

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 10
NR. 4 / JULI 1992



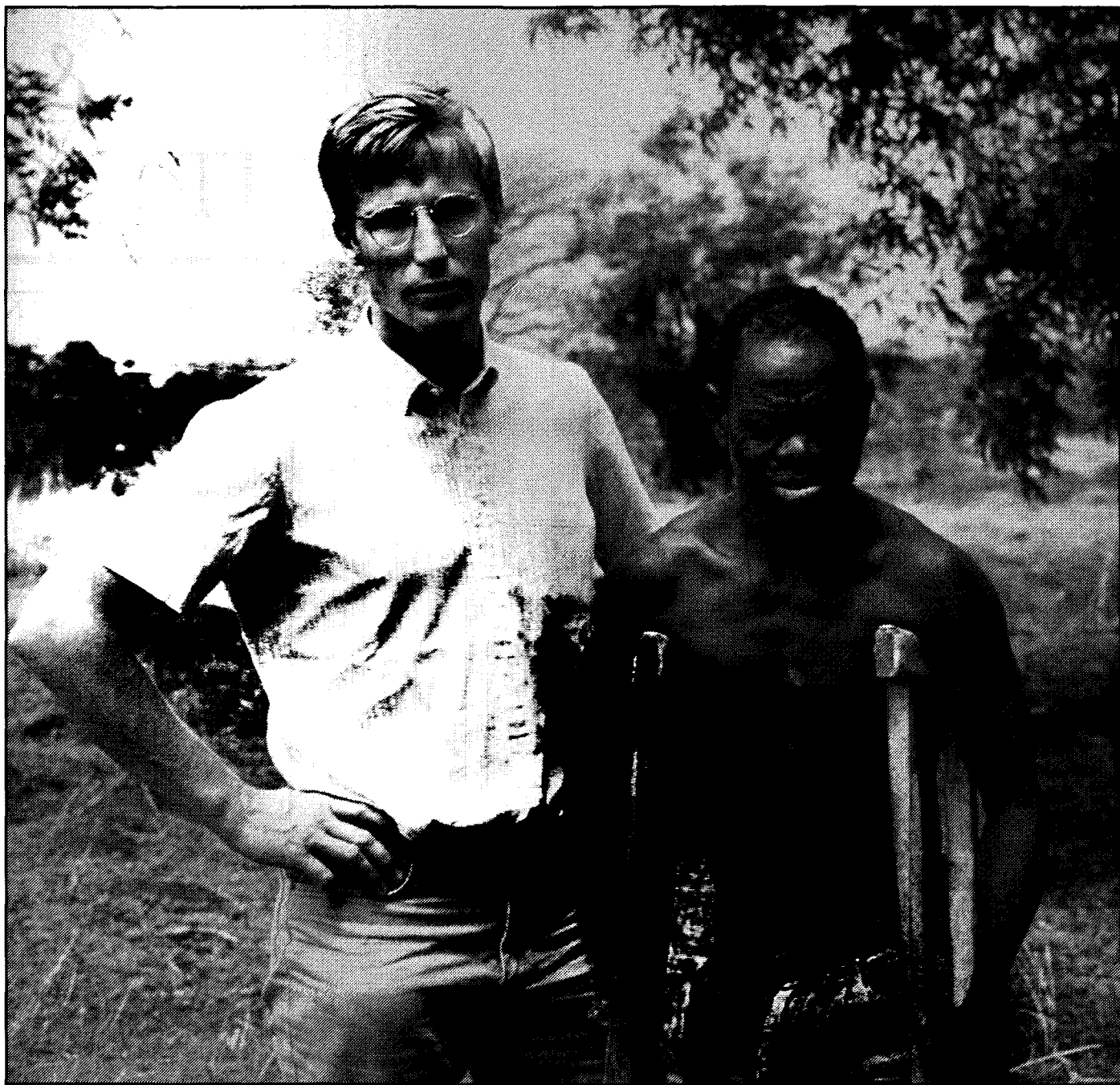
Vrouwen, gezondheid en politiek

Activiste Truus Schilp en Medisch Centrum Oost

Paul Schnabel, dean van de School of Public Health

'Aids a Different View', een controversieel congres

*"Geef Milamila de kans
om weer te lopen"*



Met 100 gulden helpt u hem op de been

GIRO 50500

NEDERLANDSE STICHTING VOOR LEPRABESTRIJDING - AMSTERDAM

Lepra is onze zorg

TJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 10
NR. 4 / JULI 1992

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

Versijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:

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

Redactie:

Annemieke Bosma, Thea Dukkens van
Emden, Luc Klaphake, Annemiek Meinen,
Frans van der Pas, Aase Riemann, Sonja
Schmidt, Ingrid van de Vegte, Joost Vis-
ser, Hetty Vlugg

Eindredactie: Henriëtte Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenbergh, Hans Blaauwbroek,
Adri van de Boven, Martien Bouwmans,
Maarten Evenblij, Maria Hermsen, Joost
van der Meer, Ben Lammerts, Evelyne de
Leeuw, Arko Oderwald, Sigrid Sijthoff,
Hans Spijker, Richard Starman, Marco
Strik, Gaboëte Verbeek, Janoëke van der
Linden, van der Vliet, de Vries

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1017 EE Amsterdam

Alle bijdragen zenden aan het redactie-
adres. Aanwijzingen voor auteurs op
aan vraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging
en adreswijzigingen uitsluitend schriftelij-
k doorgeven aan: de uitgever.

Indien twee 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:

Truus Schilp
Foto: Wim Salis

Vormgeving:

LOC0 - Reklame- Ontwerp bureau
Postbus 631, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of ver-
menigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de
uitgever en zonder bronvermelding
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van
het gepubliceerde.

INHOUD

- 2 Redactioneel
- 3 Martien Brands
Geneeskunde van de angst
Is aids mono- of multicausaal bepaald?
- 6 Hetty Vlugg
Truus Schilp,
Activiste in een land van melk en honing
- 8 **De sigaren van het PGGM**
Jos van der Lans, column
- 9 Boudewijn Paans
Revalidatie in revolutie
- 11 **Uit de kast**
Profession of Medicine,
Hein Raat
- 12 Maarten henblij
"Gezondheidszorg is meer dan geneeskunde alleen"
Paul Schnabel, dean van de School of Public Health
- 15 Stm. KT Tjioog
Medisch experimenteren in ontwikkelingslanden
- 16 Renée Grotenhuis
Marktwerking in de zorg
Wint de concurrentie, het van de solidariteit?
- 18 **Psychiaters zat!**
Nico de Boer, column
- 19 Lidy Schoon
De degeneratie van het hedendaagse sperma
Medische geschiedenis als onderdeel van een feministische politieke geschiedenis*
- 22 **Signalementen Buitenland**
Joost van der Meer & Arko Oderwald
- 25 Joost Visser
Vrouwen en mannen in het medisch beroep
- 27 Gerard Nijssen
Rotterdamers onderzoeken 'kwaliteit van het wachten'
- 30 **Boeken**
Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid
Ziek of schuldig
- 32 **Signalementen**

REDACTIONEEL

VROUWEN, GEZONDHEID EN POLITIEK

Je zou toch zeggen dat in onze tijd vrouwen en mannen recht hebben op gelijke behandeling in de gezondheidszorg. Dat er echter van gelijke behandeling lang niet altijd sprake is, blijkt uit recente berichten in de medische vakpers. Op het gebied van hart- en vaatziekten worden vrouwen onderbehandeld en wordt de diagnose vaak te laat gesteld (*signalementen buitenland*). In het bloedvaatstelsel van vrouwen zijn dokters altijd een stuk minder geïnteresseerd geweest dan in haar voortplantingsorganen. Het komt allemaal doordat de klinische blik en het klinisch handelen sterk bepaald worden door maatschappelijke visies die artsen er op na houden. Daarin krijgen mannen hartinfarcten en vrouwen kinderen, zo simpel ligt het. Niets nieuws onder de zon. Honderd jaar geleden benadrukte *Aletta Jacobs* al dat er meer overeenkomsten zijn tussen mannen en vrouwen dan verschillen. Zij doorzag haarscherp dat haar conservatieve collega's biologische verschillen gebruikten om vrouwen op hun traditionele plaats binnenshuis en in het kraambad te houden.' Speciale aandacht voor vrouwen blijft nodig zolang er nog verschillen zijn in de geneeskundige behandeling.

Lidy Schoon duikt in de geschiedenis om daaruit fraaie voorbeelden te voorschijn te toveren van de vertekening, van het vrouwenlichaam door medici. De in de vorige eeuw heersende opvatting over sociale ongelijkheid tussen vrouwen en mannen moest wel leiden tot een biologische onvergelykbaarheid. Dus werd in anatomie boeken de skeletbouw van vrouwen domweg aangepast aan het gangbare beeld van een zwak wezen dat louter diende voor de voortplanting: vrouwen kregen een smalle ribbenkast en een breed bekken toegemeten.

Misschien moeten we het als een grote sprong voorwaarts zien dat *Eva's risico* op 'mannenziekten' nu in gerenommeerde medische tijdschriften wordt onderkend en kunnen we dit op het conto schrijven van de vrouwengezondheidsbeweging.

Waarom sta ik dan niet te juichen? Omdat tegelijkertijd zoveel specifiek op *TOUW* toegesneden hulpverlening dreigt te verdwijnen. De Rutgershuizen worden. 110 jaar nadat *Aletta Jacobs* haar eerste gratis voorlichtings- en anticonceptie spreekuur opende, in hun voortbestaan bedreigd. De overheid wil dat de zorg wordt overgedragen aan de reguliere hulpverlening. Maar de 'regulieren' staan hier niet om te springen, ze hebben al lange wachtlijsten (RIAGG's) of zijn onvoldoende op de problematiek ingespeeld (huisartsen). Bovendien wordt te weinig onderkend dat er op het gebied van de seksuologie nog taboes bestaan waarvoor een laagdrempelige, relatief anoni-

me hulpverlening gewenst is. En het doet wel heel bizar aan als staatssecretaris Simons het ene moment met veel tamtam een nieuwe 'integrale sexuologie polikliniek' in Leiden opent, terwijl hij het volgende moment de stichting die al jaren lang precies dit pakket zorg biedt drastisch tot inkrimpen dwingt.

Met de autonome vrouwenhulpverleningsprojecten is het zo mogelijk nog slechter gesteld. Hier wordt de subsidiekraan onder het mom van integratie helemaal dichtgedraaid. Het vrouwen therapiecentrum 'De Maan' zal, zoals zoveel andere centra voor haar, op 1 januari a.s. haar deuren moeten sluiten. Van de autonome projecten is binnenkort praktisch niets meer over. Intussen verloopt het integratieproces van vrouwenhulpverlening in de reguliere zorg uiterst moeizaam. Elders schreef *Nelleke Nicolai* daar behartenswaardige dingen over. 'Zij ziet als belangrijke belemmering de boodschap van vrouwenhulpverlening dat alle vrouwen, van welke huidskleur of sociale klasse ook, door het feit dat zij dezelfde sekse delen evenveel gemeenschappelijks hebben als verschillen. Deze nadruk op herkenbaarheid en solidariteit valt bij mannen (en veel vrouwen) in een slechte voedingsbodem, omdat zij vooral de verschillen tussen vrouwen (willen) zien, en omdat voor hen anders-zijn juist een doel is om naar te streven. Nicolai schetst een somber beeld van de bereidheid van de reguliere zorg om te veranderen.'

Juist daarom zijn autonome vrouwenhulpverleningsprojecten en Rutgershuizen nog hard nodig als prikkel en als motor voor een succesvolle integratie.

Thea Dukkers van Emden

Nieuwe redactieleden

De oproep voor redactieleden in het januarinumnummer van IGP heeft succes gehad. Vier nieuwe redacteuren zijn onze geleerden komen versterken. Het zijn: Anemieke Bosna, gezondheidsjuriste werkzaam bij het college voor ziekenhuisvoorzieningen; Luc Klaphake, huisarts; Ingrid van de Vegte, psychologe en GVO-functionaris in Utrecht en Joost Visser, socioloog, werkt als onderzoeker bij het Nivel.

Noten

1. Annita Deen, 'Dokter Aletta Jacobs, Nederlands eerste feministischearts'. In: *Op mij rusten groter en ernstiger plichten. Dr. Aletta Jacobs' zorg voor de wereld*. Brochure uitgebracht door Vrouwenstudies Letteren Groningen, ter gelegenheid van een tentoonstelling in het Universiteitsmuseum Groningen, april 1992.
2. Nelleke Nicolai, 'De hordenloop door de instituties'. In: *Vrouw & Gezondheidszorg*, 1992, 1; 3-6.

Noten van pagina 7

1. De Witte Jas is een gezondheidswinkel in Amsterdam waar artsen, homeopaten, natuurgeneeskundigen en fysiotherapeuten op vrijwillige basis met name aan onverzekerden hulp verlenen.
2. Op een bijeenkomst over de problematiek van onverzekerden (NCDB, december 1991) heeft een medewerker van de GG&GD aangegeven dat deze vermoedelijk geld beschikbaar kan stellen voor een dergelijk project.
3. DISK is het industripastoraat van de kerken en houdt zich onder meer bezig met de problematiek van gezonde armoede.

GENEESKUNDE VAN DE ANGST

IS AIDS MONO- OF MULTICAUSAAL BEPAALD?

Martien Brands

In mei 1992 vond te Amsterdam het omstreden symposium 'Aids a Different View' plaats. Tijdens het symposium bestreden wetenschappers, therapeuten en patiënten de opvatting dat het HIV-virus de absolute veroorzaker van aids is. HIV zou een factor kunnen zijn, maar wellicht pas samen met andere factoren tot de ziekte aids leiden. Na zoveel jaren en miljoenen aan onderzoeksgelden is er nog geen farmacotherapeutische doorbraak. Deze andere, multicausale kijk op aids zou volgens Martien Brands kunnen leiden tot een paradigma-shift die een aantal vanzelfsprekendheden binnen de biomedische wetenschap behoorlijk op zijn kop zet.

De organisator van het symposium, de stichting Alternatief Aids Onderzoek (SAAO), stelt zich als doel alle factoren in kaart te brengen die het immuunsysteem aantasten en zo in combinatie het beeld 'aids' geven. Het doel daarvan is patiënten zoveel mogelijk aanknopingspunten te geven om iets aan hun ziekte te doen.

Het is de vraag of ziekte te herleiden is tot één verwekker, respectievelijk tot één onregelde chemische reactie. Vertaald naar aids is dan de vraag: kan aids door één oorzaak, een virus, verklaard worden of spelen meerdere oorzaken een rol?

MULTICAUSAAL MODEL

Vele infectieziekten die leiden tot ziektebeelden die onder aids gerangschikt worden komen al tientallen jaren voor. In het begin van de jaren tachtig viel op dat een aantal van deze ziekten bij bepaalde groepen mensen meer voorkwam. Tegelijkertijd bleek ook dat factoren als druggebruik, veelvuldige geslachtsziekten met antibioticabehandeling, in diezelfde groepen vaker aanwezig waren dan in de totale populatie. Het ging dan bijvoorbeeld om mannelijke homoseksuelen met veel wisselende contacten, druggebruikers, en hemofiliepatiënten (die stollingspreparaten van dertig- à veertigduizend donors per jaar krijgen). Bovendien is bij enkele aidspatiënten met het Kaposi-sarcoom (een van de belangrijkste indicatoren voor de diagnose aids) geen HIV aangetroffen. Verder bleek in 1991 uit een studie dat slechts bij 4 van 25 seropositieven het HIV in het sperma gevonden werd. Hoe moet het HIV dan worden overgedragen? Deze gegevens roepen op zijn minst twijfel op over de noodzaak van een HIV-infectie voor het krijgen van aids. Het multicausale model zegt niet dat HIV niet no-

dig is voor aids, maar stelt dat het nog niet bewezen is. Slechts weinig onderzoekers hebben aandacht besteed aan een mogelijk samenspel van factoren voor het verkrijgen van aids. Zo zou je een groep HIV-positieven en -negatieven, uit vergelijkbare groepen, in de tijd kunnen volgen, om te zien wie aids krijgt. Een dergelijk onderzoek is nog niet verricht. Waar het wel verricht werd - maar dan met niet onderling vergelijkbare groepen - bleek dat het gebruik van drugs een voorspellende waarde voor een HIV-infectie had. Ook Gallo, de Amerikaanse 'ontdekker' van het virus, heeft al twee jaar geleden gezegd dat 'je zonder risicofactoren oud kunt worden met het HIV'. Montagnier, de échte ontdekker van het virus (Gallo heeft mogelijk gefraudeerd of op z'n minst slordig gewerkt en zijn preparaten en die van Montagnier door elkaar gehaald), houdt het op mycoplasma's, zonder welke het HIV niet gevaarlijk kan worden.

Samenvattend zijn er vier mogelijkheden:

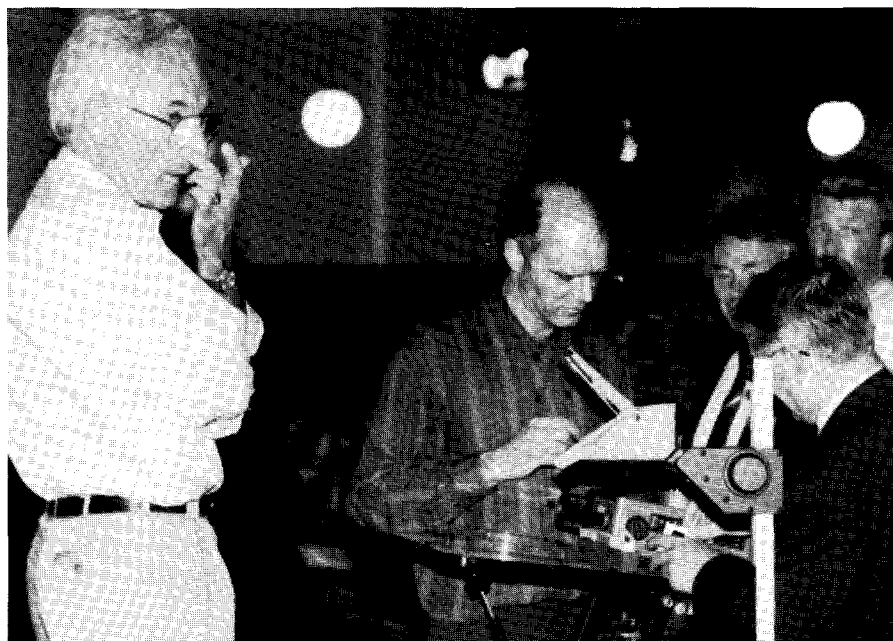
1. het virus is noodzakelijk en voldoende om aids te verklaren,
2. het virus kan geen aids veroorzaken,
3. het virus is een onschuldige verschijnsel, totdat iemand te maken krijgt met andere factoren die zijn of haar immuunsysteem ondermijnen, of
4. iemand kan slechts besmet worden door het virus als hij of zij al risicofactoren heeft verzameld.

Met name de laatste twee veronderstellingen passen in een multicausaal model: verschillende factoren, waar HIV één van kan zijn, hebben een gemeenschappelijk resultaat: immuunonderdrukking. Dit geeft dan op haar beurt een scala van ziektemogelijkheden, die afhangen van de locatie (Derde Wereld of in het Westen), maar ook van de oorzaak van de immuunstoring. Zo is het Kaposi-sarcoom duidelijk in verband gebracht met het gebruik van 'poppers', seksueel stimulerende middelen, die vrij verkrijgbaar zijn, maar uitermate giftig voor het immuunsysteem.

Dat lijkt een overzichtelijke discussie, die op grond van onderzoek gevoerd zou kunnen worden. Waarom is die dan toch zo moeilijk, zo niet onmogelijk?

VOETANGELS EN KLEMMEN

Praten over ziekmakende factoren naast een virus kan, als men verkeerd wil, aanleiding geven tot 'blaming the victim'. Omdat je ziek bent zul je wel van alles verkeerd hebben gedaan. Het monocausale denken is diep verankerd in onze cultuur. Denken in oorzaak en gevolg is al eeuwenoud. Vroeger werd ziekte gezien als straf van God. Ziekte overkwam je. En ziekte overkomt ons nog steeds als we het gangbare medische denken volgen. Eind negentiende eeuw verklaarde Pasteur dat één micro-organisme één ziekte kon veroorzaken.* Het beeld dat ziekte van buiten komt bleef daarmee overeind. Je werd door een ziekte-



Aids-onderzoeker Montagnier wacht tot de projectie-apparatuur in gereedheid is gebracht en hij zijn lezing kan houden op het congres 'Aids a Different View'.

Foto: Egbert Euser

kiem besmet of niet. Eigen inbreng deed er niet toe. Jarenlang geloofde men, het was bijna religieus, dat lichamelijke en materiële factoren ziekte bepaalden. Daarnaast waren er stoerzenders als Freud die beweerden dat de ziel een rol speelde bij het ontstaan van ziekte. Gelukkig voldeden zijn methoden van bewijsvoering niet aan de natuurwetenschappelijke gouden standaard, dus kon psychoanalyse als niet-wetenschappelijk ter zijde worden geschoven. Ontevreden met de resultaten van de moderne gezondheidszorg, leggen de laatste jaren verschillende auteurs eenzijdig de nadruk op de psychische oorsprong van ziekte. Ik meen dat de enige weg uit deze patstelling geboden wordt door het denken in synchroniciteit, zoals onder anderen Carl Gustav Jung bepleitte. Zowel op materieel meetbaar als niet-meetbaar niveau spelen zich processen af, die elkaar wederzijds beïnvloeden, maar de discussie wat 'eerst' was, is even zinloos als die over de beroemde 'kip en het ei'.

RISICOVOL GEDRAG

De discussie over risicofactoren bij aids wordt een stuk helderder als je zegt: het is niet je schuld, maar een gevolg van de levenswijze of -stijl. Doordat je leeft neem je risico's. Michael Callen, zelf al tien jaar overlevend met de diagnose aids, schrijft daar heel nuchter over: 'Wij beschouwden promiscuïteit als een bevrijdende daad tegen een maatschappij die seks ontkende', seks als politiek activisme. Dat dit activisme hem en vele anderen met infecties opzadelde is noch een straf van God, noch iets dat hen van buiten 'overkwam' (het HIV-model). Nee het is een gevolg van het niet inschatten van een aantal, gelijktijdige processen, zoals het verzamelen van risicofactoren. Deze resulteerden in zo'n immunosuppressie dat aids als resultaat mogelijk werd.

Hetzelfde geldt voor longkanker of hart- en vaatziekten. Echter risicovol gedrag voor het verkrijgen van aids vindt vooral plaats in groepen die gediscrimineerd worden. Dit maakt de zaak zeer gevoelig.

Tijdens het symposium bleek dat de discussie over risicofactoren - mede door de inbreng uit de Verenigde Staten en Engeland - heel goed gevoerd kon worden. Want men wilde juist zo breed mogelijk geïnformeerd zijn om in zelfhulpgroepen al het mogelijke tegen de ziekte aids te kunnen doen.



'Aids a Different View' in De Rode Hoed in Amsterdam
Foto: Egbert Euser

ZIEKTE OF PATIENT

De medische wetenschap is al sinds Hippocrates verdeeld over de vraag of men de ziekte moet behandelen of de patiënt. De voorstanders van het behandelen van de ziekte spannen zich in om één oorzaak te vinden. Degenen die de patiënt tot uitgangspunt nemen willen zoveel mogelijk oorzaken als levensomstandigheden, klimaat, type mens et cetera meewegen. Sinds een eeuw is het monocausale model dé basis van het westerse medisch denken. Pathologisch-anatomisch onderzoek, onder andere van Virchow, gaf in de negentiende eeuw aanleiding tot het omschrijven van ziekte als een defect dat onder de microscoop te zien valt.

Door de ontwikkeling van de chemie enige decennia later werd ziekte verder gedefinieerd als het resultaat van een ontregelde chemische reactie. Bovendien bleken de intussen ontdekte ziekteverwekkers na de Tweede Wereldoorlog effectief te bestrijden met antibiotica. Alle reden dus voor een hechte verankering van een ziektemodel dat een materiële, morfologische basis heeft; de vorm van wat er gevonden wordt, dat is de ziekte. Dus astma of suikerziekte zijn bepaald door wat in de longen of de alveesklier te zien is, er is één basismechanisme dat verstoord is, en dat veroorzaakt de ziekte. Waarom dit verstoord is, die vraag wordt niet gesteld, laat staan beantwoord. Eigenlijk is er sprake van een systeemtheoretisch probleem.

Afkomstig uit de biologie, zegt de systeemtheorie dat leven is opgebouwd uit een hiërarchie van systemen, waarbij waarnemingen uit

de laagste systemen (moleculen) verklaard kunnen worden door regels uit hoger gelegen systemen (fysiologie, of nog hoger: gedrag). Andersom is echter niet mogelijk.

Ziekte kun je definiëren als een vorm van menselijk gedrag. Een voorbeeld: de ene mens met een astma-aanval wil plat op z'n bed liggen, een ander rechtop zitten, een derde zet alle ramen open om frisse lucht te krijgen. Dit zijn verschillen in gedrag, niet te verklaren vanuit een fysiologisch verhaal over de spasmen in het longweefsel. Zou het zinvol zijn te zoeken naar therapievormen die wel rekening houden met de veranderingen op een laag niveau, namelijk op dat gedragsniveau?

GESCHONDEN REGELS

Waarom ondervindt het multicausale model weerstand in de biomedische wetenschap, met name bij aids?

Allereerst is het makkelijker uit te leggen dat aids één oorzaak heeft, een virus, want dat idee sluit beter aan bij de algemene notie dat ziekte van buiten komt. Bovendien doorbreekt het multi-causale model een paar wetenschappelijke en maatschappelijke regels. Eén daarvan is: 'geneeskunde hoort door artsen beoefend te worden, waarbij zij diagnose stellen en tot therapie besluiten'. De artsen beheersen als enigen het monocausale ziektedenken. De patiënt is leek. Binnen de multicausale aanpak kan echter veel werk door de patiënten zelf verricht worden. Dit leert de ervaring van aids-zelfhulpgroepen als HEAL (VS) en Positively Healthy (Engeland). Door hun invloed is de inbreng van de patiënt bepalend en de rol

van de arts gereduceerd tot adviseur. Vanuit de HIV-vereniging worden in Nederland ook zelfhulpgroepen georganiseerd. Zo bestaan er psycho-immuniteitstrainingen, waarin niet-artsen mensen uitstekend behandelen. Vooral de ontwikkelingen in de psychologie zijn hiervoor een steun.

Op het symposium 'Aids a Different View' bleek hoever de prioriteiten van onderzoekers en patiënten uit elkaar liggen. Onderzoek dat voor patiënten belangrijk is, zoals zoeken naar definitie van effectieve behandeling, komt niet van de grond. Successen op natuurwetenschappelijk vlak leggen kennelijk meer gewicht in de schaal voor het prestige van instituten en wetenschappers.

Psychologie, linguïstiek en antropologie worden als 'zachte' wetenschappen beschouwd door de natuurwetenschappelijke artsen die uitgaan van de 'harde' feiten. De systeemtheorie maakt echter korte metten met die 'hardheid' omdat deze, zoals men dat uitdrukt, 'op een te laag systeem in de hiërarchie' gemeten is. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het lage geneespercentage van ziekten; het woord 'chronisch' zegt het al. De medische techniek heeft bijvoorbeeld in vijftig jaar het succes van de therapie tegen borstkanker nog niet vergroot. Misschien moet er naast die technische invalshoek naar andere zaken gekeken worden?

Als psychologie en taalkunde over de mens gaan, waarom worden ze dan niet geïntegreerd in het beoordelen van ziekten, een bij uitstek menselijk proces? Maar ook ontwikkelingen in de biologie en de fysica lijken nauwelijks tot de medische faculteiten door te dringen. Een probleem is dat medici niet geschoold worden in wetenschapsfilosofie, methodologie en geschiedenis van hun eigen vak. Communicatie met hen is daarover dan ook vrijwel onmogelijk. Een ander facet is de projectgebonden onderzoeksfinanciering. De farma-industrie speelt hierin een grote rol en ook zij gaat uit van monocausaliteit. Het onderzoek naar immuunstimulerende therapieën staat nog steeds in de kinderschoenen, liever concentreert men zich op bestrijding van het virus.

ANDERE ONDERZOEKSOPZET

Verder vereist een multicausaal model een andere onderzoeksopzet. Bij het testen van een middel tegen hoge bloeddruk worden groepsgemiddelden vergeleken, maar waarom sommigen iets anders reageren dan anderen, doet niet ter zake. Schommelingen van de bloeddruk gedurende de dag worden verwaarloosd. Alleen het gemiddelde resultaat telt. In een monocausaal model is dit geen probleem, want het beperkte doel wordt toch wel in kaart gebracht. Als men echter de onderlinge afhankelijkheid van factoren wil beschrijven is deze werkwijze funest. Daarom is de laatste jaren gewerkt aan het 'single case' model,

waarbij effecten in afzonderlijke proefpersonen gemeten worden. Je 'ijkt' iemand voor zichzelf en niet ten opzichte van een groep.

Ten slotte is de gezondheidszorg vooral een bedrijf, en dat stelt eisen die strijdig zijn met patiëntbelangen. 'Snijden betaalt beter dan praten' lazten we onlangs in een commentaar op een rapport van de Gezondheidsraad over kostenbeheersing van de gezondheidszorg. De invoering van nieuwe technologie stuwt de kosten van de gezondheidszorg omhoog. Daartegenover staan bij de aidstherapie de ontwikkelingen in de psycho-neuro-immunologie, die uitgaat van de onderlinge afhankelijkheid van psychische, hormonale, neurologische en immuunprocessen. Via een uitgekiende techniek worden in Californië al enige jaren aidspatiënten en seropositieven behandeld. Een totaalpakket met leefregels, ontspanningstechnieken, diëten en het inzetten van attitudeveranderingen biedt de patiënten nieuw perspectief waardoor de kwaliteit van hun leven verbetert. Het functioneren van het immuunsysteem blijkt dan ook vaak vooruit te gaan. Een evaluatiestudie hiernaar wordt in samenwerking met George Solomon - een van de grondleggers van de psycho-neuro-immunologie - uitgevoerd. Nieuwe richtingen kunnen dus ook "ia niet-technologische invalshoeken gekozen worden.

OP ZIJN RETOUR

Intussen zijn mensen met aids ziek. Het aids-onderzoek verslindt miljoenen, terwijl op dit moment de HIV-epidemie in Nederland op zijn retour is, en de epidemie in Engeland en de Verenigde Staten bij lange na niet de voorspellingen doet uitkomen. Uit angst voor een gigantische epidemie hebben de fondsen veel geld rijkelijk naar onderzoek doen stromen. Nu lijkt de tijd rijp voor een nuchtere evaluatie van die inspanningen en een afweging van andere wegen en methoden van onderzoek.

Als hier een antwoord ten gunste van de mens wordt gegeven zou dat de grootste winst van het wetenschappelijk conflict zijn dat door de ziekte aids weer eens op scherp is gesteld. Wanneer maken wij een einde aan de 'geneeskunst van de angst'?

Martien Brands is huisarts en arts mor homeopathie te Amsterdam, was van 1985 tot mei 1992 bestuurslid van Artsen zonder Grenzen: en raakte betrokken bij aids in Afrika

* Pasteur vereenvoudigde overigens de theorie van Bechamp drastisch. Deze laatste had namelijk aangetoond dat voorstadia van micro-organismen differentieerden tot bacterie parasiet of schimmelparasiet, afhankelijk van het omringende milieu.

De slotbepalingen van het symposium 'Aids a different view' waren:

1. De multicausale hypothese is de beste actuele werkhypothese voor aids.
2. Er moet onderzoek komen naar eisen die aan een effectieve therapie en een effectieve therapeut gesteld kunnen worden.
3. Er moet onderzoek komen naar factoren die bepalen waarom sommige mensen met aids langer overleven.
4. Er moet een actieve fondsenwerving voor bovengenoemde onderzoeksgebieden worden opgezet.
5. Er moet een internationaal netwerk komen van onderzoekers, behandelaars en patiënten om elkaar te steunen, en gegevens uit te wisselen om vernieuwend onderzoek te stimuleren.

Literatuur

- D. Barlow & M. Hersen, *Single Case Experimental Designs*, Pergamon, 1984.
- M. Callen, *Surviving Aids*, Harper Collins, 1990.
- D. Costi, *Narrative as Communication*, University Minnesota Press, 1989.
- H. Coulter, *The Controlled Clinical Trial*, Center for Empirical Medicine, Washington, 1991.
- H. Coulter, *Aids and Syphilis. The Hidden Link*, 1987.
- N. Hodgkinson, 'Aids, can we be seropositive?' In: *The Sunday Times*, 26 april 1992.
- A. Lowen, *Bioenergetica*. Servire, 1991.
- I. Prigogine en I. Stengers, *Orde uit chaos*. Bert Bakker, 1988 (over niet-lineaire processen in chemie en fysica I).
- R. Root-Bernstein, "'on-HIV Immunosuppressive Factors: in Aids. A Multifactorial, Synergistic Theory of Aids Etiology'. In: *Res Immunol* 1990. 141, 815-838.
- H. Rubin, 'Etiology of Aids'. In: *Science* June 1988. 1389-1390.
- I. Sonnabend, 'Aids. An Explanation for its Occurrence among Homosexual Men'. In: *Aids and Opportunistic Infections of Homosexual Men*. Eds P. Ma en D. Armstrong, Butterworth Publishers, 1989.
- Rapport Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong', 1992, commissie-Borst-Eilers.

TRUUS SCHILP

ACTIVISTE IN EEN LAND VAN MELK EN HONING

HettyVlug

De arbeidsomstandigheden in illegale naaiateliers zijn slecht en de gezondheidspositie van de werknemers laat zich raden. Velen zijn onverzekerd en hebben nauwelijks toegang tot de gezondheidszorg. Dat moet hoognodig worden verbeterd, is de mening van de 71-jarige Truus Schilp, oud-verpleegkundige en thans pastoraal opbouwster. Al eerder maakte zij zich sterk voor voorzieningen voor ouderen in haar buurt: Amsterdam-Oost. Een gesprek met een bewogen activiste over haar eigen leven, haar betrokkenheid bij gezondheid en welzijn van de buurtbewoners.

Vader Schilp was vakbondsbestuurder en trotskist. Hij ageerde tegen huisuitzettingen en al op zeer jonge leeftijd liep Truus met haar vader in demonstraties tegen opkomend fascisme. In hun ruime huis vonden vele politieke vluchtelingen uit Duitsland onderdak. In de oorlog nam het gezin deel aan het verzet en behoorde bij de groep van de Vonk, met onder meer kritische intellectuelen als Jef Last, Henriëtte Roland Holst en Krijn Strijd. Daar hoorde zij voor het eerst andere verhalen dan alleen maar politieke.

DE VERPLEGING

Na de oorlog wilde zij het liefst politieke wetenschappen gaan studeren, maar een oproep van Willem Drees gaf haar leven een andere wending. "Tegen m'n vader zei ik: dat kan ik niet maken. Studeren en Willem Drees in de kou laten staan met een oproep om tijdelijk in een ziekenhuis te gaan werken om slachtoffers uit de concentratiekampen op te vangen." Met honderd anderen begint zij in het Binnen Gasthuis in Amsterdam. Na drie maanden selecteert het ziekenhuis 35 van hen. "Jullie hebben het vak in de vingers. We willen graag dat jullie de opleiding gaan volgen. Ik wilde er 24 uur over na kunnen denken, want het was toch een hele ommezwaai. Thuis erover gepraat en mijn vader zegt: "Ja kind, je moet het zelf weten. Je komt met enthousiaste verhalen thuis, je vindt het fijn om te doen en als je er dan ook nog aanleg voor blijkt te hebben ...".

Na drie jaar heeft ze haar A-opleiding, maar voor haar kraamopleiding moet ze worden gekeurd. Ze blijkt een enorme tbc-infectie te hebben. Op het BG-terrein krijgt ze een eigen kamer waar ze het relatief goed heeft: veel boeken, muziek en bezoek. Na twee jaar gaat ze buiten verder kuren. Helaas blijkt de tbc

niet verdwenen. Nieuwe medicijnen moeten een oplossing brengen. "Van het ene medicijn kreeg je last van je maag en om dat te compenseren moest ik weer liters melk drinken waar ik pap- en papdik van werd. De streptomycine heeft een van mijn ogen aangetast en ook een oor werkt niet meer zo goed." Inclusief het nakuren kost de ziekte haar zeven jaar.

THEOLOGISCHE LITERATUUR

Het waren geen verloren jaren. Een progressieve ziekenhuispredikant en mensen als Buskes en Krijn Strijd inspireren haar om theologische literatuur te bestuderen. "Daar heb ik jaren aan besteed en daar heb ik nog steeds heel veel aan. Maar toen ik beter was, wilde ik toch weer in het vak." De directeur van het BG, Jaap Elte, die zelf de concentratiekampen heeft overleefd, maakt meteen plaats op zijn afdeling. Een jaar lang krijgt ze de gelegenheid om weer full-time te werken. Na vijf jaar is ze hoofdverpleegkundige van de afdeling interne geneeskunde van professor Borst. "Dat heb ik enige jaren gedaan maar toen kwam ik in conflict met wat ze de mensen allemaal aandedden. Ik vond dat geen leven, mensen aan slangen en beademingstoestellen. Ik kwam met mijn godsbegrip helemaal in de moeilijkheden. Ook met de artsen kwam ik in conflict. Ik moest met de mensen spreken en de nare berichten overbrengen omdat ze er niet bij mochten zijn wanneer hun naasten stierven. Dat was zogenaamd niet goed." Collega's begrepen wel waarom ze haar baan opgaf, maar vonden het onverstandig. Professor Borst, zelf bekend om zijn borstpap, boterballetjes en suiker, begreep haar eveneens. "Hij had het er ook wel eens moeilijk mee, maar ja, hij had zulke knappe koppen rondlopen en die moesten zich toch kunnen waarmaken. Ik heb wel eens samen met een arts gepoogd het leven van een jongen te redden. We hebben alles geprobeerd, maar hij stierf onder onze handen, terwijl we met allerlei apparaten bezig waren. Toen pakte die arts me beet en zei: "Ik wil niet dat dat kind doodgaat." Ik heb die man een klap in zijn gezicht gegeven. "Jij willen? Jij hebt niets te willen. Het gaat niet om jou, het gaat om dat mensje dat daar in het bed ligt." Dan kom je ethisch zo in conflict, dat is onverdraagzaam."

Daarna is Truus Schilp nog vijf jaar directrice geweest van een verpleeghuis. "Daar hoefde niets meer. Jammer genoeg kon er ook heel weinig, want er was een slecht bestuur. Alles wat ik voorstelde voor die mensen kostte geld en daar wilden ze niets van weten."

Als ze 57 is geeft zij haar baan op, laat de gezondheidszorg voorgoed achter zich. Ze heeft dan veel meer tijd voor haar politieke activiteiten bij onder meer de PSP en voor haar theologische belangstelling. Voor de opleiding tot godsdienstlerares loopt ze op 62-jarige leeftijd stage op een mavo in Amsterdam. Het blijkt een zeer leerzame ervaring, maar ze weet wel dat ze het niet moet blijven doen. In de buurt - Amsterdam-Oost - verricht ze met elf anderen een uitgebreid buurtonderzoek: wat heeft de kerk de buurt en wat heeft de buurt de kerk te bieden. Op verzoek van de onderzoeksgroep gaat zij zich met de ouderen in de buurt bezighouden. Het definitieve vaarwel van de gezondheidszorg blijkt van tijdelijke aard te zijn. Truus Schilp is direct nauw betrokken bij de oprichting van een van de eerste Amsterdamse buurtverzorgingstehuizen. Acht jaar maakt ze deel uit van het bestuur. Nog steeds breidt dit initiatief zich uit. De wensen van de oudere buurtbewoners vormen het uitgangspunt. "Er is inmiddels een tweede verzorgingstehuis. We hebben ook twee groepen socio-woningen waar demente mensen wonen. Aan de overkant van het verzorgingstehuis komen woningen voor ouderen waarvan er zes worden ingeëcht voor mensen die eigenlijk intensieve verzorging nodig hebben, maar toch zelfstandig willen blijven wonen."

GOED ETEN

Door haar intensieve contacten met oudere buurtbewoners ziet ze de effecten van armoede. "Hier wonen veel oude mensen die alleen maar van AOW leven en die komen honderd gulden per maand te kort. Er wordt slecht gegeten, te weinig melk gedronken wat slecht is voor de botten. Er zijn relatief veel ouderen verward, hebben te weinig lichamelijke beweging. Kortom, algemene malaise. Daar hebben we wat aan gedaan. In de verzorgingstehuizen hebben we ervoor gezorgd dat oudere buurtbewoners een warme maaltijd kunnen eten voor een niet al te hoge prijs. Er zijn thuisbezorgingsmaaltijden. Zo had ik in ieder geval het gevoel dat ze drie of vier keer per week wel goed eten. Wat je hier ook veel tegenkomt is dat mensen na sluitingstijd van de markt de weggegooid groenten uit de goot komen rapen. Ik ben toen eens alle stallen langsgegaan: waarom gooien jullie dat in de goot? Als jullie dat nu eens in een oude doos of kistje bewaren. Je weet dat die mensen het elke dag komen halen. De meesten stoppen de groente en het fruit met een plekje nu in een doos. Bij mijn bakker heb ik gevraagd of ze het oude

brood in plastic zakken willen doen zodat mensen het de volgende dag kunnen ophalen. Ze keken in het begin wel vreemd op. Maar inmiddels was ik een paar keer op de televisie geweest en begrepen ze iets beter wie ik was en wat ik bedoelde. Je moet wel even een drempeltje over om het aan te kaarten. Je moet bij jezelf ook iets overwinnen, maar ik doe het niet voor mezelf. Dat het moet is natuurlijk wel dramatisch.

Tal van andere voorzieningen zijn in relatief korte tijd van de grond getild: een buurtbus, burenhulp, telefooncirkel, ouderensociëteit en een blad voor ouderen. Ook kent het stadsdeel een ouderenadviesraad en er worden regelmatig informatieve bijeenkomsten georganiseerd over gezondheidszorg op plaatsen waar veel ouderen komen. Om te bewaken dat dergelijke voorzieningen ook die mensen bereiken die het nodig hebben wordt door het steunpunt ouderenwerk op grote schaal huisbezoeken afgelegd. 'Zo kan worden nagegaan waar verder nog behoefte aan is en of er voldoende bekendheid is met de bestaande mogelijkheden. Het staat allemaal wel in ons ouderenblad maar niet alle mensen lezen goed. Je hoort jammer genoeg nog veel te veel dat ouderen het niet weten.' Truus Schilp is dan ook bijzonder boos dat het steunpunt uit het stadsdeel vermoedelijk wordt wegbezuinigd.

MIGRANTEN

Was vanuit het buurtonderzoek geconstateerd dat naast ouderen ook migranten nodig aandacht behoeften. de noodzaak was in de loop van de tijd alleen maar toegenomen. Er waren veel meer migranten in de buurt komen wonen. Ook hier geldt het principe dat moet worden aangesloten bij de behoeften van de migranten in de buurt, dat zij moeten aangeven waar de nood het hoogste is. Alleen is dat gemakkelijker gezegd dan gedaan. Stapje voor stapje worden contacten gelegd en wordt het vertrouwen gewonnen. 'We hebben een leerhuis georganiseerd over de islam waar gemiddeld zo'n vijftig tot zestig mensen, die werkzaam zijn in de wijk, aan hebben deelgenomen. En ook hebben we bijvoorbeeld meegegaan aan buurtavonden en festivals. Meer grip voor elkaar kweken, want het racisme vliegt hier de pan zo langzamerhand uit. En vooral ook kwesties politiek aankaarten. Uit dit alles is een stevige band gegroeid, hoewel we wel merken dat migranten er moeite mee hadden om zich erbij aan te sluiten. We lieten ons niet terneerslaan want het is volgens mij iets van hele lange adem. Wij, wij moeten geduld uitoefenen en ook het vertrouwen winnen. Want wie zijn wij en waarom doen we dat nou? Toen kwam er een prachtige gelegenheid om onze betrokkenheid te tonen: het deelaarsbestuur Zeeburg wil een moskee hebben. Wij ondersteunden hen in hun acties daartegen met bijvoorbeeld een handtekeningenactie en inspreken op de deelaarsraad. Als de moskee bezet moet worden dan zullen we er zijn.'

Vorig jaar is een bijeenkomst gehouden over illegale naaiateliers. De informatie was schrij-



Truus Schilp
Foto: Wim Salis

nend. 'In schuren, oude garages, in kleine donkere en slecht geventileerde ruimten werken in het stadsdeel zo'n twee- à drieduizend meestal illegale confectiearbeiders onder mensonterende arbeidsomstandigheden. Ik ben verschrikkelijk bang voor een tbc-explosie straks. Dat is mijn grootste angst. Want ze leven vaak in onventileerde ruimten en er hoeft er maar één tussen te zitten en de hele boel is besmet. De meesten worden ook nog door huisjesmelkers uitgemolken en hebben niks. En dan schaam ik me dat ik 'iederlander ben, als ik die verhalen hoor. Litbuiters zijn we, oprotten mogen ze. Maar goed, dan kunnen we wel weten hoe erg het allemaal is, maar het belangrijkste is toch: wat kunnen wij nu doen? Volgens betrokkenen bij het ondersteunings- en solidariteitscomité van illegale confectiearbeiders konden wij het beste de gezondheidszorg aanpakken en ook zorgen dat de problematiek bij de politiek terecht komt. Voortvarend wordt een groepje deskundige en betrokken mensen bij elkaar gehaald. Een arts van de Witte Jas, een arts van het Medisch Advies Kollektief, een hoogleraar Huisartsengeneeskunde, leden van het antiracisme-comité en ondersteund door de Centrale Diaconie van Amsterdam. Truus Schilp bezoekt aller instellingen in de buurt: de wijkverpleging, de thuishulp, de kraamzorg, het kruiswerk, El Samra, gespecialiseerd in voorlichting aan migranten. 'Ik heb verteld dat we ons bezig gaan houden met de gezondheidstoestand van illegalen en hun gevraagd of ze wel eens zorg verlenen aan illegale migranten en of ze voorlichtingsmateriaal hebben.' Alle instellingen blijken hulp te verlenen. 'Het is wel allemaal veel te kleinschalig. Ze gaan alleen in op de nood en ze hebben geen idee wat er leeft. Alle kinderen van illegalen blijken gelukkig wel behandeld te worden, want het consultatiebureau krijgt de gegevens via het bevolkingsregister op. De kinderen krijgen dezelfde hulp en er is in alle talen goede voorlichting beschikbaar. Ook boekjes voor als ze bijvoorbeeld op reis gaan. We

gaan speciaal voor de arbeiders in de naaiateliers een voorlichtingsfolder maken, want velen weten niet waar ze terecht kunnen. Om ervoor te zorgen dat de informatie ook bij hen terecht komt, is het noodzakelijk te weten waar de illegale naaiateliers zich bevinden. Dat weten we nu nog niet. Ik heb de gezondheidszorginstellingen wel gewaarschuwd dat als ons systeem gaat lopen dat er zeker meer vraag zal komen. Dat accepteren ze want ze zijn er allemaal erg blij dat we dat doen.'

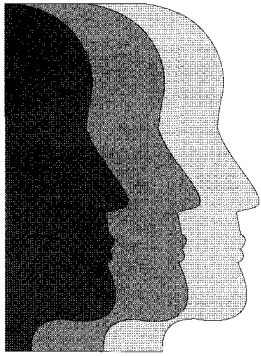
MEDISCH CENTRUM OOST

De huisartsen ontvangen een brief waar de handtekening van de hoogleraar huisartsengeneeskunde onder komt te staan. Met een antwoordstrookje kunnen ze laten weten of ze hulp willen verlenen. 'We verwachten dat dertig à veertig procent van de artsen zal reageren.' De mensen uit de naaiateliers zullen via een tussenpersoon naar hen worden verwezen. 'Een imam, de heer Fedai van de moskee van de Zeeburgerdijk, die drie jaar medicijnen heeft gestudeerd, is bereid een of twee keer per week de eerste opvang te verlenen. Daar moet nog wel een stekkie voor worden gevonden. En als hij dan bepaalde signalen ontvangt die hij niet vertrouwt dan kan hij die man naar een bepaalde huisarts sturen of eventueel doorverwijzen naar een specialist. Bij dat laatste zal het Medisch Advies Kollektief bemiddelen.' Over de financiering zal binnenkort met de GG&GD worden gesproken. 'Juist doordat Fedai zijn medewerking aan het project heeft gegeven, mag gehoopt worden dat de angst van de onverzekerden om ziek en al in de kraag te worden gegrepen, zal verminderen. Hij heeft gezegd en vertrouwen onder de Turken en dat is noodzakelijk. Zelf loop ik ook regelmatig de moskee binnen voor een praatje; ze moeten me leren kennen.'

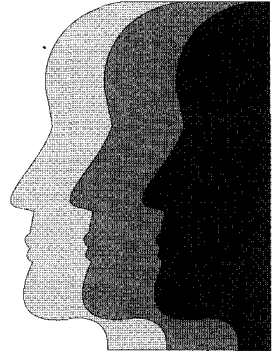
De volgende stap, als we het vertrouwen winnen, is om met zo'n baas van zo'n ateliertje te praten. Maar wil je echt de arbeidsomstandigheden veranderen dan zullen we het hogerop moeten zoeken. Dan denk ik dat we het met ons kleine groepje wat we Medisch Centrum Oost hebben genoemd, het niet halen. Dan zullen we daar op zijn minst 'DISK' of de Arme kant van Nederland bij moeten betrekken.' Gezamenlijk kan zo de problematiek ook politiek onder de aandacht worden gebracht. 'Je kunt niet toestaan dat in een land van melk en honing mensen in dergelijke situaties moeten werken, moeten leven.' Op dit moment zijn er dan wel hulpverleners, artsen en ziekenhuizen die incidenteel de grootste nood ledigen, maar 'onze angst is dat de ziekenhuizen vandaag of morgen zeggen: het kan niet meer.'

Hetty Vlug is redacteur van rGP en werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming.

De noten staan op pagina 2



c <> l u m n



DE SIGAREN VAN HET PGGM

Voor de zoveelste keer zijn we dit voorjaar weer getuigen geweest van het rituele cao-theater in de gezondheidszorg. Het scenario is inmiddels meer dan bekend. De regering opent de voorstelling met het vaststellen van de loonruimte, waarbij zij angstvallig de knip op de portemonnee houdt. Dat er dan toch nog sprake is van een loonsstijging van enige procenten is te danken aan het feit dat de regering meent dat de pensioenpremie fors omlaag kan. Na deze ouverture rent onmiddellijk het pensioenfonds PGGM het toneel op. Het PGGM meldt briesend dat het zich 'met hand en tand' tegen dit voornemen zal verzetten. Het PGGM heeft namelijk helemaal niet te veel reserves, het PGGM verzamelt nu slechts geld om later de pensioenen ook echt welvaartsvast te kunnen uitkeren. Wie nu de premie laat dalen moet accepteren dat er later te weinig geld is om de pensioenen uit te keren met als gevolg dat tegen die tijd de premie weer exorbitant zal moeten stijgen. In het tweede bedrijf wordt het PGGM bijgevallen door de werkgevers en de werknemers in de zorgsector. De cao-partners roepen om het hardst dat ze niet willen onderhandelen over een 'sigaar uit eigen doos'. Niet lang daarna verschijnt er toeterend verplegend personeel op het toneel, dat in een estafette-actie de ene na de andere zorginstelling van zondagsdiensten voorziet.

Dan is het even pauze.

In de slotscène verschijnt eerst de overheid op de bühne. Er is wat geld bijengesprokkeld, de premies kunnen wel wat omhoog, waardoor er loonruimte ontstaat van pakweg zo'n 4 procent. Na een marathonzitting van zeker 24 uur timmeren werkgevers en vakbonden een cao in elkaar waar alle partijen mee kunnen leven. En dan als het doek valt, weet het grote publiek dat het over een jaar of twee opnieuw getuige kan zijn van dit spektakel.

Maar elk theaterseizoen opnieuw blijft de vraag onbeantwoord hoe rijk het PGGM nu eigenlijk is. Zo gauw het PGGM-kapitaal ter sprake komt trekken de pensioenbazen uit Zeist in nauwe samenwerking met de werkgevers en werknemers een rookgordijn van sigaar-uit-eigen-doos-cliché op dat elk zicht op het reilen en zeilen van het PGGM verduistert. Daar hoeft overigens niemand echt van op te

kijken. Het bestuur van het PGGM is samengesteld uit vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers. Een man als A. Wirtz - dit theaterseizoen de AbvaKabo-woordvoerder van het actievoerend personeel - is al jaren lid van het PGGM-bestuur. Erkennen dat het PGGM zwemt in het geld en dus al jaren een te fors beslag legt op het loon van de werknemers in de gezondheidszorg, is tegelijkertijd erkennen dat de vakbonden (hetzelfde geldt overigens voor de werkgevers) hun greep op het pensioenfonds kwijt zijn geraakt. En toch is dat precies wat er aan de hand is. Vanaf het moment dat de PGGM eind jaren zeventig de veilige beleggingskoers van staatsobligaties ging verlaten en zich stortte op de internationale onroerend-goedmarkt is het mis gegaan. In de werkelijkheid van holdings en financieringsmaatschappijen, waarvan bovendien ook nog maar de vraag is hoe inzichtelijk daarover in het PGGM-bestuur wordt gerapporteerd, moet men wel van heel goeden huize komen om het spoor niet bijster te raken. Gelukkig konden de werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers de soms aanzienlijke verliezen op beleggingen als het beruchte Ardèche-project en in luxe appartementen in Florida toch nog aan de buitenwacht verkopen onder wijziging naar het altijd positieve eindresultaat van het PGGM. Hoezeer de zaken boven het hoofd van de eenvoudige bestuursleden uitgroeiden bleek nog eens toen *Vrij Nederland* in 1989 en 1990 een boekje opendeed over het Zeister pensioenfonds. Uit een interne notitie maakt VN op dat er twaalf miljard te veel in de pensioenpot zit. De notitie is geschreven als voorbereiding op de Wet Brede Herwaardering, waarmee de toenmalige minister van Financiën Ruding van plan was om de extra reserves van de pensioenfondsen aan te pakken via belastingheffing. Het is aardig om de serie VN-artikelen er nu nog eens op na te slaan. En vooral het nietszeggend gestamel te lezen van de vakbondsvertegenwoordigers in het PGGM-bestuur. Dat van een vakbondsbestuurder die waakt over de centen van de pensioenpremiebetalers toch op zijn minst een passend antwoord verwacht mag worden op een niet echt uit de lucht gegrepen constatering dat er maar liefst twaalf miljard te veel in de PGGM-kas zit, komt niet bij de heren op. En dat is sinds

de VN-publikaties van 1989 en 1990 zo gebleven. Werkgeversorganisaties en vakbonden hebben nooit de moeite genomen om hun achterban helderheid over dit mysterie te verschaffen. Ze zijn daar waarschijnlijk absoluut niet meer toe in staat en de PGGM-professionals die in Zeist zetelen zijn wel de laatste die hen daarin zullen helpen. Het PGGM is aldus een fraai voorbeeld van de verwording van een verzorgingsstaat-instituut. Ooit opgezet om de pensioenen van de werknemers te garanderen, is het langzaam maar zeker een geheel eigen leven gaan leiden.

Het PGGM heeft inmiddels een grote reputatie hoog te houden als een van de grootste institutionele particuliere beleggers met een totaal vermogen van 40,3 miljard gulden. De pensioendoelstelling bestaat nog steeds, maar net zo belangrijk zijn de carrières van de directeurs die afhankelijk zijn van het beleggingsrendement van het PGGM. Te veel pottekijkers en openbaarheid kunnen daarbij niet gebruikt worden. Terecht schreef de econoom Flip de Kam ooit dat 'de oligarchie die regeert in de pensioenburchten houdt niet van inmenging van buitenaf'. Het schild van werkgevers en werknemers in het PGGM-bestuur is daar - zo is gebleken - de beste bescherming tegen. In plaats van inzicht te bieden in het PGGM-mysterie spelen vakbonden en werkgevers liever het rituele cao-theater, waarin de regering jaar in jaar uit ogenschijnlijk bakzeil lijkt te halen. Lijkt, want de sigaar-uit-eigen-doos-truc van de regering heeft er wel voor gezorgd dat er jaar in jaar uit vele procenten van de pensioenpremie zijn afgesnoept, zonder dat dit in Zeist tot enige ongerustheid aanleiding heeft gegeven. En als binnenkort de Wet Brede Herwaardering van kracht wordt zal de overheid vervolgens ook nog de reserves van het PGGM van een stevige belastingaanslag voorzien. Of de opbrengst daarvan terug zal vloeien naar de zorgsector is maar zeer de vraag. In ieder geval hebben de vakbonden en de werkgevers er dan helemaal niets meer over te vertellen.

De winnaars van het cao-theater in de gezondheidszorg, zouden op termijn wel eens de grote verliezers kunnen zijn.

los van der Lans

REVALIDATIE IN REVOLUTIE

Boudewijn Paans

Op het symposium Revalidatie in Revolutie op 26 maart jl. ter gelegenheid van de opening van het gloednieuwe Revalidatiecentrum Amsterdam sprak Boudewijn Paans als 'ervaringsdeskundige'. Zijn inleiding was een originele combinatie van ervaring en waarneming. Niet zozeer een betoog, maar een creatie van contrasten. Op-groeien met een handicap in een samenleving toen en nu, sleutelen aan mensen toen en nu, en de gespletenheid mensen valide te maken met de modernste snuffjes in een samenleving die zelf op haar laatste benen loopt. Zou die niet eerst zelf grondig moeten worden gerevalideerd?

De oorlog is net een paar jaar voorbij. In de straat zeggen ze dat ik de Engelse ziekte heb. Dat vind ik wel een leuke handicap. Alles wat in die tijd een Engelse klank had, was heel stoer. Engeland, en vooral Amerika konden geen kwaad doen. Ze hadden ons toch maar bevrijd. Dus zit ik met mijn Engelse ziekte in de straat mooi op rozen. Mijn moeder niet. Hoewel ze dol is op rozen, vindt ze dat ik maar raar loop, vreemd eet, abnormaal praat. Een typische handicap van moeders: ze willen een kind volgens het boekje. Daarom doet mijn moeder mij tot een jaar of zes iedere dag in een zout, warm bad. Ook voor het eten moet ik mijn handen dompelen in het water, waarin de aardappelen zijn gekookt. Dat is allemaal goed tegen mijn Engelse ziekte, gelooft ze. Goed voor later als ik groot ben. Mijn vader moet niets hebben van die hokus-pokus. Hij vindt dat ik maar eens naar een ziekenhuis moet. Ik zie me nog liggen. Ik voel me kiplekker, krijg toch drijven en wat speelgoed en ik schijn daar te hebben opgescheept dat ik alleen maar de Engelse ziekte heb, meer niet.

Voor die diagnose geven de doktoren, die er hopelijk voor hebben gestudeerd, geen cent. Ze controleren mijn reflexen door met de achterkant van een zilveren hamer over mijn voetzolen te raspen. Als klap op de vuurpijl geven ze met de andere kant van de hamer een tik op mijn knieschijf en mijn onderbeen maakt braaf de aanzet tot een heuse Hitler-groet. Dat is niet zo mooi, vinden de doktoren allemaal. Zo'n reflex heeft niets met Engelse ziekte te maken. En voor het eerst hoor ik dat ik spastisch ben.

ACH ILIESPEES

Altijd wat anders, zucht mijn moeder. Maar dat zucht ze ook, als ze bij de groenteboer een paar verrotte aardbeien heeft gekocht. Maar haar opmerking is meer een bevestiging van

wat ze al een paar jaar wist. Bij de geboorte op een zondag in de oorlog is er iets fout gegaan. Het wordt een tangbevalling en ik kom blauw en spastisch op de wereld in een Haarlems ziekenhuis. Voor de zekerheid dopen ze mij daar onmiddellijk katholiek, maar dat helpt niet. God heeft wellicht iets anders aan zijn hoofd en het is nog steeds zondag en oorlog.

'Mevrouw tje,' moeten de doktoren hebben gesust, 'daar weten we wel raad mee.' Zij tekenen de situatie van mijn benen op een bord. 'Kijk, de achillespees is te kort en daardoor zal uw zontje zo op zijn tenen gaan lopen.' Tussen zo'n geleerde redenering is geen speld te krijgen. Maar wel een heel scherp mes. De doktoren vragen aan mijn ouders of zij mijn pezen mogen verlengen. Na zo'n ingreep zou ik beter op mijn eigen benen kunnen staan en later beter in het leven vooruit kunnen komen. Want daar gaat het toch allemaal om!

OPERATIEKLAAR

Zo gezegd, zo gedaan. Ik word operatieklaar gemaakt. Witte kousen tot de jonge liezen en heel nuchter ben ik klaar voor onder water. Op weg naar de operatiezaal houdt mijn moeder het bed waarin ik lig tegen en zegt tegen de zuster dat het allemaal niet doorgaat: In haar zoon wordt niet gesneden. Punt uit. Mijn vader sputtert nog wat tegen in de geest van dat de doktoren heus wel weten wat ze doen, maar moeder blijft er bij. En als mijn vader zo dol is op opereren, gaat hij zelf maar in het bed liggen. Ja, mijn ouders waren heel gelukkig getrouwd. Dan moet mijn moeder het maar zelf weten. De doktoren hebben in die tijd genoeg spastici om wel in te snijden. Niet één keer, nee, wel twee, drie en nog veel meer keren in dezelfde spasticus.

Het is een vorm van bizarre klantenbinding. Want ook spastische spieren groeien. En met spieren heeft de handicap weinig te maken. Inderdaad, juist die storing zit tussen de oren. Daarvoor zijn de doktoren in mijn tijd doof. Er wordt vrolijk, fluitend door geopereerd met als eind van het liedje voor de patiënt mooie, glimmende krukken of een fraaie rolstoel. Ja, want de patiënt moet toch op eigen benen kunnen staan om in het leven vooruit te komen?

Ik ben zo'n handige stoel, die kan rijden, fi-naai misgelopen. Ik krijg ijzeren beugels aan mijn hoge schoenen en voor de nacht krijg ik ijzeren spalken om mijn onderbenen. Wellicht groeien mijn voeten dan volgens het boekje. Het is te proberen. Tegenstribbelen helpt niet. Het is voor mijn eigen bestwil en heel goed voor later. Als ik op een dag wakker word,

droom ik, loop ik heel goed, net als de andere jongens in mijn straat. Jarenlang word ik met die knellende, gloeiende dingen om mijn benen wakker. Maar naar de wc loop ik nog steeds niet zoals de jongens in mijn straat. Dat zie ik zelf in de spiegel op de overloop.

Het is nog een geluk dat ik terechtkom op een School met de Bijbel. Een geluk, want op die school steek ik ook op dat God de mens heeft geschapen naar zijn evenbeeld. Mij kan dus niets meer gebeuren. Maar daar trappen ze thuis niet in. Daar zijn ze alleen maar gelovig op kerstavond en, als het mooi weer is, ook met Pasen. Er moet iets met mij worden gedaan: aan mijn armen en benen. Dat is goed voor later. Het Ziekenfonds helpt. Ik krijg een machtiging voor wel elf behandelingen. Ik ben acht, het kan ook negen jaar zijn. En ik nog denken: twaalf keer naar een sterk kalende mijnheer in een witte jas en ik kan weer lopen zoals de andere jongens in mijn straat. Na twaalf keer kijkt niemand mij meer na of ik geestelijk gestoord ben. Na twaalf keer ben ik weer helemaal beter. Ik ben acht, het kan ook negen jaar zijn. Dus, weet ik veel. Het Ziekenfonds blijft maar machtigen. En de sterk kalende mijnheer in de witte jas blijft maar masseren. Ik lig er bij en kijk er naar. Wanneer de kalende mijnheer heel veel machtigen heeft verzameld, verhuist hij naar een grotere ruimte vol met grote, met paardehaar gevulde ballen en aan de wand hoge en heel hoge klimrekken. Daar doet hij hetzelfde maar na de massage mag ik met hem scheremen. Voor de grap. Twee ronde houten stokken zijn de degens. Een hand op de rug en dan maar steken: Leve de therapie.

EEN TIENTJE

Achter de rug van het Ziekenfonds om moet ik met mijn moeder mee naar mannen. Inderdaad altijd mannen, met bijzondere krachten. Krachten die mij beter kunnen maken. Tove-naars die voor een tientje handen op mijn hoofd leggen en die alles in mijn hoofd beter maken. De ene man weet het nog beter dan de andere. En wat kan mijn moeder nu helemaal gebeuren voor een tientje?

De masseur wordt de fysiotherapeut. Dat klinkt heel anders en is anders. De man, die me beter gaat maken, heeft hele grote handen. Hij heeft nog met Rinus Miehels op school gezeten. Hij weet dat mijn handicap tussen de oren zit. Daar, in die kleine hersenen is het een beetje in de war geraakt op die zondag, midden in de oorlog. Daar is niet zo veel aan te doen. Wat stuk is, blijft stuk. Maar door oefeningen zouden die beschadigde hersenen op andere gedachten kunnen worden gebracht.



...net als de andere jongens ...

Masseren heeft geen zin, andere oefeningen: spelen met een bal, proberen over een lijn te lopen, leren te ontspannen, ja, dat is het beste. Die therapie is uitgedacht door ene mevrouw Bobath. Een Hongaarse. Masseren vindt ze niets. Het lichaam moet er op worden getraind om andere bewegingen te maken en daar wennen de hersenen dan weer aan, als het goed gaat. Ruim twintig jaar ben ik bij de mijnheer met de grote handen die de Bobath-methode onder de knie heeft. Ondertussen ben ik twee jaar op een mytyschool, waar Bobath ook kind aan huis is en waar zij mij bijvoorbeeld dubbeltjes hebben leren oppakken van een heel glad oppervlak. Altijd handig voor later. En dan komt de middelbare school.

SCHOKJES

Er is, vind ik, geen tijd meer om bij de mijnheer met de grote handen langs te gaan. Het gaat toch heel goed met mij. Dat vinden zelfs de mensen in de straat. Wanneer zij een goede bui hebben zeggen zij dat ik heel goed vooruit ga. Vooral als ik op een gewone fiets voorbij kom. Op een fiets zie je niet dat ik spastisch ben. Helemaal niet als ik mijn mond niet open doe. Natuurlijk kom ik terug bij de man met de grote Bobath-handen. Ik kom terug, compleet met hangende pootjes. Ik kom terug als ik last heb van een stijve nek of als ik iets te veel val, naar mijn zin. Inderdaad, van vallen word je groot. Zo groot dat ik mijn eerste baan krijg. In de journalistiek, dit om het mij makkelijk te maken. Die baan is een weinig mislukt. Kunst, ik kan nog maar een paar jaar elektrische machine schrijven en die machine is zo oud dat hij zelf voortdurend schokjes teruggeeft, om de spanning erin te houden. Ik probeer een ander vak. De reclame. Van huis

uit ook een spastische bedrijfstak, dus dat sluit lekker aan. Immers reclame is met heel weinig woorden vet scoren. Laat dat maar aan mij over. Ondertussen trouw ik, krijg kinderen plus een huisje, een boompje en een beestje, en kom bij de omroep. Nu is daar, zoals u dagelijks kunt horen en zien, een handicap helemaal geen bezwaar.

TOVERWOORD

Ook op het symposium Revalidatie in Revolutie is een handicap geen bezwaar. Daar mag ik als 'ervaringsdeskundige' optreden. Heb ik niet zelf bedacht. Hoe komt iemand in godsnaam op zo'n titel. Een revolutie in Nederland komt toch niet verder dan de uitspraak 'Willem we naar de Dam? Dan gaan we naar de Dam!' Revolutie is in Nederland hooguit, een naam voor een dancing, voor een modemerik of een titel van weer een nieuwe cd. En nu dus ook voor een symposium. En revalidatie. Volgens mij heeft het alles te maken met weer valide maken. Mijn woordenboek zet er fijntjes bij: weer in staat maken om werk te verrichten, een functie te verrichten. En kan revalidatie dat? Ja, dat kan revalidatie: een skinkietje, een computer-schouderdje, een autoruggetje, een volleybalhandje, daar draait de revalidatie haar hand niet voor om. Sterker, ze hebben er machines met lekkere warmte voor. Maar aangeboren probleempjes, ik som ze maar niet op anders vul ik het hele tijdschrift en ben dan nog maar op de helft, liggen iets ingewikkelder. Daar moet onze hoog geprezen gezondheidszorg aan te pas komen. Revalidatie is dan vaak het toverwoord. Proberen om van een invalide mens weer een valide mens te maken. Want een valide mens leeft leuker, kan werken en hoeft, bijvoorbeeld niet

een dag van tevoren de spoorwegen te bellen, als hij de euvele moed heeft om toch op reis te gaan. Leuker en langer leven, dat is het hoogste wat er door de eeuwen heen te bereiken is voor een mens. Welnu, dat willen sommige invaliden ook wel. Dus jong en oud revalideert tot ze er bij neer vallen. En dat allemaal voor hun bestwil. En dan? Neem het meisje in de rode invalidenwagen. Alle diploma's die er te krijgen zijn, heeft ze gehaald. En in het revalidatiecentrum hebben ze gezegd dat ze is uitgerevalideerd en dat ze heel goed haar best heeft gedaan. In theorie kan ze een F-16 vliegen, als ze het maar uit haar hoofd laat om op huizen te landen. De wereld ligt aan haar voeten, ze kan haar gang gaan. En het meisje in de rode rolstoel gaat haar gang en merkt dat er nog een paar meisjes van haar leeftijd zijn. Met dezelfde diploma's, maar niet met zo'n mooie rode rolstoel en dat scheelt. Een minister heeft gezegd dat werkgevers gehandicapten in dienst moeten nemen, dat heeft de minister zelf gezegd. De minister schijnt een ministerie te hebben

waar ze wetten maken, die niet worden opgevolgd. De minister heeft geen bedrijf, dat in een felle concurrentiestrijd is verwickeld en waar met man en macht moet worden gewerkt om het hoofd boven water te houden. Het meisje in de rode rolstoel vraagt zich af waarom zij in 's hemelsnaam tweeëntwintig jaar lang, dag in dag uit, heeft gerevalideerd.

Heeft revalidatie nog wel zin? Mensen min of meer valide maken voor een maatschappij die zelf op haar laatste benen loopt. Een maatschappij die steeds angstiger wordt en zich meer afsluit, voor dingen die anders zijn. Waarin solidariteit via de bank of giro gaat. Waarin iedereen met een pasje rond loopt. Waarin ze de zee vergiftigen waar je bij staat. Waarin alleen de sterken straks, als ze geen dag ziek zijn geweest, op vakantie mogen. Zou die maatschappij zelf niet eerst grondig moeten worden gerevalideerd? Wat te denken van een revolutie. Een echte, volgens het boekje. Dat levert vast een paar stoere standbeelden op en een paar erge invaliden. Die kunnen dan weer mooi worden gerevalideerd in zulke prachtige revalidatiecentra, zoals het nieuwe in Amsterdam.

Boudewijn Paans is 'ervaringsdeskundige' en hoofdredacteur van de VPRO-gids

PROFESSION OF MEDICINE

EEN EYE-OPENER¹ UIT DE MEDISCHE SOCIOLOGIE

'Profession of Medicine' is een medisch sociologisch boek dat verscheen in 1970. Iliot Freidson heeft er de belangrijkste (medisch) sociologische literatuur uit de jaren zestig in verwerkt. Dat blijkt overduidelijk uit de noten en verwijzingen. Zelf heb ik de opvatting dat tijdens de jaren vijftig en vooral de jaren zestig de sociologie en met name de medische sociologie in de Verenigde Staten een ongekende bloeiperiode heeft doorgemaakt.

Het belangrijke boek van Talcott Parsons, *The Social System* (1951) markeert in zekere zin het beginpunt van deze periode. Dat geldt zowel voor de sociologen die met zijn ideeën verder werkten als voor degenen die zich ertegen afzetten. Veel belangrijke concepten die nu nog steeds worden gebruikt zoals professionalisering, ziekenrol en modellen voor hulpzoekgedrag zijn toen ontwikkeld. In de jaren zeventig en tachtig zijn de theorieën, modellen en benaderingen verder uitgewerkt en aangepast. Geheel nieuwe concepten zijn echter niet geïntroduceerd na 1970. *Profession of Medicine* illustreert de stand van de medisch sociologische wetenschap eind jaren zestig.

Het hoofdthema van *Profession of Medicine* is de sociale organisatie van het medische beroep. Freidson zegt terecht dat een goede definitie van een professie nauwelijks te geven is. Maar, zegt hij, als er iets een professie is dan is het de hedendaagse medische beroeps-groep. Om het wezen van een professie te analyseren is er amper een beter voorbeeld dan dit. Verder stelt Freidson dat professie tegenwoordig meer een sociaal symbool is met een hoge status dan een objectief kenmerk van een bepaalde beroeps-groep. Zo kun je bijvoorbeeld lezen dat maatschappelijk werkers, verpleegkundigen of schoonheidsspecialisten een professie vormen. Het begrip is dan een claim op exclusieve kennis, onafhankelijkheid en status. Het is dan de vraag of deze claim ook door anderen wordt erkend.

ZIEKTE

Hoewel *Profession of Medicine* een goede beschrijving geeft van het medische beroep ligt de waarde van het boek voor mij veel meer in de beschrijving van de sociale constructie van

ziekte. Dit is het tweede thema dat in het boek wordt uitgewerkt. Op werkelijk fantastische wijze combineert Freidson de professionaliseringstheorie met begrippen als deviant gedrag, ziekenrol, stigma, legitimiteit, professionele constructie van ziekte en leken constructie van ziekte. Als producten van onze samenleving is het voor de meesten van ons moeilijk om ziekte geheel los te zien van de biologie en psychologie. Freidson neemt de lezer echter mee naar een puur sociologische definitie van ziekte waarbij een groep (de leken-groep dan wel de medische beroeps-groep) definieert wat er aan de hand is. Zo'n definitie impliceert of het slachtoffer zelf schuld heeft of niet aan zijn deviantie; of er los van de schuld-vraag een stigma kleef aan de deviantie; hoe de deviantie persoon zich überhaupt dient te gedragen.

Zo maakt Freidson een typologie van deviantie waarbij het individu niet verantwoordelijk wordt geacht voor de deviantie, in casu ziekte. Hij maakt onderscheid naar illegitieme deviantie (gestigmatiseerd) zoals epilepsie, stotteren en psychose; voorwaardelijk legitieme deviantie waarbij het individu beter moet worden of hulp moet zoeken zoals verkoudheid en longontsteking; en tot slot onvoorwaardelijk legitieme deviantie zoals een litteken of ongeneeslijke ziekte waarbij van het individu niets (meer) wordt verwacht. Bij deze drie soorten worden lichte varianten onderscheiden van ernstige deviantie. Bij elke variant heeft zowel de medische beroeps-groep als de leken-samenleving zeer bepaalde verwachtingen van het gedrag van het betreffende individu.

ALCOHOLISME

In de loop der tijd kunnen bepaalde devianties in een andere categorie terecht komen: bijvoorbeeld van ernstig naar licht, van onvoorwaardelijk naar voorwaardelijk legitiem of van gestigmatiseerd naar legitiem. Vaak zal daarbij de medische beroeps-groep optreden als 'moral entrepreneur'. Medici proberen de leken te overtuigen dat huidkanker niet (meen thuis-hoort bij ernstig onvoorwaardelijk legitiem (ongeneeslijk) maar bij voorwaardelijk legitiem (behandelbaar). Epilepsie en psychose horen niet bij illegitiem/gestigmatiseerd maar ook bij de behandelbare legitieme aandoeningen. Wat betreft de door leken illegitiem geachte devianties neigen artsen ter bescherming van de patiënt tot onderdiagnose. bijvoorbeeld bij alcoholisme. Maar voor de rest heeft de medische beroeps-groep een bias richting ziek-

te. De medische beslissingsregel lijkt dat iemand ziek is tot het tegendeel is bewezen. Dit overigens in contrast met de uitgangspunten van de naburige juidische professie.

Waarom *Profession of Medicine* uit de kast gehaald? Ik kocht het boek in 1980 toen ik bezig was met ziekenhuis stages als co-assistent. De sociologische kijk op gezondheidszorg en ziekte was voor mij een absolute eye-opener. Co-assistent zijn is niet alleen het leren van praktische kennis, maar ook het rituele toetredingsproces tot de medische beroeps-groep. Ziekte is niet alleen een uiting van pathofysiologische veranderingen. Het is ook een sociale definitie met allerlei morele oordelen en praktische consequenties. Voor een medisch student is het vrijwel niet te doen om over te stappen naar een sociale definitie van ziekte. Laat staan om de ins en outs van het toekomstige beroep, zoals de extreme werktijden, te bekijken door een externe sociologische bril. Freidson's boek en verwante literatuur maakte me zo enthousiast dat ik een jaar later begon met de avondstudie sociologie. Primair uit pure interesse en als hobby, maar ook als waardevolle aanvulling op de medische studie.

In 1982 begon ik als sociaal geneeskundige in opleiding met een promotie-onderzoek naar probleemdrinken en alcoholisme. Freidson's stuk over de 'Social construction of illness' heeft amper een betere toepassing dan deze vorm van deviantie. Maar ook anno 1992 is het gedeelte over de constructie van ziekte uit *Profession of Medicine* nog van grote waarde. Wat is de betekenis van morele oordelen over ziekten: welke eisen worden aan zieken (inclusief arbeidsongeschikten) gesteld; wat zijn hierbij de verschillen tussen leken en de medische beroeps-groep. Voor al deze vragen schept Freidson een theoretisch kader. Maar bovenal is en blijft dit gedeelte van het boek een prachtig voorbeeld van medische sociologie.

Hein Raat
hoofd afdeling Jeugdzorg
GGD Rotterdam e.o.

Eliot Freidson, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Harper & Row, New York, 1970. 409 pag.

'GEZONDHEIDSZORG IS MEER DAN GENEESKUNDE ALLEEN'

PAUL SCHNABEL, DEAN VAN DE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Maarten Evenblij

Eris geen goed Nederlands woord voor. Sociale geneeskunde is te medisch, openbare gezondheidszorg te beperkt tot overheden, en maatschappelijke gezondheidszorg al geclaimd door de kruisverenigingen. 'Dan toch maar public health,' verzucht prof. dr. Paul Schnabel, hoogleraar klinische psychologie en gezondheid aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Vanaf 1 januari van dit jaar is Schnabel voor drie dagen in de week dean - een soort directeur - van de School of Public Health. September 1993 moeten de eerste studenten in de door de Utrechtse en Rotterdamse universiteiten en het ministerie van WVC opgerichte school aan de slag kunnen.

Voorlopig is er niet veel meer dan een hol gebouw aan de Utrechtse Maliebaan, gevuld met meubilair uit het universiteitsmuseum en een aantal werkgroepen en commissies die zich over de opzet van het curriculum en de organisatie van de school buigen.

Public health wordt vooral geassocieerd met ontwikkelingslanden. Daar staat het voor een concept van zorg die zich vooral richt op de verbetering van de volksgezondheid door een betere hygiëne, voedselsituatie, zuigelingen- en elementaire medische voorzieningen. In de meeste westerse landen stierf de public health als concept een zachte dood toen riolering, drinkwaterzuivering en kruiswerk hun intrede deden. Nederland heeft een uitstekende public health, ook al wordt de caleidoskoop van verschillende specialismen en voorzieningen niet zo genoemd. 'De zorg voor een collectief probleem en de collectieve verantwoordelijkheid daarvoor', definieert Schnabel de discipline waarin hij zich bevindt. Maar hij erkent dat een eenduidige definitie moeilijk te geven is. 'Als ik het radicaal zou zeggen, is public health alles wat academische ziekenhuizen niet interesseert. In veel landen gelden bijvoorbeeld bevolkingsbeperkingsprogramma's als public health. In Nederland absoluut niet, want hier is gezinsplanning geen probleem.'

Niemand is bijvoorbeeld verplicht om met zijn of haar kind naar een consultatiebureau te gaan, toch doet bijna iedereen dat; ook de allochtonen. Maar of dit public health is? Het onderscheid tussen het individuele en het col-

lectieve niveau is vaak moeilijk te maken. Huisartsen bijvoorbeeld, maken zich in eerste instantie druk om de individuele patiënt. Door hun gezamenlijke bijdragen en door de organisatie van de eerstelijnszorg (toegankelijk voor iedereen) dragen huisartsen echter in belangrijke mate bij aan de public health van de Nederlandse bevolking. Datzelfde geldt voor de kruiswerkers - in mindere mate - GG&GD'ers, bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, die zich met individuen bezighouden, maar wel onderdeel uitmaken van een programma dat dient ter verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking als collectief.

De laatste jaren is public health als medisch-sociale discipline weer in de belangstelling gekomen. Onder meer door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) die met z'n programma 'Health for all' niet alleen de toegang tot de gezondheidszorg wil verbeteren, maar ook aandacht geeft aan leefstijl-aspecten (gezond gedrag). 'Veel van de gezondheidswinst in de toekomst zal eerder uit gezondheidsbevordering komen dan uit de genezing van ziekten,' verwacht Schnabel. 'Public health krijgt ook meer aandacht doordat weer allerlei infectieziekten, zoals tbc, de kop op steken, terwijl er nieuwe bijkomen, zoals aids.' Tenslotte verklaart Schnabel de groeiende belangstelling voor public health ook door de confrontatie met Oost-Europa waar de gezondheidstoestand van de bevolking vaak deplorabel is, evenals de medische en sociale infrastructuur ter plekke.

GEEN VAK

De gezondheidszorg in Nederland is van een uitzonderlijk hoge kwaliteit, en bereikbaar voor een bijzonder grote groep mensen. Dat kun je public health noemen, maar het is geen vak dat je op de universiteit kunt leren. Wel afzonderlijke onderdelen als epidemiologie, sociale geneeskunde, gezondheidsrecht, management van gezondheidszorg. 'Sociale geneeskunde is een zaak van de medici geworden, maar het staat wel laag in de pikorde ten opzichte van de klinische vakken,' constateert Schnabel. 'Er ontstond het gevoel dat de opleiding tot sociaal geneeskundige meer zou moeten omvatten dan louter medici; ook economen, sociologen en bestuurskundigen, bijvoorbeeld. Gezondheidszorg is immers meer dan geneeskunde alleen.' De afgelopen twee decennia is de sociale geneeskunde op de universiteit, langzamerhand in de verdrukking ge-

raakt, heeft Schnabel gemerkt. Specialisatie van basisartsen tot sociaal geneeskundigen geschiedt nu aan buiten-universitaire instituten, zoals het NIPG (Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg) in Leiden, of het SSG (Stichting voor Sociale Gezondheidszorg) in Utrecht.

Net als zoveel disciplines dreigt de sociale geneeskunde tussen wal en schip te komen als de diverse instellingen niet hun krachten bundelen. Met name het onderzoek op dit terrein komt in de knel. Vandaar de School of Public Health. 'Daar komt bij,' zegt Schnabel 'dat er voor buitenlanders helemaal geen aanspreekpunt was, als ze wilden weten hoe Nederland nu met z'n public health omgaat. Ook waren er Nederlanders die zich wilden bekwamen in de public health of de epidemiologie en daarvoor met name naar de Verenigde Staten gingen. Terwijl ze heel goed in eigen land terecht zouden kunnen.'

TWEE OPLEIDINGEN

Kortom een soort verkooppunt voor Nederlandse gezondheidszorg? Niet alleen, meent Schnabel. De school moet vooral gaan zorgen voor de ontwikkeling en de continuïteit, van het onderzoek op het terrein van de public health. Inmiddels hebben de Rotterdamse en Utrechtse universiteit toegezegd de komende vier jaar samen veertig aio-plaatsen (promovendi) ter beschikking te stellen die speciaal onderzoek gaan doen op het terrein van de public health. De School of Public Health zal een rol gaan spelen bij het op het juiste spoor houden van de promovendi. Onder meer door een speciale aio-opleiding.

Als alles goed gaat zal de School of Public Health twee opleidingen gaan verzorgen. Eén van zo'n 1500 uur voor medici die in de sociale geneeskunde werkzaam zijn (de oude opleidingen van NIPG en SSG die binnen het kader van de school gegeven worden) en die leidt tot de erkende medische specialisatie. Het andere programma telt circa 2500 uur en moet opleiden tot een internationaal erkende graad van Master of Public Health. Deze opleiding is bedoeld voor mensen die zijn afgestudeerd in een of andere universitaire richting (van juridisch tot medisch) en hun werk binnen de sociale gezondheidszorg hebben. Jaarlijks zullen waarschijnlijk enkele tientallen studenten de cursussen gaan volgen. 'Het wordt geen groot bedrijf,' verzekert Schnabel



Paul Schnabel

die van WVC een startsubsidie krijgt van drie miljoen gulden. Ook de twee genoemde universiteiten dragen een flinke steen bij, vooral door het beschikbaar stellen van aio's. 'Het idee is dat de school in de toekomst zichzelf bedruipt. Maar dat lijkt mij onhaalbaar. Een opleiding zou dan misschien wel zestigduizend gulden gaan kosten. Dat is veel te veel.

'De School of Public Health zal ook ondersteuning moeten gaan geven aan 'het veld': toegepast onderzoek verrichten, conferenties organiseren. Voor GGD en verzekeringsgeneeskundigen, artsen in verpleeghuizen of gevangissen en dergelijke. Schnabel: 'Dat is voor ons natuurlijk een bron van inkomsten. Veel belangrijker is dat de school daardoor nauwe relaties met het veld kan onderhouden. Als je een goede opleiding wilt verzorgen en zinvol onderzoek wilt kunnen doen, moet je goed weten welke problemen er in het veld spelen.'

NIET-MEDICUS HOOFD

Dat Schnabel directeur van de School of Public Health is geworden is een beetje toeval. Hij verdiende z'n sporen in de geestelijke gezondheidszorg en noemt zich zeker geen specialist in de public health. Het organisatietalent van de 43-jarige socioloog speelde geen onbelangrijke rol bij z'n uitverkiezing. Zelfmoordonderzoek, antipsychiatrie, seksuologie, jeugdzorg en verslaving en de klinische psychologie zijn terreinen waarop Schnabel zich heeft bewogen. En nu als niet-medicus is hij hoofd van de School of Public Health. 'Vijftien jaar in één sector vind ik lang genoeg. De public health heeft mijn belangstelling, maar het had ook iets anders kunnen

zijn,' zegt hij nuchter. Behalve dan het uit het slop halen van de Rutgershuizen, want die sector heeft hij al eens gehad.

'De sociologie leert je op een bepaalde manier naar de dingen kijken en dat kan heel nuttig zijn. Dat ik geen medicus ben, betekent niet dat ik in deze wereld niet serieus genomen word. Althans in Nederland. Buitenlandse artsen kunnen weleens op niet-medicus neerkijken.'

Mede daarom is Schnabels eerste stafmedewerker een medicus met een master degree in de public health.

Wordt de master of public health geen overbodige figuur in het Nederlandse gezondheidszorgwereldje waarin iedereen zijn of haar specialisme heeft? Gemengd tussen medici, GGD'ers, categorale artsen en gezondheidsvoorlichters? 'Natuurlijk ziet Schnabel een plaats voor z'n public health-functionarissen. 'We moeten voorkomen dat er een opleiding komt waar bijvoorbeeld de GGD'ers niets aan hebben. Of omdat hij te weinig praktisch is, of juist omdat de cursisten er zaken leren die ze ook binnen de GGD zelf hadden kunnen opsteken. Public health is een multidisciplinair vakgebied. De kracht van de opleiding zit er niet alleen in dat de stof uit verschillende disciplines komt, maar ook dat de cursusgroepen zelf gemêleerd zijn. Naast een GGD'er zit aan de ene kant bijvoorbeeld een verzekeringsgeneeskundige en aan de andere kant een arts uit de jeugdgezondheidszorg. Een eindje verderop zit dan een epidemiologisch geschoolde student.'

Schnabel verwacht niet dat de overheid zich werkelijk uit de gezondheidszorg zal terugtrekken. Lagere overheden zullen hun be-

voegdheden houden en wellicht uitbreiden. 'De Wet Collectieve Preventie is nog niet ingevuld,' constateert Schnabel. 'Daarin staat bijvoorbeeld dat de gemeente tot taak heeft de psychohygiëne van de bevolking te bevorderen. Hoe gaat ze dat doen? Er wordt steeds meer gesproken over gezondheidsbeleid, gezondheidsbevordering, ziektepreventie. Naast het klinische bedrijf zal er een plaats komen voor de public health-werker.'

Het gesprek wordt onderbroken door de enkele dagen geleden aangesloten telefoon: iemand die op de hoogte gehouden moet worden van een zojuist gehouden commissievergadering. Schnabel legt de hoorn neer en loopt terug naar de antieke tafel waaraan wij zitten. terwijl hij opsomt: 'Gezondheidsvoorlichting, preventie, epidemiologie, arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg, plotselinge aandacht voor chronisch zieken.' Allemaal terreinen die zich in een groeiende belangstelling mogen verheugen en waar de afgestudeerde 'public health' uitstekend werk kan verrichten. 'Het voorkomen is beter dan genezen, wordt ook door de politiek ondersteund,' gaat Schnabel verder. De maatregelen tegen roken, alcoholmisbruik, de voorlichting over aids en de campagnes voor minder vet, meer beweging en het voorkomen van werkstress zijn daar voorbeelden van. 'Maar wat weten we eigenlijk van preventie? De technologie voor een goede preventie van ziekten en het bevorderen van gezondheid moet nog grotendeels ontwikkeld worden.' Het juiste moment dus, voor een School of Public Health.

Maarten Evenblij is free-lance wetenschapsjournalist en lid van de redactieraad van TG!.

MEDISCH EXPERIMENTEREN IN ONTWIKKELINGSLANDEN

Mark K.T. Tjong

Bij het uitvoeren van medische experimenten in landen in de derde wereld is het soms moeilijk de proefpersonen goed te informeren over het onderzoek, zodat zij geïnformeerde toestemming kunnen verlenen. Volgens de richtlijnen mag zonder die toestemming geen onderzoek gedaan worden. Maar juist in de ontwikkelingslanden is bijvoorbeeld onderzoek naar medicijnen tegen aids van het grootste belang. Een dilemma dus. Men overweegt nu een uitzondering op de richtlijn mogelijk te maken.

Een grondbeginsel bij het uitvoeren van medische experimenten op proefpersonen is dat een experiment onaanvaardbaar is zonder toestemming van de proefpersoon. Dit is onder meer vastgelegd in artikel 7 van het Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten. Daarnaast moet een proefpersoon, alvorens hij toestemming geeft, worden geïnformeerd over het experiment (informed consent of geïnformeerde toestemming). Internationale richtlijnen als de Code van Neurenberg en de Verklaring van Helsinki laten er geen misverstand over bestaan dat op de regel van geïnformeerde toestemming geen uitzondering mogelijk is.' Deze regel is zo strikt omdat medische experimenten diep ingrijpen in de persoon. Bovendien moet bedacht worden dat deze richtlijnen tot stand zijn gekomen naar aanleiding van de gebeurtenissen in de Tweede Wereldoorlog.

Bij het uitvoeren van medische experimenten in ontwikkelingslanden blijken zich echter praktische problemen voor te doen bij het verkrijgen van geïnformeerde toestemming. Het gaat om door buitenlandse organisaties gesponsord onderzoek dat wordt uitgevoerd door westerse onderzoekers of waarbij plaatselijke instellingen worden ingeschakeld. De onderzoekers zijn daarbij niet altijd in staat om de proefpersonen te laten begrijpen wat het experiment inhoudt. De regel van geïnformeerde toestemming kan dan een belemmering vormen voor het uitvoeren van het onderzoek, terwijl juist in ontwikkelingslanden het medisch onderzoek van groot belang kan zijn voor de bevolking: men denke aan het aids-onderzoek. Xaar aanleiding van deze problemen overweegt de Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) een uitzondering op de regel van informed consent mogelijk te maken door wijziging van haar International guidelines for biomedical re-

search involving human subjects'.² Wanneer deze richtlijnen worden gewijzigd mag onder bepaalde omstandigheden worden afgezien van het verkrijgen van geïnformeerde toestemming van individuele proefpersonen en voldoet goedkeuring van een vertegenwoordiger namens de gemeenschap waarvan de proefpersoon deel uitmaakt (proxy-consent). Deze mogelijke wijziging van de CIOMS-richtlijn staat niet op zichzelf. Recent is in internationale literatuur de vraag opgeworpen of onze Westeuropese of Amerikaanse normen wel universeel ofte wel wereldwijd geldig kunnen zijn. Een antwoord hierop zou gevonden kunnen worden in het 'ethisch relativisme'.

ETHISCH RELATIVISME

Het ethisch relativisme is een vorm van cultuur-relativisme of pluralisme, dat inhoudt '...dat de mensheid moet leren leven in een mondiale samenleving waarin alle culturen gelijkwaardig zijn en waarin met name de westerse beschaving niet langer haar waarde en ideeën aan andere culturen zal opleggen.' De ethische variant wijst erop dat waardeoordelen niet los van de desbetreffende cultuur gezien kunnen worden, althans los daarvan objectief te rechtvaardigen zijn.

Aanhangers van het ethisch relativisme wijzen de stelling af dat westerse normen universele gelding hebben. Zij voeren aan dat de Code

van Neurenberg en de Verklaring van Helsinki westers georiënteerd zijn en dat bij de totstandkoming daarvan geen rekening is gehouden met niet-westerse culturen.'

Het onverkort vasthouden aan de regel van geïnformeerde toestemming zou in deze optiek betekenen dat onze eigen normen en waarden worden opgedrongen aan niet-westerse culturen (ethisch imperialisme). Zo voeren de aanhangers van het ethisch relativisme aan dat niet alle culturen het zelfbeschikkingsrecht (waar de geïnformeerde toestemming regelrecht van is afgeleid) kennen of huldigen zoals dat in het Westen gebruikelijk is. In sommige culturen nemen bijvoorbeeld gemeenschaps- en gezins- of familie- beslissingen over het leven en de gezondheid van de leden van de gemeenschap.

Daarnaast wordt aangevoerd dat slechts een minderheid van de internationale gemeenschap uitgaat van een westers persoonsbegrip. Wat men onder 'een persoon' verstaat wordt bijvoorbeeld in Centraal-Afrikaanse culturen bepaald door de relatie van het individu met de gemeenschap waar hij of zij deel van uitmaakt.

COMMUNICATIEPROBLEMEN

Dat westerse onderzoekers de normen van andere culturen moeten respecteren is evident. Maar dat maakt de voorgestelde uitzondering op het toestemmingsvereiste niet minder om-



Scène uit de documentaire 'De pillen jungle', een productie van de Nederlandse televisie samen met de Wereld Gezondheidsorganisatie

streden. In de eerste plaats is de rechtvaardiging die daarvoor wordt gegeven twijfelachtig. De reden dat de CIOMS een uitzondering op de regel van geïnformeerde toestemming wil maken is dat het in praktijk voor onderzoekers heel erg moeilijk is om geïnformeerde toestemming te krijgen, omdat sommige culturen onbekend zijn met de westerse geneeskunde en omdat er sprake is van analfabetisme, laag opleidingsniveau et cetera. Deze factoren leiden vaak tot communicatieproblemen, die het informeren van de plaatselijke bevolking bemoeilijken. Ook in de westerse wereld komen dergelijke communicatiestoornissen voor. Allochtone patiënten in Nederland worden bijvoorbeeld niet altijd goed geïnformeerd door Nederlandse artsen, omdat de betreffende arts denkt dat de patiënt hem niet begrijpt." Ook bestaan er veel misverstanden over niet-westerse culturen en de invloed daarvan op ideeën over ziekte en medische behandeling. In de Verenigde Staten leiden dergelijke communicatieproblemen ertoe dat niet-Engelstalige immigranten niet die bescherming krijgen waar zij krachtens medisch-ethische regels recht op hebben.'

Toch zouden dergelijke praktijken er in de westerse wereld niet toe leiden dat de regels met betrekking tot medische experimenten versoepeld worden. Het valt niet in te zien waarom communicatieproblemen in ontwikkelingslanden daar wel reden voor zouden mogen zijn.

NIEUWE CIOMS-RICHTLIJN

Als argument vóór de nieuwe CIOMS-richtlijn wordt wel aangevoerd dat het vasthouden aan de regel van geïnformeerde toestemming medisch experimenteel onderzoek in ontwikkelingslanden belemmert. Bovendien zouden de resultaten van dergelijk onderzoek aan de gemeenschap waar de proefpersonen deel van uitmaken ten goede komen. Zo wordt in de richtlijn voorgesteld om het vaccin dat met het onderzoek is ontwikkeld gratis te verstrekken aan de betreffende gemeenschap. Maar dit is een vage belofte, die de proefpersoon, noch diens gemeenschap beschermt tegen nadelige gevolgen van het experiment..

Een groot bezwaar tegen de CIOMS-richtlijn is de stilzwijgende terugdringing van het zelfbeschikkingsrecht. Door de nieuwe richtlijn worden de rechten van individuele proefpersonen uitgehold en het is maar de vraag of dat mag opwegen tegen het onderzoeks- of gemeenschapsbelang.

Een ander bezwaar tegen het vervangen van de individuele toestemming door toestemming van bijvoorbeeld een leider van de gemeenschap is dat het erg twijfelachtig is of ieder lid van de gemeenschap gebonden mag worden aan die toestemming en of die gemeenschapsleider altijd op goede gronden met het onderzoek instemt.. Mensen uit niet-westerse culturen hebben soms andere verwachtingen ten aanzien van de werking van de westerse geneeskunde en onderzoek dan reëel is.' Moet een onderzoeker dan wel zon-

der meer meegaan met de traditionele opvatting in sommige culturen dat de bevolking niet geacht kan worden voor zichzelf te beslissen?

ETHISCH IMPERIALISME?

Dit jaar werd een CIOMS-conferentie gehouden over de nieuwe richtlijn. Een aantal vertegenwoordigers betoogde dat het internationale recht en ethiek geen ruimte bieden om de regel van geïnformeerde toestemming af te zwakken (wel zou toestemming van een gemeenschapsvertegenwoordiger als aanvulling op individuele toestemming kunnen gelden). Verdient een internationale 'universele' regel van geïnformeerde toestemming dan niet de voorkeur boven de voorgestelde CIOMS-regel, of komt dat neer op het opleggen van westerse waarden aan andere culturen (ethisch imperialisme). Dat hoeft niet het geval te zijn. Het ethisch relativisme is niet bedoeld om mensen de mogelijkheid te ontlenen om nonnen af te wegen en te kiezen voor andere nonnen dan uit de eigen cultuur.' Opmerkelijk is dat een aantal vertegenwoordigers van ontwikkelingslanden het wijzigingsvoorstel niet steunde. Medisch-ethische regels, zoals de regel van geïnformeerde toestemming, worden in die landen zeker niet

altijd als gebonden aan de westerse cultuur beschouwd. Het is 'voorstelbaar dat westerse onderzoekers de cultuur van ontwikkelingslanden verkeerd inschatten, terwijl in werkelijkheid het zelfbeschikkingsrecht niet botst met die cultuur. Bovendien veranderen culturen van ontwikkelingslanden onder invloed van internationale en interculturele contacten; culturen kunnen elkaar dan beïnvloeden of in elkaar opgaan. Dergelijke verandering van cultuur is inherent aan - de naam zegt het al - ontwikkelingslanden, die zich ook op het gebied van normen ontwikkelen.

Mede gelet op het feit dat westerse experimenteelonderzoek op steeds grotere schaal in ontwikkelingslanden plaatsvindt is het van groot belang dat die landen beschermd worden tegen onderzoek dat in het Westen niet wordt toegestaan.

Internationale solidariteit is gewenst om een minimum bescherming van proefpersonen bij medische experimenten te garanderen. Er wordt geijverd voor een internationaal beginsel dat geen land onderzoek in andere landen toestaat of ondersteunt dat niet in overeenstemming is met medisch-ethische beginselen die minstens zo streng zijn als die in het eigen land gelden. 3)

Noten

1. Nuremberg Code 1946, *Encyclopedia of Bioethics*, New York/London 1978, p.1764-1765. World Medical Association adopts amended version of the Declaration of Helsinki, *International Digest of Health Legislation* 1990, p.530-533.
2. CIOMS, Proposed international guidelines for biomedical research involving human subject, Geneva 1982. C. Marwick, 'Who Expected to Revise International Ethical Research Conduct Guidelines'. In: *JAMA* 1991, vol. 266, p.187.
3. T. Lemaire, *Over waarde van culturen*, Baarn 1976, p.95. A.D. Rentein, *International Human Rights. Universalism versus Relativism*, Newbury Park, London, New Delhi 1990, p.71.
4. M. Barry, 'Ethical Considerations of Human Investigation in Developing Countries. The AIDS Dilemma'. In: *The New England Journal of Medicine* 1988, vol. 319, p.1083-1085.
5. R.J. Levine, 'Informed Consent. Some Challenges to the Universal Validity of the Western Model'. In: *Law Medicine & Health Care* 1991, vol. 19, p.207-231. W. de Craemer, 'A cross-cultural perspective on personhood'. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1983, vol. 61, p.19-34. L. Gostin, 'Ethical Principles for the Conduct of Human Subject Research. Population-based Research and Ethics'. In: *Law Medicine & Health Care* 1991, vol. 19, p.191-201.
6. R. van Dijk, 'Cultuur als excuus voor falende hulpverlening'. In: *Medische Antropologie* 1989, p.131-143.
7. M.A. Grodin & G.J. Annas, 'Ethical Imperialism'. In: *The New England Journal of Medicine*, vol. 322, p.200.
8. Daarop wijzen Bloemen Nater op m.b.t. het voorschrijven van en de vraag naar westerse geneesmiddelen in een geïsoleerd dunbevolkt gebied van Indonesië: M. Bloemen E. Nater op, 'Hoe medicijnen worden voorgeschreven in West Kalimantan, Indonesië'. In: *Medische Antropologie* 1989, p.167-179.
9. C. Wellman, 'The Ethical Implications of Cultural Relativity'. In: *The Journal of Philosophy*, vol. LX, 1963, p.169-184. A.D. Rentein, *International Human Rights. Universalism versus Relativism*, Newbury Park, London, New Delhi, 1990, p.61-87.
10. L. Gostin, 'Ethical Principles for the Conduct of Human Subject Research. Population-based Research and Ethics'. In: *Law Medicine & Health Care* 1991, vol. 19, p.191-201. N.A. Christakis & M.J. Panner, 'Existing International Ethical Guidelines for Human Subjects Research. Some Open Questions'. In: *Law, Medicine & Health Care* 1991, vol. 19, p.114-22. M. Angel, 'Ethical Imperialism? Ethics in International Collaborative Clinical Research'. In: *The New England Journal of Medicine* 1988, vol. 319, p.1018-1083. M. Barry, 'Ethical Imperialism'. In: *The New England Journal of Medicine* 1990, vol. 322, p.201. G.R. Prout, C.W., Lin, P. Griffin, 'Phodynamic Therapy for Bladder Cancer. Ethics of a Collaborative Trial in China'. In: *The New England Journal of Medicine* 1988, vol. 319, p.1097.

MARKTWERKING IN DE ZORG

WINT DE CONCURRENTIE HET VAN DE SOLIDARITEIT?

René Grotenhuis

De toekomstige gezondheidszorg zal op een aantal pijlers zijn gestoeld die ook in het plan-Simons zitten: meer marktwerking, meer concurrentie, minder invloed van de overheid en meer invloed voor de zorgverzekeraars. René Grotenhuis, directeur van een thuiszorginstelling, meent dat marktwerking en concurrentie slechts in zeer bescheiden mate de toekomst van de zorg zullen bepalen. Hij ziet meer in een vraaggerichte benadering, waarin de wensen van de cliënt voorop staan. Het financiële kader dat daarvoor nodig is vereist een stelsel dat ondubbelzinnig uitgaat van solidariteit.

Er wordt veel heil verwacht van de werking van vraag en aanbod in de zorg. Gesproken wordt over marktpartijen, aanbieders en inkoopers van zorg. Toch zijn er de nodige vraagtekens te zetten bij de werking van dit systeem. Allereerst wordt de marktwerking aanzienlijk beperkt doordat het nieuwe basispakket volgens het plan-Simons voor vijftien procent wettelijk is vastgelegd: de consument heeft er recht op, de verzekeraar moet het regelen. Aanbieders van zorg staan daarmee in een sterke positie. Terwijl marktwerking een open systeem vereist om echt tot zijn recht te komen, is er in de gezondheidszorg dus sprake van een voor vijftien procent gesloten systeem. Het is niet voor niets dat een aantal particuliere ziektekostenverzekeraars uit de markt stappen en hun pakket overdoen aan andere zorgverzekeraars. In termen van marktwerking en rendement is er voor hen niet veel meer te halen. De acceptatieplicht en het uitgebreide basispakket geven onvoldoende marges voor spannende marktontwikkelingen.

GEBREKKIG

Het spel van vraag en aanbod speelt zich ook niet af tussen producent en consument. De zorgverzekeraar treedt op namens de bij haar aangesloten consumenten. De verzekeraar onderhandelt, over prijs, kwaliteit, kwantiteit. De consument kan hooguit 'stemmen met zijn voeten' door een andere verzekeraar op te zoeken. Verzekerden/consumenten staan ver weg van de marktwerking. Hun keuze wordt in de toekomst zelfs beperkt door de contracteerbaarheid. De keuze voor huisarts, apotheek of thuiszorgorganisatie wordt begrensd door de vraag of die zorgaanbieder een contract heeft, met de eigen zorgverzekeraar. Zo niet, dan zal de consument naar een ander moeten. Het probleem van de gebrekkige marktwerking zou minder voelbaar zijn als er een breed concurrerend aanbod zou zijn van zorgvoorzieningen. Van verschillende kanten wordt die concurrentie gezien als zegenrijk uitvloeisel van de stelselwijziging. Concurrentie is dan ook een nieuw modewoord in de zorg. Elke manager in de gezondheidszorg

heeft zich inmiddels laten bijscholen op het terrein van marketing, marktconform handelen, prijs en kwaliteitsconcurrentie. Ik kan mijn dagen geheel vullen met symposia, congressen en cursussen op dit terrein. Dagelijks vervuilen folders mijn postbus en het milieu.

CONCURRENIEEDENKEN

Er zijn een aantal problemen bij het introduceren van concurrentie in de zorg. In het gewone economische verkeer heeft concurrentie meestal drie ontwikkelingen tot gevolg: vergroting van het totale produktievolume, vergroting van de vraag en verlaging van de prijzen. Concurrentie kan slechts gedijen als er een potentiële kopersmarkt is die het groeiende produktievolume zal afnemen. Juist deze voorwaarde is in het nieuwe stelsel maar zeer beperkt aanwezig. De politiek stelt grenzen aan de premiedruk voor de nieuwe basisverzekering om de wig tussen netto en bruto niet te laten groeien. Er is dus binnen het nieuwe stelsel weinig of geen financiering voor groeiende produktie van met elkaar concurrerende voorzieningen. De uitweg voor financiering van het groeiende produktievolume zou liggen in de nominale premie of in een sterke groei van eigen risico's.

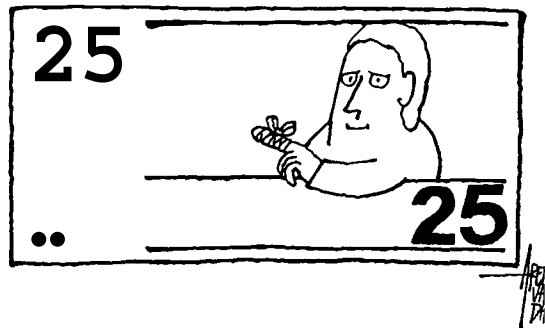
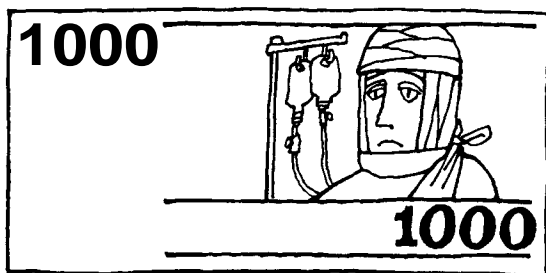
De alternatieven, zoals het onlangs gelanceerde CDA-plan, pleiten in deze richting: een kleiner basispakket en verplichte eigen risico's in de basisverzekering. Daarmee krijgen concurrentie en marktwerking meer kans. Nog meer varianten in aanvullende pakketten en eigen risico's zijn denkbaar. Daarmee dreigt echter de solidariteit, in de zorg af te brokkelen. De financiële draagkracht zal dan in sterke mate gaan bepalen welk aanvullend pakket men zich kan veroorloven. Maar, en dat is voor de zorg als geheel ernstiger, de prikkel tot kostenbeheersing zal afnemen. Er ontstaan meer mogelijkheden om het totale volume in de zorg te laten groeien. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen dan sneller de makkelijke weg van verhoging van nominale premie of eigen risico kiezen in plaats van ernst te maken met zorgvuldige afweging van kosten en keuzen. Werkers in de gezondheidszorg hebben er alle belang bij dat de so-

lidariteit in de gezondheidszorg en de financiering daarvan zo groot mogelijk blijft. Anders gaan ook in de zorg de financiële parameters de overhand krijgen.

Daarnaast vraagt concurrentie dat er risicodragend investeringskapitaal beschikbaar is om deze concurrentie op te zetten. Het is zeer de vraag of banken bereid zijn daarvoor geld te lenen omdat de financiële grenzen van de totale zorgproduktie gegeven zijn in de premie van de nieuwe Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voor de belangrijkste kostenposten in de zorgsector (algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen, zwakzinnigenzorg) is geen andere financieringsbron aan te boren dan de zorgverzekeraars. Daarmee is het starten van nieuwe voorzieningen uit het oogpunt van concurrentie een hachelijke onderneming. De garantie dat de vergrote produktiecapaciteit wordt benut en gefinancierd is er niet, tenzij elders produktiecapaciteit wordt ingeleverd dan wel leegstaat. Dat laatste zal dan weer leiden tot kostprijsverhoging.

Concurrentie komt pas echt tot zijn recht als het productieproces in onderdelen kan worden ingekocht. In de huidige situatie is het zorgproces een gesloten systeem: operatie-

De provinciale kruisvereniging Zuid-Holland vormde zich in 1988 om tot een bedrijfsmatig opererende dienstverlenende instelling in de zorg. Een veelheid van BV's werd opgericht om verschillende diensten te verlenen (opleiding, kraamzorg, administratie, automatisering et cetera). Vooruitlopend op de zegeningen van de marktwerking werd een subsidie-organisatie omgevormd tot een marktconforme organisatie. Begin 1991 viel het doek voor deze instelling met een faillissement en een schuld van 5 miljoen. Het ontbrak aan kennis en onderzoek om een dergelijk omvormingsproces te realiseren en ook de cultuur van een subsidie-organisatie wordt niet in een oogwenk omgevormd tot een slagvaardige marktorganisatie. Ook de inschatting van de structurele kosten en de verhouding tussen uitvoering en overhead bleek onjuist. Marktwerking blijkt veel moeilijker dan gedacht.



Tekening: Arend van Dam

functie, verpleegfunctie, hotelfunctie, laboratoriumfunctie zullen als koppelverkoop door zorgaanbieders worden geleverd. Ziekenhuizen zullen niet bereid zijn hun laboratoriumfunctie van elders te betrekken omdat de zorgverzekeraar deze diensten daar goedkoper kan betrekken.

Tenslotte vereist concurrentie een bedrijfscultuur die nog ver af staat van die van de zorginstellingen. De marketingcursussen van directeuren en andere managers zijn geen garantie dat ook op uitvoeringsniveau de noodzakelijke cultuurverandering op korte termijn zal plaatsvinden.

KOSTENBEWUSTZIJN

Er zullen ingrijpende veranderingsprocessen in de organisaties nodig zijn om het concurrentiedenken wortel te doen schieten. In veel instellingen (mijn eigen niet uitgezonderd) is men nu net op gang met het aankweken van kostenbewustzijn in de uitvoering en het besef dat efficiency een legitieme parameter is in de zorgverlening. Een werkelijke concurrentiecultuur zal in de gezondheidszorg moeilijk gemeengoed worden. Het past in organisaties die hun ultieme maat hebben in de winstcijfers aan het eind van het boekjaar. In de gezondheidszorg blijft de zorg voor de patiënt de primaire doelstelling. Efficiency en kostenbeheersing zijn afgeleide (zij het in belang toenemende) randvoorwaarden.

Het streven naar kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering is voorlopig meer gediend met versterking van de samenwerking, vergroting van kostenbewustzijn en zoeken naar substitutie. Het begrensde budget voor de zorg in Nederland maakt het noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de benutting van het budget optimaliseren. Concurrentie

zal eerder leiden tot verspilling van beschikbare middelen dan tot kostenreductie. Vergelijk de voorbeelden die in het kader staan. Er kan veel gewonnen worden als het kostenbewustzijn toeneemt en als er over de grenzen van eigen instellingen heen gekeken wordt naar mogelijkheden om (met behoud van kwaliteit) de zorg goedkoper te verlenen. Daar zijn voldoende aangrijpingspunten voor zoals:

- verkeerde bed-problematiek
- onnodige standaardprocedures voor onderzoek en screening
- directe en indirecte kosten van wachtlijsten
- kosten van het vrije ondernemerschap in de gezondheidszorg.

Het is goed denkbaar dat het gesloten zorgproces in de toekomst wordt opgedeeld en de verschillende functies in dat proces anders en efficiënter worden georganiseerd. Dat zal het best kunnen gebeuren in samenwerking met de zorgaanbieders vanuit kostenbewustzijn en substitutie.

De commissie Keuzen in de zorg, ook wel de commissie-Dunning geheten, pleit in haar rapport *Kiezen en delen* voor een gemeenschapsgerichte benadering van de gezondheidszorg. Hoewel het rapport gekritiseerd kan worden omdat haar adviezen moeilijk te operationaliseren zijn in het concrete zorgproces - de trechter van Dunning is in de praktijk nauwelijks bruikbaar - geeft de commissie met deze benadering de juiste richting. Versterking van samenwerking en optimaliseren van de zorg binnen de financiële grenzen sluiten aan bij die gemeenschapsgerichte benadering. Concurrentie en marktwerking leiden daarentegen tot individualisering van de gezondheidszorg en zullen op den duur de winst van de stelselherziening met betrekking tot de solidariteit, weer tenietdoen. Overigens zal ook bij optimalisering van samenwerking en efficiency niet per definitie gegarandeerd zijn dat alle zorg ook altijd geleverd kan worden. Met de oneindige vraag en het begrensde aanbod zal de spanning tussen vraag en aanbod altijd aanwezig blijven. Er is wel een grotere kans dat verspilling zoveel mogelijk wordt beperkt.

INVLOED VAN VERZEKERDEN

Te weinig aandacht is er tot nu toe geschonken aan de positie van de verzekerden. Zorgverzekeraars zitten in het nieuwe stelsel met een dubbel belang. Enerzijds moeten zij hun zorgplicht jegens de verzekerden waarmaken, anderzijds dienen zij te blijven binnen de finan-

ciële kaders van de normuitkeringen. Sommigen verwachten alle heil van de zorgverzekeraars als belangenbehartigers van hun verzekerden. Anderen verwachten alle heil van dezelfde zorgverzekeraars als verantwoordelijken voor kostenbeheersing. De verzekerde moet maar afwachten welk belang de zorgverzekeraar voor zal laten gaan. De machtspositie die de zorgverzekeraars innemen in de zorgverlening vraagt om zorgvuldige controle van hun doen en laten. Wanneer in de toekomst de financiering van de zorg vrijwel geheel via de

In Utrecht startte Intermedzo als instelling voor nazorg thuis voor patiënten die (versneld) uit ze ziekenhuizen werden ontslagen. Deze instelling, bedoeld als alternatief jconcurrent voor bestaande thuiszorgorganisaties van kruiswerk en gezinsverzorging kwam nooit van de grond. De ziekenhuizen en specialisten die Intermedzo opzetten, hadden nauwelijks kennis van de thuiszorgmarkt, de noodzakelijke infra-structuur en de aanloopkosten. De flexibiliteit en de continuïteit in zorg bleken onvoldoende gegarandeerd om een stevige basis te bieden voor een alternatieve thuiszorgorganisatie. Intermedzo vond na iets meer dan een jaar haar einde in een faillissement nadat uit ziekenfondsgeiden een budget van enkele tonnen beschikbaar was gesteld om deze instelling van de grond te tillen. Die gelden werden geput uit het budget voor Intensieve Thuiszorg en beperkten zo het beschikbare zorgvolume bij de instellingen voor gezinsverzorging en kruiswerk.

zorgverzekeraars loopt, beheren zij met elkaar een bedrag van 50 miljard aan premiegelden. De golf van fusies onder zorgverzekeraars kan snel leiden tot kartelvorming, waar verzekerden en zorgaanbieders geen greep meer op hebben. Goed en scherp toezicht op het doen en laten van deze zorgverzekeraars, met bijzondere aandacht voor de consumentenbelangen, is dan geen overbodige luxe.

De positie van verzekerden in de stelselwijziging is tot nu toe onvoldoende uitgewerkt. Zij zijn in feite geen partij in de marktwerking en hun invloed in de opstelling van de zorgverzekeraars is zeer beperkt. Als 'stemmen met de voeten' hun enige machtsmiddel is, is hun invloed in het nieuwe zorgstelsel wel erg gering. De commissie-Dunning wijst in haar advies terecht op de noodzaak dat patiëntenorganisaties meer invloed krijgen in het proces van zorgtoewijzing en het formuleren van minimale normen voor zorgtoewijzing en kwaliteit

van zorg. Als het een zaak blijft van aanbieders en verzekeraars dreigt de patiënt buitenspel te blijven. De patiëntenorganisaties zullen meer dan tot nu toe in staat gesteld moeten worden polissen door te lichten en op basis van vergelijkend warenonderzoek verze-kerden te adviseren.

EN DE SOLIDARITEIT?

De beperkte mogelijkheden voor marktwerking in de gezondheidszorg zijn geen reden om de stelselherziening als tot mislukken gedoemd te beschouwen. Om drie redenen is stelselherziening zoals voorgesteld in het plan-Simons een noodzakelijke operatie. Op de eerste plaats wordt daardoor de scheefgegroeide solidariteit, in de financiering van zorg weer rechtgezet. De minst draagkrachtigen zijn immers in het huidige stelsel een onevenredig groot deel van hun inkomen kwijt aan premies voor zorg.

Op de tweede plaats is de stelselherziening nodig om te komen tot een grotere verantwoordelijkheid van de direct betrokkenen in de zorg voor de financiering en de productievolumes. Die ontwikkeling maakt een einde aan de steeds verdere verdichting van de regelgeving door de overheid en voorkomt dat instellingen de overheidsregulering als alibi gebruiken voor het niet kunnen verlenen van zorg.

Op de derde plaats zal de stelselherziening er, via de functionele verstrekingen, toe leiden dat de schotten tussen voorzieningen worden geslecht. Daardoor wordt de mogelijkheid tot substitutie vergroot en de afstemming van inzet van menskracht en middelen op de behoefte verbeterd.

Het nieuwe stelsel wil echter twee zaken tegelijkertijd: solidariteit, maximaal overeind houden en marktwerking en concurrentie volop zijn kans geven. Die twee zaken verdragen zich niet met elkaar. Of de solidariteit blijft de primaire doelstelling en dan zal het zaak zijn om, gegeven de financiële kaders, door samenwerking en optimalisering de zorg zo goed en zo efficiënt mogelijk aan iedereen te leveren. Of de concurrentie en marktwerking gaan het primaat krijgen. In dat geval zal de solidariteit op een minimumniveau worden gebracht. En het is zeer de vraag of dat tot kostenbesparing zal leiden. Macroeconomisch zijn de kosten voor gezondheidszorg in Nederland als aandeel van het BNP lager dan in de Verenigde Staten. Toch lopen daar miljoenen burgers rond zonder goede ziektekostenverzekering en zijn miljoenen bejaarden en minima afhankelijk van tweedetranszorg.

Simons maakt in zijn stelselherziening de keuze voor solidariteit. Die keuze verdient alle steun, maar maakt concurrentie en marktwerking in de zorg tot randverschijnselen.

René Grotenhuis is directeur van het Centrum Maatschappelijke Dienstverlening 'Vecht en Venen', in Maarssenbroek.

COL UIVIN

PSYCHIATERS ZAT!

Hoezo een tekort aan psychiaters? De cijfers lijken niet te liegen. Het Nationaal Ziekenhuisinstituut berekende onlangs dat het huidige tekort van 191 psychiaters over vijf jaar zal zijn opgelopen tot 450 full-time arbeidsplaatsen. Twee keer zoveel psychiaters opleiden baat pas in 2007. Intussen is in het oosten van het land hier en daar dertig procent van de betrekkingen vacant. Om gek van te worden!

Maar, zoals wel vaker, gaat achter zo'n ogenschijnlijk helder cijfer een complexe werkelijkheid schuil. Want hoe komt het toch dat er zoveel vacatures zijn? De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid licht in haar jaarverslag over 1991 een tipje van de sluier op. Veel psychiaters besluiten volgens de - als altijd bezorgde - Inspectie, zich zelfstandig te vestigen omdat dat een beter inkomen oplevert. Er zijn dus psychiaters genoeg, alleen kiezen ze liever de lucratieve kant van hun vak.

Dat is natuurlijk hun goed recht: iedereen mag van mij voor zichzelf beginnen. Maar er zijn grenzen. Want waarom is het voor een psychiater zo aantrekkelijk om een particuliere praktijk te beginnen? Omdat hij vanuit die inrichting het aureool van de alleskunner meeneemt naar de markt van welzijn en geluk. Zo kan ik het ook. In de afgelopen anderhalve eeuw psychiatrie heeft de psychiater zich een stevige positie verworven aan de top van de hiërarchie. Heeft u ooit gehoord van een elektricien-directeur? Of een monteur-directeur? Of een ijzergieter-directeur? Natuurlijk niet. Philips, Fokker en Hoogovens worden gewoon geleid door mensen die verstand horen te hebben van managen. In de psychiatrie is dat anders: weliswaar is daar het fenomeen geneesheer-directeur. op zijn retour, maar het blijven psychiaters die het voor het zeggen hebben. Ook binnen de afdelingen staan ze op een voetstuk. In de Riaggs lijken ze na tien jaar democratisering weer in de lift te zitten. Mooie illustratie van die stevige positie is ook het gedoe met de vrij gevestigde psychotherapeuten. Die moeten hun consulten via een vrij gevestigde psychiater declareren om geld uit de AWBZ-pot te krijgen. Is dat op zich al een gotspe, nog bonter is het, dat een op de drie psychiaters een kwart tot bijna veertig procent van de AWBZ-vergoeding voor zichzelf houdt. Voor 'veleende administratieve hulp'. Hebben psychiaters zo'n stevige positie in de GGZ omdat ze zo deskundig zijn? Welnee: zoals de geneeskunde de risee van de wetenschap is, is de psychiatrie de risee van de geneeskunde. Psychiaters zijn gewoon slimme jongens die wisten te profiteren van de maatschappelijke behoefte aan de illusie dat waanzin goed beheerd werd.

Boeiender dan de vraag hoe dat zo is gekomen, is de vraag hoe het tij gekeerd kan worden. Het overbodig verklaren van de hele beroepsgroep gaat vrij ver, heb ik begrepen. Zo meldt de Inspectie met afgrijzen, hoe basisartsen psychiatrische diagnoses stelden en medicijnen voorschreven' ...terwijl ze daartoe absoluut niet bevoegd of bekwaam zijn'. Tjonge. Aan de bekwaamheid van psychiaters twijfelt, de Inspectie kennelijk per definitie niet. En aan die bevoegdheid is wel iets te doen, zou je zeggen. Maar goed, die vacatures zijn er nu eenmaal, dus laten we die maar vullen. De psychiaters hebben immers jaren op kosten van de gemeenschap gestudeerd en anders is dat ook maar weggegooid geld.

Leefden we in een ander tijdperk en in een andere wereld, dan zouden we particuliere praktijken verbieden en psychiaters in loondienst dwingen. Hoe aantrekkelijk zo'n oplossing ook klinkt, dat zit er in deze tijd niet meer in.

Een antwoord dat wel in deze tijd past, is - opnieuw - marktconformiteit:.. subtiel de markt zo beïnvloeden, dat het voor psychiaters minder aantrekkelijk wordt om zich erop te begeven. Een drietal suggesties.

Een: wat te denken van een 'concurrentiebeding'? In de marktsector is dat fenomeen al ingeburgerd. Elke weldenkende werkgever komt daar met elke hooggekwalificeerde werknemer overeen dat deze met de know-how die hij in het bedrijf opdoet, binnen een bepaalde termijn geen eigen bedrijf mag beginnen. Op straffe van een dwangsom. Dat kan in de psychiatrie net zo goed als in de snelle wereld van de techniek. Een psychiater die op de markt een hoger inkomen wil verwerven, rekent dan eerst even af met zijn werkgever.

Twee: een voorlichtingscampagne over de vorderingen van de psychiatrie. Een beetje ouderwetse suggestie, nu Postbus 51 zo onder vuur ligt, maar toch. Zouden er nog veel mensen naar de psychiater gaan, als ze wisten hoe weinig hij in zijn mars heeft en hoeveel van zijn geslaagde ingrepen gebaseerd zijn op dezelfde intuïtie als die een wakkere politieagent of een goede vriend drijft?

Drie: ontgoochelen de functie psychiatrie van alle management&consultancy-franjon, die er de afgelopen honderdvijftig jaar ten onrechte aan is gaan hangen. De FNV stelde in juni voor meer laaggeschoolde mensen aan het werk te krijgen door banen te splitsen in een moeilijk stuk en een gemakkelijker stuk. Mutatis mutandis moet dat ook voor hoger betaalde banen een oplossing kunnen bieden

Nico de Boer

DE DEGENERATIE VAN HET HEDENDAAGSE SPERMA

MEDISCHE GESCHIEDENIS ALS ONDERDEEL VAN EEN FEMINISTISCHE POLITIEKE GESCHIEDENIS*

LidySchoon

Welke bijdrage kan de medische geschiedenis leveren aan de politieke geschiedenis en omgekeerd, wat kunnen de politieke en sociale wetenschappen betekenen voor medische geschiedschrijving? Hoe kan gezorgd worden dat het terrein van de lichamelijke ervaring en de fysiologie voor het voetlicht wordt gebracht op het toneel van de politiek en de geschiedenis? En hoe kan gezorgd worden dat de medische geschiedschrijving ook beschreven wordt vanuit de seksevenhoudingen? Bijvoorbeeld in kwesties van behandeling van onvruchtbaarheid, wat bepaalt dat mannen of vrouwen worden behandeld en hoe verhoudt zich dit tot een sociale context? En spelen sociale opvattingen ook een rol in een medische theorie over onvruchtbaarheid? De kwestie van de degeneratie van het hedendaagse sperma zal dienen als voorbeeld om op deze vragen in te gaan. Een pleidooi om medische geschiedschrijving ook te bedrijven vanuit de politieke wetenschappen.

Terwijl ik 's avonds in bed ter ontspanning rustig bladerde in het damesblad Viva, werd mijn aandacht getrokken door deze kop:

'HEREN, UW SPERMA HOLT ACHTERUIT'.

De Maastrichtse hoogleraar gynaecologie J.L.H. Evers die geïnterviewd werd, vertelde wat er aan de hand was.' Hij doet nu zo'n tien jaar onderzoek naar de kwaliteit van het sperma. Vergeleken met ongeveer vijftig jaar geleden daalt de kwaliteit van het hedendaagse sperma snel. Toen bevatte het mannelijk zaad nog een dikke 100 miljoen zaadcellen per kubieke millimeter, tegenwoordig ligt dat om en nabij de 60 miljoen. Waarom 'holt' de kwaliteit van het sperma achteruit?

Het blijkt te maken te hebben met de lichaamstemperatuur: zaad gedijt het beste bij een temperatuur van 35 graden Celsius; wordt het warmer dan worden de zaadcellen trager. Mannen met bijvoorbeeld een zittend beroep, zo citeert Viva de hoogleraar gynaecologie, 'zitten de hele dag op hun ballen te broeden'. Dus reken maar dat de temperatuur dan oploopt tot boven de 35 graden. In het artikel wordt verwezen naar een onderzoek waarin mannen die kwamen voor zaadonderzoek wegens onvruchtbaarheid, werden ingedeeld in warme werkers, warme slapers, koude werkers en koude slapers. Met de 'war-

men' werden mannen bedoeld met een zittend beroep in een verwarmde ruimte, mannen die strakke onderbroeken droegen en 's nachts in een stretch pyjama sliepen. De 'koude' mannen daarentegen hadden buitenwerk en staand werk, droegen los ondergoed en geen pyjama. In de kwaliteit van het sperma tussen die twee groepen zat een aanmerkelijk verschil. Nog even iets over de oorzaak van onvruchtbaarheid: men neemt aan dat die voor 30% bij de man ligt, 30% bij de vrouw, 30% door de combinatie van het paar en bij 10% onverklaarbaar. Tot zover de informatie over het hedendaagse sperma. Aan de hand van dit voorbeeld uit de huidige gynaecologie wil ik duidelijk maken welke betekenis sekse heeft in de medische geschiedenis en het tevens in een historische en politiek-sociale context plaatsen.

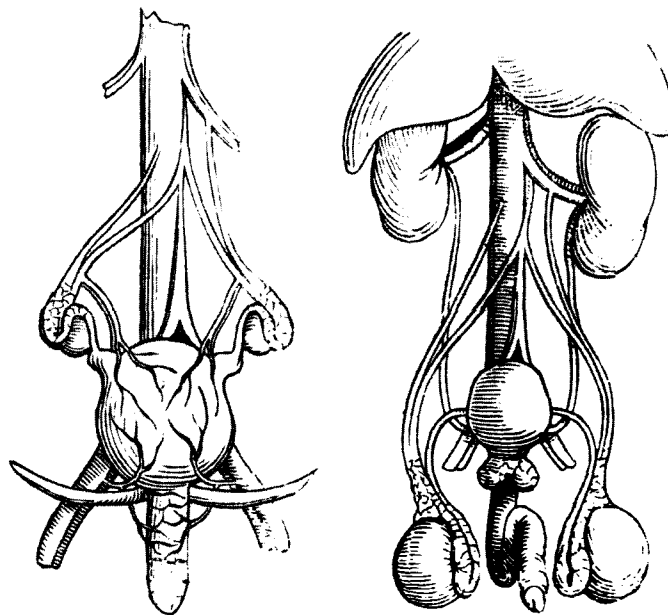
Op twee niveaus zal ik dit doen:

1. de totstandkoming van medische kennis en theorievorming;
2. de medische praktijk.

DE MEDISCHE THEORIE

De nadruk op 'koude' en 'warmte' in bovengenoemde medische interpretatie van onvruchtbaarheid roept associaties op met klassieke visies op de voortplantingsorganen. Voor dit voorbeeld van het vroegere medische denken moet

ik ver terug in de geschiedenis, namelijk naar de Grieks-Romeinse geneeskunde rond het begin van onze jaartelling. Het materiaal ontleen ik aan een beschrijving van de vroegere ideeën rond reproductie van de Amerikaanse historicus Thomas Laqueur.¹ Laqueur beschrijft dat in de Grieks-Romeinse geneeskunde vrouwelijke en mannelijke lichamen als homogeen werden beschreven. Het vrouwelijk lichaam werd gezien als een naar binnen gekeerde versie van het mannelijk lichaam. Laqueur illustreert dit aan de hand van anatomische afbeeldingen van vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen die een opmerkelijke overeenkomst vertonen (zie afbeelding 1). De baarmoeder en de vagina lijken op de penis; de eileiders worden vergeleken met de zaadleiters. Mannen en vrouwen zouden niet verschillen in hun soort, maar in hun configuratie. Waarom bevonden de mannelijke geslachtsorganen zich *buiten* het lichaam en de vrouwelijke geslachtsorganen zich *in* het lichaam? Mannen zouden beschikken over meer natuurlijke levensdrift dan vrouwen en daardoor meer warmte ontwikkelen om hun geslachtsorganen buiten het lichaam te drijven. Omdat vrouwen verondersteld werden over onvoldoende levensdrift te beschikken, zouden zij minder hitte ontwikkelen dan mannen en werden op grond hiervan als minderwaardig beschouwd. Om het medische denken in die tijd te plaatsen, ontkom ik



Vesalius, vrouwelijke en mannelijke geslachtsorganen

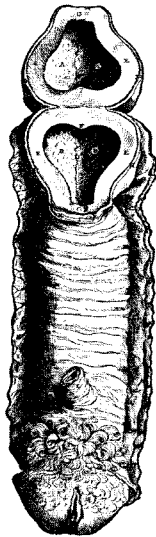
er niet aan kort in te gaan op de toen heersende ziekteleer, de humoraal-pathologie.

VIER SAPPEN

Volgens de humoraal-pathologie die zo'n tweeduizend jaar het medische denken heeft beïnvloed, onderscheidde men in het lichaam vier sappen, de humores: het zuivere bloed, het slijm, de gele gal en de zwarte gal. Als het evenwicht tussen deze sappen verstoord raakte, dan zou ziekte ontstaan. Alle lichaamsvochten werden als onderling vervangbaar gezien. Zo werd bijvoorbeeld het menstruatiebloed beschouwd als behorende tot de bloedsomloop en vanuit die gedachte gezien als een lozing van het teveel aan bloed en als zuivering van het aderlijke bloed. Dat de menstruatie tijdens de zwangerschap wegblijft, werd verklaard vanuit een omzetting van het menstruatiebloed in voedsel voor de foetus en gezien als de vrouwelijke bijdrage aan het voortplantingsproces. Na de bevalling zou het menstruatiebloed worden omgezet in borstvoeding.' Welke betekenis heeft 'seks' in de humoraal-pathologie? Vrouwen zouden koud en vochtig zijn, mannen warm en droog. Virulente vrouwen bijvoorbeeld met dik haar, die niet menstruerden, werden als 'onnatuurlijk' warm bestempeld. Omdat vrouwen minder hitte zouden produceren dan mannen, werden vrouwen niet in staat geacht hun eigen overbodige lichaamsappen te verbranden, daarom werden de overbodige stoffen omgezet in menstruatiebloed. Bovendien waren vrouwen door onvoldoende levensdrift niet in staat lichaamsstoffen om te zetten in een levensproducerende stof, zoals het zaad bij mannen. Door zijn grotere natuurlijke levensdrift had de man het vermogen om lichaamsappen te transformeren tot zaad. In die zin was er ook een hiërarchische ordening tussen het menstruatiebloed en het zaad. Het zaad werd gezien als de 'hoogste' materie. Uit dit voorbeeld blijkt vergeleken met de kwestie van het hedendaagse sperma, een verschuiving in medische interpretatie. Werd de hogere temperatuur in de klassieke interpretatie verbonden met een hiërarchie van de mannelijke sekse ten opzichte van de vrouwelijke sekse, in onze tijd krijgt de hogere temperatuur een pathologische betekenis in de zin van onvruchtbaarheid.

ANDREAS VESALIUS

Een wel zeer saillant voorbeeld van medische kennis als een sociale constructie, ontleen ik aan een tekening van Vesalius uit de zestiende eeuw van de vrouwelijke geslachtsorganen, die in latere eeuwen onderwerp van discussie is geweest (zie afbeelding 2). Sommigen vonden het een monstrueuze afbeelding, anderen beschuldigden Vesalius van een 'Freudiaanse vertekening' door de overeenkomst met het mannelijk geslachtsdeel.' Laqueur gebruikt deze afbeelding als illustratie van de klassieke visie op de vrouwelijke geslachtsorganen. De totstandkoming van deze tekening blijkt echter nauw samen te hangen met de medische praktijk van de zestiende eeuw. Van de ariatoom Vesalius is bekend dat hij een soort bezetenheid had om anatomische ontledingen te doen. Lange tijd had



Vesalius, uterus en vagina

hij zich getroost met ontledingen van honden, katten, ratten en muizen. Later spoorde hij zijn eigen studenten aan om lijken van de kerkhoven te roven. Om lijken van de galg af te kunnen nemen, liet Vesalius zich zelf regelmatig 's nachts buiten de stadsmuur van Leuven sluiten.' Meer details over deze tekening geeft hij zelf in een commentaar.' Het lijk van deze afbeelding had Vesalius eveneens geroofd. Daar hij er allang op aasde om een vrouwenlichaam te ontleden, roofde hij, toen het overlijden bekend werd van een vrouw, die de maîtresse was geweest van een monnik, met zijn studenten het lijk uit het graf. Helaas voor Vesalius, beklagden de ouders zich bij de stadsmagistraten over deze grafschending. Om herkenning te voorkomen, ging de anatoom met zijn studenten het lijk zo snel mogelijk ontdoen van vrouwelijke lichaamskenmerken. De vagina werd opengekneden en vorm gegeven op een manier om herkenning als vrouwenlichaam te voorkomen. Desalniettemin heeft deze tekening van Vesalius gefungeerd als standaardafbeelding van de vrouwelijke geslachtsorganen.' De vormgeving van het vrouwelijk lijk en de latere tekening, vloeide rechtstreeks voort uit een medische praktijk waar niet voldoende onderzoeksmateriaal' aanwezig was. Om aan menselijk 'materiaal' te komen, pleegden anatomen zelfs strafbare handelingen als grafschending.

SMAIIE RIBBENKAST

Verschiede onderzoekers hebben erop gewezen dat sociale opvattingen voortdurend gereproduceerd worden in medische kennis. De historica Londa Schiebinger heeft dit bijvoorbeeld aangetoond aan de hand van de eerste anatomische tekeningen van het skelet. Het gangbare model van een vrouwelijk skelet in de achttiende eeuw heeft een zeer smalle ribbenkast, (denk aan de invloed van het korset) waardoor verhoudingsgewijs de omvang van het bekken erg breed oogde. Toen een latere anatoom een minder smalle ribbenkast tekende, werd dit model aangevallen: 'omdat welbekend is dat het beperkte leven van vrouwen vereist dat zij minder

krachtig ademen'.

Hoezeer de historische en sociale context bepalend is voor de medische theorie, is te zien aan verschuivingen in het medische denken. Per periode weerspiegelt de sociale positie van vrouwen zich in de medische theorie. Een aantal hoogtepunten. In de Grieks-Romeinse geneeskunde werd het vrouwelijk lichaam voorgesteld als vergelijkbaar met, zij het ondergeschikt aan, het mannelijk lichaam. Deze medische theorie betekende dat net als bij het orgasme van de man, aan het vrouwelijk orgasme een ejaculatie verbonden werd: het loslaten van een eitje door de eierstokken. Het orgasme werd vanuit dat idee verbonden met vruchtbaarheid en als onmisbaar gezien voor een zwangerschap. In de klassieke visie werd aan het orgasme dus de fysiologische betekenis van de ovulatie verbonden. Op het moment dat in de negentiende eeuw in de medische theorievorming de ovulatie losgekoppeld werd van het orgasme, stond het vrouwelijk orgasme ter discussie. Op dat moment werd het elitoraal orgasme gezien als behorend tot een infantiele seksualiteitsbeleving.

FRANSE REVOLUTIE

In *The Making of the Modern Body* wordt door een aantal auteurs beschreven hoe ongeveer vanaf de zeventiende eeuw een verandering plaatsvindt in het medische model van het mannelijk en het vrouwelijk lichaam. Daarvoor werden de lichamen gezien als *vergelijkbaar*, zij het hiërarchisch, daarna werd het model van de *onvergelijkbaarheid* geïntroduceerd. Deze omslag in de medische theorie wordt gekoppeld aan de sociale en politieke veranderingen die in deze periode plaatsvonden. Waar in de Griekse en Romeinse politiek vrouwen waren uitgesloten van het openbare leven, wordt dat nu ter discussie gesteld. Denk aan de Franse revolutie, de opkomst van de burgerij en het pamflet van Olympe de Gouge 'Declaration of the rights of woman and citizen'. De groeiende tendens tot democratisering bracht een herstelling teweeg van de sociale orde. Naast de burgerij, eisten ook vrouwen nieuwe rechten op. De bestaande sociale ongelijkheid tussen de seksen werden geproduceerd en gereproduceerd in een biologie van onvergelijkbaarheid: vrouwelijke en mannelijke lichamen zijn verschillend. En door hun verschillende lichamen zouden mannen en vrouwen ook verschillende sociale taken hebben. Met de opkomst van wetenschappelijke disciplines als de biologie en medische disciplines als de anatomie en fysiologie werd vrouwelijkheid aan het lichaam gekoppeld. Van daaruit was het te legitimeren dat de enige bestemming van vrouwen in het leven die van het moederschap was. Hetzelfde verhaal geldt voor de vestiging van de gynaecologie als zelfstandige specialisatie aan het einde van de negentiende eeuw. In deze periode werden vrouwen tot een sociale kwestie gemaakt, en vonden er discussies plaats over de toelating van vrouwen tot de universiteit en hogere beroepen. De uitsluiting van vrouwen werd vooral op biologische argumenten gebaseerd. Het

studerende vrouwen zou de voortplantingsorganen dermate aantasten dat het op den duur een degeneratie zou bewerkstelligen van het gehele vrouwelijke geslacht. Waarom werd er in deze periode niet een soortgelijke specialisatie opgericht van het mannelijke lichaam, de andrologie? En waarom waren het juist gynaecologen en psychiaters die zich opwierpen als deskundigen bij uitstek, die zich heftig roerden in het publieke debat over het studeren van vrouwen? Een wel heel opmerkelijke samenloop tussen medische theorie en maatschappelijke veranderingen is de volgende. Toen in het jaar 1957 gehuwde vrouwen voor de wet 'handelingsbekwaam' werden verklaard, waarmee vrouwen voor het eerst in de geschiedenis wetelijk gelijk werden gesteld aan mannen, vond in de medische theorie een vergelijkbare 'recht-trekking' of inhaalmanoeuvre plaats. Vóór 1957 heerste het beeld dat de mannelijke zaadcel de erfelijke eigenschappen van de foetus bepaalde. De vrouw zou slechts dienen om het door de man gegeven leven te dragen en te voeden. In dezelfde periode dat maatschappelijke discussies plaatsvonden over de wettelijke gelijkstelling van mannen en vrouwen, deed men in het wetenschappelijk onderzoek de ontdekking dat mannen en vrouwen evenveel bijdragen aan het voortplantingsproces. Dit wapenfeit is in de medische theorie gedateerd op 1957. Blijkbaar bevinden laboratoria zich niet op een afgesloten eiland in de maatschappij zoals wel gesuggereerd wordt door de medische claim van neutraliteit, objectiviteit en wetenschappelijkheid. Datgene wat men ontdekt en ziet wordt mede bepaald door een sociale praktijk.

DE MEDISCHE PRAKTIJK

De laatste tien jaar worden, zoals blijkt uit het onderzoek naar de kwaliteit van het sperma, ook mannen door gynaecologen voor onvruchtbaarheid behandeld. In Maastricht wordt, als een stel zich meldt met vruchtbaarheidsproblemen, zelfs eerst de man onderzocht omdat dat een simpeler onderzoek is dan dat bij een vrouw. Binnen de gynaecologie is dan ook een aparte subspecialisatie ontstaan: met een sekse-neutrale naam, de *voortplantingsgeneeskunde*. Hoe keek men in de negentiende eeuw naar onvruchtbaarheid? In 1903 bracht de eerste vrouwelijke gynaecologe in Nederland, Catharine van Tussenbroek, het onderwerp van de onvruchtbaarheid in de Nederlandse Gynaecologische Vereniging, omdat zoals zij zei, in de zestien jaar dat de vereniging bestond, het onderwerp nooit besproken was. Ter illustratie voerde zij 81 vrouwelijke patiënten op. Nadat ook de Utrechtse hoogleraar gynaecologie J.B. Kouwer 101 vrouwelijke patiënten had gepresenteerd, greep de bekende Amsterdamse hoogleraar gynaecologie Hector Treub in. Hij maakte zijn collega's het verwijt dat zij *alleen* vrouwen behandelden voor onvruchtbaarheid: 'Ieder medicus weet, welk een bron van oneenigheid en strijd in de steriliteit van het huwelijk ligt. Ieder medicus weet, dat de oorzaak der steriliteit door het publiek nog haast altijd gezocht wordt bij de

vrouw. De man, die wat op zijn kerfstok heeft, is des te meer geneigd zijn vrouw de schuld te geven. En zo valt het *verwijt* van de steriliteit op de vrouw, terwijl de *oorzaak* ligt bij de man.'¹⁰ In de toenmalige medische theorie werd vijftien procent van de steriliteit op rekening van de man gebracht ten gevolge van een infectie met gonorrhoea, en vijf procent voor rekening van de vrouw. Door alleen maar vrouwen te behandelen voor onvruchtbaarheid, zo zei Treub, werd de man een wapen in handen gegeven dat hij maar al te graag hanteerde. Van zijn mannelijke collega's kon Treub een dergelijke houding verklaren vanuit hun man-zijn, maar dat ook Van Tussenbroek zo'n medisch beleid voerde, vond hij onbegrijpelijk. Waarom behandelde Van Tussenbroek, die toch een uitgesproken feminist was, niet de man bij onvruchtbaarheid? Vanaf haar vestiging als huisarts in Amsterdam in 1887, had zij zich door de toenmalige ziekenfondsbepalingen moeten beperken tot een behandeling van vrouwen en kinderen. Mannelijke patiënten werd zij geacht door te sturen naar een mannelijke collega. In haar verweer op Treub's felle aanval, bracht zij deze historische constellatie niet in herinnering. Dit ongelijke principe, immers mannelijke artsen behandelde wel vrouwelijke patiënten, bleek Van Tussenbroek geaccepteerd te hebben en zij verdedigde zich door te zeggen: '(...) dat sexuele zaken het best en het volledigst worden behandeld met een sexe-genoot.' Uit haar verdere verhaal blijkt dat het sociaal onaanvaardbaar was dat zij als vrouwelijk arts met een mannelijke patiënt over geslachtsgemeenschap zou moeten spreken. Dit taboe gold ook voor een behandeling van vrouwen door een mannelijke arts. Alleen leidde dat *niet* tot het doorsturen van een vrouw naar een vrouwelijk arts maar werd opgelost door het verzwijgen van seksueel beladen informatie. Zo vertelde een gynaecoloog dat hij niet wist hoe hij zijn vrouwelijke patiënt moest vertellen dat de *oorzaak* van de onvruchtbaarheid bij haar man lag, en dat hij *daarom* maar 'een leugentje om bestwil' had opgedist.

Waar in de negentiende eeuw als grootste *oorzaak* van de onvruchtbaarheid geslachtsziekten werden aangevoerd, is het opmerkelijk dat in onze tijd om geheel andere redenen een achteruitgang in de kwaliteit van het zaad wordt geconstateerd. Vooral het gegeven dat mannen nu veel meer zittend werk verrichten dan vroeger wordt daarvoor verantwoordelijk gesteld.

VRACHTWAGENCHAUFFEUR

Zo'n zittend beroep is bijvoorbeeld dat van een vrachtwagenchauffeur. Vooral vrachtwagens waarin de chauffeur boven op het motorblok zit, schijnt geen bevorderlijk werkklimaat te zijn voor de vruchtbaarheid. Als proef kreeg een vrachtwagenchauffeur die onder behandeling was wegens onvruchtbaarheid, drie maanden heftuwerk te doen met veel beweging en bovendien veel buitenlucht. Binnen drie maanden was het aantal zaadcellen bij deze man fors toegenomen en zes maanden later

was zijn vrouw zwanger. Ook benadrukken de Maas-trichtse onderzoekers dat het dragen van strakke spijkerbroeken en strakke onderbroeken een bedreiging vormen voor de mannelijke vruchtbaarheid.

Lange tijd is de behandeling van problemen in de voortplanting uitsluitend gekoppeld geweest aan het vrouwelijk lichaam. Door de vestiging rond de eeuwwisseling van de gynaecologie als zelfstandige specialisatie, werd er een praktijk gecreëerd voor ingrijpen aan het vrouwelijk lichaam. Nelly Oudshoorn heeft beschreven welke gevolgen dit heeft gehad voor de anti-conceptiepraktijk.¹¹ Doordat het vrij gemakkelijk was om uit de gynaecologische klinieken vrouwelijke urine te verzamelen, werd een basis gelegd voor een eenzijdige gerichtheid op de vrouwelijke geslachtshormonen. Voor laboratoria was het ingewikkelder om mannelijke urine te verzamelen uit bijvoorbeeld het leger, uit fabrieken of gevangenissen. Dat er in diezelfde periode niet een soortgelijke specialisatie van het mannelijk lichaam, de andrologie, van de grond is gekomen, met speciale manneklinieken, heeft mede bepaald dat ingrepen rond vruchtbaarheid en onvruchtbaarheid zich concentreerden op het vrouwelijk lichaam.

Aan het menselijk lichaam is altijd een sociale dimensie verbonden. Dit *manifesteert* zich al in het gangbare taalgebruik in bijvoorbeeld het woord 'belichamen'. In beschrijvingen over onvruchtbaarheid is het interessant om te letten op de taal. Zo wordt in de kop van het Viva-artikel gesproken over 'het sperma *holt* achteruit'. Dat hier gekozen is voor het werkwoord 'hollen' in plaats van het meer voor de hand liggende werkwoord 'lepen', komt overeen met de connotatie 'actief' die van oudsher meer *verbonden* wordt met mannelijkheid. *Sekse*-specifieke connotaties zijn eveneens te vinden in de medische beschrijving van de geslachtsorganen. De eikel wordt beschreven in termen van passief vrouwelijk gedrag: zij wacht op penetratie van de actieve en zich snel voortbewegende zaadcel.

GRENSVERLEGGING

Tot zeer voor kort werd de medische geschiedenis alleen bestudeerd en geschreven door artsen. In zijn *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* reserveert Lindeboom het domein van de medische geschiedenis voor de geneeskunde en trekt een grens naar andere disciplines.¹² De laatste tien jaar is echter een nieuwe generatie van medisch-historici in opkomst. Vanuit de sociale wetenschappen zijn dat vooral sociologen en antropologen. Aangezien de geneeskunde gerekend kan worden tot een van de instituties die institutionele macht uitoefent, zou vanuit de politicologie het element van de machtsverhoudingen ingebracht kunnen worden. Door de grensverlegging van de medische geschiedenis komt een breder terrein beschikbaar om de betekenis van sekse te historiseren en te politiseren.

vervolg op pagina 24

SIGNALEMENTEN BUITENLAND

Joost van der Meer & Arko Oderwald

MANNENMAATSCHAPPIJ

'Een mannenmaatschappij is een gevaar voor de volksgezondheid.' Nee, uw recensent heeft niet Lover, noch Opzij, noch Emma voor zich liggen maar het meinumner van het gerenommeerde *American Journal of Public Health*, met een themanummer over vrouwen en gezondheid. Vrouwen moeten het volksgezondheidsbeleid bepalen wanneer het over hen gaat, aldus de schrijfster van het redactioneel. Hierbij moeten de bijdragen van de vrouwenbeweging aangaande de gezondheid erkend worden, bijvoorbeeld het definiëren van gezondheidsproblemen door vrouwen zelf. Het stuk eindigt met een oproep voor gelijke rechten en macht over het eigen leven van vrouwen. Een sympathiek redactioneel, al krijgt de lezer geen nieuwe gezichtspunten te zien. Wel opvallend zij tijd en plaats: is dit een diplomatieke oproep van Amerika's Public Health gemeenschap aan Bush om met z'n tengels van de abortus af te blijven? Toenemende aandacht voor vrouwen en ook voor man-vrouw verschillen tegenwoordig in de buitenlandse medische literatuur. Niet alleen komt het *American Journal of Public Health* dit jaar twee maal met een nummer over vrouwen en gezondheid, ook het wat statige en zeer medisch georiënteerde *New England Journal of Medicine* publiceerde twee studies waar een opvallend man-vrouw verschil besproken wordt.

JvdM

HARTINFARCT BIJ VROUWEN

Vrouwelijke hartpatiënten ondergaan minder vaak belangrijke diagnostische en therapeutische ingrepen dan mannen met een vergelijkbare aandoening, zo is de boodschap van beide artikelen in het *New England Journal*. Hartziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak in de welvarende wereld, ook voor vrouwen. Jaarlijks sterven minder vrouwen aan alle kankers samen dan aan een hartinfarct of andere hartaandoeningen die te maken hebben met een verminderde doorbloeding van de kransslagaderen, de zogenaamde ischémische hartziekten. Ayanian en Epstein onderzochten met behulp van gegevens uit medische databanken circa 82.000 ziekenhuisopnamen wegens hartklachten in de staten Massachusetts en Maryland. Zij keken eerst naar het stellen van de diagnose d.m.v. een hartcatheterisatie (waarmee een beeld van de toestand van de kransslagaderen wordt verkregen). De twee onderzoekers vonden dat, gegeven een bepaalde ontslagdiagnose zoals een hartinfarct, vrouwen beduidend minder vaak een hartcatheterisatie ondergingen dan mannen. Bij mannen werd in het algemeen zo'n ingreep anderhalf tot twee keer zo vaak gedaan. Het verschil gold voor alle leeftijden en voor alle etnische groepen. De onderzoekers onderzochten ook of dit verschil bestond bij de therapeutische ingrepen: de bypass-operatie en

het dotteren. Hier bleken de verschillen soms nog groter: mannen kregen tot drie maal vaker een bypass-operatie of een dotter dan vrouwen met dezelfde diagnose. Omdat dit onderzoek van reeds opgeslagen gegevens in databanken gebruik maakt, heeft het zijn beperkingen. Het is moeilijk om na te gaan of vrouwen bijvoorbeeld veel later na de opname in kwestie toch nog een ingreep hebben ondergaan. Ook zijn de gegevens nogal globaal. Meer gedetailleerde klinische gegevens zouden misschien een ander licht op de bevindingen werpen, aldus de onderzoekers. Kortom, meer onderzoek is nodig. Ze worden op hun wenken bediend door de redactie van het *New England Journal*. Een grote groep onderzoekers bedacht een onderzoek dat minder last had van de beperkingen van Ayanian en Epstein, eenvoudig omdat het *on the spot*, in het ziekenhuis zelf dus, gebeurde. Hierdoor beschikt men over gedetailleerde gegevens: 2231 patiënten uit 112 ziekenhuizen in de Verenigde Staten werkten mee aan dit onderzoek. Deelnemers aan het onderzoek hadden 3 tot 16 dagen voor opname in het onderzoek een hartinfarct gekregen. De medische gegevens van deze patiënten werden bijgehouden; ook kregen ze een vragenlijst waarin gevraagd werd naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten en naar hun mogelijkheid om zelfstandig bepaalde dagelijkse activiteiten uit te voeren. Vrouwen bleken bij dit laatste meer beperkingen te ondervinden dan mannen. De onderzoekers hebben getracht rekening te houden met zoveel mogelijk factoren die de resultaten kunnen vertekenen, zoals bijvoorbeeld verschillen in rookgedrag tussen mannen en vrouwen. Door correctie van de vertekening verandert het resultaat echter niet: mannen ondergaan na een hartinfarct gemiddeld twee keer zo vaak een catheterisatie of een bypass-operatie als vrouwen. Van de patiënten die hun eerste infarct kregen zonder klachten vooraf werd bij de mannen 15% gecatheteriseerd tegenover 6% van de vrouwen. Ging het om een tweede infarct dan waren deze cijfers respectievelijk 58% tegenover 44%. De onderzoekers kunnen dit verschijnsel niet volledig verklaren. Komt het doordat dokters mannen anders benaderen dan vrouwen? Maken mannen te veel gebruik van de gezondheidszorg, of vrouwen te weinig? Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen met symptomen die doen denken aan hartklachten het veelal toch niet aan hun hart blijken te hebben. Artsen die hiermee op de hoogte zijn, zouden minder geneigd zijn de patiënte voor diagnostisch onderzoek of behandeling door te sturen. Ook is gebleken dat vrouwen die doorverwezen zijn een verder voortgeschreden stadium van de aandoening hebben dan mannen. Hierdoor is de sterfte van vrouwen na bypass-operaties hoger. Artsen die alleen op de hoogte zijn van deze hogere sterftecijfers zouden het gevolg wel eens

voor de oorzaak aan kunnen zien, en vrouwen minder vaak aanmelden voor een bypass. In het artikel wordt niet ingegaan op nog andere mogelijke verklaringen, zoals het eventueel bagatelliseren van klachten van vrouwen door nog steeds overwegend mannelijke artsen. De auteurs besluiten met te stellen dat het verontrustend is dat vrouwen meer beperkingen vanwege hun hart rapporteren dan mannen, maar dat ze minder snel behandelingen ondergaan die (tenminste bij mannen) de symptomen verminderen en de werking van het hart verbeteren. Helaas blijft de mogelijkheid om door deze behandelingen de beperkingen bij vrouwen te verminderen onvoldoende benut omdat te weinig vrouwen worden opgenomen in onderzoek naar therapeutische ingrepen.

Ook in de Nederlandse vakpers is overigens recent aan de orde gesteld dat risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij vrouwen te weinig serieus worden genomen. Onder de titel *Eva's risico* worden voorbeelden gegeven van te laat herkende hartinfarcten. Na een vergelijking van de sterfte aan ischémische hartziekten bij mannen en vrouwen pleiten Erkelens e.a. ervoor om risicofactoren bij vrouwen niet te veronachtzamen en een vrouw van 65 net zo te behandelen als een man van 55...

JvdM

New England Journal of Medicine

1991;325:221-225 en 226-230.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

1992;136 (23):1089-1091.

POLITIEKGEWELD EN ZWANGERSCHAP

Tussen december 1985 en december 1986 heerste in Chili de noodtoestand en later dit staat van beleg. In deze periode werden 33.665 politieke arrestaties verricht. Tijdens de algemene staking van 2 en 3 juli 1986 werden alleen al in Santiago vier tegenstanders van de regering onvoerd en geëxecuteerd, en werden tenminste 132 gevallen van marteling gemeld bij de Chileense justitie. Dit is de context waarin Cecilia Zapata e.a. onderzochten of blootstelling aan veel sociaal en politiek geweld van invloed was op complicaties bij zwangerschap. Hiervoor verdeelde ze Santiago in wijken met veel politiek geweld (bomaanslagen, militaire aanwezigheid, undercover agenten, politieke demonstraties) en wijken met weinig politiek geweld. Aan drie willekeurig gekozen gezondheidscentra per soort wijk werd gevraagd mee te doen met het onderzoek. De 161 gezonde zwangere vrouwen die in één maand zo'n gezondheidscentrum voor zwangerschapscontrole bezochten deden mee in de studie.

De onderzoeksters schakelden zoveel mogelijk factoren uit die de resultaten zouden kunnen vertekenen, zoals armoede, leeftijd, roken, geweld binnenshuis en verschillen in benadering tussen

de deelnemende gezondheidscentra. Vrouwen in de wijken met veel politiek geweld bleken een grotere kans op complicaties tijdens de zwangerschap te hebben - bloedingen, hoge bloeddruk, (dreigende) miskraam of onvoldoende groei van het kind - dan vrouwen uit rustigere wijken. 38% van de vrouwen uit de buurten met veel geweld hadden twee of meer van deze complicaties. Dit trof slechts 11% van de vrouwen die woonden in een rustig gebied. In vier gevallen werd een miskraam vastgesteld, alle vier in wijken met veel geweld. Hoewel de onderzoeksters de resultaten wat relativeren omdat ze een onderzoek van 161 vrouwen te beperkt vinden om definitieve conclusies te trekken, vestigen ze wel de aandacht op het belang van onderzoek naar het effect van geweld op specifieke gezondheidsrisico's. 'Geweld is een *public health issue*,' aldus de auteurs.

'Het meeste werk ter voorkoming van geweld in het algemeen en politiek geweld in het bijzonder wordt gedaan door non-profit organisaties. Het is niet te laat voor volksgezondheidsinstellingen om hun verwaarlozing van sociaal en politiek geweld en de bedreiging dat zulk geweld vormt voor de levens van individuen en gemeenschappen eindelijk aan te pakken.'

JvdM

American Journal of Public Health 1992
82;5:685-689.

SNOEPCONGRESJES

U kent ze wel, die snoeppreises naar Barbados pardon: dat wetenschappelijke congres over hoge bloeddruk en middel X, menstruatiestoornissen in relatie tot geneesmiddel Y, stomtoevallig op Barbados. Met uitgebreid 'sociaal programma'. Hier is tenminste echt duidelijk wat de werkelijke bedoeling is van de bijeenkomst. Een dure grap is het wel voor de industrie. Het sponsoren van congressen kostte de farmaceutische bedrijven in de Verenigde Staten in 1988 alleen al 85.9 miljoen dollar.

Dichter bij huis wordt het soms moeilijker. Lekker drie dagen in de bossen lullen over lichaamsbeweging en sportletsels, terwijl Ciba Geigy of Hoechst je verwennen. Mis je hier belangrijke informatie of glijdt er, verstopt tussen de Chateau Margot en de Chateaubriand, gewoon een portie reclame mee naar binnen? De FDA, het Amerikaanse bureau dat toeziet op geneesmiddelenregistratie en -controle stelt momenteel enige regels op waaraan een congres moet voldoen om zich 'wetenschappelijk' of 'onafhankelijk' te mogen noemen. Een greep uit de 20 criteria:

1. De farmaceutische industrie mag geen rol spelen in de keuze van presentators of sprekers.
2. De financiën van het congres moeten gepubliceerd worden, alsmede de relatie tussen subsidiebron en individuele sprekers en de geneesmiddelenfabrikant.
3. Het congres mag niet speciaal gericht zijn op één geneesmiddel maar moet gaan over 'alle aspecten van een ziekte en verschillende behandelingen'. De sponsor mag

geen visuele ondersteuning voorbereiden of sprekers trainen. Reclame uitdelen mag niet in de buurt van educatieve activiteiten.

4. Het congres mag niet worden herhaald. Herhaling 'maakt het farmaceutische firma's mogelijk de inhoud te beoordelen en selectief presentaties te herhalen die gunstig zijn voor haar product'.

De Amerikaanse farmaceutische industrie vindt dit niet leuk en beschuldigt de FDA van onredelijkheid. Wij vinden het een goed initiatief (voelt WVC zich aangesproken?) en sporen de lezer aan er zijn of haar voordeel mee te doen.

JvdM

Nature 1991;354 12 december:421.

TROEBELE EUTHANASIE DISCUSSIES

Sinds de rapportage van de onderzoeksresultaten naar de aard en de omvang van de euthanasiepraktijk in Nederland in *The Lancet* raakt de wereld niet uitgepraat over de interpretatie van de cijfers. In *The Lancet* van 9 mei 1992 schrijven Mark Siegler en Carlos Gomez, tegenstanders van euthanasie, over twee Amerikaanse conferenties over dit onderwerp. Centraal in de discussie staat de toestemming (of het ontbreken daarvan) van de patiënt. De cijfers van het rapport-Remmelink wijzen inderdaad uit dat deze toestemming niet altijd in een expliciete vorm aanwezig is en bovendien blijft het rapport aan de vage kant over deze groep patiënten. De vraag hoe dit geïnterpreteerd moet worden houdt de gemoederen daarom bezig. De vergelijking met Nazi-Duitsland ontbreekt nooit, en duikt ook weer op in de bijdrage van Siegler en Gomez. Deze laatste is de auteur van een boek over de euthanasiepraktijk in Nederland waarin hij een negatief oordeel velt.

Niet negatief genoeg, althans volgens John Keown, een jurist uit Leicester, in een bespreking in het *Hastings Center Report* van maart-april 1992. Volgens Keown zijn de 'weak and the vulnerable' het slachtoffer van het Nederlandse beleid en de artsen die het uitvoeren. Ook Henk ten Have en Jos Welie lijken in een bijdrage aan het zelfde *Hastings Center Report* - geheel gewijd aan euthanasie - dit te benadrukken door de cijfers zo te interpreteren dat artsen vrijwel niet anders lijken te doen dan opzettelijk levens te beëindigen zonder verzoek. De reden waarom artsen dit zouden doen is, zo blijkt uit het rapport-Remmelink, het ondraaglijk lijden van de patiënt. Ten Have en Welie zijn van mening dat artsen niet in staat zijn te beoordelen of het lijden ondraaglijk is en, wat nog erger is, dit alleen maar achteraf zeggen om hun handelen te rechtvaardigen.

Deze zware beschuldiging aan het adres van de Nederlandse artsen kan uiteraard niet waar worden gemaakt door de auteurs en is de zoveelste vertroebeling van de discussie, waarin een aantal punten telkens onderbelicht blijven. Zo is een van de opvallende gegevens uit het onderzoek naar de euthanasiepraktijk dat juist op de plaats waar onze maatschappij veel kwetsbare

mensen verzameld heeft, de verpleegtehuizen, actieve levensbeëindigende handelingen relatief weinig voorkomen. In de in het buitenland gepubliceerde artikelen die ik de laatste tijd onder ogen heb gehad wordt dat nergens genoemd. Dat zelfde geldt voor het feit dat 75% van de euthanasiegevallen door huisartsen wordt verricht. In de meeste gevallen zal dat inhouden dat er een langere periode van gesprekken aan voorafgaat en dat er een zekere bekendheid is met de situatie en opvattingen van de patiënt en zijn of haar omgeving. In een ziekenhuis is dat veel moeilijker te realiseren. Bovendien gebeurt dat in een gezondheidszorgsysteem dat tot op heden nog geen structurele hindernissen voor bepaalde groepen van de samenleving heeft opgeworpen voor zogenaamde maximale medische zorg.

Deze twee laatste gegevens maken het voor mij ook begrijpelijk waarom juist in de Verenigde Staten zoveel aarzeling bestaat om het Nederlandse voorbeeld te volgen. Een huisarts zoals wij die kennen bestaat daar niet en, zoals Siegler en Gomez opmerken, het verruimen van de burgerrechten met het recht op euthanasie 'might put in hazard the rights of a large number of vulnerable people in American society. Indeed there is irony in the civil liberties argument for active euthanasia in a society that fails to provide adequate health insurance to 40 million of its citizens.' Het is maar hoe je het zegt: het kan ook het antisociale cynisme van een 'maatschappij' worden genoemd, waarin argwaan voor de ander de boventoon voert. In plaats van af te geven op de euthanasiepraktijk in Nederland lijkt hand in de eigen maatschappelijke boezem meer op zijn plaats. Aan twintig procent van de Amerikanen wordt de mogelijkheden van de gezondheidszorg onthouden, hetgeen veelal tot een vroegtijdig overlijden bijdraagt en daarmee eigenlijk een structurele en maatschappelijk gesanctioneerde vorm van onvrijwillige 'euthanasie' is. Ik kan dat geen ironie meer noemen.

Maar ook als deze maatschappelijke structuren niet bestaan blijft de vraag of artsen te vertrouwen zijn. In de Verenigde Staten, waar de American Medical Association onlangs een grote reclamecampagne startte om het grote wantrouwen jegens artsen bij het publiek weg te nemen, lijkt wantrouwen wel de hoeksteen van de samenleving te zijn en blijkbaar wordt die mening gedeeld door Ten Have en Welie wat betreft Nederland. Met net zoveel grond onder de voeten als Ten Have en Welie is mijn indruk van zeker de huisartsenpraktijk in Nederland dat artsen en patiënten hiermee groot onrecht wordt aangedaan en dat er nog steeds zoiets bestaat als onderling vertrouwen en gepaste terughoudendheid en voorzichtigheid bij de artsen. Maar het blijft waar wat Dan Broek aan het eind van zijn bijdrage aan het *Hastings Center Report* schrijft: 'Physicians, whose training and professional norms give some assurance that they would perform euthanasia responsibly, are an appropriate group of persons to whom the practice may be restricted.' Daarbij mag aangete-

kend worden dat de voorwaarden daartoe, structurele aandacht in het medisch curriculum voor ethische problemen, nog lang niet overal voldoende aanwezig zijn in Nederland.

Tot slot: een recent overzicht van publikaties rond het euthanasievraagstuk is gepubliceerd in het *Kennedy Institute of Ethics Journal* nr. 1, 1992.

AO

Mark Siegler & Carlos F. Gomez: *US consensus on euthanasia? The Lancet*, May 9, 1992, 1164-65.

Hastings Center Report, March-April 1992. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol 2, No. 1, 79-100.

HET AMELIA STERN SYNDROOM

In *The Lancet* (in Nederland verkrijgbaar met Nederlandstalige reclame) schrijft P. Jane Clarke een letter to the editor over het geringe aantal vrouwen in de chirurgie.

Naar aanleiding van kranteberichten over vooroordelen en discriminatie ten opzichte van vrouwen in Oxford University Medical School werd een enquête onder vrouwelijke medische studenten gehouden over de vraag of zij ooit een chirurgische carrière hadden overwogen en hoe dit was ontvangen door de medische staf. 70% antwoordde dat een chirurgisch vak hen ooit aantrekkelijk leek. 17% zei daartoe aangeemoedigd te worden, terwijl de rest aangaf actief ontmoedigd te zijn, alhoewel dat niet meer dan gemiddeld als discriminatie ervaren werd.

Als belangrijkste negatieve factoren werden de structuur van de chirurgische opleiding en de 'levensstijl' van chirurgen genoemd. R.A. Cobb, een mannelijke(?) chirurg in opleiding die op 16 mei reageert, concludeert dat de kwaliteit van de chirurgische opleiding te wensen overlaat en dat vrouwen verstandiger zijn dan mannen en de chirurgie terecht links laten liggen. J.R. Benson, een mannelijke(?) chirurg, reageert op 30 mei met het onvermijdelijke 'argument' dat mannen nu eenmaal een andere psychologische 'make-up' hebben die hen geschikter maakt om chirurg te zijn, zoals: langer zonder slaap kunnen, meer vertrouwen hebben, niet aarzelen en niet in paniek raken.

Volgens de schrijver is er wel een 'subgroep' van vrouwen die dit ook kunnen, maar deze groep is klein en dus zal chirurgie een mannenvak blijven. Schrijver vergeet dat make-up een direct resultaat is van sociale conventies en dat deze conventies veranderd kunnen worden, bijvoorbeeld door een snijtijdenbesluit.

Blijkens een artikel uit *Social Science and Medicine* blijkt de factor tijd in het artsensberoep een stressfactor van grote betekenis, ongeacht het geslacht van de arts, iets wat reeds door meerdere studies is bevestigd. Dat mannen zich hierbij neerleggen en daartoe ook beter in staat worden gesteld omdat hun vrouw veelal de huishoudelijke taken op zich neemt, is iets anders dan een andere psychologische gesteldheid. Dat neemt niet weg dat vrouwen in de huidige situatie zich vaak meer onder stress

voelen staan dan mannen. In een ander artikel in *Social Science and Medicine* wordt een roman van Perri Klass (*Other Women's Children*) besproken waarin niet de data, maar de meer subtiele dagelijkse nuances van deze spanning worden geschetst. Perri Klass, die al eerder een boek schreef over haar opleiding tot arts (*A Not Entirely Benign Procedure*), beschrijft het leven van haar alter ego Amalia Stem, arts-assistent pediatrie, vrouwen moeder, hetgeen nog steeds iets anders is dan 'man en vader', dat wordt maar zelden extra toegevoegd. Volgens de schrijvers is dit boek een belangrijke bijdrage aan de analyse van de situatie van vrouwelijke artsen. Tot slot dit citaat: 'Amelia learned that around him (haar echtgenoot) she must never show any affection for her job. He insisted that she regard it as he did, as an unbearable imposition on their lives. He was angry at the hospital, angry at medicine, angry at her.'

AO

P. Jane Clark, 'Surgical Careers and Female Studente', In: *The Lancet*, april 18, 1992, 994-995.

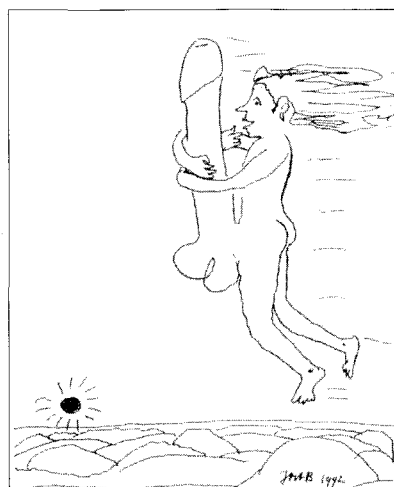
R.A. Cobb, 'Surgical Careers and Female Studente'. In: *The Lancet*, may 16, 1992, 1235.

J.R. Benson, 'Surgical Careers and Female Studente'. In: *The Lancet*, may 30, 1992, 1361.

Astrid M. Richardsen & Ronald J. Burke, 'Occupational Stress and Job Satisfaction among Physicians. Sex Differences'. In: *Social Science and Medicine*, Vol 33. No. 10, 1179-1187.

Robley Elizabeth Ceis, Paul Jesilowand Gilbert Geis, 'The Amelia Stern Syndrome. A Diagnosis of a Condition among Female Physicians?' In: *Social Science and Medicine*, Vol 33, No.8, 967-971.

vervolg hedendaags sperma



Maarten Biesheuvel, 'Fearoflying' VPRO-Gids 23 ijm 29 mei 1992.

Tot slot, onlangs prijkte op de voorkant van de VPRO-Gids een tekening van Maarten Biesheuvel (zie afbeelding 3). Zolang er in de media nog dergelijke verbeeldingen zijn te vinden van zal deze verbeelding zich weerspiegelen in de medische theorie. Het is dan ook onvermijdelijk dat sociale opvattingen of verbeeldingen over de sekseverhoudingen in de medische theorie doordringen. mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen,

* Ingekorte versie van een lezing voor de vakgroep *Algemene Politicologie van de Universiteit van Amsterdam*. Lidy Schoon is als politicologe verbonden aan het Belle van Zuylen-instituut (postdoctoraal instituut voor vrouwenstudies).

Noten

1. Jolanda, aan de Stegge, 'Heren, uw sperma holt achteruit'. In: *Vim* 11-18 oktober 1991, 38-41..
2. Thomas Laqueur, 'Orgasm, Generation, and the Politics of Reproductive Biology'. In: Catharine Gallagher and Thomas Laqueur ed., *The Making of the Modern Body, Sexuality and Society in the Nineteenth Century*. London 1987, p.1-42.
3. Zie voor een uitgebreidere bespreking van de menstruatie-theorieën, Patricia Vertinsky, *The Eternally Wounded Woman, Women, Exercise and Doctors in the Late Nineteenth Century*. Manchester 1990, met name pA3,
4. CM. Saunders and Charles D. O'Malley, *The Illustrations from the Works of Andreas Vesalius of Brussels*. New York 1950.
5. G.A. Lindeboom, *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*. Amsterdam 1985, p.154,
6. Idem als noot 4.
7. Laqueur gebruikt de editie van 1982, ik moet nog nagaan of daarin dezelfde commentaren zijn opgenomen.
8. Londa Schiebinger, 'Skeletons in the Closet.. The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-century Anatomy'. In: *The Making of the Modern Body* a.w., pA2-83,
9. Verslag van het behandelde in de vergaderingen der Nederlandsche Gynaecologische Vereniging. In: *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 1903;183-225. Idem pJ07-320.
10. Idem, p.317.
11. Nelly Oudshoorn, *The Making of the Hormonal Body. A Contextual History of the Study of Sex Hormones 1923-1940*. Amsterdam 199L
12. Emily Martin, 'The Egg and the Sperm. How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles'. In: *Signs, Journal of Women in Culture and Society* 16, 1991,485-501. .
13. Idem als noot 5,
14. Zie M.L. van Lieburg, *Medische discipline als interdiscipline*. Amsterdam, 1987.

VROUWEN EN MANNEN IN HET MEDISCH BEROEP

Joost Visser

Een beroep is een vrouwenberoep - zegt een rapport van het Stimuleringsfonds Emancipatie-Onderzoek - als meer dan tachtig procent van de beroepsgroep uit vrouwen bestaat. Zo bezien was het congres 'Man/vrouw maakt het uit', dat de artsorganisatie KNMG en de medische faculteit van de Rijksuniversiteit - Limburg op 4 juni organiseerden, een vrouwencongres. Met drie van de vier inleiders en zo'n negentig procent van de ruim 150 deelnemers, waren vrouwen op dit congres, gewijd aan loopbaan en opleiding in de medische professie, veruit in de meerderheid. Jammer. Want de verhouding is vrijwel het spiegelbeeld van de gebruikelijke verhouding tussen vrouwen en mannen in de medische wereld. En als de opkomst van de mannen representatief is, dan hebben zij weinig belangstelling om daar wat aan te veranderen.

Die scheve verhouding vormde een van de terugkerende thema's op het congres, Betty Meyboom-de Jong, de enige vrouwelijke hoogleraar huisarts geneeskunde in Nederland, somde het in haar inleiding nog eens op: in 1989 vormden vrouwen 11% van de ruim zesduizend huisartsen, 16% van de ruim twaalfduizend medisch specialisten en 28% van de tweeduizend sociaal geneeskundigen. Van de medische specialismen kent alleen het jongste - de klinische geriatrie - een gelijk aantal mannen en vrouwen. Alle andere specialismen zijn - volgens de genoemde definitie - 'door mannen gedomineerd' (20 tot 40% vrouwen) of 'mannenberoepen' (minder dan 20% vrouwen): van de chirurgen is 3% een vrouw, van de kinderartsen - waar vrouwen relatief oververtegenwoordigd zijn - toch nog steeds niet meer dan 39%. Ook op invloedrijke posities zijn vrouwen veruit in de minderheid. In het centrale KNMG-kader is 10% een vrouw, in de afdelingsbesturen 17%; onder de 610 hoogleraren geneeskunde zijn niet meer dan 25 vrouwen.

WAAR LIGT HET AAN?

Een dergelijke verhouding klopt natuurlijk niet, noch uit het oogpunt van emancipatie, noch uit het oogpunt van kwaliteit van zorg: patiënten moeten de keuze hebben door een man of door een vrouw behandeld te worden. De vraag is alleen: waar ligt het aan? Zijn het de vrouwen zelf, die weinig ambitie hebben en zich tevreden stellen met de minst veeleisende banen? Zijn het de mannen, die door gekonkel in de wandelgangen vrouwen bewust uit het hun vertrouwde wereldje weren? Is de structuur van de gezondheidszorg en de cultuur van de geneeskunde zo vrouw-onvriendelijk dat alleen de echte doorzetters zich erin kunnen handhaven? Of is het van alle drie wat? Hoewel ook hierover 'nog de nodige kennis ontwikkeld moet worden', noemde Greta Noordenbos, universitair docent vrouwenstudies in Limburg en Leiden, in haar

voordracht vier mogelijke verklaringen voor het wel zeer geringe aantal vrouwelijke chirurgen. In de eerste plaats kunnen vrouwen juist in dit vak weinig met de psychosociale vaardigheden die zij zich al, méér dan mannen, van kind af aan hebben eigen gemaakt. Daarbij komt dat de cultuur, de manier waarop collega's met elkaar omgaan, beter op mannen is afgestemd dan op vrouwen. Dat zelfde geldt voor regelgeving en werktijden: een werkweek van tachtig uur is voor de meeste vrouwen weinig aantrekkelijk. En tenslotte zal de techniek, steeds prominenter aanwezig, vrouwen wellicht eerder afschrikken dan mannen.

Ook Betty Meyboom stipte bestaande beperkingen aan. Cruciaal is, vindt zij, dat de emancipatie van mannen nog niet voltooid is, zodat de verantwoordelijkheid voor huishoudelijke taken en gezinsverplichtingen in een heteroseksuele relatie nog niet vanzelfsprekend gezamenlijk wordt gedragen en gedeeld. Vrouwen komen dan in de knel als zij én een goede moeder én een goede echtgenote én een goede huishoudster én een goede arts willen zijn en zien af van een verdere opleiding of, aanvankelijk, van een privé-laven: vrouwelijke artsen krijgen later kinderen dan andere vrouwen en later dan hun mannelijke medische collega's. Maar vergeet ook de mannen niet. In één van de workshops op dit congres vertelde een, inmiddels van specialisme veranderde, gewezen assistent-chirurgie over haar eerste contact met de aanstaande opleider. 'Aha, een vrouw in de opleiding,' zei de man, 'handchirurgie, dát is misschien wel wat voor jou!'

HUISARTSEN

Een tweede tijdens het congres opduikend thema was de vraag of mannen en vrouwen in de uitoefening van het vak van elkaar verschillen. Jazeker, zei Jozien Bensing, directeur van het Nivel, het Nederlands instituut

voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg: 'Er zijn verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, waarvan niemand zal kunnen volhouden dat ze zomaar toevallig zijn.' Wanneer - zoals in haar onderzoek - vrouwelijke en mannelijke huisartsen in één (groeps)praktijk werken en de patiënten dus vrij zijn in hun keuze, zien de vrouwelijke huisartsen beduidend méér vrouwelijke patiënten dan hun mannelijke collega's: vrouwen kiezen dus voor een vrouwelijke huisarts. Bovendien krijgen vrouwelijke huisartsen door hun patiënten - mannen zowel als vrouwen - in vergelijking met de mannelijke huisartsen vaker sociale problemen en problemen rond voeding en diëten voorgelagd. En tenslotte reageren zij ook anders op die problemen. Consulten van vrouwelijke huisartsen - vooral van part-time werkenden - duren langer en er wordt meer met de patiënt gepraat. Maar ook nu dringt zich de vraag op: waar komt dat door, is het de biologie, de sociologie of de psychologie van de vrouwelijke, dan wel mannelijke huisarts? Belangrijker dan die vraag vond Bensing de consequenties: als in een meermanspraktijk, of in een kleine gemeente, met alleen mannelijke huisartsen een vacature ontstaat, moet die door een vrouw worden ingevuld.

VROUWEN IN DE OPLEIDING

Hoe dan ook, te midden van alle sombere cijfers is er één lichtpunt: het aantal vrouwen in opleiding tot arts groeit. Vanaf 1984 hebben zich meer vrouwen dan mannen als eerstejaarsstudent geneeskunde ingeschreven; in 1988 was de verhouding al 60% tegen 40%, niet alleen door een absolute toename van het aantal vrouwen, maar ook door een absolute afname van het aantal mannelijke eerstejaars. Het aandeel van vrouwen onder de praktiserende artsen zal dus groter worden. De consequenties van die ontwikkeling voor de cultuur van de geneeskunde vormde een derde belangrijk thema op dit congres. Leendert Krol, hoogleraar medische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, is weinig optimistisch. In zijn voordracht ging hij uitvoerig in op de socialisatie van de jonge arts tijdens de coschappen. Twee dingen worden al vroeg aangeleerd: geef niet toe dat je iets niet weet en leer goed toneelspelen, of, in de woorden van Fox: 'Stand up for your decision, never say you don't know.' Oorspronkelijke idealen - dicht bij de patiënt staan, aandacht hebben - worden ingeruild voor de normen van de professie, emotionele aspecten worden onderdrukt, studenten leren te objectiveren. Volgens Krol geeft het schaarse onderzoek naar

eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen in dit opzicht weinig reden tot optimisme. Zo blijken eerstejaars vrouwelijke studenten weliswaar een voorkeur te hebben voor een vrouwelijke docent, maar is dat verschil bij derde- en ouderejaars studenten al weer verdwenen.

De socialisatie is ingrijpend. 'Zowel mannen als vrouwen zijn in de eerste plaats arts,' benadrukt Krol, 'en pas in de tweede plaats man of vrouw.' De komst van vrouwen alléén zal de cultuur van de geneeskunde, haast per definitie patiënt-onvriendelijk, dan ook niet veranderen. Daarvoor is druk nodig van patiënten, die aan artsen - mannen en vrouwen - andere eisen gaan stellen.

CULTUUR

Het is een boeiende vraag: leidt een groei van het aantal vrouwen vanzelf tot een cultuur in de geneeskunde waarin 'vrouwelijke' waarden meer ruimte krijgen? Die cultuur is sterk.

Zoals bij andere professies het geval is kent ze symbolen (de witte jas), helden (zoals mijn goede leermeester al zei...), rituelen (de grote visite in de ziekenhuizen) en waarden. Historisch, zo werd vastgesteld in de workshop over 'inwijding in de medische beroeps-cultuur', is de geneeskunde een mannenberoep, gekenmerkt door een mannencultuur. En vrouwen, nu nog meestal in de minderheid, hebben het daar moeilijk in. Een van de deelnemers aan die workshop zei dat zo: 'Als vrouw kan je het nooit goed doen. Als je je zakelijk opstelt, wordt je verweten dat je een kenau bent; stel je je meer persoonlijk op, dan vinden anderen, patiënten, verpleegkundigen, je een doetje en lopen ze over je heen. Wat dat betreft heeft een man het makkelijker.. Als die afwijkt van het gangbare artsengedrag vinden ze hem gewoon sympathiek. Maar hij blijft een man en houdt daardoor voor veel mensen de autoriteit, die je als vrouwelijke arts in zo'n situatie kwijtraakt.'

Zolang vrouwen in de minderheid zijn zullen zij zich moeten wapenen, bondgenoten moeten zoeken, zodat ze een eigen manier van werken als arts kunnen ontwikkelen, zonder op voorhand onderuit, gehaald te worden. In de workshop werden verschillende manieren geopperd om dat voor elkaar te krijgen. Vrouwelijke artsen in opleiding zouden elkaar kunnen ondersteunen via een soort 'buddy-systeem', op regelmatig te organiseren avonden zouden co-assistenten hun ervaringen kunnen uitwisselen, er zou tijdens de opleiding meer aandacht moeten zijn voor vrouwelijke 'helden', in huisartswaarneemgroepen zou minstens één vrouwelijke huisarts moeten zitten. En waar het gaat om het emotioneler maken van de opleiding zouden trainingen voor docenten op hun plaats zijn, erop gericht hen meer bewust te laten zijn van hun emoties. 'En laat het niet-deelnemen aan zo'n training financiële consequenties hebben,' werd daar-

aan toegevoegd, 'je zult zien hoe snel de emoties dan loskomen!'

Het lijkt te simpel te veronderstellen dat een toename van het aantal vrouwelijke artsen vanzelf zal leiden tot een verandering van de cultuur van de gezondheidszorg. Daarvoor is die cultuur te sterk, worden ook vrouwen tijdens hun opleiding te zeer door de heersende normen en waarden bepaald en is, als zij verandering willen, hun positie (nog) te zwak. Maar daarmee is het laatste woord niet gezegd. Een strikte dichotomie van vrouwelijke vrouwen versus mannelijke mannen is immers kunstmatig. Wie ernaar streeft in de geneeskunde 'vrouwelijke' waarden - aandacht voor patiënten, meer waarde voor het eigen privéleven, een grotere nadruk op gespreksvoering ten koste van het medisch technische handelen - een belangrijker plaats te geven, hoeft mannen als bondgenoten niet bij voorbaat uit te sluiten. Mannelijkheid is niet per definitie aan mannen gekoppeld, vrouwelijkheid niet vanzelf aan vrouwen. Greta Noordenbos zei dat zo: 'In plaats van duidelijk onderscheiden werkwijzen van mannelijke en vrouwelijke artsen zou ik een pleidooi willen houden voor wederzijdse uitwisseling van deskundigheden. Mannen en vrouwen zouden zich niet bij voorbaat moeten toeleggen op functies en activiteiten die hun stereotiep worden toegekend.' Bovendien is ook de cultuur van de geneeskunde zelf niet zo eenduidig als wel wordt voorgesteld. In de opleiding tot huisarts is in vergelijking tot de specialistenopleidingen veel meer plaats voor de emotionele aspecten van het vak. Dat specialisten-in-opleiding - mannen én vrouwen - daar met enige jaloezie naar schijnen te kijken, geeft hoop.

ZWAARTE

Vervaagt het verschil tussen mannen en vrouwen als het gaat om het veranderen van de cultuur van de geneeskunde, bij het denken over structurele veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg is het onderscheid wel degelijk relevant. Vrouwen krijgen immers kinderen, juist in de jaren dat ook vanuit het werk, tijdens de opleiding, de hoogste eisen worden gesteld. Normalisering van werktijden, het regelen van zwangerschaps- en ouderschapsverlof, het scheppen van part-time banen en van meer mogelijkheden tot herintreden: dergelijke praktische zaken zijn onontbeerlijk om te voorkomen dat vrouwen voortijdig afhaken of tot de ontdekking komen dat zij na de kinderen niet meer in hun oude beroep terecht kunnen. Toch kunnen vrouwen ook op dit punt mannen, althans sommigen van hen, tot hun bondgenoten rekenen. Het verminderen van de zwaarte van taken kan hun immers ook ten goede komen. Noordenbos gaf daarvan een aardig voorbeeld uit een andere sector. Nadat de PTT enige jaren terug op een bepaalde functie in de postafdeling meer vrouwen had aangenomen, verminderde het ziekteverzuim bij de mannen. Niet, zoals men aanvankelijk dacht, omdat de mannen het

werk gezelliger vonden. Nee, om het werk ook voor vrouwen aantrekkelijk te maken waren de postzakken kleiner gemaakt.. Toen pas bleek dat de oude zakken ook voor de mannen veel te zwaar waren geweest.. Met het nieuwe formaat verminderde het aantal rugklachten, de werkbelasting nam af en het aantal gewerkte dagen nam toe. Vermindering van de belasting van het beroep komt, met andere woorden, ook mannen ten goede. Aan vrouwen - en mannen - de taak zittende artsen en hun organisatie dáárvan te overtuigen. De geringe belangstelling van mannen voor het congres laat zien dat dat eerste niet zo vanzelfsprekend is als het lijkt. En de voorzitter van de commissie vrouwelijke artsen van de KNMG was in zijn afsluitende woorden welwillend, maar weinig concreet. Er ging een lichte siddering door de zaal toen hij de (vrouwelijke) voorzitter dankte voor de manier waarop zij de dag had geleid, 'met vaster hand dan we hadden verwacht.. Mannelijkheid en vrouwelijkheid, de stereotypen zijn de wereld nog niet uit.

Joost Visser is lid van de redactie van TGP.



ROTTERDAMMERS ONDERZOEKEN 'KWALITEIT VAN HET WACHTEN'

Cerard Nijssen

Referenda, stadsgesprekken, wijkbezoek en omnibusenquêtes worden door politici omarmd in een poging de kloof met de burger te verkleinen. In deze reeks heeft Rotterdam de primus van het Kwaliteitspanel. 'Wachten in Rotterdam' is de bijna literaire titel van de eerste publikatie van het panel. Het is het verslag van een onderzoek naar lange wachttijden, ongezellige wachtkamers en ander ongeërf. Wat is het Rotterdams Kwaliteitspanel? Wat onderzoeken zij, en hoe?

Het Kwaliteitspanel Rotterdam, een initiatief van het Landelijk Platform Opbouwwerk in samenwerking met het Rotterdams Instituut bewonersondersteuning (RIO), is opgericht op 14 november 1991, en telt maar liefst vertegenwoordigers van 22 Rotterdamse vrijwilligersorganisaties. Het gaat daarbij zowel om vrijwilligers die buurtgericht werken als leden van categorale organisaties. Zo telt het panel leden van: het Basisberaad GGZ, Platform Buitelanders Rijnmond, Bewonersorganisaties, Huurdersvereniging Hoogvliet, ANBO, FNV-Rotterdam, Landelijk Overleg Vrouwen in de AAW/WAO, Belangen Organisatie Arbeidsongeschikten Rotterdam, Stichting Samenwer-

kende Arabische Jongeren, Samenwerkingsverband Mensen Zonder Betaald Werk, Consumenten en Patiënten Platform Rotterdam, Netwerk Thuishulp Zevenkamp, Vereniging Ouderen Bewoners van Serviceflats en Aanleunwoningen (VOBSA) en nog meer.

Op 24 maart is het Kwaliteitspanel Rotterdam met de overhandiging van de publikatie *Wachten in Rotterdam* aan wethouder Pim Vermeulen in de publiciteit getreden. Bij die gelegenheid merkte Vermeulen op dat het panel 'indrukwekkend breed is samengesteld, zoiets hebben we nog niet eerder gezien in Rotterdam. Zou het panel zich ook met andere kwesties bemoeien dan hadden we hier zo ongeveer de Sociale Raad van Rotterdam.'

IDEE

Doel van het panel is de toetsing door gebruikers van de kwaliteit van dienstverlening van gemeentelijke instanties en semi-publieke instellingen. Bij de keus van een onderwerp zijn de klachten, wensen en nieuwsgierigheid van de panelleden het uitgangspunt.

Doordat de panelleden beschikken over eigen netwerken en deskundigheid op verschillende en overlappende terreinen verenigt het panel een schat aan maatschappelijke ervaringen en brede deskundigheid. Van deze kwaliteiten wordt dankbaar gebruik gemaakt bij het panelwerk. De nadruk ligt daarbij op het kwalitatieve

Stichting Ziekenfonds Rotterdam: 'Bij binnenkomst moet de cliënt eerst een vraag op de automaat intoetsen, waarmee hij/zij een nummertje voor de betreffende balie krijgt. De portier legt desgevraagd de werking van de nummertjes-automat uit. Voor cliënten die moeilijkheden hebben met het Nederlands leidt de nummertjes-automat tot misverstanden. Met regelmaat kwam het voor dat voor het onjuiste loket werd gewacht. Gevolg: men werd teruggestuurd en moest opnieuw een nummer trekken en opnieuw beginnen met wachten.'

ve in plaats van het meer wetenschappelijke kwantitatieve onderzoek.

WERKWIJZE

Als het panel een onderwerp heeft vastgesteld, vormen de panelleden die het meest thuis zijn in het onderwerp een voorbereidingsgroep. Ondersteund door een projectbegeleider en externe deskundigen, zoals de Wetenschapswinkel van de Erasmus Universiteit, wordt een meetingsinstrument samengesteld.

Vervolgens gaan de panelleden, geholpen door vrijwilligers uit de aangesloten organisaties, aan de slag met de kwaliteitstest.

Bij de verslaglegging van de toetsresultaten tracht het panel niet in de val van de ouderwetse zwartboeken te trappen. Juist door ook positieve ervaringen op te nemen, krijgen organisaties voorbeelden voorgeschoteld die navolging verdienen. Daarnaast doet het panel aanbevelingen aan de bezochte instellingen en de klanten ter verbetering van de dienstverlening.

Na publikatie van de resultaten is de bemoeienis van het Kwaliteitspanel niet afgelopen. Om ervoor te zorgen dat het rapport niet in de la verdwijnt, gaat het panel namelijk een 'dialoog' aan met de bezochte instellingen over de geconstateerde knelpunten en gedane aanbevelingen. In het ene geval betekent dit dat bij toezending van het verslag in een begeleidende brief om een reactie wordt gevraagd. In andere gevallen volgen gesprekken op directieniveau over de knelpunten en suggesties. Gemaakte afspraken worden na verloop van tijd op hun realisering beoordeeld. Juist de verbeteringen op concrete punten zijn doorslaggevend in de motivatie van de panelleden.



Tekening: Irene Mulder

J. Janse, fractievoorzitter van de PvdA in Rotterdamse gemeenteraad, merkte op: 'Het idee achter het Kwaliteitspanel Rotterdam is zo voor de hand liggend, dat het mij verbaast dat er niet eerder iets mee is gedaan.'

Bij de opzet van het Kwaliteitspanelidee bestond van verschillende zijden de nodige sceptis. Zo zou het wel nooit lukken om voldoende vrijwilligers te vinden, die ook zelf op pad zouden willen gaan. Ook de bewering dat de vrijwilligers alleen interesse voor hun eigen stokpaardjes zouden hebben werd veel gehoord. Hoe dacht het Kwaliteitspanel met betrouwbare testresultaten te komen? En in hoeverre zouden verbeteringen in de dienstverlening in de praktijk worden verwezenlijkt?

Vragen die met de eerste resultaten van het Kwaliteitspanel Rotterdam aan een eerste, voorlopige beantwoording toe zijn.

EEN KWARTIER

Vrijwel unaniem werd, in november 1991, door het Kwaliteitspanel Rotterdam gekozen voor een inventarisatie van de kwaliteit van het wachten in Rotterdam. Talrijk waren de ervaringen en ergernissen over lange wachttijden en ongezellige wachtkamers. Vooral het wachten bij poliklinieken zat veel panelleden dwars. Lange wachttijden gecombineerd met onzekerheid over de gezondheid vergroten de spanning. Migranten vertelden over de problemen en ergernissen bij het bezoeken van het Bureau Verblijfsvergunningen van de Vreemdelingenpolitie. Maar ook positieve ervaringen met het wachten bij dienstverlenende instanties passeerden de revue. Ook viel op dat het fenomeen wachten, in vergelijking met bijvoorbeeld wachlijsten, weinig aandacht krijgt in de media.

Het Kwaliteitspanel heeft zich bij de samenvatting van een enquêtelijst gebogen over de te stellen kwaliteitseisen. Wat is bijvoorbeeld een redelijke wachttijd? Het moment dat wachten tot irritatie en ergernis leidt verschilt per individu. Op grond van eigen ervaring en gesteund door andere onderzoeken is de limiet voor een redelijke wachttijd vastgesteld op een kwartier. Eenzelfde grens wordt bijvoorbeeld door Patiënten en Consumenten Platforms gehanteerd. Ook de Permanente Begeleidingscommissie Ziekenhuispoliklinieken in 1975 nam een kwartier als limiet.

Bij inloopsprekuren, waar men zonder een van te voren gemaakte afspraak binnenloopt, ligt het anders. Maar ook hier geldt dat een organisatie op basis van gemiddelden een inschatting kan maken van de te verwachten drukte. Onverwachte toeloop leidt echter onvermijdelijk tot lange wachttijden. Bij de beoordeling is er door het Kwaliteitspanel gelet of er sprake was van structureel lange wachttijden.

Bij het formuleren van de kwaliteitseisen werd het meeste gewicht toegekend aan de wachttijd. Toch hechtte het Kwaliteitspanel ook aan

een beoordeling van de wachtmogelijkheden. Als er dan toch gewacht moet worden, is het van belang dat de klant, voor zover mogelijk, zich prettig voelt in de wachtruimte. Is er bij de inrichting van de wachtruimte rekening gehouden met invaliden (toegankelijkheid en invalidentoilet)? Zijn er voldoende comfortabele zitplaatsen, recente lectuur; een mogelijkheid tot telefoneren, een automaat met verfrissingen? Is de wachtruimte schoon en hoe is in het algemeen de sfeer?

Voor het peilen van de klantvriendelijkheid werd besloten te letten op de benadering van klanten door baliepersoneel. Worden de klanten bijvoorbeeld geïnformeerd over de duur en oorzaak van de uitloop van het spreekuur?

De panelleden en veertien vrijwilligers uit de aangesloten organisaties bezochten in januari en februari 1992 wachtruimtes van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Burgerzaken, Vreemdelingendienst, buro's voor rechtshulp, gezondheidscentra, bedrijfsverenigingen, Stichting Ziekenfonds Rotterdam, poliklinieken en cetera. Het resultaat was tachtig ingevulde enquêteformulieren. Aangezien een aantal spreekuren voor de zekerheid twee tot driemaal bezocht zijn, passeerde het aantal bezoeken voor de kwaliteitsmeting de honderd.

Bij de uitvoering van de test is bewust de keus gemaakt niet vooraf toestemming te vragen bij de te bezoeken instelling. Dit omdat leden van het Kwaliteitspanel, evenals iedere burger, als klant het recht behoren te hebben zich een beeld te vormen van de kwaliteit van dienstverlening. Bij het Dijkzigt Ziekenhuis liep dat mis. 'Men stond mij wel vriendelijk te woord maar wilde geen medewerking verlenen,' meldde het panellid dat daar met een enquêtelijst had postgevat. 'Sommige stafleden waren bereid mee te werken, maar wilden toch eerst bericht van de directie afwachten.' De pr van het Dijkzigt Ziekenhuis gaf echter te kennen dat 'ondervraging' van wachtenden op de polikliniek niet gewenst was, omdat het de 'kwaliteitsprojecten op de poliklinieken kan doorkruisen en verwachtingen bij patiënten kan oproepen ten aanzien van verbeteringsacties, die wij op korte termijn niet kunnen waarmaken.' Gelukkig waren er ook talrijke instellingen die zich positief opstelden tegenover de bezoeken-de enquêteurs.

AFSPRAAKIS AFSpraak?

De 40 pagina's tellende rapportage geeft een beeld van de kwaliteit van het wachten in 56 wachtruimtes wat betreft wachttijden, kwaliteit van de wachtruimte en klantvriendelijkheid van het baliepersoneel. Daarnaast worden van 24 spreekuren korte typering en opmerkingen gegeven, zoals: 'Het HIC in de Centrale Bibliotheek heeft een uitnodigend karakter, maar voor een bezoek aan sociaal-raadslieden is meer privacy gewenst. Men wacht gemiddeld tussen de 15 en 30 minuten: men wacht, geroezemoes, lezen, lopen, kijken of je aan de beurt bent; een gezellige wachtmogelijkheid. Er is genoeg te zien en... te wachten.' Afspraak is afspraak' blijkt voor veel instanties met af-

Een van de bezochte tandartspraktijken, die van het Kwaliteitspanel de aanduiding 'Wachtkamer op maat' kreeg, heeft aan de wand van de als een treincoupé ingerichte wachtkamer de volgende tekst:

'Wachten ... is nooit leuk en iedereen heeft haast. Alhoewel we in deze praktijk werken met een afsprakenstelsel, is het niet altijd mogelijk exact op tijd te werken. Dit komt omdat maar bij benadering is in te schatten hoeveel tijd een bepaalde behandeling duurt en er nogal grote individuele verschillen kunnen optreden.

Het inwerken van een verdooving bijvoorbeeld kan veel langer duren dan gepland. Een vulling kan bij controle van de hoogte nog een keer kapot gebeten worden of een afdruk moet nog een keer over. Zo zijn er ook patiënten die bij een controle allerlei vragen hebben zodat 10 minuten aan de korte kant is. Toch proberen wij niemand met een kluitje het riet in te sturen. Maar het betekent wel dat wachttijden een logische consequentie zijn. Gemiddeld is dit minder dan 10 minuten, maar soms zal een half uur ook voorkomen. Maar dat is wel het maximum waar wij naar streven. Heeft u nu erge haast, vraag dan bij binnenkomst gelijk even hoe lang het zal duren alvorens u aan de beurt bent. Als dit langer is dan u kunt wachten, kunnen we gelijk een andere afspraak maken.

Wij hopen dat, nu u weet waarom u soms moet wachten, het misschien zelfs wel tot een redelijk aangenaam rustpunt in uw jachtig dagprogramma kan worden. Met een boek of een krant duurt het nooit zo lang en er ligt genoeg informatie over tandheelkunde waarmee u misschien uw voordeel kunt doen.

Wij danken u bij voorbaat voor uw begrip en geduld.'

spraakspreekuren niet vanzelfsprekend. Uitgaande van de limiet van 15 minuten na het tijdstip van afspraak is er sprake van lange wachttijden bij het Bureau Verblijfsvergunningen Vreemdelingenpolitie en een gezondheidscentrum (beide meer dan een uur) en 15 van de 24 bezochte poliklinieken. Bij drie poliklinieken moesten klanten 45 tot 60 minuten en soms nog langer op hun beurt wachten: 'Eén van de klanten had met haar zoon drie uur gewacht voor ze aan de beurt was. Omdat je voor een kopje koffie of toiletbezoek vrij lang onderweg bent, loop je het risico je beurt voorbij



Tekening: Irene Mulder

te laten gaan. Als dat gebeurt dan ben je pas als laatste weer aan de beurt. In dat geval kan de wachttijd oplopen tot 6 à 7 uur. Dus je kunt maar beter je koffie en boterhammen meenemen.'

Bij de inloopsprekuren was de wachttijd (gemeten na binnenkomst) langer dan een uur bij het loket Vestiging Buitenland van Bureau Burgerzaken Stadhuis, het Bureau Verblijfsvergunningen Vreemdelingenpolitie en het Bureau voor Rechtshulp.

De privacy aan de balies laat over het algemeen te wensen over. Opvallend resultaat is dat niet één keer baliepersoneel de moeite nam klanten in te lichten over de duur en oorzaak van uitloop bij het spreekuur:

Met name de wachtkamer van het Bureau Verblijfsvergunningen Vreemdelingendienst, in het sinds december 1991 geopende nieuwe hoofdbureau, is een gemiste kans. Bij de planning is geen enkele rekening gehouden met het comfort van de wachtenden: 'de wachtruimte staat in open verbinding met de gang. De ruimte is alleen te bereiken via een smal betonnen trapje met negen treden, wat de toegankelijkheid niet ten goede komt. Kinderwagens moeten op de gang achterblijven en een meegenomen kind eventueel op schoot genomen. De wachtruimte is een soort "nis-achtig" plateau. Aangezien geen daglicht naar binnen valt, bestaat de enige verlichting uit TL-lampen. Zwarte metalen banken bieden plaats voor ongeveer zestig wachtenden. En dat is het: geen koffie-, thee- of frisdrankenautomat, geen posters aan de drie blinde muren, geen telefoon, geen folders etc. Een Turkse bezoeker gaf aan de panelleden te kennen dat de wachtruimte hem dan ook sterk deed denken aan een koeiestal.'

RESULTATEN

Het verslag van Wachten in Rotterdam heeft geleid tot veel publiciteit. Binnen een maand na het verschijnen heeft de 'dialog' met instellingen de eerste resultaten opgeleverd:

- Enkele dagen na de presentatie kreeg het Bureau Burgerzaken Stadhuis vergunning voor de bouw van een invalidenopgang. De aanvraag was al acht maanden geleden ingediend. Inmiddels is de aanleg voltooid.
 - Bij het Bureau Verblijfsvergunningen Vreemdelingenpolitie wordt met een proefperiode van drie maanden een balie-medewerker toegevoegd bij de algemene receptie van het hoofdbureau. Met deze extra kracht, die een aantal taken van de afsprakenbalie van de Vreemdelingenpolitie overneemt, hoopt men de rij wachtenden te verkleinen. Verder worden een aantal maatregelen genomen om het verblijf in de wachtruimte te veraangename, zoals de aanschaf van kussens, informatie-standaard met folders, wandversiering. Met het versnellen van de sollicitatieprocedure voor zes nieuwe krachten hoopt men een einde te maken aan de structurele onderbezetting bij het bureau.
 - De directie van de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid laat nagaan welke districts-bureaus moeilijk toegankelijk zijn voor invaliden of klanten met kinderwagens. Voor het gebrek aan privacy bij vestigingen in een aantal oude gebouwen zag men zij geen oplossing.
 - Het reguliere overleg van hoofden van poliklinieken van twintig ziekenhuizen in de regio Rotterdam heeft besloten met het Kwaliteitspanel van gedachten te wisselen over de realisering van de aanbevelingen uit het verslag. Vooruitlopend op dit overleg zullen de hoofden van poliklinieken nagaan hoe het is gesteld met de duidelijkheid van de bewegwijzering op de poliklinieken.
 - Een wachtruimte bij het algemeen maatschappelijk werk in een nieuwbouwwijk wordt uitgebreid. In het verslag werd over deze wachtmogelijkheid gemeld: 'De wachtruimte bestaat uit twee stoelen in een smalle gang, naast de deur van de spreekruimte. Deze twee stoelen moeten gedeeld worden met bezoekers van een ander spreekuur.'
- TOEKOMSTMUZIEK**
- Het Kwaliteitspanel Rotterdam heeft als tweede onderwerp gekozen voor een verkenning van het speciaal openbaar vervoer van ouderen en gehandicapten en schoolgaande kinderen. Dit mede met het oog op de komende decentralisatie van de AAW-voorzieningen naar gemeenten. Maar er zijn nog legio onderwerpen die voor een kwaliteitsmeting in aanmerking komen:
- de leesbaarheid en begrijpbaarheid van formulieren, folders, bijsluiters e.d. van gemeentelijke en andere instanties;

- de veiligheid van het spelen op schoolpleinen, speeltuinen en woonerven;
- openingstijden van buurt- en clubhuizen en toegankelijkheid voor alle leefstijlen;
- de organisatie van het schoonhouden van een buurt. Wie zijn de aanspreekbare personen en instellingen;
- de bereikbaarheid van gemeentelijke diensten, bestuurders en politici.

Het succes van het Kwaliteitspanel Rotterdam is voor het Landelijk Platform: Opbouwwerk reden om vaart te zetten bij het oprichten van kwaliteitspanels in andere steden. De kracht van de panels kan daarmee nog toenemen, doordat de resultaten van eenzelfde kwaliteitsmeting met elkaar vergeleken kunnen worden. Een kwaliteitspanel staat sterker in zijn eisen voor verbeteringen, als het kan aantonen dat bepaalde zaken elders beter geregeld zijn.

Gerard Nijssen is projectleider kwaliteitspanels.

'Dan kun je maar beter je boterhammen meenemen. *Wachten in Rotterdam*' kan worden besteld door overmaking van f 7,50 (+ f 2,70 portokosten) op giro 3918297 van het LPO, Prinsegracht 51, 2512 EX Den Haag onder vermelding van: *Wachten in Rotterdam*. Telefoon: 070-3804431..

Een gezondheidscentrum met drie artsen: 'De afgesproken tijden lopen behoorlijk uit. Bij navraag van de patiënten blijkt dat niemand op tijd wordt geholpen. Bij één van de artsen is de uitloop op deze dag wel 40 minuten. De nieuw binnenkomende patiënten worden niet op de hoogte gebracht van de wachttijden. De radio staat nogal hard aan. De aanwezige kinderen maken veel herrie. Op sommige plaatsen moeten patiënten hun benen in de nek leggen. De sfeer is gelaten en soms geïrriteerd. Niemand maakt opmerkingen over de lange wachttijden. Bij mijn gesprek met één van de artsen suggereer ik dat het klantvriendelijker zou zijn als de receptioniste de wachtenden bij binnenkomst inlicht over de wachttijd, zodat men eventueel een andere afspraak kan maken. De arts zou het in het werkoverleg inbrengen. Zij geeft tevens te kennen blij te zijn eens een suggestie te krijgen.'

BOEKEN

SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVER- SCHILLEN EN BELEID

Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Voorstudies en achtergronden V72, SOU, Den Haag, 1991, 177 pag.

In 1987 vond op initiatief van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid een besloten studieconferentie plaats over de sociaal-economische gezondheidsverschillen en de consequenties voor beleid. Onlangs werd in een eveneens besloten vervolgconferentie de balans opgemaakt van vier jaar werken aan de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ter voorbereiding op deze conferentie verscheen een bundel met bijdragen van overheid en maatschappelijke organisaties, die een aardig overzicht bieden hoe over dit onderwerp wordt gedacht.

De huidige kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt samengevat door Mackenbach, coördinator van het door het ministerie van WVC in 1989 ingestelde onderzoeksprogramma. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn bijna altijd in het nadeel van de lagere sociaal-economische klassen en lijken sinds de eerste Nederlandse onderzoeken op dit gebied (het Amsterdams vergelijkend buurtonderzoek uit de periode 1972-1976) ondanks de stijging van de welvaart niet af te nemen. Hoewel de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen nog niet precies bekend zijn, leiden de eerste resultaten tot de aanbevelingen om met name aandacht te besteden aan voorlichting over tabaksgebruik en overgewicht, het verbeteren van fysieke arbeidsomstandigheden en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Gunning-Schepers, tot voor kort werkzaam bij het ministerie van WVC, gaat in op de vraag waarom sociaal-economische gezondheidsverschillen door de overheid zo belangrijk worden gevonden. In tegenstelling tot inkomensverschillen hebben gezondheidsverschillen geen functie in de maatschappij, terwijl daarvoor het gezondheidspotentieel van de bevolking onvoldoende wordt benut, zo betoogt zij. Daarnaast speelt mee het uitgangspunt van sociale rechtvaardigheid. De overheid zou daarbij overigens op het gebied van de gezond-

heidszorg slechts over beperkte mogelijkheden beschikken om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Genoemd worden onder andere de jeugdgezondheidszorg, bevolkingsonderzoeken en voorlichting, waarbij bijzondere aandacht kan worden besteed aan de (deelname door) lagere sociaal-economische klassen.

Een interessante maar vrij algemeen geschreven bijdrage komt van de hand van Balemans en Van Vliet van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Zij wijzen op de rol van arbeidsparticipatie, werkgelegenheid, sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het stelsel van sociale zekerheid biedt een ondergrens aan het bestaansminimum waarmee al te grote sociaal-economische gezondheidsverschillen worden voorkomen. Arbeidsparticipatie en werkgelegenheid hebben een functie in het geven van structuur aan het leven en het ontwikkelen van een sociaal netwerk. De arbeidsomstandigheden vormen een belangrijk punt van aandacht, aangezien naar schatting een derde deel van de WAO-instroom veroorzaakt wordt door arbeidsomstandigheden, die daarnaast veelal belastender zijn voor de lagere sociaal-economische klassen.

Veel aandacht gaat in de bundel uit naar de mogelijke effecten van de stelselherziening. Gunning-Schepers wijst op het belang om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor met name de lagere sociaal-economische klassen te blijven garanderen in het nieuwe stelsel. Bouwmans (FNV) gaat uitgebreid in op de effecten van eigen risico's die kunnen leiden tot uitstel of afstel van het zoeken van hulp met alle mogelijke averechtse consequenties van dien. Verder bekijkt hij de opstuwende werking op de premies voor diegenen die zich geen eigen risico kunnen veroorloven (ouderen, arbeidsongeschikten, chronisch zieken). Eigen risico's werken volgens hem in alle opzichten in het nadeel van de lagere sociaal-economische klassen.

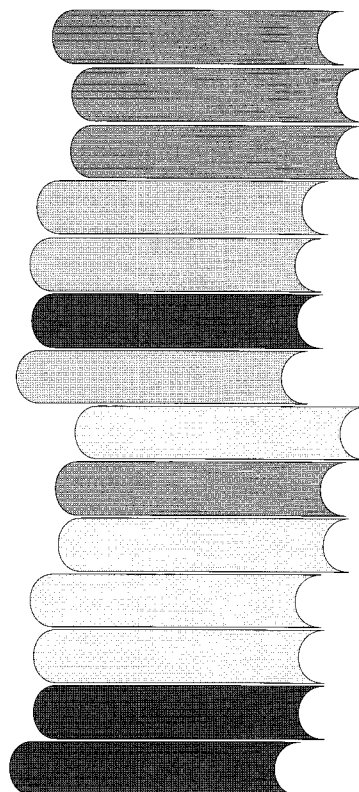
Ook Nuyens (Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars) ziet haken en ogen aan de stelselherziening. Volgens hem zijn de normuitkeringen de achilleshiel van het nieuwe stelsel, aangezien daarmee het gevaar van risicoselectie door zorgverzekeraars ontstaat. Zorgverzekeraars zullen er immers naar streven mensen met hoge risico's te weren, wanneer het systeem van normuitkeringen onvoldoende werkt. Risicoselectie door zorgverzekeraars kan verder worden bevorderd door een bewustgekozen systeem van eigen risico's. Door risicoselectie komen met name ouderen, arbeidsongeschikten en chronisch zieken in de

knel aangezien zij, gelet op de hoge gezondheidsrisico's, zoveel mogelijk geweerd zullen worden.

De bundel omvat bijdragen van de overheid en vele maatschappelijke organisaties, waaronder universiteiten, werkgevers- en werknemersorganisaties, zorgverzekeraars, artsenorganisaties, de GGD'en en politieke partijen. Opvallend genoeg ontbreekt bij de werkgeversorganisaties een bijdrage van het VNO en bij de zorgverzekeraars een bijdrage van het KLOZ. Het lijkt geen toeval dat juist deze organisaties behoren tot de grootste opposanten van de stelselherziening die mede bedoeld is om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen.

Uit de bundel spreekt grote bezorgdheid over de effecten op sociaal-economische gezondheidsverschillen van een stelselherziening, waarbij eigen risico's en risicoselectie mogelijk zijn. Hoewel de overheid bij monde van de staatssecretaris in het ten geleide uitsprekt dat ze vertrouwt op de bijdrage van de maatschappelijke organisaties in de terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen, kan zij dit streven wellicht een grotere dienst bewijzen door zelf vast te houden aan het afwijzen van eigen risico's en risicoselectie.

Guus Bannenberg



ZIEK OF SCHULDIG

Ziek of schuldig? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie, redactie F. Koenraadt, Pompe Reeks deel 5, Arnhem, Gouda Quint & Amsterdam, Rodopi, 1991, f 66,50

Gek of slecht, dit dubbel afwijkend gedrag vormt het onderwerp van de forensische psychiatrie, het grensvlak tussen psychiatrie en recht. In Nederland wordt 1991 door sommigen het jaar van de 'revival' van de forensische psychiatrie genoemd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid bracht het advies 'Forensische psychiatrie en haar raakvlakken!' uit, staatssecretaris Kosto stuurde de Tweede Kamer zijn nota 'TBS, een bijzondere maatregel'² en natuurlijk werden er ook congressen rond het thema georganiseerd. Aan het einde van het jaar bekende een voormalig patiënt van de Van Mesdagkliniek drie kinderen te hebben vermoord nadat zijn terbeschikkingstelling door de rechtbank was beëindigd. Een tragische gebeurtenis die aanleiding vormde tot een hausse aan krant artikelen over met name de onmogelijkheden van de forensische psychiatrie. Eind vorig jaar verscheen ook de bundel *Ziek of schuldig*. Auteurs uit verschillende disciplines, zoals de sociologie, de psychologie, de criminologie en de rechtshistorie, geven hierin een beeld van de geschiedenis van twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie.

De verschillende artikelen uit deze bundel geven een goed beeld van het ontstaan en het professionaliseringsproces van de forensische psychiatrie. Het grensvlak van psychiatrie en recht is niet altijd vrij geweest van schermutelingen. Het feit dat beide vormen van kennis historisch gezien geen gelijkwaardige partners zijn, is hier mede debet aan. Het recht kent als eerbiedwaardig instituut met een duidelijk maatschappelijk belang een lange geschiedenis. Daarmee vergeleken is de psychiatrie slechts een jonge wetenschap. De territoriumstrijd tussen juristen en psychiaters komt in het boek in meerdere artikelen duidelijk naar voren.

Aan het einde van de negentiende eeuw ontstaat binnen het strafrecht de zogeheten 'Nieuwe Richting'. Het oogmerk van deze beweging ligt in een doelmatige bestrijding van de misdaad, de samenleving dient beveiligd te worden tegen 'onmaatschappelijken', zoals misdadigers en krankzinnige delinquenten. Begrippen als 'schuld' en 'straf' uit het klassieke strafrecht worden vervangen door begrippen als 'gevaar' en 'beveiliging'. Niet langer staat vergelding van de daad voorop; de bescherming van de samenleving tegen gevaarlijke personen staat nu centraal. Bestrijding van criminaliteit, door kennis van de persoon van de dader wordt belangrijk. Aldus

verschuift, vanuit de behoefte aan sociale beheersing de aandacht van de daad naar de dader. Er ontstaat een humane belangstelling voor het individu.

In dezelfde periode streefden de psychiaters ernaar zich te emanciperen tot medische wetenschappers en ont deden zij zich van metafysische beschouwingen over de psyche. De psychiatrie begaf zich ook buiten het krankzinnigengesticht om haar superioriteit inzake de beoordeling van abnormaliteit, aan te tonen. In de rechtszaal viel het de psychiaters niet altijd makkelijk om hun autoriteit, te doen gelden. De ontmoeting tussen strafrecht en psychiatrie bracht, zoals al gezegd, de nodige conflicten over bevoegdheden en competentie tussen de juristen en psychiaters teweeg. De rechters moesten worden overtuigd van het feit dat een bepaalde moordenaar of dief krankzinnig was en niet verantwoordelijk voor zijn daden. De psychiatrie wilde vooral objectief en absoluut zeker overkomen, als een 'sterke' wetenschap, zoals de natuur- en wiskunde, die boven het juridisch speculeren stond. De psychiaters presenteerden de rechter deterministische, biologische verklaringen voor het afwijkende gedrag van de dader. In de speurtocht naar een wetenschappelijk antwoord op de vraag hoe het normale van het pathologische te onderscheiden, vond de Italiaanse psychiater Cesare Lombroso (1835-1909) de oplossing in de koppeling van elk soort afwijkend gedrag aan een lichamelijk gebrek. Een dergelijk gebrek was zijns inziens de basis van, zowel delinquentie als van krankzinnigheid. Lombroso heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat de aandacht van de misdaad verschoof naar de persoon van de misdadiger. De tendens tot individualisering binnen het strafrecht en de psychiatrie bood de forensische psychiatrie de kans tot bloei te komen.

De Nederlandse forensische psychiatrie kent tot op heden een sterk individualiserend karakter. Individualisering betekent aandacht voor de persoonlijke omstandigheden van het individu en het heeft in dat opzicht binnen de forensische psychiatrie in Nederland een humaniserend effect gehad. Sinds begin jaren zeventig wordt individualisering echter ook opgevat als een afwenteling van maatschappelijk ongenoegen op individuen. De kritiek op de maatschappij die vanaf die jaren steeds duidelijker viel waar te nemen heeft ook gevolgen gehad voor het strafrecht en de psychiatrie. Binnen het strafrecht maakten sociologische en economische benaderingen ter verklaring van criminaliteit opgang. En zowel van buiten als van binnen de psychiatrische professie kwam er kritiek op het medische model van de psychiatrie. Ook hier betekende dit een verschuiving van de aandacht voor het individu naar aandacht voor maatschappelijke factoren die mensen ziek maken. Wat heeft deze ontwikkeling betekend voor het grensvlak van psychiatrie en recht, de forensische psychiatrie? In hoeverre zijn deze, meer of minder ra-

dieale en politieke opvattingen ter verklaring van criminaliteit, en krankzinnigheid van invloed geweest op de theorie en praktijk van de forensische psychiatrie? Over deze ontwikkelingen in een tijd waarin 'nog grote debatten werden gevoerd over de geestelijke volksgezondheid, over individu en maatschappij en wiens schuld het was'; geeft de bundel geen inzicht. In de rubriek over forensische psychiatrie in het buitenland, die ook in het boek is te vinden, wordt deze oude strijdvraag over de verklaring van deviant gedrag kort aangestipt in een artikel over de geschiedenis van de forensische psychiatrie in Zweden. Een groep radicale studenten probeerde daar in 1970 een forensisch-psychiatrische kliniek in brand te steken. Zij zagen de forensische psychiatrie als een symbool van het samengaan van wetenschap en geneeskunde bij de machtsuitoefening in de maatschappij. Ook in Nederland waren er in de jaren zeventig en tachtig kritische geluiden te vernemen over de verstrengeling van recht en psychiatrie. Deze ontwikkelingen in de laatste twee decennia worden in de bundel dus niet beschreven, maar afgezien daarvan biedt het boek een goede reflectie over de geschiedenis van de forensische psychiatrie. Een terrein waarop, na de 'revival' van vorig jaar, ook in 1992 weer tal van ontwikkelingen plaats vinden. De NRV heeft inmiddels een tweede (concept-)advies over forensische psychiatrie en haar raakvlakken uitgebracht. Hierin worden de plaats van de forensische psychiatrie in de toekomstige sociale ziektekostenverzekering en de mogelijkheden om forensisch-psychiatrische patiënten ook ambulante te behandelen en op te vangen behandeld. Ook de forensische psychiatrie ontkomt niet aan de hot-items van de huidige discussie in de gezondheidszorg, waarbij de aandacht met name gericht is op de organisatie van die zorg. Voor deelnemers aan dit debat hen andere geïnteresseerden biedt het boek *Ziek of schuldig* inzicht in de historie van het onderwerp van hun bemoeienis.

*Marjon van Weersch
is sociaal pedagoge.*

Noten

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, advies Forensische psychiatrie en haar raakvlakken, NRV, Zoetermeer, 1991.
2. 2 Ministerie van Justitie, nota 'TBS, een bijzondere maatregel', Den Haag, 1991.
3. Aldus Heerma van Voss in het redactioneel van MGv, nr. 12, 1991, Utrecht.
4. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Concept-advies 'Forensische psychiatrie en haar raakvlakken', deel 2, NRV, Zoetermeer, 1992.

SIGNALEMENTEN

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

VIDEO

We Hooggeacht publiek hoort, denkt aan een circus. En dat is ook precies waar de gelijknamige film over gaat. Zij het niet zomaar een circus, maar een waar verstandelijk gehandicapten spelers en publiek vormen. De film laat zien hoezeer velen uitgedaagd worden om een goede voorstelling te maken. Vooral interessant voor degenen die in in werk of anderszins nauw betrokken zijn bij verstandelijk gehandicapten.

'Hooggeacht publiek. Impressies van een circus voor verstandelijk gehandicapten', Michel Kapteijns, 1992, 49 min. Huur /50,-, koop: /150,-. Bestellen bij NcGv: 030-935141.

PUBLIKATIES

Univertaire kinderpsychiatrie heeft een relatief korte geschiedenis. Aan de hand van archiefonderzoek en interviews heeft Leonie Goei ontstaan en ontwikkeling van de kinderpsychiatrie van 1936 tot 1978 beschreven in In de kinderschoenen.

'In de kinderschoenen' is te bestellen bij het NcGv: 030-935141.

Loet Moll is al jaren de vaste tekenaar van de patiëntenbeweging. Zijn tekeningen geven een mooi beeld van tien jaar patiënten strijd: tegen de macht van artsen, de vergadercultuur; de strijd om de patiënt en de (afgedwongen) noodzaak tot bundeling. In Tekenend voor de patiënten beweging neemt de Werkgroep 2000 op humorvolle en relativerende wijze afscheid als ondersteuningsorganisatie. In de loop van dit jaar gaat de Werkgroep op in de Landelijke Patiënten/Consumenten Federatie. Het boek geeft veel informatie over de ontwikkeling, structuur en inhoud van de patiëntenbeweging.

'Tekenend voor de patiëntenbeweging' van Loet Moll met teksten van Cérard Hendriks, en René Botkus, Werkgroep 2000, 1992, / 15,-, tel. 030-341963

Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld is zeer complex. Om efficiënt en goed hulp te kunnen bieden is een integrale hulpverlening nodig. Dit vraagt om een inhoudelijke afstemming tussen instellingen en disciplines en overschrijdende samenwerkingsverbanden, gebaseerd op methodieken uit de vrouwenhulpverlening. In Meer samenwerken, betere hulp putten de auteurs uit hun ervaringen met het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden tegen seksueel geweld.

'Meer samenwerken, betere hulp, samenwerkingsverbanden tegen seksueel geweld' door Annemiek Meinen, in samenwerking met Lisette van Gurp, is te verkrijgen via de boekhandel of te bestellen bij de uitgeverij Jan van Arkel, A. Numankade 17, 3572 KP in Utrecht. Prijs: /26,- exclusief portokosten.

Een nieuw tijdschrift onder de spannende naam LADY Z volgt de emancipatorische ontwikkelingen in de verpleging en verzorging. Het "is een initiatief van het Netwerk voor vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden. LADY Z wil discussies bevorderen, veranderingen signaleren en een platform zijn waar het denken over emancipatie in de verpleging en verzorging theoretisch wordt onderbouwd. In het eerste nummer, maart 1992, onder meer 'de lady in zorg', culturele zorg, verpleegkundige zorg in het verleden en een artikel over hoe verpleegkundigen en verzorgenden de 'rationele zelfanalyse methode' kunnen gebruiken om hun zelfvertrouwen op te vijzelen.

LADY Z staat onder eindredactie van Wilma ter Haar en Astrid Simons. Abonnement /28,50; voor instellingen /38,50. Losse nummers /6,50. Nadere informatie: 02159-42710.

De Stichting Okapifonds heeft een brochure uitgegeven over de activiteiten gedurende haar zesjarig bestaan. Okapi staat voor Ondersteuning Kritische Anti-Psychiatrische Initiatieven. Een fonds(je) voor bij voorkeur nieuwe initiatieven tot het de-institutionaliseren van de geestelijke gezondheidszorg, die zelfstandigheid en zelfbeschikking van (ex)gebruikers van die zorg bevorderen dan wel verandering nastreven van de gangbare medicaliserende en repressieve visie op gekte. Een mond vol, maar dat zijn de doelstellingen. De afgelopen jaren ging er geld naar acties tegen electroshock, naar theatervoorstellingen, naar de oprichters van lokale kranten op dit terrein, naar nieuwe opvangvormen als inloophuizen et cetera. In de brochure wordt de achtergrond van het fonds beschreven en een aantal van de gehonoreerde aanvragen toegelicht. Verder valt te lezen hoe er geld aangevraagd dan wel ge-

geven kan worden.

De brochure 'Okapifonds en geestelijke gezondheidszorg' is kosteloos aan te vragen bij het bestuur. Postbus 13258, 3507 LG, Utrecht.

STING werd op 12 maart opgericht als beroepsvereniging voor werknemers in de gezinsverzorging en thuiszorg. De brochure Echt werken of behelpen bevat alle inleidingen en discussies van het oprichtingssymposium. Deze gaan onder meer in op STING zelf, op de positie van de werknemers in de gezinsverzorging en de aanpak van knelpunten. De brochure is geïllustreerd met foto's van de dag.

'Echt werken of behelpen' is te bestellen door het overmaken van / 8,50 op giro 438629, STING te Utrecht (030-713912).

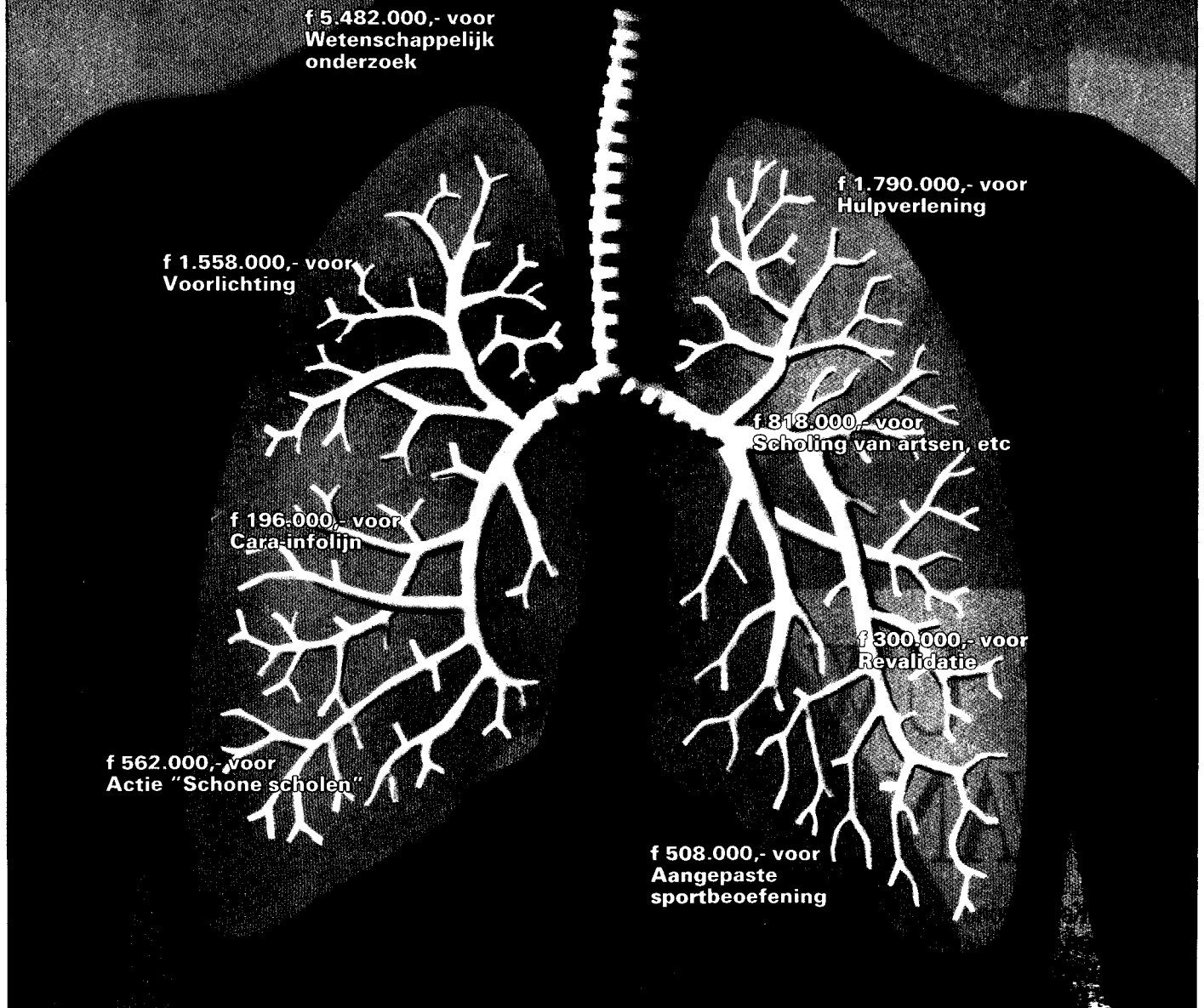
Milieukompas, de educatieve afdeling van de Vereniging Milieudefensie, heeft voor werkenden in de thuiszorg twee brochures over thuiszorg en milieu uitgebracht. Een praktische wegwijzer over milieuaspecten in het werk, zoals schoonmaken, de was, medische verzorging, kraamzorg. Ook het milieubeleid van de instelling komt aan de orde. De andere uitgave is een informatiemap waarin behalve een handleiding om binnen het scholingsaanbod van een instelling aandacht aan milieuaspecten te geven, ook diverse materialen als posters zijn opgenomen.

De Wegwijzer is voor / 5,- te verkrijgen via Milieubook: 020-6244989. De Handleiding voor / 25,- via postbus 19199, 1000 GD Amsterdam (020-6381289).

BIJEENKOMSTEN

Op II november organiseert METIS (bureau vrouwenhulpverlening Nederland) in Utrecht een landelijk congres over mantelzorg en keuzen in de zorg, met lezingen, een politiek forum en discussiegroepen. Informele zorg zou evenzeer mannen- als vrouwenwerk moeten zijn, maar is in de praktijk vrouwenwerk. In het huidige rollenpatroon hebben vrouwen nauwelijks ruimte om te kiezen. Velen gaan door tot het uiterste. Hulpverleners zien 'mantelzorgers' dan tot patiënt verworpen. Steeds minder vrouwen willen die rol zo op zich nemen. In de discussie over gezondheidszorg komt de noodzaak van mantelzorg en onbetaalde zorg nauwelijks ter sprake. Hoe dat verder moet komt op het congres aan de orde. *Nadere informatie bij METIS: 030-369722*

WAT U KUNT DOEN AAN ONZE BENAUWDHEID



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 opzemen van patiënten, zodat artsen en verplegenden hun werk beter kunnen doen.

Wilt u meer weten over het Astma Fonds, of als coölectant mee netwerken? Schrijf dan naar antwoordnummer 99, 3800 XA Leusden.



UW BIJDRAGE IS VAN LEVENSBELANG

Kerngezond en dan opeens..... 60.000 mannen en vrouwen worden jaarlijks getroffen door een hartinfarct of een beroerte.

Dank zij de nationale collecte en de girale giften van de Nederlandse bevolking stelde de Hartstichting de afgelopen jaren een groot aantal landelijke onderzoekscentra in staat wetenschappelijke projecten uit te voeren, waardoor niet alleen de sterfte aan hart- en vaatziekten is

gedaald maar ook het leven van de patiënt, in vergelijking met vroeger, waardevoller werd.

Helaas moesten in 1991 een aantal belangrijke projecten, gericht op het terugdringen van hart- en vaatziekten, enige tijd worden uitgesteld door een tekort aan financiële middelen. Met uw hulp kunnen we een dergelijke situatie in 1992 voorkomen.

Giro 300 - Bank 70.70.70.600.

Ij nederlandse hartstichting
vrienden van de hartstichting

Postbus 300, 2501 eH Den Haag.