

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 10
NR. 2 /MRT. 1992



Thema:
**Milieu en
gezondheid**

Ziek „-orden van het ziekenhuis, een kwestie van management

Ontwikkelingsgeneeskunde: medische bezuinigingswetenschap

De zelfge„vilde dood

ACCEPTEREN WE EEN WERELD WAARIN WE ALS DE DOOD VOOR DE LIEFDE MOETEN ZIJN?

Zolang er geen medicijn is, blijft aids als een zwaard van Damocles boven de liefde hangen.

Daarom mogen we niet rusten voor we de race tegen aids gewonnen hebben. En dat kost tijd. Maar ook geld. Hoe meer hoe beter. En hoe eerder hoe beter.



AIDS FONDS GIRO 8957

STORTING OP BANKREKENING 70.70.70.228 KAN OOK.

Tijdschrift
voor

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 10
NR. 2 / MRT. 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:

Thea Dukkers van Emden, Annemiek
Meinen, Frans van der Pas, Aase
Riemann, Sonja Schmidt, Lidy Schoon,
Bas Sebus, Hetty Flug.
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

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

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

Alle bijdragen zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor
auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging
en adreswijzigingen uitsluitend
schriftelijk doorgeven aan: de uitgever.
Indien 2 maanden voor het verstrijken
van de abonnementsperiode geen
schriftelijk bericht van opzegging is
ontvangen wordt het abonnement
automatisch met een jaar verlengd
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven / instellingen hf1. 110,-
Particulieren hf1. 75,-

Foto omslag:
Wim Salis

Vormgeving:

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

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

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

INHOUD

Thema: Milieu en gezondheid

2 Redactioneel

3 Rik van de Weerd

Hoofdpijn en de achtertuin

Verband tussen ziekte en verontreiniging zelden aantoonbaar

6 Brigit. Staatsen, Magdalena van den Berg, Guus de Hollander

De mens is geen rat van zeventig kilo

Feiten en waarden bij normen voor milieu gevaarlijke stoffen

9 René Didde

Zieke huizen en bejaarde oorden

Verontreiniging binnenlucht nauwelijks bekend

11 Marco Strik

Het oog van deskundigen

Milieu problemen in sociaal-cultureel perspectief

14 Yvonne van Putten

Hygiëne gaat voor

Verpleegkundigen en milieu

17 Dick Tommei

Het ondergewicht van de volksgezondheid

18 Maarten Evenblij

Ziek van het milieu

20 UIT DE KAST

De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie

Gezinstherapeutisch 'cult'-boek herlezen
Theo Festen

21 Aase Riemann & Bas Sebus

Kwaliteitscirkels om doorliggen te voorkomen

Ziekenhuis bestuurder De Bruijn over kwaliteit van de zorg en risicomanagement..

23 Leve de iatrogenese!

- column -

24 Annemiek Richters

Wat ontwikkelt de ontwikkelingsgeneeskunde eigenlijk?

28 De zelfgewilde dood

- column -

29 Boeken

Reinventing the Sexes
Vrouwen therapie

31 Signalementen

32 VROUWENSTUDIES EN HET VROUWENLICHAAM

Een reactie

MILIEU EN GEZONDHEID

REDACTIONEEL

'Milieu en gezondheid' lijkt een redelijk overzichtelijk vraagstuk. Althans, dat dacht de redactie toen ze aan dit themanummer van TGP begon. Het leek ons aardig de mogelijke consequenties van de milieuvervuiling op de gezondheid in Nederland in kaart te brengen. Misschien, zo dachten we zelfs, kunnen we wel een top-tien van ernstigste milieuziekten opstellen. Helaas, weer een illusie verdwenen. De relatie tussen milieuvervuiling en gezondheid blijkt uitkomstig gecompliceerd.

„Het is niet zo leer moeilijk hard te maken dat wij ziek worden vanwege milieuverontreiniging. Het is niet zo eenvoudig als medisch milieukundige Rijkman de Weert beschrijft de paradijsachtige milieuziekten bestaan niet, maar het is, het heel goed mogelijk dat allerlei sluipende gezondheidsproblemen zijn. Om te beginnen in de samenleving extra kwetsbaar door een illegale gevestigde milieuslachten bepaalde milieuziekten: een grote, kleine, kleine stoffen, kleine stoffen tot staan. Er zijn 111111 meer wetenschappelijke normen voor gezondheid bedreigende stoffen in het milieu. Die zouden dan de betrouwbare maatstaf en moeten leveren aan de hand waarvan bepaald wordt wat nog 'acceptabel' is voor de gezondheid en wat dat niet meer is. Het verhaal van drie medewerkers van de Gezondheidsraad leert ons het tegendeel. Normstelling is in Nederland een maatschappelijk en politiek proces waarin naast allerlei gezondheidskundige redeneringen ook aspecten van een geheel andere orde meetellen: sociaal-economische factoren (blijft de economie wel op peil? Verliest Nederland zijn positie op de markt niet te veel?), technische aspecten en kosten-batenanalyses. Wetenschappelijke kennis speelt maar een bescheiden rol in dit geheel. Mareo Strik laat zien dat het stellen van normen ook nog eens culturele achtergronden heeft. De sociale groep waarin je je bevindt, bepaalt mede of je een risico groot of klein inschat. In de buurt van een gifbelt kunnen ouders met jonge kinderen veel angstiger zijn voor de effecten dan de gepensioneerde volkstuinenaar, die

zijn groente uit de gifgrond haalt. Terwijl de laatste objectief gezien meer aanleiding heeft zich zorgen te maken. Ook wetenschappelijk onderzoekers worden gehinderd door subjectiviteit zodat ook tussen 'wetenschappelijke' normen culturele verschillen aantoonbaar te zijn.

De sector van de gezondheidszorg, toch bedoeld om ziekte en invaliditeit te voorkomen of op zijn minst te verzachten, blijkt zelf een bron van milieuvervuiling te zijn. René Didde laat dat zien met een aantal voorbeelden van 'ziekmakende' factoren in instellingen uit de zorgsector. Ongezonde airconditioning in bejaardenoord en slechte luchtcirculatie in ziekenhuizen roepen bijvoorbeeld klachten op als het 'sick build-

kunnen hieraan een actieve bijdrage leveren.

Maarten Evenblij vroeg zich af of organisaties in de gezondheidszorg zich wel iets gelegen laten liggen aan het milieu. Patiënten die vrezende dat de oorzaak van hun lichamelijke klachten in de milieuverontreiniging liggen, kunnen maar moeilijk terecht bij huisarts en hulpverlener. Maar er is een kentering gaande, meent dr. Capius Peereboom, milieuchemicus en mede-oprichter van de Stichting Gezondheid en Milieu. Volgens hem komt het gevestigde circuit eraan dat onderkenning van het bestaan van milieuziekten economisch voordelig is, omdat een groot deel van de WAO'ers wel eens ziek zou kunnen zijn van het milieu.

Waar deskundigen elkaar bestrijden over de invloed van milieuverontreiniging op de gezondheid, is het uiterst moeilijk om beleid te maken. Moeten politici dan maar wachten tot de geleerden het eens zijn? Nee, beweert D66-Kamerlid Dick Tommel. Hij meent dat er voor

politici aanleiding genoeg is om tot handelen over te gaan, maar veronderstelt dat dit onvoldoende gebeurt omdat de 'milieuslachtoffers' een anonieme groep vormen. Zij verschijnen niet met spandoeken op het Binnenhof, maar worden sluipend, wellicht zelfs pas over één generatie, het slachtoffer van het huidige beleid. De parlementariër roept dan ook op tot een aantal maatregelen dat de relatie tussen volksgezondheid en milieu op de politieke agenda plaatst.

Dit alles overziende, constateert de redactie dat het onderwerp 'milieu' nog maar schoorvoetend een plaatsje veroverd binnen de gezondheidszorg. Zo is het preventieve beleid nauwelijks ontwikkeld en menen de werkers in de gezondheidszorg dat hun genezende werkzaamheden te belangrijk zijn om hun routine te laten verstoren door vragen over de milieu-effecten. Zijn er misschien nog te weinig slachtoffers gevallen? Moeten er naast vissen in de Rijn ook mensen doodgaan aan verstikking voordat de verantwoordelijkheid voor een gezond milieu wordt waargemaakt?

*De themaredactie.
Maarten Evenblij
Annemiek Meinen
Gabriëlle Verbeek*



milieu
gezondheid

ding
syndroom'.

Milieukundige Yvonne van Putten neemt de bijdrage van de verpleging aan de milieuverontreiniging onder de loep. Verpleegkundigen in het ziekenhuis doen vaak werk dat milieuvervuilende kanten heeft, variërend van het gebruik van 'disposables' tot het weggooien van urine met de restanten van cytostatica. De meeste ziekenhuizen leven nog in het tijdperk van de wegwerpcultuur. Het dilemma tussen hygiëne en verontreiniging zou wat minder star bekeken mogen worden. Juist hier valt de nodige winst te behalen op milieugebied. Werkers in de gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen,

HOOFDPIJN EN DE ACHTERTUIN

VERBAND TUSSEN ZIEKTE EN VERONTREINIGING ZELDEN AANTOONBAAR

Rik van de Weerd

Dat Nederland sterk is vervuild staat vast. Alleen al als we kijken naar de dichtheid van een aantal milieubelastende activiteiten scoort Nederland mondiaal gezien het hoogst. Nergens ter wereld is de bevolkingsdichtheid, het aantal auto's, het energieverbruik en de hoeveelheid vee per vierkante kilometer zo groot als in ons land. Als we daar de ligging van Nederland aan de monding van de open riolen van Europa en de forse luchtverontreiniging die van over de grenzen ons land wordt binnen geblazen nog eens aan toevoegen, dan wordt de apocalyptische titel van de populaire NMP-versie 'Kiezen of verliezen' begrijpelijk. Maar welke keuze is de juiste?

Een belangrijke impuls in het maatschappelijk denken over milieu en gezondheid werd gegeven door milieu-incidenten in het begin van de jaren tachtig, zoals Lekkerkerk en de Volgermeerpolder. De vraag of de menselijke gezondheid door zulke bodemverontreiniging gevaar zou lopen, stond hier centraal. De verontreiniging te Lekkerkerk is snel verwijderd omdat de autoriteiten geen enkel risico wilden nemen en financiering van de grootscheepse sanering geen probleem was. Het hoogste goed, de menselijke gezondheid werd immers bedreigd! Enkele jaren later troffen de wormen in de Volgermeerpolder het slechter. Daar bleek geen gevaar voor de volksgezondheid, zodat sanering geen prioriteit kreeg. Vandaag de dag zijn er in Nederland locaties aan te wijzen die Lekkerkerk in verontreinigingsgraad overtreffen, maar toch niet tot onmiddellijke schoonmaak aanleiding geven. Nieuwe wetenschappelijke inzichten hebben de laatste jaren geleid tot een meer genuanceerde kijk op gezondheidsrisico's door bodemverontreiniging.

Maar mensen staan niet alleen aan verontreinigde bodems bloot. Tal van andere bronnen dragen bij aan de belasting met onder andere zware metalen, bestrijdingsmiddelen, PAK (Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen), PCB's (Polychloorbifenylen) en nog talloze andere voor mens en milieu gevaarlijke stoffen. De dagelijkse voeding, leefgewoonten, de woning, het werk, hobby en doe-het-zelf activiteiten leveren alle hun bijdrage. En vaak meer dan de argeloze burger vermoedt. Zo bleek een verhoogde cadmiumbelasting van een inwoner in Stadskanaal niet het directe gevolg te zijn van het cadmium in zijn achtertuin, maar van zijn voorliefde voor het eten van

niertjes. En loden drinkwaterleidingen (in circa vijf procent van de Nederlandse woningen) leveren een veel grotere bijdrage aan de loodbelasting dan wonen op een met lood verontreinigde bodem. Gelukkig is het vervangen van zo'n leiding vele malen goedkoper dan het afgraven van de tuin.

Het inschatten van de gezondheidsrisico's van bodemverontreiniging is dus gebaat bij een integrale benadering, waarin zowel lokale milieufactoren als persoonlijke risicofactoren meegenomen moeten worden. De psychische belasting van 'wonen op gif' speelt hierbij ook een rol. Helaas blijkt dit niet of nauwelijks mee te tellen in de prioriteitstelling bij de sanering van vervuilde bodems.

MOEDERMELK

Onze kennis over stoffen, blootstelling en risico's neemt snel toe. Er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar het opsporen van bronnen van milieuverontreiniging. Met geavanceerde meet- en analysetechnieken kunnen verontreinigingen in zeer lage concentraties worden aangetoond. En wat blijkt? Hoe meer en beter we meten, des te slechter gaat het met het milieu.

Zo werd in 1988 plotseling het bestrijdingsmiddel bentazon aangetroffen in het Amsterdams drinkwater. De concentratie lag boven de norm. Betrof het nu een incidenteel probleem door een lozing van BASF? Beslist niet. Het alarm had alles te maken met een verfijning van de gebruikte analysemethoden. Bovendien werd duidelijk dat bentazon slechts één van de (moeilijk te meten) bestrijdingsmiddelen in drinkwater is.

Omdat men vindt dat bestrijdingsmiddelen niet in het drinkwater thuishoren, is de norm gesteld op de zogenaamde 'detectiegrens' van de beschikbare apparatuur: Overschrijding van die norm leidt dan ook niet direct tot gezondheidsschade, want de 'gezondheidskundig aanvaardbare' norm voor bentazon ligt op grond van toxicologisch onderzoek een factor 250 hoger. Geen reden tot paniek dus, maar velen kijken toch met argwaan naar wat er uit de kraan komt. Producenten van mineraalwater varen er wel bij.

Ook het meten van dioxine in melk is een staaltje van geavanceerde analysetechniek. Het spul zat al jaren in de melk van koeien die onder de rook van afvalverbrandingsinstallaties grazen. Het werd pas een probleem toen het gemeten kon worden. Gelukkig blijkt dioxine voor de mens minder giftig te zijn dan aanvankelijk werd gedacht en de Wereldgezondheidsorganisatie heeft daarom de grenzen van de aanvaardbare dagelijkse opname wat

venuimd. Maar daarmee is het dioxineprobleem allerm minst de wereld uit. Dioxine is in mens en milieu zeer persistent, het hoopt zich op. Bovendien is een aantal belangrijke bronnen van dioxine nog niet geïdentificeerd, zodat ze ook niet beheersbaar zijn.

Op dit moment bevat moedermelk gemiddeld zes tot zeven maal zoveel dioxine als de melk van koeien uit de Lickebaertpolder die in 1989 uit de handel werd genomen. Dat lijkt verontreinigend, maar de Gezondheidsraad meent dat er nog geen reden is om borstvoeding te ontzagen. Want uit onderzoek blijkt dat de hoge dioxine-inname nog niet leidt tot te hoge concentraties in weefsels en organen van zuigelingen. Maar zolang niet vaststaat of een kortdurende hoge belasting in zo'n kwetsbare levensfase zonder gevolgen blijft, is dit beslist geen geruststellend bericht.

Het genuanceerde wetenschappelijke denken over de effecten van milieuverontreiniging op de mens leidt niet alleen tot de geruststellende gedachte dat het allemaal wel meevalt. De toegenomen kennis is ook aanleiding voor een toegenomen bezorgdheid. Met verfijnde epidemiologische technieken (onderzoek onder bevolkingsgroepen) wordt de negatieve invloed van milieuverontreiniging op ziekte- en sterfepatronen beter in kaart gebracht. Ook de 'kleinere' biologische effecten van milieuvervuiling worden met behulp van geavanceerd medisch toxicologisch onderzoek beter zichtbaar.

LOOD EH IQ

ZO is lood in het milieu al lange tijd een bron van zorg. Tot voor enkele jaren dachten onderzoekers dat het meest kritische effect van lood in het lichaam zijn toxische werking op het bloed en de bloedvormende organen was. De gezondheidkundige betekenis daarvan leek weinig relevant, omdat verschijnselen als bloedarmoede pas optreden bij een loodgehalte dat veel hoger ligt dan wat bij een in 1981 gehouden bloedonderzoek bij kinderen werd gevonden. Echter, uit onderzoek van de laatste jaren naar de effecten van lood bij kinderen wordt steeds duidelijker dat het centrale zenuwstelsel veel gevoeliger is voor de giftige werking van lood dan het bloed en het bloedvormende weefsel.

Neuropsychologische effecten (IQ-vermindering, hyperactiviteit) worden al gevonden bij bloedloodgehalten van circa 150 microgram per liter en mogelijk zelfs lager. Terwijl bloedarmoede pas optreedt bij een concentratie van 400 µg lood per liter bloed. Hoewel inzicht ontbreekt in het huidige loodgehalte van het bloed van kinderen mag aangenomen worden dat de marge tussen de huidige loodbelasting



Foto: Wout Berger

(in een niet extra belaste situatie) en het niveau waarop neuropsychologische effecten worden verwacht uitermate klein is. Dit heeft al geleid tot de hypothese dat lood misschien een oorzakelijke rol speelt, in de groei van het speciaal onderwijs in Nederland. Als één van de eerste aandachtspunten in het actieprogramma 'Gezondheid en Milieu' van de EG zou een drastische verlaging van de EG referentiewaarde voor lood in bloed van kinderen (nu 350 I/g/l) niet misstaan.

ZOMERSMOG

De regelmatig terugkerende zomersmog in Nederland, met als belangrijkste component ozon, leidt tot meetbare en merkbare veranderingen in de ademhalingsorganen. Ze bestaan uit klachten van de luchtwegen, zoals irritatie van neus en keel, hoesten, kortademigheid en pijn bij diepe inademing. Bovendien ontstaat een tijdelijke afname van de longfunctie, waardoor het prestatievermogen van de longen wordt aangetast. Dit treedt vooral op wanneer door lichamelijke inspanning de ingeademde hoeveelheid ozon toeneemt. We weten dat sommige mensen (circa tien procent van de Nederlandse bevolking) hiervoor gevoeliger zijn dan anderen (de zogenaamde 'responders'). Dat zijn echter niet altijd de carapatiënten. Wel zal een carapatiënt met een slechte longfunctie, zoals bij emfyseem, extra last hebben.

Er is veel politiek geharrewar geweest over de verkeersmaatregelen die bij zomersmog genomen moeten worden. Omdat het beperken van het autoverkeer tijdens smog mogelijk een averechts effect heeft (meer mensen die zich op de fiets gaan uitsloven) zullen daarom nu ook de meldingen van de verschillende smogfasen verdwijnen. 'Structurele voorlichting' is

nu het toverwoord. Wie meer wil weten over de smogsituatie (in zomer en winter) kan dat sinds 1 januari 1992 lezen op Telatekst. Verder komt er een brochure voor het publiek, speciaal bedoeld voor de risicogroepen. Helaas is de risicogroep 'responders' niet van tevoren te bepalen.

Nu blijkt dat het aantal gereden autokilometers in Nederland sterk stijgt en de luchtverontreiniging ondanks de katalysator niet zal afnemen, zou de overheid eens een krachtig geluid moeten laten horen. Dat geluid moet niet de stem van Postbus 51 zijn. De ineffectiviteit daarvan is al jaren bekend. In de zomer van 1989 heeft de overheid helaas de kans voorbij laten gaan om te laten zien dat het ernst is met de luchtverontreiniging. Toen één dag het verkeer stilleggen, had mensen wel aan het denken gezet. In recent epidemiologisch onderzoek is een relatie gevonden tussen wonen in een drukke straat en luchtwegsymptomen. Vooral bij kinderen, die veel buitenshuis speelden. Wat iedereen al lange tijd vermoedde, is nu ook aangetoond. Omdat slechts één positief onderzoek in wetenschappelijke kringen niets betekent, zullen er nog vele jaren verstrijken voordat men tot de conclusie komt dat wonen aan een drukke weg ongezond is dan in een rustige buurt.

WIRTSOITFERT

Het is ironisch, maar alles wat het leed van alledag een beetje verzacht, zoals roken, drinken, patat eten en zonnebaden lijkt slecht voor de gezondheid. Als je er geen hart- en vaatziekten van krijgt, dan is het wel kanker. Zelfs de watersporter blijkt niet veilig meer te zijn. Recent onderzoek toonde aan dat de verontreiniging van recreatiewateren met kankerverwekkende

Kerkrade, wijk De Hopel in Eygelshoven. Sinds 1979 zijn daar woningen gebouwd op een terrein van de vroegere mijn Laura. De bodem blijft vervuild door kankerverwekkende resten van de teerchemie. Waar destijds de pekloods stond, in het noordwestelijk deel van de wijk, is de vervuiling het zwaarst. Ook het slib van de langsstromende Strethagerbeek is sterk giftig.

Er is een provinciaal plan voor een 'spoedsanering': een bovenlaagje van vervuilde grond vervangen in tuinen en platsoenen en ietsje dieper bij de pekloods. Dat kost 32 miljoen gulden. Echte sanering - het weghalen van alle vervuiling - zou het afgraven betekenen tot dertien meter diep, wat alleen kan na afbraak van alle woningen. Dat vindt de provincie Limburg te duur (465 miljoen gulden). (RS.)

Wout Berger fotografeerde giflandschappen in Nederland. Dit is er een van: Kerkrade Locatie IBS 2100490 (IBS staat voor Interimwet Bodemsanering). In de nazomer komt er bij uitgeverij Fragment een boek uit van het fotoproject, met teksten van Rob Sijmons.

PAK bij windsurfers kan leiden tot een extra opname van deze groep kwalijke verbindingen. De extra belasting neemt bij windsurfen toe met een factor anderhalf à twee ten opzichte van de dagelijkse achtergrondbelasting. Hoewel de surfer hiermee niet meer PAK binnenkrijgt dan de gemiddelde roker, is het toch een blootstelling waarmee rekening moet worden gehouden. Je kunt je afvragen of er nog wat leukers overblijft en je niet maar beter thuis kunt blijven.

Wie echter denkt dat het binnenshuis veiliger is, komt bedrogen uit. Hoewel we ons drukker maken over de luchtverontreiniging buiten de deur dan die in de eigen woning, blijkt dat voor het merendeel van de woningen het criterium

'gezonder binnenmilieu' niet wordt gehaald. Dat geldt met name voor stikstofdioxide, radon, burenlawaai, vocht en zwevend stof (door tabaksrook en open haard). Mede omdat we gemiddeld negentig procent van ons leven binnenshuis vertoeven, waarvan zeventig procent in de eigen woning, is het niet verwonderlijk dat de gezondheidseffecten daarvan beter zichtbaar zijn dan die van de verontreiniging van het buitenmilieu.

Zo heeft de inademing van allerlei verbrandingsprodukten (door afvoerloze geisers en door het roken) een aantoonbare invloed op (de ontwikkeling van) de luchtwegen van kinderen. In negentig procent van de woningen wordt de referentiewaarde voor stikstofdioxide overschreden - in zo'n twintig procent zelfs in ernstige mate (vooral door geisers zonder afvoer). In deze woningen zijn gezondheidseffecten te verwachten. Door blootstelling aan radon in het binnenmilieu overlijden jaarlijks naar schatting vijfhonderd personen aan longkanker. Het sterfterisico van radon is daarmee hoger dan het risico van de meeste niet-radioactieve milieugevaarlijke stoffen. Ook vocht kan gezien worden als een omvangrijk volksgezondheidsprobleem. Vijftien procent van de woningen in Nederland is vochtig, waardoor de huisstofmijt de kans krijgt om te groeien. Vier à vijf procent van de Nederlandse bevolking is allergisch voor huisstofmijt, wat betekent dat meer dan honderdduizend mensen in Nederland gezondheidsklachten (met name van de luchtwegen) ondervinden door een vochtige woning. Vanuit gezondheidskundige optiek zouden milieu-ambtenaren zich dan ook beter kunnen bezighouden met kwaliteitseisen voor het binnenmilieu dan voor de buitenlucht.

NOITMEN

De overheid is druk bezig met het stellen van normen voor schadelijke stoffen in bodem, water, lucht en voeding. Een van de uitgangspunten daarbij is, dat de menselijke gezondheid beschermd moet worden. Het leggen van een relatie tussen de mate van blootstelling aan een bepaalde stof en de gezondheidsrisico's is uitermate lastig en gaat met veel onzekerheden gepaard. Die onzekerheid in de norm, vaak de 'veiligheidsfactor' genoemd, geeft onderhandelingsruimte. Helaas zijn vele normen gezondheidskundig slecht onderbouwd. Over- of onderschatting van het risico is eerder regel dan uitzondering. Bovendien speelt in de politiek het aspect praktische haalbaarheid een belangrijke rol.

Kijken we bijvoorbeeld naar de norm voor nitraat in drinkwater (50 mg/l) dan moeten we constateren, dat deze waarde onvoldoende bescherming biedt aan flesgevoede zuigelingen. Zo bracht een onderzoek onder verschillende groepen zuigelingen die flesvoeding kregen (aangelengd met water met een nitraatgehalte van 45 tot 108 mg/l) een verhoogde concentratie 'met-haemoglobine' (een ongewenste vorm van het zuurstofbindende eiwit uit rode bloedcellen) in het bloed aan het licht. Er bestaat dus

nauwelijks een marge tussen de bestaande norm en het effectniveau. Vanuit een preventieve gezondheidskundige benadering is dit onverantwoord.

De vraag *Hoe bedreigend is milieuverontreiniging voor de gezondheid?* wil men het liefst uitgedrukt zien in aantallen slachtoffers door milieuziekten. Het zal inmiddels duidelijk zijn dat de huidige vervuilingsgraad van het milieu ook werkelijk gezondheidseffecten veroorzaakt. Niet alleen kleine biologische effecten en hinder, maar ook ziekte en sterfte. Zeker als we kijken naar het binnenmilieu. De 'slachtoffers' zijn er dus wel, alleen zijn ze niet eenvoudig aan te wijzen. Daarvoor is een aantal oorzaken.

TOIDKANKEIT

Acute gezondheidseffecten, die direct gerelateerd kunnen worden aan de verontreinigingsbron, zoals bij een koolmonoxidevergiftiging, worden slechts bij uitzondering gevonden. Er bestaan geen echte milieuziekten (of het moet gaan om huidkanker door UV-B straling). Meestal hebben we te maken met specifieke malaiseklachten - zoals hoofdpijn, misselijkheid, moeheid of benauwdheid - waarvan ook iedereen met een verkoudheid of griep last heeft. Milieuverontreiniging als mogelijke oorzaak ligt dan niet direct voor de hand.

De vaak lange duur tussen blootstelling aan een stof en het uiteindelijke effect, zoals kanker, lever- en nierfunctiestoornissen, neuro(psycho)logische effecten, aangeboren of erfelijke afwijkingen, maakt het moeilijk om een relatie tussen bron en effect aan te tonen. Dat er in sommige gevallen een relatie bestaat tussen milieuverontreiniging en deze aandoeningen wordt niet bestreden. Wel lopen de meningen uiteen over de relatieve bijdrage van milieuverontreiniging aan het voorkomen van deze aandoeningen. In 1981 schatten de epidemiologen Doll en Peto de bijdrage van chemische milieuverontreiniging aan de totale kankersterfte in de Verenigde Staten op twee procent. Dit percentage is op meerdere wijzen te interpreteren. Het kan betekenen, dat de bijdrage van chemische milieuverontreiniging aan de kankersterfte wel meevalt (of juist niet, afhankelijk van de risico-acceptatie). Het kan ook betekenen, dat er nog onvoldoende kennis is waardoor het probleem wordt onder- of overschat. In Nederland is met epidemiologisch onderzoek naar een 'leukemiecluster' (een concentratie van mensen met leukemie) in Aalsmeer de betrokkenheid van milieuverontreiniging aannemelijk gemaakt. Zwemmen in een verontreinigd natuurbad en intensief contact met bestrijdingsmiddelen en olieprodukten speelden een rol bij het ontstaan van leukemie bij kinderen.

De gezondheidstoestand van de mens wordt door vele factoren gezamenlijk bepaald. Het herleiden naar afzonderlijke oorzakelijke bijdragen is zeer moeilijk en vaak onmogelijk. Dit geldt zeker voor de risicofactor milieuverontreiniging. Als het bijvoorbeeld buiten zonnig en warm is en er staat weinig wind, dan

kan een carapatiënt last krijgen van zomer-smog. Maar onder dezelfde omstandigheden zouden de klachten ook samen kunnen hangen met de warmte, of met een eventuele last van pollenallergie.

LOIDE STEM

In dit artikel hebben we geprobeerd aan te geven dat echte milieuziekten niet bestaan, maar dat je toch ziek kunt worden van milieuverontreiniging. Bovendien hebben we laten zien dat milieuverontreiniging gezien moet worden als één van de risicofactoren die bepalend zijn voor onze gezondheid. Omdat milieuverontreiniging iedereen treft, speelt het een belangrijke rol in de opvatting over de kwaliteit van het leven.

Voor sommige groepen in onze samenleving kan het risico dat milieuverontreiniging betekent van bijzonder belang zijn vanwege een verhoogde gevoeligheid of vanwege een hogere blootstelling. Daarbij moet men zich realiseren dat de door de overheid 'aangewezen' belangrijkste bronnen van milieuverontreiniging niet altijd ook de belangrijkste bronnen van blootstelling zijn. Het binnenmilieu is daarvan een goed voorbeeld. De woning geldt (nog) niet als een belangrijke bron van milieuverontreiniging, maar levert wel de grootste bijdrage aan onze dagelijkse portie schadelijke stoffen omdat we een relatief groot deel van onze tijd binnenshuis verblijven.

De negentiende-eeuwse artsen-hygiënist hebben met hun strijd voor betrouwbaar drinkwater en riolering een belangrijker bijdrage geleverd aan de bestrijding (preventie) van infectieziekten dan de curatieve gezondheidszorg, die zieken probeert te genezen. Nu de gezondheid bedreigd wordt door vervuiling van lucht, water en bodem mag de stem vanuit de gezondheidszorg best luider klinken. Misschien laat men zich verleiden door de paradox dat we steeds maar langer leven ondanks de vervuiling. De kwaliteit van ons bestaan is echter minstens zo belangrijk.

Dat staatssecretaris Simons om een EG-actieprogramma 'Gezondheid en Milieu' roept, is toe te juichen. Zorg voor het milieu is immers tevens zorg voor de volksgezondheid en milieubeleid is tevens gezondheidsbeleid. Dat het ministerie van WVC dat nu heeft (her)ontdekt zal waarschijnlijk meer te maken hebben met het streven zich te profileren in EG verband, dan met een werkelijke visie. Want kijken we naar Nederland zelf, dan trekt de rijksoverheid zich op alle fronten terug en moet de integratie van milieubeleid en gezondheidsbeleid zich nu op het niveau van de lokale overheid voltrekken. Maar in het onlangs verschenen *Kaderplan van aanpak NMP voor gemeenten* komt de relatie tussen milieu en gezondheid niet of nauwelijks voor. Dat geeft te denken.

Rik van de Weerd is medisch milieukundige voor de provincies Overijssel en Flevoland.

DE MENS IS GEEN RAT VAN ZEVENTIG KILO

FEITEN EN WAARDEN BIJ NORMEN VOOR MILIEUGEVAARLIJKE STOFFEN

Brigit Staatsen, Magdalena van den Berg en Guus de Hollander

Zolang gehalten aan stoffen in het milieu onder de gestelde norm blijven verwacht men geen nadelige invloed op de gezondheid van de mens. Maar is dat terecht? Hoe betrouwbaar is zo'n norm? De Gezondheidsraad en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne) spelen een belangrijke rol in de wetenschappelijke onderbouwing van normen. Toch moet de rol van de wetenschap niet overschat worden: er zijn nog veel wetenschappelijke onzekerheden en er moeten keuzen gemaakt worden waarbij het niet alleen gaat om 'feiten' maar vaak ook om 'waardeoordelen'.

Overall kunnen we in aanraking komen met chemicaliën die onze gezondheid kunnen aantasten. We kunnen bijvoorbeeld nitraat binnenkrijgen via het drinkwater of toluëen inademen tijdens het schilderen van de voordeur of ozon als we buiten een wandeling maken. Dat is de andere kant van de medaille van onze consumptiemaatschappij: economische groei en stijgende welvaart in ruil voor een verontreinigd milieu. Omdat de overheid grenzen wil stellen aan de milieuverontreiniging, stelt zij normen vast voor de maximaal toelaatbare hoeveelheden van een stof in de lucht, in de grond, in produkten.

Nederland heeft een zorgvuldige procedure voor het vaststellen van normen voor gehalten aan stoffen in het milieu (milieukwaliteitseisen). Deze bestaat uit een wetenschappelijke fase en een maatschappelijke fase. Beide fasen worden na elkaar door verschillende organisaties uitgevoerd. Het RIVM en de Gezondheidsraad verzorgen de wetenschappelijke onderbouwing. Na een grondige evaluatie van gegevens uit onderzoek bij proefdieren (een enkele keer zijn er gegevens over effecten bij mensen) schatten deskundigen wat de maximaal aanvaardbare blootstelling is waarbij geen gezondheidsschade te verwachten is. Dit is de 'gezondheidskundige advieswaarde'. Op basis van de wetenschappelijke adviezen van het RIVM en de Gezondheidsraad maakt de minister een nota waarin de normen zijn opgenomen en stuurt die naar de Centrale Raad voor de Milieuhygiëne (CRMH). Dat is een maatschappelijke adviesraad waarin werkgemers, werknemers, overheid, milieu- en con-

sumentenorganisaties vertegenwoordigd zijn. Deze raad weegt het risico van een mogelijke gezondheidsschade af tegen sociaal-economische consequenties. Een beperking of verbod op het lozen van een stof, waardoor een fabriek zijn productieproces moet aanpassen bijvoorbeeld, heeft sociaal-economische gevolgen.

De CRMH geeft een advies op hoofdlijnen over de ministeriële nota en vraagt zich af hoe de advieswaarde (voor de mens) zich verhoudt tot advieswaarden of criteria die vastgesteld zijn met het oog op duurzame ontwikkeling en het beschermen van ecosystemen.

Deze discussie kan leiden tot een norm die anders is dan de gezondheidskundige advieswaarde. De minister stelt uiteindelijk de norm vast. Voor veel stoffen zijn er nog geen normen vastgesteld. Het grote aantal stoffen (90.000) maar ook de tijd die het evalueren van een stof kost, is hier schuld aan.

DitEMPELWffitDei

Voor het afleiden van advieswaarden zijn gegevens nodig over het verband tussen blootstelling en effect. Deze gegevens zijn meestal afkomstig uit dierproeven, soms ook uit onderzoeken bij mensen. Het interpreteren van deze gegevens is niet eenvoudig. Vaak gaat het namelijk om diverse effecten, die bovendien bij een verschillende mate van blootstelling kunnen optreden.

Het 'geen-nadelig-effectniveau' of de 'drempelwaarde' is het blootstellingsniveau waaronder geen effect meer optreedt. Om rekening te houden met eventuele verschillen in gevoeligheid tussen proefdier en mens en tussen mensen onderling (gezonde jonge werknemers versus zuigelingen, kinderen, bejaarden, zwangeren) wordt daarbij een veiligheidsfactor toegepast. Zo kunnen ook eventuele waarnemingsfouten, de invloed van omgevingsfactoren op de giftigheid van een stof en twijfels over de kwaliteit van gegevens worden verrekend. Men kan daarom beter van 'onzekerheidsfactoren' spreken. De waarde die overeenkomt met het geen-nadelig-effectniveau wordt door de veiligheids- of onzekerheidsfactor gedeeld.

Van sommige stoffen neemt men aan dat ze geen drempelwaarde hebben. Een enkel molecuul van zo'n stof zou een reeks van gebeurtenissen in gang kunnen zetten die tot een nadelig effect leidt. Elke dosis, hoe klein dan ook, zou een nadelig effect zou kunnen veroorzaken. Deze werkwijze kiest men vooral bij kan-

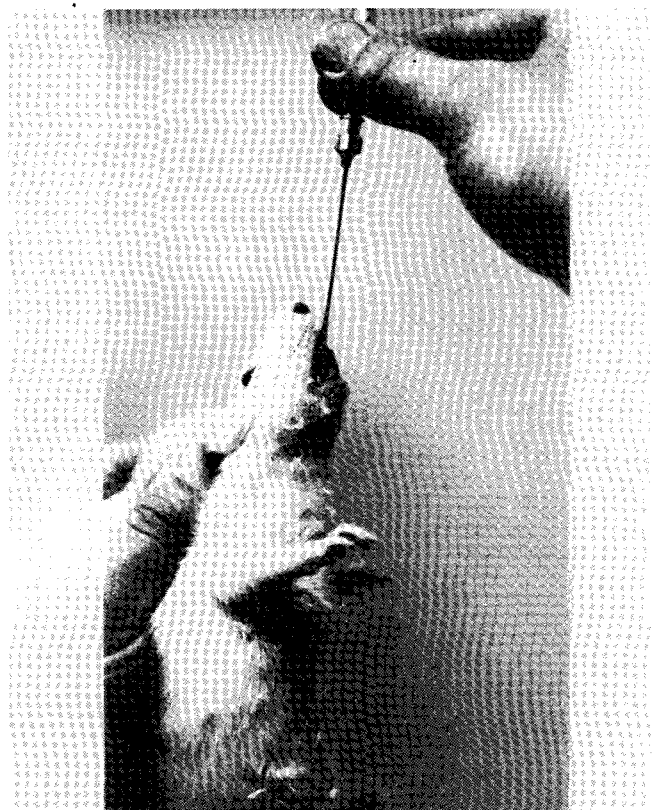
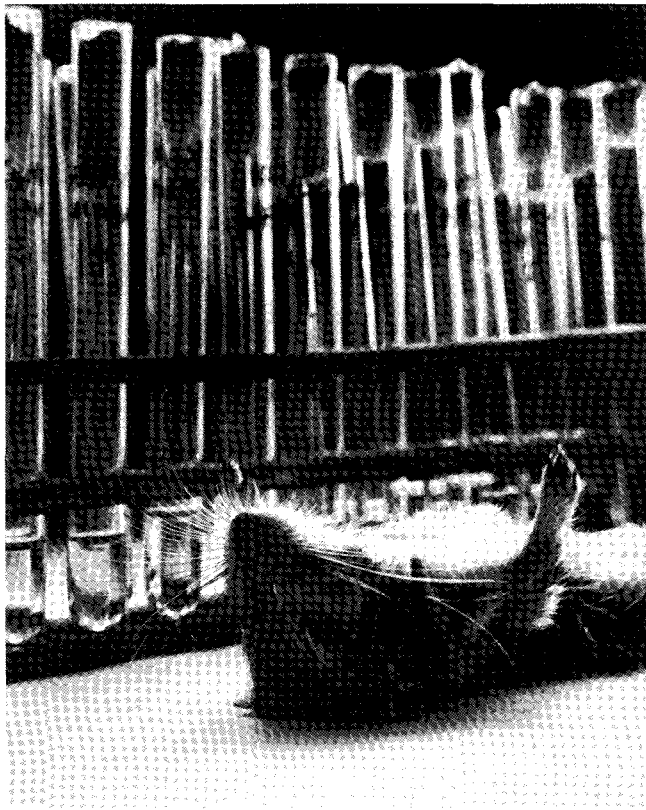
kerverwekkende stoffen die het erfelijk materiaal in de cel aantasten. Men probeert dan waarden af te leiden waarbij de kans op kanker bij levenslange blootstelling van de bevolking gelijk is aan één op de miljoen. Dit is het risico dat de overheid nog aanvaardbaar acht, zoals beschreven in de beleidsnotitie van het ministerie van VROM Omgaan met risico's.

Gegevens uit dierproeven moeten worden omgerekend naar een gelijkwaardige blootstelling voor de mens. Daarmee wordt bijvoorbeeld het verschil in lichaamsgrootte gecorrigeerd. Een dosis voor een ratje van 300 gram rekent men op basis van gewicht om naar een dosis voor een 'standaard' -mens van zeventig kilo. Maar mensen zijn geen ratten van gemiddeld zeventig kilogram. De toxische effecten van diverse stoffen kunnen in mensen heel anders zijn dan in dieren. En ook diersoorten onderling kunnen sterk verschillen. Dioxines vormen daarvan een goed voorbeeld. De dodelijke dosis ligt voor hamsters bijna tienduizend maal hoger dan bij cavia's. Er zijn aanwijzingen dat de mens nog veel ongevoeliger is voor dioxine dan het ongevoeligste proefdier, de hamster. Het is echter ook mogelijk dat mensen voor bepaalde stoffen juist gevoeliger zijn dan proefdieren. Zo verorzaakt asbestos kanker bij de mens, maar in ratten heeft met het nooit kunnen aantonen.

SCILDEitS

Ook kunnen er vraagtekens gezet worden bij de gebruikelijke doseringen in dierproeven. Om de kankerverwekkende eigenschappen van stoffen te onderzoeken gebruiken onderzoekers soms doseringen die de dieren maar net kunnen verdragen. Zo kan men het aantal benodigde proefdieren klein houden. Maar het is de vraag of het optreden van kanker bij hoge blootstellingen iets zegt over wat we eigenlijk willen weten: namelijk het optreden van kanker bij de bevolking door de in het algemeen veel lagere blootstelling aan stoffen in het milieu.

Een derde onzekerheid is in hoeverre in onderzoek bij dieren subtiele effecten zoals die op ons zenuwstelsel of ons afweersysteem aan het licht komen. Deze effecten kunnen een grote rol spelen bij het ontstaan van ernstige ziekten bij de mens. Zo zijn er aanwijzingen dat schilders die jarenlang aan oplosmiddelen waren blootgesteld last krijgen van het zogenoemde schilders syndroom: lichte neurologische aandoeningen als terugkerende hoofdpijn, geheugenstoornissen, onverklaarbare vermoeidheid,



Foto's: NBB1/, bestrijders van dierproeven

concentratieproblemen, depressiviteit of licht-geraaktheid. Recent Nederlands onderzoek onder werknemers in de bollenteelt, die met bestrijdingsmiddelen hebben gewerkt, is een ander voorbeeld. Hierbij zijn geringe veranderingen in het functioneren van het zenuwstelsel aangetoond. Dergelijke subtiele effecten zijn niet bij proefdieren waar te nemen.

Advieswaarden behoren uitsluitend op wetenschappelijke gronden tot stand te komen en waardeoordelen dienen te worden buitengesloten. Toch kunnen waardeoordelen een rol spelen bij vragen waarop geen eenduidig antwoord valt te geven. Zoals: 'Wat is gezondheid' en 'wanneer is een effect onaanvaardbaar uit het oogpunt van gezondheid.' Het is duidelijk dat hierbij soms (normatieve) keuzen worden gemaakt. Zo bepalen sociaal-culturele opvattingen hoe men het begrip gezondheid

De Gezondheidsraad vindt dat bescherming van de gezondheid meer is dan alleen een verlenging van de levensduur door het voorkomen van ziekten en sterfte. Ook effecten als van stank of geluid, oogirritatie en de beleving van milieuverontreiniging, tijdens smogepisoden of bij verontreiniging in woonwijken) beschouwt men als bedreigend voor de gezondheid. Deze effecten worden volgens de Gezondheidsraad niet bij de gezondheidsbeoordeling van risico's en het vaststellen van advieswaarden. Dergelijke normatieve keuzes worden expliciet gemaakt, en moeten worden laten vergezellen van een beschrijving van de effecten die optreden bij blootstelling aan de advieswaarde, is duidelijk

welke effecten men aanvaardbaar acht als men afwijkt van het advies van de Gezondheidsraad en tot een andere keuze komt.

VAGE GEBIED

Waardeoordelen kunnen ook de vraag beïnvloeden wiens gezondheid men wil beschermen. De gemiddelde mens bestaat niet. Sommigen zijn gevoeliger dan anderen en binnen een enkel individu kan gedurende het leven de gevoeligheid voor een bepaalde stof variëren. Deze verschillen hangen samen met factoren als leeftijd, beroep, levensstijl, zwangerschap, erfelijke aanleg of ziekte. Jonge kinderen vormen bijvoorbeeld een risicogroep, omdat kinderen vaker hun handen in hun mond stoppen en daardoor aan een hogere dosis blootgesteld worden dan volwassen mensen (bijvoorbeeld in het geval van loodverontreiniging in het stof in grote steden). Maar ook rokers vormen een afzonderlijke risicogroep.

Wetenschappelijke onzekerheden en keuzen waarbij waardeoordelen een rol spelen, leiden tot moeizame en langdurige discussies en tot uiteenlopende advieswaarden in verschillende landen. De discussie over de advieswaarde voor dioxinen is hiervan een mooi voorbeeld. De grootte van de huidige veiligheidsfactor van 250 is niet wetenschappelijk onderbouwd. Men vond een veiligheidsfactor van 500 echter te groot omdat dan heel Nederland gesaneerd zou moeten worden.

De grens tussen wetenschap en beleid, tussen feiten, zekerheden en waarden is niet zo scherp als men zou willen. In de praktijk hanteert men vaak een hoge veiligheidsfactor

omdat er veel wetenschappelijke onzekerheden zijn. Men is voorzichtig en dit leidt tot zeer lage advieswaarden en vermoedelijk een overschatting van risico's. Zolang de blootstelling aan stoffen onder de advieswaarde blijft, zijn effecten op de gezondheid dan ook uiterst onwaarschijnlijk. Toch kunnen wij niet aangeven wat er precies gebeurt als advieswaarden overschreden worden.

Dit betekent dat beleidsmakers een afweging moeten maken tussen onzekere (overschatting van) risico's voor de volksgezondheid en beperking van een activiteit met 'harde' sociaal-economische gevolgen. Wat uit het oogpunt van gezondheid zeker genoeg is, is in wezen geen wetenschappelijke maar een maatschappelijke vraag. Indien de sociaal-economische gevolgen van risico-verminderende maatregelen groot zijn, zal de beleidsmaker een nauwkeuiger uitspraak eisen over mogelijke gezondheidseffecten. Gaat het bijvoorbeeld om geurhinder of om kankergevallen bij het overschrijden van een advieswaarde? En hoeveel personen zijn erbij betrokken: enkele zeer gevoelige personen of een groot deel van de bevolking?

CONSEQUENTIE

Om een goede afweging te kunnen maken is het van groot belang dat beleidsmakers inzicht krijgen in de wetenschappelijke onzekerheden bij het afleiden van de advieswaarde en de gebruikte waardeoordelen. Deze waardeoordelen moeten duidelijk vermeld worden. Welke gezondheidseffecten heeft men als schadelijk beoordeeld en welke niet? Welke risicogroepen beoogt de advieswaarde te beschermen? Op



Foto: Vlekke van Kempen/Brinkman BV

deze manier kunnen in de discussie over advieswaarden wetenschappelijke argumenten ('feiten') en politieke/maatschappelijke argumenten ('waarden') nog beter van elkaar gescheiden worden.

Uit het voorgaande blijkt dat er nog veel wetenschappelijke onzekerheden zijn die, in combinatie met de veelheid aan stoffen waar we mee te maken hebben, zorgen voor een langzame en moeizame procedure van normstelling. Een systematische benadering voor het stellen van prioriteiten in het stoffenbeleid en het ontwikkelen van nieuwe (snellere) beoordelingssystemen is daarom van groot belang.

We kunnen ons afvragen of de hierboven geschetste benadering niet te conservatief is, zodat er te weinig geld overblijft voor het aanpakken van andere belangrijke milieu- en volksgezondheidsproblemen. De auteurs van de tweede Nationale Milieuverkenning 1990-2010 van het RIVM constateren dat het zeer moeilijk is om te bewijzen dat de huidige milieuverontreiniging leidt tot effecten op de volksgezondheid. Het epidemiologisch onderzoek en de gezondheidsstatistieken waarmee een relatie tussen milieuverontreiniging en volksgezondheid tracht vast te stellen, beperken zich echter tot de huidige generatie. We tasten dus nog veel meer in het duister als

we iets zouden willen zeggen over de bescherming die de huidige normen bieden voor de gezondheid van toekomstige generaties. Als we een duurzame ontwikkeling voorstaan en de gezondheid van toekomstige generaties in ogenschouw nemen, zouden de huidige nor-

men wel eens heel wat minder conservatief kunnen blijken te zijn.

Brigit Staaisen, Magdalena van den Berg en Guus de Hollander zijn medewerkers van de Gezondheidsraad.

milieu
gezondheid

ZIEKE HUIZEN EN BEJAARDE OORDEN

VERONTREINIGING BINNENLUCHT NAUWELIJKS BEKEND

René Didde

Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne is de vervuiling van de lucht in de woning een toenemend probleem voor de gezonde mens. Maar hoe het staat met de verblijfplaats van risicogroepen als baby's, bejaarden en zieken, is minder bekend. Her en der wordt onderzoek verricht, maar van enig algemeen inzicht is geen sprake. Hoe ziekmakend zijn de ziekenhuizen?

De gemiddelde Nederlander bevindt zich nog geen drie uur per dag in de buitenlucht. Wie, met het oog op zure regen, smog en het 'gat' in de ozonlaag, denkt dat hij binnenshuis beter af is, heeft het mis. De concentraties van verontreinigende stoffen in de binnenlucht zijn vaak aanmerkelijk hoger dan in de buitenlucht. Opvallend genoeg is nieuwbouw vaak slechter dan oude woningen. Energiebesparing blijkt een keerzijde te hebben: door de sterk verbeterde isolatie van de woningen wordt de ventilatie geblokkeerd.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) schetst niet bepaald een optimistisch beeld van de kwaliteit van het 'binnenmilieu', of 'binnenklimaat', zoals het zelfs wordt genoemd. En dat geldt voor 'de gezonde mens'. 'Bepaalde groepen zoals baby's, zieken en bejaarden brengen zelfs nog meer tijd binnen door,' schrijft het RIVM in de *Nationale Milieuverkenning 1990-2010*. Deze groepen hebben dus meer kans op schadelijke effecten. Moeten op grond van deze constatering de gebouwen waar veel vertegenwoordigers van dit soort risicogroepen aanwezig zijn - crèches, ziekenhuizen en bejaardentehuizen - niet aan een onderzoek worden onderworpen? Het in het november 1991 verschenen en gezaghebbende RIVM-rapport rept wel over de gezondheid in huis, maar niet over die van de in omvang toenemende groep mensen die hun dagen slijten in bejaardenoord, ziekenhuizen, verpleegtehuizen en specifieke klinieken als het Jellinekcentrum. Vooral de concentraties radon, koolmonoxyde, stikstofdioxide en zwevend stof liggen binnenshuis veel hoger dan buiten, aldus het RIVM. Geisers, haarden en het roken van sigaretten zijn de belangrijkste boosdoeners voor de laatste drie verontreinigingen, terwijl het radongas voornamelijk uit de bodem onder de woning naar de kruipruimte onder het huis ontwijkt. Ook oplosmiddelen als benzeen, toluen en xyleen, die worden toegepast in schoonmaakmiddelen en luchtverfrissers, kun-

nen voor problemen zorgen. Het RIVM constateert dat er nog nauwelijks sprake is van beleid op dit gebied. Ook ontbreken er normen waarmee deze 'binnenluchtverontreiniging' te lijf moet worden gegaan.

STOTTEITDE KIDDES

Hoewel concrete beleidsmaatregelen ontbreken, bestaat er dankzij het RIVM tenminste enige notie over de kwaliteit van het huiselijk binnenmilieu. Dat kan van kinderdagverblijven en crèches niet worden gezegd. Hoewel in het buitenland dit onderwerp al jaren sterk in de belangstelling staat, ligt er in Nederland alleen nog maar een onderzoeksvoorstel van de vakgroep Gezondheidsleer van de Landbouwniversiteit in Wageningen te wachten op beoordeling door het ministerie van WVC. De verantwoordelijkheid voor de kinderdagverblijven ligt bij de gemeente. Het is daarom niet verwonderlijk dat de situatie van plaats tot plaats sterk verschilt. Sommige steden stellen strenge verordeningen op, terwijl elders de richtlijnen niet verder strekken dan globale zaken als voldoende vluchtwegen in verband met brand.

Vooraf stofdeeltjes en infecties aan de vluchtwegen op de kinderdagverblijven hebben de belangstelling van de onderzoekers gewekt. Omdat de baby's en peuters de hele dag op het kinderdagverblijf verblijven, slapen ze er ook. Hun bedjes zijn een goede broedplaats voor de huisstofmijt. Een beestje dat allergene stoffen verspreidt en daarmee luchtwegproblemen veroorzaakt. Door de opeenhoping van de grote hoeveelheid snotterende kinderen kunnen voorts infecties van de vluchtwegen ontstaan. Hoe jonger het kind is, hoe groter de kans op beschadiging van de longen door dergelijke infecties. Vaak belanden al baby's van amper zes weken in het kinderdagverblijf; de longen zijn dan nog zeer kwetsbaar.

In grote steden als Amsterdam bestaat naast het gesubsidieerde reguliere circuit een omvangrijk 'grijs' circuit. In een achterkamertje of verlaten schooltje regelen groepen ouders de opvang van hun koters uit armoede zelf. Daarnaast zijn er enkele instellingen die dachten met een crèche snel rijk te worden. In de afgelopen drie jaar zijn twee van dit soort malafide praktijken door de gemeente gesloten in Amsterdam: ze waren te vies om aan te pakken. Ook de aanwezigheid van (nauwelijks te reinigen) hoogpolig tapijt wekt onmiddellijk de attentie van de inspectrice. De gemeente besteedt naar eigen zeggen meer aandacht aan dit grijze circuit dan aan de officiële kinderdagverblijven.

Ook in bejaardenoord is slechts weinig inzicht in de kwaliteit van de lucht. Men vertrouwt op de airconditioning, een aan- en afzuigsysteem, waarmee de bejaardentehuizen doorgaans zijn uitgerust. Door ventilatoren in de ramen en via kieren onder de deur wordt verse lucht aangezogen die via een afzuigsysteem in de keukentjes en badkamers weer wordt afgevoerd. De lucht wordt meestal niet gerecirculeerd. Het systeem bevat filters die periodiek worden verwisseld. De lucht wordt niet gemeten op specifieke stoffen. Het gaat er in eerste instantie om de verspreiding van 'luchtjes' tegen te gaan.

In de meeste tehuizen beschikken de bejaarden over een eigen kamer. Ze kunnen zelf beslissen of ze het raam opendoen of niet. In sommige, wat oudere bejaardentehuizen vindt bovendien bacteriologisch onderzoek plaats. De kanalen zijn daar twintig tot dertig jaar in gebruik. Om te voorkomen dat bacteriën, opeengehoopt in stof, zich gaan verspreiden, worden de kanalen hier en daar door erkende firma's gereinigd. De situatie in bejaardenhuizen is rooskleuriger dan in bijvoorbeeld verpleegtehuizen. Op die plekken liggen mensen te bed op zaaltjes, waardoor het moeilijker is ramen te openen. Ook is in het algemeen hun conditie belangrijker slechter dan die van bejaarden.

ELECTROSTATISCHE 111P11

Een aparte 'branche' vormen de ziekenhuizen. Het is geen geheim dat sommige mensen er zieker uit komen dan ze erin gingen. Over ziekenhuizen bestaan lange klachtenlijsten, variërend van abstracte zaken als 'uit bouwbiologisch oogpunt ziekmakend' en 'kil glas en doods beton' tot en met concrete zaken als tapijt dat de schuifelende patiënt voetje voor voetje electrostatisch maakt; bij de deurenklink vindt in één fukse slag de ontlading plaats. Voorts heeft de damp van poets- en desinfecteringsmiddelen vele patiënten doen overgeven, om nog maar te zwijgen van het stof dat via de buizen van de luchtverwarming de slaapzalen in dwarrelt. Ook het lawaai in de hospitalen wordt regelmatig geheld. 'Soms waan je je in een fabriek in plaats van een inrichting waar een zo hoog mogelijke graad van gezondheid bewerkstelligd wordt,' schrijft de (omstreden) Duitse patiënt-auteur Hermann Bürgel. Volgens hem daalde de verblijftijd van patiënten in ziekenhuizen die op 'bouwbiologische wijze' gesaneerd werden. Met andere woorden: mensen genazen voorspoediger in een 'gezonder gebouw'. Iets wat 'fout' is in een ziekenhuis krijgt extra nadruk als de omgeving depressief makend is.

Ook de Nederlander August Willernsen heeft

in 1991 met zijn boek *De val* het nodige stof doen opwaaien over het klimaat in een herstelingsoord. Citaat: 'Ik had geklaagd over de overlast van rook in de huiskamer, omdat in die ruimte tevens wordt gegeten en omdat de rook via de gang ruikbaar was tot in de slaapzaal; over de overlast, 's nachts, van te veel licht in de slaapzaal; en vooral over de geluidsoverlast: tv-herrie van 's morgens vroeg tot 's avonds elf uur, hoorbaar tot in de slaapzaal, elke dag, en een zaal-radio met altijd popmuziek en geleuter, plus een privé-radio van één van de patiënten met idem.'

gebouw. Het gaat daarbij om 'thermische klachten' (het is te warm of juist te koud), klachten over de luchtkwaliteit. (te droge lucht, irritaties aan de luchtwegen) en 'aspecifieke' klachten als hoofdpijn, vermoeidheid en oogirritaties. Vooral in grote gebouwen waar uitgebreide airconditioningssystemen over de kwaliteit van de lucht waken, treedt het syndroom aan de dag.

Met name in gebouwen waarin oude lucht steeds opnieuw wordt rondgepompt (recirculatie) is een forse hausse aan sick building syndroom-klachten. Recirculatie van lucht is wel-

blijven voorsnog buiten de boot. De tijd lijkt rijp voor een gedegen onderzoek naar deze verblijfplaatsen van kwetsbare groepen mensen.



Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kinderdagverblijven
Foto: Irene de Baat

In ziekenhuizen waken de ziekenhuishygiënistten over de kwaliteit van de binnenlucht. Hun prioriteit ligt bij de controle op infecties - een overigens niet onlogische keuze. De hiervoor genoemde, zeg maar aspecifieke, klachten zijn voorsnog onontgonnen werkterrein in de gezondheidszorg. De hygiënistten onderzoeken ongeveer twee maal per jaar het ziekenhuis op bacteriën en virussen. Het spreekt vanzelf dat de lucht in de operatiekamers aan de meest strenge eisen moet voldoen. Gedurende een open hartoperatie ligt de borstholte van de patiënt immers zeker drie uur open.

SICK BUILDING

Om infecties in ziekenhuizen te voorkomen, zijn er instanties die de kwaliteit bewaken. Maar er ontbreekt een algemeen (landelijk) beleid inzake de kwaliteit van de binnenlucht. Dat heeft (nog) geen prioriteit. Veel van de klachten lijken sterk op het *sick building syndrome*, een tot voor kort vaag complex van klachten. Hoewel dit syndroom pas de laatste jaren enige bekendheid geniet, legden onderzoekers al in 1975 een verband tussen vage gezondheidsklachten en de structuur van een

iswaar energetisch gunstiger, maar in de praktijk wordt daardoor bijvoorbeeld ook sigaretterook eindeloos door het ventilatiesysteem gevoerd, in plaats van terdege afgezogen. Behalve de airconditioning zijn soms specifieke stoffen als radon of formaldehyde (het bekende 'spaanplaatgas') de boosdoener. Andere keren gaat het juist om een combinatie van verschillende factoren.

Men neemt aan dat klachten toenemen naarmate een mens minder zeggenschap heeft over zijn eigen omgeving: de mogelijkheid om de kachel lager of juist hoger te zetten, maar vooral: de kamer eens lekker te ventileren door het raam te openen. Er lijkt een voorzichtige trend om in nieuwbouw weer ramen te plaatsen die te openen zijn. 'De mens met zijn basale biologische en mentale eigenschappen moet centraal komen te staan in het onderzoek naar een gezond binnenmilieu,' schrijft het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. 'Gelukkig blijken niet alle kantoorgebouwen ongezond.' voegt het daar optimistisch aan toe.

Net als bij luchtverontreiniging vallen ook in geval van het *sick building syndrome* de ziekenhuizen, bejaardenoorden en kinde-

VIS OF PATAT IN HET AMC

Al bij de opening van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam in 1984 was bekend dat de airconditioning van het hypermoderne ziekenhuis niet aan door TNO gestelde eisen voldeed. Maar er was geen geld om hem aan die eisen aan te passen. Tot 1988 kon je daardoor 's ochtends ruiken of je 's middags vis dan wel patat te eten kreeg. Zowel personeel als patiënten klaagden over verschijnselen die dicht aanleunen tegen het zogenaamde '*sick building syndrome*': droog slijmvlies en hoofdpijn. 'Als je in de buitenlucht kwam, was het alsof je een natte dweil in je gezicht geworpen kreeg,' herinnert iemand zich. Ook het AMC heeft te maken gekregen met infectieziekten; voor één patiënt in 1987 zelfs met dodelijke afloop. Het ging om de *Legionella*-bacterie die in het warmwatersysteem van het AMC huisde. Als het water niet stroomt en een tijdje in de leidingen op een temperatuur van zestig graden blijft, kan de *Legionella* zich ontwikkelen. Naar verluidt is dit probleem thans onder de knie; men zorgt eenvoudig voor heter water waardoor de bacterie sterft. Ook wordt op ongebruikte kamers gedurende vijf minuten de douche aangezet, om het water te laten doorstromen. Het AMC erkent dat de airconditioning sinds 1984 een zorgenkindje is. Momenteel wordt het systeem omgebouwd. Wanneer de airconditioning up to date is weet men nog niet. Een en ander is afhankelijk van de beschikbare budgetten.

René Didde is free-lance milieujournalist.

gezondheid milieu

HET OOG VAN DE DESKUNDIGEN

MILIEUPROBLEMEN IN SOCIAAL-CULTUREEL PERSPECTIEF

Marco Strik

Milieuvervuiling moet concurreren met andere maatschappelijke en politieke problemen als werkgelegenheid, gezondheidszorg of criminaliteit. Daardoor en door de verschuivende belangstelling van het publiek, verandert ook de aandacht voor het milieu voortdurend. Die veranderende aandacht heeft onder meer te maken met het beleven van risico's. Hoe groot mensen bepaalde risico's inschatten, wordt deels bepaald door het sociale systeem waarin zij functioneren. De beleving van gezondheidsrisico's bijvoorbeeld, hangt nauw samen met de dagelijkse praktijk en het wereldbeeld van de waarnemer en van de sociale groep waarin hij zich bevindt.' Dat geldt niet alleen voor de man of vrouw op straat, maar ook voor wetenschappelijk onderzoekers. De specifieke sociale omgeving waarin zij hun werk verrichten kleurt ook hun resultaten en conclusies.

Iedereen beleeft risico's, en dus ook de mogelijke dreiging door milieuvervuiling, subjectief. De dreiging die iemand voelt en de werkelijke dreiging hoeven niet samen te vallen. Een in 1989 door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde uitgevoerd onderzoek laat zien dat de Nederlandse bevolking milieuverontreiniging een groter gevaar voor de gezondheid vindt dan hart- en vaatziekten.' Terwijl epidemiologisch onderzoek laat zien dat hart- en vaatziekten in werkelijkheid de belangrijkste doodsoorzaak zijn. Grote aandacht voor het milieu gaat gepaard met een hoog waargenomen risico, dat afwijkt van de 'werkelijke' geringere dreiging.

Uiteenlopende groepen kunnen een zeer verschillende houding innemen ten opzichte van één en hetzelfde gezondheidsrisico. De cultuur waarvan zo'n groep deel uitmaakt, speelt daarbij een belangrijke rol. Verschillende culturen selecteren bepaalde risico's wel en andere niet als de moeite waard om wat aan te doen of om bang voor te zijn.' Ten tijde van de Koude Oorlog, bijvoorbeeld, maakten de Amerikanen zich veel drukker om de dreiging van de Sovjet-Unie dan de Europeanen. En werknemers van een kerncentrale maken zich minder zorgen om de gevaren van kernenergie dan mensen die er niet economisch afhankelijk van zijn. De objectieve dreiging die van iets uitgaat hoeft dus niet te corresponderen met de cultureel waargenomen dreiging.

Maar wat is 'objectieve dreiging'? Wie bepaalt die en op grond van welke 'feiten' komt men tot de conclusie dat er van een ernstige milieudreiging sprake is? In onze cultuur wordt meestal aangenomen dat de wetenschap het 'objectieve' perspectief op milieudreigingen levert. De wetenschap is immers trouw aan feiten, geeft ondubbelzinnig de oorzaak van verschijnselen weer en is daarom de meest geëigende en meest adequate methode om ware kennis over de wereld te vergaren. Wetenschap is registratie, geen door mensen gemaakte constructie, waarmee we tot één waarheid kunnen komen.

Maar ook de wetenschap en dus ook de wetenschappelijke kennis over milieu en vervuiling wordt gekleurd door de sociale structuur van onze maatschappij. Niet alleen leken, ook wetenschappelijk onderzoekers, zien hun omgeving op een cultureel bepaalde wijze en produceren daardoor context-gevoelige 'feiten'. De wetenschap herbergt immers ook uiteenlopende culturele systemen. De voort-

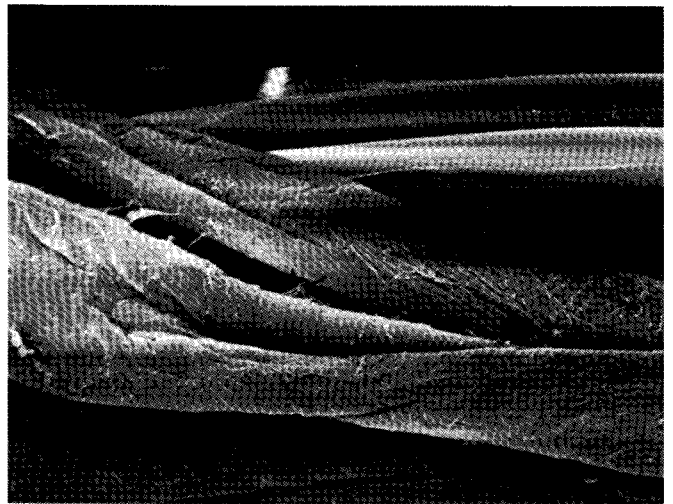
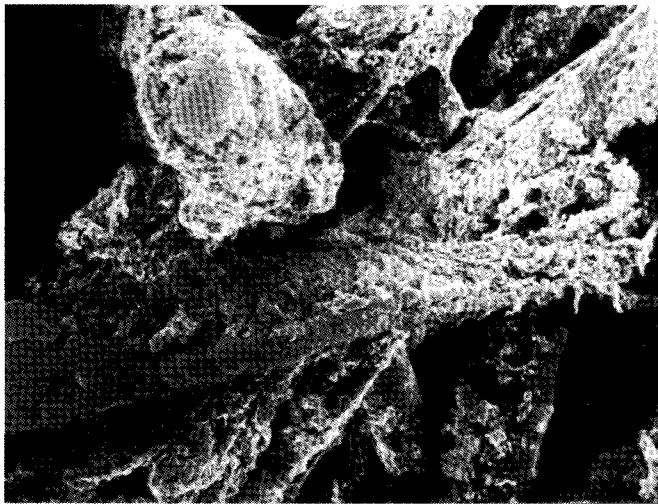
durende discussie tussen wetenschappers onderling bevestigt dit. Resultaten van onderzoek zijn, zeker op het gebied van gezondheidsrisico's, niet eenduidig. Verschillen in methodische cultuur en/of uiteenlopende academische achtergronden leiden dan tot verschillende inschattingen.

DEELTILIGSCHEID

Zo blijken bijvoorbeeld verschillende groepen Amerikaanse onderzoekers verschillend te denken over de waarde van dierproeven als indicator voor kankerverwekkende stoffen. Wetenschappers in dienst van de overheid hechten meer waarde aan dierproeven dan wetenschappers op universiteiten. Onderzoekers in het bedrijfsleven hebben het minst op met dierproeven als indicator. Hetzelfde geldt voor de vraag of we een natuurlijke grenswaarde hebben voor carcinogene stoffen. Hierin geloven juist de wetenschappers in het bedrijfsleven het meest, gevolgd door de universiteiten en de overheid. De verschillen zijn niet te 'er-



Ook wetenschappelijk onderzoek naar milieu en vervuiling wordt maatschappelijk gekleurd



Reclamefoto's van de gezamenlijke fosfaatfabrikanten die zich verenigden in het 'scientific committee on phosphates: Scope'.

Links: een textielvezel na vijftien maal wassen met een fosfaatvrij wasmiddel,
rechts: een vezel na vijftien maal in een wasmiddel met fosfaten, aldus de fabrikanten

klaren in termen van slechte of goede wetenschap. De verklaring moet daarom liggen in de culturele setting waarin de onderzoekers verkeren.

Het is moeilijk om te onderkennen dat feiten geconstrueerd kunnen zijn door je eigen opvattingen en cultuur. Voor de leden van een gemeenschap zijn de gevaren die zij als bedreigend waarnemen ook de echte gevaren. Elke suggestie dat ook gezondheidsrisico's niet onafhankelijk mogen worden gezien van hun culturele inbedding, zullen zij op z'n best als heiligschennis ervaren en mogelijk als totale onzin. Men ervaart perceptie en realiteit als één en hetzelfde. In onze westerse samenleving geldt dit nog sterker, omdat kwesties van ziekte en gezondheid hier zo nauw met wetenschappelijk onderzoek zijn verbonden en wetenschap traditioneel gezien wordt als de scheidsrechter tussen waarheid en onwaarheid. Nederland nam enkele jaren geleden de Wet Luchtverontreiniging aan. Het resultaat daarvan was een frequenter smogalarm. Het televisiejournaal was er in bepaalde perioden vol van. Was de smogsituatie anders geworden dan voordat de wet werd aangenomen? Nee: de lucht veranderde niet door de invoering van de wet. Wel bleek dat in Limburg smogalarm minder vaak voorkwam dan in Brabant en de Randstad, terwijl dit gebied juist ongunstig ligt ten opzichte van de Duitse industriegebieden. Verschillen in interpretatie van de wet leidde ertoe dat de registratieapparatuur in Limburg anders werd afgesteld dan in Brabant en het Westen. Maar welke afstelling was de juiste?

Een hiermee nauw samenhangend geval speelde zich af bij de 'Zevenheuvelenloop', een hardloophwedstrijd rond Nijmegen. De organisatie van de loop was boos op de overheid omdat deze "de normen voor smogalarmmeting had verdubbeld. Daardoor kwam smog in de praktijk niet meer voor in Nijmegen, terwijl de omstandigheden voor de lopers niet waren

veranderd. De door de organisatie afgesloten smogverzekering - die schadeloosstelling regelde voor het niet doorgaan van de loop bij smog - had daardoor bij hetzelfde smogniveau geen effect meer. De organisatie was verontwaardigd over de bureaucratische wijze waarop milieuproblemen werden benaderd en was bezorgd over de steeds slechter wordende condities om te lopen. Ook hier de vraag: welke normen zijn de juiste?

LOVE Cnfil

In de jaren zeventig kwam Love Canal, een buurtgemeenschap bij Niagara Falls, in het nieuws door bodemverontreiniging door het (legaal) dumpen van chemisch afval. Nadat de bodem met een dikke laag klei was afgedekt werden er woningen gebouwd. De chemische verontreiniging had zich echter op verschillende plaatsen door de kleilaag heen geworsteld. Er ontstonden felle discussies over het wel of niet evacueren van de bevolking in verband met de mogelijk schadelijke gevolgen voor de volksgezondheid.

In de discussie konden twee bewoners groepen worden onderscheiden. De minimalisten, zij relativiseerden het risico naar een laag niveau en de maximalisten, die het tegenovergestelde deden. De minimalisten behoorden demografisch gezien tot een andere groep dan de maximalisten. Zij waren veelal gepensioneerden die in de meeste gevallen in chemische bedrijven hadden gewerkt. Ze waren erg individueel ingesteld en hadden vooral economische en materiële belangen: ze hadden hun eigen huisje bij elkaar gespaard en genoten van hun oude dag.

De maximalisten daarentegen waren vooral jonge gezinnen met kinderen in hun allereerste woning. Deze groep onderhield nauwe contacten met elkaar en zocht actief informatie over de mogelijke gevaren. Klachten over de gezondheid waren bij de minimalisten vooral van 'normale' aard, terwijl bij de maximalis-

ten vooral vage klachten voorkwamen. Bovendien weten de maximalisten de klachten vooral aan de chemische verontreiniging, in tegenstelling tot de minimalisten.

Het verschil in risicoperceptie en dus ook de beleving van gezondheidsklachten zorgde voor verschillende strategieën. Zo waren de minimalisten er vooral op uit om zo weinig mogelijk aandacht aan het probleem te geven: wel of niet verhuizen was in hun ogen de persoonlijke verantwoordelijkheid van de bewoners. De maximalisten daarentegen deden er alles aan om aan te tonen dat er sprake was van een groot risico, met als achterliggend doel het verkrijgen van een vergoeding voor hun evacuatie.

MISKitfimen

Zowel voor- als tegenstanders van de evacuatie zetten deskundigen in. Deze experts hadden de taak om aan te tonen of er wel of geen sprake was van een gezondheidsrisico. Bij een bedreiging van de gezondheid zou iedereen logischerwijs moeten accepteren dat de overheid verantwoording nam voor de bescherming tegen deze risico's en dus over zou gaan tot evacuatie. Als indicatoren voor de gezondheidsdreiging diende het aantal miskramen en geboortefwijkingen. Op grond daarvan concludeerden de onderzoekers dat er een verhoogd risico was voor de bewoners die het dichtst bij de dumpplaats woonden. Daar kwamen geboortefwijkingen en miskramen aanmerkelijk vaker voor dan elders.

Deze onderzoeksresultaten werden de wetenschappelijke basis voor het uit te voeren evacuatiebeleid van de autoriteiten. Gezinnen met zwangere vrouwen of kinderen werden geëvacueerd. In een later stadium werden de volledige eerste twee bewoningsringen rond de afvaldump geëvacueerd. Bewoners buiten deze twee ringen voelden zich echter ook bedreigd. Zij vonden dat ook zij behoorden tot de risicogroep en wilden daarom geëvacueerd wor-

den op kosten van de overheid.

Om deze kosten te kunnen verhalen was het noodzakelijk om aan te geven dat ook hier sprake was van een groot risico. De indicatoren 'geboortefwijkingen' en 'miskramen' waren hiervoor niet voldoende. Wetenschappers aan de zijde van de verontruste bewoners probeerden daarom via andere indicatoren aan te tonen dat er wel degelijk sprake was van een risico. Deskundigen aan de zijde van de autoriteiten hekelden dit onderzoek. Zij wilden het risico tot de twee binnenste ringen beperken. De discussie tussen de wetenschappers verschoof van de vraag of er sprake was van een verhoogd risico naar de vraag wat juiste indicatoren waren voor het bepalen van het risico. Uiteindelijk kregen de bewoners hun zin. Niet omdat de overheid wetenschappelijk was overtuigd. Verre van dat, zij benadrukte juist de dubieuze onderzoeken aan bewonerskant. Maar door de enorme publiciteit was evacuatie politiek gezien vrijwel de enig mogelijke optie geworden.

ZIE'it. DRI'it GELOVE'it

Wetenschappelijk onderzoek is voor verschillende interpretaties vatbaar. Een goed voorbeeld hiervan is het onderzoek naar carcinogene stoffen in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. In beginsel beschikken onderzoekers aan beide zijden van de oceaan over dezelfde ruwe onderzoeksdata. Interpretatie zorgt echter voor verschillende conclusies over de effecten van deze stoffen op de gezondheid. De verschillen komen vooral door de waarde die Amerikanen en Britten hechten aan de diverse onderzoeksmethoden.

Amerikaanse onderzoekers vinden experimenten met dieren belangrijk. Als bewezen is dat bij dieren sprake is van een gezondheidsrisico, geldt dit al snel ook voor de mens. Bij twijfel leidt dit al gauw tot het predicaat 'riskant'. Epidemiologisch onderzoek dient meer als bevestiging van de dierproeven. Men hecht aan dit onderzoek alleen veel waarde als de uitkomsten overeenkomen met de al bestaande uitkomsten van dierproeven. In Groot-Brittannië daarentegen heerst vooral het credo: eerst zien, dan geloven. Dus vooral epidemiologisch onderzoek. Eerst moet bewijs op bevolkingsniveau zijn geleverd voordat de stoffen als bedreigend worden opgevat. Britten geven dus de stof het voordeel van de twijfel. Britse onderzoekers staan erg sceptisch tegenover experimenteel dieronderzoek dat causale relaties probeert aan te tonen.

Door de verschillende methoden van interpretatie van informatie ontstaat dus ook een andere beoordeling van stoffen met betrekking tot hun bedreiging voor de gezondheid. Waarom onderzoekers zich aan verschillende methoden hechten, heeft waarschijnlijk te maken met de omgeving waarin zij werken. Wetenschappers op het gebied van carcinogene stoffen in de Verenigde Staten zijn vooral in dienst van de overheid. Ze zijn daardoor geneigd erg gezondheidsgericht te denken. Bovendien is het administratieve proces rond carcinogene stof-

fen in de Verenigde Staten veel meer aan regels en wetten gebonden dan in Groot-Brittannië. Procedures volgens welke de carcinogeniteit bepaald moet worden zijn er zeer strikt. Bovendien is de besluitvorming over carcinogeniteit in de Verenigde Staten open voor publiek. Geïnteresseerden kunnen aan de hand van wetenschappelijk bewijs inspraak in de besluitvorming krijgen. Resultaten en besluiten worden er publiekelijk besproken, met als doel de wetenschappelijke tegenstellingen te behandelen in een publiek debat. Wetenschappers moeten zich dus meer kunnen verantwoorden. Daardoor lijkt het logisch dat Amerikanen de neiging hebben om extra veiligheidsmarges voor risico's in te bouwen. Niet alleen bestaan zulke verschillen tussen landen, ook binnen een enkel land kunnen verschillen in wetenschappelijke cultuur aanleiding geven tot verschillende interpretaties van dezelfde gegevens. Dat komt bijvoorbeeld tot uiting in het eerder genoemde voorbeeld waarin Amerikaanse onderzoekers verbonden aan de industrie, de overheid, of de universiteiten elk een andere waarde hechten aan dierproeven bij het beoordelen van kankerverwekkende stoffen.

BEWUSTWORD'itG

Is er nu wel of geen milieuprobleem en hoe ernstig is dat dan? Daarover doet dit verhaal geen uitspraak. Het laat zien dat ook milieuproblemen ingebed zijn in een cultuur. Dat wil niet zeggen dat het op een cultureel relativistische wijze benaderen van de milieuproblematiek betekent dat we nu zijn overgeleverd aan individueel subjectivisme. En dat we milieu-actiegroepen de wind uit de zeilen nemen. Door ons te beroepen op bepaalde waarden die voortkomen uit onze cultuur, bepalen we immers of er sprake is van een milieuprobleem; of het vraagstuk een thema van discussie is.

Doordat mensen de wereld door diverse cultureel en institutioneel bepaalde filters waarnemen, praten ze langs elkaar heen. We moeten ons daarom voortdurend afvragen welke krachten meespelen in de constructie van een probleem. Daarbij moeten we niet schromen ook het politieke en sociale karakter van wetenschap bloot te leggen. 'Incorporate a systematic awareness of cultural bias into the content and presentation of research,' schreef S. Rayner enkele jaren geleden in een verhan-

deling over onderzoek en beleid.' De voorbeelden in dit artikel mogen duidelijk gemaakt hebben dat zo'n kritische houding tegenover de wetenschap ook zeker op haar plaats is als het gaat om de relatie tussen milieu en gezondheid.

Marco Strik is student Theorie van de Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht en redactieraadslid van TGP

NOTEN:

1. M. Douglas & A. Wildavsky, *Risk and Culture, An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. University of California Press, Berkeley, 1982.
2. A. Dijkstra. 'Publiek en preventie', In: *Prioriteiten in preventie*, symposiumverslag "1PG-T"O. 1990.
3. L. Boon. *Getonheidsrisicos: wetenschap en cultuur*. Interne publikatie Rijksuniversiteit Limburg, 1989.
4. B.B. Johnson S. T. Covello red., *Toe Sectal and Cultural Contruction of Risk*. D. Re~1 Publishing Company, Dordrecht, 1986. pag. 19-.
5. L. Boon. zie noot 3.
6. De meeste voorbeelden zijn ook te vinden in de teksten uit de twee publicaties genoemd in de noten 2 en 4.
7. S. Rayner. 'Risk and Relativism in Science for Policy'. In: B.B. Johnson (red.) pag. 5-23.



HYGIENE GAAT VOOR

VERPLEEGKUNDIGEN EN MILIEU

Yvonne van Putten

Verpleegkundige, een zwaar beroep. Onder enorme druk en tegen lage betaling draagt een verpleegkundige grote verantwoordelijkheid voor patiënten. Verpleegkundigen en milieu? 'Kom nou! Moet ik daar ook nog voor zorgen? Ik heb al genoeg aan mijn hoofd.' Deze reactie is te verwachten wanneer een verpleegkundige te horen krijgt dat milieuzorg ook tot haar taak behoort. Veel verpleegkundigen ergeren zich echter aan de wegwerpcultuur in het ziekenhuis of verpleeghuis. Deze wegwerpcultuur is strijdig met de oproep van de overheid om een goed milieu bij jezelf te laten beginnen.

Daar sta je dan met een stapel celstof matjes, je plastic handschoenen en het wegwerpservies waarvan je net hebt gegeten. Volgens de International Council of Nurses (ICN), een internationale organisatie van verpleegkundigen, kunnen verpleegkundigen belangrijke voorvechters zijn voor een gezond milieu. Maar hoe kan dat dan als je bijvoorbeeld in een ziekenhuis werkt? Ook al worden er in de dagelijkse praktijk door verpleegkundigen al initiatieven genomen om milieusparend te werken, toch is het wel de vraag welke verantwoordelijkheden en taken zij eigenlijk hebben op milieugebied.

Twee belangrijke beleidsnota's voor de gezondheidszorg - de Nota 2000 (1986) en het Ontwerp kerndocument gezondheidszorgbeleid (1989) - besteden expliciet aandacht aan de effecten van milieuverontreiniging op de gezondheid van de mens. Het Ontwerp Kerndocument stelt dat intensivering van het milieubeleid is geboden. Geen van beide beleidsnota's trekt echter conclusies over de taken van verpleegkundigen in de gezondheidssector op milieugebied. De discussie hierover komt langzaam op gang.

'Ik heb me jammer genoeg nooit zo heel actief kunnen inzetten om het milieubeleid in mijn instelling te verbeteren. Door de werkdruk had ik daar geen energie meer voor over. Als ik toch over het milieu begon, reageerden collega's laconiek. Zij waren best geïnteresseerd, maar

meer ook niet. Het wordt bij ons ook helemaal niet gesteund door de directie.'

Er zijn twee visies: de heer Zandbergen, verpleegkundig inspecteur voor de basisgezondheidszorg in Rijswijk, verwoordde het op een studiedag 'Gezondheid en Milieu' voor verpleegkundigen in november 1990 als volgt: 'Een verpleegkundige moet niet zorgen voor het milieu, maar voor de mens. De milieuproblematiek kan voor een verpleegkundige wel aanleiding zijn voor het bieden van ondersteuning aan het zelfzorgvermogen van de mens.' Kortom, verpleegkundige blijf op je eigen domein!

De International Council of Nurses stelt juist dat verpleegkundigen zich actief moeten inzetten voor het behoud van het leefmilieu. In haar beleidsverklaring stelt de ICN: 'Het behoud en de verbetering van het milieu is een hoofddoel geworden in de strijd van de mens om zijn bestaan en welzijn. De omvang en urgentie van dit vraagstuk legt elk individu en elke beroepsgroep de verantwoordelijkheid op om mee te werken in de pogingen het milieu van de mens te beschermen, de natuurlijke hulpbronnen van de wereld te behouden, alsmede te bestuderen hoe het gebruik ervan invloed heeft op de mens en hoe ongunstige resultaten kunnen worden vermeden.'

De aandacht van verpleegkundigen zelf gaat vooral uit naar de invloed die milieuvervuiling heeft op de gezondheid. Dat is logisch: als verpleegkundige wil je weten welke klachten en ziekten het gevolg zijn van milieuverontreiniging. Hierin zit tegelijkertijd de moeilijkheid. De relatie tussen gezondheid en milieu is niet direct te leggen. Mensen komen in aanraking met zeer veel stoffen, in zeer kleine concentraties. Er is sprake van een sluipende verontreiniging van drinkwater, voedsel, bodem en lucht. Ons leefmilieu wordt minder gezond en dit is op langere termijn gezondheidsbedreigend. De vraag is of verpleegkundigen zich vooral moeten bezighouden met observeren en rapporteren van gezondheidsklachten door milieuvervuiling of dat zij zelf kunnen bijdragen aan een gezond milieu.

In de verpleging gooit het begrip 'preventie' hoge ogen. Als het om hygiëne gaat weet iedereen precies hoe er gehandeld moet worden. Ook op milieugebied is preventief handelen noodzakelijk. Bij milieuzorg moet men leren denken op langere termijn dan de periode van directe verpleegkundige zorg alleen.

'Op mijn opleiding werd hygiënisch werken erin gestampt! Zeker wanneer een patiënt geopereerd is, mag je geen enkel risico lopen dat er een infectie bij komt. Als mensen toch een infectie krijgen, dan worden was- en afvalzakken die vanaf mijn afdeling door het ziekenhuis worden vervoerd, nog eens in een dubbele plastic zak verpakt. Wanneer een patiënt het ziekenhuis verlaat, moeten we de hele kamer van boven tot onder ontsmetten met een ontsmettingsmiddel dat zeer milieu-onvriendelijk is.'

Een voorbeeld: een verpleegkundige gebruikt bij haar werk disposables van PVC, bijvoorbeeld handschoenen. Na gebruik gaan deze materialen naar de vuilverbrandingsoven. Daar ontstaan dioxines, die onder andere in moedermelk terechtkomen. Aanstaaende ouders vragen een verpleegkundige welke gezondheidsrisico's er aan het geven van borstvoeding kleven. Omdat er nog wetenschappelijke onderzoeken op dit terrein lopen, kan de verpleegkundige geen duidelijk advies geven. De ouders blijven in onzekerheid. Dit voorbeeld is nogal zwart-wit gesteld. Het geeft wel aan dat de gezondheidszorg te maken krijgt met problemen die zij zelf (mede) veroorzaakt.

Het mag duidelijk zijn dat een gezond milieu op langere termijn is gewaarborgd wanneer iedereen milieusparend handelt. De verantwoordelijkheid van verpleegkundigen voor de gezondheid gaat hiermee verder dan de verblijfsduur van patiënten in de gezondheidsinstelling. Hieronder wordt beschreven wat verpleegkundigen concreet in het werk kunnen doen.

Een verpleegkundige werkt met allerlei wegwerpmaterialen, zoals incontinentiematerialen, spuiten, handschoenen en schorten.

'Ik maak mij vreselijk kwaad over het feit dat verpleegkundigen op de afdelingen wegwerpborden, -bestek en -bekers moeten gebruiken. Dat kan toch anders! We kunnen best minder plastic zakken voor het afval en de was gebruiken. Dispos-

bles, zoals spuiten en gaasjes zitten enorm verpakt. In plaats van wegwerpmedicijnbekertjes kunnen ook afwasbare bekertjes gebruikt worden. Ook de hoeveelheid papier die wordt verspreid voor teamvergaderingen en werkbesprekingen kan minder.'

Alleen al in het kritisch gebruiken van deze materialen zit een enorme milieubesparing. Daarnaast zijn er alternatieven mogelijk in de keuze van het soort materiaal. Handschoenen kunnen van een minder milieubelastend plastic dan PVC gemaakt zijn. Er zijn wasbare incontinentiematerialen. Verpleegkundigen verschoenen per dag heel wat onder- en steekklanken. Een alternatief bedlinnensysteem - het zogenaamde Blycomfort systeem - is een combinatie van een urinebestendige matrashoes en een serie steekklantjes, die met klittenband aan de matrashoes bevestigd worden. Door dit systeem vermindert de hoeveelheid wasgoed aanzienlijk. Bovendien bespaart het de verpleegkundige heel wat werk. Het verpleeghuis Zoetermeer bespaarde hiermee in één jaar tijd al zestig- tot zeventigduizend gulden. Zuinig omgaan met ontsmettingsmiddelen, papier en kantoorartikelen is eenvoudig te realiseren. Wegwerpservies, bekers en bestek kunnen door afwasbaar servies vervangen worden.

In plaats van kwikthermometers is het beter om digitale thermometers te gebruiken.

'Tegenwoordig zijn er ook een paar punten waar in mijn ziekenhuis iets beter op gelet wordt. Alle medicijnrestanten gaan bijvoorbeeld terug naar de apotheek. Ook glas en papier worden gescheiden ingezameld. Toen ik hier kwam werd alles nog bij elkaar in één container gegoooid, maar dat is veranderd. Maar er kan nog meer gebeuren om het milieu te sparen, ondanks alle strenge voorschriften.'

De batterijen hiervan moeten natuurlijk in de chemobox. Ook medicijnen moeten apart ingezameld worden of terug naar de apotheek. Andere mogelijkheden om het milieu te sparen zijn: zoveel mogelijk beperken van watergebruik bij het wassen van patiënten en de verwarming uitzetten bij het luchten van een kamer. Zelfs door met de fiets of het openbaar vervoer naar je werk te gaan draag je bij aan een schoner milieu. Wanneer een verpleegkundige milieusparend handelt, vervult deze daarmee een voorbeeldrol naar patiënten/diënten. Voorlichting over zuinig gebruik van disposables of over wasbare incontinentiematerialen, bevordert het milieubesef van de patiënt. Soms ergeren patiënten zich aan de wegwerpcultuur in ziekenhuizen. Het is goed als een verpleegkundige voor zulke kritiek openstaat en deze in het werkoverleg inbrengt.

Als laatste, maar niet het minst belangrijke, kan een verpleegkundige het beleid van de instelling beïnvloeden. Zitting nemen in de ondernemingsraad is hiervoor niet noodzakelijk. Een verpleegkundige geeft ook vorm aan de bedrijfscultuur. Ideeën ter verbetering van het milieu kunnen worden ingebracht in het werkoverleg. Het is belangrijk om collega's te overtuigen van het belang van milieuzorg. Het is ook mogelijk om een informatiebijeenkomst voor collega's te organiseren, waarbij iemand uit de milieubeweging kan worden uitgenodigd. De opleidingsfunctionaris, met in elke gezondheidszorginstelling werkzaam is, kan ook bij de opleiding helpen organiseren. Lokaal worden steeds meer instellingen worden milieumissies opgericht. Ondernemingen houden zich met milieuzorg bezig. Nu is het beeld in de vorm van een milieubeleidsplan, gezondheid en welzijn. Deze zijn aanspreekbaar. Mensen en hun leefmilieu gebied.

Bovenaanstaande voorbeelden zijn voor verpleegkundigen die werkzaam zijn in de intramurale gezondheidszorg, maar ze zijn ook op bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen van toepassing. Een wijkverpleegkundige



Spijten, verband, plastic stoksjes en zeiltjes in de medicijnkamer van een ziekenhuis
Foto: Mieke Schlaman

komt bij de cliënten in huis. Dat is een groot verschil met een verpleegkundige in een ziekenhuis. Naast het verplegen en verzorgen van cliënten, geeft zij advies en begeleiding op een heel breed vlak, ook op milieugebied. Zij kan met de cliënt een gesprek aangaan over milieuzorg in en om het huis. Daarnaast kan zij milieuproblemen - zoals verontreiniging van het binnenhuismilieu - signaleren, rapporteren en bespreekbaar maken. Ook in het opvangen en begeleiden van mensen die op gifgrond leven kan een wijkverpleegkundige een belangrijke rol spelen. Het accent zal in dat geval meer liggen op het vlak van psychosociale begeleiding.

Een gezondheidszorg-instelling, zoals een ziekenhuis of verpleeghuis, is een complexe organisatie.

'Vanwege de hygiëne doe ik bij elke handeling, zoals uiondoerzorging, nieuwe handschoenen aan. Zo gaat er heel wat plastic door op een dag! De urine en ontlasting van patiënten die met chemotherapie behandeld worden, moeten we gewoon door het riool spoelen. Ik vraag me af of daar niet allerlei resten in zitten die invloed hebben op het oppervlaktewater. Dat hebben we wel eens nagevraagd, maar kregen toen te horen dat de hoeveelheden te klein zijn om effect te hebben. Ik twijfel daar zelf aan. Het blijft gif, ook al is het verdund.'

Een verpleegkundige heeft te maken met allerlei voorschriften, vooral op het gebied van hygiëne. Er worden strenge eisen gesteld aan de handelingen die een verpleegkundige verricht om de veiligheid van de patiënten te waarborgen en de gezondheid te bevorderen. Een naald kan niet twee keer gebruikt worden. Een nog droog celstof matje van een patiënt die zojuist ontslagen is, mag niet voor een andere patiënt gebruikt worden.

Milieusparend werken mag nooit ten koste gaan van de hygiëne. Het is echter kwalijk dat de nadruk in de praktijk nu nog uitsluitend op de hygiëne ligt en het milieu vrijwel geen rol speelt. De angst voor besmetting en infecties is zeer groot. De disposable-industrie maakt hier handig gebruik van en introduceert de ene disposable na de andere. Zelfs medicijnpotjes, operatielakens en serviesgoed zijn in toeneemende mate voor eenmalig gebruik.

Ziekenhuizen willen geen risico lopen. Als het om hygiëne gaat lijken de daaraan verbonden kosten geen probleem. De deskundigheid binnen de gezondheidszorg op het gebied van de hygiëne is groot, dit in tegenstelling tot de deskundigheid op milieugebied. Om milieusparend werken mag nooit ten koste gaan van de hygiëne. Het is echter kwalijk dat de nadruk in de praktijk nu nog uitsluitend op de hygiëne ligt en het milieu vrijwel geen rol speelt. De angst voor besmetting en infecties is zeer groot. De disposable-industrie maakt hier handig gebruik van en introduceert de ene disposable na de andere. Zelfs medicijnpotjes, operatielakens en serviesgoed zijn in toeneemende mate voor eenmalig gebruik.

werkwijzen een rol te laten spelen, zullen vooral de inkopers, leden van materialencommissies, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënist zich op milieugebied moeten scholen. Verpleegkundigen zullen duidelijke, milieuvriendelijke instructies moeten krijgen om milieusparend en hygiënisch te kunnen werken.

De verpleegkundige bepaalt niet wat er wordt ingekocht. Dat is de taak van de afdeling inkoop. Deze wordt geadviseerd door de materialencommissie. Wanneer je vermoedt dat deze commissie geen rekening houdt met de milieu-aspecten van de materialen, kun je hen hierop aanspreken.

'Als enkeling kun je niet zoveel voor elkaar krijgen. De directie moet het nadenken over een goed milieubeleid stimuleren. Behalve een goed milieubeleid is de rol van de ziekenhuishygiënist erg belangrijk. Deze moet goede afwegingen kunnen maken in de zorg voor de hygiëne en voor het milieu en moet daarvoor duidelijke protocollen aan verpleegkundigen geven.'

De werkdruk van verpleegkundigen is hoog. Tijdgebrek en overbelasting zijn veel gehoorde argumenten om niet aan milieuzorg te doen. Het is niet duidelijk of milieuzorg de werkdruk in de praktijk inderdaad verhoogt. Milieusparend handelen hoeft niet meer tijd en moeite te kosten als het is ingebed in de bedrijfscultuur. Het is vergelijkbaar met het aanbrengen van veranderingen in je eigen huishouden: als je bijvoorbeeld minder vlees wilt gaan eten, kost het heel wat moeite om een nieuw voedingspatroon te ontwikkelen. Je zult nieuwe producten kopen en uitproberen. Als je aan het nieuwe eetpatroon gewend bent, zul je merken dat het nauwelijks extra tijd kost. Zo is het ook met milieuzorg: je moet wennen aan nieuwe middelen en materialen en aan een andere werkwijze. Misschien levert milieusparend werken juist wel tijd op. Overigens gaat er in de verpleging heel wat tijd zitten in routinematige hygiënische handelingen. Door overbodige handelingen weg te laten kun je zowel tijd- als milieuwinst boeken.

Het is duidelijk dat milieusparend handelen van verpleegkundigen gedragen moet worden door de instelling als geheel. Hiervoor is een goed milieubeleid nodig. De Nationale Ziekenhuisraad is in 1990 met een project 'Milieuzorgsystemen' begonnen. Met het handboek interne milieuzorg, dat dit voorjaar uitkomt, wil de NZr de intramurale gezondheidszorginstellingen handvatten geven om een gedegen milieubeleid op te zetten. Er zijn altijd voorlopers en achterblijvers; in sommige instellingen is bijvoorbeeld al een milieucmissie actief. Er zijn ook instellingen waar men de koppeling tussen milieu en gezondheidszorg nog nauwelijks weet te leggen.

Kortom, verpleegkundigen zijn mede-verantwoordelijk voor de zorg voor het milieu. Zij kunnen in het werk bijdragen aan de bescherming en verbetering van het milieu. Er zijn veel mogelijkheden om in het dagelijkse werk milieusparend te handelen. Daarnaast kunnen verpleegkundigen het beleid van de instelling in milieuvriendelijke richting beïnvloeden. Een verpleegkundige kan dat niet alleen. Steun van collega's en de directie is noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van interesse, inzet en een goed milieubeleid. Een gedegen opgezet milieubeleid schept voorwaarden voor een milieuvriendelijk inkoopbeleid en handelingsvoorschriften waarbij milieuzorg niet ten koste gaat van de hygiëne.

De interviewfragmenten zijn van een verpleegkundige die werkt op een oncologische afdeling van een groot ziekenhuis in de Randstad.

Yvonne van Putten is educatief medewerkster bij de vereniging Milieudefensie.

NOTEN:

1. Yvonne Barendse, 'Milieu, een taak voor verpleegkundigen!' afstudeerscriptie Florence Nightingale opleidingsinstituut, Den Haag, 1991..
2. H.J.M. Leenders & H.V.A. lans (red.) Milieu een zorg ook voor verpleegkundigen, NKB, Bleiswijk, 1991..
3. Bert Strijtveen, 'Praktische maatregelen voor milieuvriendelijke bedrijfsvoering'. In: *Instellingen*, september 1991..
4. H.W.A. lans en H.J.M. Leenders, 'Milieu en gezondheid, de taak van de verpleegkundige'. In: *Tijdschrift voor tiekenverpleging*, jrg. 43, nr 20.

"milieu
gezondheid -

HET ONDERGEWICHT VAN DE VOLKSGEZONDHEID

COLUMIN

Als wij eeuwig zijn moeten wij toegeven dat wij maar heel weinig weten van de relatie tussen milieuverontreiniging en de gevaren hiervan voor de volksgezondheid. Zeker, er is een schat aan informatiemateriaal verzameld over de toxiciteit van vele chemische stoffen. Miljoenen proefdiervoorproeven hebben hiervoor het leven gelaten. Dierproeven hebben ons veel kennis opgeleverd, maar niet die kennis waarover wij eigenlijk zouden willen beschikken.

In lucht, voedsel en water bevindt zich nooit, slechts één stof. Er is altijd sprake van een mengsel van honderden of zelfs duizenden milieuverontreinigende stoffen. Bij iedere verbetering van de analysetechniek ontdekken wij er méér, en dat is begrijpelijk in het licht van het gegeven dat wij meer dan een miljoen stoffen synthetisch hebben gemaakt en dus in het milieu gebracht... Een zo complex, steeds veranderend, mengsel valt niet met behulp van dierproeven te testen. Sterker nog: het lijkt uitgesloten dat wij ooit inzicht krijgen in de gevolgen op de lange termijn van deze chemische verontreiniging, op de gezondheid van de mens. Het probleem is technisch en methodologisch te ingewikkeld om op te kunnen lossen. Dit neemt niet weg dat er een andere ingang kan worden gevonden, daar waar één stof (of enkele stoffen) in een hogere dan gemiddeld voorkomende concentratie aanwezig is. Bijvoorbeeld bij asbestvezels rondom een asbestverwerkend bedrijf of vinylchloride rondom petrochemische complexen. In dergelijke gevallen kan epidemiologisch onderzoek helpen. De resultaten hiervan zijn tot nu toe niet indrukwekkend. Waarschijnlijk is de onbetrouwbaarheid van de gegevens de hoofdoorzaak. Zo is er in ons land geen goede kankerregistratie, en dat zou toch wel een basisvoorziening mogen worden genoemd.

Overigens toont de situatie in Oost-Europa^{*} aan dat er wel degelijk een relatie lijkt te zijn tussen ernstige milieuverontreiniging en de volksgezondheid. In de zwaar vervuilde provincie Katowice is de levensverwachting ongeveer twee jaar korter dan in andere delen van Polen. Vijf steden in het centrale industriegebied van Opper-Silezië kennen een uitzonderlijk hoge kindersterfte. In Bitterfeld, een van de meest verontreinigde steden in de voormalige DDR, zijn de pasgeborenen gemiddeld iets lichter dan elders in de DDR en een halve centimeter korter.

Of is het toch minder duidelijk dan het op het eerste gezicht lijkt? Want deze kleine afwijkingen zijn niet wetenschappelijk verantwoord toe te schrijven aan de vervuiling. Bovendien leven mannen in Bitterfeld juist wat langer dan de gemiddelde man in de DDR, en krijgen zij niet vaker kanker. Dat zegt op zichzelf ook weer weinig, want de ergste vervuiling is van de laatste decennia, hetgeen betekent dat een mogelijke oversterfte aan kanker heel goed pas, over een aantal jaren in de statistieken zichtbaar, kan worden. En hoe betrouwbaar zijn die statistieken eigenlijk?

Het lijkt dus wáár, te zijn: wij weten maar heel weinig over de relatie tussen milieuverontreiniging en de gevaren hiervan voor de volksgezondheid. Dat is voor politici, die via normstelling en andere beleidsmiddelen de gezondheid van de Nederlander moeten beschermen tegen de milieuverontreiniging, een lastig te hanteren gegeven. Meestal wordt het beleid in de praktijk niet zozeer gevoerd via de weg van het vaststellen van een acceptabel risico, maar komt het tot stand op ad hoc basis. Enkele voorbeelden kunnen dit verduidelijken.

Zeer recent besloot een meerderheid van de Tweede Kamer - tegen mijn zin - om in geval van ernstige wintersmog geen verkeersmaatregelen te overwegen, ondanks de wetenschap dat deze de concentratie van fijn stof in de hoogst belaste gebieden zouden kunnen halveren. De Gezondheidsraad noemde het effect hiervan op de volksgezondheid 'onduidelijk'. Bij twee risico's, namelijk ontwrichting van het leefmilieu door stilleggen of beperken van het verkeer, en mogelijke ontlasting van de gezondheid van in het bijzonder jonge kinderen en ouderen, bleek het eerste het zwaars te wegen. In het mestbeleid heeft de nitraatverontreiniging van het drinkwater en de hieruit voortvloeiende gezondheidsaspecten nimmer zwaar gewogen. Waar het nitraatgehalte te hoog wordt, kiest men voor zuivering van het drinkwater en niet voor beperking van de mestgift. Ook is er nooit enig beleid met betrekking tot radon gevoerd, hoewel deze stof naar raming jaarlijks vijftienduizend tot vijftien duizend doden in ons land veroorzaakt... De vraag of radon, dat van nature voorkomt in de bodem en zodoende in bepaalde bouwmaterialen, mag worden gekenmerkt als milieuverontreiniging, lijkt mij hierbij van minder belang.

De drie hierboven genoemde voorbeelden - en ik kan hieraan nog vele toevoegen - hebben één gemeenschappelijk kenmerk: de volksgezondheidsbelangen hebben in de politieke besluitvorming niet veel gewicht in de schaal gelegd. Waar de bevordering van de volksgezondheid in de curatieve sfeer een hoge prioriteit geniet, is dit een opmerkelijke constatering. Ik veronderstel dat niet zozeer twijfel aan de relatie tussen de milieuverontreiniging en de volksgezondheid hieraan ten grondslag ligt, maar eerder de anonimiteit van de toekomstige slachtoffers. Die zullen zelden of nooit, kunnen worden aangewezen. Als deze verklaring juist is, zal ook het recente onderzoek dat duidelijk maakt dat mensen die langs drukke wegen wonen een slechtere gezondheid hebben dan de gemiddelde Nederlander, niet veel indruk maken. Die bewoners blijven voor de beleidsmakers immers anoniem, althans tot het moment dat zij zich in de vorm van een actiegroep presenteren.

Al met al moet de situatie vanuit volksgezondheidsstandpunt als onbevredigend worden ge-

kenmerkt. De gewenste verbetering kan en moet langs de volgende lijnen tot stand worden gebracht.

1. Epidemiologisch onderzoek zal op veel grotere schaal moeten worden ingevoerd, berustend op nauwkeurige registratie van doodsoorzaken. Goede presentatie van de resultaten kan de impact vergroten. (Het lijkt onwaarschijnlijk, maar ik kan mij niet herinneren dat er in de laatste tien jaar een onderzoeker of instituut is geweest dat hierover aan de commissie voor het milieubeheer van de Tweede Kamer heeft gerapporteerd.)
2. Binnen de regering zal de in de jaren '80 enig verbroken relatie tussen volksgezondheid en milieubeheer moeten worden hersteld. Dit betekent niet alleen dat deze nimmer in één ministerie roeien, maar ook dat de minister van Milieu een gezamenlijke taak met de minister van Volksgezondheid moet krijgen. Het moet duidelijk zijn dat de volksgezondheid niet kan worden verbeterd als de milieubeheer niet wordt verbeterd. Het probleemveld 'milieu en volksgezondheid' is van niemand. Dit zal moeten veranderen bij voorkeur door een nauwe samenwerking van de beide commissies.
3. In de Tweede Kamer moet de commissie voor de volksgezondheid die zich nimmer met de milieuproblematiek bezighoudt, en een commissie voor het milieubeheer die vrijwel nooit het terrein van de volksgezondheid betraakt, worden opgeheven. Het probleemveld 'milieu en volksgezondheid' is van niemand. Dit zal moeten veranderen bij voorkeur door een nauwe samenwerking van de beide commissies.
4. Wij zullen bij afwegingen minder beleid ad hoc moeten voeren, en meer moeten uitgaan van een vast te stellen acceptabel risico. De regering heeft hiervoor een goede voorzet gegeven, die echter door de Tweede Kamer onvoldoende wordt benut.
5. Er komt een stringent anti-rookbeleid. Immers, zolang het levensgevaarlijke roken nog wordt toegestaan en er zelfs reclame voor mag worden gemaakt, is iedere milieumaatregel gericht op het beschermen van de volksgezondheid ongelofwaardig. Dat zien politici ook wel, en dat verhindert hen de noodzakelijke maatregelen te nemen.

Voorlopig kunnen wij hiermee wel vooruit, en waar wij voldoende kennis hebben, is voorzichtigheid dringend aanbevolen.

Dick Tommei

* De gegevens over Oost-Europa heb ik ontleend aan het goed gedocumenteerde artikel 'De echte vuilnisbelt van de geschiedenis' van Rob Sijmons, in *Vrij Nederland* van 18 januari 1992.

Dr. D.K.I. Tommei is lid van de Tweede Kamer voor D66.



ZIEK VAN HET MILIEU

Maarten Evenblij

De angst voor milieuverontreiniging scoort veel hoger dan de angst voor hart- en vaatziekten, terwijl die doodsoorzaak nummer één zijn. Hoewel artsen verkondigen dat milieuziekten eigenlijk niet bestaan, voelt ruim zeventig procent van de bevolking zich er toch door bedreigd. Hoe gaat de gezondheidszorg om met milieuziekten? Wie zich echt beroerd voelt door het milieu moet ermee leren leven, of naar een psychiater stappen, menen reguliere artsen. Alternatieve genezers weten er beter raad mee. Milieuziekten: gemangeld tussen onbegrip en communicatieproblemen.

De grote aandacht in de media voor de verontreiniging van ons leefmilieu is er ongetwijfeld debet aan dat zoveel mensen vrezen dat milieu-problemen hun gezondheid aantasten. Aan de andere kant is het onvermogen van wetenschappelijk onderzoekers om een duidelijke relatie te leggen tussen vervuiling en ziekten geen reden om onbezorgd het milieu in te stappen. De bevolking heeft duidelijk het gevoel dat er iets aan de hand is, maar dat onderzoekers nog niet knap genoeg zijn en artsen niet voldoende inzicht hebben om milieuziekten te onderkennen. Mensen maken zich dus zorgen over het milieu. En zorgen zijn slecht voor de gezondheid. Een gezonde geest in een gezond lichaam, wordt steeds meer ook: een gezond lichaam met een gezonde geest. Bij lawaai en stank kunnen de effecten van blootstelling (hoofdpijn, vermoeidheid, luchtweginitatie) versterkt worden door psychosociale invloeden. Ook de kans op een (geringe) blootstelling kan extra betekenis krijgen. Omwonenden van een chemisch bedrijf met gevaarlijke stoffen bijvoorbeeld, kunnen zich bedreigd voelen en zich, ook al zou de situatie geen urgente maatregelen vereisen, toch ongerust maken over hun veiligheid.

~ESS

Bij milieu-incidenten blijkt de aandacht voor toxicologische risico's zulke vonnen aan te kunnen nemen dat sommige betrokkenen tekenen van acute psychosociale stress vertonen. Die stress heeft niet alleen te maken met de aanwezigheid van verontreinigde stoffen, maar ook met de wijze waarop overheden en andere maatschappelijke groeperingen zo'n situatie signaleren en behandelen. Bij bodemverontreiniging moeten toxicologen natuurlijk de giftigheid van de bodem bepalen. Maar het feit dat het leven met bepaalde gedachten als een 'stressor' wordt beschouwd, wat aanleiding kan geven tot fysieke klachten, vereist ook een andere aanpak van milieu-problemen. Erkenning van de

problemen is daarbij wezenlijk, want ontkenning werkt averechts op psychologische klachten. Je hebt het dan niet meer alleen over opruimen van het spul, maar ook over 'counselling' (erover praten) en compenseren van economische schade (bijvoorbeeld de verminderde waarde van een woonhuis).

Er zijn plaatsen in ons land waar bewoners te horen krijgen dat de hoeveelheid gif in hun tuintjes niet zorgwekkend groot is, maar dat er toch op termijn gesaneerd zal worden. Ouders krijgen dan de aanbeveling hun kinderen niet in de tuin te laten spelen. Maar elke keer als het kind ziek wordt, denken de ouders toch aan het gif dat daar onder hun grasveldje ligt. Op sommige plekken duurt die situatie al ruim zeven jaar! Als je daar niet ziek van wordt? Een goed gesprek zou wonderen kunnen doen en bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) heeft men wel enige ervaring met 'toxicologische counselling'. Maar wie weet de weg naar het RIVM te vinden?

fiiUSert Ert ttoLPVE~LertE~S

Kunnen mensen bij artsen en hulpverleners wel voldoende terecht met hun gevoel dat ze ziek worden van het milieu? Nee, meent René Buisman van Stichting Nederland Gifvrij. 'De psychologische aspecten worden erg veronachtzaamd, al gaat het - met name bij bodemverontreiniging - beter.' Huisartsen zijn er niet voldoende voor opgeleid en het ontbreekt hulpverleners vaak aan tijd. Buisman zag mensen, die ervan overtuigd zijn dat ze ziek worden van het milieu, eraan onderdoor gaan. Buisman: 'Ik kreeg vanmiddag bijvoorbeeld een mevrouw die last heeft van hoofdpijn. Ze constateert ook dat haar muren verkleuren en weet zeker dat die twee zaken met elkaar te maken hebben. Ik heb haar welwillend te woord gestaan en haar toen verwezen naar de GG&GD in haar regio. Maar ik ben er niet gerust op dat ze goed terecht komt.' Of haar klacht wordt niet serieus genomen, vreest Buisman, of ze houdt eraan vast, terwijl er niets te vinden valt.

Psychiatrische patiënten maken zich vaker dan vroeger druk om het milieu. De angst voor een Derde Wereldoorlog heeft het af moeten leggen tegen de angst voor milieuverontreiniging. Dat is echter nog geen bewijs dat milieuverontreiniging reële klachten veroorzaakt. In de Verenigde Staten zijn speciale klinieken voor mensen die niet meer naar buiten durven vanwege de milieuverontreiniging of allergisch voor het milieu menen te zijn zodat ze niet meer binnen willen slapen, of met kapjes over hun gezicht rondlopen.

Sommige kinderen blijken allergisch te reageren op toevoegingen in het voedsel, zoals kleur-, geur- en smaakstoffen. Ze gaan uit hun bol van een ijsje of een boterham met bosbesenjam. Vijf jaar geleden werden zulke klachten

van ouders absoluut niet serieus genomen, nu gaat dat wat beter. Ook zijn er aanwijzingen dat het aantal kinderen met leer- en concentratieproblemen toeneemt. Maar of het milieu daarbij een rol speelt?

'Aan de ene kant kun je zeggen dat de bijdrage van het milieu aan volksgezondheidsproblemen gering is, aan de andere kant hebben artsen geen speciale betrokkenheid met het milieu. Zelfs in regio's met verontreinigde grond heeft een huisarts maar enkele gezinnen die met milieuverontreiniging te maken hebben en dat is erg weinig,' verklaart drs. J. de Boer, psycholoog bij het Instituut voor Milieuvraagstukken van de Vrije Universiteit Amsterdam, de geringe alertheid van de gemiddelde huisarts.

Anderen, zoals dr. J. Copius Peereboom, denken dat dat gebrek aan aandacht dieper zit. Er zijn twee scholen, constateert de milieuchemicus, adviseur en publicist. De ene bestaat uit de officiële wetenschappers die zeer behoudend zijn en het voorkomen van milieuziekten als niet of nauwelijks aantoonbaar beschouwen. De andere - kritisch maatschappelijke - school neemt gezondheidsklachten naar aanleiding van het milieu uiterst serieus en wordt vooral gevonden door mensen in het milieuveld en alternatieve artsen. Copius Peereboom weet niet welke groep het grootst is, maar wel dat de laatste groep veel slechter georganiseerd is en daarom maar weinig in de melk te brokken heeft.

ttOISMI)TERT

'Mensen met milieuklachten worden niet serieus genomen. En dat is triest, want vaak eindigt het met: u moet ermee leren leven, of: ga maar naar de psychiater,' zegt Copius Peereboom. Geleidelijk wordt er steeds meer bekend over langdurige blootstelling aan lage doses toxische stoffen, zoals dat bijvoorbeeld in de beroepspraktijk van schilders geschiedde. Maar ook komt er meer inzicht in overgevoeligheidsreacties die aanleiding kunnen geven tot gezondheidsklachten. Een steeds grotere groep van de bevolking raakt overgevoelig. Of het nu voor huismijten, ozon, voedseladditieven of luchtverfrissers is. Er is echter discussie over de vraag of dat met blootstelling aan milieuverontreiniging te maken heeft. Zo'n stelling wordt niet gestaafd door epidemiologisch onderzoek zeggen de conservatieven. Copius Peereboom: 'Dat zegt mij niets. Er zijn zestigduizend verschillende chemische stoffen, waarvan er misschien vijfhonderd allergische reacties oproepen. De groep van allergische mensen is veel te klein en het aantal verschillende stoffen is veel te groot om op grond van epidemiologisch onderzoek ooit een relatie tussen gezondheidsklachten en een bepaalde stof aan te kunnen tonen.'

Er zijn wel andere, meer directe methoden, die vooral in het alternatieve circuit gebruikelijk zijn. 'Maar daar willen de traditionele medici,

die het terrein van gezondheid en milieu monopoliseren, niets van weten,' constateert Copius Peereboom. 'Terwijl het daarbij wel degelijk om goede technieken gaat. Maar in Nederland kent men z'n internationale literatuur niet.' Copius Peereboom noemt technieken als analyse van spore-elementen in bloed, speeksel of haren, elektro-acupunctuur en een speciaal soort druppeltest waarmee allergie bepaald kan worden. 'Als een patiënt geluk heeft, komt hij in het alternatieve circuit terecht of bij een arts die wat verder kijkt dan z'n opleiding lang is. Als hij pech heeft, krijgt hij te horen dat hij psychisch gestoord is en daar raakt hij wel depressief van.'

Het stoort Copius Peereboom, die mede-oprichter is van de Stichting Gezondheid en Milieu, dat mensen die gezondheidsklachten door het milieu hebben, bijna nergens terecht kunnen. Ze moeten het geluk hebben tegen een minder bekrompen arts of een goede alternatieve genezer aan te lopen. Of via de milieutelefoon van Vereniging Milieudefensie of Nederland Gifvrij bij de Stichting Gezondheid en Milieu terecht komen. Dat is een kleine stichting die mensen een uitgebreide vragenlijst over gezondheidstoestand, ziektegeschiedenis en erfelijke achtergronden toestuurde en hen vervolgens verwijst naar artsen die zich serieus in dergelijke milieuproblemen verdiepen.

'De gevestigde instituties zien het belang niet van serieuze aandacht voor mensen met milieugezondheidsklachten,' meent Copius Peereboom. Men ziet het als een bedreiging voor zowel de economische activiteiten (bijvoorbeeld de chemische industrie) als voor de beroepsbeoefening (namelijk het idee dat zeer kleine hoeveelheden stoffen via het immuunsysteem of anderszins toch een groot effect op de gezondheid kunnen hebben en dat "alternatieve" diagnose en therapie oplossingen kunnen bieden). Maar er is langzamerhand een kentering gaande,' constateert Copius Peereboom. 'Men zal er ook achter komen dat onderkenning van het bestaan van milieuziekten juist economisch voordelig is. Ik ben ervan overtuigd dat een groot deel van de afgekeurde werknemers, die nu een beroep doet op de WAO, ziek is van het milieu.'

PfTIEntTertGitOEPErt

Opvallend is dat ook patiëntengroepen zich zelden bezighouden met het milieu. Zo onderkennen de Nederlandse Vereniging van Migraine-patiënten en de Nederlandse Migraine Stichting wel de rol van voedsel bij het ontstaan van een migraine-aanval, maar ze zien daarin nauwelijks milieuvloeden die een allergische aanval veroorzaken. Geuren spelen, aldus een woordvoester, weer wel een rol. Het Astmafonds en de Vereniging van CARA-patiënten maken zich sterk voor het terugdringen van roken en de huisstofmijt en waarschuwen voor smog, maar trekken niet ten strijde tegen het autoverkeer. De Vereniging BAS, die steun verleent aan ouders van kinderen met gedragsstoornissen door voedseladditieven, maakt zich vooral druk om een goede etikettering van producten. In minde-

re mate stelt zij zich te weer tegen het gebruik van de gewraakte kleur-, geur- en smaakstoffen.

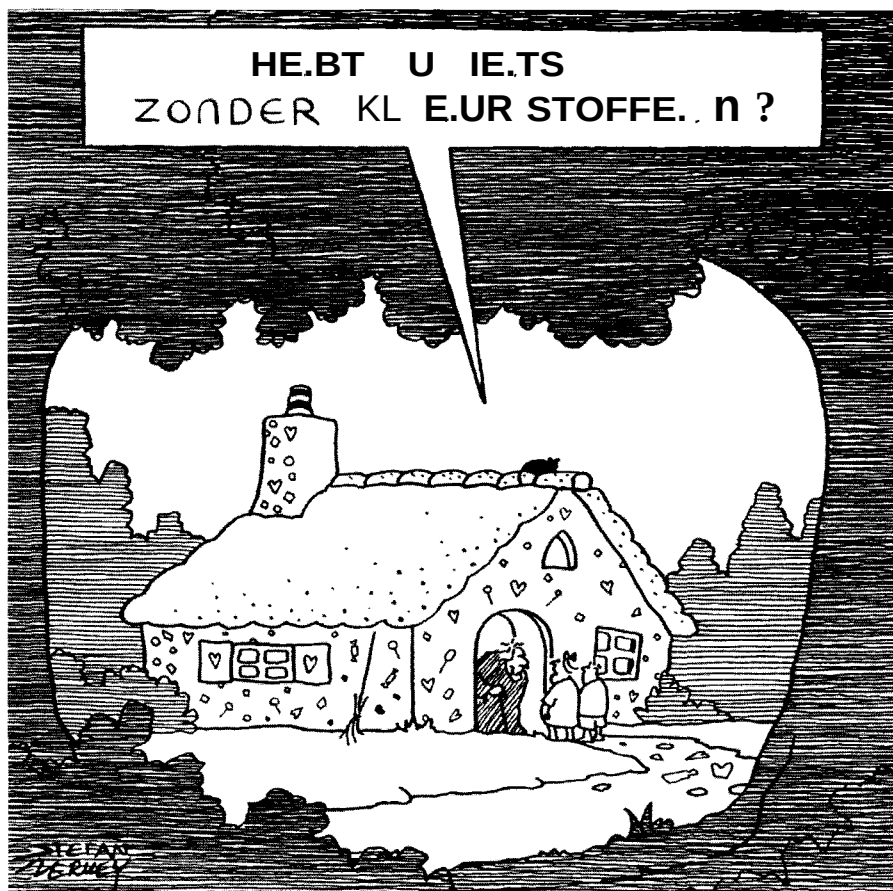
Daar is ook een aantal voor de hand liggende redenen voor. Patiëntenverenigingen zijn in de eerste plaats bedoeld om steun te bieden aan mede-patiënten en hun het leven zo dragelijk mogelijk te maken. Patiënten hebben niet zoveel baat bij preventie van hun ziekte, omdat ze die ziekte nu eenmaal al hebben. Voor hen is het belangrijker om erachter te komen wanneer hun symptomen erger worden, zodat ze dergelijke situaties kunnen vermijden. Het werk van de patiëntenverenigingen is - terecht - meer gericht op het belang van de individuele patiënt. Op korte termijn heb je er meer aan dat je weet welk produkt je wel en welk beslist niet moet geven aan je overgevoelige zoontje. Etikettering is dan belangrijker dan een - veel moeizamer te bereiken - terugdringing van het gebruik van voedseladditieven.

Daarnaast komen patiënten in eerste instantie terecht bij artsen in het traditionele circuit. Voor patiëntenverenigingen is het belangrijk om met deze artsen samen te werken opdat die de klachten en symptomen serieus nemen, zodat patiënten in elk geval snel herkend worden. Ook voor onderzoek naar diagnose en behandeling en subsidie daarvoor zijn de verenigingen vooral aangewezen op reguliere artsen. En deze artsen zijn - mede omdat de wetenschappelijke meetmethoden te kort schieten - niet zo geneigd veel aandacht te besteden aan mogelijke invloeden van milieuverontreiniging. 'De

huidige medische stand houdt zich vooral bezig met het voorkomen, dat een patiënt overlijdt. Dat is de heroïsche geneeskunde,' zegt J. Tischer, reumatoloog in Den Bosch wiens patiënten voor bijna de helft bestaan uit mensen die klagen over het milieu. Gezondheidsklachten door milieuverontreiniging gaan zelden over leven en dood, maar leveren een zeer gecompliceerd beeld dat verwantschap vertoont met een psychiatrisch of psychosomatisch beeld, weet de reumatoloog. 'Artsen uit het gewone circuit zijn daar niet in gedoopt.'

Gezondheidsklachten door milieuverontreiniging raken dus direct aan de discussies over geneeskunst en geneeskunde die woedt tussen de reguliere en alternatieve circuits. De effecten zijn - behalve acute vergiftigingsverschijnselen - dermate complex en gering, dat de reguliere geneeskunde moeite heeft ze te kwantificeren en in categorieën onder te brengen. De alternatieve hulpverleners zijn juist gespecialiseerd in het behandelen van vage, complexe, 'de hele mens betreffende' gezondheidsklachten. Daardoor komen milieuziekten bijna per definitie op het terrein van de alternatieve geneeskunde terecht en worden ze direct het slachtoffer van het ontbreken van een normale communicatie tussen de twee scholen van hulpverleners. Zolang dat niet kan worden opgelost zullen we weliswaar geen milieuziekten kennen, maar wel ziek worden van het milieu.

Maarten 't enblui, isfree-tance uietenschaps-journalist en lid tan de redactieraad van TGP



Tekening: Stefan Verwey

Vit de kG/t

DE PRAGMATISCHE ASPECTEN VAN DE MENSELIJKE COMMUNICATIE GEZINSTHERAPEUTISCH 'CULT'-BOEK HERLEZEN

In 1967 verscheen 'The Pragmatics of Human Communications', geschreven door Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin en Don D. Jackson, alle drie verbonden aan het Mental Research Institute in Californië. De Nederlandse vertaling, die in 1970 verscheen, werd een best-seller. Theo Festen, psycholoog/psychotherapeut en algemeen secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, plaatst het boek in zijn tijd en analyseert de betekenis voor de gezinstherapie.

Om het boek opnieuw te bespreken moet ik een duik nemen in de geschiedenis van de systeembenadering en de gezinstherapie.

In de jaren vijftig richtte, eerst vooral in Amerika, de aandacht zich meer en meer op de interacties binnen het gezin als de achtergrond waartegen individuele problemen ontstaan, bestaan en behandeld zouden moeten worden. Onvrede met de resultaten van de behandeling van individuele problemen met een individuele therapie waren daaraan debet.

In 1956 publiceerde Jay Haley - samen met Bateson, Jackson en Weakland - de klassiek geworden studie *Toward a Theory of Schizophrenia*. Dit onderzoek legde een direct verband tussen 'zieke' gezins-interactiepatronen en het ontstaan c.q. voorkomen van schizofrenie. De verzichte interactie- en communicatiepatronen in het ouderlijk gezin werden aangewezen als de oorzaak van de schizofrenie bij een van de gezinsleden. Vandaar is het nog maar een stap om te denken dat betere interactiepatronen de schizofrenie kunnen voorkomen of genezen.

De bevindingen uit dit onderzoek brachten Haley ertoe in *Strategies of Psychotherapy* (1963) de aandacht te richten op de werkzame factoren in de communicatie tussen therapeut en patiënt als gemeenschappelijk element in de verschillende vormen van therapie. Het ging hem daarbij niet om de inhoud maar om de vorm of structuur van die communicatie. *Strategies of Psychotherapy* is een van de meest geciteerde boeken in de literatuur van de gezins- en systeemtherapie.

De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie is voor Nederland het bekendste boek geworden over de nieuwe benadering,

waarin de communicatie tussen personen in een samenleefsysteem centraal staat en individuele problemen eerst en vooral gezien worden in de context waarin ze voorkomen. De schrijvers pogen een begrippenkader te ontwikkelen voor de analyse en beïnvloeding van de communicatie. Toentertijd was dat een moedige poging, maar het resultaat was nodeloos ingewikkeld en onduidelijk. Dat blijkt nu, jaren later, nog steeds het geval. Essentieel is de hypothese dat er een code der menselijke communicatie bestaat waarvan de regels bij geslaagde communicatie in acht worden genomen, maar worden overtreden wanneer de communicatie verstoord is. Daarbij is het van belang die communicatie niet alleen op inhoudsaspecten maar ook en vooral op betrekkingaspecten te bezien. De schrijvers onderzoeken enkele voorbeelden van zo'n gestoorde communicatie. Een belangrijk begrip daarbij is dat van de pragmatische paradox. Paradoxaal is een boodschap als zij een bevel inhoudt dat principieel niet op te volgen is. Op personen in een ondergeschikte situatie, bijvoorbeeld een kind ten opzichte van zijn ouders, heeft zo iets een kwalijke uitwerking.

De kracht van het boek ligt in het gebruik van overtuigende voorbeelden, vaak ontleend aan de literatuur. Centraal in het betoog staat een boeiende analyse van de communicatie tussen de hoofdpersonen Martha, George en Nick uit het toneelstuk *Wie is er bang voor Virginia Woolf* van Edward Albee. Dat toneelstuk maakte, in de vertaling van Gerard (toen nog Van 't) Reve, ook in Nederland furor. Watzlawick c.s. beschrijven de heftige gesprekken tussen Martha en George als een steeds verder escalerende symmetrische wedijver (van een echt slachtoffer is op betrekkingsniveau in hun communicatie geen sprake). Deze analyse laat in ieder geval ook zien dat een communicatie-analyse lang niet altijd een eenvoudige zaak is.

In de jaren zestig vielen boeken als *Strategies of Psychotherapy* van Haley en *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* in Nederland in een vruchtbare bodem. De gezins- en systeemtherapie begon op te komen. In eerste instantie in de kringen van de katholieke en de protestants-christelijke maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg, als reactie op de daar nog verboden dan wel gewantrouwde analytische benaderingen. Bij deze ontwikkeling waren vooral maatschappelijk werkers en psychologen betrokken. De toenmalige bureaus voor levens- en gezinsvragen hadden hun han-

den vol aan het redden van huwelijken. Het ministerie van CRM (onder leiding van de katholieke Marga Klompé, 1967-1971) stimuleerde de verdere invoering van de systeem- en gezinstherapie en maakte het mogelijk dat Norman Bcll, een vooraanstaande Amerikaanse gezinstherapeut, Nederland kwam trainen. Gezinstherapieprojecten werden gestart, een Werkgroep Gezinsbehandeling werd opgericht en veel Nederlanders volgden gezinstherapie-trainingen in de Verenigde Staten. In deze tijd was er vooral behoefte aan heel pragmatisch geschreven handleidingen voor gezinstherapeuten en die waren ook voorhanden. *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* werd door iedereen met eerbied genoemd, maar het was vooral een boek voor de boekenkast. Te sophisticated voor de praktijk, werd het vooral een 'cult'-boek.

Anno 1992 is de systeembenadering in een ander licht komen te staan. Eind jaren zeventig bezaten de gezins- en systeemtherapeuten nog een bijna dwingend optimisme. Sommige medisch opvoedkundige bureaus weigerden te onderzoeken of in behandeling te nemen als voor het eerste gesprek niet het hele gezin wilde aantreden. Tien jaar later overheerst niet meer de overtuiging dat een andere communicatie in het gezin het ontstaan van psychische ziekte altijd had kunnen voorkomen, laat staan genezen. De gedachte is nu meer dat iemand met een psychische ziekte vaak binnen de gedragsregels van een samenleefverband niet goed verdragen wordt en daardoor uitgestoten. En die uitstoting verergert de ziekte en leidt tot isolement. Nu staat de vraag centraal of het gezin of de samenleving wellicht geholpen zouden kunnen worden het psychisch zieke individu alsnog in hun midden te verdragen en op te vangen opdat isolement voorkomen kan worden. De beste hoofdstukken uit *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* lezen nog altijd als een roman.

De vele concrete voorbeelden, dikwijls ontleend aan de literatuur, maken het boek nu, ook voor de geïnteresseerde leek (en wat waren wij twintig jaar geleden anders), boeiende kost.

Volgens mij komt dat voor een groot deel doordat het boek de literatuur (fictie), vaak verguist in de 'kook-boeken' voor gezinstherapie, als uitgangspunt neemt en daarmee de verbeelding weer aan de macht helpt. Dat is toch ook wat wij toentertijd wilden!

Theo Festen

KWALITEITSCIRKELS OM DOORLIGGEN TE VOORKOMEN

ZIEKENHUISBESTUURDER RISICOMANAGEMENT

Aase Riemarm
Bas Sebus

Afgelopen jaar werd de gezondheidszorg opgeschrikt door een boek over veiligheid en risico in de gezondheidszorg.' De auteur, A.F. Tempelaar, laat zien op hoeveel manieren mensen schade kunnen oplopen ten gevolge van het medische handelen. Dit varieert van lichte bijwerkingen van een medicijn tot en met sterfte door in het ziekenhuis opgelopen infecties. We spreken dan van 'iatrogene schade' of 'iatrogene~e', simpelweg: ziekte veroorzaakt door de tussenkomst van de dokter. Naar aanleiding van Tempelaars boek had TGP een gesprek met dr. J.H.B. de Bruijn, voormalig internist in Medisch Spectrum Twente, in Enschede, thans als lid van de raad van bestuur in hetzelfde ziekenhuis verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg/ Volgens De Bruijn moet er een andere vorm van management in het ziekenhuis gevoerd worden wil men de iatrogenese werkelijk terugdringen.

Het ziekenhuis is voor patiënten een gevaarlijke verblijfplaats. Ziekenhuisinfecties komen voor bij vijf tot zeven procent van de opgenomen patiënten. Dat komt in Nederland neer op circa 110.000 gevallen per jaar. Maar ook buiten de ziekenhuismuren loopt men als patiënt risico's. Het verkeerd voorschrijven (door huisarts of specialist) of gebruiken van geneesmiddelen heeft veel schade tot gevolg. Het aantal medische ongevallen overtreft zelfs dat van verkeersongevallen (per jaar 50.000 letsels, 2000 sterfgevallen en 20.000 opnamen in het ziekenhuis). Ondanks de relatief hoge veiligheidsrisico's die medische zorg met zich meebrengt is er - anders dan bijvoorbeeld in de luchtvaart - nauwelijks sprake van veiligheidszorg. Artsen gaan volgens Tempelaar niet professioneel genoeg om met fouten en ongevallen. Veel fouten worden verzwegen omdat iatrogene complicaties snel worden geassocieerd met het persoonlijk falen van de betreffende arts. De sinds 1984 ingestelde FONA-procedure (een verplicht meldingssysteem van 'Fouten en Near Accidents' in ziekenhuizen) heeft door de grote onderrapportage van met name arts-nauwelijks tot inzicht in de ware omvang van

de risico's geleid.' Fouten toegeven blijkt een moeilijke aangelegenheid in de gezondheidszorg. Er zou meer openheid en inzicht in het probleem van de iatrogenese moeten komen. Tempelaar beveelt dan ook structurele veranderingen aan in de vorm van systematisch veiligheidsbeleid en -onderzoek..

JAPANESE STIJL

We vroegen dr. De Bruijn hoe men in het Medisch Spectrum Twente van plan is iatrogene schade tegen te gaan.

'Je kunt het vergelijken met het productieproces van een auto bij Toyota,' zegt de medicus. 'Daar werken ze met procescontrole in plaats van alleen maar achteraf te kijken welke fouten er gemaakt zijn. Zo moeten wij ook kunnen werken als we beschikken over betrouwbare ijk- en checkpunten om de kwaliteit van de gezondheidszorg te meten en bij te stellen. Er blijft natuurlijk altijd een aantal onbeheersbare risico's over, de elektriciteit, kan bijvoorbeeld uitvallen, maar daar kun je maatregelen voor treffen.

Kwaliteit van zorgverlening en risicobeheersing zijn beide een organisatieprobleem. De professionals die je in huis hebt zijn goed. Zij doen hun werk netjes en nooit bewust verkeerd. Maar het kan bijvoorbeeld misgaan op de momenten waarop je taken en informatie overdraagt binnen en tussen disciplines. Daar ligt een van de grootste problemen in de risicobeheersing. Iemand laat bijvoorbeeld een pomp vallen. Hij is niet helemaal kapot maar een beetje ontregeld en wordt teruggelegd op de plank. Men geeft wel door dat de pomp is gevallen maar vergeet te zeggen dat men er geen sticker op geplakt heeft waar "ontregeld" op staat. Iemand van de volgende dienst gebruikt pomp en dient een patiënt een overdosis toe omdat de pomp niet meer nauwkeurig is. Niemand heeft een fundamentele fout gemaakt maar er is alleen iets misgegaan in de organisatie.'

TEAMS

'We moeten dus twee dingen doen. Ten eerste de oude schotten tussen de disciplines verbreken, want daar zit het grootste communicatieprobleem, en ten tweede de overdracht binnen de disciplines verbeteren. Je moet toe naar wat de Japanners kwaliteitscirkels noemen. Dat betekent het organiseren van teams waarin de



Dr. J.H.B. de Bruijn

dokter, de verpleging, de fysiotherapeut zitten. die elk verantwoordelijk zijn voor een stuk van de zorgverlening. Elk team bewaakt zijn eigen proces. Overdrachtsproblemen zijn dan voor een belangrijk deel opgelost. Men kan zelf vaststellen waar het niet goed loopt en bijsturen. Dus je moet niet alleen kunnen toegeven wanneer je iets hebt fout gedaan maar nog een stap eerder: steeds controleren of je een bepaalde stap goed hebt gedaan. Bijvoorbeeld met behulp van behandelingsprotocollen. Dokters en ook de verpleegkundigen zijn goed opgeleid maar ze moeten beter met elkaar leren samenwerken. Met name de verpleegkundigen moeten dan mondiger worden. Verpleegkundigen hebben hun eigen vak en daar moeten ze voor gaan staan en zeggen: "Dit is mijn stuk, dat breng ik in het proces in en samen maken we er een geïntegreerd proces van". Dat betekent decentralisatie van het hele behandelingsproces tot op het niveau van werkgroepen of teams, waarbij de teams echt zelf verantwoordelijk worden. Men moet alleen aan het management laten zien dat men het netjes gedaan heeft.'

Denkt u op deze wijze een antwoord te geven op veel voorkomende schade als uit bed vallen, doorliggen en medicatiefouten? Het nijpende tekort aan verpleegkundigen hangt met dergelijke ongelukken nauw samen.

'Ik heb een vrij groot vertrouwen in de kwaliteit van de medewerker in de gezondheidszorg. De arbeidsvoorwaardenontwikkeling die we in de gezondheidszorg hebben gehad is, met name ten aanzien van de verpleging, beroerd. Met een dergelijk beleid zou je in welk indus-

trieel bedrijf dan ook geen werknemer overhouden. Dat betekent dus dat je een reusachtig grote arbeidsmotivatie hebt bij een belangrijk deel van je medewerkers. Daar moeten we uitermate zuinig op zijn. De voornaamste oorzaak van het tekort aan verpleegkundigen is de onhandige wijze waarop het werk nu is georganiseerd. Een verpleegkundige is ongeveer een derde van de arbeidstijd kwijt met achter andere disciplines aanlopen, om hen te controleren. Was dat niet zo, dan hadden we misschien genoeg verpleegkundigen. Zelfs dan zul je natuurlijk nooit voor honderd procent het ontstaan van bijvoorbeeld dooliggen kunnen voorkomen maar de preventie is dan toch aanzienlijke verbeterd.'

VE-WI)Tert

U vraagt om herstructurering van een organisatie die buitengewoon complex is en om meer openheid.

'Het is niet zo dat openheid ontbreekt.. Bij necrologiebijeenkomsten (medische bespreking van een overleden patiënt) wordt standaard met de patholoog anatoom besproken wat er bij de behandeling van een patiënt mogelijk is fout gegaan en waarom. Alle verslagen van alle chirurgische opleidingsafdelingen vermelden keurig hoeveel patiënten men over een jaar heeft gehad en bij hoeveel daarvan verwijtbare fouten zijn gemaakt.. Gewoon om te kijken "hoe we het doen". In die sfeer werkt het preventiebeleid dus voortreffelijk. Het gaat pas mis als anderen buiten het team op je vingers gaan zitten kijken en zeggen "dat had je zo niet moeten doen". Je komt dan terecht in de verwijtensfeer met het risico dat iedereen zich defensief gaat gedragen en zich in gaat dekken. Binnen een team moet je rustig tegen elkaar kunnen zeggen dat iemand zich heeft vergist en dat het voortaan anders geregeld moet worden.

Hoogprofessionele en complexe organisaties als een ziekenhuis kun je onmogelijk centraal besturen. Je kunt wel voorwaarden scheppen. Je kunt tegen de technische dienst zeggen: ontwerp maar een procedure waarmee je mij kunt laten zien dat je periodiek alle pompen controleert en laat zien dat ze netjes werken. Aan de afdeling bacteriologie vraag je hetzelfde: laat maar eens zien dat er goed gecontroleerd is hoe schoon het ziekenhuis is, in plaats van dat je dat pas achteraf doet als er infecties komen. De prikkel om de gezondheidszorg efficiënter te maken wordt tegenwoordig steeds sterker. Het debat van de afgelopen jaren over de stelselherziening heeft de discussie over kwaliteitsverbetering op gang gebracht en mogelijk gemaakt.'

TEVEELZO~G

Als belangrijke oorzaken van iatrogene schade noemt Tempelaar het teveel aan onderzoek en de overdaad aan behandelingsmogelijkheden. Hoe meer laboratoriumonderzoeken de arts aanvraagt (bloed, urine, enzymen et cetera) des te groter de kans op foute uitslagen, met alle gevolgen van dien. Afwijkende uitslagen leiden in veertig procent tot een nieuw onderzoek,

met opnieuw de kans op foute uitslagen. De toename van het aantal onderzoeken en het gebruik van medische instrumenten en geneesmiddelen ging gepaard met een forse groei van het risico op iatrogenese. Zowel het aanbod als de vraag is hier in het geding. Medische overconsumptie ontstaat enerzijds doordat de patiënt mondiger is geworden en zich meer bewust is van het aanbod dat in de schappen van de gezondheidswinkel ligt. Anderzijds bestaat bij veel artsen de neiging om onzekerheden te maskeren door het bieden van allerlei onderzoeken en behandelingen. Hoe wil De Bruijn op dergelijk factoren die het teveel aan zorg veroorzaken inspelen?

'Eén kant van de zaak is de houding van de arts. Een patiënt wil zekerheid en veiligheid, en de artsen verkopen die illusie van zekerheid in bepaalde opzichten. Maar een arts moet de vraag van de patiënt zo goed mogelijk beantwoorden. Als dat betekent "niets doen", dan moet hij uitleggen dat hij niets gaat doen, ook al wil de patiënt twaalf keer geopereerd worden. Hij kan de patiënt uitleggen dat sommige onderzoeken of therapieën meer risico's op schade met zich meebrengen dan dat ze nuttig zijn. Het is dus meer een bejegeningprobleem dan een puur medisch-technisch probleem. De arts moet gewoon nee leren zeggen tegen de patiënt.

De andere kant is dat de consument moet veranderen. Want die vraagt absolute zekerheid in plaats van zich kritisch op te stellen. Men wil garantie op eeuwig heil en beschouwt de arts niet als leverancier van zorg maar als onze-lieve-heer. Zelfs een advocaat, waarvan we zeggen dat het een kritisch mens moet zijn, die naar het ziekenhuis gaat omdat hij zijn pols gebroken heeft, loopt bij de eerste hulp binnen, laat zich ingipsen door de eerste de beste coassistent, kijkt nog even mee naar de foto, zwaait op een afstand naar de chirurg die toevallig dienst heeft en gaat weer naar huis. Wat hij dus niet doet is vragen naar de dienstdoende traumatooloog met de vraag of hij die even persoonlijk mag spreken omdat hij met iets komt waar die traumatoloog deskundig in is. Zo zit de consument blijkbaar niet in elkaar.'

GERTESMIDDELErt

Volgens Tempelaar zijn bijwerkingen van geneesmiddelen en fouten in het voorschrijven ervan voor 75 procent oorzaak van iatrogene schade. Bovendien stelt hij dat negentig procent van de ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen pas boven tafel komt nadat het middel reeds geregistreerd is en gebruikt wordt. *Hoe denkt u dit te verbeteren?*

'Er bestaan geen veilige of onveilige geneesmiddelen, er bestaan uitsluitend ondeskundige gebruikers. Dat geldt ook voor middelen die al vijftig jaar gebruikt worden. Zelfs de gewone aspirine of plaspil kan hartsukke onveilig zijn, onveiliger vaak dan een goed onderzocht nieuw geneesmiddel.. Ongelukken met huis-, tuin- en keukenmiddelen komen dan ook het meeste voor: Daar komt nog bij dat alle middelen die voor zelfmedicatie op de markt zijn

minstens zo gevaarlijk zijn, maar dat noemen we dan opeens geen geneesmiddel meer.

De meeste ongelukken gebeuren doordat een medicijn een ongunstig effect heeft in combinatie met andere middelen die de patiënt gebruikt.. Het is dus van belang dat de specialist van de huisarts hoort wat een patiënt al slikt. Een ander punt is dat de doorsnee Nederlandse dokter niet voldoende is opgeleid in de farmacodynamiek, in wat geneesmiddelen kunnen doen en hoe ze werken. De specialist weet het voor zijn eigen vakgebied meestal wel, maar iedere arts mag in Nederland alle middelen voorschrijven. Het is ook onmogelijk voor dokters om het volledige scala aan (bij)werkingen te overzien en te voorspellen wat er zal gebeuren. Het gaat dus eigenlijk meestal per ongeluk goed. Maar het zou veel beter kunnen wanneer men meer zou nadenken over welk middel je voorschijft en waarom. Dat is een rendementsvraag. Een arts moet ernaar streven een beperkt aantal geneesmiddelen te gebruiken waarvan hij de werking kent.'

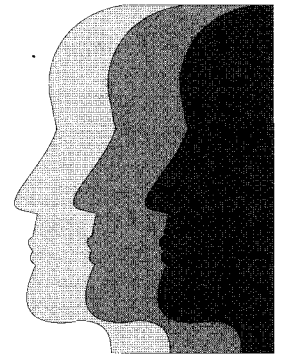
Hoe ziet u de toekomst wat betreft de medische ongevallen?

'De problemen die Tempelaar signaleert, zijn er, alleen of ze er in de omvang zijn waarin hij ze extrapoleert, vraag ik me af. De getallen zullen er iets gunstiger uitzien, al was het maar omdat mensen zo langzamerhand wakker beginnen te worden. Toch moeten wij als ziekenhuismanagers er hard aan blijven trekken om iets te verbeteren. En dan denk ik dat kwaliteits- en risicobeleid in de toekomst niet alleen tot minder iatrogene schade zal leiden maar ook de sfeer in het ziekenhuis ten goede zal komen. Optimaal gemotiveerde medewerkers moeten de ruimte hebben om te werken aan de mensen die aan hen toevertrouwd zijn. Dat is de opdracht van een ziekenhuis. En uiteindelijk zal het ook betaalbaar moeten zijn en geld opleveren. Dat is de opdracht van een goed management.. Als de financiële ruimte niet kleiner wordt dan hij nu is, kunnen we een heel eind komen.'

Bas Sebus en Aase Rieman zijn redactieleden van TGP

Noten

1. A.F. Tempelaar, *Veiligheid en risico in de gezondheidszorg, Epidemiologische aspecten van iatrogene schade*, STYX publicaties Groningen, 1991. A.F. Tempelaaris adviserend geneeskundige bij Oostnederland Zorgverzekeraar.
2. Daarnaast is De Bruijn voorzitter van de werkgroep van de IHDf (International Hospital Development Foundation). In de IHDf zitten ziekenhuizen bedrijven die projecten op het gebied van de gezondheidszorginitiatieven. Een van die projecten is het project risicomanagement dat het IHDf gestart heeft samen met het Centraal Beheer.
3. A.F. Tempelaar p. 35.



WAT ONTWIKKELT DE ONTWIKKELINGSGENEESKUNDE EIGENLIJK?

Annemiek Richters

De gezondheidszorg lijdt aan een leestestsyndroom. Zoals in een atoom steeds weer iets nieuws ontdekt wordt, zo ook in de geneeskunde en de gezondheidszorg. Aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen lijkt geen eind te komen. Men wil dat ook niet, omdat het idee bestaat dat de recentste kennis kennis en de laatste techniek altijd de beste is. De toenemende spanning tussen financiële middelen en uitbreiding van de gezondheidszorgvraag - er wordt wel van een onoverbrugbare kloof gesproken' - dwingt echter om in dit proces in te grijpen. Maar hoe? Met behulp van de ontwikkelingsgeneeskunde probeert men een beter inzicht te krijgen in het kosten-batenaspect van nieuwe medische ontwikkelingen. Bij dat initiatief worden in dit artikel een aantal kritische kanttekeningen geplaatst.

De Ziekenfondsraad definieert ontwikkelingsgeneeskunde als 'wetenschappelijk evaluatieonderzoek van nieuwe of reeds langer bestaande methoden en technieken binnen de patiëntenzorg ten behoeve van een te nemen besluit'; Deze raad heeft in zijn rol van advies- en bestuursorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering - de AWBZ en de Ziekenfondswet - enige jaren geleden aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een advies uitgebracht over de 'grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket'. In dat advies pleitte de raad ervoor de doelmatigheid in de gezondheidszorg te vergroten en stelde vast dat er prioriteiten in de gezondheidszorg moeten worden gesteld. Een probleem daarbij is dat dikwijls de kennis en data ontbreken over effectiviteit, kosten, behoefte, en spreiding van de zorg, alsmede over daarmee samenhangende vraagstukken van ethische, juridische en maatschappelijke aard. Naar de mening van de Raad geschiedt besluitvorming daarom lang niet altijd op grond van rationele overwegingen; temeer daar soms politieke factoren een rol spelen, en het doelmatigheidsbesef bij een deel van de zorgverleners ontbreekt. Om dat euvel te verhelpen is ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek nodig.

Voor dit onderzoek is jaarlijks een bedrag van 36 miljoen beschikbaar. Vijfenzeventig procent daarvan is afkomstig uit de kassen van de AWBZ en de Ziekenfondswet en vijftientig procent wordt beschikbaar gesteld door het mi-

nisterie van Onderwijs en Wetenschappen. Het gaat daarbij om patiëntgebonden onderzoeksprojecten met een looptijd van drie jaar, met een minimum van vierhonderdduizend gulden per project. Jaarlijks kunnen aanvragen worden ingediend bij de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad, die bestaat uit klinische hoogleraren, een epidemioloog, deskundigen op het gebied van de sociale verzekeringen, economen en een medisch-ethicus.

VLEESPOT

Aangezien externe financiering een absolute noodzaak voor universitair wetenschappelijk onderzoek is geworden, was de belangstelling voor deze nieuwe vleespot groot. In 1989 werden 123 aanvragen ingediend, waarvan er elf werden toegekend, voor 1990 was dit 53-12 en voor 1991 93-18. In een schrijven aan de minister van O & W en de staatssecretaris van WVC d.d. 15-10-1990 stelt de commissie echter vast dat er sprake is van een onderbesteding van de voor het onderzoek beschikbare gelden en concludeert over de aard van de aanvragen: 'Hoewel de commissie ook dit jaar de kwaliteit van de aanvragen weer verbeterd acht, zou zij graag zien dat aan de methodologie en aan het normatieve kader van patiëntgebonden evaluatieonderzoek veel meer aandacht zou worden besteed. Het stimuleren van dit soort onderzoek is van groot belang. Meer aandacht voor een integrale benadering van de diverse onderzoeksvragen binnen de projecten zou gewenst zijn. De verschillende onderdelen worden in de meeste gevallen specifiek benaderd en vormen onvoldoende eenheid, zodat de methodologische opzet daaronder te lijden heeft' (Advies Ontwikkelingsgeneeskunde 1991:1). Ze merkt ook op dat aanvragen voor projecten op het terrein van de psychiatrie en projecten die gericht zijn op verschuivingen binnen de gezondheidszorg achterblijven. Uit het rapport wordt niet duidelijk wat met deze verschuivingen bedoeld wordt.

Als arts-antropoloog lees ik informatie over een budget van 36 miljoen voor ontwikkelingsgeneeskunde met grote belangstelling. Belangstelling die, gezien het bovenstaande, onvermijdelijk uitmondt in kritische vragen. Niet alleen omdat voor het soort maatschappijkritisch onderzoek dat ik belangrijk acht zo goed als geen financiering te vinden is. Ook omdat het er op zijn minst de schijn van heeft dat door deze ontwikkelingsgeneeskunde de ziekmakende werking van cultuur en samenleving buiten de haak geplaatst wordt, wat ten nadele van de ziekenzorg en ziektepreventie is.

De eerste vraag die opkomt is uiteraard: waarom wordt er van ontwikkelingsgeneeskunde gesproken? Het gaat bij die vraag niet om een academisch spel over het voor en tegen van een bepaald woordgebruik. Er is iets substantieels aan de orde. De vraag is of de ontwikkeling van kennis die de toename van de kloof tussen de zorgvraag en de beschikbare financiële middelen zou kunnen afremmen of verkleinen, wel recht op die benaming heeft. Er wordt immers iets ontwikkeld met de bedoeling iets af te remmen. Die doelstelling hoeft uiteraard niet per definitie onjuist te zijn. Maar in dit geval is er reden tot twijfel. Ontwikkelingsgeneeskunde houdt zich immers niet bezig met de studie van de ziekmakende effecten van culturele en maatschappelijke ontwikkelingen, maar met de kosten die verbonden zijn aan medisch-technologische ontwikkelingen. Of, anders gezegd, met de kosten die verbonden zijn aan het *Kurieren am Symptom*, in plaats van dat zij zoekt naar de sociaal-culturele oorzaken van klachten en kwalen.

KRITISCHE REFLECTIE

Toch zou men de doelstelling van ontwikkelingsgeneeskunde kunnen verdedigen. Een permanente, kritische reflectie op de vooronderstellingen van medisch-technische ontwikkelingen en een gedegen evaluatie van het (vermeende) effect van nieuwe kennis, methoden en technieken, is bepaald niet overbodig. Maar ook dan kan bezwaar worden aangetekend. De sociale relevantie van een dergelijke benadering wordt immers bepaald door de methode die gebruikt wordt om de aanvragen te evalueren en te selecteren. Methodologie is, omdat ze nimmer waarde vrij is, immers de politiek van de wetenschap. Op dat punt kan bij de ontwikkelingsgeneeskunde uiteraard geen misverstand bestaan: de politiek-economische begin- en randvoorwaarden van de methode zijn bewust gekozen. Ze zijn ingegeven en worden bepaald door de beschikbare financiële middelen: ontwikkelingsgeneeskunde gaat over de aanwending van geld. Dat maakt dat zowel de evaluatie van voorgestelde projecten alsook wat die projecten opleveren, geen neutrale zaak is. Daar is niets op tegen, tenzij moet worden vastgesteld dat dit soort projecten bijdraagt aan een geneeskunde en een gezondheidszorg die maatschappelijk veel minder relevant is dan ze wil doen voorkomen.

Het is niet eenvoudig in kort bestek aan te geven waarom hier naar mijn mening geen sprake is van een goede ontwikkeling. We zouden daarvoor gebruik moeten maken van een kriti-

sche filosofische antropologie van de geneeskunde, moeten refereren aan systeembestendige en kritische cultuur- en maatschappijtheorieën, en de bijbehorende verschillen in vooronderstellingen over mens-zijn en opvattingen over ziekte, ziek-zijn en genezen moeten schetsen. Kortom, we zouden moeten verdedigen dat geneeskunde in laatste instantie een sociale wetenschap is. Omdat daarvoor hier de ruimte ontbreekt en ik daar elders uitgebreid op in ben gegaan, beperk ik mij hier tot enige korte kanttekeningen. Mijn uitgangspunt is daarbij dat ik niet per definitie bezwaar heb tegen onderzoek dat relevant is voor het kosten-batenplaatje van de gezondheidszorg, mits dergelijk onderzoek zo is opgezet dat de werkelijke oorzaken van ziekte en daarmee samenhangend maatschappelijk onrecht niet buiten de haak geplaatst worden.

POEDEL

Op het eerste gezicht lijkt er geen reden tot argwaan te zijn. De commissie maakt zich namelijk sterk voor een integrale benadering. Ze merkt daarover zelfs op dat die in de meeste aanvragen uit het oog verloren wordt en dat pas in de laatste fase van de ontwikkeling van

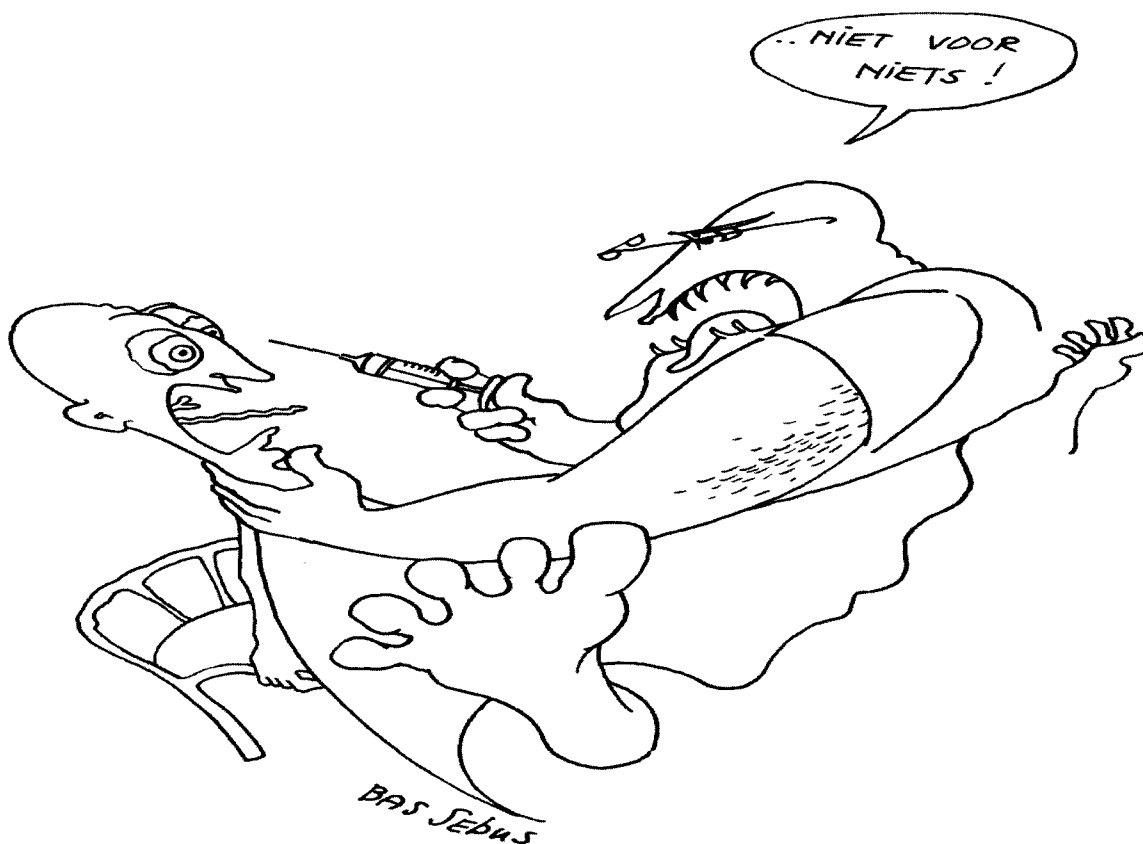
de onderzoeksvoorstellen expertise van de disciplines wordt aangetrokken (Advies p. 18). Maar als we nagaan wat de commissie onder integraal verstaat, komen we bij des poedels kern. Met de disciplines bedoelt de commissie namelijk uitsluitend de specialistische differentiatie die zich beperkt tot de biogeneeskunde. Daardoor, en daar richten mijn bezwaren zich tegen, zijn de als niet-medisch beschouwde gezondheidswetenschappen van subsidie buitengesloten. Die houding is typerend voor hen die de geneeskunde (nog steeds) als een natuurwetenschap zien en die menen dat het toeschrijven van enigerlei vorm of soort oorzakelijkheid aan iets dat niet objectief waarneembaar is, onherroepelijk tot onjuiste conclusies zal leiden. Een houding die ervan uitgaat dat organische materie die verstoord, verbroken, of anderszins in het ongereede is, alleen met (an)organische middelen gerepareerd kan worden. Een houding waarin de patiënt als mens-in-en-van-de-wereld tot organische materie wordt omgevormd. In die opvatting is de patiënt een biomedisch subject zonder interne structuur, waardoor gevoel, taal, empathie en solidariteit niet bijeenbrengen kan wat organisch gescheiden is. En in die

opvatting kan dat subject van buitenaf alleen door schadelijke materie bedreigd worden. Een opvatting die aan de thans in belang toenemende teratologie ten grondslag ligt.

Door deze reductionistische, materialistische oorzakelijkheidsopvatting blijft onderzoek naar culturele en sociale pathologie buiten het gezichtsveld en de subsidiepot. En het is juist dat soort onderzoek dat zowel waar het preventie alsook therapie en zorg betreft bijdragen zou kunnen leveren aan een effectiever gezondheidszorgbeleid. Dat de commissie voorstander is van multidisciplinariteit, die zich tot biomedische beperkt is haar goed recht. Maar het is onjuist om daar het etiket 'integraal' op te plakken. Zo wordt een voor een sociaal relevante ontwikkelingsgeneeskunde onontbeerlijke meer disciplines omvattende interdisciplinariteit onmogelijk gemaakt.

Helaas is dat voor veel medici nog steeds reden tot grote vreugde. Zowel de introductie van de ziel in de geneeskunde (psychoanalyse), als van de psyche (psychotherapie, gedragstherapie) zijn met veel tegenstand gepaard gegaan. De acceptatie van de samenleving in de gezondheidszorg (via de medische sociologie) vindt nog steeds schoorvoetend plaats, al heeft

HET NIEUWE MEDICINALE
TEGENSTAND *Sr~E55* is ER !



Tekening: Bas Sebus

ze de nodige voorspraak van de thans zo populaire epidemiologie. Het lijkt echter of het toelaten van de cultuur (medische antropologie) binnen de Citadel voor velen een keerpunt met zich mee dreigt te brengen dat het einde van de centrale plaats van de biogeneeskunde in de gezondheidszorg zou betekenen.

BOEitEdWI)SttEID

Dat hier vooral het staatshuishoudboekje (de macro-economie), door de begin- en randvoorwaarden die ze de ontwikkelingsgeneeskunde oplegt, deze dreiging wegneemt, lijkt weinigen zorg te baren. Dat zou ook niet nodig zijn als de economie van zich zelf een normatieve, reflexieve wetenschap was. Het kan uiteraard niet ontkend worden dat de economie een sociale wetenschap is en gebruik maakt van waarden, normen, vooronderstellingen en theorieën over mens en samenleving. Ze is echter slechts bij hoge uitzondering een kritische wetenschap. Haar kritiek gaat meestal niet verder dan de boerenwijsheid dat men zich ervoor moet hoeden meer uit te geven dan er aan geld binnenkomt. Haar theorieën hebben meestal betrekking op de vraag hoe te handelen als dat toch gedaan wordt. Ze beijvert zich minder om het aangeven van de ideologische achtergrond van beleidsvoornemens en welke en wier belangen met die plannen geschaad worden. Zo heeft ze zich ongeschikt gemaakt om de zogenaamde neutraliteit en vermeende universaliteit van het biomedische model ter discussie te stellen. Ze is daarom ook niet in staat om aan te geven waarom een puur biomedisch gerichte ontwikkelingsgeneeskunde geen bijdrage kan leveren aan de preventie van ziekten en het gevaar in zich draagt dat uiteindelijk de verantwoording en de zorg voor veel patiënten toegeschoven wordt naar hen die dat niet dragen kunnen. Dat is niet de bedoeling van de biogeneeskunde en ook niet van de ontwikkelingsgeneeskunde, maar dreigt wel het resultaat ervan te worden.

AAtTI)GItG

Daar het hier om een ernstige aantijging gaat is het mijn plicht haar te onderbouwen. Daarvoor moet ik aantonen dat de neutraliteit van de selectieprocedure die bij subsidietoekenning wordt gehanteerd schijn is. Dat laat zich (uiteraard) het best bewijzen met een voorbeeld over de uitlating van de commissie over aanvragen inzake geestelijke gezondheidszorg. In haar Advies (p. 22) stelt de commissie dat naar aanleiding van een vijftal aanvragen een discussie binnen haar gelederen heeft plaatsgevonden over de vraag in hoeverre op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wellicht andere methodologische eisen gesteld dienen te worden dan voor somatische aandoeningen. Op dat onderzoeksgebied zijn immers, zo heeft men vastgesteld, relevante vraagstellingen aanwezig. De lezer van het rapport wordt echter op dat punt teleurgesteld. De discussie heeft slechts opgeleverd dat de kwaliteit van de voorstellen ook waar het gedragswetenschappen betreft bij de beoordeling de doorslag ge-

ven moet.

De indruk wordt zo gewekt dat de indieners van die onderzoeksvoorstellen ervan uitgegaan waren dat kwaliteit geen rol zou spelen. De commissie is zo vriendelijk om aan te geven hoe die kwaliteit bereikt kan worden: de methodologische eisen, die aan gedragswetenschappelijk onderzoek gesteld moeten worden, kunnen niet anders zijn dan die, welke gelden voor niet-gedragswetenschappelijk onderzoek binnen de geneeskunde (Advies p. 22). Die constatering toont dat er geen werkelijke discussie over de methodologie van niet-biomedisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Gezien de disciplines die in de beoordelingscommissie vertegenwoordigd zijn, kon een dergelijke discussie ook niet plaatsvinden. Ziekte, ziek-zijn, genezen, diagnostiek en therapie is voor de ontwikkelingsgeneeskunde kennelijk een zaak die vanuit een positivistisch model moet worden aangepakt. Daarbij dreigt echter het gevaar dat gewerkt wordt met ongeïnterpreteerde variabelen.

Ongetwijfeld boekt het biomedische onderzoeksmodel soms verbluffende resultaten, die terecht als ontwikkeling in de zin van vooruitgang beschouwd kunnen worden. Noch kan betwijfeld worden, ik stelde dat reeds, dat het voorkomen van onnodige kosten in de gezondheidszorg als een juiste ontwikkeling gezien kan worden. De vraag is echter of de hier ten tonele gevoerde ontwikkelingsgeneeskunde daartoe kan bijdragen. Niet alleen wordt de zwakte van het biomedisch reductionisme ontkend, maar ook wordt twijfel uitgesproken over de validiteit van de methodologie van de sociale wetenschappen waaruit blijkt dat men een allang achterhaald beeld van die methodologie heeft.

'CotitEET' OF 'ZACttT'

We hebben hier te maken met de referentiemacht die van de zogenaamde concrete wetenschappen uitgaat. Met behulp van begrippen als: aantoonbaar, gemeten, hard feit, onweerlegbaar, zichtbaar, te berde gebracht door onderzoekers die als vooraanstaand, serieus, en als internationaal bekend te boek staan, worden de uitspraken van de 'zachte' wetenschappen maar al te vaak gedevalueerd. Dergelijke begrippen sluiten naadloos aan bij een eveneens zeer concreet probleem: de uit de hand lopende kosten in de gezondheidszorg. Door de noodzaak van bezuiniging als beginvoorwaarde van het onderzoek te stellen wordt ontwikkelingsgeneeskunde in het reductionistische model van de biogeneeskunde ondergebracht. De huidige gezondheidszorg is 'ziek' wordt dan het motto en met behulp van de ontwikkelingsgeneeskunde moet het mes in de patiënt gezet worden. Omdat op die manier wordt ontkend dat de ziekmakende werking van cultuur en samenleving de oorzaak van veel ziekten is, blijven andersoortige 'therapieën' onderbelicht. Het zijn de sociale filosofie, de psychologie, de sociologie en de culturele antropologie die als kritische en constructieve wetenschappen bijdragen kunnen leveren aan het opsporen, be-

schrijven en verklaren van de sociale oorzaken van ziekte. Het is hun potentie om bij te dragen aan een gezondere samenleving en dus aan een goedkopere gezondheidszorg die ten onrechte buiten de ontwikkelingsgeneeskunde wordt gehouden.

Dat is uiteraard geen toeval. De genoemde wetenschappen kunnen immers het ideologisch karakter van de moderne samenleving blootleggen en wijzen op de paradox dat mensen de eerste helft van hun leven hard moeten werken, en zo veel mogelijk moeten sparen om in de tweede helft van hun leven de schade die ze aan hun gezondheid hebben opgelopen te kunnen laten 'herstellen'. De gezondheidszorg krijgt in toenemende mate te maken met de ziekmakende gevolgen van de moderne, industriële, geurbaniseerde consumptiemaatschappij. Een maatschappij die steeds meer, en steeds meer soorten chronische pijnen veroorzaakt..

LAGE itOGPI)d

Dat alles is de commissie die de subsidieaanvragen beoordeelt. natuurlijk niet onbekend. Bij de bespreking van aanvraag 91-088 inzake de behandeling van chronische lage rugpijn (Instituut voor Revalidatievraagstukken Hoensbroek) brengt ze zelf deze problematiek naar voren. Als de oorzaak van het Chronisch Pijn Syndroom stelt zij dat in de huidige maatschappij steeds hogere eisen gesteld worden aan het menselijk functioneren. Het gevolg daarvan is dat mensen sneller gespannen raken en deze spanningen langduriger moeten volhouden, hetgeen leidt tot moeheid, uitputting en instorting. Bij het langdurig voortbestaan daarvan ontwikkelt zich chronisch lijden van psycho-fysiologische en/of cognitieve aard, waarvoor geen anatomisch substraat aanwijsbaar is of waarbij een forse discrepantie bestaat tussen de klacht en de objectiveerbare bevindingen (Advies p. 36). De ziektekosten die daarmee gepaard gaan zijn inmiddels opgelopen tot 2,7 miljard gulden voor de periode van 1975-1984. De commissie Pijn van de Gezondheidsraad heeft in 1986 aan het ministerie van WVC voorgesteld voor de behandeling van deze patiënten interdisciplinaire pijnmanagement-centra op te richten, waarin de behandeling zich moet richten op reactivatie en resocialisatie.

Daar zullen zeker veel patiënten baat bij hebben, maar mij dunkt dat men zich bij ontwikkelingsgeneeskunde nog iets anders zou mogen voorstellen dan het bekende *Kurieren am Symptom*. Ik meen dat het op zijn minst ook ruimte zou moeten bieden aan onderzoeken die kunnen bijdragen aan de in Nederland vrijwel uitgestorven filosofische antropologie van de geneeskunde. Vrijwel uitgestorven omdat ze a. zich met haar interpretatieve, reflexieve methodologieën onvoldoende te weer heeft kunnen stellen tegen de positivistische methodologie van de natuurwetenschappen, b. aanspoorde tot een vorm van 'na'-denken die vraagtekens zet bij het primaat dat binnen het medisch model zo dikwijls aan het handelen gegeven wordt, en c. teruggrijpt op de basisvragen van de filosofie-

sche antropologie: wat en waartoe is de mens? Ze is niet eens toegekomen aan het aan de orde stellen van het antropocentrisme en europacentrisme van onze geneeskunde en het completeren van een invasieve geneeskunde met een invasieve kritiek op de moderne samenleving.

GEWELD

Waar het de moderne geneeskunde aan ontbreekt, en waar ook de ontwikkelingsgeneeskunde niet in voorziet, is de wil tot deconstructie van haar ideologisch karakter. Haar vooronderstellingen, methoden, concepten, technieken en doelstellingen impliceren opvattingen over mens en samenleving die onbedoeld, vaak zelfs onbewust, de moderne, ziekmakende maatschappij legitimeren, en helpen reproduceren. Elke huisarts wordt hier dagelijks mee geconfronteerd, als hij tenminste lichamelijke of geestelijke klachten terugbrengt tot hun oorzaak. En dat is vrijwel altijd een of andere vorm van geweld binnen of buiten het gezin. Geweld veroorzaakt door de productie- en consumptiedwang van de moderne samenleving. Klachten die veroorzaakt worden door het feit dat men niet (meer) aan die dwang kan voldoen. Klachtq die zich uiten in vervreemding, agressie, apathie, depressie, en wat al niet meer. Klachten die bovendien toenemen omdat in de moderne, geseculariseerde. (etnisch) plurale samenleving een algemeen aanvaard waarden- en nonnenpatroon dat als referentiepunt voor de eigen identiteit zou kunnen dienen. is weggefallen. Wat kan de huisarts hier meer aan doen dan medicijn voorschrijven?

Van de zijde der ontwikkelingsgeneeskunde valt hier weinig soelaas te verwachten. Weliswaar sluit zij nieuwe ontwikkelingen niet uit, maar die liggen dan op het gebied van de toepassing van soft-lasers in de sportgeneeskunde of het gebruik van kunstorganen en implanten in de orthopedie en keel-, neus- en oorgeneeskunde. Weinig soelaas omdat uit een recente doorlichting van de behandeling van alle onderzoeksaanvragen die bij NWO-Gebied Medische Wetenschappen voor 1991 zijn ingediend de conclusie is getrokken dat er geen aanleiding is de systematiek van het beoordelen van aanvragen te veranderen.' Waar het gaat om de zorgproblematiek, zo die bij huisartsen aan de orde is, lijkt de toekomst eveneens weinig in petto te hebben. Weliswaar bracht de Raad voor Gezondheidsonderzoek in mei 1990 onder de titel *Kwaliteit van zorg, terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek* aan het ministerie van WVC een advies uit, maar daarin wordt vastgesteld dat geen specifieke extra stimulering op dit moment vereist is op het gebied van de specialistische en huisartsgeneeskunde, maar wel op het terrein van zorg voor chronische ziekten, de thuiszorg en de zwakzinnigengzorg.'

VfiliOMSTEM

Die eerste twee vormen van geneeskunde zitten door deze ontwikkeling met een *double-bind* verbonden; ze houden van elkaar zonder

elkaar lief te hebben. De huisarts rest, bij de cultuur- en maatschappijgebonden syndromen die aan de meerderheid van de klachten die hij te horen krijgt ten grondslag liggen, weinig anders dan met een valiumstem de patiënt moed en vertrouwen in te spreken, als dat niet helpt valium voor te schrijven, en in het uiterste geval door te verwijzen naar de specialist.. En die, opgescheept met problemen waarvan de patiënt meent dat ze op te lossen zijn en waarvan hij dikwijls meent het recht te hebben dat ze opgelost worden, zorgt dat de patiënt weer in de eerste-lijnszorg terugkomt, al dan niet voorzien van een litteken ergens op zijn lijf.

Ondanks de vele nuttige bevindingen die in het kader van het ontwikkelingsgeneeskunde-project ongetwijfeld naar voren zullen komen, doet, gezien de enorme sociale, culturele en ecologische problematiek die op ons afkomt, dat project daarom meer denken aan het zo verzetten van de dekstoelen op de Titanic dat de ijsberg uit het zicht blijft, dan op het wijzigen van de onjuiste koers van het schip. Zo wordt uiteindelijk de berg geraakt en de boot gemist. De aanvraag inzake het chronische lage-rugpijnonderzoek uit Hoensbroek is overigens voorlopig afgewezen.

Anneniiek Richters is arts-antropoloog. Zij promoveerde onlallgs aan de Vrije Unioersiteit.

NOTEN

1. Prof. van Londen, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 'Een onoverbrugbare kloof in de gezondheidszorg tussen het beschikbare budget en de vraag naar zorg', persbericht in *NRC Handelsblad* 23-4-1991, p.3.
2. In mijn weergave van de ontwikkelingsgeneeskunde en ontwikkelingen in die geneeskunde baseer ik mij op S. van der Kooy, 'Ontwikkelingsgeneeskunde in Ontwikkeling'. In: *Mediator* 1990, 1(3):3-6; een bericht over WVC - Ontwikkelingsgeneeskunde in *Mediator* 1991, 2(2):8: het Advies van de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad 1991, en de brief van de Ziekenfondsraad aan de directies van academische, algemene en categoriale ziekenhuizen, d.d. 12-11-1990.
3. IM. Richters, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler*, Eburon, Delft 1991.
4. Onderzoek heeft onlangs aangetoond dat de kwaliteit van het onderzoek in de alfa-en gammawetenschappen in het algemeen niet onderdoet voor dat van de bèta's, ook al werd in 1990 meer dan de helft van de aanvragen voor alfa-onderzoek afgewezen door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO): *NRC Handelsblad* 8-8-1991, p.2.
5. De beoordeling doorgeleacht'. In: *Mediator* 1991,2(3):4.
6. *Mediator* 2(3):6.

DE ZELFGEWILDE DOOD

Op 19 oktober 1991 publiceerde NRC *Han-delsblad* een essay van H. Drion, oud-hoog-leer-aar burgerlijk recht en oud-raadsheer in de Hoge Raad, onder de titel 'Het zelfgewilde einde van oude mensen'. Het was - en is nog steeds - een indrukwekkend verhaal. Zonder ook maar een moment ingewikkeld te doen, verwoordde de 74-jarige Drion een gevoel dat veel van zijn generatiegenoten dagelijks be-zighoudt: de angst om op een onwaardige wij-ze te sterven. De angst om verschrompeld, af-getakeld, totaal afhankelijk en overgeleverd aan de welwillendheid van anderen de laatste etappe naar de dood te moeten nemen.

Drion stelde in zijn NRC-essay een beschei-den vraag: zou het niet wenselijk zijn om oude mensen de mogelijkheid te bieden om in het bezit te komen van een middel waarmee ze - in het volle bewustzijn en op een door henzelf gekozen tijdstip - op een waardige wijze af-scheid van het leven kunnen nemen? Een vraag die eropuit is om de dood in onze eigen handen te leggen.

Drion wist dat hij speelde met het onbespreek-bare. Op het einde van zijn essay probeert hij zijn gedachten tot aanvaardbare proporties te-rug te brengen. Het middel, zoals hij het con-sequent noemt, zou ter beschikking moeten kunnen komen van alleenstaande oudere men-sen van boven de vijfenzeventig jaar. 'Een zelfdoding van een niet-alleenstaande raakt wel heel ingrijpend het leven van degene met wie men samenleeft. en misschien is aan de an-dere kant in het geval van een samenleven het gevaar van onaantvaardbare pressie groter,' zo probeert Drion de discussie een pragmatische wending te geven.

Een paar dagen na publicatie van zijn essay is duidelijk dat dat mislukt. Zijn aarzelende slot-zin: 'Of overschat ik het aantal oude mensen bij wie de zorgen leven waar deze opmerkin-gen over gaan?' is op dat moment al overbo-dig gebleken. Drion ontvangt stapels brieven van oude en jonge mensen die blij zijn dat ein-delijk iemand de moed heeft om hardop te zeggen, waar iedereen wel eens heimelijk aan denkt. De onbarmhartige dood blijkt op het le-ven van iedereen te leunen en de behoefte om hem op eigen voorwaarden tegemoet te treden is niemand vreemd.

Waar onrust is, melden zich de media. Drion wordt een vaste gast in praatprogramma's op de beeldbuis waar hij met niet aflatende hel-derheid het zelfbeschikkingsrecht van de ou-dere gezonde mens over zijn eigen dood uit-eenzet. Eind januari 1992 worden een aantal reacties op zijn essay gebundeld in een hand-zaam boekje.* Er zijn sinds de publicatie van zijn essay op dat moment ruim drie maanden verstreken. Gedurende die drie maanden is

pijnlijk duidelijk geworden hoe klemmend reëel en onvermijdelijk Drions gedachte is en tegelijkertijd hoe onmogelijk de verwezenlij-king daarvan in een geciviliseerde verzor-gingsmaatschappij.

Philippe Ariès schrijft in het slothoofdstuk van zijn intrigerende boek *Het beeld van de dood* dat de moderne tijd de dood naar een gebied heeft weggedrongen waar hij zich aan het openbare zicht heeft onttrokken. De dood, ont-daan van zijn religieuze mystiek, is in onze maatschappij niets geworden, 'weggevlucht in de verborgenheid van de private ruimte thuis of van de anonimiteit in het ziekenhuis'. De dood is achter de horizon van het leven ver-dwenen, de dood is niets meer en wij kennen hem alleen nog als angst voor de leegte, zoals een kind op een dag ineens bang is van de dreigende duisternis, van het niet-zien. Een angst die nooit helemaal overgaat.

De dood laat zich in onze samenleving niet meer zo gemakkelijk uit het niets te voorschijn toveren. Daarvoor staat hij op een te gespan-nen voet met al die redeneeringen, tradities en instituties die de dood achter de horizon naar het niets hebben verdreven.

Die cultuur wijkt niet zo maar voor een hoog-geleerde voorbijganger. Die cultuur infiltreert systematisch in de discussie, behandelt Drions gedachte met welwillendheid, maar verpakt deze ondertussen wel met een ondraaglijke last van bedenkingen en bezwaren.

Het is fascinerend om te zien hoe dat proces van onschadelijk maken in zijn werk gaat. Welke gedachten zet onze verzorgingscultuur in om de dood buiten ons handbereik te hou-den? Allereerst meldt zich de psycholoog, in dit geval in de persoon van dr A.J.F.M. Kerk-hof, gepromoveerd op het onderwerp 'Suicide en geestelijke volksgezondheid'. Alles goed en wel, meldt Kerkhof, maar is het mogelijk om voor de dood te kiezen uit vrije keuze en zonder een spoortje wanhoop? De vraag stel-len is haar in dit soort discussies beantwoor-den. Een dood zonder wanhoop bestaat niet, dus een waarlijk vrije keuze daarvoor ook niet. Een vrije toegang tot de dood is een erkenning van wanhoop als een legitiem toegangsbewijs, terwijl het juist een - vaak tijdelijke - storing in het bewustzijn is. Wanhoop is te herstellen, de dood niet. Een begrijpelijke, maar onzalige gedachte dus van Drion.

En dan melden zich de verzorgers. Bijvoor-beeld G.B.A.M. Smulders, bestuurder van be-jaardentehuizen. Er zijn toch niet voor niets goede voorzieningen voor ouderen, zegt hij. En hoe kan een samenleving die voorzienin-gen treft om ouderen te laten leven, tegelijker-tijd voorzieningen treffen voor ouderen om uit

het leven te stappen? De vraag stellen is in dit soort discussies haar beantwoorden. De situ-atie zou ondraaglijk worden. Wordt de oudere die kiest voor een voorziening om hem te laten leven niet indirect een last, een kostenpost voor de samenleving? Valt hem niet het stille verwijt ten deel dat hij de samenleving die last had kunnen besparen? Kunnen we dat de 'overlevers' wel aandoen? Nee, Drions ge-dachte staat haaks op onze verzorgingsstruc-tuur, die er juist op gericht is om het leven te cultiveren.

En zo melden zich steeds meer vertegenwoor-digers van onze beschaving. Drions idee sti-muleert een negatief beeld van de ouderdom, weet dr. Hoefnagels. Drions middel zal onver-mijdelijk misbruikt worden, meldt Adriaan van Dis stellig in een tv-interview. Opa, zou het niet eens tijd worden voor de pil? De poli-ticus maakt zich druk om het verontrustend aantal dodelijke middelen dat in omloop zal komen. Valt dat nog te controleren?

Er zijn twee groepen die er in de discussie het zwijgen toe deden. Dat zijn de artsen en de apothekers, de makelaars van het leven. Zij zijn de enigen die het middel vrijelijk ter be-schikking hebben en daar in de geest van Drion ook vaker dan andere groepen gebruik van maken. Zij zwijgen in de geest van Hippo-crates en laten Drion alleen achter. Zijn eerlij-ke gedachte, sterker zelfs: zijn onvervreemd-baar recht, is in eendrachtige samenwerking inmiddels naar de wereld van de utopieën ver-zonden.

De dood zal voorlopig wel een angstig niets, een onbekende vreemde blijven.

Jos van der Lans

* H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen. Met reacties van Cid. Enschedé en H. Kuiten.*, Uit-geverij Balans 1992.

BOEKEN

HERSENEN, SEKSE EN GEDRAG

Marianne van den Wijngaard, *Reinventing the Sexes. Feminism and Biomedical Construction of Femininity and Masculinity 1959-1985. Proefschrift. Amsterdam, 1991. ISBN 90-5166-226-2.*

In het licht van het feit dat veel vooroordelen over de samenhang tussen hersenen, sekse en gedrag het leven van vrouwen zuur hebben gemaakt is een proefschrift over het wel en wee van het biomedisch onderzoek op dit terrein een spannende aangelegenheid. Op basis van de ontwikkeling van de neuro-endocrinologische 'organisatietheorie' in de periode 1959-1985 probeert Marianne van den Wijngaard te laten zien hoe wetenschap sekseverschillen produceert. Daarbij heeft ze een interessante casus gekozen. De organisatietheorie, die in 1959 werd geïntroduceerd, veronderstelt, namelijk dat hormonen al voor de geboorte van een kind invloed hebben op de hersenontwikkeling, en daardoor op het gedrag van mannen en vrouwen.

Voor het theoretisch instrumentarium wendt Van den Wijngaard zich tot het moderne wetenschapsonderzoek. Kennisontwikkeling wordt gezien als het resultaat van de onderhandelingen tussen diverse, wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke, partijen in een netwerk. En gezien het feit dat de organisatietheorie zich ontwikkelt in de tijd van de tweede feministische golf luidt de tweede vraag van Van den Wijngaard dan ook welke rol het feminisme speelt in het netwerk rond de organisatietheorie. Hebben feministen de gang van zaken in het biomedisch onderzoeksnetwerk grondig beïnvloed, slechts een weinig gewijzigd of zelfs onberoerd gelaten?

Op basis van een literatuurselectie uit Amerikaanse en Engelse biomedische tijdschriften schetst Van den Wijngaard de ontwikkeling van de organisatietheorie van monistisch naar dualistisch. In de oorspronkelijke theorie wordt verondersteld dat voor de ontwikkeling van vrouwelijke hersenen hormonen niet nodig zijn, terwijl hormonen wel noodzakelijk zijn om hersenen tot mannelijke hersenen te maken. De impliciete associatie van het 'vrouwelijke' met het 'afwezige' leidt vervolgens tot een zeer eenzijdige onderzoeksinteresse in mannenhersen. Voor vrouwenhersen en voor de relatie tussen vrouwenhersen en seksueel gedrag bestaat weinig belangstelling. In experimenten met proefdieren worden vrouwtjesratten bijvoorbeeld alleen gebruikt om de seksuele activiteit van mannetjes op te wekken, zodat deze gemeten kunnen worden. Als het

mannetje problemen heeft met de seksuele prestatie mag dat twee uur voor het experiment al de kooi in om te wennen; voor vrouwtjes, die slechts testmateriaal vormen, zijn dergelijke acclimatisatiemaatregelen niet nodig. In de jaren zeventig worden ook 'vrouwen' zichtbaar gemaakt in de organisatietheorie. De theorie krijgt dan een dualistisch karakter in die zin dat mannen én vrouwen een specifieke hersenfunctie wordt toegekend. die hun seksuele gedrag reguleert. Enerzijds betekent dit dat 'het vrouwelijke' in het onderzoek niet meer verwaarloosd wordt. Anderzijds betekent dit dat sekseverschillen gedichotomiseerd worden. Bovendien worden steeds meer vormen van gedrag aan de werking van prenatale hormonen toegeschreven; seksueel gedrag, maar ook leergedrag, verbaal gedrag et cetera. De groeiende zichtbaarheid van vrouwen in de theorie en in het experimentele onderzoek gaat dus hand in hand met een versterking van biologische verklaringen voor sekseverschillen. In het slothoofdstuk laat Van den Wijngaard tenslotte zien hoe deze dichotome opvatting doorwerkt in de behandeling van pseudo-hermafrodieten, mensen met kenmerken van beide seksen, in de medische praktijk.

De reconstructie van de verschuivingen in de theorie en in het experimentele onderzoek is overtuigend. Het onderzoek van Van den Wijngaard gaat echter mank in de verklaring van deze verschuivingen. Al bij de vraag waarom de monistische organisatietheorie zo snel geaccepteerd werd, wordt men geconfronteerd met algemeenheden. Zo stelt de auteur dat dit monisme zo wonderwel paste bij de heersende 'freudiaanse' denkstijl over mannen en vrouwen (mannen hebben een penis, vrouwen worden gekenmerkt door afwezigheid ervan). Op de vraag waarom later het dualistische model zo dominant was dat alternatieven geen kans kregen, luidt het antwoord dat dit model naadloos aansloot bij maatschappelijke voorstellingen van mannelijkheid en vrouwelijkheid. Het projecteren van een dergelijk weinigzeggende 'tijdgeest' achter de beschreven ontwikkelingen lijkt een noodgreep bij gebrek aan empirische beschrijving van het netwerk. Een beschrijving - eventueel op basis van secundaire bronnen - van de wijze waarop in Amerika in die periode werd gedacht over sekseverhoudingen die deze interpretatie aannemelijk maakt ontbreekt echter. De magere empirische uitwerking van dit 'netwerk' - men treft geen groepen, interactie en machtsrelaties aan - belemmert ook het zicht op de rol die feministen daarin speelden, een centrale vraag in deze dissertatie. Er wordt wel gesproken over invloed van vrouwen op de transformatie van de monistische theorie tot een dualistische, en er worden ook wel enkele vrouwelijke wetenschappers ge-

noemd, maar het is onduidelijk of zij zich als feminist definiëren, en of ze representatief zijn voor de wetenschappers in dat onderzoeksveld. Hoeveel vrouwen op dit gebied actief zijn in verhouding tot het aantal mannen, wat ze precies onderzoeken, en wat hun status is, wordt niet vermeld. Ook het feminisme als een maatschappelijke beweging - in de vorm van vrouwencentra in de gezondheidszorg bijvoorbeeld - komt niet in beeld als onderdeel van het netwerk. De voorzichtig geformuleerde conclusie van de auteur: 'It thus seems that the entrance of feminist researchers and the rise of feminism meant that oestrogens and femininity entered the picture of the prenatal-hormone paradigm' (p. 144) is dan ook terecht. Op basis van het onderzoek kan over de rol van het feminisme weinig tot niets gezegd worden.

De gebrekkige belangstelling voor de rol van vrouwen is des te vreemder omdat er op sommige punten betrekkelijk eenvoudig meer informatie te achterhalen zou zijn. Over de onderzoekster Reinisch bijvoorbeeld. De auteur beschrijft hoe zij in de jaren zeventig een niet-dualistisch model voor de samenhang tussen hormonen, hersenen en gedrag ontwikkelt, maar dit bijstelt in dualistische richting voor een publikatie in *Nature*. En omdat dergelijke voorbeelden cruciaal zijn indien men de specifieke weerstand van de organisatietheorie tegen wijzigingen in minder seksistische richting wil demonstreren, verwacht je dus dat het geval-Reinisch nader is onderzocht. Van den Wijngaard volstaat echter met een algemene stelling over het publicatiebeleid van *Nature*. Of dat in het specifieke geval van Reinisch daadwerkelijk een rol speelde, wordt niet beargumenteerd. De voor de hand liggende vraag waarom ze haar artikel niet elders voor publikatie aanbodt wordt niet beantwoord, en over de positie van Reinisch in het onderzoeksveld, haar reputatie, haar contacten, komen we niets te weten. Desondanks interpreteert de auteur de switch van Reinisch als een symbool van de dominantie van het dualisme in de organisatietheorie. Wie serieus geïnteresseerd is in de mogelijkheden en onmogelijkheden van vrouwen/feministen om een research-ontwikkeling te beïnvloeden zou toch met een bandrecorder in het vliegtuig stappen en uitzoeken wat er aan de hand was met Reinisch.

De onderzoeksopzet en het gekozen materiaal stellen Van den Wijngaard wel in staat de verschuivingen in de organisatietheorie te beschrijven, maar ze zijn niet toegesneden op een netwerk-analyse. Dat dit vooral ten koste gaat van het inzicht in de rol van het feminisme in dit netwerk is een beetje treurig. De nieuwsgierigheid van de lezer wordt wel gewekt, maar blijft onbevredigd.

Klasien Horstman

Wetenschappelijk medewerkster vrouwenstudies aan de vakgroep gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit. Limburg

VROUWEN EN THERAPIE

Tieneke Koning, *Vrouwen therapie. Gesprekken met coryfeeën van de vrouwenhulpverlening. De Els, Eindhoven, 1991, f 27,50. ISBN 90-72535030.*

Al sinds de professionalisering van de zielzorg kijken collega's graag in elkaars keuken en zijn (potentiële) klanten nieuwsgierige en gefascineerde pottekijkers. Voor de lezer draagt iedere nieuwe gevalsbeschrijving de belofte in zich van een miniverlossing. In de jaren zeventig kwam een proces op gang van ontmythologiseren en democratiseren van kennis over gekte. Het werd dringen op de geluksmarkt, zowel van vraag- als van aanbodzijde en de informatiebehoefte groeide en groeit nog steeds. Recent verscheen een boek met gesprekken met therapeuten, die zich gespecialiseerd hebben in vrouwen. Het boek maakt de pretentie van overzicht niet geheel waar, maar is zeker interessant voor ieder die zich bezighoudt met de vraag: 'Wat willen vrouwen en hoe kunnen ze meer invloed krijgen?'

Het doorbreken van het eenzijdig medisch paradigma en het ruimte geven aan ervaringsdeskundigheid is een van de verklaringen voor het succes van de vrouwenhulpverlening (vhv). Begonnen eind jaren zeventig als zelfhulpbeweging is vhv uitgegroeid tot een innovatieve kracht in de reguliere gezondheidszorg. Vooral alsnog bestond die populariteit. Vooral in kringen van beter opgeleide, economisch slecht beaalde vrouwen, wier emancipatiebehoefte gewekt, maar niet geheel tot bloei gekomen was vanwege in- en uitwendige barrières. Het gedachtengoed en de ontwikkelde aanpak begint nu - in enigszins verwaterde vorm - in de gevestigde instellingen aan te slaan, vooral omdat het gaat om een klantvriendelijke, goedkope aanpak die aansluit bij de beleavingswereld van veel vrouwen.

Vrouwen Therapie bestaat uit elf gesprekken met vrouwelijke therapeuten, gespecialiseerd in vhv en een voorwoord door samenstelster Tienieke Koning, hoofdredactrice van een tijdschrift voor vhv waarin de meeste interviews eerder verschenen.

Hoewel slechts een van de elf geïnterviewden het woord 'politiek' noemt, blijkt de vhv nog steeds op zoek naar de combinatie van het wezen van vrouwen en haar maatschappelijke positie. In het boek wordt dit via een flink aantal uitspraken duidelijk, zoals: 'Vrouwen veranderen als je samen met hen kijkt naar de functie die een klacht voor hen heeft: wat ze ermee winnen en verliezen als ze de klacht opgeven. Die veranderingen vragen ook om nadenken over een toekomstbeeld van vrouwen. Het feministische zit in het herwaarderen van algemene theorieën, het kritisch bekijken en expliciteren van waarden en normen over vrouwen. De wortels van heel verschillende problemen zijn vaak dezelfde: afhankelijkheid, angst en

agressieproblemen. Een fobie bijvoorbeeld kan de functie hebben om onafhankelijkheid te vermijden.' En: 'Gebrek aan macht, greep op je situatie, is het meest fnuikende voor mensen; dat overkomt vrouwen veel vaker.' Deze maatschappelijke oriëntatie is bijvoorbeeld ook te horen bij de lesbische therapeute die vertelt hoe ze getuige wil zijn van de geschiedenis van haar lesbische cliëntèle. Zij denkt de samenhang tussen individu en samenleving overigens ook de andere kant op: 'een probleem in een relatie is altijd een uitvergroting van een innerlijk conflict.'

Een van de meest inspirerende constateringën van het boek is dat de slachtofferrol waar vrouwen zich van oudsher zo in thuis voelen door al deze therapieën afgeschaft kan worden en dat het proces kan beginnen van wilsbesluiten, die genomen worden in het kader van het sterker ontwikkelen van leidinggeven van vrouwen in de cultuur. Boeiend zijn ook de uitstapjes die gemaakt worden naar de theorie over de psychologische ontwikkeling van vrouwen.

Over de doelstelling van de therapieën en de toegepaste methodieken is het boek het meest expliciet. Zichzelf zijn, zichzelf accepteren en van zichzelf houden is een veel genoemde doelstelling. De combinatie van ervaren, ontladen van dwarszittend gevoel, inzicht ontwikkelen in patronen en middelen bedenken om die te kunnen veranderen blijkt te helpen. Soms komt de lezer merkwaardige uitspraken over het procédé tegen, die spiritueel geïnspireerd lijken: 'Uiteindelijk ben je bezig met het schoonmaken van jezelf, het dichten van gaten in je aura. Je komt soms in de grootste dieptes, ook in zaken die mogelijk uit andere bestanden stammen, maar tegelijkertijd kom je daarmee in je hoogtes.'

Naast doelstelling en methodiek is de beroemde grondhouding aan de orde. Terwijl respect voor de wil van vrouwen in alle toonaarden wordt beleefd, sneuvelt het credo van de gelijkwaardigheid van de hulpverleningsrelatie: 'machtsverschillen tussen therapeut en cliënt zijn er altijd, je moet alleen onnodige ongelijkheid afbreken zoals dure woorden en jezelf belangrijk vinden. Als therapeut moet je beleefd zijn, niet amicaal.' Belangwekkend is ook de zelfkritiek: 'Ik denk dat het grootste probleem van de vhv is dat we nog te veel in standaardbeelden opereren. Voor heel veel vrouwen is het belangrijkste dat zij echtgenoot en moeder zijn. Haar droom over zichzelf is anders dan de mijne. Laten we niet blijven steken in het herkenningmodel.'

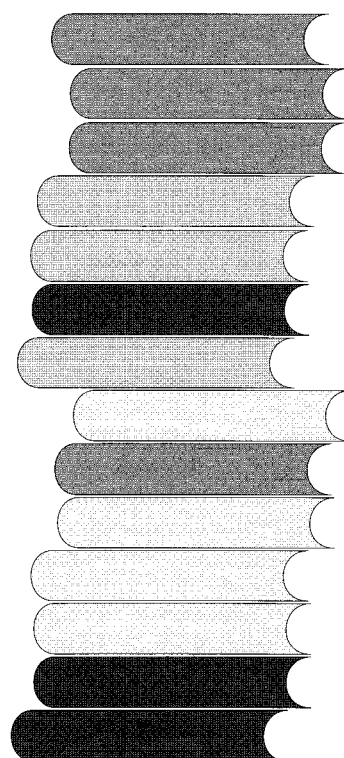
Koning geeft geen verantwoording van haar keuze van gesprekspartners. Er worden uiteenlopende categorieën gepresenteerd: theoretische of methodische school (psychosynthese, Gestalt), doelgroep (gezins-, lesbisch therapeute), discipline (psychiater) en geschiedenis (van het eerste uur).

Terwijl de uitgever suggereert dat de selectie een 'veelkleurig en volledig' beeld geeft van de praktijk van de vhv en de schrijfster wil dat het boek een 'oriëntatie is voor vrouwen die op zoek zijn naar informatie over allerhande therapievormen' lijkt mij de keuze van de the-

rapeuten toch vooral tot stand gekomen door de affiniteit van de samenstelster. Negen hoofdzakelijk in autonome projecten of privé werkende therapeuten en drie hoofdzakelijk in een Riagg werkenden, geen vrouwen uit AMW- en psychiatrie-instellingen, terwijl daar toch echt veel cliënten zitten. De vrouwen die spiritualiteit in brede zin bij hun werk belangrijk vinden komen het meest uitvoerig aan bod. Over therapiegroepen wordt vrijwel niet gerept, terwijl veel vhw'sters vasthouden aan de werkwijze in groepen als een van de oorspronkelijke idealen van de beweging en als een krachtig therapeuticum. Ernstig is ook dat uitsluitend witte vrouwen aan het woord komen zonder dat dit zelfs maar wordt geïmpliciteerd. Om deze redenen hinkt het boek wat op twee gedachten: 'Het boek is ook een persoonlijk verhaal,' zegt Koning in haar voorwoord en 'ik heb meer gekozen voor de positie van gesprekspartner dan van journalist.' Dat is te merken: zij is erg aanwezig in het boek, soms werkt dat storend (bijvoorbeeld in het gesprek met Delahaye en Voogt) en soms aangenaam stimulerend (in het gesprek met Langenkamp). Het boek is eigenlijk vooral een verslag van de zoektocht van de auteur geworden. Dat is op zichzelf interessant genoeg, maar daardoor maakt het de hooggespannen verwachtingen niet geheel waar. Niettemin: een aanrader voor geïnteresseerden in een belangrijke innovatieve stroming in de (geestelijke) gezondheidszorg en voor de diepere drijfveren van vrouwen van de naoorlogse generatie.

Helmi Goudswaard

Psychologe bij stichting De Maan, centrum voor methodiekontwikkeling, training en onderzoek in de vrouwenhulpverlening.



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

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

PUBLIKATIES

Op 23 april 1991 heeft de stichting ongewenste intimiteiten in de gezinsverzorging (Stoig) een studiedag georganiseerd onder de titel Hoezo, ongewenste intimiteiten in de kraamverzorging? Het doel van de dag was het probleem van ongewenste intimiteiten bespreekbaar en zichtbaar te maken. De ervaringen van de kraamverzorgenden vormden het centrale thema van de dag. Het verslag bevat de lezingen, een samenvatting van de gesprekken en een drietal bijlagen, waaronder een gedragscode.

Het verslag van de studiedag 'Hoezo ongewenste intimiteiten in de kraamverzorging?' is tegen betaling van portokosten verkrijgbaar bij Stoig, tel. 030-719091.

Schrijver van leerboeken beginnen het te leren: leerboeken moeten leerzaam, informatief en gemakkelijk leesbaar zijn. Financiering van de gezondheidszorg van Pety de Vries voldoet ruimschoots aan deze eisen. Het boek geeft inzicht in de financiële basis waar de hele gezondheidszorg op rust: de verdeling van de beperkt beschikbare middelen. Het boek bestaat uit twee grote delen, een over de uitgaven en ontvangsten in de gezondheidszorg en een over de kostenbeheersing.

'Financiering van de gezondheidszorg. Leerboek voor het hoger en universitaire onderwijs' (ISBN 90-312-0736-5) is uitgegeven door Kluwer en kost f47,50. In de boekhandel of te bestellen bij Libresso, tel. 05700-33155.

De Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO) heeft gezondheidszorg tot een van haar vier speerpunten in het beleid gemaakt. Uitgangspunt voor de ANBO is dat voorzieningen in de gezondheidszorg tegemoet moeten komen aan de wensen en behoeften van ouderen. Hiervoor is inzicht in het zorgsysteem en in de ontwikkelingen en knelpunten van belang. Om deze reden heeft de ANBO de nota Gezondheidszorg, standpunten en prioriteiten uitgebracht. Hierin is veel

informatie over de Nederlandse gezondheidszorg bijeengebracht.

'Gezondheidszorg, standpunten en prioriteiten' is te bestellen bij de ANBO, tel. 030-315278. Kosten f5,- exclusief porto.

En prima boekje Cliëntgebonden budget, een grensverkenning is uitgegeven door onder meer de Gehandicaptenraad. Wie meer wil weten over het cliëntgebonden budget (cgb) moet het aanschaffen. In 50 pagina's komen 13 onderwerpen aan de orde. Aanleiding voor de uitgave was een studiedag over dit thema op 18 april 1991 in Zeist. Geschreven met het oog op lichamelijk gehandicapten, is het boekje veel breder van toepassing. Natuurlijk zit er een verslagje in van de dag zelf, maar ook informatie over de twee Ziekenfondsraad-experimenten in Drenthe en Eindhoven. Zorgverzekeraars, hulpverleners en gehandicapten komen aan het woord. Ook een cliënt die geen cgb wil. Aandacht wordt gevraagd voor een cgb voor hulpmiddelen en een voor thuiszorg.

'Cliëntgebonden budget, een grensverkenning' door Wim Scheurer. Een uitgave van de Gehandicaptenraad, SDG en PSGU. Te bestellen door f14,95 op giro 3870502 t.n.v. Gehandicaptenraad. Ook is hier informatie te verkrijgen: 030-313454.

De congresbundel De kloof voorbij gaat over de verhouding tussen het wetenschappelijk onderzoek vanuit vrouwenstudies en feministische gezondheidszorgpraktijken. Centraal in het boekje staat de vraag wat vrouwenstudies kan betekenen voor de praktijk van de gezondheidszorg: loopbaanbeleid in de ziekenhuizen, vrouwenhulpverlening en de ontwikkeling van emancipatorisch onderwijs aan verpleegkundigen. In de artikelen worden onderwerpen besproken als 'vrouwenhulpverlening in de praktijk van de huisarts', 'groepsbehandeling van vrouwen met eetproblemen' en 'informatietechnologie in de thuiszorg'.

'De kloof voorbij. De relatie tussen onderzoek en praktijk op het gebied van vrouwen, gezondheid en gezondheidszorg', staat onder redactie van Klazien Horstman en Wies Weijts. Het is te bestellen bij het secretariaat van de vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Rijksuniversiteit Limburg, tel.: 043-888780.

Het 'nulnummer' van Vrouwen Gezondheidszorg is uitgekomen. Het blad is in de plaats gekomen van twee eerdere tijdschriften op het gebied van vrouwenhulpverlening: Via

Via en Slangengodin. Over het profiel staat in het redactioneel onder meer dat het 'is bestemd voor ieder die geïnteresseerd is in vrouwenhulpverlening. Het blad wil op de eerste plaats een bron zijn voor diegene die op uitvoerend en beleidsmatig niveau te maken heeft met hulpverlening na seksueel geweld en met specifieke vrouwenhulpverlening. "Vrouwen en Gezondheidszorg" is ook een platform voor de verschillende stromingen, die binnen de vrouwenhulpverlening bestaan.

'Vrouwen Gezondheidszorg' wordt uitgegeven door de stichting TMW, tel. 023-275354.

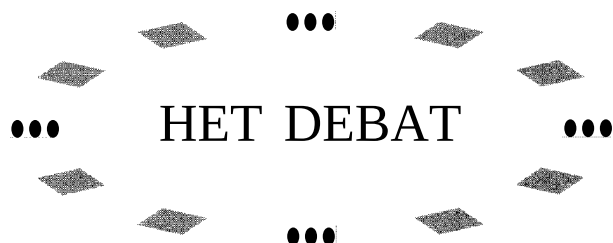
Wie de stelling onderschrijft, dat in de gezondheidszorg veel aan zorgvernieuwing wordt gedaan, maar dat er weinig vernieuwing plaatsvindt, is vermoedelijk niet geïnteresseerd in de evaluatie van een aantal zorgvernieuwingprojecten in de thuiszorg. Anderen, meer optimistisch ingesteld, kunnen in de eerste voortgangsrapportage van het evaluatieonderzoek relevante informatie verkrijgen over het onderzoek en de startfase van het Zorgvernieuwingprogramma Thuiszorg van WVC.

'OrC' starten en volhouden: evaluatie programma zorgvernieuwingprojecten thuiszorg van WVC' voortgangsrapportage 1991 is te bestellen bij de vakgroep beleidschap, Rijksuniversiteit Limburg, tel. 043-887453. De prijs is f32,50.

Medici contra kwakzalvers is een sociologische studie naar de geschiedenis van de Vereniging tegen de Kwakzalverij. Ondanks de dominante positie van de reguliere geneeskunde hebben de alternatieve therapieën nooit aan aantrekkingskracht ingeboet. De door reguliere artsen bepleite voorlichting en opvoeding mondde uit in een democratisering van medische kennis: er ontstond een nieuw besef van keuzemogelijkheden dat zich gedeeltelijk keerde tegen het professionalisme van de medische stand. Het boek geeft een helder overzicht van de politieke achtergronden van de ideologische strijd tussen reguliere en alternatieve genezers in de achttiende en negentiende eeuw.

'Medici contra kwakzalvers' door G. van Vegeheij is een uitgave van Het Spinhuis, Amsterdam. Het kost f27,50. Bestelling: 020-5252711/2670.

In 1991 is in drie TGP-nummers (1,3 en 6) een debat gevoerd over vrouwenstudies en het vrouwenlichaam. Drie onderzoeksters gaven op dit onderwerp hun visie. In de laatste bijdrage leverde Klasien Horstman kritiek op het artikel van Anita Jansen in TGP 1991 nr 3. Anita Jansen reageert.



VERDRAAIDE UITSPRAAK

In haar bijdrage aan het debat bekritiseert Klasien Horstman de uitspraak dat 'onderzoekers die werkzaam zijn in de sociaal-culturele wetenschappen slechts "veronderstellingen" produceren over sekse en gezondheid en dat we voor de empirische "feiten" in het domein van de biologie moeten zijn'. Horstman heeft groot gelijk: deze stelling is volkomen absurd. Maar er is meer dan dat. Het is ook een sluwe zet van haar. Door mij deze dwaze uitspraak in de schoenen te schuiven creëert zij een vruchtbare voedingsbodem voor ongenueanceerde kritiek op een uit de lucht gegrepen tegenstander en kan zij haar eigen pluralistische ei kwijt.

Op mijn pleidooi voor empirisch onderzoek gaat zij niet in, terwijl het mij daar toch allemaal om te doen was. Of heeft Horstman mijn boodschap eenvoudigweg niet begrepen? Ik hield een pleitrede voor meer empirisch onder-

zoek en minder ontoetsbaar theoretisch geneuzel binnen vrouwenstudies. Horstman vertaalt mijn empirische versus niet-empirische tegenstelling ten onrechte in een biologisch versus sociaal-cultureel/constructivistisch conflict. Ook sociaal-culturele theorieën kunnen getoetst worden. De 'feiten' die zij opleveren zijn minstens zo interessant als biologisch geconstrueerde 'feiten'.

Horstman moet dus wel goed lezen. Het is geen kunst om iemands uitspraken verkeerd weer te geven om vervolgens in een lang betoog die absurdistisch verdraaide uitspraken te bekritisieren! En over ad hominem argumenten gesproken: Horstman vindt mijn uitspraken wel begrijpelijk vanuit mijn perspectief als hulpverlener....

Anita Jansen
Rijksuniversiteit Limburg

Rectificatie

In het artikel van Gilles de Wildt over 'Apartheid in de gezondheidszorg', in het vorige nummer van TGP zijn bij de eindredactionele bewerking twee fouten beland. Op pagina 25, middelste kolom, staat dat in het Addington ziekenhuis 'ook babies van meer dan 1250 gram geholpen' worden. Bedoeld was: 'minder dan 1250 gram'. En een kolom verder: 'Er zijn in Zuid-Afrika veertien 'nationale' organen voor gezondheidszorg. Dan zijn er tien ministeries voor de thuislanden ...' Het woordje 'dan' suggereert dat er 14+10 organen zijn. Dat is niet zo, die tien van de thuislanden maken deel uit van de veertien. Wij bieden de auteur en de lezers onze verontschuldiging aan.

De redactie

Hoe helpt u een kind als Jimin?



Zo.

664

**Er staan 16.000 kinderen op de wachtlijst.
Voor fl,50 per dag kunt u helpen.**

De Ja, ik wil voor fl,50 per dag (f45,- per maand) financieel een kind adopteren en ontvang gelijktijdig alle informatie. Door omstandigheden genoodzaakt, kan ik mijn ondersteuning, altijd stopzetten. Graag ontvang ik eerst meer informatie.

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Telefoon: _____

Woonplaats: _____

Stuur de bon in een open envelop naar Antwoordnummer 7676, rooo SL Amsterdam. Een postzegel hoeft niet mag wel.

FOSFER PARENfS PLAN

Stichting Foster Parents Plan Nederland, Ulenpas 18, 1082 LC Amsterdam.



Vul de bon in ofbel: 06-3212345.

Deze actie wordt gevoerd in samenwerking met de Rabobank en Vroom & Dreesmann. In alle vestigingen vindt u onze informatiefolder.

DE GEVOLGEN VAN ROKEN VOOR HARTEN BLOEDVATEN

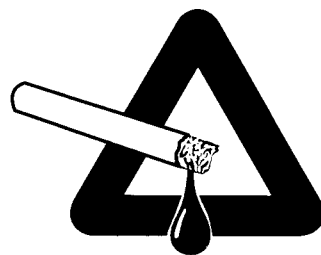
*fi
ru* Is je hart je lief is

Het hart is het middelpunt van onze bloedsomloop. Dat klopt. Het stuwt het bloed - en daarmee de zuurstof - via de bloedvaten naar alle weefsels. 'U zijn er nogal wat factoren die de werking van hart en bloedvaten kunnen beïnvloeden. Een te hoog cholesterolgehalte in het bloed, een te hoge bloeddruk, een te hoog lichaamsgewicht, onvoldoende lichaamsbeweging, stress en roken zijn van invloed op het ontstaan en verergeren van hart- en vaatziekten.

Van de genoemde risicofactoren zorgen een te hoog cholesterolgehalte, een te hoge bloeddruk en roken voor de meeste nadeligheid. Door verstandig en gevarieerd te eten en te zorgen voor voldoende lichaamsbeweging kunnen we het nodige doen aan het cholesterolgehalte en de bloeddruk. Maar hierbij spelen ook andere factoren en levenswijzen een rol, die niet zo makkelijk te veranderen zijn.

Met roken ligt het eenvoudiger. Het is een op zichzelf staande, aanwijsbare oorzaak van hart- en vaatziekten. Door ermee te stoppen, hef je het risico op. Niet voor niets beschouwt de Wereldgezondheidsorganisatie roken als de belangrijkste, veranderbare factor voor ziekten die verband houden met aandoeningen van de kranssladeren. Daarom:

**Help uw hart een handje,
stop met roken**



**STICHTING
VOLKSGEZONDHEID EN
ROKEN**

Postbus 84370 • 2508 AJ Den Haag • Telefoon 070 - 352255

ALS HET
LEGER
VAN PERU
JE SPAART,
KRIJG JE
VAN REBELLEN
DE KOGEL.

In Peru ben je vóór het leger. Of je krijgt de kogel. Ben je vóór het leger, dan ben je tegen de rebellen. Ook dan krijg je de kogel. Voor wie ben je? **GIRO 454000**



AMNESTY INTERNATIONAL