïnventariseerd. In de gemeente met het hoogste aantal opnamen in ziekenhuizen bleken vier maal zoveel mensen opgenomen te worden als in de 'laagste'. Ook het aantal uitgevoerde klinische en poliklinische verrichtingen varieerde sterk. In de 'hoogste' gemeente werden vijf maal zoveel ingrepen per 1000 verzekerden uitgevoerd en zeven maal zoveel poliklinische verrichtingen gedaan als in de 'laagste' gemeente. Deze verschillen tussen gemeenten waren niet toe te schrijven aan het aantal uitkeringsgerechtigden, alleenstaanden of aan het sterftecijfer per gemeente. Alleen het aantal bejaarden kon voor een klein deel de verschillen in medische consumptie verklaren.

WERKSTIJL

Om meer zicht te krijgen op de invloed van artsen op de medische consumptie werden de adherentie-gebieden van de specialisten van de elf aanwezige ziekenhuizen als indeling genomen. Dat zijn de gebieden van waaruit de specialisten hun patiënten betrekken. Dat leverde duidelijke cijfers op. Zo werden in

het ene ziekenhuis uit de adherente bevolking bij de chirurg zestien patiënten per 1000 inwoners per jaar opgenomen en in een ander gebied bijna dertig. Andere opvallende cijfers zijn dat er in het ene gebied één liesbreukoperatie per 1000 inwoners werd uitgevoerd, terwijl dat in een ander gebied meer dan drie operaties waren. Ook het aantal borstoperaties verschilde met een factor 4: in het 'hoogste' gebied werden vier maal zoveel borstoperaties gedaan als in het 'laagste'. Ditzelfde verschil troffen we ook aan ten aanzien van baarmoederoperaties. Met name het aantal beschikbare specialisten beïnvloedt deze verschillen: Hoe meer specialisten in een ziekenhuis werkzaam waren des te hoger was de produktie in het adherentiegebied.

Een derde analyse werd verricht naar de hoeveelheid opnamen en verrichtingen per 100 aangeboden patiënten per specialisme en per ziekenhuis. Van de aangeboden patiënten aan de chirurg werd in het "laagste" ziekenhuis 18% opgenomen en in het "hoogste" ziekenhuis 55%. Voor de overige onderzochte specialismen vonden we dezelfde grote verschillen. Bij de cardiologen zien we tussen de ziekenhuizen een verschil in hartcatheterisaties van een factor 4. Dit betekent dat men in het ene ziekenhuis een vier maal grotere kans heeft om te worden gecatheteriseerd als in het andere ziekenhuis.

Ook bij deze verschillen is een samenhang te zien met het aanbod van bejaarden en het aantal aanwezige specialisten per maatschap. Hoe meer bejaarden in de aangeboden populatie des te meer verrichtingen worden er gedaan en hoe meer specialisten des te meer ingrepen.

Dit verband is echter onvoldoende om alle verschillen te verklaren. Wij komen tot dezelfde bevindingen als de commissie Hoefnagels namelijk dat er wel werkstijlverschillen moeten bestaan, die bepalend zijn voor de hoeveelheid aangeboden zorg. Deze werkstijlverschillen hebben zeker te maken met een bepaalde mate van ondoelmatigheid in de zorgverlening. Het kan niet even doelmatig zijn als er in het ene gebied en het ene ziekenhuis veel meer hartcatheterisaties worden verricht dan in het andere gebied.

Idealerweise zou het verschil in zorgverlening moeten kunnen worden verklaard uit de ziekte-toestand van de bevolking. Ziekenfonds Het Groe-

ne Land onderzocht in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Groningen de relatie tussen de morbiditeit, de ervaren gezondheidstoestand en de medische consumptie, te weten het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.⁸

Meer dan 1000 inwoners in het werkgebied van Het Groene Land in Zwolle/Meppel werden geënkquêteerd. Er werd gevraagd naar de gezondheidstoestand en naar het bezoek aan huisarts, specialist of ziekenhuis. Een groot deel van de inwoners, namelijk 85%, ervoerde hun gezondheid als matig tot zeer goed. Slechts 15% ervoerde de gezondheid als minder goed tot slecht. Toch werden er wel veel klachten gerapporteerd. Tussen 30 en 42% van de bevolking heeft last van de spieren, rugpijn of moeheid.

Het bleek dat mensen met een slechtere gezondheid meer de huisarts bezoeken. Merkwaardig genoeg is het niet zo dat mensen die hun gezondheid als slechter ervaren, meer worden verwezen naar de specialist of meer in het ziekenhuis worden opgenomen. De mate van ziek zijn en de ervaren gezondheid staan dus niet direct in verband met het gebruik van deze tweedelijns gezondheidszorgvoorzieningen. Blijkbaar spelen andere factoren een rol, zoals de verwijsgeneigdheid van de huisarts en de aanwezigende werking van de specialist.

DOELMATIGHEID

Uit het onderzoek *Hier meer, daar minder...* blijkt dat er een groot verschil is in zorgverlening per ziekenhuis en per specialistenmaatschap. Het is niet eenvoudig aan te duiden waardoor die verschillen kunnen worden verklaard. Vermoedelijk spelen de opvattingen van de artsen en hun werkwijzen een grote rol. De verschillen wijzen erop dat artsen niet op dezelfde manier op klachten van patiënten reageren. De ene arts doet meer en ander onderzoek dan de andere. De ene arts doet ook eerder een bepaalde ingreep bij een afwijking dan de andere. Met name onderzoek op het terrein van de indicatiestelling kan verhelderende inzichten bieden. We zullen bijvoorbeeld moeten weten waarom de ene arts bij lichte klachten al een baarmoeder verwijderd terwijl de andere specialist het nog met medicijnen probeert. Een onderzoek op het niveau van de patiëntendossiers wordt momenteel voorbereid.

Vaststaat wel dat we zitten met het probleem van de doelmatigheid. De verschillen in omvang van zorgverlening kunnen een aanwijzing zijn voor het oneigenlijk gebruik of aanbieden van zorg, en dus voor nodeloze kosten. Bovendien heeft het ook te maken met de kwaliteit van de zorg. Een van de kwaliteitsaspecten is het bereiken van het optimum in zorgverlening. Een tekort aan zorg kan schade geven aan de gezondheid, maar ook een teveel aan zorg, de



Steeds snellere en steeds duurdere apparatuur

zogenaamde overservicing, kan de patiënt schade berokkenen. De specialistenmaatschappen die erg veel productie maken zouden aan overservicing kunnen doen en ondoelmatig zijn in het toepassen van de verschillende behandelingen en diagnostische procedures.

15% REK

Onderzoek naar de verschillen in zorgverlening kan een inzicht geven in het overmatig gebruik van de gezondheidszorgmiddelen. Uit berekeningen blijkt dat er nog een vijftien procent rek bestaat in de middelen, met andere woorden dat er vijftien procent bespaard zou kunnen worden in de zorgverlening als men het overmatig gebruik zou terugdringen. Dit overmatig gebruik heeft dus grote kostenconsequenties en daarom is onderzoek naar de verschillen en het bespreekbaar maken hiervan bij de zorgverleners van belang. Enerzijds kunnen de verschillen aanleiding geven tot een stimuleren van intercollegiale toetsing, anderzijds kan het een rol spelen bij afspraken over de hoeveelheid door de ziektekostenverzekeraar te betalen productie.

Intercollegiale toetsing heeft tot doel om de zorg zo goed mogelijk te verlenen. Dat houdt in dat er niet te weinig en niet te veel gebeurt. In feite kunnen onderzoeksgegevens, zoals die van Het Groene Land, worden gebruikt, om het ma-

ken van behandelingsprotocollen te stimuleren. Naar aanleiding van het grote verschil in aantallen baarmoederoperaties zou een protocol moeten worden gemaakt waarin duidelijk de indicatiestelling voor het uitvoeren van deze operatie wordt vastgesteld.

Voor het beleid in de gezondheidszorg hebben de verschillen in die zin consequenties dat er nagedacht zal moeten worden over het stimuleren van de doelmatigheid. Dit zou bijvoorbeeld kunnen geschieden door aan specialisten een budget te geven waarvoor ze de zorg dienen te verlenen. Het open eind in de declaratiemogelijkheid moet verdwijnen. Meer en meer zal er tot een abonnementsachtige honoreringsstructuur moeten worden gekomen. Het zou te betreuren zijn als de huisartsen deze structuur weer gaan verlaten, zoals dat momenteel dreigt te gebeuren.

In het nieuwe verzekeringsstelsel zullen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders via het contract afspraken moeten maken over de omvang en de prijs van de zorg. Naar mijn oordeel zal het niet haalbaar zijn om dan tot beperkingen te komen in de zorgverlening. De aanbieders van zorg zullen zich blijven beroepen op de professionele autonomie, hetgeen inhoudt dat de vrijblijvendheid aanwezig blijft. Het contracteren is een bezigheid waarbij twee partijen

betrokken zijn. Als één partij niet wil meedoen aan deze activiteit zal het niet tot een contract komen. Ik vrees dat in de toekomst het loslaten van overheidsregulatie zal leiden tot een kostenexplosie. Willen we de zorg optimaliseren én betaalbaar houden dan zullen kaders hiervoor moeten worden geschapen door de overheid.

Ons onderzoek wijst erop dat er in de zorgverlening, het volume en de kosten zodanige verschillen zijn dat het niet anders kan, dan dat er van een overservicing op onderdelen sprake is. Om dat terug te dringen en om de doelmatigheid te bevorderen is er naast de marktwerking een wettelijke regelgeving nodig. Als deze niet tot stand komt, zullen we te maken krijgen met een autonome groei in de gezondheidszorg die moeilijk valt te beheersen.

Het zou goed zijn om ook de patiënt eens te betrekken bij de discussie over de omvang van de zorg. Zou het ook niet goed zijn om de patiënt te informeren over de productiecijfers van de verschillende ziekenhuizen, zodat hij kan kiezen? Het is immers absoluut zo dat hij in het ene ziekenhuis meer kans loopt op een ingreep dan in het andere ziekenhuis. Zou de patiënt dit niet moeten weten? Misschien iets voor het patiëntenbeleid om over na te denken.

Dr. Doeke Post is sociaal geneeskundige, werkzaam als medisch adviseur en hoofd afdeling 'onderzoek en oncikking' van het ziekenfonds 'Het Groene Land' te Zwolle

Noten

1. L. Payer, *Medicine and Culture*, Henry Holt and Comp., New York, 1988.
2. J.E. Wennberg en A. Gittleson, 'Variations in medical care among small areas'. In: *Scientific American*, 246(4): 100, 1982.
3. N.P. Roos, G. Flowerdeus, H. Wadja en R.B. Tate, 'Variations in physicians' hospitalization practice'. In: *Am.J.Public Health* 6:45, 1986.
4. K.L.J. Hoefnagels e.a., *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen* 1985. Rapport Onderzoekscmissie KNMG, 1989.
5. D. Post, *Hier meer, daar minder....* Rapport Het Groene Land, Zwolle, 1990.
6. A.F. Casparie, R. Geschiere, D. Post en W.H. van Harten, 'Verschillen in zorgverlening tussen 11 KNO-maatschappen in 2 ziekenfondsregio's'. In: *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* 17: 754-758, 1991.
7. W.H. van Harten, A.F. Casparie en D. Post, 'Verschillen in specialistische zorgverlening'. In: *Medisch Contact* 26: 811-814; 27(28): 849-851 en 29(30): 879-881, 1991.
8. C.W. Bajema, J.R. Boelema en J.W. Groothoff, *Morbiditeit en medische consumptie*. Het Groene Land/Rijksuniversiteit Groningen, 1991.

RATIONEEL ARTSENGEDRAG

De gezondheidszorg soms op bespot-
te wijze geld over de balk gooit, is al-
bekend. Voor wie zo gauw geen
geld weet, heb ik hier er hele mooie:
~x,nijdenis van moslimjongens.

~:~: cultureel en religieus opzicht is zo'n
~önijdenis voor de jongen en zijn familie
kan grote betekenis; in medisch opzicht is
~:~: Een behandeling van niks. Je moet het
alleen een beetje schoon en netjes doen.
Precies daar zit een probleem.

Thuis (lees: in een achterkamertje) is het
meestal niet schoon genoeg. In een zie-
kenhuis natuurlijk wel, maar de verzeke-
raars vergoeden - terecht! - besnijdenis in
een ziekenhuis alleen, als daar een medi-
sche reden voor is. Religieuze en culture-
le achtergronden vallen hooguit onder de
categorie 'sociale indicatie'.

Meestal is die medische reden er niet.
Geen nood: de gemiddelde Nederlandse
huisarts is een lenig denker, die eenvou-
dig een medische indicatie kan verzinnen.
De consequentie van die terechte weerzin
tegen achterkamertjes is peperduur: in het
ziekenhuis kost de ingreep een slordige
3500 gulden.

Onlangs besneed in een Rotterdams
buurthuis een specialist 25 jongens tij-
dens een min of meer feestelijke happe-
ning. Schoon en goedkoop. Voor de kos-
ten van de sessie in het buurthuis betaal-
den de ouders zelf. Ze bespaarden daar-
mee de verzekeraars ruim een ton.

De Gezondheidsraad noemde in zijn rap-
port *Medisch handelen op een twee-
sprong* ook leuke voorbeelden. Zoals dat
van die hartspecialist die zijn patiënten
eerst uit het ziekenhuis ontslaat om hen
een paar dagen weer te laten terugkomen
voor een electrocardiogram. Een nieuw
medisch inzicht? Welnee: zo'n EeG ach-
teraf kan alleen apart gedeclareerd wor-
den in het kader van een poliklinische na-
controle. Dat onze hartspecialist daarmee
de verzekeraars - lees: de premiebetaler -
met extra kosten opzadelt, is zijn zorg
niet. Althans: nóg niet, als het aan mij
ligt.

Dat rapport van de Gezondheidsraad -

nog geschreven op verzoek van de vorige
staatssecretaris voor Volksgezondheid,
Dees - heeft nog veel meer fraaie voor-
beelden. Patiënten terug laten komen na
een jaar plus twee dagen, zodat je een ex-
tra verwijfskaart kunt uitschrijven. Of te-
gen het einde van de dag een keizersnede
uitvoeren bij een traag verlopende beval-
ling. Peperduur, maar je hoeft tenminste 's
avonds niet meer aan de slag.

Medisch handelen op een tweesprong had
- als het aan Dees had gelegen - een lijstje
moeten opleveren van overbodige medi-
sche verrichtingen. Dat lijstje is er niet
gekomen; volgens vice-voorzitter Borst-
Eilers van de Gezondheidsraad omdat het
'een naïeve hoop van de staatssecretaris
was, dat zo'n lijstje vanzelf zou leiden tot
rationeel artsengedrag'.

Dat Dees' hoop naïef was, klopt. Maar
dat lijstje moest er toch maar wel komen.
Het zal niet 'vanzelf' leiden tot besparin-
gen, maar via een omweg wel. De denk-
fout van Borst-Eilers is namelijk, dat ze
meent dat rationeel artsengedrag hetzelf-
de is als goedkoper werken.

De voorbeelden laten immers heel erg ra-
tioneel artsengedrag zien. Het is wel niet
de ratio van de verantwoorde geneeskun-
de, maar er bestaat toch ook een economi-
sche ratio? De arts wordt beter van ver-
kwisting, en dat moet anders. Je kunt be-
ter de economische ratio als uitgangspunt
nemen: medische beroeps moeten er beter
van worden als ze een bezuiniging weten
te realiseren.

In het bedrijfsleven hebben ze daar al
sinds 1925 - toen Philips ermee begon -
een slimigheid voor: de ideeënbus. Wie
een idee heeft om het productieproces
slimmer te laten verlopen, deponert dat
in de bus. Leidt het idee tot een bespa-
ring, dan krijgt de uitvinder een beloning
die groter is naarmate het om meer geld
gaat.

Landelijk is voor de ideeënbusen ook
een vereniging: het Ideeëncentrum in Den
Haag (070-3180180). Bij die vereniging
zijn 455 leden aangesloten. Merendeels
grote bedrijven, de rijksoverheid en een

aantal ziekenfondsen. Opmerkelijk ge-
noeg zijn er maar vijftien ziekenhuizen
lid. Als in de gezondheidszorg een idee
gehonoreerd wordt, heeft dat volgens een
van de pioniers, het Diaconessenhuis in
Utrecht, meestal te maken met de algeme-
ne bedrijfsvoering. Ideeën over een effi-
ciëntere aanpak van de hulpverlening ko-
men er nauwelijks binnen. Kennelijk ont-
beren medische professionals deze vorm
van kostenbewustzijn.

Waarom worden niet alle ziekenhuizen lid
van het Ideeëncentrum? Als dat nog niet
genoeg ideeën oplevert, zou overwogen
kunnen worden om alle medische beroeps
met een inkomen van meer dan een ton te
verplichten per jaar met minstens één idee
te komen.

Ik hoef voor dit idee niets te hebben.

Nico de Boer

PATIËNTENORGANISATIES WORDEN DE DERDE PARTIJ IN DE GEZONDHEIDSZORG

Eric Verkaar

De commissie-Dekker introduceerde in 1987 de marktwerking tussen de drie partijen in de gezondheidszorg: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekeren.' Staatssecretaris Simons volgde die koers'', zodat de verhoudingen in de gezondheidszorg essentieel aan het veranderen zijn. De patiënt/consument wordt de derde partij. Wat moet de strategie zijn van de Nederlandse patiëntenbeweging om een zo machtig mogelijke derde partij te zijn? Niet langer moet de beïnvloeding van overheid en adviesorganen voorop staan, meent Eric Verkaar.' De patiëntenbeweging moet vooral de patiënt aanmoedigen zich als kritische consument te gedragen: iemand die zelf zijn zorg kiest, zich daarvoor ook verzekert en die, als de premie te hoog is of het pakket niet goed, gaat onderhandelen of naar een ander gaat.

Momenteel wordt op landelijk niveau de realisatie van één federatie van patiëntenorganisaties voorbereid. Patiëntenorganisaties kunnen worden onderscheiden naar algemene en categoriale organisaties (basisorganisaties) en platformen.'

Algemene patiëntenorganisaties houden zich niet met één specifiek probleem bezig. Zij zijn vaak actief ten aanzien van voorzieningen, zoals een gezondheidscentrum of ziekenhuis. Algemene patiëntenorganisaties zijn veelal plaatselijk georganiseerd en hebben een landelijk overkoepelend verband, namelijk de Nederlandse Vereniging van Algemene Patiëntenorganisaties (NVAP).

Categoriale patiëntenorganisaties houden zich bezig met één specifieke problematiek of ziek-

te. Hun achterban bestaat uit mensen die zelf aan een ziekte lijden of met een specifiek probleem kampen, of hun familieleden. Categoriale patiëntenorganisaties zijn veelal landelijk georganiseerd en kennen in ongeveer de helft van de gevallen plaatselijke of regionale afdelingen. In het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LPCP) zijn de elf landelijke organisaties vertegenwoordigd, onder meer de Gehandicaptenraad en de Consumentenbond.

Patiëntenplatforms tenslotte zijn samenwerkingsverbanden op lokaal, regionaal en provinciaal niveau van categoriale en algemene patiëntenorganisaties. Zesendertig van deze platformen hebben zich georganiseerd in het Landelijk Overleg van Decentrale patiënten/

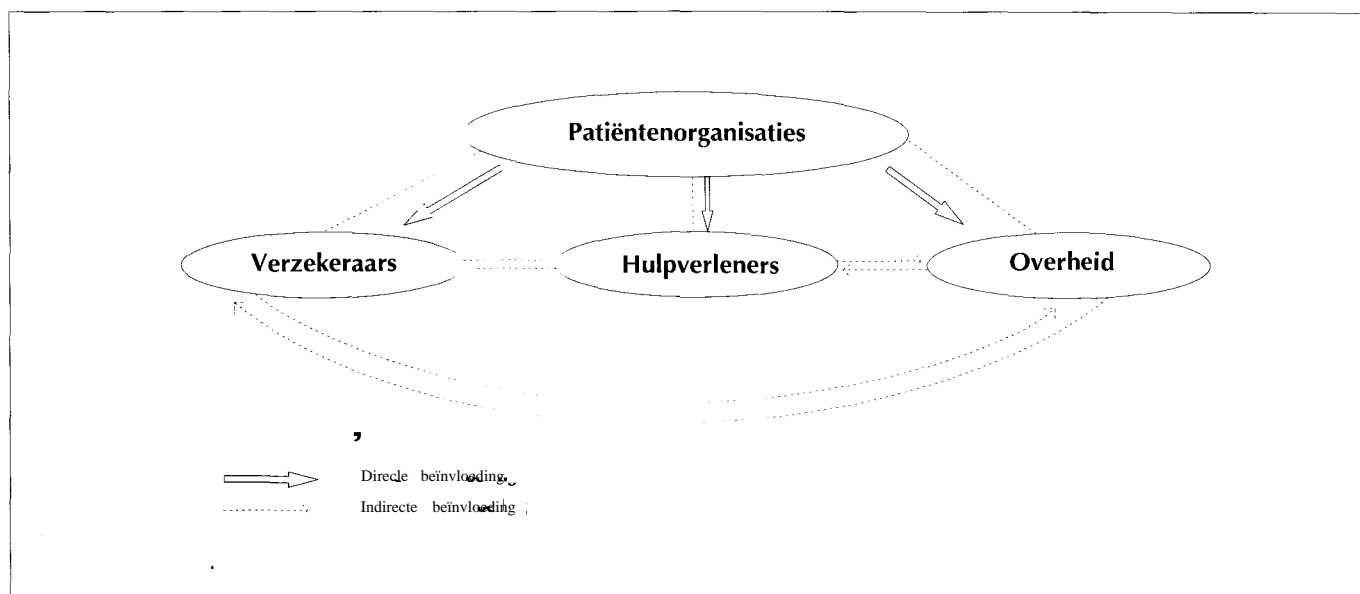
consumenten Platforms (LODEP).

In de federatie i.o. zullen het LPCP, het LODEP en de Werkgroep 2000, die patiëntenorganisaties ondersteunt, participeren.

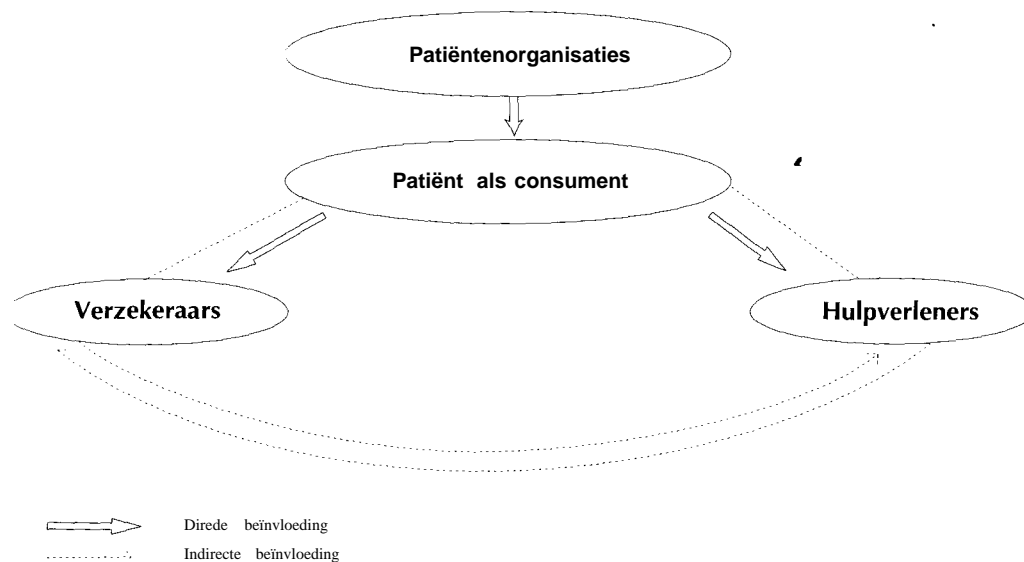
BEÏNVLOEDEN

Patiëntenorganisaties streven naar verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een probleem daarbij is dat ze geen directe zeggenschap hebben over die (kwaliteit van de) gezondheidszorg. Andere 'partijen' in de gezondheidszorg hebben die zeggenschap wel en een van de mogelijkheden om ook zeggenschap te verwerven is dan ook deze partijen rechtstreeks te benaderen en tot veranderingen en verbeteringen te motiveren. Het kan daarbij gaan om rechtstreekse beïnvloeding, bijvoorbeeld door hulpverleners te overtuigen van een verbetering van de hulpverlening. Ook indirecte beïnvloeding is een mogelijkheid, door een van de partijen druk op de ander te laten uitoefenen. Bijvoorbeeld door de overheid of verzekeraars te overtuigen van een verandering en deze op hun beurt weer druk te laten uitoefenen op hulp- of dienstverleners.

De huidige structuur van de gezondheidszorg bevorderde dat patiëntenorganisaties tot nu toe vaak de weg van directe en indirecte beïnvloeding van partijen hebben gevolgd. Met name platformen hebben zich voor een belangrijk deel toegelegd op de indirecte beïnvloeding van zorgverleners en -verzekeraars, via de overheid.



Directe en indirecte beïnvloeding van hulpverleners en verzekeraars



Beïnvloeding van hulpverleners en verzekeraars, via de patiënt als consument

De voorgenomen stelselwijziging maakt dat er een nieuwe mogelijkheid tot beïnvloeding van de gezondheidszorg bij komt en dat de mogelijkheid tot indirecte beïnvloeding via de overheid afneemt. Het gaat hierbij om de beïnvloeding van de patiënt als consument, die veel meer dan voorheen de mogelijkheid krijgt om te kiezen voor de hulpverlening (en de verzekering daarvan) die hij wenst. Door de stelselwijziging krijgt de patiënt meer keuzemogelijkheden, mede doordat concurrentie tussen zorgaanbieders wordt gestimuleerd. Doordat de patiënt als consument meer keuzemogelijkheden krijgt, biedt dit patiëntenorganisaties de mogelijkheid om patiënten te beïnvloeden: patiënten kunnen worden geadviseerd gebruik te maken van die verzekeringen en vormen van hulpverlening die kwalitatief hoogstaand en redelijk of laaggeprijsd zijn. Door de aanmoediging van dit consumentengedrag van patiënten en door de concurrentie zowel tussen verzekeraars onderling als tussen hulpverleners, zullen zorgaanbieders en verzekeraars worden gedwongen om optimale zorg tegen een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Stimulering van consumentengedrag is geen eenmalige zaak. Het is een continue en maatschappelijk noodzakelijke taak van patiëntenorganisaties omdat een betaalbare optimale zorg ook niet eenmalig is, maar steeds opnieuw gerealiseerd dient te worden en gehandhaafd dient te blijven. Realisatie van het (hoofd-)doel van patiëntenorganisaties (verbetering van professionele hulpverlening) kan dus in het nieuwe stelsel uit twee elementen bestaan: bevordering van consumentengedrag van patiënten of cliënten enerzijds en directe en indirecte beïnvloeding van hulpverleners (organisaties en individuen), verzekeraars en de overheid anderzijds. Daarbij dient uitdrukkelijk te worden gesteld dat indirecte beïnvloeding via de overheid (nog) minder mogelijkheden biedt dan voorheen en dat, gezien de uitgangspunten van het nieuwe stelsel, beïnvloeding van de patiënt

als consument veel meer mogelijkheden biedt dan voorheen.

INFORMATIE EN SERVICE

Patiënten zullen in het nieuwe stelsel meer keuzemogelijkheden krijgen dan nu. Afhankelijk van de afgesloten zorgpolis wordt de keuze van de hulpverlener vrij. Gezien het voornemen om zorg per functie te gaan vergoeden, wordt het zelfs mogelijk om voor sommige delen van een bepaalde zorg bij de een, en voor andere delen bij de ander te rade te gaan. Voor de consument wordt het dus zaak die verzekeringspolis aan te schaffen die recht geeft op de hulp bij die zorgverleners waar men graag geholpen wil worden. Patiënten of cliënten kunnen een zorgverzekering afsluiten bij welke verzekeraar dan ook, omdat verzekeraars bij wet een acceptatieplicht wordt opgelegd.

Patiëntenorganisaties kunnen uitermate goed inspelen op de behoefte van patiënten als consumenten aan informatie, en ondersteuning of dienstverlening gaan verzorgen bij het aanschaffen van verzekeringspolissen. Via een verzekeringspolis verwerft een (potentiële) patiënt het recht op bepaalde zorg. Patiëntenorganisaties kunnen patiënten duidelijk maken welke polis recht geeft op welke zorg van welke kwaliteit, van welk volume en tegen welke prijs. Bij de keuze van de meest geschikte polis kan een patiënt als consument ook worden ondersteund door bijvoorbeeld voor hem of haar met de verzekeraar te bellen en na te gaan welke voorwaarden en mogelijkheden voor de betreffende individuele consument gelden.

Om de bedoelde informatie te verstrekken en ondersteuning of dienstverlening aan cliënten te leveren, is in elk geval kennis nodig van de kwaliteit, van de hulpverlening en de mate waarin polissen deze kwaliteit, in een bepaald volume en tegen een bepaalde prijs beschikbaar stellen. Hiertoe zullen patiëntenorganisaties onderzoek moeten gaan verrichten naar di-

verse aspecten van de kwaliteit, van hulpverlening, zoals de organisatie, de bejegening, of zelfs het (medisch) technisch handelen. Klachtopvang en ondersteuning bij klachthandeling kunnen bij het verkrijgen van informatie over de kwaliteit van hulpverlening een belangrijke rol spelen. Klachten zijn namelijk een signaal over de kwaliteit, van (aspecten van) hulpverlening.

CONTRACT ADVISERING

Het nieuwe stelsel in de gezondheidszorg biedt dankzij het marktmechanisme en de daarbij behorende contracten, een nieuwe mogelijkheid voor patiëntenorganisaties om direct of indirect invloed uit te oefenen op het handelen van hulpverleners en zorgverzekeraars. Verzekeraars en zorgaanbieders gaan in het nieuwe stelsel op grote schaal met elkaar contracten afsluiten. Niet langer hoeft een zorgverzekeraar elke dienst van elke gevestigde hulpverlener te vergoeden. Indien de kwaliteit of de prijs van een vorm van hulpverlening niet juist wordt geacht, kan een zorgverzekeraar besluiten de betreffende hulpverlener of instelling niet te contracteren. Patiëntenorganisaties kunnen (gevraagd of ongevraagd) zowel hulpverleners als zorgverzekeraars adviseren omtrent de inhoud van de af te sluiten contracten. Ik zou er voor willen pleiten om in de wetgeving omtrent deze contracten een wettelijke plaats in te ruimen voor patiëntenorganisaties als vertegenwoordiging van cliënten. Daarbij kan een wetgeving naar analogie van de wet op de ondernemingsraden worden overwogen, waarin ten aanzien van een aantal aspecten instemmingsrecht en ten aanzien van andere zaken een adviesrecht aan patiëntenorganisaties kan worden toegekend. Vooral nog zou in de overgangsfase naar het nieuwe stelsel met een adviesrecht kunnen worden aangevangen. Zolang wettelijk niet is vastgesteld dat patiëntenorganisaties op welke manier dan ook partij zijn bij het sluiten van de bovenge-

noemde contracten, is het advies van patiëntenorganisaties een min of meer vrijblijvende zaak. Toch hoeft dat niet tot niets te leiden. Uiteraard zijn er fatsoenlijke hulpverleners en zorgverzekeraars die uit vrije wil zullen luisteren naar adviezen van patiëntenorganisaties. Veel hulpverleners en verzekeraars beseffen namelijk dat patiënten als consumenten een wezenlijke en andere bijdrage aan de kwaliteit van hulpverlening kunnen leveren. Ook om andere redenen kunnen zij worden gedwongen de adviezen van patiëntenorganisaties op te volgen inzake de onderlinge contracten. Patiëntenorganisaties kunnen namelijk als sanctie op het niet opvolgen van adviezen, patiënten proberen te bewegen niet van de diensten van de betreffende hulpverleners of zorgverzekeraars gebruik te maken. Indien patiëntenorganisaties succes boeken met het beïnvloeden van de patiënt als consument, dan zal de invloed op de contracten tussen hulpverleners en verzekeraars niet gering zijn, ondanks het feit dat er voor contractadvisering een wettelijke basis ontbreekt.

DIRECT ONDERHANDELEN

Lang niet alle aspecten van hulpverlening zullen in de toekomst in contracten worden vastgelegd. Dat is behalve onwenselijk ook niet realiseerbaar. Desondanks zullen veel patiëntenorganisaties opmerkingen of vragen hebben over aspecten van hulpverlening en verzeke-

raars en hulpverleners groot zijn. Dit zowel wat aspecten betreft die niet bij contract zijn geregeld, als wat aspecten betreft van zorgverlening die wel in contracten zijn opgenomen.

PLATFORMBUREAU

Wanneer patiëntenorganisaties de geschetste taken (beïnvloeding van consumenten, contractadvisering en rechtstreekse beïnvloeding van verzekeraars en hulpverleners) willen uitvoeren, dan zullen zij daartoe een adequate organisatie moeten opzetten. Op dit moment zijn veel organisaties slechts in beperkte mate in staat de voorgestelde activiteiten uit te voeren. Zowel menskracht als kennis ontbreken vaak. Hoewel vrijwilligers de ruggegraat van patiëntenorganisaties zullen (moeten) blijven, is een professioneel ondersteuningsapparaat onontbeerlijk om adequaat als derde partij in de gezondheidszorg op te kunnen treden. De opbouwen uitbouw van een regionaal platformbureau is nodig, als organisatie die ondersteuning moet gaan geven aan patiëntenorganisaties en die deels zelf verantwoordelijk wordt voor de uitvoering van een aantal taken. Zo'n bureau zal het werk van verschillende soorten patiëntenorganisaties niet vervangen, maar ondersteunen. De taken voor een dergelijk bureau kunnen informatieverstrekking, dienstverlening, klachtopvang, contractadvisering en zelfhulpondersteuning zijn.

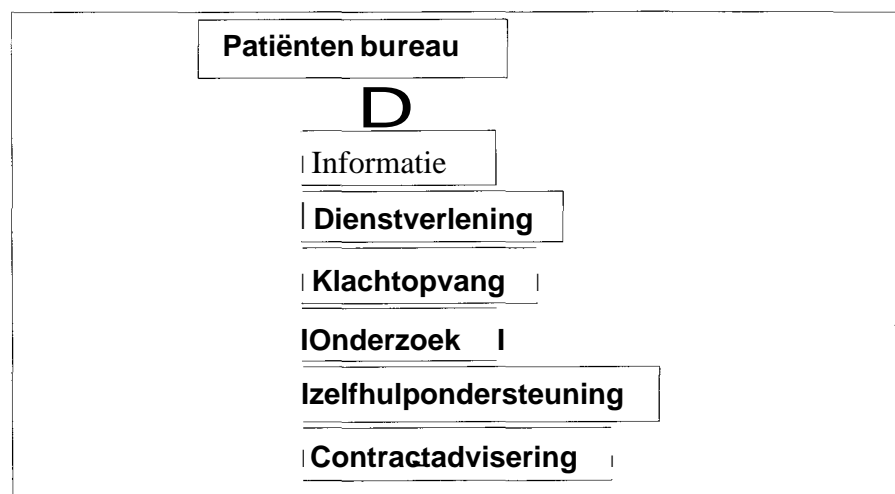
Om in elke regio een professioneel platform-

voor de kwaliteit als de prijs van de zorg voor verzekerden van groot belang en moet dan ook met voortvarendheid worden ingevuld.

Eric Verkaar is organisatieskundige bij de sector Thuiszorg en Preventie van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NZW). Voorheen werkte hij als onderzoeker en docent bij de Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Noten

1. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker) *Bereidheid tot verandering*, Distributiecentrum Overheidspublicaties Den Haag, 1987.
2. Ministerie van WVC, *Verandering verzekerd*, SOU, 's-Gravenhage, 1988.
3. Ministerie van WVC, *Werken aan zorgvernieuwing*, SOU, 's-Gravenhage, 1990.
4. Zie ook: E.A.M.J. Verkaar, 'Patiëntenorganisaties, een garantie voor kwaliteit'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, jrg. 6, nr. 4, december 1988, pag. 165-167.
5. Een nadere beschrijving van patiëntenorganisaties en hun verschillen is uitgewerkt in hoofdstuk 1 uit: E. Verkaar, *Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties*, proefschrift EUR, NIZW, Utrecht, 1991.



Ondersteunings- en uitvoeringstaken van een platformbureau

ring die niet bij contract geregeld worden, bijvoorbeeld bejegeningproblemen. Het zal altijd nodig blijven om hulpverleners en verzekeraars direct (en deels indirect via elkaar) op deze niet-contractueel vastgelegde zaken aan te spreken. Verzekeraars en hulpverleners zullen wensen van patiëntenorganisaties, soms honoreren op grond van ideële motieven. Daarnaast zullen zij ook moeten worden geprikkeld door meer zakelijke motieven zoals klantenbinding. Alleen wanneer patiëntenorganisaties via hun consumentbeïnvloedende activiteiten patiënten kunnen sturen van de ene naar de andere verzekeraar, of van de ene naar de andere hulpverlener, dan zal hun invloed op verzeke-

bureau te kunnen realiseren dat de hier genoemde taken adequaat uitvoert, is een structurele financiering noodzakelijk. Deze financiering zal in belangrijke mate uit collectieve middelen dienen te geschieden, net zoals op dit moment organisaties van hulpverleners en verzekeraars in veel gevallen ook (indirect) uit collectieve middelen worden betaald. Na een aanloopperiode, waarin de financiering van deze platforms via landelijke (of provinciale) subsidiëring wordt geregeld, zou de financiering moeten worden georganiseerd vanuit de opgebrachte premiegelden, via de centrale kas. De rol van derde partij door patiëntenorganisaties in de gezondheidszorg is namelijk zowel

BOEKEN

GEZONDHEID EN VERARMING

Red. i. *Gezondheid en verarming. Lokale initiatieven in een breder perspectief.* Amsterdam. CDR. 1991, 118 blz. f15,00.

In het tijdperk van sociale vernieuwing, twijfel over oude strategieën en opbloeiend geloof in de maakbaarheid van de samenleving, verlaten op mijn bureau - ik ben GVO-functies - steeds vaker publikaties over lokale gezondheidsinitiatieven. Initiatieven waarin participatie van de burger een rol speelt en waarmee vooral achterstandsgroepen met een lage SES-score (Sociaal-Economische-Status) bereikt moeten. Wat moet je schrijven over (meer) zo'n boekje waaraan bovendien twee leden van de redactie van dit blad meewerkten: Het volgende.

HET PERSPECTIEF

Deze bundel bevat tien hoofdstukken, geschreven door dertien auteurs. De eerste vier hoofdstukken behandelen het theoretisch-historisch perspectief van 'gezondheid en verarming'. Het is een inleidend hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk ingegaan op de weerbaarheid van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hoe komt het dat er in 1992 grote groepen zijn die achterblijven in gezondheid? Als 'sociale kwestie' leiden grote verschillen tussen groepen een eeuw geleden tot veel activiteiten, van met name sociaal-geneeskundigen, om infectieziekten te bestrijden en te voorkomen. Dit deden ze vooral met maatregelen buiten het gezondheidszorgsysteem zelf, door onder meer verbetering van riolering en huisvesting. Een sterke stijging van de levensverwachting van de bevolking als geheel was het gevolg. In 1980 wordt in het Amsterdams Vergelijkend Buurtonderzoek geconcludeerd dat de levensverwachting van bewoners in de minst welvarende buurten drie tot vijf jaar lager is dan in de rijkere buurten; dat er twintig tot dertig procent meer ziekenhuisopnamen zijn en men er twee tot drie keer zo vaak arbeidsongeschikt is. Geld mag dan niet gelukkig maken, gezonder word je er wel van. Internationaal wordt het verkleinen van gezondheidsverschillen doelstelling nummer één (WHO: Health for all in the year 2000). Nederland reageert met onderzoeken, initiatieven opzetten en deze beschrijven.

In hoofdstuk drie worden ervaringen uit stadsvernieuwingsprojecten, uit de integrale aanpak van de vrouwenhulpverlening en uit het Proefreken Cumulatie Gebiedenbeleid beschreven. De ervaringen die van nut kunnen zijn voor het verkleinen van de gezondheidsverschillen.

Klassieke GVO-strategieën zijn hiervoor namelijk niet toereikend, concludeert Hetty Vlug in hoofdstuk vier. Veel GVO'ers hebben eveneens die ervaring en gaan vrijages aan met opbouwwerkers, ontwikkelen netwerken en mobiliseren mensen op gezondheid. Overigens concludeerden H. van den Borne e.a (1991) na literatuuronderzoek dat voor die algemene verwachting dat programma's voor GVO in lagere sociaal-economische groepen minder effect sorteren, geen aanwijzingen kunnen worden gevonden. Evenveel effect houdt gezondheidsverschillen echter nog in stand, deze groepen zouden juist méér bereikt moeten worden.

LOKALE INITIATIEVEN

In de volgende zes hoofdstukken worden lokale initiatieven beschreven; drie in Nederland en drie in Gent. Een aantal daarvan is erg bekend. Ik weet meer van de initiatieven van 'Samen Beter' in Den Bosch-oost dan van activiteiten in mijn eigen omgeving. Al tien jaar lang wordt in Den Bosch door opbouwwerkers, gezondheidscentrummedewerkers en buurtbewoners gewerkt aan de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten. In een interview in het boek *Gezonde steden* (1991) verzuchten werkers op de vraag hoe ze het vinden dat ze overall als hét voorbeeld worden genoemd: 'Je doet gewoon je werk vanuit bepaalde uitgangspunten. Het is natuurlijk wel een beetje raar dat de gemeente ons lange tijd een beetje argwanend heeft bekeken, en nu opeens roept dat ons project ook getransplanteerd moet worden naar andere wijken. Menig opbouwwerker zal dezelfde argwaan voelen als nu ineens de gezondheidsmachine in het kielzog van sociale vernieuwing zich op het terrein van samenlevingsopbouw begeeft. Voor projecten vanuit GGD'en op het terrein van collectieve preventie, dat sinds een aantal jaren gemeentelijk terrein is, komt aanmerkelijk makkelijker - tijdelijk - geld los dan voor het versterken van buurt- en opbouwwerk. Door in november 1991 een Landelijk Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid op te richten probeert het opbouwwerk nu zelf gezondheid als 'vraagstuk van samenlevingsopbouw' mee te nemen.

Meer dan in andere publikaties wordt in dit boek aandacht besteed aan initiatieven die echt samen met buurtbewoners zijn ontwikkeld en waarin ook de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg in eigen hand genomen wordt. Elders staan vaker initiatieven beschreven die van bovenaf bedacht zijn en die interventies in (facetten van) de leefstijl als oogmerk hebben.

Leuk in dit boek is bijvoorbeeld de aandacht voor Gezondheidswinkel De Witte Jas, die landelijk bekendheid kreeg door een eerste-

lijnsaanbod te doen aan onverzekerden. De drie Gentse projecten zijn alle opgezet door of met wijkgezondheidscentra. Iets dat in Nederland toch hoogst ongebruikelijk is. Ze beogen een integrale aanpak van gezondheid voor 'kansarmoediger' waarin ook zaken als veiligheid en speelruimte voor kinderen een plaats krijgen. Het meeste werk in alle zes beschreven projecten wordt gedaan door vrijwilligers. De sterkte en zwakte van de projecten is daarmee aangegeven. Sterk is de grote mate van participatie en betrokkenheid, zwak is de altijd sluimerende vrijblijvendheid en toch ook het gebrek aan deskundigheid om snel en adequaat te reageren op problemen.

BEDREIGING

Groepen met een lage SES-score zijn kwetsbaar, maar ook bedreigend. Zij stemmen immers op het Vlaams Blok en vertonen te veel uitval, op elk maatschappelijk terrein. De bedreiging die hiervan uitgaat voor de geordende maatschappij gaf een eeuw geleden de doorslag bij het nemen van maatregelen ter ziektebestrijding en gezondheidsbevordering. Mischien nu opnieuw? Meer nog dan bij goedbedoelde initiatieven zijn deze groepen gebaat bij een geïntegreerd beleid. Wie immers slecht scoort op elke factor die van invloed is op gezondheid, heeft vooral wat aan een aanpak op al die factoren. Een slechte gezondheid is dan slechts één indicator van algehele sociaal-maatschappelijke malaise, maar levert daarmee wel een argument te meer om daar iets aan te doen.

Het boek geeft een beknopte en heldere weergave van de problematiek en de pogingen hier wat aan te doen. Het is duidelijk voor wie de schrijvers kiezen, echter niet voor wie ze schrijven. Mochten GVO'ers tot de doelgroep behoren, helaas, voor hen biedt het inhoudelijk te weinig nieuws.

Ingrid van de Vegte

Noten

1. H. van den Borne, M. van Limpt, J. van Poppe, R. Jonkers, J. Bakx. 'Sociaal-economische status en effectiviteit van programma's voor gezondheidsvoorlichting'. In: *Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht. Deel III*, J. P. Mackenbach (red.), WRR, WVC, september 1991.
2. E. de Leeuw (red.), *Gezonde steden*. Van Gorcum & Comp B.V., 1991, p. 310.

VROUWEN, OVERGANG EN WELZIJN

Anna Oldenhavé, *Well-being and sexuality in the Climacteric. A Survey Based on 6622 Women, Leidschendam, Excelsior*, 1991. ISBN 90-9004542-2. Proefschrift.

Eind 1991 verscheen het proefschrift van Anna Oldenhavé en werden jaren van intensief, op sterk gemotiveerde wijze onderzoek doen beloofd met een promotie als sociaal wetenschapper binnen het medisch circuit. Het boek, 'dedicated to all women', dat de beleving van 6622 vrouwen van welzijn en seksualiteit tijdens de overgang beschrijft, verdedigde ze met verve op 4 november 1991, tegenover een commissie van louter mannen. Een prikkelend persbericht trok de aandacht van diverse media. De onderzochte materie was boeiend en voorzigtig in lacunes, dat zelfs 'de vrouw in de straat' op de promotie afkwam, hetgeen toch niet vaak gebeurt. Ook de nazorg heeft veel van een goed georkestreerde publiciteitscampagne: samen met de VI-DO op de radio en samen met de gynaecologe Van Seumeren in *Margriet*.

TYPISCH EN ATYPISCH

Toewijding aan vrouwen als motief en erkenning voor haar sociaal-wetenschappelijke arbeid door de medici. Wat voor een proefschrift levert dat op?

Het boek is het resultaat van een grootschalig vragenlijst-onderzoek, onder de Edese bevolking (vrouwen van 39-60 jaar), en bouwt voort op eerder onderzoek in Ede door de gynaecologen Jaszmann in 1967 en Brand in 1977 naar de leeftijd waarop de menopauze intreedt.

Anna Oldenhavé richt haar aandacht op het zogenaamde 'climacteriumsyndroom'. Hiermee wordt de stijging van vage klachten in samenhang met de menopauze aangeduid. Doelstelling van haar onderzoek is een brug te slaan tussen de conclusies uit eerder epidemiologisch onderzoek waarin geen verband tussen atypische klachten en de climacteriële status (= de fase in de overgang) is gevonden en de ervaringen van vrouwen en artsen zoals de onderzoekster die zelf eerder heeft opgetekend. In het onderzoek worden overgangsklachten onderverdeeld in typische en atypische klachten, waarover onder medici consensus bestaat. Typische klachten zijn klachten waarvan het oorzakelijk verband met de hormonale veranderingen tijdens de overgang is aangetoond, zoals het verband tussen lage oestrogenspiegels en vaginale droogheid. Opliegers worden ook gezien als typische klachten, zonder dat het exacte causale mechanisme bekend is. Atypische klachten zijn klachten waarvan een oorzakelijke relatie met de hormonale veranderingen niet aangetoond is, zoals bijvoorbeeld moeheid, gejaagdheid, depressie et cetera.

De algemene indruk op grond van de literatuur was dat er geen toename is van atypische klachten tijdens de overgang en daarmee geen reden om te veronderstellen dat het welbevinden van

vrouwen tijdens de overgang in verband zou kunnen staan met de climacteriële status. Echter uit eerder werk van de auteur was naar voren gekomen dat vrouwen zelf zeggen dat ze zich minder goed voelen tijdens de overgang en artsen melden dat ze geconfronteerd worden met meerdere vage klachten. Het onderhavige proefschrift moet bijdragen aan het oplossen van deze onbevredigende situatie. De aanpak is als volgt: nauwkeurig kijken naar het voorkomen van typische en atypische klachten bij vrouwen met een natuurlijke cyclus (geen pilgebruik) en overgang. De hoofdvraag is: Is er een verband tussen het voorkomen van atypische klachten en de climacteriële status? In het onderzoek worden de 25 klachten (4 typische en 21 atypische) gemeten en samengevat naar climacteriële status (onderverdeeld in 13 categorieën) in mooie tabellen die heel goed leesbaar zijn.

De eerste analyse van de atypische klachten levert geen verband op met de climacteriële status. Hoe valt deze uitkomst te rijmen met de verhalen uit de interviews die getuigen van de last die vrouwen in de overgang van met name onregelmatig menstrueren en opvliegers ondervonden? De onderzoekster vindt hierin haar motief om door te zoeken. De onderzoeksgegevens zijn niet op het eerste gezicht glashelder of bevredigend. Met een nieuwe analysetechniek, waarin de atypische klachten bekeken worden naar de ernst van de opvliegers én de climacteriële status, rolt er wel een verschil uit. Nog menstruerende vrouwen die veel last hebben van opvliegers blijken dan ook meer atypische klachten te hebben vergeleken met vrouwen die niet meer menstrueren en evenveel last van opvliegers hebben. Hierin ligt volgens de onderzoekster de verklaring van hun verminderd welbevinden in relatie tot de climacteriële status.

Atypische klachten worden hiermee binnen het domein van de biologische verklaring gebracht, omdat er zo'n duidelijk verband is met de typische klacht opvliegers. Daarom geen gezeur meer over een 'syndroom'; integendeel, atypische klachten moeten serieus genomen worden. Anders gezegd: de overgang is wel degelijk van invloed op het welbevinden van vrouwen. En er is ook iets aan te doen. Eventuele nieuwe behandelmogelijkheden, naast de al bekende en toegepaste oestrogenen, verwacht de onderzoekster uit de biochemie (neurotransmitters, endorfinen of wat voor moois ze allemaal niet zullen vinden).

EMPIRISCH ONDERZOEK

Wie dit boek leest tegen de achtergrond van de discussie over vrouwenstudies en het vrouwenlichaam in *TCR*, waarin de auteur een voorvechtster blijkt van empirisch onderzoek, kan er niet omheen dat de empirie in dit geval vol valkuilen zat. Het 'geloof' in de last die vrouwen ondervinden van de opvliegers, leidde pas tot het werkelijk 'kennen' van de relatie tussen atypische klachten en de climacteriële status. Het kostte heel wat moeite om deze 'waarheid' boven tafel te krijgen!

Een opvallend resultaat is voorts de uitkomst

dat 41% van de nog regelmatig menstruerende vrouwen van 39 jaar en ouder reeds vasomotorische klachten (opvliegers en zweten) meldt. Dit gegeven kan beschouwd worden als een ondergraving van de classificatie van de opvlieger als typische klacht.

Wat is de betekenis van de uitkomsten? De auteur hoopt op de biochemie. Recentelijk kunnen we in Nederland een ander type oplossing vernemen. Germaine Greer maakt in haar boek *Overgang* een analyse van de verschillende benaderingswijzen van overgangsklachten, zoals de allopatische, traditionele en alternatieve. Onder deze laatste kop preekt ze dat er veel te verwachten valt van tuinieren gedurende welke activiteit vrouwen vluchtige planten-oestrogenen kunnen opsnuiven, hetgeen volgens haar minstens zo'n oppeppende werking heeft als de oestrogentherapie die door de 'Masters of Menopause' wordt geproclameerd. Toewijding aan een andere categorie vrouwen, namelijk vrouwen die geconfronteerd zijn met een baarmoederverwijdering, deed de onderzoekster in een andere problematiek duiken. Wat is er waar van de bewering dat een baarmoederverwijdering waarbij de eierstokken gespaard blijven geen verdere hormonale consequenties heeft? Opnieuw vindt ze iets dat men in het medisch circuit over het hoofd zag: vrouwen zonder baarmoeder vertonen meer atypische klachten omdat ze ook meer typische klachten (uitgezonderd vaginale droogheid) vertonen dan normale climacteriële vrouwen. Dat wil zeggen dat er dus wel degelijk een hormonale verandering is ingetreden, hoewel de eierstokken gespaard bleven.

BAANBREKEND

Het onderzoek in dit proefschrift kan baanbrekend genoemd worden waar het een pleidooi voor aandacht van medici voor de frequentie en de ernst van de opvliegers betreft; artsen moeten daarnaar vragen op een consult. De onderzoekster durft voorts nog een boude hypothese aan over de relatie tussen osteoporose en opvliegers: opvliegers als maat voor het vroege versnelde botverlies en als zodanig wellicht bruikbaar voor artsen bij een risicoschatting?? Tenslotte: het boek getuigt van veel aandacht voor de lezers. Het is in heldere taal geschreven en er is een samenvatting in 'gewoon Nederlands' aan toegevoegd. Een laatste boodschap: het boek is opgedragen aan alle vrouwen, dus ook aan de vrouwenstudies-onderzoeksters die houden van een constructivistische benadering. Wellicht zullen zij deze (reis)gids van klachten te harer tijd nog eens opslaan.

Ineke van Wingerden

is toegevoegd onderzoeker bij vrouwenstudies in de natuurwetenschappen, vakgroep Natuurwetenschap en Samenleving, Rijksuniversiteit Utrecht

Noten

1. A. Oldenhavé, 'Het debat, Vrouwenstudies en het vrouwenlichaam'. In: *TGP*, nr 1, jaargang 9, febr. 1991, p. 12-14
2. G. Greer, *The Change. Women, Aging and the Menopause*. London. Hamish Hamilton, 1991.

SIGNALEMENTEN

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

PUBLIKATIES

In Den Bosch-Oost hebben buurtbewoners en professionals al jaren gezondheidsbevordering hoog in hun vaandel staan. In Buurtgericht Vrouwen Gezondheidswerk laat Mariet Paes zien hoe het vrouwenwerk tot stand is gekomen. Hoe netwerken van buurtbewoners en professionals uit gezondheidszorg, maatschappelijk werk, educatie, ggz en opbouwwerk gezamenlijk voor vrouwen in de wijk een passend aanbod van preventie, informele hulp en professionele zorg mogelijk maken. De publikatie geeft inzicht in de leefwereld van buurtbewoners en de wijze waarop zij werk van hun gezondheid maken.

'Buurtgericht Vrouwen Gezondheidswerk' van Mariet Paes kost f22,50 en is te bestellen bij WOZON, telefoon 046-513912.

Lokale gezondheidsbevordering is de laatste jaren meer in de aandacht gekomen. De publikatie *Beter in de buurt* bevat een tiental beschrijvingen van projecten: van Preventie van kindermishandeling en een voedingsproject tot een gezondheidswinkel voor migranten. De voorbeelden tonen wat lokale gezondheidsbevordering kan betekenen en vooral ook onder welke voorwaarden het van de grond en tot volle wasdom kan komen.

'Beter in de buurt' van Lineke Jonkers, Ria Brouwer, Frans Koopman en Arnold Steenbrink kost f27,50 en is te bestellen bij het NIZW, telefoon 030-306311.

Het afgelopen jaar hebben het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform en het managementbureau Bakkenist een 'instrument' ontwikkeld waarmee de patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen kan worden beoordeeld en verbeterd. Dit instrument onderscheidt zich van tevredenheidsonderzoek omdat er eerst door patiënten is geformuleerd wat zij van een patiëntvriendelijk ziekenhuis verwachten. De metingen worden hiertegen afgezet. Bovendien is expliciet onderdeel van het instrument dat in samenspraak met patiëntenorganisaties de resultaten moeten leiden tot

verbeteringen. Het LP/CP wil in de toekomst alle ziekenhuizen op deze manier beoordelen.

P.Bon e.a., 'Werken aan patiëntvriendelijkheid. Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument.' Nadere informatie 030-341597.

De Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis heeft onlangs een nieuwe druk van de gids 'Welk ziekenhuis kiest u?' uitgegeven. Deze herziene druk geeft een actueel overzicht van de mogelijkheden op het gebied van ouderparticipatie in alle Nederlandse ziekenhuizen. In de gids staat vermeld welke ziekenhuizen in Nederland aan ouders de mogelijkheid bieden om:

- overdag bij hun kind te blijven;
- te overnachten naast het bed van hun kind;
- bij hun kind te zijn op het moment dat het onder narcose gaat en wanneer het weer ontwaakt uit de narcose.

Uit de gids valt goed op te maken welke ziekenhuizen een kindvriendelijk beleid voeren en welke ziekenhuizen hierin achterblijven.

De gids 'Welk ziekenhuis kiest u?' is te bestellen door overmaking van f9,25 op giro 6131073 t.n.v. Kind en Ziekenhuis te Dordrecht.

Het project Individuele Zorgsubsidie in Rotterdam was een van de zes demonstratieprojecten substitutie ouderenzorg van het ministerie van WvC. Doel van dit project was om na te gaan of ouderen die wachten voor opname in een verzorgingstehuis een alternatief kan worden geboden zodat zij langer thuis kunnen blijven wonen. Geëxperimenteerd werd met een zorgbemiddelaar met een eigen budget voor aanvullende zorg. Ook werd nagegaan of deze vorm van bemiddeling een kostenbesparing oplevert vergeleken met een opname in een verzorgingstehuis.

Uit de evaluatie blijkt dat de deelnemers relatief langer thuis bleven dan ouderen uit de controlegroep. Bovendien is hun lichamelijke validiteit, relatief minder achteruitgegaan. De aanbeveling wordt gedaan zorgbemiddeling en zorgsubsidie als regulier aanbod ter beschikking te stellen.

E.M. Immink, 'Het project Individuele Zorgsubsidie. Eindverslag'. Nadere informatie 010-4132027.

Bij alle kwaliteitsdiscussies is het aardig om te lezen hoe in Rotterdam een kwaliteitspanel aan de slag is gegaan met het fenomeen 'wachten'. In het kwaliteitspanel waren 22 actiegroepen, bewoners- en cliëntengroepen vertegenwoordigd. Zij hebben het wachten bij instellingen die met een of andere vorm van

overheidssubsidie werken, in de praktijk gemeten. In de rapportage doen zij verslag van tachtig bezoeken aan RIAGG's, poliklinieken, huisartsen, tandartsen, apotheken, ziekenfondsen, gemeentelijke instellingen en dergelijke. Als redelijke limiet stelden zij vijftien minuten wachten. Een gezondheidscentrum, enkele poliklinieken, enkele gemeentelijke diensten en het bureau voor rechtshulp overschreden deze limiet. Het aardige van een kwaliteitspanel is dat burgers aan het meten gaan op punten die zij zelf verkiezen. Zij spreken met elkaar af wat en wie ze gaan beoordelen en geven daarbij een eigen norm aan.

Gerard Nijssen (eindredactie), 'Dan kun je maar beter je boterhammen meenemen: Wachten in Rotterdam.' Informatie 010-4110333.

Tevreden verzorgenden zijn een voorwaarde voor het bestrijden van de eenzaamheid onder bewoners in een verzorgingstehuis. In een onderzoek onder de bewoners van een Haags verzorgingstehuis bleek dat een derde van de bewoners zich eenzaam voelt. Zij willen meer aandacht van de verzorgenden. Maar: alleen bejaardenverzorgsters die tevreden zijn met hun werk hebben oog voor de eenzaamheid van de bewoners die aan hun zorg zijn toevertrouwd.

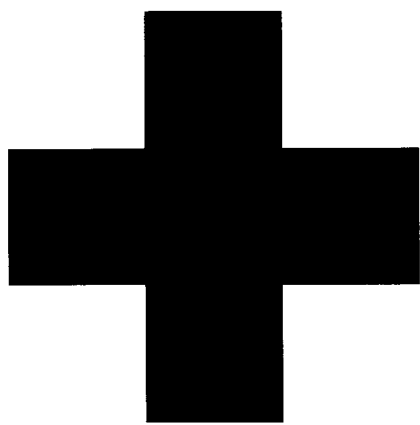
Dit blijkt uit een onderzoek naar eenzaamheid bij bewoners van een verzorgingstehuis. Het onderzoek is verricht door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg). Het onderzoek had tot doel inzicht te krijgen in de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners teneinde het toegevoegde budget voor eenzaamheidsbestrijding in instellingen zo doelmatig mogelijk te kunnen besteden.

Het rapport 'Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis' van K. Kramer en A. Kerkstra is te bestellen bij het NIVEL, telefoon 030-319946.

BIJEENKOMSTEN

Op 18 juni 1992 organiseren het Klaverblad (patiënten/gehandicaptenplatform - Groningen), het Regionaal Ziekenfonds Groningen, de Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen/Drenthe en de provincie Groningen een symposium, getiteld 'Gedeelde zorg is betere zorg' over de keuzen in de zorg. Centraal staat de vraag: 'Hoe gaan wij om met de gezondheidszorg in onze provincie?'

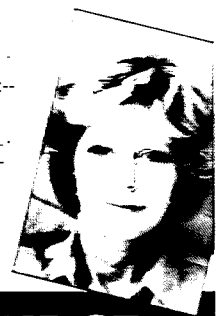
Het symposium vindt plaats in het Stadsparkpaviljoen te Groningen en het begint om 9.30 uur. De toegangsprijs is f35,-. Informatie: telefoon 050-122761 (inhoud); 050-227313 (organisatie).



125 JAAR VOOR MENSEN DOOR MENSEN

Niets menselijks is het Rode Kruis vreemd, Het Rode Kruis is bekend met bloed, zweet, tranen, stof en lege handen. Al 125 jaar. Dagelijks wordt het geconfronteerd met de gevolgen van oorlogs- of natuurgeweld: de mensen die gewond of krijgsgevangen zijn, de daklozen, de uiteen-gerukte families, de vluchtelingen, zij die niets meer hebben dan een lege maag. Het Rode Kruis is ook bekend met eenzaamheid en isolement en met de beperkingen van het ziek, bejaard of gehandicapt zijn. Dagelijks komt het in aanraking met mensen die contact, aangepast vervoer, een

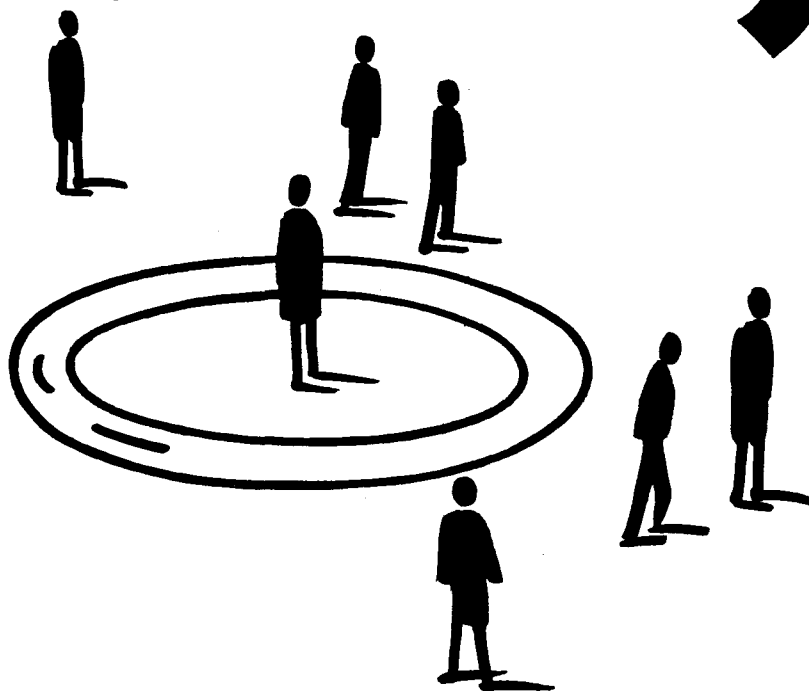
weekje eruit of een he'cs-re... hebben. Voor al die... ben, is het Neaer!... 125 Ja... touw. Met uw sis... Kruis u... ons he; cel... aCCSD... top.S... 0... II, st: f... Alvast bedankt! De coHectepeniQOe. lloo... ar 24 mei t m 6 juni 1992.



GIRO 6868 HET NEDERLANDSE RODE KRUIS

OF HET BANK/GIRONUMMER VAN UW PLAATSELIJKE AFDELING

REUMA DE STILLE PIJN.



Reuma betekent pijn. Je kunt ermee leren leven, maar geen moment van de dag laat het je los. Veel reumapatiënten dragen hun lot in stilte, omdat hun handicap niet zichtbaar is. Stilte, die écht pijn doet.

U kunt er wat aan doen. Uw geld kan voor een reumapatiënt direct omgezet worden in verlichting. Door revalidatie, hulpmiddelen en onderzoek. Het Reumafonds helpt daarbij. Helpt u het Reumafonds?

REIJ~ESTRIJDING MOET DOORGAAN

Statenlaan 128,2582 GW Den Haag. Bankrek.nr.: 70.70.70.848. Giro: 324.



NATIONAAL REUMAFONDS @