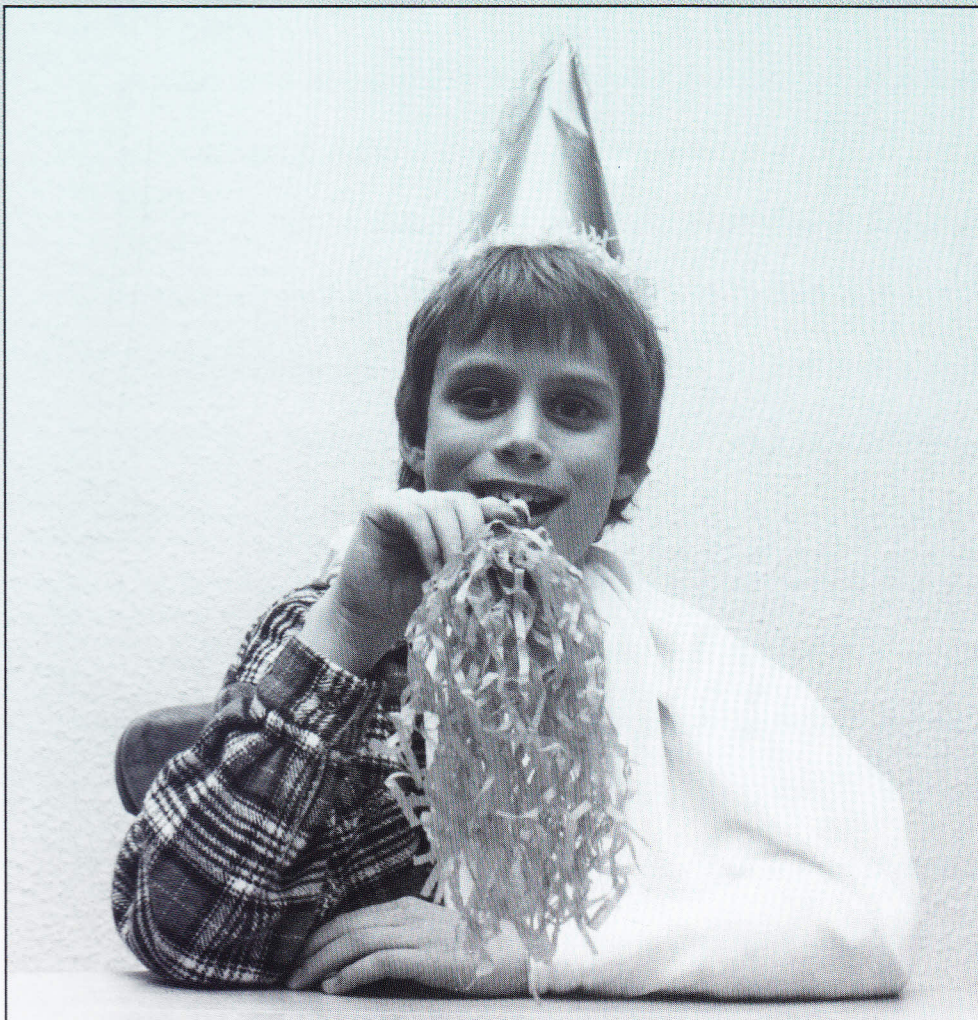


TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 11
NR. 1 / JANUARI 1993



10 jaar TGP

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 21
NR. 1 JANUARI 1993

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

Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:

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

Redactie:

Annemieke Bosma, Thea Dukkers van
Emden, Luc Klaphake, Annemiek Meinen,
Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Ingrid
van de Vegte, Joost Visser, Hetty Vlug
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenbergh, Hans Blaauwbræk,
Adri van de Bom, Marziën Bouwmans, Aaf
van Essen, Maarten Evenblij, Maria
Hermsen, Joost van der Meer, Harry
Kempers, Bart Lammaris, Evelyne de
Leeuw, Arko Oderwald, Menno
Reyneveld, Hans Spijker, Marco Strik,
Gabriëlle Verbeek, Janneke van Vliet,
Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

Artikelen of ideeën kunt u 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 twee
maanden voor het verstrijken van de abonne-
mentsperiode, geen schriftelijk bericht van
opzegging is ontvangen wordt het abonne-
ment automatisch met een jaar verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 12,50

Foto omslag:

Jurre van Diemen (10)
Foto: Jean-Claude Malatète

Vormgeving:

LOCO - Reklame- Ontwerpburo
Postbus 631, 6000 AP Weert.
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

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

INHOUD

- 2 Redactioneel
- 3 FEEST!
- 4 Erik Heydelberg & Gerrit Salamink...
Een golf van vernieuwingsprojecten,
maar waar bleven de oude idealen?
- 7 Tien jaar TGP
Tegen geneuzel en prietpraat
Evelyne de Leeuw, column
- 8 Frans van der Pas
'Steeds klemmender werd de vraag wie ik nu eigenlijk hielp:
de zieke mens of de medische macht.'
Herman van Aalderen over huisartsen en patiënten
- 11 Het mooiste artikel
volgens Annemarie Mol
- 12 Juul van Ogtrop
Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan
- 14 Yvonne van Geenhuizen
Minder genuanceerd beleid in TGP, meer sprankelende
oppositie a.u.b.
- 17 De patiënten van tekenaar Bert Comelius
- 18 Goof van de Wijngaart & Hans Spijker
Een verloren ideaal en een nieuw elan
Carolien Haagh, wijkverpleegkundige
- 20 Tien jaar TGP
Landelijk en niet al te heetgebakerd
Sigrid Sijthoff, column
- 21 Bas van der Heide
Wemos strijdt tegen medisch eenrichtingsverkeer van Noord naar Zuid
- 24 Thea Dukkers van Emden
'Ik slik - help me eraf!'
Ineke Thomeer over vijftien jaar Vrouwen en Medicijngebruik
- 26 Vruchten van eigen werk
Jos van der Lans, column
- 27 Selma Sevenhuijsen
Mantelzorg hoeft niet strijdig te zijn met emancipatie
- 31 Uit de kast
Gerard Goudriaan... herlas
Hans Achterhuis' De markt van welzijn en geluk
- 32 Signalementen

TIEN JAAR TGP

REDACTIONEEL

Het nummer dat u nu in handen hebt, is het eerste van de elfde jaargang. Eenvoudiger gezegd: het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek bestaat tien jaar. Een heuglijk feit, zeker als we alle bloed, zweet en tranen meetellen die het heeft gekost om dit tijdschrift, dat bijna in zijn geheel door vrijwilligers wordt gemaakt, twee keer per jaar bij u in de brievenbus te laten vallen. Reden voor redactie en bestuur om het tienjarig bestaan van TGP te vieren. Dit nummer is bijna in zijn geheel in het teken van de tienjarige TGP. De themaredactie, belandde uit: Thea Dukkers van Emden, Evelyn de Leeuw, Annemarie Mol, Frans van der Pas en Goof van der Wijngaart, heeft geprobeerd historie en heden met elkaar te verbinden.

Dit jubileumnummer is niet de enige activiteit in het kader van tien jaar TGP. Op zaterdagmiddag 1 april vindt in Utrecht een receptie-met-inhoud plaats. Het inhoudelijke deel van de receptie is een debat over de functie van kritische journalistiek in de Nederlandse gezondheidszorg. Hierin zal vooral een blik op de toekomst worden geworpen. Hiernaast vindt u een uitnodiging voor deze bijeenkomst. U bent van harte welkom.

Zelf ben ik een van de gelukkigen die in het bezit is van alle jaargangen TGP. Het geeft mij een trots gevoel om de vierenveertig nummers die in die tien jaar zijn gemaakt door te bladeren en door te lezen. Om te zien hoe het tijdschrift is geëvolueerd, van een idealistisch studentenblad tot een respectabel en goed gelezen en geciteerd tijdschrift op het terrein van gezondheid en sociale gezondheidszorg.

Ik vermoed dat de oprichters van dit tijdschrift, een groep Groningse gezondheidswerkers en medische studenten, zich niet hebben gerealiseerd dat ze dit allemaal met hun initiatief teweeg hebben gebracht. En of ze blij zijn met wat ervan terecht is gekomen, is de vraag. Het antwoord vindt u in twee bijdragen van redactrices van het eerste uur: Sigrid Sijthoff en Yvonne van Geenhuizen.

Zoals u misschien weet, heette dit tijdschrift tien jaar geleden anders: 37.5. Wie nooit geweten heeft welke diepere wijsheid hierachter schuilging, komt er in de column van Sigrid Sijthoff eindelijk achter: 37.5 staat voor 'koortsig'.

De eerste twee jaar was 37.5 de officiële titel van het tijdschrift, totdat het begin 1985 *Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek* ging heten. Een echte titelwijziging was het echter niet. Als we naar de voorkant van het eerste nummer kijken, zien we een hardblauwe omslag bestaande uit twaalf hokjes. In de hokjes onder meer de vermelding '37.5 Tijdschrift voor ge-

zondheid en politiek'. Ook op de omslag de vermelding van vier van de onderwerpen die in dat nummer ter sprake komen: 'Pijn in de eerste lijn', 'Illich over ziekenhuisbouw', 'De macht aan de gebruikers' 'Ontwikkelingshulp ontmaskert'. Bij het laatste onderwerp vraag je je af of het een pijnlijke spelfout is of een niet alledaagse visie op ontwikkelingshulp.

Met deze vier onderwerpen was voor een belangrijk deel de trend in het tijdschrift voor de komende tien jaar gezet. De eerste lijn, later moeiteloos thuiszorg genoemd, werd - tot het artikel van Yvonne van Geenhuizen in dit nummer - in alle toonaarden omhelsd en bejubeld; het denken van Ivan Illich, met in zijn voetspoor Hans Achterhuis, heeft in dit tijdschrift veel aandacht gehad; de gebruiker heeft altijd centraal gestaan en gezondheid (szorg) in ontwikkelingslanden is nog steeds een belangrijk redactioneel aandachtspunt. Niet voor niets is in dit nummer een terugblik opgenomen van ruim tien jaar actie voeren door de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking.

De eer van het eerste artikel in het nieuwe tijdschrift ging naar Erik Heydelberg en Gerit Salemiak. Hun artikel getiteld 'de politieke exploitatie van de eerste lijn gaat onverminderd door' was het eerste - maar niet het laatste - pleidooi ter versterking van de eerste lijn. Hoe er toentertijd over dit onderwerp werd gedacht komt in de slotzin goed tot uiting: 'Zolang de bereidheid om uit de capaciteitsvermindering van de tweede lijn vrijkomende middelen en mensen in de eerste lijn in te zetten niet bestaat, zal van een werkelijke versterking geen sprake zijn.' Gedateerd, maar toch actueel! Heydelberg en Salemiak openen ook dit nummer. Zij concluderen dat de vernieuwingsdrang in de gezondheidszorg de afgelopen tien jaar vrij ingrijpend is veranderd. Zorgvernieuwing is volgens hen geïnstitutionaliseerd geraakt.

Dergelijke conclusies werden in 1983 nog niet getrokken. In het verslag van de ronde-tafel-discussie over de toekomst van de eerste lijn klonk een optimistisch toon door. Een van de deelnemers aan die discussie was Herman van Aalderen, op dat moment net opgestapt als hoogleraar in de huisartsgeneeskunde. In dit nummer blikt Frans van der Pas met hem terug op de afgelopen tien jaar: hoe kijkt Van Aalderen nu aan tegen zijn opzienbarende stap? Wat is er bij huisartsen en patiënten veranderd?

Bij de duik in het verleden valt één nummer op: het laatste van 1984. Niet voor de laatste keer was er toen een facelift. De wat saaie voorkant met de twaalf hokjes was ingeruild

voor onder meer een foto van een streng kijkende verpleegster met een koortsthermometer in haar hand en, in verband met het in dat nummer behandelde thema kwaliteit van de zorg, een kwaliteitskeunerk op haar hoofd.

Interessant in dat nummer was een beschrijving van een - helaas fictieve - consumentenbondtest van huisartsen. Net als ijskasten worden huisartsen met elkaar vergeleken. Geen van de artsen bleek geheel te voldoen aan de gestelde eisen. Wie zich in dit tijdperk van concurrentie en toenemend consumentenbewustzijn wil laten inspireren, raad ik aan dit artikel op te zoeken. Een ander artikel uit dat nummer hoeft u niet op te zoeken. Dat is nu integraal herplaatst. De redactie vroeg aan Annemarie Mol op zoek te gaan naar het mooiste artikel van TGP. Zij koos onder het motto 'sommige artikelen vergeet je nooit' het artikel van Juul van Ogtrop 'Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan'. Zoals Mol zegt: de dingen waarover in het artikel geschreven staat zijn niet voorbij gegaan

U begrijpt dat ik pagina's door kan gaan met het idealiseren van het verleden. Met het bekritisseren, soms het loven, van nummers waar ik zelf aan heb meegewerkt, als auteur; als redactieraadslid, als redacteur. Met het citeren van Jelle Jan Klinkert, die in *Trouw* (10-4-1985) het tijdschrift niet zozeer links als wel verstandig noemt. Met het signaleren van artikelen die in analytische zin baanbrekend waren, zoals het artikel van Annemarie Mol (in 1985 nr. 4) waarin zij in een haarscherpe analyse aangaf dat het een illusie is te spreken van de patiëntenbeweging die op zou kunnen komen voor de gezondheidszorg in het belang van de patiënt.

Ik zal de verleidende weerstaan. Ik wil, zoals het hoort bij een dergelijke vreugdevolle overpeinzing, iedereen die zich voor het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek heeft ingezet dank zeggen. Ook een dankwoord aan de lezer die al die jaren trouw is gebleven aan dit tijdschrift, aan wie nooit wat is gevraagd en die alle redactionele oprispingen maar over zich heen heeft moeten laten komen.

Gerard Goudriaan

Voorzitter stichting Gezondheid en Politiek

1993

HET TIJDSCHRIFT VOOR GEZONDHEID EN POLITIEK BESTAAT TIEN JAAR

Daarom organiseert TGP een Feestelijke ontmoeting met inhoud

Tijdens de bijeenkomst vindt een debat plaats over de functie van kritische journalistiek in de Nederlandse gezondheidszorg.

De bijeenkomst is in de eerste plaats bedoeld voor alle (oud-)medewerkers en alle (oud-)auteurs die de afgelopen tien jaar een bijdrage aan het tijdschrift hebben geleverd. Anderen zijn ook welkom.

Zaterdagmiddag 3 april van 15.00 tot 18.00 uur

In een van de zalen van café Zeezicht
Nobelstraat 2, Utrecht
(vlak bij het Janskerkhof,
10 minuten lopen van het Centraal Station)

Entreprijs f10,- inclusief twee consumpties

Het TGP-bestuur
Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

EEN GOLF VAN VERNIEUWINGSPROJECTEN, MAAR WAAR BLEVEN DE OUDE IDEALEN?

Erik Heydelberg en Gerrit Salemink

Het TGP kwam voort uit een drang tot maatschappelijke vernieuwing die zich in de loop van de jaren zeventig ook in de gezondheidszorg nadrukkelijk was gaan manifesteren. Nu beleven we weer een hausse in zorgvernieuwing, maar die is van geheel andere aard. Het begon allemaal met emancipatie en via professionalisering komt het tot strategisch beleid van instellingen. De gebruikers van de zorg organiseerden zich eerst als patiënt, vervolgens als consument, maar in toenemende mate misschien (weer) als burger.

Zorgvernieuwing is in. Allerlei gerenommeerde organisaties in de gezondheidszorg houden zich ermee bezig, bij voorkeur op basis van een gesubsidieerd project. In opdracht van het ministerie van WVC wordt sinds vorig jaar een landelijke registratie van dergelijke zorgvernieuwingprojecten bijgehouden door NIVEL, NcGv, en NZI. In 1991 werden er 475 projecten geteld. Die worden ingedeeld naar soort vernieuwing, namelijk organisatorische, proces- of produktvernieuwing, en naar doelgroep, bijvoorbeeld psychiatrische of psychogeriatrische patiënten, ouderen, chronisch zieken, terminale patiënten, lichamelijk of geestelijk gehandicapten.

De meeste projecten hebben betrekking op doorbreking van echelons grenzen, vervanging van intramurale door ambulante zorg, tussenvoorzieningen als beschermde woonvormen en differentiatie van het aanbod. Opvallend is dat er geen zorgvernieuwingprojecten met betrekking tot de opvang van acute klachten zijn gesignaleerd.

De onderzoekers verbazen zich over de 'ware experimenteerdrijf' die ze hebben aangetroffen bij het bestaande, algemeen als hoog aangemerkte kwaliteitsniveau van de zorg, zo blijkt uit een verslag van de eerste registratieronde in het KNMG-blad *Medisch Contact*. Als mogelijke redenen daarvoor noemen zij: de toenemende behoefte aan complexe zorg die niet binnen de bestaande kaders georganiseerd kan worden, de noodzaak van kostenbeheersing, de individualisering met als gevolg behoefte aan 'zorg op maat' en *last but not least* de aandacht van de overheid voor zorgvernieuwing (lees: bereidheid tot subsidiëren). Daarnaast acht men de 'tijdgeest' van belang: 'Vernieuwing is voor hulpverleners een welkome doorbreking van de dagelijkse routine, voor managers is het een manier om de "spirit" in de organisatie te houden en de organisatie extern te profileren en voor hoogwaardigheidsbekleders is het een manier om zich in een tijd van bezuinigingen met positieve actie te associëren.'

De tijdgeest die indertijd leidde tot de oprichting van het toen nog 37.5 geheten TGP was een geheel andere. Op een groot aantal terreinen in en buiten de gezondheidszorg waren 'oppositie' bewegingen actief die probeerden de machtsverhoudingen te veranderen.

EMANCIPATIE

Emancipatie was daarbij het centrale thema. Roemruchte voorbeelden zijn de patiëntenbeweging, met name die onder 'cliënten' van de psychiatrie, de vrouwenbeweging, de beweging van verplegenden en verzorgenden, progressieve artsen en bewonersinitiatieven die leidden tot de oprichting van gezondheidscentra.

Gezondheidscentra oprichten was ook het doel van joint ventures van gemeentelijke overheden en de vakbeweging, middels zogenaamde commissies 'ex-artikel 61'. Het experiment met geïntegreerde gezondheidszorg in Almere was het pronkstuk van deze stroming.

Dan waren er bewegingen gericht op de gezondheidszorg in de derde wereld en op alternatieve geneeswijzen. De milieubeweging was er ook al, maar die viel toen nog enigszins buiten het gezichtsveld van de redactie.

Het Tijdschrift moest midden in deze gonzende bijenkorf van beweging staan, er onderdeel van zijn, er richting aan geven, het verbindende element blootleggen, en alles in een 'breed maatschappelijk en politiek kader' plaatsen.

In het redactioneel van het allereerste nummer staat het zo: 'Spreiding van inkomen, kennis en macht is een geveuld begrip geworden door toedoen van de PvdA. Spreiding, omdat er sprake is van grote ongelijkheid in kennis, macht en inkomen. Minder algemeen bekend is dat die ongelijkheid ook bestaat op het gebied van gezondheid; het voorkomen van ziekte en de toegankelijkheid van zorg. (...) Ongelijkheid is er ook in machtsvorming binnen de gezondheidszorg. Beheer en planning, verdeling en besteding van gelden is in handen van een selecte groep bestuurders. Be-

stuurders van particuliere, vaak confessionele organisaties (ziekenhuizen, ziekenfondsen) hebben een grote greep op het gebeuren in de gezondheidszorg, naast sterke belangengroepen als artsen-, apothekers- en tandartsenorganisaties. Vanuit de basis van de machtspiramide komt gelukkig het noodzakelijke weerwerk tegen het om zich heengrijpende afbraakbeleid.'

Het Tijdschrift moest, aldus het redactioneel een 'forum voor linkse discussie' worden.

Tien jaar later is het begrip links eerst in onbruik en later zelfs in diskrediet geraakt en wat progressief is zou niemand meer precies kunnen zeggen. Gezondheidscentra bestaan nog steeds, maar niemand verwacht er meer een revolutionaire invloed op de zorg van. Het experiment met geïntegreerde zorg in Almere, waarover in de eerste jaargang van het Tijdschrift verwachtingsvol werd geschreven, is op zichzelf blijven staan zonder nog veel enthousiasme op te wekken. Bewonerscomités hebben hun handen vol aan etnische tegenstellingen en verslavingscriminaliteit in de wijk en komen aan gezondheidszorg niet meer toe. Toch worden veel doelen van toen wel min of meer bereikt, ook al is de 'beweging' er een beetje uit. De patiëntenbeweging staat op het punt om als officiële 'derde partij' in het stelsel geïncorporeerd te raken. De verplegenden en verzorgenden hebben hun eigen vakbond, vrouwenhulpverlening is een belangrijke doelstelling van een keur van 'reguliere' hulpverleningsinstanties en de standsorganisaties van artsen zijn een duidelijk kwaliteitsbeleid gaan voeren naast de traditionele belangenbehartiging.

STRATEGISCHE INSTELLINGEN

De plannen van de commissie-Dekker en het daarop grotendeels gebaseerde plan-Simons hebben nog maar in beperkte mate tot aanpassingen in wet- en regelgeving geleid. Wel heeft de stelselherziening een grote cultuuromslag binnen de instellingen voor gezondheidszorg teweeggebracht. De aangekondigde, en voor een deel ook gerealiseerde, nieuwe verhouding tussen aanbieders en financiers is daartoe een belangrijke stimulans. Steeds meer ziekenfondsen en particuliere verzekeraars stellen zich op als ondernemende partij. De financiers krijgen aandacht voor en bemoeienis met de inhoud van het zorgaanbod. Het Zilveren Kruis in Maarssenbroek bijvoorbeeld nam een bijna failliet gezondheidscentrum over en transformeerde het in een 'Zilverzorg'-cen-

trum. Andere verzekeraars exploiteren 'lifestyle'-centra of ligitaxis. Minder in het oog springend, maar minstens zo essentieel is de bemoeienis van financiers met investeringsplannen van verpleeghuizen en ziekenhuizen, het stimuleren van samenwerking in de thuiszorg en registratie in de huisartsenpraktijk, het financieren van tussenvoorzieningen in de ouderenzorg, het ondersteunen van een opvanghuis voor daklozen et cetera et cetera. De lijst is lang en weerspiegelt het ontstaan van een onderhandelingscultuur tussen financiers en aanbieders die vooruitloopt op de voortgang in de stelselherziening.

Elke zichzelf respecterende instelling heeft tegenwoordig een strategisch beleidsplan om haar kansen op deze 'markt' in kaart te brengen. Daarbij kijkt men met een scheef oog naar zusterinstellingen en tegelijkertijd met een calculerend oog naar mogelijke 'strategische' samenwerkingsverbanden. Verpleeg- en verzorgingshuizen die een reductie van hun bedden capaciteit voorzien, richten zich met hun aanbod op de thuiswonende ouderen. Kruisverenigingen beginnen thuiszorgwinkels en streven naar een loket voor alle thuiszorg. Ziekenhuizen sturen polikliniekverpleegkundigen naar thuiswonende diabetici en reumapatiënten. En elk van deze instellingen zoekt partners, en vaak ook financiering, om deze nieuwe diensten aan te kunnen bieden. Zo ontstaan heel interessante netwerken die door veel ziekenfondsen krachtig gestimuleerd worden.

De instellingen ondertussen bevinden zich op een soort quasimarkt van zorgvernieuwing. Enerzijds proberen zij door marktverkenningen een beeld te krijgen van de toekomstige vraag naar diensten en hun aanbod daarop af te stemmen. Anderzijds zijn hun diensten nog grotendeels gebonden aan bestaande erkenningen, normeringen en taakstellingen.

DE OUDE DOELEN

In het Tijdschrift wordt met enige tevredenheid het faillissement van twee van dergelijke vernieuwingsinitiatieven aangehaald om te kunnen constateren dat de commercie in de gezondheidszorg niet veel kans zal krijgen.' Ook in het stelsel van Simons zal solidariteit een belangrijk principe blijven. Zoveel verder als hij zouden we toch ook niet meer willen gaan, of wel soms? Tenslotte realiseert Simons een oud ideaal van 'links': de volksverzekering tegen ziektekosten. We mogen al blij zijn als hij het haalt.

Is er iets op tegen dat allerlei instanties het gedachtengoed van de oppositionele bewegingen van toen hebben geassimileerd? Een stuk van de beoogde emancipatie wordt op die manier gerealiseerd. Het probleem is alleen dat doelen worden veranderd, zodat je je er niet meer in herkent, maar toch moeite hebt met de vraag wat er dan niet goed aan is. Zijn de doelen van de patiëntenbeweging bereikt nu de patiënten-

HEALTH CARE BOULEVARD



Tekening: Bert Cornelius

rechten een wettelijke basis krijgen? Is de reguliere hulpverlening voldoende geëquipeerd om de categoriale, veelal uit de vrouwenbeweging voortgekomen, hulpverleningsinstanties overbodig te maken? Is de aandacht in de officiële internationale vakpers voor 'Eva's risico' op mannenziekten nu een succes van de vrouwengezondheidsbeweging, of een valstrik en het zoveelste bewijs van mannelijke dominantie?

In het Tijdschrift is wel aandacht voor de zorgvernieuwing, maar er zijn nauwelijks auteurs die in de bovenaangehaalde golf van vernieuwingsprojecten de vervulling van het oude streven zien.

Er is ook geen roep om actie om de totale professionele overheersing van de zorgsector - in-

clusief standsorganisaties, verzekeraars en adviesorganen - aan te tasten met als doel de realiseringskansen van Simons' volksverzekering te vergroten.

Het strategisch denken en handelen van instellingen is niet typisch voor de gezondheidszorg, maar meer een uitdrukking van een algemene maatschappelijke verzakelijking. De eerste die daartoe het voorbeeld geeft is de overheid zelf die zich in veel gevallen als onderneming met markten en produkten opstelt. Zo laten de personeelsadvertenties van sommige gemeenten ons weten dat de desbetreffende gemeente 'een dynamisch concern' is 'met een omzet van achthonderd miljoen en een eigentijdse corporate structuur'. Ook veel

zorginstellingen zien zichzelf als bedrijf en benaderen ook hun klanten als zodanig. De patiënt is een consument geworden die 'klantvriendelijk' tegemoet getreden moet worden en aan wie 'een zorgprodukt op maat' geboden moet worden. Achter deze terminologie gaan vaak intenties schuil die niet ver afstaan van de doelstellingen van participatie en kwaliteit, van voorafgaande golfbewegingen in de drang tot vernieuwing van de zorg.

Maar er zijn verschillen. De brede maatschappelijke doelstellingen, zoals bijvoorbeeld gezondheidscentra die kenden, verdwenen, en daarmee het zicht op en inzicht in problemen van specifieke groepen en buurten. Ook andere traditionele vertegenwoordigers van het maatschappelijke karakter van gezondheid en gezondheidszorg, zoals de vakbeweging en lokaal bestuur, hebben zich gaandeweg teruggetrokken van het terrein van de gezondheidszorg. De strategisch denkende instelling benadert de klant heel sterk individueel.

ONGELIJK VERDELEN

Met die gelijkschakeling van klanten op de markt doen zich een aantal problemen voor. Het belangrijkste is dat voor een gelijke kans op gezondheid vaak een ongelijke verdeling van gezondheidszorg nodig is. Dat wordt duidelijk uit bijvoorbeeld het Amsterdamse 'Vergelijkend buurtonderzoek' en andere studies naar de relatie tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheid.

De calculerende, strategisch denkende instelling heeft vaak meer oog voor de individuele keuzemogelijkheden van de klant dan voor maatschappelijke doelstellingen als gelijkheid. Tegelijkertijd groeit het besef dat, om aan de doelstelling van gelijkheid in toegang en kwaliteit van zorg te voldoen, er 'groepsspecifiek' beleid nodig is. De Amerikaanse hoogleraar Iris Young spreekt van 'gelijkheid als acceptatie'. Dat houdt praktisch in dat vrouwen, allochtonen, gehandicapten, drugsverslaafden, of wat voor specifieke groep dan ook, geaccepteerd worden in hoedanigheid en behoeften. Dat betekent onvermijdelijk dat 'het normale' niet meer het uitgangspunt voor sociaal beleid is. Daarvoor in de plaats komen burgers die voor de wet gelijk, op grond van verschillende behoeften tot verschillende aanspraken op voorzieningen komen.

Het rapport van de commissie-Dunning doet een beroep op professionals en gebruikers in de zorg om tot 'gepast gebruik van zorg' te komen. Voor de gebruikers gaan keuzen in de zorg onvermijdelijk over aanspraken. De commissie-Dunning kiest in haar aanbevelingen onomwonden voor een rol van de zorggebruiker als een burger die bepaalde aanspraken op het zorgsysteem kan doen gelden. De grote vraag hierin is of dat denken en handelen rond aanspraken nog wel een sociale dimensie of onderling afhankelijk karakter krijgt. Doordat de overheid in de stelselherziening meer over-

laat aan het overleg tussen financier, professional en gebruiker bij het tot stand brengen van aard en omvang van zorg, geeft zij haar doelstelling van gelijkheid deels uit handen. Kan van de andere marktpartijen verwacht worden dat zij die rol overnemen? Of gaat de solidariteit, verloren door de opkomst van het marktdenken en het strategisch handelen van instellingen op die markt? En verdwijnt het besef dat gezondheidszorg een publiek domein is, waar schaarse middelen worden afgewogen tegen verschillende belangen?

BURGERSCHAP

Kan er tussen overheid, aanbieders en financiers van zorg en gebruikers een verhouding tot stand worden gebracht die recht doet aan uitgangspunten van zowel gelijkheid als keuzevrijheid? Stuart Hall⁶ geeft aan het burgerschapspectief dat Dunning schetst de onduidelijke opdracht mee om individuele en maatschappelijke vrijheid met elkaar in evenwicht te brengen. De overheid en de gebruikers van zorg en hun organisaties worden bij dat streven met hele nieuwe eisen geconfronteerd.

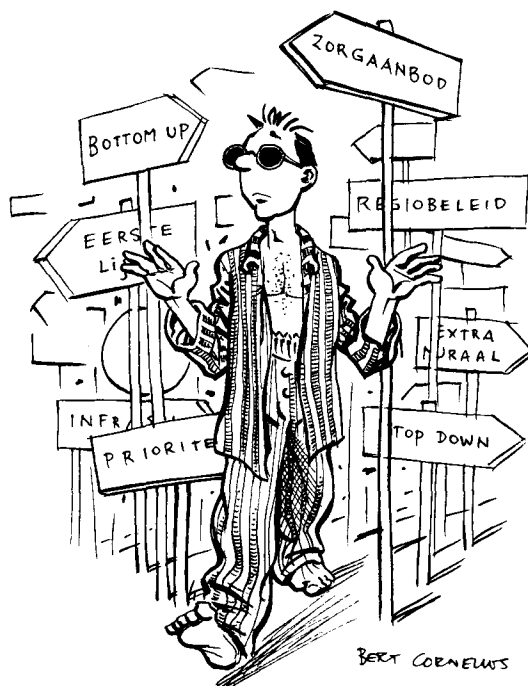
Volgens de Engelse econoom Geoff Mulgan is noch de invloed van de consumentenbeweging, noch het werken met contracten tussen aanbieders en financiers van zorg een voldoende alternatief voor de verantwoordelijkheden van de publieke sector om een balans tussen gelijkheid en individuele keuzevrijheid te realiseren.⁷ De uitdaging voor vernieuwing in de zorg nu is niet alleen produkt- en organisatieverbetering, maar ook aansluiten bij nieuwe gemeenschappen die veelal buiten de gezondheidszorg zelf tot stand komen. Daarbij gaat het om zelforganisaties van allochtonen, om buurtnetwerken, om ouderenbonden en bij-

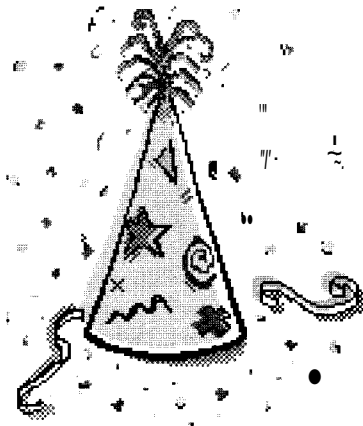
voorbeeld om de gehandicaptenbeweging. Stuk voor stuk bewegingen die zich breder richten dan de gezondheidszorg, maar wier behoeften en aanspraken wel als ijkpunt voor vernieuwing van zorg en welzijn kunnen dienen.

Resumerend, de vernieuwingsdrang in de gezondheidszorg is in de tien jaar dat het Tijdschrift bestaat vrij ingrijpend van karakter veranderd. Zorgvernieuwing is geïnstitutionaliseerd geraakt, dat wil zeggen tot strategisch beleid van instellingen en overheid gemaakt. Voor het Tijdschrift ligt de uitdaging in het beantwoorden van de vraag in hoeverre de nieuwe ontwikkelingen het 'oude' ideaal van gelijkheid in de toegang tot de zorgvoorzieningen realiseren binnen de hedendaagse maatschappelijke verhoudingen, waarin de gebruikers zich als burgers organiseren en als zodanig hun aanspraken op zorg tot gelding brengen.

Noten

1. A. de Veer, D. de Bakker en P. Peters, 'Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg'. In: *Medisch Contact* 1992, nr. 36, p. 1033.
2. Redactioneel TGP 1983, nr. 1, p. 4.
3. René Grotenhuis, 'Marktwerking in zorg'. In: TGP 1992, nr. 4, p. 16.
4. Thea Dukkers van Emden, Redactioneel TGP 1992, nr. 4, p. 2.
5. In het Tijdschrift heeft Annemarie Mol al eerder de aandacht gevestigd op het onderscheid tussen klant burger en patiënt. 'De publieke patiënt'. In: TGP 1991, nr. 4, p. 18.
6. Stuart Hall, *Het minimale zelf en andere opstellen*, SUA Amsterdam, 1991; p. 160: '... de huidige burgerschapspolitiek (moet) rekening houden met de individuele en sociale dimensies van burgerrechten en (moet) daartussen een nieuw evenwicht zien te vinden'.
7. Geoff Mulgan, 'Efficiency and community in the public sector', NIZW-lezing Utrecht 1992.





c <> l u m n



10 JAAR TGP TEGEN GENEUZEL EN PRIETPRAAT

Het was zo'n aardig plan van de themaredactie voor dit nummer, juist omdat ik de trotse bezitster ben van alle jaargangen van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek (TGP). Samen met een collega zei ik toe eens eventjes haartijn te analyseren hoe TGP is ontstaan in de naweeën van de - zeker voor de gezondheidszorg - woelige jaren zeventig en hoe de heftige progressieve ambities van TGP in tien jaar langzaam zijn verworven tot slap apolitiek geleuter.

Helaas. Het is er niet van gekomen. Met enthousiasme begonnen we inhoudsopgaven in onze personal computers te scannen, en met handige software-pakketjes op inhoud te analyseren. Bij dat begin is het gebleven.

Internationale conferenties riepen, editorials in internationale tijdschriften lokten, onderzoeken moesten sneller dan het licht worden gepubliceerd, studenten eisten begeleiding bij hun carrièrebevorderende ambities, en een consultantetje hier of daar levert meer geld op dan een stukje in het Tijdschrift, voor Gezondheid en Politiek.

Schaam! Schaam op mij en de mijnen!

Helaas bleef de themaredactie van dit feestnummer hameren op mijn toezegging: 'Leeuw-tje, wij verwachten nog die lumineuze bijdrage voor 10 jaar TGP...'

Gedurende het kerstreces staarde ik me daarom opnieuw kapot op de inhoud van file TGPI0.TXT, en telkens weer wapperde daar op de rand van het scherm het memoplakkertje met de haastig gekrabbelde vraag: het Ideaal: weg of bewaard? Het werd zelfs zó erg dat de notebook mee ging naar het kerstkonijn, naar de olieballen, het vuurwerk en zelfs de coiffeur; ik wist immers maar nooit of onverwachts de inspiratieve flits door mijn grijze cellen zou branden.

Vandaag belt Frans van de redactie:

'Leeuw-tje ...'

Jajajajaja!!

'Ach; vraagt-ie, 'fax dan de hardcopy door, en

stuur de file effe per electronic mail?'

Jajajajaja!!

Vertwijfeld grijp ik naar mijn hoofd en overzie het slagveld op mijn bureau: stapels jaargangen TGP, bezield met paperclipsjes en omgevouwen ezelsoren. Ongelezen boeken en scripties. Her en der diskettes. De recente Nota Preventiebeleid van WVC. 'Aha!', dát is tenminste iets dat ik direct kan doen. Ik bel een professor in de preventie en stel voor dat wij tezamen rapidamento een vlamdend protest schrijven tegen de meest baarljke nonsens die WVC in tien jaar in een nota heeft neergelegd. 'Mja,' zegt de professor, 'ik reageer eigenlijk al lang niet meer op dommigheid die uit Rijswijk komt.'

Het Ideaal: weg of bewaard? Ik bedenk dat het dan wel weg zal wezen. Er is een bezadigde gelatenheid over Nederland nedergedaald. En dan is daar opeens de flits:

Onze wereld is in tien jaar radicaal veranderd.

In 1983 werd TGP nog met de hand gezet en net niet meer op een stencilmachine geproduceerd. In 1983 bestond er nog zoiets als 'progressief' (uit het allereerste nummer: 'Een blad met een landelijke verspreiding, dat vanuit een progressieve achtergrond gezondheid, ziekte en zorgverlening analyseert en zoekt naar alternatieven voor vastgeroeste (machts-) structuren in de gezondheidszorg. (...) geeft ruimte aan debatten binnen links, bevordert discussie en lokt deze uit'). Nu kijken studenten me lacherig aan en vragen: 'Progressief? Debatten binnen links?' en kunnen niet op de namen van Vreeman en Rottenberg komen. In 1983 waren Ivan Illich, Hans Achterhuis, Paul Juffermans en Paul van Dijk de reddende engelen, nu wordt reikhalzend uitgekeken naar de nieuwste stellingname van ene Rinnooy Kan. In 1983 was een marxistisch perspectief, hoewel misschien een klein beetje radicaal, nog wel 'done'; wie kan nu op ons vakgebied nog een leidende figuur aanwijzen die ervoor durft uit te komen marxist te zijn, of zelfs te

zijn gewéést? In 1983 demonstreerde men met honderdduizenden op Malieveld of Museumplein, nu komen een paar honderd mensen magere spreekkoren zingen op de Dam. Actievoeren doe je tegenwoordig per fax, modem of electronic mail. In 1983 broedde men in roke-rige zaaltjes boven een kroeg nog prachtplannen uit; nu zijn diezelfde mensen met roken gestopt en schrijven ze fraaie respectabele boeken.

Wég met TGP! Laatste der Mohikanen, een dodo, een relik, een echo van betere tijden. Opheffen die handel. Leve de nieuwe zakelijkheid, de kuddes consultants en de bijschnabbende professionals. Gezondheid én Politiek? Gezondheid óf Politiek zal je bedoelen. Nou, en dan weet ik wel waarvoor ik kies: as-je maar gezond ben.

Hola. ZÓ zijn we niet getrouwd. Gezondheid Is Politiek. Dit tijdschrift, zou simpelweg TG moeten heten. Leve TG!

Gezondheid betekent keuzen; individueel, professioneel en maatschappelijk. Keuzen betekenen politiek. Keuzen in de zorg, verandering verzekerd, kiezen en delen, het zijn allemaal tautologieën voor maar één woord: gezondheid.

Er liggen nog wijde onontgonnen jachtvelden open voor schrijvers en lezers van dit blad. De discussie is nog maar net begonnen. De keuzen zijn nog niet gemaakt, en we zullen ook nooit klaar zijn met kiezen. Om te kunnen kiezen heb je alternatieven nodig.

Het blijft de taak van TG(P) om alternatieven te presenteren en te verdedigen. Ja, dát is politiek. Hoppakee, nóg 'ns tien jaar!

Evalyne de Leeuw

WHO-consultant, en gezondheidswetenschapper bij de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg.

'STEEDSKLEMMENDER WERD DE VRAAG WIE IK NU EIGENLIJK HIELP: DE ZIEKE MENS OF DE MEDISCHE MACHT'

HERMAN VAN AALDEREN OVER HUISARTSEN EN PATIENTEN

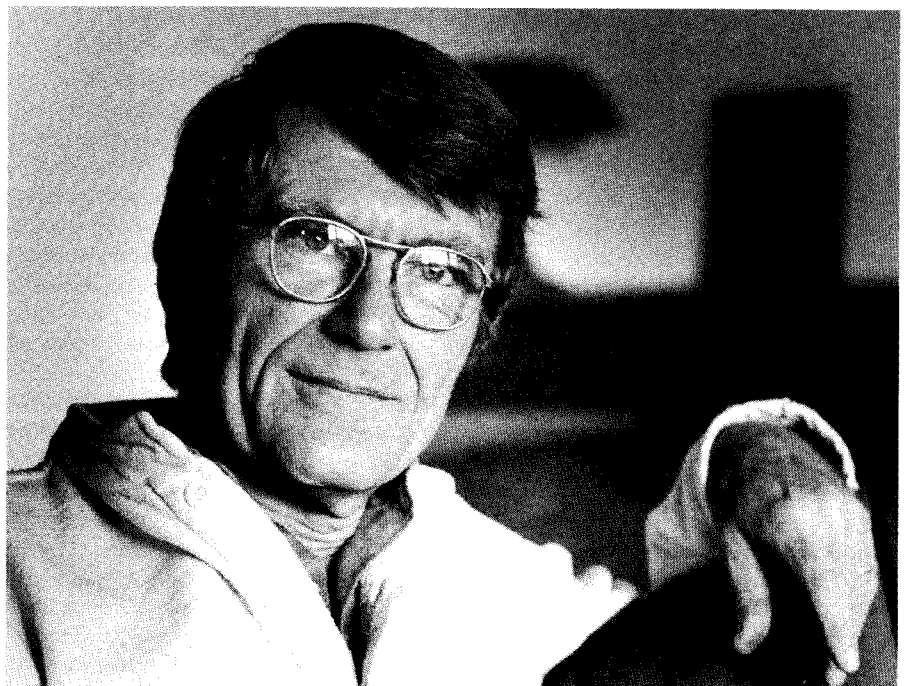
Frans van der Pas

In 1982 maakte Herman van Aalderen een opvallende stap. Hij besloot niet langer hoogleraar te blijven, het huisartsen vak vaarwel te zeggen, en coördinator te worden van het kaderteam van het Landelijk Patiënten/ Consumenten Platform. 'Pas wanneer mensen zelf mee hun verantwoordelijkheid kunnen gaan dragen voor eigen lijf en leven, kan genezen helen worden. Zo motiveerde Van Aalderen zijn opzienbarende afscheid in 1982.

Waarom maakte Herman van Aalderen die overstap? Was hij gek geworden of teleurgesteld? Herman van Aalderen: 'Dat vroegen anderen zich ook af toen ik vertrok. Een hoogleraar, bij uitstek een vertegenwoordiger van zijn professe, die opstapt, dat is ongehoord. Maar ik heb het zeer overwogen gedaan. Theoretisch en onderwijskundig maakte we veel vorderingen, in didactisch opzicht pasten we de praktijk van de huisarts steeds meer in het onderwijs in methodisch werken. De gespreksvoering, supervisie en het persoonlijk functioneren van de huisarts kregen veel aandacht. Maar de resultaten bleven teleurstel-

Artsen hebben als collectief geen belang bij veranderingen

lend. In de praktijk vervielen vele huisartsen toch weer in het oude dokterspatroon, waarin eerst het medische wordt veilig gesteld ten koste van een integrale benadering van de problemen van de patiënt. Het is ook een kwestie van macht. Er kwamen bijvoorbeeld geen fundamentele gesprekken op gang over de uitgangspunten van het medisch onderwijs. Steeds klemmender werd voor mij de vraag wie ik nu eigenlijk hielp: de zieke mens of de



Herman van Aalderen
Foto: Hans van den Bogaard

medische macht. De beroepsgroep als geheel hield de verandering tegen. Artsen hebben in wezen als collectief geen belang bij veranderingen. De consument heeft dat wel. Ik wilde een steentje bijdragen aan de verandering door de consument een machtsfactor te laten worden en het kaderwerk bij het LP/CP sloot daarop aan. Het is nodig dat mensen tot een ander bewustzijn over gezondheid en ziekte komen, een meer zelfstandig en kritisch bewustzijn. De consequentie van mijn beslissing was wel dat ik niet én hulpverlener kon zijn en aan de professe kon timmeren, én tegelijkertijd op kon komen voor het versterken van de positie van de consument. Ik koos toen voor de consument.'

Herman van Aalderen was ruim twaalf jaar huisarts. Begin jaren zeventig kwam de inhoud van het beroep van huisarts steeds meer ter discussie te staan door de opkomst van de specialismen. Was het beroep een optelsom van specialismen of had het een eigen inhoud? Het Nederlands Huisartsen Genootschap on-

derstreepte de eigenheid van het huisartsenberoep door aan te dringen op het starten van opleidingen van huisartsen. Op diverse universiteiten kwam een opleiding. In 1974 werd Van Aalderen hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de de Vrije Universiteit. (VU) in Amsterdam en zette voor het Huisartsen Instituut de opleiding op poten.

Je aanvaardde het hoogleraarschap met een rede getiteld: 'Anders helpen, anders helen'. Wat wilde je anders doen?

'In de opleiding hebben we geprobeerd huisartsen methodisch te leren werken. Wij wilden de huisarts integraal bezig laten zijn. Integrale geneeskunde gaat uit van de gedachte dat klachten en ziekten te maken hebben met de mens in zijn totaliteit. Daar kun je facetten aan onderscheiden. maar een ziekte is nooit somatologisch Of psychologisch. Binnen methodisch werken horen klachten en onwelbevinden bij de totale mens in zijn situatie. Een huisarts kan nooit 'de' oplossing aanbieden. Hij kan slechts een bijdrage leveren aan oplos-

singen die door mensen zelf gevonden moeten worden op allerlei levenssituaties. De patiënt zal zelf uiteindelijk moeten kunnen kiezen. Wanneer de traditionele geneeskunde te snel wordt toegepast en gepresenteerd als de oplossing voor het probleem, dan is het gevaar groot dat de patiënt wordt gefixeerd op zijn lichamelijke klachten. En fixaties ontnemen mensen de mogelijkheid om andere facetten van het leven te betrekken bij het zoeken naar oplossingen voor hun problemen. We wilden dus een opleiding waarin een huisarts op een principieel andere manier met zijn deskundigheid zou omgaan. In de opleiding hebben we de nadruk gelegd op het proces dat tijdens de hulpverlening plaatsvindt tussen patiënt en arts: ga na wat de vragen van de patiënt zijn, hoe is de beleving van de klacht en in welke situatie speelt zich het geheel af. Ga daarna pas overwegen in hoeverre je deskundigheid als huisarts al dan niet een bijdrage kan leveren aan het oplossen van de problemen door de patiënt. Bij voorbaat staat dus niet vast hoe groot het aandeel van de huisarts is en hoe groot het deel van de patiënt. Een huisarts kan dus niet zonder meer uitgaan van vaststaande (pseudo)zekerheden en het proces tussen arts en patiënt bepaalt naast de deskundigheid van de arts welke stap de volgende is.'

Heb je in je eigen huisartsenpraktijk al anders proberen te werken?

'Ik heb tijdens mijn huisartsperiode een ontwikkeling doorgemaakt. Aanvankelijk verwees ik veel patiënten, bij wie het mij na zorgvuldig onderzoek niet lukte om een diagnose te stellen of uit te sluiten, naar specialisten. Maar na verloop van tijd zag ik veel van deze patiënten weer terug en het viel mij op dat bij de meesten niets was veranderd - vaak onafhankelijk van het feit of ik wel of geen diagnose had gesteld. Het werd mij duidelijk dat veel patiënten tobdten met problemen en dat deze problemen en de beleving van de klachten van grote invloed waren op het welbevinden van de patiënt. Dat werd voor mij aanleiding om me te gaan verdiepen in de psychologie. Via trainingen en psychotherapeutische scholing probeerde ik begrip te krijgen voor de psychologische achtergronden van klagen en problemen. Maar na enige jaren merkte ik dat veel patiënten niet zo gesteld waren op mijn psychotherapeutische benadering. Sommigen kregen het gevoel of er een steekje aan hen los was, anderen gingen ontevreden naar huis met de vraag of hun dokter wel competent was. De stap naar het onderkennen van de eigen rol en mogelijkheden in het ziekteproces was voor menigeen te groot. Ook werd mij duidelijk dat de huisarts niet alleen de afwegingen hoeft te maken. Eind jaren zestig werd ook ik gegrepen door het ideaal van samenwerking met andere hulpverleners. Deze ervaringen en de werken van onder meer Paolo Freire heb ik gebruikt bij de opzet van de opleiding bij de VU.]

Vindje nu echt dat de huisarts niet is te veranderen in zijn manier van werken?

'Bij mijn afscheid heb ik gesteld dat hoe je huisartsen ook opleidt, de praktijk en de machten in het systeem de huisartsen geen ruimte geven om deze wezenlijk anders te laten werken. Veel huisartsen willen best in goed overleg met een patiënt een behandeling uitstippelen, maar er zijn machten in het spel die dat verhinderen. In mijn eigen huisartsenpraktijk heb ik dat ook meegemaakt. Ik verwees wel minder dan andere huisartsen, maar om nu te zeggen dat ik me geheel los kon maken van de druk van de patiënt, van de specialist, nee. De geneeskunde bleef zich ontwikkelen, zoals die zich al sinds de Tweede Wereldoorlog explosief heeft ontwikkeld: in hoofdzaak somatologisch, in verdere specialisatie, in toepassing van steeds verfijndere technieken, kortom in steeds meer van hetzelfde. En dit alles on-

Veel huisartsen wil/en best in goed overleg met een patient een behandeling uitstippelen, maar er zijn machten in het spel die dat verhinderen

danks het feit, dat klachten en ziekten niet afnemen. Daarom gaf ik mijn afscheidsrede de titel mee *Anders of steeds meer van hetzelfde.* Het is toch ongelooflijk hoe alle gespuide kritiek zo weinig fundamentele invloed heeft op het geneeskundig bedrijf, een bedrijf dat de maatschappij zo in zijn macht heeft. Artsen werken altijd onder de druk dat zij een diagnose moeten stellen. Beter een gezond iemand onterecht ziek achten, dan een ziek iemand onterecht gezond, is het credo, alhoewel huisartsen al sinds jaar en dag weten dat werkelijk in alle gevallen zo handelen de onrust en het onwelbevinden van de mensen nog meer zouden doen toenemen dan nu al het geval is. Maar vanuit het perspectief van het bestrijden van de dood valt de schadelijkheid van observaties en medische diagnoses in het niet bij de gevaren die uit een ziekte voortvloeien. Gevolg voor huisartsen is dat ze, ook al zien ze na zorgvuldige overwegingen af van verder onderzoek, dikwijls blijven zitten met een schuldgevoel of met de angst voor een steeds reëler wordende bedreiging van juridische vervolging. Ook de neiging in de samenleving om steeds meer conflictmatige verschijnselen onder medisch regime te stellen om ze daarmee toe te vertrouwen aan een schijnbaar waardevrije en neutrale en buiten het conflict staande instantie, zoals bij arbeidsongeschiktheid, abortus en bedrijfskeuringen, versterkt de on-

macht van een huisarts om anders te werken. De patiënten vinden het ook zo vanzelfsprekend en onontkoombaar dat hun gezondheid en ziektegevoel worden geobjectiveerd. Zij worden afhankelijk en onderwerpen zich. Freire noemt dat het geconditioneerde bewustzijn. Al deze ervaringen en inzichten brachten mij ertoe niet langer te willen meewerken aan een te eenzijdige bestrijding van de dood en ook niet meer te willen blijven functioneren in een medisch systeem dat behulpzaam is bij het onderwerpen van een samenleving aan de zich steeds maar uitbreidende medicalisering. Ik koos voor aansluiting bij de patiëntenbeweging. Het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform was in 1982 in zijn beginstadium en daar ben ik vormingswerk gaan doen met patiënten. Zo hoopte ik dat het magische of naïeve bewustzijn, zoals we dat toen noemden, waarbinnen de mens is overgeleverd aan zijn situatie (en aan de geneeskunde) te ontwikkelen naar een zelfstandig kritisch bewustzijn. Niet dat ik verwachtte dat dat zo eventjes zou gebeuren, maar ik kon er in ieder geval mijn steentje aan bijdragen.'

Je hebt nu zo'n tien jaar hij het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform gewerkt met patiënten. Zie je nu grootse veranderingen in de relatie patiënt-arts?

'Van patiënten hoor ik dat ze jonge huisartsen als beter aanspreekbaar ervaren. Kennelijk brengt de opleiding te weeg dat de communicatievaardigheden van huisartsen toenemen. De jonge huisartsen durven waarschijnlijk meer in het persoonlijk contact, ze zijn minder bang en hoeven niet meer de grote mijnheer te spelen. Ze durven er ook beter voor uit te komen dat zij het ook niet altijd weten. Patiënten vragen meer en de huisarts geeft meer informatie. Behalve het kaderwerk bij het LP/CP doe ik nog keuringen voor de Raad van Beroep. In gesprekken met vooral jonge huisartsen valt het

Zolang nog zoveel specialisten zelfstandig ondernemers blijven, hebben ze er belang bij dat de patiënten blijven komen

mij op dat ze veel weten over werkomstandigheden van patiënten en de situatie thuis. Dit is duidelijk meer binnen de scope van de huisarts gekomen dan vroeger. Maar de machteloosheid van de huisarts is ook toegenomen. Technologisering en de media hebben daar veel mee te maken. De bulk van medische programma's gaat over spectaculaire behandelin-

gen en onderzoeken. Ze wekken bij de mensen de suggestie dat er overal wel een oplossing voor is, maar dat die van een hogere deskundigheid moet komen en niet vanuit hen zelf. Tegenwoordig kunnen de programmaproductoren het niet maken om geen patiënten zelf aan het woord te laten, maar de dokter komt uiteindelijk altijd weer in beeld als de deskundige aan wiens woord niet hoeft te worden getwijfeld en die al weer een betere oplossing in zijn macht heeft. Zo worden de patiënten versiering van de dokter en de kijkers gesterkt in hun hoop dat het medisch bedrijf de oplossingen biedt. De toepassing van de standaarden door het Nederlands Huisartsen Genootschap door huisartsen is een steuntje in de rug in hun zorgvuldig medisch handelen, maar daar gaat het niet alleen om. De huisarts is laag in de medische hiërarchie gebleven en velen voelen zich inferieur aan de specialist. Ze hebben dan ook geen enkel verweer tegen de opstelling van de specialisten, zeker als ze vanuit een gevoel van onzekerheid en onmacht een verwijzing voor de specialist afgeven. Maar zeker de jonge huisartsen die kritisch zijn, proberen nog steeds heel bewust om te gaan met een verwijzing en maken de specialist duidelijk dat zij niet de patiënt overdragen maar een advies wensen. Daartegenover staat dat veel specialisten lak hebben aan zo'n opstelling en het heel vanzelfsprekend vinden dat de patiënt bij hen onder controle blijft, ook al is daar medisch gezien geen enkele reden toe en kan de huisarts beter de problemen van de patiënt opvangen. Zolang nog zoveel specialisten niet in loondienst zijn, maar zelfstandige ondernemers blijven, hebben ze er belang bij dat de patiënten blijven komen. Het is niets nieuws wat ik zeg. Lees Pety de Vries er maar op na in het laatste nummer van 1992.

En dan die discussie over keuzen in de zorg. Dat verandert dus ook geen millimeter aan het medisch handelen. Het lijkt over mensen te gaan die moeten kiezen, maar macht is in onze samenleving geworden tot een anonieme macht, waaraan wij zowel onderworpen zijn als deel van uitmaken. Macht is in toenemende mate verschoven van een verzameling geboden en verboden naar een socialisering in de vorm van een voortgaande disciplinerende. Een belangrijke rol in dit proces speelt wat Foucault noemt 'het discours'. Dat is het geheel van taal, begrippen en waarden dat in bepaalde tijd en door ons gebruikt wordt en waaraan wij als mensen zijn onderworpen en dat wij tegelijk produceren. Het medisch discours breidt zijn macht nog steeds uit. De Swaan zei het in 1982 ook al in zijn boek *De mens is de mens een zorg*. Wij worden steeds meer onderworpen aan het medisch regime. Zo worden onze voedingsgewoonten steeds meer bepaald door gezondheidsoverwegingen. Wij lopen hollend en trimmend door straten en parken, niet om van de natuur te genieten, maar omwille van ons hart en bloedvaten. Er zijn artsen - en het lijkt

wel toe te nemen - die er nu samen met patiënten lustig aan meedoen. Er zijn er ook die het absurd vinden, maar ze houden het niet tegen.'

In je kaderwerk bij het LP/CP heb je geprobeerd patiënten meer kritisch bewust te laten zijn. Is dat nu gelukt?

'Ik heb de afgelopen tien jaar veel patiënten bewuster en mondiger zien worden, maar ik vrees dat we het niet halen. De krachten in de samenleving zijn te sterk. Niet dat ik gigantische verwachtingen had toen ik eraan begon, maar er is al weer heel wat veranderd. De mensen zijn nog grotere slaven geworden, dan ze al waren. Het is echt heel beklemmend. Mensen hebben toch gewoon niets meer in te brengen; het is bek houden en werken. Het enige wat mensen nu hebben is een redelijk inkomen, maar ze hebben zich wel volledig geconformeerd. Kijk maar eens naar al die heertjes en dames die uit de tram stappen. De verzakeling is ook zo toegenomen. Is het dan zo gek dat mensen hun onvrede vertalen in lichamelijke klachten om hun hoofd boven water te houden. De WAO was vroeger nog een uitweg, maar die is nu ook afgesneden. Als je pakweg 45 of ouder bent en gebroken, dan kom je niet meer aan de bak.

Waar ik echt van geschrokken ben is de snelheid waarmee de patiëntenbeweging is gebureaucratiseerd. Dat zie ik bij alle patiëntenorganisaties, ook bij het LP/CP. Als ik 1982 vergelijk met 1992 dan zie ik dat de hoeveelheid vrouwen die doordringen tot de toppen van een organisatie van de patiëntenbeweging afnemen. In het begin was in de top bijna de helft vrouwen ze trokken goed van leer. Maar nu vormen ze een slinkende minderheid. Kijk maar naar de besturen, directies en functionarissen. Daarentegen zie ik wel vrouwen het basiswerk doen in de patiëntenbeweging, daar vind je vooral vrouwen. In onze cursussen is zevenentwintig tot tachtig procent vrouw. En dat is ook niet zo gek, want vrouwen hebben het meest last van de onderdrukking in onze samenleving en merken hoe de vork in de steel zit. De manier waarop de federatievorming van de landelijke patiëntenorganisaties is verlopen, is tekenend. Machtsspelletjes en conformisme vormden de hoofdtoon. Het resultaat: een gestroomlijnde managementorganisatie met een topdown benadering. Zulke organisaties zullen ook niet blij zijn met mondige patiënten. Let maar op de selectie van voorzitters en onderhandelaars, daar zullen de aangepaste heren het winnen van de mondige, kritische patiënten. Het is dan ook niet te verwachten dat dit soort organisaties een werkelijk machtig blok zullen vormen. Zij zullen eerder opkomen voor het belang van de organisatie, dan voor het belang van de patiënt.'

Waarom vinden we gezondheid eigenlijk zo belangrijk?

'Wat mij opvalt is dat de angst voor het eigen

lijf zo gigantisch is toegenomen. Je lijf is je vijand geworden. De angst en onzekerheid straalt van mensen af. Zij kijken naar hun lijf als een lichaam waar dingen in gebeuren die ze niet kunt beheersen. Wij leven in een tijd waarin we voor alles een verzekering kunnen krijgen, alleen voor ons lijf niet. Dat is een blijvende onzekerheid, en we gebruiken de huisarts als een tussenstation om toch een illusie van zekerheid te verkrijgen. Mondige patiënten proberen daarmee om te gaan, maar de huisarts wordt toch vooral geconfronteerd met die mensen, die de huisarts zien als een verzekering. We onderwerpen ons aan een steeds ingrijpendere controle. Bij het minste of geringste ontwikkelt zich een schuldgevoel. Hoeveel mensen vragen zich niet af of ze toch maar niet een borstsonderzoek moeten laten doen of hun cholesterol moeten laten meten. Ook al twijfel je over het nut, dan toch blijft dat knagen. Gedraag je je wel verantwoord in deze samenleving, als je geen onderzoek laat doen. Chronische patiënten zijn vaak veel kritischer. Ze zijn door de wol geveefd, kennen hun lijf en zijn in praktische zin het meest mondig. Van binnen uit weten ze wat ze willen, wat ze kunnen verwachten van een arts en voor de rest weten ze dat ze het zelf moeten doen. De Gehandicaptenraad zou nog wel eens kunnen uitgroeien tot de meest kritische organisatie, die weet op te komen vanuit en voor de belangen van de patiënt.'

Blijf je nog lang bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, zoals het LP/CP na defusie nu heet?

'Ik ga met pensioen en weet je wat mij nu zo fascineert: computers. Niet om er zelf mee te werken, maar om erachter te komen waar technologie eigenlijk voor staat. Het is toch ongelooflijk hoe in tien jaar tijd iedereen achter de computer is gaan zitten.'

(met dank aan Luc Klaphake)

Frans van der Pas is projectmedewerker bij het NIZWen redacteur van TGP

Noten

1. Prof. H.J. van Aalderen, Anders of steeds meer van hetzelfde: afscheidsrede als hoogleraar in 1982, opgenomen in de afscheidsbundel *Vertretpunten in de gezondheidszorg*, onder redactie van J. Hollenbeek Brouwer en J.A. Knottnerus, VU Amsterdam, 1982.
2. zie ook: dr. H.I. van Aalderen, Anders helpen, Anders helen: rede bij aanvaarding ambt van buitengewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de faculteit der geneeskunde van de VU in Amsterdam, 8 februari 1974.
3. Herman van Aalderen en Hans Hollenbeek Brouwer, Syllabus Methodisch Werken, VU Amsterdam, mei 1982.

HET MOOISTE ARTIKEL

VOLGENS ANNEMARIE MOL



Foto: Ine van den Broek

Sommige artikelen vergeet je nooit. Toen de redactie me vroeg of er volgens mij een artikel uit de beginjaren van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek was dat het verdiende opnieuw te worden afgedrukt, dacht ik onmiddellijk aan 'Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan'. Ik heb op een nostalgische avond een hele stapel oude nummers nog eens doorgelezen en toen dacht ik dat nog steeds. Omdat het een verhaal van binnenuit is, dat niet opgaat in de alledaags-

heid van de beschreven gebeurtenissen maar daar juist verbaasd tegenover staat. Een verhaal over gewone wijkverpleging dat de vreemdheid van het gewone voelbaar maakt. Het bevat gelukkig geen 'probleemstelling' en geen 'conclusie', geen onderscheid tussen 'theorie' en 'empirisch materiaal'. Het vertelt. Over dagelijkse handelingen en dagelijkse frustraties, over de historische achtergronden en hun mogelijke gevolgen in de toekomst. Beklemmend is het. En nog steeds even

waar. Van de oude vrouwen die Juul van Ogtrop begin jaren tachtig verzorgde, zijn de meeste nu waarschijnlijk dood. Maar de dingen waarover hier geschreven staat, zijn niet voorbij gegaan.

Annemarie Mol

VAN OUDE VROUWEN, DE DINGEN DIE NIET VOORBIJ GAAN

Juul van Ogtrop

Moeilijke klanten, hulpeloze hulpverleners. Een kijkje in de praktijk van een wijkverpleegkundige. Over het afschuiven van de verantwoordelijkheid voor de zorg, en oplossingen die niet veel lijken op te lossen. Van kwaliteit gesproken!

Er zijn zo van die mensen en situaties die je tot moedeloosheid kunnen brengen. En woede, omdat het allemaal zo oneerlijk is. In dit stuk wil ik proberen zo'n soort probleem in mijn werk als wijkverpleegster in de Amsterdamse binnenstad te beschrijven. Ik ben bang dat ik tot niet veel meer dan een beschrijving kom. Ik ben altijd goed geweest in vertellen hoe het niet moet.

Het gaat over vrouwen. Over oude vrouwen, alleenstaand, vrouwen die dat over het algemeen op latere leeftijd worden. Ze zijn weduwe, of verloren de familieladen met wie zij samenwoonden. Vaak hebben ze hen tot hun dood verzorgd.

Ze zijn ontevreden en ongelukkig. Met de wereld, hun familie, de buurt, hun gezondheid en hun leeftijd. Ze hebben veel klachten, met name lichamelijke. Meestal wijten ze de klachten aan hun leeftijd: duizelingen, pijn in hoofd, rug, buik, armen en benen. Ze hebben geen zin meer in eten, in de verzorging van zichzelf of hun huis, in het leven. Ze noemen het vaak 'verval van krachten' of 'slijtage'. Ze zijn voor deze klachten veelvuldig onderzocht, op eigen verzoek of op aandrang van hun kinderen. Er zijn ofwel geen afwijkingen, of wel een aantal 'ouderdomskwalen' geconstateerd, waarvoor ze over een paar maanden nog maar eens terug moesten komen.

De wijkverpleging wordt ingeschakeld op het moment dat iets in de lichamelijke verzorging daar aanleiding toe geeft: een open been, problemen met de inname van medicijnen, de hygiëne of de voeding. De medicijnen helpen niet, de genezing van de wond vordert slecht, de wasbeurt biedt zelden soelaas.

Al met al laat de situatie zich het best omschrijven als één doffe ellende: niets is goed of er is aan alles wel iets niet goed. De mensen in het algemeen deugen niet, familie en kennissen laten je in de steek en niet in de laatste plaats: 'ze (de regeering, de gemeente, de hulpverlening?) doen niets voor ons soort mensen'. Ze hebben, buiten de hulpverleners, weinig of geen contacten met andere mensen uit de buurt, en hulpverleners worden dan ook in toe-

nemende mate in huis gehaald. Ze veroorzaken weinig sociale overlast en geen politieke onrust, ze zitten in hun huizen tamelijk rustig ongelukkig te zijn. Het is de directe omgeving die hen een 'probleem' vindt en vervolgens de hulpverlening die hen tot een 'groep' bombardeert, vanwege de relatief hoge frequentie van dezelfde soort hulpvragen.

We komen er wekelijks, soms dagelijks. De oorspronkelijke reden van onze komstervaagt al gauw en wordt ondergeschikt aan de mogelijkheid om regelmatig de onvrede met het bestaan te uiten. Nauwkeurig worden we op de hoogte gehouden van de pijn en de boosaardigheid in de wereld in de afgelopen periode. Je kunt het verhaal wel dromen.

In de verhalen overheerst de overtuiging dat hun ongeluk van recente datum is. Vroeger waren ze niet zo. Vroeger waren ze heel sterk, hebben ze hard gewerkt. Vroeger was het ook niet gemakkelijk, vaak is het nooit helemaal echt leuk geweest, maar toch was het allemaal anders. Pas sinds ze lichamelijk zo achteruit zijn gegaan ging het allemaal mis.

En nu kunnen ze niet veel meer zelf. Als dat wel zo was zouden ze geen hulp vragen. En de regelmatige komst van de wijkverpleegster bevestigt dat: ze hebben verzorging nodig.

Zelf vind je al gauw dat je verpleegkundige taak ondergeschikt is; van belang is dat je luistert en blijft luisteren. Maar je wilt ook een doel bereiken, je wilt dat er door jouw tussenkomst iets verandert in hun situatie, dat het leven er weer rooskleuriger uit gaat zien. En dus besluit je dat enige begeleiding hier wel op zijn plaats is, met het oog op het herwinnen van de zelfstandigheid. En dan blijkt dat al jouw aanbiedingen in de loop der tijd om iets te veranderen, stuiten op schrik en verantwoordiging: als verpleegster moet je toch zien dat ze dat niet meer kunnen! Na vele pogingen in die richting, hetgeen kan variëren van ze een gedeelte van de wasbeurt laten overnemen tot eens ergens mee naar toe gaan, geef je het langzamerhand op; de wasbeurt zelf doen kost veel minder tijd. Maar, omdat je toch wat moet doen, heb je iedere keer iets nieuws in petto: iets voor de incontinentie, voor de pijn in de schouder, een vrijwilliger van de kerk die wel eens langs wil komen ('om te praten? Wat heb ik daar nu aan?'). En ten einde raad neem je die zaken over die ze nog wel zelf opknapt: het regelen van de hulp rond het dagelijks gebeuren. De laatste activiteit waarin hun kracht lag: het organiseren van het medelijden, neem je van hen over. En je ziet dan gebeuren wat je

nu juist wilde voorkomen: mensen worden afhankelijk in plaats van zelfstandiger. Je raakt verstrengeld in een relatie die het midden houdt tussen die van grootouder-kleindochter en 'zuster' <patiënt>, terwijl je geleerd hebt dat er gelijkwaardigheid dient te zijn tussen klant en hulpverlener.

Het geheel eindigt meestal in een anticlimax: een valpartij en een opname in een verpleegtehuis ergens ver weg, of doodgewoon met hun overlijden; op geen van beide heb je ook maar enige invloed.

De vraag is, of het ergens in het proces anders had gekund, wat er fout is gelopen. Om tot een antwoord op deze vraag te komen moet je naar mijn gevoel een heel eind terug: wat in de achtergrond van deze vrouwen maakt dat ze nu zulke moeilijke klanten worden?

Ik zie het zo: in het begin van deze eeuw geboren, hebben ze een tijd doorgemaakt waarin zorgen voor andere mensen - familieladen, man, gezin - een vanzelfsprekende zaak voor vrouwen was. Daarnaast moest vaak laaggekwalificeerd en slechtbetaald werk buitenshuis gedaan worden: werkster, fabrieksarbeidster, strijkster, atelier- of horecawerk. Tot op vrij hoge leeftijd zijn ze daarmee doorgedaan, iets waar ze enerzijds met trots, anderzijds met bitterheid aan terugdenken. Toen kwam daar de verzorging van een huisgenoot bij. Soms bestaand uit dagelijks uren doorbrengen in ziekenhuizen, vaak uit verpleging thuis. Vierentwintig uur in touw zijn om iemand op zijn wenken te bedienen, wat met bewonderenswaardige trouwen volharding gebeurde (wij zijn daar als wijkverpleging vaak getuige van). Het was lang niet altijd even leuk, maar het was een vanzelfsprekende zaak dat je als vrouw zoiets opbracht. Het werd je door de omgeving nogal eens kwalijk genomen als je die verzorging niet volhield.

En nu, na de dood van de partner zijn ze op zichzelf aangewezen. Zij die veel van hun identiteit ontleenden aan het zorgen voor anderen, moeten nu voor zichzelf zorgen. In een tijd waarin hun kinderen zijn verhuisd naar kleine huizen in buitenwijken, waarin je geen contact meer hebt met je burens, waarin iedereen bang is om op straat te komen en de enige mensen die je in huis kan krijgen beroepshulpverleners zijn. Met de ongemakken van de ouderdom en de eigenaardigheden die door verenzaming en verbittering alle kansen krijgen de kop op te steken, is het geen wonder dat deze vrouwen moeilijke klanten worden voor de beroepshulp.



Foto: Ine van den Broek

Wat verwachten ze van hulp en wat heeft die hulp hun te bieden? Hun eigen ervaring met verzorging maakt, dat ze van hulp verwachten wat ze er zelf altijd ingestopt hebben: persoonlijke contacten waarin je jezelf 'ontplooit', aan je trekken komt; dat wat je niet meer zelf kan (of wil) wordt overgenomen door degene die je verzorgt: zichzelf wegcijferend en belangeloos.

De beroepshulp van vandaag de dag heeft methoden en doelstellingen, waarbij één ding om ieders bestwil voorop staat: distantie. En met doelstellingen, methodieken en distantie kom je niet ver in dit soort situaties. De verwachtingen van de klanten en het aanbod van de hulpverleners botsen op een gigantische manier. De geboden hulp is niet toereikend en de hulpverlener voelt zich niet voldoende toegerust voor de toebedeelde taak. Iedere keer dat je er was, en dat het een prettig gesprek is geweest, is meegenomen. Omdat er weinig eer aan te behalen valt, wordt het werk meer en meer gedaan door werkers met een minimale opleiding. Zo worden bijvoorbeeld gezins- en bejaardenhelpsters verantwoordelijk gesteld voor het welzijn van deze groep klanten. Er treedt een 'inflatie' op van functies, met alle gevolgen voor de kwaliteit van de hulp.

Vanuit de opvatting dat het sociale isolement van deze vrouwen de grote boosdoener is, is het concept van de dagopvang ontwikkeld.

Dagopvang is een voorziening voor zelfstandig wonende bejaarden, die meestal gekoppeld is aan een buurtgericht verzorgingstehuis. Het is gebaseerd op de volgende principes: mensen die zonder die voorziening niet meer in staat zijn zichzelf te handhaven in de thuisomgeving, maar die ook niet opgenomen willen worden in een verzorgings- of verpleeghuis de mogelijkheid bieden weer deel te nemen aan het maatschappelijk leven en nieuwe sociale vaardigheden aan te leren door middel van regelmatige contacten en bezigheden met lotgenoten. Het dient laagdrempelig te zijn en weinig eisen te stellen aan de deelnemers. De mensen worden thuis gehaald en gebracht. Activiteiten die plaatsvinden tijdens de bijeenkomsten variëren van gezamenlijk de krant lezen tot maaltijden bereiden en douchen onder begeleiding. Voor een en ander betalen de deelnemers een eigen bijdrage.

In steeds meer buurten wordt op dit moment ervaring opgedaan met die dagopvang. Ook bij ons in de buurt zijn buurtmaatschappelijk werk, de wijkpost voor bejaarden, gezinszorg en wijkverpleging bezig met het opzetten van een dergelijke voorziening. Vooropgesteld dient te worden dat het tot nu toe het belangrijkste initiatief is op het terrein waar deze problemen ook thuishoren: niet in de 'medische' maar in de 'sociale' hoek; in de buurt waar de mensen wonen, gericht op het doorbreken van individuele misère.

Toch vind ik het belangrijk aan te geven waar mijn bedenkingen liggen. Ik vraag mij bijvoorbeeld af, hoe je isolement van mensen oplost door die mensen in een groepje bij elkaar te zetten. Daardoor isoleer je ze opnieuw, zij het collectief. Ik heb al proberen aan te geven dat wij, de eerstelijners, hen tot een groep maken. 'Vereenzaming' of 'isolement' is een karakteristiek van de situatie die de omgeving of de hulpverlener eraan geeft. De mensen waar het om gaat definiëren hun situatie ten enen male anders, als gezondheidsprobleem bijvoorbeeld of als het probleem van de boze buitenwereld. Eenzaamheid is een gigantisch taboe.

De eerste behoefte van de klanten in kwestie ligt ook niet in het ontmoeten van lotgenoten, maar in het krijgen van persoonlijke aandacht voor zichzelf, alleen. *'Ik? Met al die oude wijven? Die allemaal hartstikke gek zijn? Mij niet gezien, dat is niks voor mij,'* of reacties van die strekking krijg je. Als het na veel overreding gelukt is om iemand zover te krijgen, wil het nog wel eens lekker gaan. Maar ik moet eerlijk zeggen, volledig voor mijn eigen rekening, dat ik iets heel melancholiek over me kan krijgen bij het idee dat die mensen zover zullen komen dat ze 'functioneren in een groep'; een gevoel dat er iets af gaat in plaats van dat er iets bij komt.

Bovendien blijkt uit wat we gezien hebben van al draaiende dagopvang, dat er nogal vaak wel degelijk eisen aan de mensen gesteld worden: er is een duidelijke 'boven-' en 'onder' grens. Onder het motto van 'één rotte appel' of 'de zwakste schakel' zijn mensen al gauw te slecht. Men is bang - en terecht - dat ze de rest in hun gekte zullen meeslepen.

Wederom is er weinig geld voor begeleiding, dus stellen de instellingen voor gezinsverzorging formatieplaatsen ter beschikking om de dagopvang te verzorgen. Je ziet dezelfde verschuivingen als in de thuiszorg: het moeilijkste werk moet gebeuren door de minst opgeleide en laagst betaalde groep van werkers: de gezins- en bejaardenhelpsters, en door vrijwilligsters. Waarmee we dan vervolgens voor de jaren 2000 een nieuwe probleemgroep creëren.

(uit TGP; (2); 1984; nr 4; p 38-40)

Juul van Ogtrop was toen zij dit artikel schreef wijkverpleegster. Nu is zij als onderzoeker verbonden aan de afdeling Voorzieningen van de GMD.

MINDER GENUANCEERD BELEID IN TGP, MEER SPRANKELENDE OPPOSITIE A.U.B.

Yvonne van Geenhuizen

Tienjaar TGP - dus een terugblik van een redacteur van het eerste uur. TGP is te braaf geworden, vindt zij. De remedie: auteurs en lezers die niet meer alleen hun wenkbrauwen fronsen maar ten strijde trekken tegen 'de waan van de dag'.

Het was op zo'n mooie nazomerdag, zo'n tien jaar geleden. Ik liep op de Grote Markt in Groningen een kennis tegen het lijf. Wij begaven ons direct naar het dichtstbijzijnde terras en bespraken hoe het zoal in het leven kan lopen. Ik was net afgestudeerd als fysiotherapeut en had het maar moeilijk op mijn werk. Ik deed erg mijn best, maar had de indruk dat mijn inspanningen nauwelijks de effecten opleverden die ik ervan verwachtte. Bovendien had ik net Illich gelezen die met zijn *Limits to Medicine* een vruchtbare bodem vormde voor mijn twijfels en mij zelfs aanzette tot radicale behandelstrategieën. Achteraf vind ik het niet zo'n verantwoorde stap om een behoorlijk deel van de patiënten naar huis te sturen met de mededeling dat zij eerst maar eens de problemen thuis of op het werk aan moesten pakken en dat het dan vanzelf met de rugklachten ook wel weer goed zou komen. De woedeuitbarsting van de praktijkhouder voor wie ik werkte, versterkte mijn conclusie dat het in het medisch bolwerk alleen maar ging om de poen en bevestigde mijn gevoel dat ik het goed had aangepakt.

Mijn kennis op het terras bleek een groepje mensen te kennen dat er volgens haar 'ook zo over dacht' en zelfs bezig was een *tijdschrift* op te richten. Dat tijdschrift moest ruimte bieden aan kritische blikken op het medische bedrijf en uiteraard ook aan alternatieve strategieën. Dat sprak me wel aan en zo kwam het dat ik betrokken raakte bij 'Het Tijdschrift', dat toen nog zevenendertig heette (37.5; het motief voor die naam kan ik me niet meer herinneren). Later werd het herdoopt tot *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* (TGP).

De redactie bestond uit een gedreven clubje studenten medicijnen dat in de laatste fase van de studie aangeland was. 'Medicalisering', 'participatie', 'gelijkwaardige relatie patiënt-dokter' vormden de hoofdmoot van veel discussies, zo nu en dan kwam Illich ter sprake, veel vaker ging het over Me Kweon en Foucault. Belangrijk was dat een goede gezondheid niet uitsluitend door medisch handelen bepaald werd, maar ook door goede woningen,

een veilige werkomgeving en een minder vies milieu. Belangrijk was ook dat ondanks goede bedoelingen van de hulpverleners, het 'medisch bolwerk' van waaruit zij werkten schade toebrengt aan patiënten. De patiënten werden immers afhankelijk van medici, de problemen die voortvloeiden uit de maatschappelijke context werden via de hulpverleners tot voor de samenleving meer 'beheersbare' medische problemen teruggebracht.

Deze thema's vonden in het tijdschrift hun uitwerking in 'structuur' verhalen: hoe organiseer je de inzet van middelen zodanig dat de kansen op gezondheid zo gelijk mogelijk worden. Hoe de structuur van de zorg bepaalde machtsverhoudingen in stand houdt, beschreef Gerrit Salemiak in het eerste nummer van het tijdschrift. *Wijkgericht werken* was toen vernieuwend en Salemiak wees onder andere op het gevaar van het tot dogma verheffen van wijkgericht werken (De wijk in wijkend perspectief, jaargang 1, nummer 1).

Annemarie Mol schreef in die eerste jaargang al een bijdrage met absoluut de mooiste titel die ooit het tijdschrift sierde: *Transplanteren kunnen we niet, de buurvrouwen ik*. Dit artikel over zelfzorg is anno 1992 de moeite van het herlezen waard, al was het alleen maar om weer te ervaren dat 'nieuwe begrippen' vaak voor links, rechts en christen-democratie aanknopingspunten bieden de eigen stokpaardjes te berijden zonder dat de inhoud van zorg er wezenlijk anders van wordt (jaargang 1, nummer 3).

Gaandeweg kwam er in het tijdschrift aandacht voor 'procesverhalen': voor welke dilemma's zagen individuele beroepsbeoefenaren zich geplaatst en hoe gingen ze daarmee om? In de serie '*het verhaal van...*' kwamen de alledaagse gebeurtenissen aan de orde die anders door de bestaande machtsverhoudingen tussen beroepsbeoefenaren onderling en tussen patiënten en beroepsbeoefenaren nauwelijks aan de kaak gesteld werden. Dat leverde niet alleen roeie oortjes op, maar ook de allerlelijkste zin waar ik in de tien jaargangen op stuitte: '*In de kruipruimte van de gezondheidszorg zullen we nog vaker stoten op kreunende pijlers van het witte bolwerk...*' (De hoge heren doorgelicht; het verhaal van Jeane', jaargang 2, nummer 3)

Merkwaardig genoeg vonden debatten over de artikelen vooral in de redactie plaats en nauwelijks in de kolommen van het tijdschrift. En

als er eens discussie was in het blad dan leverde de redactie een aanzienlijke bijdrage aan de verwarring door de artikelen van de auteurs 'op een onaanvaardbare manier door elkaar te husselen'. ('Strijden binnen de LHY' Strijden buiten de LHY', jaargang 3, nummer 2). Zo kon het natuurlijk nauwelijks wat worden met die discussies.

Die discussies in de redactie hadden niet alleen veel invloed op mijn dagelijks werk (ik was inmiddels ergens aangeland waar mijn fysiotherapeutisch handelen niet al te veel schade kon aanbrengen), maar ook op mijn leven. Ik besloot weer te gaan studeren in de hoop na de studie wat meer kennis te hebben over hoe de noodzakelijke veranderingen gerealiseerd konden worden. Want veranderen, dat was nodig en de impact van het tijdschrift was maar zeer gering, zo oordeelde ik. Wat was trouwens de rol die het tijdschrift speelde? Waarvoor maakten wij dat blad nu eigenlijk nog? Kortom, er traden uitputtingsverschijnselen op de redactionele burelen op. Gelukkig was er in die tijd opnieuw een clubje enthousiaste mensen, in Amsterdam woonachtig, dat in deze fase de redactiewerkzaamheden van de Groningers overnam. TGP bleef bestaan en is er nog.

WAAROM TGP?

Toch blijft de vraag 'waarom maak je dit blad' en, daarvan afgeleid, 'waarom lees je dit blad' boeien. Het antwoord op die vraag hangt samen met de vraag welke rol een dergelijk tijdschrift kan spelen, met andere woorden wat kan de invloed van media op het denken en handelen rond gezondheid en ziekte zijn?

Over dit thema schreef Anne Karpf een heel leuk boekje: *Doctoring the Media. The Reporting of Health and Medicine*. Haar stelling is dat ondanks de toenemende aandacht van de media voor zaken die betrekking hebben op gezondheid en ziekte, die zelfde media bijdragen aan een versmalling van het publieke debat over deze thema's. De medische definities en percepties leiden ertoe dat er naar verhouding nauwelijks aandacht bestaat voor ander-soortige benaderingen, zoals de rol die omgevingsfactoren op gezondheid kunnen hebben. De dominantie van de medische perceptie op problemen en verschijnselen vloeit volgens Karpf voort uit het feit dat journalisten nauwelijks alternatieve bronnen voor informatie aanboren en nauwelijks getraind zijn om de heersende visies aan een kritische toets te onderwerpen. De relatie tussen journalisten en de medici behoort meer oppositief dan symbiotisch van karakter te zijn. Medische weten-



schap is, zo stelt zij, een politiek proces dat om een politieke benadering en verslaggeving vraagt. Karpf vraagt zich af of wij van media kunnen verwachten dat zij instrumenten zijn die daadwerkelijk een rol spelen bij het bewerkstelligen van sociale veranderingen. Zij is hierover pessimistisch en dat is natuurlijk ook niet zo gek als je zoveel van media verwacht. Maar de criteria die zij formuleert voor een meer kritische benadering in geschriften over gezondheid en ziekte vormen, vind ik, de basis voor het bestaansrecht van TGP. Alternatieve informatiebronnen aanboren, opponeren en een politieke benadering van ontwikkelingen op wat voor terrein dan ook, dat zijn in elk geval de ingrediënten voor een blad als TGP. Een mix van die ingrediënten maakt het de moeite waard het tijdschrift op een regenachtige zondagmiddag ter hand te nemen en het gedachtengoed als hart onder de riem mee te nemen bij het dagelijks werk.

Het is de vraag of het tijdschrift op dit moment die functie kan vervullen. Ik twijfel daaraan en ik vind het lastig om de achtergrond daarvan te duiden. Toch een poging. Als ik heel eerlijk ben vind ik het tijdschrift in toenemende mate een echt beleidsblad worden, waarin auteurs heel genuanceerd en vooral braaf thema's bespreken. Dit bedoel ik niet als

een compliment.. Bepaalde ontwikkelingen - vernieuwingen in de zorg heet het dan - komen volop aan bod, maar ontberen een kritische bespreking. Neem bijvoorbeeld de thuiszorg. 'Bij thuiszorg staat het behoud van zelfstandigheid en het eigen beschikingsrecht van de cliënt voorop. (...) De cliënt accepteert niet langer voetstoots wat de hulpverleners voor hem bedenken. Thuiszorg als emancipatiebeweging impliceert een zodanige hervorming van het zorgsysteem dat een mondige gemanicpeerde cliënt tot zijn recht komt. (...) Het beslissingsrecht van de zorgvrager met betrekking tot de vormgeving en de samenstelling van de benodigde zorg dient een fundamenteel uitgangspunt voor het systeem van hulpverlening te worden.' (In het teken van de klant', jaargang 10, nummer 5).

Emancipatie van de cliënt, het is een thema dat als een rode draad in tien jaargangen van TGP gewoven zit. Het is de patiënt die cliënt wordt en op die manier kennelijk minder afhankelijk van de grilligheden van de hulpverleners. Ik vind het prachtig, echt waar. Maar ik stel tegelijkertijd vast dat het realiseren van die doelstelling van de thuiszorg er in tijden van schaarste toe leidt dat zorgvragers in andere settingen er maar zeer bekaaid af komen. Thuiszorg kost naar verhouding veel arbeidstijd en ontbeert de schaalvoordelen die zorg in

een residentiële instelling kan bieden. Dat is op zich zelf niet erg. Maar als het ertoe leidt dat we in de residentiële settingen geen (goede) beroepskrachten meer kunnen krijgen omdat een belangrijk deel van het arbeidspotentieel in een door schaalverkleining arbeidsintensieve sector werkzaam is, dan heb ik zo mijn bedenkingen tegen die emanciperende doelstelling van de thuiszorg.

Ik kan me erg goed voorstellen dat het honderd keer prettiger is om als ziek mens thuis je zorg te krijgen in plaats van in het verpleeghuis. Maar als dat betekent dat mijn collega-patiënt in het verpleeghuis vanwege bezettingsproblemen nauwelijks haar basiszorg kan ontvangen, dan emancipeer ik liever op een andere manier. En dat is nog even afgezien van de taken die ik er als gemanicpeerde patiënt kennelijk bij krijg: ik moet mijn eigen zorg coördineren en ook nog mijn eigen budget beheren. Wie even nadenkt over de crisis in de huidige gezondheidszorg weet dat de afstemming tussen hulpverleners (coördinatie van zorg) en beheersing van de kosten (bud-

get) bij professionals en managers tot grote, vaak onoverzichtelijke moeilijkheden leidt. Binnenkort, zo voorspel ik u, krijgt de aldus geëmancipeerde patiënt ook nog de taken van de beleidsmedewerker en/of netwerkadviseur toegeschoven. Om het takenpakket van de patiënt te completeren sluit ik af met het regeringsstandpunt over het rapport van de commissie Keuzen in de Zorg. Daar wordt van de zorgvragers verwacht dat zij 'vertrouwen hebben, leergierig zijn, omgaan met informatie en verantwoording vragen'. Kortom, de patiënt als student. Er blijft bijna geen tijd over om ziek te zijn.

GESETTELD?

Dit artikel is geen pleidooi om de thuiszorg en daaraan gekoppelde cliëntgebonden budgetten om zeep te helpen. Het is wel een pleidooi om vernieuwingen en de heersende visies daaromtrent vanuit alternatieve informatiebronnen te blijven beschouwen en te plaatsen in een breder politiek kader. Dat stelt ook eisen aan de beleidsmedewerkers die voor dit blad vaak de journalistemol vervullen: zij dienen hun eigen beleidsproducten en die van hun collega's kritisch te beschouwen.

Anne Karpf noemt de verhouding tussen muziek, literatuur en andere kunstvormen en de recensenten. Zoals de kunsten kritieken nodig hebben om zich verder te ontwikkelen, heeft ook de geneeskunst haar kritieken hard nodig, al was het alleen maar om een al te eenzijdige ontwikkeling af te remmen.

Een dergelijke verhouding is uiteraard ook nodig voor zorgvernieuwers, beleidsmakers en hun critici. De relatie tussen de journalist-beleidsmedewerker en het onderwerp van het artikel moet daarom niet symbiotisch, maar oppositief van karakter zijn. En daarover maak ik me zorgen. Sommige artikelen in dit tijdschrift laten zich lezen als samengevatte beleidsnota's, hier en daar verlicht met een aardige case. Als voorbeeld neem ik het oktobernummer van TGP (jaargang 10), met als thema ouderen. Op één artikel na helemaal volgeschreven door beleidsmedewerkers. Op zichzelf zijn de artikelen lezenswaardig genoeg, maar oppositief? Nauwelijks. Eerlijk gezegd tref ik dezelfde kleurloosheid en braafheid aan in de beleidsnota's waar ik mij voor mijn dagelijkse werk doorheen worstel. In TGP verwacht ik juist een andere, meer sprankelende blik, die bij vlagen (functioneel) ongenueanceerd is, discussies uitlokt, de lezer weer moed geeft of juist heel boos maakt.

De meest sprankelende bijdrage in het themanummer over ouderen, bijvoorbeeld, vind ik de column van Anke Westerveld, die als wijze oudere vrouw wel heel nuchter schrijft over de keuzen die in de zorg gemaakt worden. Zij vraagt zich af of het in een tijd van toenemende schaarste van middelen niet onverantwoord en misschien zelfs asociaal is dat via de landelijke bevolkingsonderzoeken mensen zonder klachten beslag leggen op de schaarse zorg-

middelen. Met andere woorden: accepteren wij dat de (oudere) patiënten moeten concurreren met gezonde consumenten? Dat soort vragen verdient een debat in TGP en geeft meer inzicht in hoe we in onze samenleving met ziekte en gezondheid (zorg) omgaan dan een artikel over bijvoorbeeld 'technologie in de thuiszorg'.

Het is echter de vraag of de redactie van TGP in voldoende mate in staat zal zijn sprankelende, kritische en bij vlagen ongenueanceerde schrijvers te vinden. Anne Karpf wijst op het verschijnsel dat producenten van medische radio- of televisieprogramma's in conflict komen met medici, politici en andere machtsblokken wanneer zij in hun programma's een al te kritische visie uitdragen. De producenten zijn immers afhankelijk van de medewerking van bijvoorbeeld medici. Producenten moeten voortdurend de afstand in het oog houden die zij tot het onderwerp kunnen nemen zonder een al te grote verwijdering van de medici te riskeren. Gaan zij te ver, dan droogt de informatiebron op. Zijn ze te volgzzaam, dan is het kritisch gehalte van het programma aan twijfel onderhevig. Het verbaast me niet wanneer dit dilemma de redactie van TGP parten speelt bij de beoordeling van artikelen. Ook de redactie is afhankelijk van de auteurs en in de loop der jaren zijn wellicht ook de kenmerken van die auteurs veranderd. In de beginjaren van TGP waren de auteurs vaak 'jonge honden' die, soms zelfs niet gehinderd door kennis van zaken, relatief gemakkelijk oppositieve visies voor het voetlicht brachten. In TGP anno 1993 lijken auteurs vaker te behoren tot de 'gesettelde honden', die soms zelfs te zeer gehinderd worden door kennis van zaken en dus niet zo gemakkelijk de voor hen vanzelfsprekende zaken aan de orde stellen.

Op dit punt aangekomen, moet ik zelf ook maar even met de billen bloot. Ook ik trad onlangs toe tot het leger van de beleidsbetweters en zorgregelaars die de gezondheidszorg heden ten dage bevolken. Die toetreding hindert me, zo blijkt nu, bij het ongecompliceerd beschrijven van mijn opvattingen over dit blad. De nuances druipen ervan af en dat terwijl ik toch zo stevig van plan was het gevoel dat ik heb als ik TGP lees kort en goed uit de doeken te doen: waarom is dit blad zo weinig oppositief?

Ik ben misschien pessimistisch, maar ik denk dat het heel moeilijk zal zijn om die oppositieve visies te vinden en discussies te starten. Het vergt auteurs en lezers in zorg- en beleids-circuits, die niet alleen hun wenkbrauwen fronsen als zij met de waan van de dag geconfronteerd worden, maar ook de pen ter hand nemen en er fris van de lever over durven te schrijven. Gewoon omdat de werkelijkheid verwondert of verbaast en te weerbastig is om in de ontwikkelde kaders te passen. 'De waan van de dag', ik vind het een mooie titel voor

een reeks artikelen die boeit, opponeert en tot discussie aanzet.

BENT U AL BENADERD?

Over de waan van de dag gesproken. 'Schaarste in de zorg' is een thema dat in TGP niet vaak genoeg aan de orde gesteld kan worden. Zo langzamerhand zal het zogenoemde communicatieplan over het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg wel in werking getreden zijn. Bent u al benaderd? Eerst worden medische professionals gemaakt tot een attitudeverandering, vervolgens worden de burgers gehersenspoeld. Over wachtlijstproblematiek kunnen we dan een discussie verwachten over 'algemene opvattingen over waar men wel en waar men niet op kan/mag wachten en wat in dit opzicht aanvaardbaar is en wat niet meer. Het is in de maatschappelijke context dat wachtlijstgegevens moeten worden gezien.' Daar moet je als oppositief medium natuurlijk bovenop zitten en je alternatieve informatiebronnen voor aanboren. Laten de zorgaanbiedende lezers van ons tijdschrift maar eens noteren welke prioriteiten zij in hun dagelijks werk stellen en welke mechanismen daarbij een rol spelen. Voor welke dilemma's zien zij zich geplaatst en hoe gaan zij daarmee om? En laten de geëmancipeerde patiënten, als zij nog tijd hebben om ons tijdschrift te lezen, alstublieft hun verwondering over het 'zorgsysteem' in de vorm van dringende vragen en zo mogelijk passende antwoorden opschrijven. Aan die dagelijkse dilemma's en verwonderingen, heel concreet en vooral niet normatief, zou TGP de komende jaren eens extra aandacht moeten besteden, al was het alleen maar om te laten zien dat het al lastig genoeg is om 'gewoon' (laat staan kritisch) in te spelen op de dagelijkse werkelijkheid.

Literatuur:

A. Karpf, *Doctaring the Media. Reporting of Health and Medicine.*

Weloverwogen verder. Regeringsstandpunt, waarin opgenomen 'gepast gebruik', reactie op het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg. Verder tien jaargangen TGP.

Yvonne van Geenhuizen studeerde beleid en management gezondheidszorg, Erasmus Universiteit.

**10 jaargangen
van het Tijdschrift voor
Gezondheid en Politiek**

Informatie kan worden opgevraagd bij de redactie van TGP:

Postadres:

NCDB

Prinsenhofsteeg 10

1012 EE AMSTERDAM

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1983

- 8-13 Heijdelberg, E. en Salemink, G.,
'De politieke exploitatie van de eerste lijn gaat onverminderd door',
- 14-19 Nie, M. de,
'Slotervaart blijft open! - Verslag van een actie voor behoud van een ziekenhuis',
- 20-25 Juffermans, P.,
'Crisis en gezondheidszorg in internationaal perspectief',
- 26-29 Illich, I.,
'Vernieuwing door schaarste - Redevoering in Berlijn',
- 30-35 Salemink, G.,
'De wijk in perspectief - Wijkgericht denken in de eerste lijn, waarom eigenlijk?',
- 36-44 Knottnerus, A. en J. Talsma,
'Het zal me een zorg zijn waar de dokters naar toe moeten - Een rondetafel discussie over de toekomst van de eerste lijn',
- 46-48 Dolleman, A.,
'Solidariteit of elke keer een knaakje kwijt - Patiëntenrechten, eigen bijdrage ziekenfondsen',
- 49-54 Muller, F.,
'Vijf misvattingen over medische ontwikkelingssamenwerking',
- 55-57 Mol, A.,
'Depressief tot na de verlossing', (tijdschriftbespreking: Radical Science Journal, 1982),

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1983

- 6-11 Helsloot, R.,
'Experimenteren in Almere - Op het kruispunt van twee lijnen',
- 12-15 Wilk, H. van der,
'Een test-case voor de psychiatrische tegenbeweging',
- 16-20 Bool, M., W. de Graaf, R. Kampman en R. Maier,
'De krankzinnigenwetgeving - Over de dwang om te genezen van een gevaarlijke gekte',
- 21-25 Niesten, T. en G. van Oorsouw,
'Fysiotherapie - Een bedreigde beroepsgroep in rep en roer',
- 26-30 Vos, R.,
'Traditie en vernieuwing - Onderzoek naar Arbeid en Gezondheid doorgelicht',
- 31-33 Hertog, K.,
'Lekker werk',
- DRIELUIK: PRIVATISERING (pg 34-40)
- 34-36 Heijdelberg, E.,
'Crisis en de vrije markt - Een beslissend moment voor links', (drieluik: privatisering),
- 36-39 Juffermans, P.,
'Hellend vlak van de afnemende solidariteit', (drieluik: privatisering),
- 39-40 Waaijer, T.,
'His masters voice - De loyale houding van de ziekenfondsen', (drieluik: privatisering),
- 41 Helsloot, R.,
'Perspectieven voor de wijk - Een kritiek op Gerrit Salemink', reactie op Salemink, G., 'De wijk in perspectief - Wijkgericht denken in de eerste lijn, waarom eigenlijk?', in TGP nr 1, 1983 pg 30-35.
- 42-48 Baart, I.,
'Macht over eigen lijf - Opkomst en uitbouw van het vrouwengezondheidscentrum Utrecht',
- 49-51 Aller, R.,
'Verpleging: zorg om de zorg',
- 52-56 Smeets, H. en D. de Smit,
'Hartlijden - Een nieuwe theorie van Knut Sroka',
- 57 Wildt, G. de,
'Het ziekenhuis helpt je niet', (boekbespreking: Roth, D. e.a., 'Het ziekenhuis helpt je niet - Gezondheidszorg in de Filippijnen').

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1983

- 6-11 Knottnerus, A.,
'Democratisering in praktijk - Dilemma's voor de hulpverleners',
- 12-16 Goedkoop, A.,
'De machtige broederschap der apothekers',
- 17-23 Benraad, C.,
'Zwangerschap en bevalling medisch bemand',
- DRIELUIK: VERANTWOORDELIJKHEID (pg 24-32)
- 24-25 Mol, A.,
'Transplanteren kunnen we niet, de buurvrouwen ik', (drieluik: verantwoordelijkheid),
- 26-29 Reijen, M. van,
'Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u', (drieluik: verantwoordelijkheid),
- 30-32 Salemink, G.,
'De eigen verantwoordelijkheid van het bewind', (drieluik: verantwoordelijkheid),
- 33-36 Legemaate, J.,
'Analyseren toegestaan, maar met mate - De BOPZ als onvermijdelijke tussenstap',
- 37 Bool, M., W. de Graaf, R. Kampman en R. Maier,
'Naschrift: Een gedwongen misstap',
- 38-44 Arends, J. en R. Kibbelaar,
'Waarborg voor afhankelijkheid - Gezondheidszorg op de Antillén',
- 45-47 Schmitz, L. en J. Hoogenkamp,
'De abortuspraktijk is een vrouwenzaak - Zelfhulp in discussie',
- 48-49 Terwiel, C.,
'Abortus zelfhulp: beter of anders? - Naar een feministische technologie',
- 50-56 Keulartz, J., C. Kwa en H. Radder,
'Beoordeling alternatieve geneeswijzen discutabel - Kritiek op commissie Muntendam en KNMP',
- 57 Graaf, W. de,
'Psychologen en de crisis - Handje helpen, beentje lichten',
- 58 Smeets, H.,
'Samenwerken aan ontmedikalisering', (boekbespreking: Redaktiekolлекief Amsterdam, 'Samenwerken en ontmedikalisering', 1983).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1984

- 6-8 Wildt, G. de, en E. Heijdelberg,
'De vakbeweging heeft de greep op de ziekenfondsen verloren', interview met Domela Nieuwenhuis (FNV),
- 9-12 Berg, P. van den,
'Antipsychotica - Minder slikken, maar niet afwijzen',
- VIERLUIK: PARTICIPATIE (pg 14-33)
- 14-17 Heijdelberg, E.,
'De ontdekking van de mondige patiënt - Twijfel aan de macht van de gebruiker', (vierluik: participatie),
- 19-23 Muller, F.,
'Perspectief op vernieuwing - Participatie: een uitweg', (vierluik: participatie),
- 24-28 Bertels, M.,
'Kwaliteit in discussie - Gebruikersparticipatie in Holendrecht', (vierluik: participatie),
- 29-33 Dute, J.,
'De patiënt blijft buiten spel - Wie bestuurt het ziekenhuis?', (vierluik: participatie),
- 34-38 Rutgers van der Loeff, C.,
'Alsof zo'n kind het kan helpen - Kindermishandeling: visies en hulpverlening',
- 39-46 Radder, H., J. Keulartz en C. Kwa,
'Hoe alternatief zijn de alternatieven - Maatschappelijke effecten van de alternatieve geneeswijzen',

47-49 Bannenberg, G.,
'Ontwikkelingshulp in Nederland - De wonderbaarlijke rekbaarheid van het begrip Primary Health Care'.

50-53 Houwaart, E.,
'Politieke anatomie van het lichaam', (boekbespreking: Armstrong, D., 'The politica l anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century', 1983).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2,1984

DRIELUIK: AMC (pg 6-15)

6 Maesen, L. van der,
'Academisch Medisch Centrum - Noot bij een feestelijke opening', (drieluik: AMC).

7-9 Helsloot, R.,
'Het ziekenhuis ziet de wijk niet zilt - Einde van een zorgexperiment', (drieluik: AMC).

10-12 Heijdelberg, E.,
'Gezondheid voor allen in het jaar 2000', (drieluik: AMC).

13-15 Smeets, H.,
'Academisch 'Patinten' Centrum', (drieluik: AMC).

16-19 Bakel, H. van,
'Mijnheer Janssen bij de dokter - De heilsverwachtingen van de antropologische geneeskunde',

20-21 Mol, A. en M. van Reijen,
'Zin in leven',

22-24 Breuk, R. en A. de Groot,
'De universiteit als slokop - Academisering van de eerste lijn',

ZESLUIK: VERPLEEGKUNDIGE (pg 26-49)

26-29 Wildt, G. de, en S. Sijthoff,
'Zorgen om de patiënt - Het verhaal van Karla', (zesluik: verpleegkundige).

30-34 Gemert, V. J. van, en T. Spijker,
'Dans om de macht', (zesluik: verpleegkundige).

35-37 Bots, F.,
'Politiseren en verplegen, een duo', (zesluik: verpleegkundige).

38-41 Goudriaan, G. en M. Willemse,
'Autorisatie als fopspeen - Verpleegkundige blijft ondergeschikt', (zesluik: verpleegkundige).

42-45 Heijltjes, A. en T. Verhagen,
'Marianne van Diepen (ABVA-KABO): We lijden aan een Florence Nightingale Syndroom', interview, (zesluik: verpleegkundige).

47-49 Heijltjes, A. en T. Verhagen,
'Renee van Allèr (Het Beterschap): "Je moet vechten om de macht", interview, (zesluik: verpleegkundige).

50-53 Swuste, P. en P. Groenewegen,
'Barsten in een bolwerk - Arbeidsomstandigheden ook een zaak van de huisarts',

54 Dute, J.,
'Concerns en circuits', (boekbespreking: 'Besturen in de gezondheidszorg: concerns en circuits', Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, 1984).

55 Muller, F.,
'Kanker en sociale klasse', (boekbespreking: Doyal, L. e.a., 'Cancer in Britain: the politics of prevention', 1983).

56 Kampman, R.,
'Krankzinnigenwetgeving in Nederland', (boekbespreking: Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 'Symposium Honderd jaar Krankzinnigheid', 1984).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3,1984

4 Talsma, J.,
'Ombuigen op het spreekuur', (column).

6-9 Baerveldt, M.,
'Een vrije vrouwenvestiging - Strijd rond het vrouwengezondheidscentrum',

10-12 Berg, P. van den,
'Zwarte apotheken - KNMP verliest terrein',

13-14 Waaijer, T.,
'Pact met de duivel - Vrijwillig verzekerde uitgeleverd',

THEMA: GRENZEN AAN DE ZORG (pg 15-35)

16-21 Drewes, J.,
'Beperkte zorg, betere zorg? - Knoop van gezondheid en economie',

22-24 Smit, D. de,
'De lafheid van het beleid - Müller-van Ast over politiseren van de zorg', interview.

25-27 Smit, D. de,
'Ik ben niet principieel tegen eigen risico', interview met J. Hendriks.

29-31 Schrijvers, G.,
'Kwaliteit en bezuinigingen',

32-35 Kaasjager, D.,
'Gezondheidscentra in Rotterdam - in politieke houdgreep',

36 Berg, P. van den,
'De opiumwet, een historische vergissing', (column).

37-41 Knottnerus, A.,
'Artsen onder elkaar - De gebreken van het tuchtrecht',

42-44 Aller, R. van,
'Het onrecht van de verlengde arm - De onzekere pesttie van de verpleegkundige',

45-47 Sijthoff, S. en P. Waack,
'De hoge heren doorgelicht - Het verhaal van Jeanne', (interview).

48-50 Dubel, I.,
'Het vrouwenlichaam als instrument - Familij planning in Zuid Afrika',

51-54 Willems, D.,
'Magister Foucault - De beperkingen van de meester',

54-55 Dute, J.,
'Psychotherapie en recht', (boekbespreking: Hubben, J.H., 'Psychotherapie en recht', 1984).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4,1984

4-5 Wit, T. de,
'Gezond? Snel naar de fysiotherapeut', (column).

6-8 Vuister, F.,
'Zonder baarmoeder minder problemen - Twijfels bij een proefschrift',

9 Muller, E.,
'Hoezo problemen, mevrouw', (column).

10-13 Smil, D. de, en D. Versloot,
'Ieder stadsdeel in de toekomst een eigen ziekenhuis', interview met de Amsterdamse wethouder T. van de Klinkenberg.

THEMA: KWALITEIT VAN ZORG (pg 14-40)

16-21 Verbeek, G.,
'The art of care - Het kwaliteitsbeleid van de overheid',

22-25 Wolf, D. de,
'Kwaliteit is onze reclame - Vergelijkend warenonderzoek: de huisarts',

26-31 Goudriaan, G. en H. Raat,
'Kwaliteit in eigen hand - De zelfbeleving van heren op stand',

32-35 Smil, D. de,
'Het monopolie van Guy ton - Fysiologie verengd tot buizen en kleppen',

36-37 Hessen, P. van,
'Vrouwenarts versus neuroloog - Eén ziekte, twee behandelingen',

38-40 Ogtrop, J. van,
'Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan',

41-43 Beernink, G. en D. Liebrand,
'Democratische psychiatrie - Foto's uit Italië',

44-47 Vries, H. de,
'Progressief of praktijkzoekend - Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen',

48-49 Sijthoff, S. en P. Waack,
'Op straat zou ik ze een tik geven - Het verhaal van Anet', (interview).

50-51 Dubel, 1.,
'Bevolkingsconferentie in Mexico - De vrouw beslist in elk geval niet',

52-55 Meer, J. van der,
'Gesundheitstag in Bremen - Alternatief gezond of gezond alternatief',

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1985

4 Grooff, T.,
'Draagmoeders en reageerbuisbaby's', (column).

6-10 Sijthoff, S.,
'Algehele malaise, gaarne fysiotherapie - Het verhaal van Sonja', (interview).

10 Mol, A.,
'Verslaafd aan zorg', (column).

11-15 Blume, S.,
'It's not as simple as that' - Beoordeling van nieuwe technologie',

16-20 Lieshout, P. van, en G. Freriks,
'Minder idealen, meer ambtenaren - Tien jaar wetgeving in de gezondheidszorg',

THEMA: ONGELIJK - ONGEZOND (pg 21-41)

22-25 Muller, F.,
'Ongelijke kansen op gezondheid',

26-29 + 53 Jansen, 1.,
'Voor de dood is iedereen gelijk',

30-33 Groenewegen, P. en E. Houwaart,
'Onderzoek in Nederland nauwelijks op gang', interview met dr. Paul van der Maas.

34-35 Vollebregt, R.,
'Wiens lampje brandt het langst - Reportage bedrijfsgezondheidszorg Philips', interview met drs. E. Cools en dr. P.A. van Wely.

36-37 Heydelberg, E.,
'Het medusa-hoofd en de zonnebank', (column).

38-41 Drakapoulou, C.,
'Ze hebben een andere cultuur - De gemakzucht van de Nederlandse hulpverlener',

42-45 Dute, J. en L. Hesselink,
'Na 1984 is euthanasie een therapie - Het arrest van de Hoge Raad',

46 Eijk, P. van,
'Sport & pillen', (column).

46-47 Berg, P. van den,
'Sport & pillen', (column).

48-49+53 Doornekamp, B. en F. Schreuder,
'Het net sluit zich - LHV en VNZ contra 'wilde' vestigingen',

54-55 Wijngaart, G. van de,
'Fotoreportage: zwakzinnigenzorg', (boekbespreking: Wielen, H. van den, met foto's van J. Huibers en R. Lammers, 'Ongewoon? Gewoon', 1984).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1985

6-11 Helsloot, R.,
'Nederland te klein voor bedden in de eerste lijn? - Ervaringen met Community Hospitals',

11 Talsma, J.,
'Opsporing verzocht',

12-15 Dopper, J.,
'Knollen voor citroenen - LHV sluit een pijnloos compromis',

15-18 Deeg, D.,
'Het lot der weduwen - Gezond oud worden is niet voor iedereen weggelegd',

THEMA: DE EEN Z'N DOOD ... (pg 19-33)

20-24 Wouters, C. en H. ten Kroode,
'Geen bloemen, geen bezoek - Over sterven en nabestaan',

24 Sijthoff, S.,
'De laatste ziekte', (column).

25-28 Goudriaan, G. en E. Heijdelberg,
'Doodsangst', interview met prof.dr. A. van Dantzig.

29+32+52 Smit, D. de,
'Werken in een kankerziekenhuis - Ik ervaar niet zo dat dingen worden weggemoffeld',

33 Mazloum, N.,
'Doodgaan in Egypte',

34-36 Sijthoff, S.,
'Ik ben altijd bang dat ik een afwijking over het hoofd zie' - Het verhaal van een internist in opleiding', (interview).

37-39 Cohen, P.,
'Drugsbeleid en Openbare orde - Hebben opiaatgebruikers en de maatschappij tegengestelde belangen?',

40-42 Hartman, L. en D. de Smit,
'Ik heb in ieder geval onrust veroorzaakt'- Herman Bode over de VNZ', (interview).

43-45 Winssen, T. van,
'Krankzinnigen en de Kamer - Problemen rond de BOPZ',

47-48 Helsloot, R.,
'Poverty, a crisis for babies',

48 Dute, J.,
'Kleinschaligheid in de psychiatrie', (boekbespreking: Bokenkamp, K., 'Kleinschaligheid in de psychiatrie, de inrichting een vergissing?', 1985).

48-50 Tilstra, K.,
'Women, health and the family', (boekbespreking: Graham, H., 'Women, health and the family').

50-51 Born, A. van der,
'Strijden tegen ...', reactie op H. de Vries, 'Progressief of praktijkzoekend - Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen', in TGP nr 4, 1984, pg 44-47.

51-52 Salemink, G.,
'Strijden met ...', reactie op H. de Vries, 'Progressief of praktijkzoekend - Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen', in TGP nr 4, 1984, pg 44-47.

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1985

6-9 Bouwmans, M., A. van Es en G. Goudriaan,
'Concurrentie onder atsen - Van de nood een deugd maken',

10-12 Starmans, R.,
'High-tech of eerste lijn - Testcase voor Maastrichtse idealen',

13-14 Lemette, M.,
'IKG klaagt met u mee',

15-18 Helsloot, R.,
'Een gasthuis - Amsterdam heeft het niet meer',

19-20 Keijsers, G.,
'Emancipatie of fopspeen? Huisartsen op de eerstehulp',

21-23 Smit, D. de,
'Volksverzekering, nu of nooit - VNO en FNV contra van der Reijden',

THEMA: EVALUEREN, WIE WORDT ER BETER VAN? (pg 24-41)

26-30 Schut, H.,
'Samen in een centrum - Kanttekeningen vanuit de praktijk',

30-32 Heyne, R.,
'De verstrengeling van kwaliteit en belangenstrijd',

33-35 Maesen, L. van der,
'Evalueren in A'dam - Om de toekomst van de zorg',

34-35 Mol, A.,
'De wil van de patint', (column).

36-41 Brummeler, L. ten, en C. van Dijkum,
'Hoe doen fysiotherapeuten het? - Kwaliteit van werk onderzocht!'

42-47 Hoeven, L. van der,
'Geneesmiddelen code broodnodig - Farma-praktijken in de Derde Wereld'.

48-49 Sijthoff, S.,
'Een professionele dochter aan huis - Het verhaal van een wijkverpleegkundige', (interview).

50-52 Geenhuizen, Y. van, en K. Tilstra,
'Baas in eigen beurs - Budgetteren in eigen praktijk'.

53-54 Vries, D. de,
'De dokter als dealer', reactie op artikel van P. Cohen, 'Drugsbeleid en openbare orde', in TGP nr 2, 1985, pg 37-40.

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 4, 1985

4 Talsma, J.,
'Wat zijn tamme en wilde huisartsen op de vrije markt waard?', (column).

6-9 Willemse, M.,
'Verpleegkundige en verpleegster - Strijd rond opleidingen leidt tot chaos'.

10-13 Heijdelberg, E.,
'Planning en Competitie - Linksaf met het marktmechanisme?'

14-15 Saleminck, G.,
'Greep op de planning - Financiers of overheid'.

16-17+55 Achthoven, L.,
'Vrouwen, vruchtbaarheid en industriële belangen'.

THEMA: HET BELANG VAN DE PATIËNT (pg 19-37)

20-23 Wijngaart, G. van de, en H. Spijker,
'Interview Consumentenbond - Resultaat door onderzoek, niet door inspraak', interview met Margriet Andela.

24-26 Oliehoek, J.,
'Hoge bloeddruk - Zelfhulpgroep om zeep'.

27-28 Weeie, C. van der,
'Eugenetica in een nieuw jasje?', (column).

29-32+55 Mol, A.,
'Patiëntenbeweging: een of verdeeld? - Het belang van de patiënt bestaat niet'.

33-36+55 Martens, F.,
'Arts en patiënte: de deskundige versus leek? - Ervaringen uit de vrouwenpraktijk Aletta'.

36-37 Post, M.,
'Een doktersroman', (boekbespreking: Fahrenfort, M., 'Een doktersroman, een verkenning van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde', 1985).

38-41 Bergen, J. van, en J. Derksen,
'Tussen Tilburg en El Salvador - Hulpverlening met hindernissen'.

42-44 Hermesen, M.,
'Premenstrueel syndroom - Diagnose of dilemma'.

45-48 Bertels, M.,
'Onderzoek naar kwaliteit: telt alleen het resultaat?', (reactie op artikel van C. van Dijkum en L. ten Brummeler, 'Hoe doen fysiotherapeuten het?', in TGP nr 3, 1985, pg 36-42).

48-49 Houwaart, E.,
'Het medische circuit', (boekbespreking: Jaspers, J.B., 'Het medische circuit - Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland', 1985).

49-50 Hertog, K.,
'Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten', (boekbespreking: Plomp, H., 'Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten - Een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg', 1985).

50-51 Hertog, K.,
'Hoe voorkomen wij kanker?', (boekbespreking: Steenkamp, F., 'Hoe voorkomen wij kanker - De persoonlijke en maatschappelijke mogelijkheden van de kankerpreventie', 1985).

51-52 Ruiten, M. en J. van den Bogaard,
'Een kuiken in een nest vol adelaars', (verslag conferentie 'Integratie van vrouwenhulpverlening: innovatie of annexatie?', 1 november 1985, georganiseerd door de Projectgroep Vrouwenhulpverlening).

53-55 Werkgroep Nieuwe Reproductieve Technologieën van het Vrouwen Gezondheidscentrum Utrecht,
'Vermenigvuldigt U!', (verslag werkdag Vrouwen Gezondheidscentrum Utrecht, 29 augustus 1985).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 1, 1986

4 Geenhuizen, Y. van,
'Een eenzame kerst!', (column).

6-9 Zalmstra, H., E. 't Hoen en A. Visser,
'Is kennis angst of macht? - Invloed DES-actiegroep onderzocht'.

10-13 Meer, J. van der,
'Verantwoord geneesmiddelengebruik - WHO-congres in Nairobi'.

14-16 Geenhuizen, Y. van,
'Jaarverslagen van ziekenhuizen - Patiënten op onderzoek'.

THEMA: BELEID OP RECEPT-DE ONMACHT VAN DE POLITIEK (pg18-35)

18-21 Soeters, D.,
'Beleid op recept - De onmacht van de politiek'.

22-25 Es, A. van,
'Veranderen in de gezondheidszorg kàn! - De PSP en machtsvorming van onderop'.

22-25 Wouters, R.,
'Een werkelijk beleid - De inzet van de CPN'.

26-29 Muurling, J.,
'Overheidsbeleid - In de ijzeren greep van dominees en dokters'.

30-32 Dute, J. en D. de Smit,
'Even kijken hoe lang van der Reijden het volhoudt', interview met prof. dr. P. Muntendam.

33-34 Goudriaan, G.,
'Diagnostische verrichtingen - Commissie in mist opgelost'.

35-43 Achterhuis, H.,
'Schaarste en medische macht - Een onafscheidelijk paar'.

44-46 Raat, H.,
'Marktmechanisme - Een gevoelige plek van links'.

47-50 Goudriaan, G. en F. Oostrik,
'Tussen wijk en ziekenhuis - Verpleegkundigen werken samen'.

51-52 Houwaart, E.,
'Sociale geschiedenis Engelse geneeskunde'.

52-53 Dute, J.,
'Ziektekostenverzekering', (boekbespreking: Roscam Abbing, H. en F.F.H. Rutten, 'Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland - een economische-juridische studie', 1985).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 2, 1986

4 Wijngaart, G. van de,
'Know your rights: call 742-8700', (column).

6-9 Jongsma, R.,
'Het ziekenhuis als supermarkt - Marketing naar Amerikaans model'.

10-15 Mutsaers, F.,
'Het verzetspotentieel van de patiëntenbeweging - Erik Heydelberg versus Jozef Keulartz', (interview met E. Heydelberg en J. Keulartz).

16 Mol, A.,
'Bloedwarm en ijskoud', (column).

THEMA: MEDISCHE TECHNOLOGIE (pg 18-44)

18-19 Groenewegen, P.,
'Thema medische technologie'.

20-25 Vos, R.,
'De beoordeling van de medische technologie - Het geneesmiddelenbeleid als voorbeeld'.

26-28 Smit, D. de,
'Van CT-scan tot thermometer - Technologie bepaalt het denken over ziekte'.

28-31 Schreiber, G.,
'De computer - Heelmeester van de toekomst?'

32-36 Hiddinga, A.,
'Regulering van de reageerbuisbaby'.

37-39 Groenewegen, P. en N. de Neeling,
'Onze kracht is consensus',
interview met Gerard Engel, medewerker Gezondheidsraad.

40-43 Have, H. ten,
'Pleidooi voor offensieve medische ethiek'.

44 Berg, C. van den,
'Wat is consensus?', (column).

45-48 Hoof, G. van, en R. Reddingius,
'Basisarts, en dan...?' - Onderzoek naar werkgelegenheid van artsen',

49-51 Wilk, H. van der,
'Beter klachtrecht - Patiëntenplatform neemt initiatief',

52-53 Romanillos, S.,
'Mijn gezondheid is gebarsten als glas',
(boekbespreking: Dijk, R. van, 'Mijn gezondheid is gebarsten als glas. Arbeidsgeschiede Marokkanen en Turken: hun ziekte, hun hulpverleners. - Een buurtonderzoek).

54 Wijngaart, G. van de,
'De zwakzinnigeninrichting',
(boekbespreking: Pelt, G. van, 'De zwakzinnigeninrichting', 1985).

55 Wildt, G. de,
'Vrouwen, vruchtbaarheid en mannelijke dominantie', reactie op artikel van L. Achthoven, 'Vrouwen, vruchtbaarheid en industriële belangen', in TGP nr4, 1985, pg 16-17.

55 Achthoven, L. en J. Jansen,
'Repliek', reactie op G. de Wildt, (zie pg 55).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1986

4 Sijthoff, S.,
'De centrifuge als ultieme anticonceptie',
(column).

6-9 Heijdelberg, E. en F. Muller,
'Nota 2000 - A health Odyssey?'

10-14 Agthoven, W. van,
'Thuiszorg - Wijkzuster of lekebroeder',

15-17 Knottnerus, A.,
'De sociale werkplaats wordt een bedrijf',

18-19 Goudriaan, G.,
'De commercie in de houdgreep',

20-23 Sijthoff, S.,
'Plannen is 'in' en in-moelijk - Radiotherapie als voorbeeld',

24-28 Dukkers van Emden, T.,
'Een afscheidsrede - Vrouwen en dokters: een riskante relatie',

29-32 Donker, M.,
'Reorganizing Mental Health Care - Kritiek op een analyse',
(analyse van Brenner, M.H., 'Mentalliness and the Economy').

33-35 Bannenberg, G.,
'Ziekenfondsen - Nieuwe Stijl',

36-37 Meer, J. van der,
'Het inwijdingsritueel', (column).

38-40 Kooij, C. van der, e.a.
'Hoge bomen vangen veel wind - Verpleegkundigen analyseren arbeidsmarkt',

41-43 Soppe, W.,
'Tsjernobyl en Nederland - Regeringsmaatregelen doorgelicht',

44-46 Horenberg, T.,
'Verpleegkundige opleidingen - Integratie dag- en inservice onderwijs',

47-48 Mast, R.,
'Een trage ontsluiting',
(boekbespreking: Schoon, L., 'Een trage ontsluiting, vrouwengeneeskunde politiek doorgelicht', 1985).

48 Dute, J.,
'De Nederlandse gezondheidszorg',
(boekbespreking: Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen, 'De Nederlandse gezondheidszorg', 1986).

49-50 Verbeek, G.,
'Kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg',
(boekbespreking: Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen, 'Kosten en kwaliteit in de intramurale gezondheidszorg', 1985).

50-51 Hoen, E. t. en H. Zalmstra,
'Het verzetspotentieel van de vrouwengezondheidsbeweging', reactie op interview van F. Mutsaers, 'Het verzetspotentieel van de patiëntenbeweging - Erik Heydelberg versus Jozef Keulartz', in TGP nr 2, 1986, pg 10-15.

51-53 Aaideren, H. van,
'Geen verzetspotentieel in de patiëntenbeweging?',
reactie op interview van F. Mutsaers, 'Het verzetspotentieel van de patiëntenbeweging - Erik Heydelberg versus Jozef Keulartz', in TGP nr 2, 1986, pg 10-15.

53-54 Bering, R.,
'Beter klachtrecht', reactie op H. van der Wilk, 'Beter klachtrecht - Patiëntenplatform neemt initiatief', in TGP nr 3, 1986, pg 49-51.

BIJLAGE BIJ NR 3, 1986: GEZONDHEIDSZORG AAN DE LIJN

Verslag van de conferentie 'Gezondheidszorg aan de lijn', 23 mei 1986 in het AMC-Amsterdam, georganiseerd door Stichting Activiteiten Platform de Aemstelhorn (SAPA) en de Stichting Gezondheid en Politiek: 7 inleidingen en 5 verslagen van workshops,

5-6 Heijdelberg, E.,
'Thuiszorg in de kern - Inhoud moet voorgaan',

7-9 Bertels, M.,
'Democratisering nodig - Eerste lijn stelt eisen aan ziekenhuis',

10-13 Jaspers, J.,
'Schisma in de professie - Opkomst van de specialisten',

14-15 Lems, P.,
'Verschuiving bleef uit - Lijnen blijken gesloten circuits',

16-18 Helsloot, R.,
'Basis niet vergeten - Hulpverleners doen het samen',

19-21 Tielens, M.,
'Samenwerken-gewoon doen - Ervaringen uit het Zeister Ziekenhuis',

22-23 Wolff, L. de,
'Staat en zorg - Overheid tussen afwachten en ingrijpen',

24 Groenewegen, P.,
'Echelonnering', (verslag workshop).

24-25 Nitschke, J.,
'Samenwerking en beroepsopleiding', (verslag workshop).

25 Bannenberg, G.,
'Geestelijke gezondheidszorg', (verslag workshop).

25-26 Tilstra, K.,
'Continuïteit van zorg', (verslag workshop).

26-27 Neeling, N. de,
'Fysiotherapie', (verslag workshop)

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4, 1986

6-8 Waayer, T.,
'Eigen bijdragen - Het verraad van de ziekenfondsen',

9-12 Starren, H.,
'Arbeidsmarkt, opleidingen en bezuinigingen - Paradoxen in de verpleegkunde',

12-17 Houwaart, E.,
'Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld?',

18-19 Goudriaan, G.,
'Praatjes vullen geen gaatjes - Impressies van een congresganger',

THEMA: ... OF IS HET MISSCHIEN PSYCHISCH? (pg 20-41)

- 20-21 Mol, A.,
'Begripsverwarring, onmacht en concurrentie in de hulpverlening',
- 22-26 Willems, D.,
'Het zal toch niet psychisch zijn?' - Over de moeilijkheid van het omgaan met spanningskiachten',
- 27-29 Smeets, H. en H. Spijker,
'De psycholoog voor de rijken, de maatschappelijk werker voor de armen', interview met Marijke Hover, Marije Lubbers, Julia Royackers en Anneke Wubben.
- 30-31 Botros, A.,
'Kultuurkloof - Buitenlandse patiënten en hulpverleners',
- 32-34 Wijngaart, G. van de, en H. Spijker,
'De mijn uit, de WAO in - Sociale problemen bij de huisarts', interview met Martin Vos, huisarts in Hoensbroek.
- 35-38 Mol, A.,
'Huisartsen hebben niets te bieden dat zo leuk is, dat je er misbruik van kan maken',
interview met Henk Lamberts, hoogleraar huisarts geneeskunde.
- 39 Heijdelberg, E.,
'De steden en de zielen', (column).
- 40-41 Collette, C.,
'Dokters aan vrouwen',
(boekbespreking: (red.) Baart, I. en M. Baerveldt, 'Dokters aan vrouwen: medicalisering van vrouwenlevens', 1986).
- 42-44 Buiker, M.,
'Hoe regulier zijn de alternatieve geneeswijzen?',
- 45-47 Dukkens van Emden, T.,
'De radicale dokter van de verloskamers - De zaak Wendy Savage',
- 48-51 Duym, F., G. Hansma, J. Janssen, J. van der Meer,
R. Melchers en B. Wolf,
'De erfenis van Eegee Schoo - Ontwikkelingshulp als versterking van het bedrijfsleven',
- 52-54 Meer, J. van der,
'Het Snijvlak', (boekbespreking: Amelsvoort, V. van, en F. Muller, 'Snijvlak. Gezondheidszorg tussen twee werelden').
- 54-55 Dute, J.,
'Spanningen in de gezondheidszorg',
(boekbespreking: Festen, H., 'Spanningen in de gezondheidszorg - 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid').
- INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 1, 1987
- 4 Meer, J. van der,
'Zuur', (column).
- 6-11 Willemse, B.,
'Boerema en de zeepbellenfabriek - Medisch Diagnostisch Centrum Nijmegen',
- 12-15 Leeuw, E. de,
'Health Maintenance Organizations in Nederland - Polarisatie of socialisatie?',
- 16 Driest, J.P.F.,
'Pensioengenieters en randgroepouderen', (column).
- 17-21 Driest, J.P.F.,
'Voorzieningen voor ouderen - De mythe rond de onzorgvuldige grootverbruiker',
- 22-26 Geenhuizen, Y.,
'Bezuinigingen in ziekenhuizen - Patiëntselectie op de werkvloer of in de Tweede Kamer?',
- 28,33 Wijngaart, G. van de, en J. van Lankveld,
'Emancipatie van zwakzinnigen - Het plaatsvervangend streven naar geluk',
- 34-35 Achterhuis, H.,
'Thuiszorg - Medicalisering van levensruimten',
- 36-43 Weeie, C. van der,
'Genen beter maken - Is de medische genetica eugenetisch?',

- 44-47 Oosten, N. van, en H. Knegtering,
'Een gezonde kerel... - Gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen',
- 48-50 Smeets, H. en D. de Smit,
'Van successen en mislukkingen in de ene regio wordt elders niets geleerd', interview met Laurent van der Maesen.
- 51-55 Bannenbergh, G.,
'De crisis in de sociale geneeskunde - Back to the roots',
- 55-56 Geest, S. van der,
'Pharmaceuticals among the Sunrise Industries',
(boekbespreking: Weis, N.(ed), Pharmaceuticals among the Sunrise Industries. Proceedings of an Office of Health Economics Symposium, 1985).
- INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 2, 1987
- 4 Talsma, J.,
'Gezondheidszorg? Van verzekeringen hebben we meer verstand', (column).
- 6-8 Reijnders, L.,
'Staatstoezicht Volksgezondheid - Versukkeling of activisme?',
- 9-11 Doppe, J.,
'Vestigingsbeleid - De strijd om de praktijk',
- 12-15 Verbeek, G.,
'Kwaliteit - Dekkers kleinste hoofdstuk',
- 16-20 Lems, P.,
'Van 2 naar 1 - Substitutie volgens Dekker',
- 21-23 Meer, J. van der,
'Drugs and money - Prof. Graham Dukes over het geneesmiddelenbeleid', (interview)',
- 24 Geenhuizen, Y. van
'Over dementie' - inleiding op fragmenten van de videoproductie 'Over dementie' van M. Ouandt en producer C. van Winkel.
- 25-30 Winkel, C.,
'Over dementie', fragmenten uit de videoproductie 'Over dementie' van M. Ouandt en producer C. van Winkel.
- 31-35 Bodewitz, H.,
'Vasolastine - Hoe een geneesmiddel alternatief werd',
- 36-40 Nimwegen, M. van,
'Samenscholen - Integratie HBO-gezondheidszorg',
- 41-43 Goudriaan, G. en J. van Vliet,
'Driehoeksverhouding in het ziekenhuis - Strategieën voor verpleegkundigen',
- 44-45 Geenhuizen, Y. van,
'Congres - Patiënt, zorg en management',
- 45-47 Baart, I.,
'Het zal de overgang wel zijn', (boekbespreking: Oldenhove, A. en M. Baart-Gregory, 'Het zal de overgang wel zijn ...', 1986).
- 47-48 Jong, L. de,
'Vrouwen en geneesmiddelen', (boekbespreking: McDonnell, K., 'Adverse effects - Women and the Pharmaceutical Industry', 1986).
- INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 3, 1987
- 4 Sijthoff, S.,
'Tape your doctor', (column).
- 5-8 Spijker, H.,
'Van Berlijn naar Kassei - Het verloop van de Gesundheitstage',
- 8-11 Damen, E.,
'Preventie door controle? - Gevaren van AIDS-screening',
- 12-16 Verkaar, E.,
'Phoenix en de alcoholist - Wat maakt zelfhulpgroepen succesvol?'.
THEMA: BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG (pg 16-31)
- 18-20 Doorn, R. van,
'Niet bij artsen alleen - Veranderingen in de BGZ',

21-26 Korff de Gidts, J.,
'Het brandalarm en de paperclip - Gezondheid op het werk'

27-30 Plomp, N.
'Tussen de raderen - De positie van bedrijfsartsen'.

31 Hulshof, K.,
'Uitverkoop van de BGZ', (column).

32-34 Meer, J. van der,
'Ongelijk en Ongezonder - Van links naar rechts en terug?'

35 Schut, H.,
'Mantelzorg: Nachtmerrie of realiteit?',
(column).

36 Weeie, C. van der,
'De Waarheden over de overgang',

37-38 Oldenhove, A.,
'De biologie van de overgang', reactie op L. Baart's boekbespreking van Oldenhove, A. en M. Baart-Gregory, 'Het zal de overgang welzijn', zie TGP nr 2, pg 45-47.

39-41 Baart, L.,
'Welke biologie, welke overgang?', reactie op A. Oldenhove, zie pg 37.

42-44 Smeets, H.,
'Het contract tussen huisarts en patiënt',

45-47 Kerkhoff, A.H.M.,
'Sociale geneeskunde is geen vak', reactie op E. Houwaart, 'Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld?', zie TGP nrA, 1986, pg 12-17 en G. Bannenberg, 'De crisis in de sociale geneeskunde - Back to the roots', zie TGP nr. 1, 1987, pg 51-55.

48 Dute, J.,
'Klagen', (boekbespreking: Ippel, P.C., 'Klachtbehandeling en klachtprocedures', 1987).

48-49 Berg, K. van den,
'Unnatural selection?', (boekbespreking: Yoxen, E., 'Unnatural selection? Coming to terms with the new genetics', 1986).

49-50 Dute, J.,
'Tuchtrecht', (boekbespreking: Drion, R., 'De praktijk van het medisch tuchtrecht, in het bijzonder de "procesrechtelijke facetten"', 1987).

51-52 Muller, F. en E. Houwaart,
'Artsen in nazi-Duitsland', (boekbespreking: Muller-Hili, B., 'Met de wetenschap als excuus, de rol van psychiaters, antropologen en genetici in Nazi Duitsland', 1986).

52-53 Post, M.,
'Transformatie van de gezondheidszorg', (boekbespreking: Maesen, L.J.G. van der, 'Transformatie van de Gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987', 1987).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 4, 1987

4 Talsma, J.,
'Een bedreigde diersoort', (column).

5-8 Kerklaan, P. en L. Sterrenberg,
'Krijg ik daar kanker van?' • Informatie over giftige stoffen te weinig toegankelijk',

9-13 Schoon, L.,
'Macht van de medisch adviseurs - De constructie van een neurotisch wezen'.

14-16 Oosterman, A.,
'Eerstelijns klachtencollege • Een nieuwe klachtenregeling voor de thuiszorg'.

17-19 Willemsse, B.,
'Als het medisch bolwerk faalt - Uit de praktijk van een klachten bureau'.

20-23 Aaideren, H. van,
'Een partijdige functie - Vertrouwensarts in de gevangenis',

24-26 Vos, D.,
'Wie wast mij vandaag?' • Wijkverpleegkundigen en deeltijdarbeid',

27-30 Meijman, T., A. de Vries-Griever, C. van Ekeren en S. Schmidt,
'Techniek en patiëntenzorg - De dreigende uitholling van het verpleegkundig beroep',

31 Miltenburg, R.,
'Bij de rijksbegroting', (column).

32-34 Amelsvoort, V. van,
'Lijfstraffen en de rol van de arts'.

35-38 Bergkamp, L.,
'Proefpersonen - De rechten van het object van medisch onderzoek',

39 Bannenberg, G. en E. Houwaart,
'Sociale Geneeskunde: visie op een vakgebied', reactie op A. Kerkhoff, 'Sociale geneeskunde is geen vak', zie TGP nr 3, 1986, pg 45-47.

40-42 Weeie, C. van der,
'Het voorspelbare kind', (boekbespreking: Winter, M. de, 'Het voorspelbare kind', 1986).

43 Vos, T.,
'Gaan of niet gaan?', (boekbespreking: Hansma, G. en J. Kemkes (red), 'Wel of niet gaan? Als gezondheidswerker naar de derde wereld', 1987).

43-44 Dute, J.
'Adviesorganen', (boekbespreking: Janssen, R., P. Koeken en J. van der Made (red), 'Externe adviesorganen in de gezondheidszorg - het grijze circuit belicht', 1987).

45-46 Bannenberg, G.,
'Chose or Chance', (boekbespreking: Hiatt, H.H., 'America's health in the balance - Chose or Chance?', 1987).

46-47 Post, M.,
'Beheersing van de gezondheidszorg', (boekbespreking: Grünwald, C.A., 'Beheersing van de gezondheidszorg', 1987).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 1, 1988

6-11 Meyman, T. en R. Vreeman,
'Vakbondspolitiek in een versnipperde sector - Arbeid en gezondheid in vervoer',

12 Heidelberg, E.,
'Lessen uit Engeland', (column).

13-16 Lems, P.,
'Managed care in gezondheidscentra - Meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten',

17-21 Otterloo, G. J. van,
'Brenghet het plan Dekker een omwenteling?' • Eén jaar later, een mist van besluiteloosheid'.

THEMA: PREVENTIE (pg 22-52)

24-26 Bannenberg, G.,
'Hoe realistisch is het preventiebeleid van de overheid?',

27-28 Spijker, H.,
'Veronica Oké', (column).

29-35 Winter, M. de,
'Maatschappelijke toetsing van nieuwe screeningstechnologie noodzakelijk'.

36-39 Gilst, E. van, H. van Oers en H. Raat,
'Buurtinformatie als stimulant voor gezondheidsbevordering • Vormgeven aan idealistische voornemens'.

40 Mol, A.,
'In naam der gezondheid!', (column).

41-44 Schrijvers, G.,
'Geslaagde preventie leidt tot duurdere zorg',

45-47 Post, M.,
'Wie leven van de 36 miljoen van het Praeventiefonds?',

48 Smeets, H.,
'Risicofactor 120', (column).

49-50 Bannenberg, G.,
'Is prevention better than cure?',
(boekbespreking: Russel, L., 'Is prevention better than cure?', 1986).

51-52 Dukkers van Emden, T.,
'Wat moet je adviseren?',
(boekbespreking: 'De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op kanker', 1987, kosten-effectiviteitsanalyse).

53-55 Scholten, W.,
'Apotheker geen koopman, maar hulpverlener! - Het nieuwe tariefstelsel voor geneesmiddelen'.

56-57 Made, J. van der,
'De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg', (boekbespreking: Grinten, T. van der, 'De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een historisch beleidsonderzoek', 1987).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2,1988

63-66 Kaal, H. en M. Knuttel,
'De AIDStest als sociale valkuil'.

67-69 Wijngaart, G. van de,
'Drugsbeleid: baat het niet, dan schaadt het wel'.

70-74 Minnen, W. van,
'Een geestelijk of lichamelijk gehandicapt kind - De vraag om thuishulp is groot'.

75 Aller, R. van,
'Medisch Centrum West', (column).

THEMA: VERPLEEGKUNDE (pg 76-101)

78-80 Bakker, H.,
'Ook de verpleging moet zich gaan verkopen'.

81-85 Borgesius, E. en J. de Lange,
'Psychiatrisch verpleegkundige - Een vak apart en een wereld van verschil'.

86 Velsen, H. van,
'De verpleegkundige binnen de geestelijke gezondheidszorg', reactie op artikel van E. Borgesius en J. de Lange, 'psychiatrisch verpleegkundige - Een vak apart en een wereld van verschil', zie TGP nr 2, 1988, P 81-85.

87-89 Zandbergen, W.,
'Primary Health Care - De gezondheidszorg herontdekt 'oude' verpleegkundige waarden'.

90-93 Leemeijer, A.,
'De verpleging trekt te weinig lessen uit het verleden', interview met Truus Spijker.

94-96 Loeters, A.,
'Geen woorden maar daden - Naar een gericht emancipatiebeleid in de verpleging'.

97-101 Heydelberg, E. en B. van de Meydenberg,
'De wijkverpleegkundige handhaaft zich in de thuiszorg'.

102-104 Sovereijn, R.,
'Samenwerken in de eerste lijn - Inbreng plaatselijke overheid onontbeerlijk'.

105-106 Weeie, C. van de,
'Voortplantingstechnieken', (boekbespreking: Onstenk, A. en L. Wilkens (red.), 'Voortplanting als bio-industrie - Vrouwen, kwaliteitskinderen en de beheersing van de vruchtbaarheid', 1987).

106-107 Dute, J.,
'Mooi - Cosmetics kritisch bekeken', (boekbespreking: Reijnders, L. en W. Klootwijk, 'Mooi' - Cosmeticagids, 1988).

107 Louw, N. de,
'Baanloosheid en gezondheid', (boekbespreking: Projektgroep Baanloosheid en Gezondheid Amsterdam-Zuidoost, 'Baanloosheid een punt van aandacht voor hulpverleners?', 1988).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3,1988

112-115 Louw, N. de,
'Ontwikkelen van de zorg een dagtaak'.

116-119 Spijker, H. en G. van de Wijngaart,
'Niet terug naar af - Zusters Augustinessen al 100 jaar werkzaam in de gezondheidszorg'.

120-123 Starmans, R. en H. Mostert,
'Wijkverpleegkundige of huisarts - Wie krijgt de spilfunctie?'.

THEMA: VROUWENGEZONDHEIDSZORG (pg 124-143)

126-130 Steinmann, A.,
'Vrouwen hulpverlening - Integratie in theorie en praktijk'.

131 Schoon, L.,
'De mannelijke patint', (column).

132-133 Dukkens van Emden, T. en M. van Weersch,
'Mannen noemen het een modeprobleem', interview met Vera Kampschoër.

134-137 Coopmans, M.,
'Medisch onderwijs neemt vrouwenklachten serieus'.

138-139 Waals, F. van der,
'Vrouwen worden beter ...'.

140-141 Fahrenfort, M.,
'Macht onder de microscoop', (boekbespreking: Davis, K., 'Power under the microscope', 1988).

142-143 Dukkens van Emden, T.,
'Uitstrijkjes', (boekbespreking: IMG, 'De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker', 1988).

145-146 Man, J. de,
'Sociale geneeskunde mist activisme', reactie op Kerkhoff, A., 'Sociale geneeskunde is geen vak', zie TGP nr 3, 1987, P 45-47.

147-148 Dute, J.,
'Onze kostelijke gezondheid', (boekbespreking: Reijden, J. van der, 'Onze kostelijke gezondheid. De oud-staatssecretaris van WVC over: vergrijzing, bezuinigingen, artsenhonoraria, overheidsbemoedigen, wie kiest voor wat', 1987).

148-150 Plomp, N.,
'Stadsbuschauffeurs', (boekbespreking: Kompier, M., 'Arbeid en gezondheid van stadsbuschauffeurs', 1988).

150 Dure, J.,
'Preventie van ongeschikte arbeid', (boekbespreking: Heeten, W. den, e.a., 'Preventie van ongeschikte arbeid', 1987).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 4,1988

156-159 Leeuw, E. de, en R. Starmans,
'Gezondheidswetenschappen - Een schaaap met zeven poten'.

160-164 Bots, M.,
'Een pleidooi voor compassie', interview met onderzoekster Nel Draijer.

165-168 Verkaar, E.,
'Patiëntenorganisaties - Een garantie voor kwaliteit'.

THEMA: THUISZORG (pg 168-189)
(themaredactie: Gerard Goudriaan, Beatrijs Jansen en Frans van der Pas)

170-173 Goudriaan, G.,
'Thuiszorg op zijn plaats'.

174-176 Pas, F. van der,
'Wonen en thuiszorg - Een huis is meer dan een dak boven je hoofd'.

177 Jordaans, R.,
'Dankbaar zijn ..., of zelf organiseren', (column).

178-179 Quant, W.,
'Zorg is geen vrouwenzaak'.

180-185 Jansen, B.,
'De dubbele pet van de zorgbemiddelaar - Het project Individuele zorgsubsidie in Rotterdam'.

186-188 Goudriaan, G.,
'Strijd in de thuiszorg'.

189 Pas, F. van der,
'Vuile Ramen', (column).

190-194 Schmidt, S. en E. Tasma,
'De aanspraken op werk van gehandicapten en arbeidsongeschikten'.

195 Meer, J. van der,
'Boter bij de vis', (column).

196-198 Schoon, L.,
'Tussen zelfhulp en professionalisering', een gesprek met De Maan.

200-201 Achterhuis, H.,
'Grenzen van de zorg - Voer voor filosofen en ethici'.

- 202-204 Riemann, A.,
'Grenzen van de zorg -In het dagelijks werk van verplegenden'.
- 205 Raat, H.,
'Verslaving zonder grenzen', (boekbespreking: Wijngaart, G. van de, e.a.,
'Verslaving zonder grenzen', 1988).
- 205-206 Mens-Verhuist, J. van,
'Spreekuur of zwijguur?', (boekbespreking: Meeuwesen, L., 'Spreekuur of
zwijguur: somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch
consult', 1988).
- 207 Bos, T. van den,
'Thuiszorg tussen de lijnen', (boekbespreking: Goudriaan, G., 'Thuiszorg
tussen de lijnen', 1988).
- INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1989
- 2-4 Dukkens van Emden, T. en J. van der Meer,
'Onderzoek naar sociale ongelijkheid - "Het is je plicht als
wetenschapper om door te gaan", interview met Peter Townsend.
- 5-11 Mol, A.,
'Het geval gezondheidszorg'.
- 12-13 Peeter, E.,
'Prof. dr. Dupuis - Expert', (column).
- 14-16 Groot, J. de,
'Vooral belangen verzekerd - Huisartsen en vestigingsbeleid'.
- 17-19 Pas, F. van der,
'De rechten van zwakzinnigen'.
- 20-22 Raat, A.,
'Geneeskunde op hellend vlak - Verslag van een conferentie'.
- 23-28 Spijker, H. en G. van de Wijngaart,
'De stand van zaken in de alternatieve geneeswijzen',
interview met dr. Cor Aakster.
- 29-30 Breemer ter Stege, C. en T. Kerkhoff,
'Basisgezondheidsdiensten tussen regulering en deregulerig'.
- 31 Noorlander, J.,
'Vijf dagen informatiecentrum AMC', (dagboek).
- 32-35 Horstik, I. en H. Vlug,
'Consumenten en kwaliteit'.
- 36-38 Weersch, M. van,
'Het sprekende lichaam - de Marokkaanse psychiater Bennani over de
somatiserende klachten van migranten', (interview).
- 39 Schoon, L.,
'Het verloskundig heerschap in Dokkum', (column).
- 40-44 Dijkstra, B.,
'Nieuwbouw en gezondheidszorgvernieuwing in Amsterdam'.
- 45-47 Verbeek, G.,
'Naar een praktisch patiëntenbeleid - Over het belang van patiënten-
enquêtes en gebruikersonderzoek'.
- 48 Meer, J. van der,
'Gezondheid als norm', (boekbespreking: Rollies, J., red., 'De gezonde
burger - Gezondheid als norm', 1988).
- 49-50 Broeders, C.,
'Het rijk der schaarste', (boekbespreking: Achterhuis, H., 'Het rijk der
schaarste - van Thomas Hobbes tot Michael Foucault', 1988).
- 50-51 Broeders, C.,
'Het menselijk tekort', (boekbespreking: Jacobs, F. en G. van der Wal,
(red.), 'Medische schaarste en het menselijk tekort', 1988).
- 52-53 Wijngaart, G. van de,
'Heroïnegebruik: een gezondheidkundig probleem?',
(boekbespreking: Dam, G. van, 'Heroïnegebruik: een gezondheidkundig pro-
bleem?. Aangrijpingspunten voor mogelijke therapeutische toepassing van be-
wegen', 1988).
- INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1989
- 58-60 Starren, H.,
'Verpleging in opstand - Een verkenning van oorzaken'.
- 61-64 Schoon, L.,
'Vroedvrouw, de parel in de medische stand',
interview met de Amsterdamse vroedvrouw Beatrijs Smulders.
- 65 Beier, P.,
'Woelige actieweken', (dagboek).
- 66-69 Geerling, H.,
'Aids-bestrijding in Afrika'.
- 70-71 Goudriaan, G.,
'In de tang van de macht', (column).
- THEMA: GROTE STEDEN EN GEZONDHEID (pg 72-92)
(themaredactie: Thea Dukkens van Emden, Sonja Schmidt en
Marjon van Weersch)
- 74-76 Leeuw, E. de, en E. Ketting,
'Gezonde steden: een oude innovatie'.
- 77-78 Weersch, M. van,
'Weinig nieuws onder de zon - De praktijk van het Healthy Cities
project'.
- 79-82 Houwaart, E.,
'De stad als patint - Het denken over de stad en gezondheid in
historisch perspectief'.
- 83-84 Dukkens van Emden, T. en S. Schmidt,
'Het plan Dekker is a-sociaal', interview met de Haagse wethouder Martini.
- 85-88 Raat, H. en H. Garretsen,
'Gezondheidszorgbeleid in de grote steden - Hoe moeten de steden op
de Dekker-plannen reageren?'.
- 89-92 Bots, M.,
'Bed, bad en brood - De cityfunctie van het Leger des Heeis'.
- 93-96 Sonsbeek, J. van,
'Hoe gezond of ongezond zijn onze steden?'.
- 97-98 Snelders, S.,
'Gezinnen onder toezicht - Vroeger door middel van speciale
huizencomplexen, anno 1989 door controle van de sociale dienst',
(boekbespreking: Wel, F. van, 'Gezinnen onder toezicht. De stichting Volks-
woningen te Utrecht, 1924-1975', 1988).
- 99-102 Huijer, M.,
'Artsen als steuntje in de rug van patiënten bij conflictsituaties'.
- 103-105 Koek, T.,
'Dilemma's rond reproductieve technologieën'.
- 106-107 Weijts, W.,
'Geneeskunde en menstruatie',
(boekbespreking: Baart, I., en E. Bransen, 'Vrouwen, geneeskunde en menst-
ruatie - Een medisch-sociologische analyse van het premenstrueel syn-
droom', 1989).
- 107-108 Sijthoff, S.,
'Het proefdier mens', (boekbespreking: Bergkamp, L., 'Het proefdier mens.
De normering van medische experimenten met mensen', 1988).
- 109-110 Wendte, H.,
'Tijd is geld, ook voor de patiënt', (boekbespreking: Janssen, R., 'Effecten
van tijdsprijzen op medische consumptie en gezondheid', 1989).
- 110 Dukkens van Emden, T.,
'Epidemiologie en gezondheidsbeleid: een WAT-relatie',
(boekbespreking: Dekker, E. (red.), 'Epidemiologie en gezondheidsbeleid',
1989).
- INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1989
- 114-117 Righter, H.,
'De overheid als bestuurder van de gezondheidszorg'.
- 118-120 Vliet, B. van,
'Problemen en prioriteiten in de huidige gezondheidszorg'.
- 121-123 Willems, O.,
'De politieke huisartsgeneeskunde van Jean Carpentier',
interview met een strijdbare Franse arts.
- THEMA: ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (pg 124-150)
(themaredactie: Mirre Bots, Margot Fleuren, Lidy Schoon, Hans Spijker en
Goof van de Wijngaart):

- 126-129 Doorn, H. van,
'Krijgt de patiënt dan toch gelijk?'
- 130 Mol, A.,
'Alternatieven voor wat?', (column).
- 131-134 Bots, M.,
'De grenzen van het anders omgaan met gezondheid',
- 135,138 Dijk, P. van,
'Integratie van alternatieve geneeswijzen meer en meer een feit',
- 139-142 Schoon, I.,
'Artsenmonopolie en genezervrijheid - En het verzet ertegen aan het begin van deze eeuw',
- 143-146 Spijker, H. en G. van de Wijngaart,
'Beweging is het enige kenmerkende van ons centrum',
interview met natuurarts en astroloog Dick Nicolai.
- 147-150 Leeuw, E. de,
'Alternatieve-tijdschriftenmarkt overvol - Verschillende bladen vergeleken',
- 151 Bouwmans, M.,
'Formeren en normeren', (column).
- 152-154 Salemink, G.,
'Thuisarts, de nieuwe formule',
- 155 Schoon, H.,
'Een middag achter de telefoon bij het Aletta Jacobshuis', (dagboek).
- 156-158 Jansen, B. en M. Post,
'Clintgebonden budget: de klant is koning',
- 159-161 Onderwater, K.,
'Verdrinken tussen de voorzieningen - Goede infrastructuur voor kleinschalige psychiatrische zorg broodnodig',
- 162 Berg, M.,
'De initiatie-rite van de medische professie',
(boekbespreking: Konner, M., 'Becoming a doctor - A journey of initiation in Medical school', 1988).
- 163-164 Huyer, M.,
'Tips voor twee moeders', (boekbespreking: Mulder, M. e.a., 'Tips voor twee moeders - Lesbische vrouwen kiezen voor kinderen', 1989).
- 164-165 Streefland, P.,
'Arme stadswijken in de ontwikkelingslanden',
(boekbespreking: Harpham, T. e.a., 'In the shadow of the city: community health and the urban poor', 1988).
- INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4,1989
- 170-173 Bannenbergh, G., en C. Breemer ter Stege,
'Kerndocument Gezondheidsbeleid: woorden of daden?',
- 174-176 Diesveld, J.,
'Vijf procent is pas het begin - een jaar VVIO',
- 177 Engelen, I. van en I. Schoon,
'Over heren met losse handjes die goed terechtkomen', (column).
- 178-180 Walker, I.,
'Diagnose: onjuist - Vrouwenpressiegroep behaalt succes op psychiaters'
- THEMA: KWALITEIT (pg 181-207)
(themaredactie: Hetty Vlug, Gabriëlle Verbeek, Janneke van Vliet en Gerard Goudriaan)
- 182-184 Schuurmans, F.,
'Kwaliteit als cultuurferiomeen - De nieuwe kleren van de keizer',
- 185-189 Verbeek, G.,
'Kwaliteitsbeleid: sisyphusarbeid voor een stimulerend ideaal',
- 190 Verbeek, G. en J. van Vliet.,
'Het vehiculum van het goede',
interview met J. Verhaar, hoofd-directeur Volksgezondheid bij WVC.
- 191-192 Verbeek, G. en J. van Vliet.,
'Arrogantie is kwaliteitsprobleem',
interview met Y. Koster van het Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform.
- 193 Verbeek, G. en J. van Vliet,
'Doelmatig werken tegen verspilling',
interview met drs. D. Blanken, secretaris intramurale zorg en medisch-specialistische zorg, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.
- 194-196 Bekkers, F.,
'Kwaliteit in de knel - Patiëntgericht verplegen als remedie',
- 197-198 Vliet, J. van,
'Mensen moeten kunnen kiezen tussen een kleuren-tv en een cosmetische operatie',
interview met dr. ir. P. Ros, voorzitter Raad van Bestuur AZVU, en drs. K. Stegenga, hoofd Bureau Management-ondersteuning AZVU.
- 199-200 Verbeek, G.,
'Een kwestie van geweten',
interview met Ronald Bax, fysiotherapeut in een verpleeghuis.
- 201-204 Klazinga, N.,
'Hand in eigen boezem - Of twee handen op een buik? Intercollegiale toetsing onder medisch specialisten',
- 205-207 Vlug, H.,
'Het overvragende jong en de verstandige mens - Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief',
- 208-210 Verkaar, E.,
'Quo vadis? - Strategisch gedrag van patiëntenorganisaties',
- 211-215 Kirejczyk, M.,
'Moeder natuur een handje helpen? - De strijd om de betekenis van de voortplantingstechnologie',
- 216 Krömeling, M.,
'Een dag uit de praktijk van een ergotherapeute',
(dagboek).
- 217-219 Helsloot, R. en M. Zaal,
'Gezondheidscentra uitgerangeerd? - Nieuwe impulsen in Almere',
- 220-221 Achterhuis, H.,
'Ziek is het woord niet - Foucault en Zo la onder het mes',
(boekbespreking: Mol, A. en P. van Lieshout, 'Ziek is het woord niet - Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsen-geneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985', 1989).
- 222 Oderwald, A.,
'Aids, een gewone ziekte',
(boekbespreking: Sontag, S., 'Aids en zijn beelddspraken', 1989).
- 223 Dukkens van Emden, T.,
'Toen ik hier kwam was ik kerngezond',
(boekbespreking: Uni ken Venema, H., 'Toen ik hier kwam was ik kerngezond' - De gezondheid van Turken in Nederland, 1989).
- INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1990
- 2-6 Hansma, G.,
'Het menselijk gezicht van ontwikkelingssamenwerking',
- 7-12 Haaft, G. ten,
'Van de nood een deugd proberen te maken - Medische noodhulp ter discussie',
- 13-16 Muller, F.,
'Armoede, participatie en gezondheidszorg in Latijns Amerika',
- 17 Engelen, I. van en L. Schoon,
'Nat kan niet wachten',
(column),
- 18-22 Jonge, M. de,
'Een andere ordening van de ggz',
- 23-25 Huijjer, M.,
'De ethiek van de lastige patiënt',
- 26 Steinmann, A.,
'Gezondheidszorg via kerken en tempels',
(dagboek).
- 27-30 Leeuwen, E. van,
'Weldoen, vrijheid en rechtvaardigheid - Een impressie van medische ethiek in de VS',
- 31 Bijleveld, L.,
'De onzichtbaarheid van vrouwen in de thuiszorg',

32 + 40 Mol, A.,
'Babylon en de economisering van de zorg',
(boekbespreking: Ashmore, M., M. Mulkay en Trevor Pineh, 'Health & Efficiency - A sociology of health economics').

33-37 Dijk-van Dooren, N. van, en A. Kinébanian,
'Ergotherapie in de kijker'.

38 Peeter, E.,
'De kwaliteitsslager', (column).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2,1990

THEMA: EUROPA (pg 2-24)
(themaredactie: Erik Heijdelberg, Joost van de Meer en Frans v.d. Pas)

2-4 Heijdelberg, E.,
'Het wilde zuiden en het verwaarloosde oosten'.

5-7 Meer, J. van der,
'Pillènbrug in Brussel'.

8-10 Otterloo, G.J. van,
'Bedreiging of redding - De Europese eenwording en ons ziektekostenstelsel'.

11-14 Wilkens, L.,
'De valkuil van de medicalisering - traditie en praktijk in de vrouwengezondheidszorg'.

15-17 Verkaar, E.,
'Patiëntenorganisaties op weg naar een verenigd Europa'.

18-21 Baldewij, .,
'Het Europese kind van morgen'.

22-24 Smit, C.,
'De handel in bloed'.

25 Engelen, I. van, en L. Schoon,
'Ziekenverzorgster of chimpansee?', (column).

26-27 Jonge, M. de,
'Tips voor cliënten in besturen'.

28-30 Eiting, G. en A. Hondius,
'Het is zo koud in mijn buik - Azielzoekers in de gezondheidszorg'.

31 Jaarsma, R.,
'De methadonbus', (dagboek).

32-33 Schoon, L.,
'Vrouwen en mannen tussen verzorgen en genezen'.

34 Sijthoff, S.,
'De jacht op organen',
(boekbespreking: Dowie, M., 'De jacht op organen - Transplantatie-industrie in een technologische cultuur', 1989).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3,1990

2-3 + 22 Puttèn, Y. van,
'De gezondheidszorg als grootste vervuiler'.

4 Tergouw, R. van,
'Anti-conceptie in Roemenië',
(dagboek).

5-8 Scavenius, M.,
'Leefstijl en eigen verantwoordelijkheid - De micropolitiek van het overheidsbeleid'.

9-10+ 19 Meerhol, R.,
'Patiënten op de gezondheidsmarkt'.

11-14 Kemps, H.,
'Zorgvernieuwingsprojecten in Noord-Brabant'.

15+25 Fahrenlort, M.,
'Medicaliseringstheorie hoort niet in de prullenbak',
reactie op H. Achterhuis zijn boekbespreking van: Mol, A. en P. van Lieshout,
'Ziek is het woord niet', 1989, zie TGP nr 4, 1989, pg 220-221.

16-19 Beek, W.,
'Zorg voor ouderen in het jaar 2001 - Ouderen beleid als conceptualiseringsprobleem'.

20-22 Tasma, E.,
'Een papieren carrière voor vroeg-gehandicapten'.

23-25 Bouwmans, M.,
'Basisverzekering Simons nog lang niet geregeld'.

26-27 Pas, F. van der,
'Het oproer kraait - Gelijke rechten voor mensen met een handicap'.

28 Engelen, I. van en L. Schoon,
'Actievoeren op directieniveau', (column).

29 Kal, D.,
'Een grote sprong voorwaarts',
(boekbespreking: Weeghel, J. van en J. Zeelen, 'Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwende geestelijke gezondheidszorg', 1989).

30 Huijjer, M.,
'Ziekte, gezondheid en cultuur',
(boekbespreking: (red.) Geest, S. van der, en G. Nijhol, 'Ziekte, gezondheid en cultuur - Verkenningen in de medische antropologie en sociologie', 1989).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4,1990

THEMA: VOEDING (pg 2-20)
(themaredactie: Sonja Schmidt, Lidy Schoon en Jansen Schöttelndreier)

3-5 Cremers, S. en K. de Winter,
'Voedseldoorstraling | - Een omstrede methode'.

6-7 Gemst, A.,
'Slow food, verlossing van de snelheid'.

8-10 Boenink, M.,
'Vrouwe Hygieia en de zeven richtlijnen - Voedingsvoorlichting en moraal'.

11 Huijjer, M.,
'Patiënt', (column).

12-14 Schmidt, S. en H. Wendte,
'Liefst zoveel mogelijk gelijk als thuis - Voeding in verpleeg- en verzorgingshuizen'.

15-17 Koek, T.,
'De blik op eten - Het foody zijn als leefstijl en de terreur van de weegschaal'.

18-20 Depla, M.,
'Van kwaad tot erger - Arbeidsomstandigheden in de voedselindustrie'.

23 Schuurman, A.,
'Werken in een hittestrook', (dagboek).

24-26 Fortuin, K.,
'Een reparatie die aankomt als een slopershamer'.

27 Engelen, I. van, en L. Schoon,
'Inspectie volksgezondheid: ziende blind', (column).

28-29 Weersch, M. van,
'Voor veel migranten is de RIAGG de laatste strohalm',
een interview met Ronald May.

30-31 Mol, A. en P. van Lieshout,
'Het valt niet mee - Een reactie op Mary Fahrenfort' (zie TGP nr 3,1990, pg 15, 'Medicaliseringstheorie hoort niet in de prullenbak').

31-32 Deeg, D.,
'Aandacht voor de part-time patiënt',
(o.a. boekbespreking: Bos, G. van den, 'Zorgen van en voor chronisch zieken', 1989).

33 Oldenhave, A.,
'In de greep van de gynaecoloog',
(boekbespreking: Schoon, L., 'In de greep van de gynaecoloog', 1990).

34 Huijjer, M.,
'De mythe van de leeftijd',
(boekbespreking: Verkerk, MA (red.), 'De mythe van de leeftijd - Ethische kwesties rondom het ouderenbeleid', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 5,1990

THEMA: JEUGD (pg 2-20)
(themaredactie: Thea Dukkens van Emden, Hetty Vlug, Frits Walebakker)

3-5 Dukkers van Emden, T.,
'Heden en toekomst van de jeugdgezondheidszorg',

6-8 Graaf, W, de,
'Een hadekreet uit 2030 - De onbedoelde gevolgen van een gewenst kind',

9-11 Wafelbakker, F.,
'Peilstations jeugdgezondheidszorg',
inclusief reacties jongeren op voorlichting op school.

12 Maessen, M.,
'peltherapeute op een mytyschool', (dagboek).

13-15 Vlug, H. en T. Dukkers van Emden,
'Wielen of benen: wat maakt dat uit?', interview met Petra Jorissen.

16-18 Hoop, T. de,
'Gezondheid vergeleken - Hoe gezond zijn migrantenkinderen?'

19-20 Quant, W, en C. Willemsen,
'Het consultatiebureau mag geen testbatterij worden',

21-23 Pas, F. van der,
'De zwarte markt van organen',

24 Engelen, I. van en L. Schoon,
'Mannen', (column),

25-26 Engelen, I. van,
'Schaarste aan verpleegkundigen - Wat kunnen we ermee?'

27-29 Louw, N. de,
'Gezamenlijke vuist in de ouderenzorg broodnodig',

30-31 Jonge, M. de,
'Wiens zorg, geestelijke gezondheid in de toekomst', (boekbespreking:
Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 'Zorgen voor geestelijke
gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid
en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010', 1990),

32 Sijthoff, S.,
'Eigen schuld, dikke buit', (column),

33 Fortuin, K.,
'Eigen beslissingsruimte in de sociale zekerheid', (boekbespreking:
Veen, R.J. van der, 'De sociale grenzen van beleid: een onderzoek naar de
uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid', 1990).

34-35 Leeuw, E. de,
'De gezondheidsbusiness', (boekbespreking: Schepers, R. en
A. Nievaard, 'Ziekte en zorg - Inleiding in de medische sociologie', 1990 én
boekbespreking: Wolffers, I., 'Patiënten zonder grenzen - Onderhandeling op
de gezondheidsmarkt', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1991

3-5 Meinen, A. en B. Lammers,
'Geen aids-preventie zonder emancipatie - Aids in Zimbabwe',

6-8 Doughty, J.,
'Ik stond erbij en keek ernaar - Verschillen in denkwijze over
kindermishandeling tussen Nederland en de VS',

9 Lans, J. van der,
'Directeur zonder kwaliteit', (column).

10-11 Mulder, A.,
'De Witte Jas - Vrijwillige hulpverleners helpen onverzekerde en
ontevreden patiënten',

12-14 Oldenhave, A.,
'Het debat - Vrouwenstudies en het vrouwenlichaam', (opening debat).

15 Bots, M.,
'Kramen in het AMC', (dagboek).

16-17 Jansen, B.,
'De prijs voor kwaliteit',

18-19+31 Leeuwen, E. van,
'Het recht om niet te weten',

20-21 Pas, F. van der,
'De jacht op de WAO'er', (column).

21-23 Rijkschroeff, R.,
'Patiënten maken zich sterk voor kwaliteit',

24-26 Pas, F. van der,
'Handicap in politiek perspectief',
(boekbespreking: Oliver, M., 'The politics of disablement', 1990).

27-28 Croon, M.,
'Thuis bevat het best', (boekbespreking: Kleiverda, G., 'Transition to
parenthood - Women's experiences of labour', 1990).

28 Meer, J. van der,
'De Indische buurt', (boekbespreking: Andriesen, G. en A. Reijndorp,
'Eigenlijk een geniale wijk - Dagelijks leven in de Indische buurt', 1990).

29 Sijthoff, S.,
'Kinderen en armoede', (boekbespreking: Jong, A. de, 'Een onbesproken
kinderwereld - Opgroeien in een armoedetraditie', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1991

2-5 Sevenhuijsen, S.,
'Feminisme, ethiek en geboorte-technologie - De betekenis van
zelfbeschikking, keuze, rechten en verantwoordelijkheid',

6-7 Meinen, A. en B. Sebus,
'Een gezonde maatschappij heeft gehandicapten nodig',
interview met VSOP.

8 Oderwald, A.,
'Een kwestie van collaterale schade - Kritiek op het Ethisch Manifest van
deVSOP',

9 Lans, J. van der,
'Rampbewustzijn in Nederland', (column).

10-12 Brak, M.,
'Vroedvrouw of dokter - De strijd om de medische indicatie',

13-15 Paes, M.,
'Het einde van een ontdekkingsreis - Vrouwenhulpverlening moet
integrenen',

16-17 Pas, F. van der,
'Aan hartstocht geen gebrek - Handicap, erotiek en lichaamsbeleving',
(boekbespreking: Spaink, K. (teksten) en G. Buurman (foto's), 'Aan hartstocht
geen gebrek - Handicap, erotiek en lichaamsbeleving', 1991).

18-19 Horstik, I.,
'Gezondheid centraal in patiëntenplatform - Piet Willems, nestor van de
patiëntenbeweging in Den Bosch', (interview).

20 Bosch, M.,
'Een baarmoederoperatie', (dagboek).

21-24 Oudshoorn, N.,
'Sekse als natuur of cultuur', (debat: vrouwenstudies en het vrouwen-
lichaam, deel 2).

25-26 Emonts, P.,
'Samenwerking eerste lijn raakt steun kwijt',

27 Oderwald, A.,
'Stom', (column).

28-30 Goudriaan, G. en J. Wennink,
'In het teken van de klant - Thuiszorg als emancipatiebeweging',

31 Starmans, R.,
'Grenzen aan de zorg', (boekbespreking: Gevers, J. (red.), 'Grenzen aan de
zorg: zorgen aan de grens', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1991

THEMA: ANDERE VISIES OP ZIEKTE EN GEZONDHEID (pg 2-18)
(themaredactie: Mirre Bots, Marlii Huijjer, Anneke Kramer en Lidy Schoon)

4-6 Kramer, A.,
'De zin van ziek zijn',

7-9 Eterman, A.,
'Een jaar, een eeuwigheid - Het leven en de dood van een kind',

10-12 Huijjer, M.,
'Waarom ik?'

13-15 Meinen, A. en L. Schoon,
'De achterkant van de gynaecologie - Pijn op de grens van lichaam en
geest', interview met Ruud Vermeulen.

1991

19-21 Selal, S.,
'Pseudo-intellectuele zelfbevestiging',
(boekbespreking: Kroede, H., ten, 'Het verhaal van kankerpatienten: oorzaak-
en betekenisverlening, Een onderzoek naar het verband tussen
altruïsme en zelfrespect', 1990).

19J.M.
'Een verpleeghuis', (dagboek).

20-24 Feddes, F.,
'Schoffelen in de tuin van pijn en hoop - Over gelijkheid, vrijheid en
schaarste in de gezondheidszorg',

25 Oderwald, A.,
'De hei', (column).

26-28 Jansen, A.,
'Vrouwenstudies: pseudo-intellectuele zelfbevestiging',
(debat: vrouwenstudies en het vrouwenlichaam, deel 3).

29 Lans, J. van der,
'Crisis en gezondheidszorg', (column).

30 Meijer, M.,
'Protocolen voor huisartsen',
(boekbespreking: Wigersma, L., 'Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten
over de geslachtsorganen en de seksualiteit', 1990).

31 Oderwald, A.,
'Een kapstok van de tijd',
(boekbespreking: Lieshout, P. van (red), 'Symptomen van de tijd. De dossiers
van het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie /1968 - 1977',
1991).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4,1991

THEMA: CRISIS IN DE GEZONDHEIDSZORG (pg 2-16)
(themaredactie: Gerard Goudriaan en Beatrijs Jansen)

3-5 Jansen, B.,
'Gezondheidszorg en het onvervulbare verlangen',

6-7 Clerck, D. de,
'Dotteren in Eindhoven - Catharinaziekenhuis creëerde een conflict om
geld af te dwingen',

8-11 Tijmstra, T.,
'Wij hebben in ieder geval alles geprobeerd' - De dwang van de
medische technologie',

12-15 Jansen, B.,
'De tirannie van ziekte - Volan Koster over de discussies in de
patientenbeweging', (interview).

16 Riemann, A.,
'Een verpleegkundige in de tuin van pijn en hoop',

17 Lans, J. van der,
'De elf van Nefarma', (column).

18-19 Mol, A.,
'De publieke patiënt - Klant, burger, patiënt',

20-22 Pas, F. van der,
'Waar iets kan veranderen, daar wil ik bij zijn' - Patiëntenvoorman Hans
van der Wilk vertrok naar WVC',
(interview).

23 M.G.,
'Een borstreconstructie', (dagboek).

24-26 Meer, J. van der,
'Kindersterfte: het laatste heilige huisje?',

27-29 Janssen, M.,
'Het punt is niet meer of de psychiatrische inrichtingen worden afge-
bouwd, maar hoe, hoe snel en hoe ver, Geestelijke gezondheidszorg
verandert in Europese steden',

29-30 Heteren, G. van,
'Geschiedenis van de hygiëne in Nederland',
(boekbespreking: Houwaart, E., 'De hygiënist, Artsen, staat en volksge-
zondheid in Nederland 1840-1890', 1991).

31 Pas, F. van der,
'Gehandicapten op de Nederlandse arbeidsmarkt', (boekbespreking:
Michon, H. en J. van Weeghel, 'Werken met handicaps', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 5,1991

2-5 Boom, F. van den, P. Schnabel en D. Reinking,
'Aids als bedreiging en uitdaging voor de homobeweging',

6-8 Meinen, A.,
'Een vangnet voor zwervers - Medisch spreekuur voor dak- en
thuislozen in Utrecht',

9-11 Ceuninck van Capelle, C. de,
'Hoe gastvrij is de Nederlandse gezondheidszorg? - Ziek, niet verzekerd
en illegaal, ...',

12-14 Hunt, S.M.,
'Vochtige huizen en hoestende kinderen - Van wetenSChap tot actie',

15 Lans, J. van der,
'Nederland oké?', (column).

16-19 Spijker, H. en G. van de Wijngaart,
'Alternatieve geneeswijzen tien jaar na de commissie-Muntendam',

20-22 Tangelder, K.,
'Anti-drugspolitiek in de Sovjet-unie',

22-25 Romme, MAJ. en E. Noorthoorn,
'De wetgever misbruikt sociale wetten zelf',

26-27 Bouwmans, M.,
'De onstuitbare opmars van de privé-klinieken',

28 Horstman, K.,
'De macht van de dingen die al bestaan',
(boekbespreking: Oudshoorn, N., 'The making of the hormonal body. A con-
textual history of the study of sex hormones 1923-1940', 1991)

29 Oderwald, A.,
'Wat is medische ethiek?', (boekbespreking: Have, E. ten, 'Een Hippocrati-
sche erfenis. Ethiek in de medische praktijk', 1990 én boekbespreking: Weisz,
G. (red.), 'Social science perspective on medical ethics', 1990).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 6,1991

THEMA: VERPLEGING EN VERZORGING (pg 2-16)
(themaredactie: Frans van der Pas en Aase Riemann)

4-6 Lambregts, J.,
'Niet alleen de bedden opmaken, ook de lakens uitdelen',

7-9 Engelen, I. van,
'Waar vind je nog een goede ziekenverzorgende?',

10-13 Moree, M. en J. Oldersma,
'Gezinsverzorging, de onderkant van de zorgverlening',

14-16 Visser, A.,
'Vechten voor geld en beter werk - De vakbeweging in de gezondheids-
zorg',

17 Lans, J. van der,
'Keuzen in de zorg', (column).

18-20 Leemeijer, M.,
'Het artsen beroep moet vrouwvriendelijker worden',

21-23 Horstman, K.,
'Welke plaats voor het lichaam?',
(debat: vrouwenstudies en het vrouwenlichaam: afsluiting).

24-26 Ulenbelt, P.,
'Grenswaarden voor chemische stoffen en gezondheidsbescherming -
Een pleidooi voor het wijzigen van een uniek systeem',

27 Wingerden, I. van,
'Medicijnlobby en patiëntenvereniging', (column).

28-30 Dukkers van Emden, T.,
'Gezondheidszorg is er voor iedereen', interview met Louise Gunning,
hoogleraar sociale geneeskunde.

30 Sebus, B.,
'De dood als medisch probleem', (boekbespreking: Van der Meer, C. (red.),
'De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven', 1991).

31 Dam, J. ten,
'Stad en gezondheid', (boekbespreking: Leeuw, E. de (red.), 'Gezonde ste-
den. Lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk', 1991).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1992

3-4 Goudriaan, G. en J. Wennink,
'In het teken van de klant (Ift)- De halfslachtige regeringsplannen rond het cliëntgebonden budget'.

5-7 Schippers, A.,
'Is onafhankelijkheid te koop? Het cliëntgebonden budget: effecten voor gebruikers en beroepskrachten'.

8 Boer, N. de,
'Geuzen in de zorg', (column)

9-11 Willems, D.,
'Case management, onderdeel van cliëntgebonden budget'.

12-14 Knapen, M.,
'Cliëntgebonden budgetten - Zorg op maat of kat in de zak?'

15 Schoon, L.,
'Voor haar eigen bestwil, een feministische klassieker herlezen', (Uit de kast), (boekbespreking: Ehrenreich, B. en D. English, 'Voor haar eigen bestwil', 1978).

16-19 Weeghel, J. van en J. Wolf,
'Innovatie, restauratie of renovatie - Zorgvernieuwing binnen en buiten de ggz'.

20-22 Egtberts, J., K. van der Marel, R. Rijkschroeff en J. Soetenhorst-de Savornin Lohman,
'De lange mars door de instituties - Integratie vrouwenhulpverlening in het psychiatrisch ziekenhuis'.

23 Lans, J. van der,
'De instincten van de verzorgingsstaat', (column).

24-26 Wildt, G. de,
'Apartheid in de gezondheidszorg: een reisverslag'.

27-29 Nijhof, G.,
'Over de constructie van vraag en aanbod in de gezondheidszorg'.

30 Steman, C.,
'Aan hartstocht geen gebrek', (boekbespreking: Buurman, G. (foto's) en K. Spaik (tekst), 'Aan hartstocht geen gebrek - Handicap, erotiek en lichaamsbeleving', 1991).

31 Pas, F. van der,
'Van patiënt tot klant', (boekbespreking: Berkhout, H., 'Van patiënt tot klant', 1991).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1992

THEMA: MILIEU EN GEZONDHEID (pg 2-19)
(themaredactie: Maarten Evenblij, Annemiek Meinen en Gabriëlle Verbeek)

3-5 Weerdt, R. van de,
'Hoofdpijn en de achtertuin - Verband tussen ziekte en verontreiniging zelden aantoonbaar'.

6-8 Staatsen, B., M. van den Berg en G. de Hollander,
'De mens is geen rat van zeventig kilob - Feiten en waarden bij normen voor milieugevaarlijke stoffen'.

9-10 Didde, R.,
'Zieke huizen en bejaarde oorden - Verontreiniging binnen lucht nauwelijks bekend'.

11-13 Strik, M.,
'Het oog van de deskundigen - Milieuproblemen in sociaal-cultureel perspectief'.

14-16 Putten, Y. van,
'Hygiëne gaat voor - Verpleegkundigen en milieu'.

17 Tommei, D.,
'Het ondergewicht van de volksgezondheid', (column).

18-19 Evenblij, M.,
'Ziek van het milieu'.

20 Festen, T.,
'Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie - Gezinstherapeutisch 'cult'-boek herlezen', (Uit de Kast), (boekbespreking: Watzlawick, P., 'Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie', 1967).

21-22 Riemann, A. en B. Sebus,
'Kwaliteitscirkels om doortijden te voorkomen - Ziekenhuisbestuurder De Bruijn over kwaliteit van de zorg en risicomangement', (interview)

23 Boer, N. de,
'Leve de iatrogenese', (column).

24-27 Richters, A.,
'Wat ontwikkelt de ontwikkelingsgeneeskunde eigenlijk?'

28 Lans, J. van der,
'De zelfgewilde dood', (column).

29 Horstman, K.,
'Reinventing the sexes', (boekbespreking: Wijngaard, M. van den, 'Reinventing the sexes - Feminism and biomedical construction of femininity and masculinity 1959 - 1985', 1991).

30 Goudswaard, H.,
'Vrouwen therapie', (boekbespreking: Koning, T., 'Vrouwen therapie- Gesprekken met coryfeeën van de vrouwenhulpverlening', 1991).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1992

THEMA: MEDISCHE KEURINGEN (pg 2-19)
(themaredactie: Thea Dukkens van Emden, Juul van Ogtrop, Sonja Schmidt en Hetty Vlug)

3-5 Hermans, H. en S. Schmidt,
'Uitkeringsbeleid bij arbeidsongeschiktheid - Een historische schets'.

6-7 Horstman, K.,
'De scheiding van controle en behandeling - Van een ethisch principe en een verzekeringsgeneeskundige praktijk'.

8-9 Dukkens van Emden, T. en J. van Ogtrop,
'Eenmaal gek is altijd gek - De strijd van Jet Isarin tegen de medische bevoegdheid', (interview).

10-11 Mudde, E.,
'Hij kan wel maar hij wil niet - Onderhandelen over ziekteverzuim in de schaduw van de moraal'.

12-13 Ogtrop, J. van,
'Een handicap is geen ziekte - Medische advisering in het kader van voorzieningen'.

14-16 Gevers, J.,
'Wet biedt keuring niet voldoende bescherming'.

17-19 Kort, W. de en E. Lourijsen,
'Het twijfelachtige nut van de aanstellingskeuring'.

20 Lans, J. van der,
'Aids-dissidenten', (column).

21-23 Lyke, S. van der en E. van Miltenburg,
'Spinale pijnbestrijding in de thuiszorg'.

24-25 Post, D.,
'Hoeveel gezondheidszorg is genoeg?'

26 Boer, N. de,
'Rationeel atsendrag', (column).

27-29 Verkaar, E.,
'Patiëntenorganisaties worden de derde partij in de gezondheidszorg'.

30 Vegte, I. van de,
'Gezondheid en verarming', (boekbespreking: Vlug, H. (red), 'Gezondheid en verarming. Lokale initiatieven in een breder perspectief', 1991).

31 Wingerden, J. van,
'Vrouwen, overgang en welzijn', (boekbespreking: Oldenhove, A., 'Well-being and sexuality in the climacteric. A survey based on 6622 women', 1991).

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4, 1992

3-5 Brands, M.,
'Geneeskunde van de angst - Is aids mono- of multicausaal bepaald?'

6-7 Vlug, H.,
'Activiste in een land van melk en honing - Truus Schild', (interview)

8 Lans, J. van der,
'De sigaren van het PGGM', (column).

9-10 Paans, B.,
'Revalidatie in revolutie',

11 Raat, H.,
'Profession of medicine - een 'eye-opener' uit de medische sociologie',
(Uit de kast), (boekbespreking: Friedson, E., 'Profession of medicine. A study
of the sociology of applied knowledge', 1970).

12-13 Evenblij, M.,
'Gezondheidszorg is meer dan geneeskunde alleen' - Paul Schnabel,
dean van de school of Public Health', (interview),

14-15 Tjong, M.,
'Medisch experimenteren in ontwikkelingslanden',

16-18 Grotenhuis, R.,
'Marktwerking in de zorg - Wint de concurrentie het van de solidariteit?',

18 Boer, N. de,
'Psychiaters zat!', (column)

19-21+24 Schoon, L.,
'De degeneratie van het hedendaagse sperma - Medische geschiedenis
als onderdeel van een feministische politieke geschiedenis',

25-26 Visser, J.,
'Vrouwen en mannen in het medisch beroep',

27-29 Nijssen, G.,
'Rotterdamers onderzoeken 'kwaliteit van het wachten',

30 Bannenbergh, G.,
'Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid',
(boekbespreking: 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid -
voorstudies en achtergronden', WVC en WRR, 1991).

31 Weersch, M. van,
'Ziek of schuldig',
(boekbespreking: Koenraadt, F. (red.), 'Ziek of schuldig? Twee eeuwen foren-
sische psychiatrie en psychologie', 1991).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 5,1992

THEMA: OUDEREN (pg 2-19)
(themaredactie: Annemiek Meinen, Aase Riemann en Hetty Vlug)

3-5 Houtepen, R.,
'De toekomst van de vergrijzing',

6-8 Bullinga, M.,
'Zonder dat project zou ik nu in een verzorgingstehuis zitten',

9 Westerveld, A.,
'Oudere vrouwen en hun gezondheid', (column).

10-11 Pas, F. van der,
'Waar blijft het verzorgingsverlof?',

12-14 Verhoeven, H. en E. Bosma,
'Technologie in de thuiszorg vergroot de zelfredzaamheid',

14 Boer, N. de,
'Nederland stabiliseert/verandert', (column).

15-17 Rekkers, M.,
'De Gooyer - Een woonproject voor demente ouderen',
(fotoserie).

18-19 Oostrom, M. van,
'Nooit te oud voor politieke macht',

20-22 Vegte, I. van de,
'Het blijft pionieren in de gezondheidsvoorlichting aan migranten',

23 Aaideren, H. van,
'Pedagogie van de onderdrukten - Een revolutionair leerboek herlezen',
(Uit de kast), (boekbespreking: Freire, P., 'Pedagogie van de onderdrukten',
1972).

24-26 Laan, G. van der,
'Keuzen in de spreekkamer',

27 Lans, J. van der,
'Parlementaire enquête', (column).

28-29 Oderwald, A.,
'Kritische wetenschap nieuwe stijl - De medisch antropoloog als
verteller en vertaler',
(boekbespreking: Richters, J.M., 'De medisch antropoloog als verteller en ver-
taler - Met Hermes op reis in het land van de afgoden', 1991).

30 Meer, J. van der,
'Medicijn op zoek naar ziekten',
(boekbespreking: Vos, R. van, 'Drugs looking for diseases', 1991).

• INHOUDSOPGAVETGP, NUMMER 6,1992

THEMA: GELD EN MACHT IN DE GEZONDHEIDSZORG (pg 2-15)
(themaredactie: Guus Bannenbergh, Martien Bouwmans en Gerard
Goudriaan)

3-5 Vries, P. de,
'Consumenten vormen geen machtsfactor in de gezondheidszorg',

6-7 Rijswijk, E. van,
'Niet in opleiding - Beroepskrachtenplanning voor specialisten faalt',

8-9 Bouwmans, M.,
'Simons verliest initiatief over plan-Simons',

10-11 Bannenbergh, G.,
'Het slagveld van de stelselherziening in de eerstelijnszorg',

12-13 Bouwmans, M.,
'Apothekers en verzekeraars als eersten in de ring',

14-15 Born, A. van der,
'Het medisch gebouw',

16 Boer, N. de,
'Volksverzekeringen, dictatuur en oorlog',
(column).

17-19 Bosch, M.,
'Onder de rook van de Pinatubo - Impressies van de gezondheidszorg
op de Filipijnen',

20-23 Steinmann, A. en R. May,
'Migranten en vrouwen veranderen de RIAGG',

24 Lans, J. van der,
'De Giessenburger rede van staatssecretaris Simons',
(column).

25-27 Kooiker, S.,
'De toekomst van de thuiszorg',

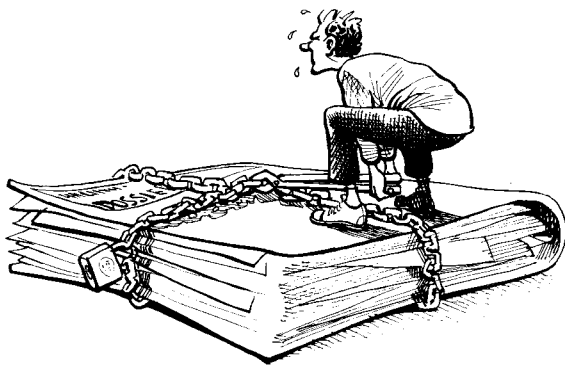
28-29 Bannenbergh, G.,
'Dagboek van een poliocampagne',

30 Boer, N. de,
'Medici aan het woord',
(boekbespreking: Soest, M. van, 'Heelmeesters. Medici over zichzelf en hun
vak', 1992, én boekbespreking: Haalt, G. ten e.a., 'Er moet iets gebeuren,
dokter! Over individuele keuzes in de gezondheidszorg', 1992).

31 Pas, F. van der,
'Gezondheidszorg aan banden',
(boekbespreking: Vries, P. de, 'Gezondheidszorg aan banden', 1992).

DE PATIENTEN VAN BERT CORNELIUS

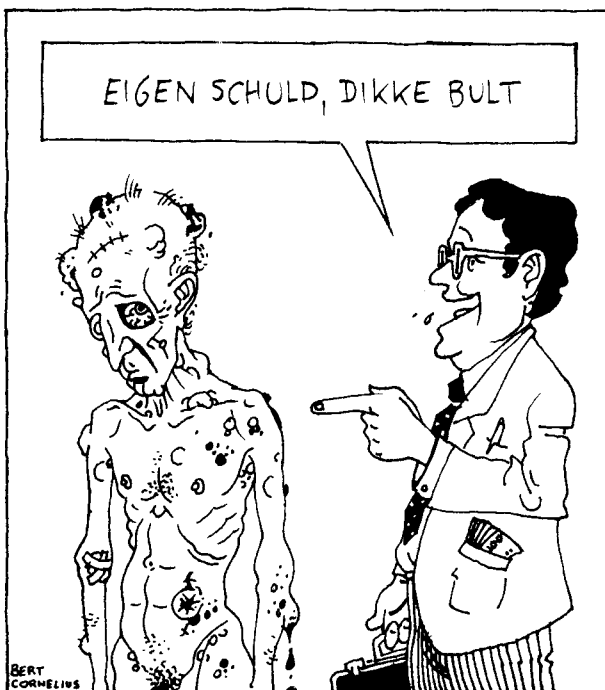
Jarenlang was Bert Cornelius de vaste tekenaar van rGp.. De relatie tussen artsen en patiënten heeft hij in die jaren redelijk uitpuittend behandeld. Het zal geen verbazing wekken dat de patiënten opvallend vaak het onder-spit dolven. Maar Cornelius was niet voor één gat te vangen, hij wist steeds hetzelfde thema zeer virtuoos telkens anders te verbeelden. Hierbij drukken wij een kleine bloemlezing af.



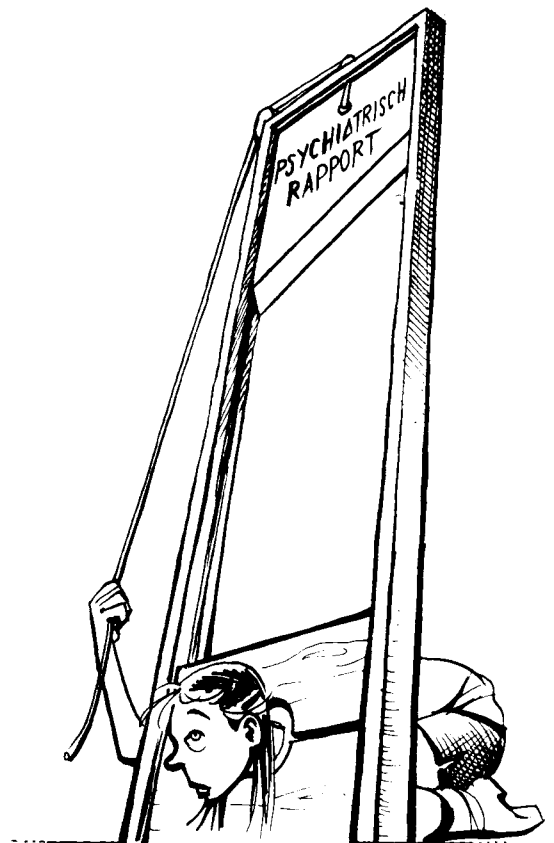
Inzagerecht, december 1987



Ansichtkaart uit het setje van 8 die nieuwe abonnees in 1984 als welkomstpremie kregen



September 1983



Bij artikel over macht van medisch adviseurs, december 1987

EEN VERLOREN IDEAAL EN EEN NIEUW ELAN

Hans Spijker

Goof van de Wijngaart

Carolien Haagh (42), wijkverpleegkundige in Utrecht, is vanaf het begin betrokken geweest bij de activiteiten van de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht (WGU) en de Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen (LAW). Reden voor een interview met haar in 1983. Tien jaar later is er heel wat veranderd in de wijkverpleegkunde. En hoe verging het activiste Carolien Haagh? Hans Spijker en Goof van de Wijngaart spraken opnieuw met haar.

In 1975 begon Carolien Haagh in de wijk Wittevrouwen, daarna werkte ze in het centrum van de stad. In 1983 interviewden we haar over haar carrière tot dan toe.* Ze had toen net ruimte voor een tweelingbaan binnen de kruisvereniging veroverd. Ze werkte buurtgericht in de wijk waar ze ook in een woon- en werkge-meenschap woonde, ze opereerde vrij autonoom van de eigen organisatie, werkte vooral samen met andere welzijnswerkers (zo hield ze consultatiebureau in het buurthuis) en stond een veelzijdige invulling van haar taak voor: naast verplegen ook zorg die grensde aan die van de fysiotherapeut, de psycholoog en de buurvrouw. Ze stond op het punt te beginnen met een voortgezette agogische opleiding (VO) in Amsterdam, de huidige Hogeschool van Amsterdam.

'Op de VO heb ik vooral een leuke tijd gehad,' vertelt Carolien Haagh nu, 'met een aantal vakken die belangrijk zijn geweest voor mijn persoonlijke ontwikkeling en indirect voor mijn werk. Ik zat er met buurtwerkers in één groep. Daar heb ik het buurtgerichte werken nog meer theoretisch onderbouwd en ontwikkeld. Ik schreef een scriptie over hoe het nu is om een openbare functie te hebben in de wijk waar je woont. Eigenlijk was ik altijd en overal in functie: als er een buurtfeest was en iemand bezeerde zich, dan was zuster Carolien wel weer zo gek om een verbandje te leggen. Voor de wijkverpleegkundige Carolien betekende het een lage drempel voor de mensen, voor de mens Carolien betekende het een totaal ontbreken van een privéleven. De woon-groep, mijn werk, mijn persoonlijk leven: het draaide allemaal om hetzelfde.

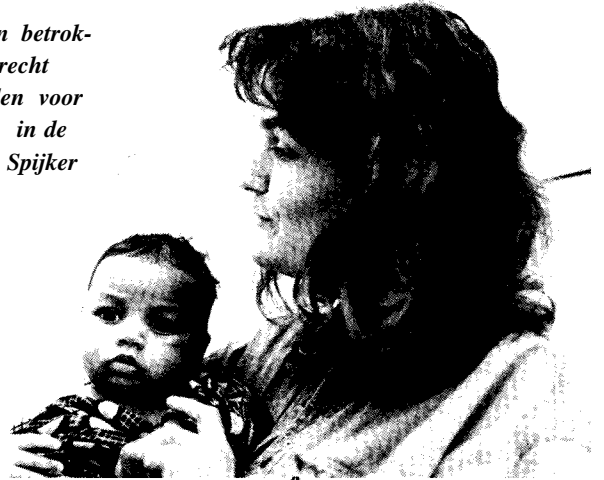
Twee jaar na de VO ben ik begonnen met solliciteren. Ik wilde iets anders gaan doen en me gaan toeleggen op onderwijs en begeleiding. Ik vond dat ik best iets te vertellen had en dat ik verpleegkundigen vanuit mijn praktijkervaring enthousiast kon maken voor het werk en mijn ideeën daarover. Maar ik had geen kans op een baan omdat mensen van verplegingswetenschappen (de universitaire opleiding die toen net begonnen was) de voorkeur kregen.'

'Daarna heb ik de afkalving van het buurtgericht werken meegemaakt. Er was geen tijd meer voor overleg met mijn werkelijke collega's: de buurtwerkster, de opbouwwerker, de maatschappelijk werker... Op mijn werk verscheen een gigantisch planbord waarop de handelingen met de patiënt in minuten stonden weergegeven, een soort openbare agenda. Heel concreet verscheen in beeld hoeveel tijd ik aan curatieve handelingen mocht besteden en natuurlijk gingen de mensen zeggen: "Die Haagh kan er nog wel iets bij doen." Terwijl ik toch echt niet uit mijn neus zat te vreten: ik deed buurtwerk! Het consultatiebureau verdween uit het buurthuis, maar dat had een andere reden: door meningsverschillen over de afspraken rond bezuinigingen verloederde het buurthuis en dat vonden we te riskant voor ons bureau. Afbrokkeling van wat ik opgebouwd had, een stijgend aantal hulpvragen binnen de thuiszorg, een efficiëntere werkverdeling en standaardisering van handelingen binnen de organisatie: dat was de situatie rond 1985. Het werk moest voor de organisatie beheersbaar zijn. Mijn werk moest bij ziekte moeiteloos door een ander overgenomen kunnen worden. Het vak van wijkverpleegkundige werd langzamerhand een handelingsgerichte activiteit, voor buurtgericht werken was geen tijd meer. Ik kwam tot de conclusie dat wat ik toen wilde, niet kon. Idealen of niet: het kon niet!'

VEEL MINDER LEUK

Je eigen bewustwording tijdens en na je vervolgopleiding, een efficiëntere opzet van het werk vanuit de organisatie, veranderingen door bezuinigingen in het buurtwerk en de constatering dat je ideaal van buurtgericht werken niet haalbaar was, wat betekende dat allemaal voor je werk?

'Het werd veel minder leuk. Mij werd gevraagd een handeling te verrichten, dus ging ik ook handelingsgericht werken. Ik kon me minder bezighouden met de coördinatie van zorg binnen de buurt en het activeren van een buurtnetwerk rond een hulpvraag. Ik had geen



Carolien Haagh op het consultatiebureau
Foto: Iris Honderdos

tijd meer om de situatie rond de patiënt in te schatten. Ik kreeg het gevoel dat ik ging door-draaien, omdat mij dingen gevraagd werden die ik niet kon: ik kon alleen maar een handeling doen en dan weer weggaan. Je gaat op je leegheid zitten, een x aantal patiënten doen op een ochtend, racen op je fietsje van de een naar de ander en ondertussen ook nog bereikbaar zijn: het wordt puur routine. Het leuke van de wijkverpleging verdween;

'Buurtgericht werken heb ik nog wel verdedigd met als argument dat het voor de professionalisering van ons vak belangrijk was om netwerken op te bouwen. Professionalisering, terwijl we in de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht lang zijn bezig geweest met deprofessionalisering: deskundigheid delen met buurtbewoners. Binnen de organisatie werd de link tussen professionalisering en buurtgerichte netwerken echter niet gelegd.'

Hoe heb je de afgelopen jaren je hoofd boven water gehouden?

'Na het einde van het buurtgericht werken heb ik eigenlijk slecht gewerkt. Ik heb me verzet en dat heeft allemaal niets opgeløverd. Een moeilijke tijd. De Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen viel uit elkaar, de leden gingen hun eigen weg. Alles werd heel individueel gemaakt.'

KIND

'Daarna, drie en een half jaar geleden, heb ik een kind gekregen en heb ik het werk op een lager pitje gezet. De tweelingbaan mocht niet meer en ik ben zeventig procent blijven werken. Met een klein kind. Ik probeerde alles op

routine te doen, maar dat hoort niet bij me... dat heb ik ook ondervonden. Driekwart jaar geleden werd ik ziek, *burnout*, ik zag het niet meer zitten en reageerde lichamelijk. Ik kon niet meer op mijn benen staan, kreeg de trappers van mijn fiets niet meer rondgedraaid. Ik kon letterlijk niet meer vooruit. Thuis was ik niet meer te harden, ik was chagrijnig tegen de kinderen. Een halfjaar heb ik afstand genomen en nagedacht wat ik verder wilde met m'n werk en in het leven. Het werk was door het verdwijnen van het buurtgerichte algemeen en oppervlakkig geworden; je wist nergens meer iets van.'

'Vorige maand ben ik weer begonnen. De organisatie was inmiddels gesplitst in twee afdelingen: patiëntenzorg en jeugdgezondheidszorg. Ik heb voor die laatste gekozen. Ik zag het na mijn burnout niet meer zitten het zware patiënten werk te doen, halfacht de deur uit en tien à twaalf patiënten op een ochtend. Drie dagen per week werk ik op Kanaleneiland en ik vind het leuk! Consultatiebureau en huisbezoeken; alleen maar kinderen tot vier jaar oud. Ik zit tussen de buitenlanders, dus zal ik een paar woorden Arabisch moeten gaan leren. Het spannende van deze baan vind ik om uit te zoeken hoe je nu gezondheidsvoorlichting kunt gaan bedrijven met buitenlandse mensen die niet kunnen lezen en schrijven en hier heel geïsoleerd zitten. Op dit moment zit ik met de mond vol tanden, mijn wijkverpleegkundige adviezen komen niet over. Ik moet veel van hen leren: bij groepen Marokkaanse vrouwen gaan zitten en ze maar laten praten over waar ze mee bezig zijn - hoe ze omgaan met bedplassers bijvoorbeeld - en daar kan ik dan op aansluiten met mijn voorlichting. Van buurtgericht naar cultuurgericht werken. En eigenlijk is dat hetzelfde: luisteren naar de mensen en daarop aansluiten.'

VRIJ VESTIGEN

'Naast mijn werk onderzoek ik de mogelijkheden om me te vestigen als onafhankelijk wijkverpleegkundige. Gisteravond is net de eerste vergadering geweest van een groep leden van Nu '91. We hebben een werkgroep opgericht die gaat uitzoeken hoe we ons vrij kunnen vestigen, hoe we overeenkomsten kunnen sluiten met ziekenfondsen en ons kunnen verenigen in bijvoorbeeld maatschappen. In elk geval kunnen we via intensieve thuiszorg opdrachten krijgen en er zijn al huisartsen die met ons willen samenwerken. Als je maar goed in de markt ligt, krijg je klanten. Je moet je deskundigheid uitbreiden en profileren, ik school me nu bij op Cara-gebied. Ik moet duidelijk gaan maken dat preventieve huisbezoeken kostenbesparend kunnen werken: minder opnamen, minder medicijnen.

We willen geen particulier bureau zijn, wij willen als uitvoerende werkers de baas zijn, geen oproepkrachten zijn voor een ander. En particuliere bureaus werken heel handelings-

gericht. Wij proberen de eigenheid van het vak wijkverpleegkundige zodanig te formuleren dat we dat gefinancierd kunnen krijgen; een heel hoog ideaal. We zullen daar ook wetenschappelijk onderzoek voor nodig hebben. Ik hoop dat het lukt; ik voel een ouderwetse gedrevenheid!

Professionalisering betekent voor mij datgene wat je doet zichtbaar maken, te omschrijven en te onderbouwen vanuit verpleegtheorieën. We moeten het vak opvijzelen naar wat "het eerste deskundigheidsniveau" gaat heten, waar bijvoorbeeld de intake gaat plaatsvinden. Dat gaan wijkverpleegkundigen doen. Op het tweede verzorgende niveau gaan wijkverpleegsters werken. En dan te bedenken dat we tien jaar geleden bezig waren met deprofessionalisering: ons vak laagdrempelig maken, daarom noemden we onszelf bewust "wijkverpleegsters", en maakten onze deskundigheid overdraagbaar aan "buurvrouwen".

De kruisvereniging zal behoorlijk aan de weg moeten timmeren om de wijkverpleegkundigen op het eerste niveau te houden. Ik vraag me af of het kruiswerk het redt op dat niveau, op de plek waar de intakers en coördinatoren zitten. De leidinggevendende van de gezinsverzorging willen die rol ook, dus het is heel discutabel op dit moment.'

SLOOFJES

Iedereen is nu bezig om zich te profileren, om alsjeblijft maar niet de sloofjes van Nederland te worden. Lees maar de publikaties vanuit het kruiswerk en van bijvoorbeeld de Sting (de nieuwe heroepsvereniging voor de gezinsverzorging).

'Ja, iedereen ziet het al aankomen: veel meer tweedeniveau'ers en ook de derdeniveau'ers komen eraan: "buurvrouwen", zoals we ze altijd noemden. Het eenvoudige uitvoerende werk wordt dan uitgevoerd door mensen die niets verdienen: vrijwilligers en mantelzorgers. Het proces gaat door. Jaren geleden was iedereen tegen alfa-hulpen in de gezinsverzorging en nu kom je ze overal tegen.'

Bestaat het gevaar niet dat het vak wijkverpleging uit elkaar wordt getrokken: de medische handelingen gekoppeld aan de huisarts en jij bent dan weer de 'zuster van de huisarts' en de zorg aan de gezinszorg?

'De huisartsassistenten gaan ook steeds meer handelingen verrichten en de verpleegkundigen uit het ziekenhuis komen ook meer in de thuiszorg. Het zou allemaal kunnen, maar ik houd me daar niet mee bezig. Mijn prioriteit ligt bij de vrije vestiging van de wijkverpleegkundige.' De route die Carolien Haagh beschrijft loopt door een dal: het buurtgericht werken, haar ideaal, kalde af. Via de automatische piloot en het accent op moederschap verwierf ze zich een nieuw elan: de vrijgevestigde wijkverpleegkundige die zich profileert met een duidelijke professionaliteit..

Hoe is het de Landelijke Actiegroep Wijkverpleegkundigen en haar leden op die route vergaan?

Carolien Haagh: 'De laatste jaren ben ik niet meer actief geweest in de LAW. In het begin van haar bestaan dreef de actiegroep vooral op vrouwen uit Amsterdam en Utrecht, omdat daar sterke organisaties (de Werkgroep Eerste Lijn en de WGU) waren. Maar de visies over wat er moest gebeuren waren heel verschillend. In Amsterdam lag het accent op het emanciperen van het vak wijkverpleegkundige, methodisch ontwikkelen van professionalisering en eigenheid (waar ik dus nu mee bezig ben). In Utrecht lag het accent op inhoudelijke zaken als buurtgericht werken en wij wilden juist deprofessionaliseren. Wat we beiden wilden, was een betere rechtspositie, en we wilden de AbvaKabo pressen dat ze wat meer voor onze belangen opkwam, wat niet gelukt is. Twee jaar geleden ben ik uit de vakbond gestapt. Mijn Utrechtse groepsleden zie ik nauwelijks nog. Een enkeling werkt nog in de wijk; de meesten werken nu in het middenkader van de kruisvereniging, als zorgmanager. Ook zijn er die iets heel anders zijn gaan doen, omdat ze het zware kruiswerk niet meer konden combineren met bijvoorbeeld het moederschap. Eind 1988 heeft de LAW zich opgeheven na een afscheidscongres over 'De plaats van de wijkverpleegkundige in een veranderende eerstelijnszorg'. Daar werden de eerste discussies gevoerd over de functieafbakening tussen wijkverpleegkundige en gezinsverzorging. De LAW werd opgeheven omdat de fut eruit zou zijn maar een paar maanden later barstten de eerste acties van de Verpleegkundigen In Opstand los! De VVIO fuseerde met Het Beter-schap tot Nu'91 en daarin ben ik nu actief.'

* Voor het boek *Na Dennendal ... Op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg*, Utrecht 1984.

Goof van de Wijngaart is psycholoog aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Hans Spijker is als projectmedewerker verbonden aan een onderzoeksinstituut voor regionale sociale geschiedenis.

TIEN JAAR TGP

LANDELIJK EN NIET AL TE HEETGEBAKERD

Niet tien, maar intussen wel twaalf jaar geleden vond de conceptie van dit tijdschrift plaats. Het gebeurde in een statig herenhuis aan een doorgangsweg in Groningen. Daar huisde een woongroep, die onder anderen bestond uit Eddy H. en mijzelf. Ik was een jonge medisch meisjes-student, die zich vagelijk met Wij Vrouwen Eisen bemoeide, maar verder van politiek geen kaas gegeten had. Eddy was niet alleen al co-assistent, maar bovendien een vurig activist in de erg linkse basisgezondheidsbeweging. En hoe weinig ik daar ook van begreep, spannend vond ik het wel; maar ook voelde ik dat het moeilijk was om een serieuze rol te spelen tussen al die zeer goedgebekte mannen-jongens - een enkele vrouw deed er maar mee, en dat toch vooral aan de zijlijn. Toen we een keer samen voor de woongroep stonden af te wassen (Eddy wassen, ik drogen), opperde ik dat het misschien een aardig idee zou zijn om over al die linkse dingen een tijdschriftje op te richten. In zo'n blad zou ik meer kans hebben om echt mee te doen. 'Ach ja,' zei hij, 'een tijdschrift, wie weet, leuk, waarom ook niet.'

Langzamerhand groeide het aantal mensen dat wel wat zag in de oprichting van een tijdschrift. De periode van de harde actie was voorbij aan het raken, de tijd leek rijp voor een ander medium. Nieuwe mensen waren dan ook van harte welkom als ze maar leuk waren en 'actief' zo heette dat toen. Of je een beetje een vlotte pen had, en over enig organisatie-talent beschikte, deed er minder toe. Het credo leek: zwaan-kleef-aan. En dat vooral 'landelijk', want we wilden meer zijn dan een provinciaal nerveus studentenblaadje. Om die reden waren we ook zo opgetogen toen studenten van de vrije studierichting geneeskunde uit Utrecht/Amsterdam zich aansloten: die vonden we het prototype van 'leuk en landelijk'. De eerste jaren heette het blad 37.5, wat stond voor 'koortsig'. Avondenlang hadden we erover gedebatteerd of de titel niet heter zou moeten zijn: 42.1, of 38.8; maar zulke voorstellen werden afgestemd, want we wilden 'landelijk' en dan hoorde je niet al te heetgebakerd te zijn.

Een paar jaar later moest die titel radicaal veranderen: 37.5 was veel te studentikoos, te cryptisch ook - we wilden Helderheid, de Waarheid, Recht door Zee zijn, Visie hebben. - En bovendien belandden we door de 'z' van zevenendertig altijd achter in tijdschriftencata-

logi. Zo werd het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. (Let op het Gezondheid en niet zorg, in die tijd nog een novum in het publieke debat.) Het eerste nummer van 37.5 verscheen twee jaar na onze afwasbeurt onder de hoede van zo'n veertig mensen. Wij zouden Nederland wel eens duidelijk maken dat gezondheid en ziekte politieke aangelegenheden waren!

In Het Allereerste Nummer (mei 1983) stond het verslag centraal van een door 37.5 georganiseerde 'rondetafeldiscussie' tussen tien 'actieve eerstelijns werkers' en 'betrokkenen'. Eén vraag domineerde het gesprek: 'Wat is nu eigenlijk de behoefte van de gebruiker?' Voor linkse mensen ging het er in die tijd om erachter te komen wat de onderdrukte patiënt wilde van het leven en zijn gezondheidszorg, en als je dat wist, moest je er als links mens voor zorgen dat patiënten de macht kregen om hun wensen te verwezenlijken.

De discussie over 'de noodzaak van een veranderende gezondheidszorg' werd in die tijd gevoerd door een klein aantal, vaak lokale, aan een politieke partij of 'discipline' gelieerde groepen - huisartsen, wijkverpleging, patiënten. (37.5/TGP was voor veel van die groepen het discussieplatform.) Veel groepen of instanties die nu in het centrum staan, hielden zich toen nog stil. Sociale geneeskunde bijvoorbeeld lag op z'n gat; de standsorganisaties wilden alles liever bij het oude houden en hadden daarom één adagium: blijf zitten waar je zit en verroer je niet; WVC zat vast in Hendriks, de Haagse progressieve politiek snoof en blies met Müller-van Ast; de samenwerkende eerste lijn was vooral nog een ideaal; het geld hield ook z'n mond, want speelde nog geen heel grote rol en het beroep consultant bestond nog niet. Ook de dag- en weekbladen hadden de gezondheidszorg als hot item nog niet ontdekt. Opvallend is dat een aantal elementen uit het type rondetafeldiscussie dat tien jaar geleden nog maar door een klein groepje gevoerd werd, inmiddels zeer vruchtbare aarde gevonden heeft. Progressieve pionier 'Stichting Sociale en medische hulpverlening Holendrecht' schrijft in zijn onlangs heruitgegeven informatiefolder: 'De stichting komt met haar doelstellingen van 1975 (verlenen van integrale wijkgerichte eerstelijnszorg - SS) geheel tegemoet aan de eisen van deze tijd.' Inderdaad is inmiddels het aantal sturingsorganen, functionarissen, beleidslagen, coördinatieplatforms en werkgroepen, die alle tenminste de doelstel-

ling 'een democratische gezondheidszorg te willen bevorderen' gemeenschappelijk hebben, niet meer te tellen.

De ideeën van de linkse gezondheidszorgbeweging lijken inmiddels de onsterfelijkheid van Dierenbescherming en Kinderpostzegels te gaan benaderen. Het vermaledijde strijdpunt *samenwerken* uit begin jaren tachtig is een beleidsmatige must geworden. Er verschijnt geen beleidsnota meer zonder de strofe 'dat de eigen verantwoordelijkheid van de mensen best wel heel belangrijk is'. Waar het de rituele verdediging van het belang van patiënten aangaat, zal er voor een oppervlakkige beschouwer zelfs weinig verschil meer zijn tussen 'links en rechts'.

Niet alleen hulpverleners en beleidsmakers hebben zich massaal bekeerd tot - hun interpretatie van - de idealen van de jaren zeventig, tachtig. Ook de patiënt volgt enthousiast, en is een cliënt met belangen en een stem geworden. Sla de kranten er maar op na. Het grootste probleem in de gezondheidszorg lijkt inmiddels met name te bestaan uit de vraag hoe - met welke normen en waarden - in vredesnaam al die horden van alles willende patiënten en gezondheidszorgers te kanaliseren en te temperen. Eensgezind heet het zowel ter linker- als ter rechterzijde: 'Niet alles kan van wat men wil.'

Als het effect van een beweging en zijn doelstellingen af te meten is aan het aantal FTE's dat er na verloop van tijd zijn boterham mee verdient, of de mate waarin hun vocabulaire ons aller vocabulaire is geworden, dan zijn de jongens en meisjes die in 1983 rond de discussietafel zaten en de mensen na hen, uitermate succesvol geweest!

Sigrid Sijth.pt!
Sigrid Sijthoff is arts.



WEMOS STRIJDT TEGEN MEDISCH EENRICHTINGSVERKEER VAN NOORD NAAR ZUID

Bas van der Heide

Wemos, de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking, is net als TGP opgericht door kritische medische studenten. Deze luis in de pels van de gezondheidszorg in de derde wereld, die voor elkaar kreeg dat Organon anabole steroïden als middel tegen ondervoeding van de markt haalde, en die Artsen Zonder Grenzen wist te bewegen tot meer structurele hulpverlening naast het lenigen van acute nood, maakt de balans op van tien jaar actievoeren. En is op zoek naar nieuwe actiedoelen.

In 1981 richtte een groepje medische studenten Wemos op. Ze waren bezig met de organisatie van het congres 'Gezondheid en politiek in ontwikkelingslanden' en hadden een stichting nodig om de eerste tienduizend gulden subsidie te beheren. Ongeveer duizend mensen namen deel aan het congres, dat een groot succes werd. In haar beginjaren was Wemos een vrijwilligersorganisatie die probeerde Nederland bewust te maken van de bijwerkingen, de neveneffecten en de zin van de westerse gezondheidszorg in derde-wereldlanden. Er was genoeg stof voor discussie. Veel mensen dachten ten onrechte dat gezondheid afhing van het aantal witte jassen en medicijnen. Indertijd was de bouw van ziekenhuizen en het uitzenden van artsen een belangrijk onderdeel van de medische ontwikkelingsamenwerking. Een tweede misvatting was de gedachte dat medische hulp op zich iets 'goeds' is en dat er niets nobelers is dan zieken de helpende hand te bieden. Dat mensen ook zelf nog wat kunnen werd wel eens vergeten. Tenslotte overheerste de opvatting dat de westerse gezondheidszorg de waarheid in pacht heeft en dat de arme landen wel veel van onze gezondheidszorg kunnen en willen leren.*

Wemos ontwikkelde de eerste jaren een aantal uitgangspunten. In haar visie waren ziekte en gezondheid een gevolg van politieke, sociaal-economische, culturele en psychologische factoren, die met elkaar samenhangen. Wemos zag de ongelijke verdeling van macht en middelen in de wereld als hoofdoorzaak voor de grote verschillen in gezondheidstoestand van de wereldbevolking. De gezondheidszorg alléén kon tegen deze verschillen weinig uitrichten. Wemos probeerde met haar projecten meningen en beleid te beïnvloeden in de richting van een rechtvaardiger verdeling van goederen en middelen. De werkgroep zag nog wel een rol voor de medische ontwikkelingsamenwerking, mits die meer aandacht besteedde aan basisgezondheidszorg en preventie.

Wemos was niet de enige organisatie die pleitte voor armoedebestrijding en de herverdeling van middelen. Internationaal hield men zich steeds meer bezig met de politieke aspecten van gezondheidszorg. In 1978 al formuleerden de niet-gebonden landen de zogenaamde Primary Health Care strategie (PHC), die allengs door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werd overgenomen. In de strategie werd veel nadruk gelegd op preventie, gezondheidsvoorlichting, participatie van de bevolking en geïntegreerde ontwikkeling. Hoewel de uitgangspunten prachtig op papier stonden, kwam van de uitwerking niet veel terecht.

PIJLEN

Veel gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden vinden hun oorsprong aan deze zijde van de aardbol. Door hier de zaken anders aan te pakken, kunnen in de derde wereld veel problemen worden voorkomen. Met dit in het achterhoofd richtte Wemos haar eerste pijlen op onethisch gedrag van de Nederlandse geneesmiddelenindustrie. In 1983 kreeg Wemos nationale bekendheid door haar acties tegen anabole steroïden. Deze hormonen werden door Organon in derde-wereldlanden ten onrechte aangeprezen tegen ondervoeding en andere indicaties die in Nederland volstrekt uit den boze waren. Na maanden van publiciteit nam het bedrijf uiteindelijk de zaak serieus. In hetzelfde jaar stelde een commissie van de industrie-federatie Nefarma Wemos in het gelijk. Organon diende zich in het vervolg verantwoordelijker te gedragen bij de verspreiding van haar producten in de derde wereld. Niet alleen de geneesmiddelenindustrie was het doelwit van Wemos-campagnes. Ook ontwikkelingen in hulp- en handelsbeleid van de geïndustrialiseerde landen werden op de voet gevolgd en zo nodig bekritiseerd. In 1989 moesten de noodhulporganisaties eraan geloven, toen bleek dat zij meer oog hadden voor hun eigen snelle, mediagenieke aanwezigheid

ter plaatse, dan voor de behoeften van de slachtoffers. In het boekje *Noodhulp, Noodzakelijk, Noodlottig* pleitte Wemos voor meer aandacht voor de rol die slachtoffers zelf kunnen spelen bij de aanpak van rampen en de wederopbouw. Je hoeft niet altijd passief te blijven afwachten tot de hulptroepen op komen dagen. Bij de aardbeving in Mexico bijvoorbeeld organiseerden de slachtoffers zich na het gebeure, en maakten zich sterk voor betere bouwverordeningen.

Medische teams opereerden te veel op zichzelf, vond Wemos. Hun snelle aanwezigheid leek belangrijker dan het moeilijke werk in de wederopbouwfase na een ramp.

Het effect van die kritiek is beperkt geweest. In de afgelopen jaren ontwikkelde één van de bekritiseerde organisaties, Artsen Zonder Grenzen, zich tot een belangrijk ondernemer op de chari-markt. Wel besloot deze organisatie onlangs tot de oprichting van een aparte poot die het meer structurele werk kan doen nadat de acute noodsituatie voorbij is.

RECHT OP INFORMATIE

In de thema's waar Wemos aan werkt heeft het recht op informatie altijd een grote rol gespeeld. Wie deelneemt aan een family-planning-programma wil weten wat er aan zijn of haar lichaam gebeurt, de overheid wil weten welke rommel op haar markt geïmporteerd wordt, en een patiënt wil volledige informatie over bijwerkingen van een nieuw geneesmiddel. Kortom: voor alle consumenten en patiënten van gezondheidszorg is het recht op volledige en ongekleurde informatie van groot belang. In de loop der jaren breidde de lijst met onderwerpen zich behoorlijk uit. De eerste jaren hield Wemos zich bezig met politiek en gezondheid en met de discussie over wel-of-niet naar de tropen gaan. Tegenwoordig bestrijkt Wemos ook thema's als: babyvoeding, voedselhulp, geneesmiddelen, bevolkingspolitiek, vrouwen en gezondheid, structurele aanpassingsprogramma's, en medische ontwikkelingsamenwerking. Om dit te kunnen behappen is het personeel en het vrijwilligerbestand uitgebreid en verder gespecialiseerd. Wemos boorde succesvol subsidiepotjes aan bij het Directoraat-Generaal Ontwikkelingsamenwerking (DGIS) en bij de Europese Gemeenschap (EG). Mede hierdoor kon Wemos zich verder specialiseren tot deskundige op het terrein van bijvoorbeeld vrouwen en geneesmiddelen.

In de loop der jaren verwierf Wemos zich een prominente positie in twee internationale netwerken van organisaties die zich bezighouden met gezondheid vanuit een politiek perspectief. Dit zijn de netwerken Health Action International (HAI) en het International Baby Food Action Network (IBFAN). Beide groepen ontstonden in 1981 tijdens een zeer inspirerende bijeenkomst in Genève. IBFAN droeg eraan bij dat er in 1981 een WHO-gedragscode werd aangenomen voor de handel in vervangingsproducten voor moedermelk. Het is een in zijn soort unieke tekst, die vergaande beperkingen oplegt aan de handel en wandel van de multinationale zuivelproducenten. Een poging om voor geneesmiddelen hetzelfde te doen faalde. HAI werkt sinds haar oprichting aan het rationeel gebruik van geneesmiddelen. De ruim honderd lidorganisaties in meer dan vijftig landen leveren Wemos een schat aan materiaal voor gefundeerde acties op nationaal en EG-niveau. Onder druk van HAI bleef het essentiële geneesmiddelenbeleid een prominent onderwerp op de agenda van de WHO, ondanks verwoede pogingen van haar directeur-generaal om dit politiek netelige stukje van zijn organisatie te torpederen.

Als organisatie zonder eigen projecten in het Zuiden is Wemos altijd vrij afhankelijk geweest van de informatie en kritiek uit eerder genoemde netwerken. In de contacten met de politiek en de pers kon Wemos niet zonder hun hard en aansprekend bewijsmateriaal. De contacten via de netwerken voorkwamen bovendien dat stellingnamen afgeden naar een betweterig 'wij weten wat goed is voor het Zuiden'.

DE ONTDEKKING VAN DE LOBBY

Oorspronkelijk lag de nadruk op voorlichting en bewustwording, met de bedoeling 'actie aan de basis' te stimuleren. Maar de steeds verder gespecialiseerde kennis en ervaring bracht Wemos steeds dichterbij politici en beleidsmakers. Al doende ontdekte Wemos de lobby. Aan het eind van de jaren tachtig reisden Wemos-medewerkers regelmatig naar Genève, Brussel of Den Haag om zelf beleidsmakers en politici te spreken.

Praten met politici was in het begin omstrede. Voor sommigen was het een 'besmette' activiteit, omdat daarmee het bestaan van slechte, ondemocratische instellingen zoals de Europese Gemeenschap, zou worden gelegitimeerd. Uiteindelijk zijn steeds meer organisaties gaan inzien dat veranderingen in Europa zelf een voorwaarde waren voor de ontwikkelingskansen van het Zuiden. Niet lobbyen betekende de boot missen. Met dit in het achterhoofd veranderden organisaties die zich nog sterk concentreerden op uitzending en hulpprojecten hun beleid. Andere hulporganisaties bundelden zich in Europees opererende verbanden met eigen gespecialiseerde lobby-medewerkers. Ondanks de 'verharding' van Wemos bleven de actiemethoden mild. De argu-

menten moesten het werk doen. Activisten zijn nooit zo ver gegaan dat ze zich onder het uitrollen van de Wemos-vlag aan de pillendraaimachines van Organon in Oss hebben vastgeketend. Op zich zou daar misschien niemand tegen zijn geweest, maar de achterban was een stuk kleiner en minder makkelijk te mobiliseren dan die van Greenpeace of de Zeeuwse aardappelboeren.

Wemos ondernam de afgelopen jaren een aantal gerichte pogingen om het Nederlands beleid te beïnvloeden. Eén daarvan was de lobby naar aanleiding van de in 1988 verschenen beleidsnotitie *Het bevolkingsvraagstuk en bevolkingsbeleid binnen de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking* van minister Bukman. Daarin overheerste de angst voor een uit de hand lopende groei van de wereldbevolking. De autonomie van vrouwen om zelf over het aantal kinderen te beslissen verdween uit het beeld. Wemos schreef hierop een reactie aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor Ontwikkelingssamenwerking en voerde gesprekken met de leden over de nadelige gevolgen die vrouwen in de derde wereld ondervinden van sancties op het niet deelnemen aan family-planningactiviteiten. De minister schrapte het gebruik van sancties, maar hield vast aan beloningen. Het argument dat beloningen in feite sancties zijn voor de vrouwen die niet deelnemen, vond geen gehoor.

In 1989 startte Wemos met een lobby naar aanleiding van kamervragen over de export van geneesmiddelen vanuit Nederland naar de derde wereld. De werkgroep pleitte voor een verbod op de export van middelen waarvoor registratie voor de Nederlandse markt ontbrak. Een dergelijk principe was - na lobbyen door Wemos en andere HAI-groepen - al in 1986 aangenomen door het Europees Parlement. De Nederlandse regering stelde zich op het standpunt dat zij alleen iets wilde ondernemen samen met andere EG-lidstaten. Terwijl Frankrijk en Duitsland inmiddels exportbeperkingen hebben ingevoerd, kijkt Nederland voorlopig de kat uit de boom. In hetzelfde jaar begon Wemos ook met een Europese lobby gericht op een door de EG aan te nemen richtlijn voor zuigelingenvoeding. De plannen bleken niet overeen te komen met de WHO-code, hoewel alle lidstaten in woorden de code ondersteunden. De WHO-code verbiedt reclame voor flesvoeding gericht op de consument. Na een zware lobby samen met andere Europese groepen uit het IBFAN-netwerk nam de Europese Commissie in 1991 een richtlijn aan waarin de WHO-code voor een groot deel wordt uitgevoerd. In 1992 nam de EG eveneens een richtlijn aan die de exporten naar derde landen aan voorwaarden bindt, waarmee een succesvolle lobby kon worden afgesloten.

EINDE VAN DE IDEOLOGIE

Gezondheid is politiek, kennis is macht, en het is de schuld van het kapitaal. Anno 1993 lij-

ken de stukjes ideologie waarmee Wemos in 1981 startte nog zo waar als de tips van Berendien uit Wisp. Toch heeft het gedachtengoed van Marx, Illich, Navarro en Freire voor de meeste organisaties zijn beste tijd gehad. Van daar dat Wemos in 1992 begon aan een herbezinning op haar doelstelling en projecten. Aan het eind van de jaren tachtig was de tijd van de grote ideologieën definitief voorbij. Binnen de netwerken die zich met gezondheid en politiek bezighielden tekende zich een ontwikkeling af in de richting van hanteerbare, concrete onderwerpen, zonder al te grote nadruk op de ideologie. De keuze van deze onderwerpen was wat minder logisch geworden dan voorheen. Duidelijk was dat de activiteiten de aansluiting niet mochten verliezen met relevante ontwikkelingen in het Zuiden. De gezondheidszorg in het Zuiden bestaat nog steeds uit een stuk westerse gezondheidszorg dat zich weinig met de traditionele zorg heeft geïntegreerd. Het totaalaanbod van voorzieningen bevat relatief veel van hetzelfde, en bereikt te weinig mensen. Een kwart tot de helft van de wereldbevolking heeft niet regelmatig toegang tot essentiële geneesmiddelen. Door de geldzorgen is de gezondheidszorg afhankelijk van grote donoren die een lappendeken van voorzieningen financieren. De organisatie van de zorg loopt nog te veel per ziekte van boven naar beneden, terwijl dwarsverbanden met bijvoorbeeld voorlichting en preventie niet van de grond zijn gekomen. Voor de komende jaren blijft de keuze voor werkelijke en duurzame PHC dus relevant. De effectiviteit op korte termijn van bijvoorbeeld vaccinatieprogramma's is aanlokkelijk, maar draagt niet bij aan de opbouw van een duurzame zorg. Onder dat laatste zou kunnen worden verstaan een zorg die is geïntegreerd, waarin de bevolking zeggenschap heeft en waarin ook andere sectoren worden meegenomen. Zoals aan het begin al benadrukt: het is niet de gezondheidszorg die mensen gezond maakt, maar juist het politieke en sociaal-economische klimaat om hen heen.

AIDS-VRAAGSTUKKEN

Het is duidelijk dat AIDS de ontwikkeling van de gezondheidszorg in veel landen beïnvloedt. Het verzorgen van AIDS-slachtoffers legt beslag op een steeds groter deel van de middelen. Het ligt zeer voor de hand dat ook Wemos vanuit haar perspectief met AIDS bezig gaat. Om een voorbeeld te geven: Wat gaan nieuwe middelen tegen AIDS kosten en zullen ze ooit betaalbaar worden voor de slachtoffers in het Zuiden? Ook de relatie met armoede van deze ziekte en de specifieke gevolgen voor vrouwen kunnen door Wemos worden opgepakt. Niet alleen PHC en de brede context van AIDS vragen om blijvende aandacht. Er zijn nog twee andere aanknopingspunten die genoemd moeten worden. Dat zijn de internationalisering van gezondheidsproblemen en de uitdaging om het medisch eenrichtingsverkeer van Noord naar Zuid te keren.

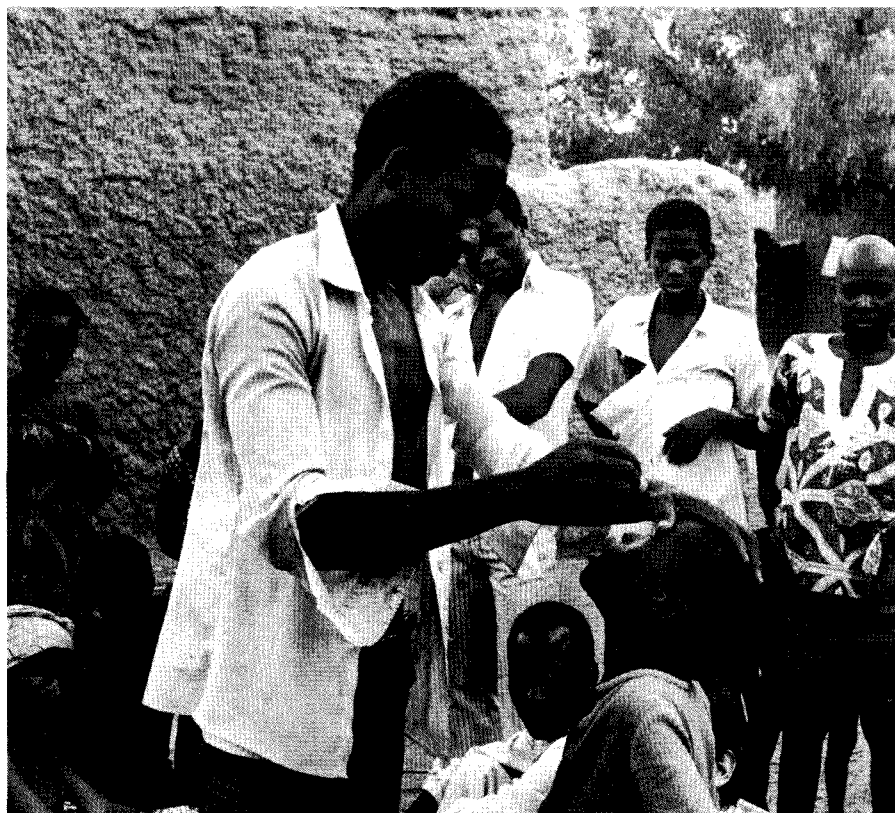
GEZONDHEID – EN ARMOEDE

Slechte gezondheid en armoede zijn niet meer het handelsmerk van de ontwikkelingslanden. Gezondheidsproblemen manifesteren zich steeds internationaler en ook de oorzaken laten zich niet binnen grenzen vangen. Daarmee wordt de term derde wereld wat minder goed hanteerbaar. In het voormalige Oostblok zullen met het opengooien van de markt naar verwachting grote verschillen ontstaan in gezondheidskansen. Ook in die landen zal een sterke onafhankelijke beweging het gezondheidsbeleid op de voet moeten gaan volgen.

Dit betekent dat Wemos nog meer dan voorheen vanuit internationaal perspectief moet gaan kijken naar ontwikkelingen die belangrijk zijn voor gezondheid en gezondheidszorg. Naar de gevolgen van het internationale vrijhandelsverdrag (GATT) bijvoorbeeld. Dit verdrag moet de wereldmarkt openbreken. Als onderdeel daarvan wordt er van alles op elkaar afgestemd. Ook op EG-niveau gaat het een en ander op de helling. De vraag is of deze zogenaamde harmonisatie wel gezond is. Te vaak betekent dit de grote gemene deler in plaats van de hoogste norm. Zo heeft Noorwegen in voorbereiding op haar toetreding tot de EG haar strikte registratiebeleid voor geneesmiddelen teruggedraaid. Het systeem was uniek in haar gebruik van behoefte als toelatingscriterium. De handelsbelangen wonnen het hier van de gezondheidsargumenten, een ontwikkeling die op internationaal niveau kritisch gevolgd moet worden.

LEREN VAN HET ZUIDEN

In het internationaal gezondheidszorgbeleid wordt vooral geadviseerd van Noord naar Zuid. Is het geen tijd dit medisch eenrichtingsverkeer om te buigen? In het kader van de landelijke discussie over 'Keuzen in de Zorg' valt misschien nog wat te leren van ervaringen elders in de wereld. Eén ding is zeker: het Zuiden heeft veel ervaring met keuzen in de zorg. Het Zuiden moet al jaren met een handvol dollars de bevolking zo goed mogelijk voorzien van basisvoorzieningen. Bij een bedrag van 3000 gulden per hoofd - zoals in Nederland - is kiezen een stuk eenvoudiger, maar het blijft een keuze. De vraag naar gezondheid is per definitie oneindig, alles krijgen is onmogelijk. Uiteindelijk zullen consumenten bewuster moeten kiezen voor wat we wel en niet gebruiken van het enorme aanbod aan zorg. Er ligt een uitdaging om te werken aan een hanteerbaar concept voor duurzame zorg. Duurzaamheid is een begrip uit het milieu- en ontwikkelingsdebat. Het slaat op het kunnen voldoen aan behoeften van huidige en toekomstige generaties. Dit houdt in dat de zorg zich ontwikkelt binnen de beperkte milieugebruiksruimte. Het betekent ook dat er vraagtekens moeten worden gezet bij de wet van vraag en aanbod. Het streven moet zijn om binnen de beschikbare ruimte de bestaande nationale en internationale verschillen zo veel mogelijk te verkleinen.



Publi: health care in Niger
Foto: R. da Silva/WHO

OP NAAR 2000

De WHO-kreet dat iedereen in 2000 de kans heeft gezond te zijn (Health For All by the Year 2000) is duidelijk een utopie. Met nog acht jaar te gaan tot de eeuwwisseling zullen de inspanningen moeten worden verveelvoudigd, wil hier iets van terecht komen. Dit hangt vooral af van politieke wil in Noord en Zuid. Is er in 2000 nog behoefte aan een organisatie als Wemos? Waarschijnlijk wel: zolang er ongelijkheid is, is er behoefte aan een luis in de pels. Zolang de besluiten in de machtscentra van het Noorden nog bepalend zijn voor de ontwikkelingskansen en het welzijn in het Zuiden, is er behoefte aan kritische organisaties die de belangen van de minst bedeelde consument onder de neus wrijven bij diegenen die de besluiten nemen. Wemos haalt wat dat betreft met gemak de eeuwwisseling. Als wát zal Wemos de komende jaren door het leven gaan? Als bundeling van consumenten of als ontwikkelingsorganisatie? Op veel terreinen zijn er organisaties die het beter doen en die vanuit hun deskundigheid meer te vertellen hebben. Maar de meerwaarde van Wemos is dat zij in staat is verbindingen te trekken. Wemos verbindt gezondheid met politiek, gezondheid met derde wereld, Noord met Zuid, feminisme met consumentenacties. Het gemeenschappelijke is dat Wemos verandering wil. Startend op persoonlijk niveau door het organiseren van bewustwordingsactiviteiten. Eindigend op politiek niveau door verandering in beleid.

Bij gebrek aan een door iedereen gedragen ideologie groeit wel de behoefte aan concrete, hanteerbare onderwerpen die aan de deelnemers een mogelijkheid bieden iets te doen. Helaas worden de onderwerpen er niet simpeler op. Ook worden de machtscentra minder overzichtelijk. Het is een stuk moeilijker om binnen de Wereldbank serieus te worden genomen met een standpunt over gezondheid en schuldsanering, dan op een woensdagmorgen naar Den Haag af te reizen om een kamerlid te spreken over een kamernotitie van minister Pronk.

De uitdaging blijft om op het werkteerrein van Wemos actiedoelen te vinden met de pit van Max Havelaar-koffie, de eenvoud van de Nica-banaan en de hardheid van tropisch hardhout. Dit alles zonder af te glijden naar de goedkope dramatiek van stervende kinderen of een oproep om simpelweg te gireren.

* F. Muller, 'Vijf misvattingen over medische ontwikkelings samenwerking'. In: TGP 1983 (I) nr 1: p 49 e.v.

Bas van der Heide is voedingsdeskundige en projectmedewerker bij de Stichting Wemos.

11KSLIK - HELP ME ERAF'

INEKE THOMEER OVER VIJFTIEN JAAR VROUWEN EN MEDICIJNGEBRUIK

Thea Dukkers van Emden

Ineke Thomeer gelooft in haar zaak, dat is duidelijk. Vol vuur vertelt ze over het werk van de Stichting Vrouwen en Medicijngebruik, die het slikken van kalmerende middelen wil terugdringen. Van huis uit is ze maatschappelijk werker en zelf is ze nooit aan medicijnen verslaafd geweest. In haar werk als vrijwilliger bij de Rijks Psychiatrische Inrichting was het haar opgevallen hoeveel vrouwen in die inrichting pillen slikten. Daar is de kiem gelegd voor de thema-avond vijftien jaar geladen in de Eindhovense schouwburg getiteld: 'Kalmerende middelen: oplossing of gevaar?'

'We hadden in 1978 in Eindhoven een kleine enquête gehouden waaruit bleek dat erg veel vrouwen kalmerende middelen slikten, vooral benzodiazepines. Het leek ons goed hier een thema-avond over te organiseren. We hadden gerekend op hooguit tweehonderd belangstellenden, er meldden zich zevenhonderd! Gelukkig hadden we grote melkbussen neergezet waar vrouwen hun vragen in konden deponeren en die zaten aan het eind van de avond stampvol. Echte noodkroten als "ik slik - help me eraf" en "ik leef als een robot: help".

We hebben toen eerst een inventarisatie gemaakt van de hulpverlening op dit gebied in de regio. Die hulpverlening bleek niet veel voor te stellen. Daarna hebben wij samen met de Rijksuniversiteit Groningen een onderzoek gedaan bij Eindhovense vrouwen naar het gebruik van slaap- en kalmerende middelen. Die diepte-interviews gaven ons een veel beter inzicht in het probleem. Er bleek een grote behoefte te bestaan aan informatie over werking en bijwerkingen van medicijnen en aan wettelijke hulp bij het terugdringen of staken van het langdurig gebruik van deze middelen. We moesten dus iets gaan doen en we besloten een zelfhulpgroep te starten met zes vrouwen. Daar is het mee begonnen en inmiddels hebben we ruim 22 zelfhulpgroepen verspreid door heel Nederland, van Assen tot Maastricht. Aan elke groep zijn twee begeleiders verbonden, van wie in elk geval één 'ervaringsdeskundige' is, dat wil zeggen dat zij zelf aan medicijnen verslaafd is geweest en er met behulp van een zelfhulpgroep bovenop is gekomen.

We werken allemaal als vrijwilligers. Maar dat wil niet zeggen we geen eisen stellen aan de medewerkers. De begeleiders wordt aangeraden cursussen te volgen en zij zijn verplicht om aan een eigen training van de Stichting mee te doen. Daarna lopen ze een halfjaar stage bij ons en vervolgens moeten ze nog een

jaar bij de stichting blijven werken en hun kennis overdragen aan nieuwe begeleiders. Verder bewaken we door zeswekelijkse intervisiebijeenkomsten de kwaliteit van ons werk."

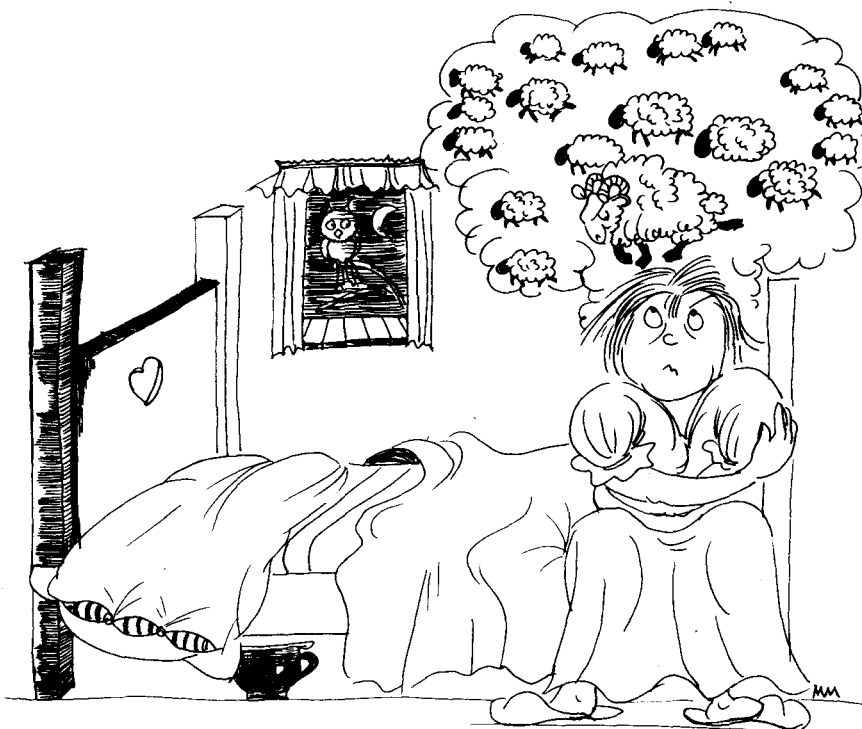
AFBOUWSCHEMA

'Er wordt gewerkt op basis van de principes van vrouwenhulpverlening en volgens een door de stichting opgesteld stappenplan. In overleg met een apotheker die als adviseur aan de Stichting verbonden is stellen we een afbouwschema op voor de vrouw om het medi-

cijngebruik te verminderen of te staken. We waarschuwen haar ook voor mogelijke afkickverschijnselen. De vrouw moet dit afbouwschema aan haar huisarts voorleggen.

Huisartsen reageren daar heel verschillend op. Sommigen zeggen dat ze meteen met alle medicijnen moet stoppen, terwijl ze bijvoorbeeld al twintig jaar forse hoeveelheden slikt. Artsen hebben vaak geen benul van de gevolgen van het stoppen. Anderen schrijven de vrouw een eigen afbouwschema voor maar waarschuwen haar niet voor afkickverschijnselen "omdat de vrouw daar te nerveus voor is". Ze snappen niet dat de vrouw juist nerveus wordt van het niet weten wat haar te wachten staat als ze na jaren pillen slikken ermee gaat stoppen!

Voordat een groepslid bij de groep komt vindt er een kennismakingsgesprek plaats met iemand van de stichting. Sommige vrouwen blijken nog niet rijp voor deelname aan een groep. Zij kunnen dan eerst een tijd individuele begeleiding van ons krijgen. Wij verwijzen vrouwen vanuit een groep ook wel door naar de huisarts of naar een psychiater



Illustratie uit de brochure 'Verslik je niet' van de Stichting Vrouwen & Medicijngebruik



Ineke Thomeer
Foto: Marlies Bosch

als daar een medische of psychische reden voor is. Een vrouw die wil deelnemen aan een zelfhulpgroep tekent een overeenkomst waarbij zij zich verplicht de groepsbijeenkomsten regelmatig bij te wonen. De groepsleden komen gemiddeld twee jaar lang wekelijks bijeen.!

SAMENWERKING MET REGULIERE HULPVERLENING

'Het ministerie van WVC vindt dat we goed werk doen, maar wil dat we gaan samenwerken met de reguliere hulpverlening. In 1991 zijn verschillende plaatselijke samenwerkingsverbanden gestart met RIAGG's, Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) en het Algemeen Maatschappelijk Werk. We krijgen steeds vaker vragen van deze instellingen over medicijnverslaving en ze verwijzen ook cliënten naar ons door. In sommige steden, waaronder Eindhoven, zijn we in bespreking met de RIAGG om samen een zelfhulpgroep op te zetten, maar over het algemeen verloopt de samenwerking met de RIAGG's vrij moeizaam. In twee steden werken we goed samen

met de CAD's. Een zelfhulpgroep wordt daar begeleid door een ervaringsdeskundige van de stichting en een medewerkster van het CAD.

Het positieve van deze samenwerking is dat je de wederzijdse kennis en vaardigheden kunt bundelen. Maar de samenwerkingsprojecten vergen wel veel tijd aan voorbereiding en afstemming. Een frustratie is het verschil in beloning tussen ervaringsdeskundige en reguliere werker. We vragen inmiddels een vergoeding van de reguliere instellingen voor onze medewerking omdat we het oneerlijk vinden dat de ene begeleidster wel en de andere niet betaald wordt voor hetzelfde werk.

Financieel is onze positie kwetsbaar. Van het ministerie van WVC krijgen we een basissubsidie van f32.000,- per jaar voor bureaustkosten, maar dit bedrag is niet structureel toegekend en moet elk jaar opnieuw worden bevochten. Vroeger kregen we ook een bijdrage van de provincie, maar die is vorig jaar gehalveerd en voor 1993 is het nog maar afwachten. Van de gemeente Eindhoven krijgen we ook een kleine bijdrage. Via de "banenpool" hebben we nu gelukkig - tijdelijk - twee coördina-

toren en een administratief medewerkster kunnen aanstellen, zodat niet al het werk meer op vrijwilligers neerkomt.!

DAG EN NACHT BEREIKBAAR

'Als je me vraagt naar de toekomst dan denk ik dat we nog lang niet overbodig zijn. Ik vind ook niet dat wat wij doen ooit helemaal door de reguliere hulpverlening kan worden overgenomen. Daarvoor ontbreekt bij de reguliere hulpverlening de basishouding die wij voor dit werk essentieel vinden. Zij werken te zakelijk en zijn niet continu beschikbaar. Wij zijn voor vrouwen in nood dag en nacht telefonisch bereikbaar. Wij stellen geen eisen vooraf aan de groepsleden, iedere vrouw is welkom.

Het probleem van medicijnverslaving is voorlopig nog niet de wereld uit. Artsen blijven deze medicijnen voorschrijven, vaak ook op verzoek van vrouwen.* Onze stichting kan daar maar marginaal invloed op uitoefenen, ook al doen we veel aan voorlichting soms ook aan artsen. Waar wij wel naar streven is om vrouwen bewust te maken van de zeggenschap over hun eigen lijf en leven zodat ze zelf nee gaan zeggen tegen deze medicijnen. Daarom richten wij onze activiteiten ook in de eerste plaats op de vrouwen zelf. Wij zijn absoluut geen actiegroep. Actievoeren zou ten koste gaan van de hulp en voorlichting aan vrouwen en deze heeft bij ons de prioriteit. Vechten tegen de farmaceutische industrie lijkt ons een onbegonnen zaak. Ook het beïnvloeden van de politiek ligt niet in onze lijn. Voorop staat de hulpverlening aan vrouwen.!

* Ongeveer 10-15 procent van de volwassen Nederlanders slikt psychofarmaca en 1 procent van de bevolking gebruikt zelfs dagelijks benzodiazepinen. Anderhalf tot tweemaal zoveel vrouwen als mannen slikken. Het grootste gebruik komt voor onder vrouwen van 50-70 jaar. Bijna een kwart van de middelen die deze groep gebruikt is op doktersrecept verkregen.

Uit een onlangs gepubliceerd verslag over het benzodiazepinen voorschrijffedrag in een huisartsenpraktijk, blijkt vooral het terugdringen van het chronisch gebruik erg moeilijk. Wel is er in de huisartsenpraktijk een verandering waar te nemen in het type middel dat wordt voorgeschreven (vaak een kortwerkend middel) en worden er per keer minder tabletten meegegeven: H. Verberk en D. Post. 'Benzodiazepines in een huisartsenpraktijk; tien jaar geleden en nu'. In: *Medisch Contact*; 1992;(47); 49; p.1453-5.

Thea Dukkers van Emden is arts en redactielid van TGP

VRUCHTEN VAN EIGEN WERK

Bij de geboorte van Blancette, Yvette, Maurice, Lucien en Yannick, Nederlands vijfde (levend geboren) vijfeling, op 31 augustus 1992 waren maar liefst 24 mensen in de weer. Het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam had zo ongeveer alle beschikbare hulptroepen opgeroepen om deze wezentjes, in gewicht schommelend van 965 tot 1490 gram, uit de moederbuik te verlossen. Er was sprake van een minutieus draaiboek en elke baby kreeg vervolgens een eigen kinderarts en twee verpleegkundigen toegewezen.

Mede dank zij deze zorg heeft het vijfstal in ieder geval de geboorte overleefd. Van een ontroerend familieportret is het op die gedenkwaardige 31ste augustus niet gekomen, omdat het kroost onmiddellijk naar de couveuse moest worden afgevoerd. Wat er daarna met hen gebeurd is, weten we niet. Voor de kranten is de geboorte van een vijfeling immers wel nieuws, maar welk - vaak weinig aangenaam en kortstondig - lot de leden van dit vijfstal in het leven wacht niet.

Is het ter wereld brengen van een vijfeling nu een prachtig staaltje van wat onze gezondheidszorg allemaal kan? Absoluut. Maar die kunde blijft in dit geval niet beperkt tot de geboorte, maar begint al bij de conceptie. God heeft de vrouw namelijk niet geschapen om vijf kinderen tegelijk te baren. Dat heeft de gezondheidszorg op eigen kracht aan Gods schepping toegevoegd.

Sinds 1975 is het aantal meerlinggeboorten (drie-, vier- of vijfelingen) in dit land verdubbeld. De oorzaak daarvan moet geheel gezocht worden in de enorme toename van de technologische mogelijkheden om de vruchtbaarheid van vrouwen te manipuleren. Het gaat daarbij om een serie behandelingen, beginnend bij hormoonbehandelingen en uiteindelijk uitmondend in een zogenaamde reageerbuisbevruchting en het terugplaatsen van bevruchte eicellen in de baarmoeder ofte wel: in vitro fertilisatie (ivf).

Het probleem van deze behandelingen is dat het in de theorie makkelijker gezegd is dan in de praktijk gedaan. Het misluktingspercentage is groot en de behandeling is relatief duur. Bij ivf neemt de kans op een zwangerschap toe naarmate er meer bevruchte eicellen (pre-embryo's) in de baarmoeder worden teruggeplaatst. Na terugplaatsing van één pre-embryo wordt slechts in acht procent een zwangerschap bereikt, na terugplaatsing van drie embryo's is dat 23 procent en na terugplaatsing

van vier, vijf of zes embryo's stijgt het succespercentage tot dertig procent.

In een situatie waarin - als er sprake is van een medische indicatie - de verzekeraar maar maximaal drie behandelingen betaalt, waarin de particulier dus diep in zijn beurs moet tasten voor een behandeling en waarin sowieso meer teleurstellingen dan zwangerschappen geogst worden, is het niet onbegrijpelijk dat de ivf-artsen hun succespercentage proberen te maximaliseren. En dat betekent dat er zoveel mogelijk pre-embryo's zullen worden teruggeplant. Dat leidt inderdaad tot meer zwangerschappen, maar ook tot een forse toename van meerlingen. Hoe meer pre-embryo's er immers ingeplant worden, hoe groter ook de kans dat er meer dan een het zal overleven. Het gevolg is dat maar liefst vijf procent van de reageerbuisbaby's uit meerlingen bestaat. En dan hebben we het nog maar niet over het grote aantal selectieve abortussen dat plaatsvindt om de geboorte van een meerling te voorkomen.

Maar daarmee is nog niet het hele verhaal verteld. Technologische mogelijkheden en sociaal-culturele trends jagen elkaar in dit verband op. In geen enkel ander land ter wereld worden vrouwen gemiddeld zo laat moeder als in Nederland. De gemiddelde leeftijd waarop een vrouw in ons land haar eerste kind krijgt is 27,7 jaar. In 1970 was dat nog 24,6 jaar en het Centraal Bureau voor de Statistiek verwacht zelfs dat de leeftijd in 2000 zal oplopen tot 28,4 jaar. Let wel, dat zijn dus *gemiddelde* leeftijden. De stijging maakt eigenlijk vooral duidelijk dat steeds meer vrouwen tussen hun dertigste en veertigste kinderen krijgen.

In feite is dat een verheugende ontwikkeling. Het is een teken van emancipatie dat vrouwen in toenemende mate gaan studeren, zich een positie op de arbeidsmarkt verwerven en pas dan voor kinderen kiezen. Maar het heeft ook een keerzijde en die is dat vrouwen gedurende hun meest vruchtbare jaren geheel in het arbeidsproces zijn opgenomen. Op het moment dat ze wel de keuze tot kinderen maken is de kans op een zwangerschap feitelijk al aan het afnemen.

Natuurlijk slagen vele vrouwen tussen de dertig en veertig er wel in om zwanger te worden, maar een veel minder groot, maar desalniettemin aanzienlijk aantal vrouwen slaagt er niet in. Zij vestigen hun hoop in veel gevallen op de gezondheidszorg. In 1985 werden er in Nederland 500 vrouwen behandeld voor een re-

ageerbuisbaby, in 1990 waren dat er 2500 en de verwachting is dat deze behoefte zich de komende tien tot vijftien jaar zeker nog zal verdrievoudigen.

En daarmee is de reageerbuisbevruchting dus een prachtig voorbeeld geworden hoe technologie en sociale ontwikkelingen elkaar beïnvloeden. Het een stuwt het ander voort. De gezondheidszorg doet voor een groeiende groep vrouwen de nadelen van de emancipatie langs kunstmatige weg teniet. En de mogelijkheden van de gezondheidszorg stellen 'onvruchtbare' vrouwen in staat om die onvruchtbaarheid als een handicap, als een te herstellen medisch manco te ervaren.

Of we er ook echt blij mee moeten zijn is iets anders. De levens van de meerlingen die tot nu toe het bijproduct van deze ontwikkeling zijn, zijn zeker geen medische hoogstandjes te noemen en veel kinderen (en hun ouders) worstelen zich van de ene complicatie naar de andere. Het is eigenlijk een ongekende schande dat in de gezondheidszorg door artsen zo met het leven gesold wordt.

Dat zou voor eens en voor altijd voorbij zijn als in dit land de regel zou gelden dat er nooit meer dan twee bevruchte embryo's teruggeplaatst mogen worden. Maar die regel is er niet, omdat dan de kans op zwangerschap via een ivf dramatisch terug zou lopen en daarmee deze zich snel ontwikkelende bedrijfstak in de gezondheidszorg het gevaar loopt om klanten en geld te verliezen. Nee, de ivf-artsen zelf zullen zich er niet echt hard voor maken. Misschien de klanten? Vergeet het maar, voor vrouwen is ivf de laatste hoop. Wie de kans op ivf-succes aanzienlijk verkleint, ontnemt hen daarmee - zeker in hun eigen ervaring - het recht op kinderen (een recht dat natuurlijk helemaal niet bestaat, maar dat de vruchtbaarheidskunde wel aan het creëren is).

Dus demonteren de artsen liever de te veel bevruchte eitjes via een selectieve abortus of staan zij met zijn vierentwintigen klaar in de verloskamer om daar de vijf vruchten te plukken van hun eigen werk.

los van der Lans

MANTELZORG HOEFT NIET STRIJDIG TE ZIJN MET EMANCIPATIE

Selma Sevenhuijsen

De relatie tussen mantelzorg en emancipatie is al enige tijd overstreden. Is de bevordering en ondersteuning van mantelzorg een barrière voor emancipatie van vrouwen of zelfs een stap terug in het emancipatieproces? Of zijn er ook andere manieren om de relatie tussen mantelzorg en emancipatie vorm te geven? Een antwoord op deze vraag hangt nauw samen met de visie die men heeft op de relatie tussen sekse, zorg en emancipatie, en met de normatieve kaders, die daarin tot uitdrukking komen.' Ook bij het debat over 'Keuzen in de zorg' staat het perspectief van vrouwen op zorg en gezondheid ter discussie.'

Vrouwenorganisaties hebben luid en duidelijk naar voren gebracht dat het streven van de overheid om thuiszorg en mantelzorg een ruimere plaats te geven wel eens zou kunnen betekenen dat publieke verantwoordelijkheden op de schouders van vrouwen worden afgewenteld. Mantelzorg is in feite een nieuw begrip voor wat vrouwen allang deden, onbetaald en in de privésfeer. Klaarstaan voor zieke familieleden, vrienden en burens, inspringen op plotselinge nieuwe situaties, je verantwoordelijk voelen voor de behoeften aan zorg van anderen: het zijn allemaal verschijnselen die nauw met het traditionele vrouwenlot zijn verbonden.'

Wat is er dan nieuw in de afgelopen jaren, dat mantelzorg zo'n belangrijk issue is geworden voor vrouwen, zo belangrijk dat een aantal grote vrouwenorganisaties er recentelijk hun centrale actiepunt van hebben gemaakt? In de eerste plaats zijn er natuurlijk alle sociale factoren die maken dat zorgverschaffing niet meer zo vanzelfsprekend is als tot voor kort. Individualisering, vergrijzing, emancipatie en de toegenomen assertiviteit van vrouwen hebben ertoe geleid dat beleidsmakers niet meer kunnen veronderstellen dat zorg wel vanzelf wordt verschaft in de privérelaties. Met andere woorden: afwenteling van zorg is niet meer zo effectief, en dit besef begint langzamerhand ook in beleidskringen door te dringen. De gedachte dat het zorgbeleid en het emancipatiebeleid op elkaar moeten worden afgestemd wordt steeds vaker gehoord. Emancipatie wordt daarbij langzamerhand gezien als een onafkeerbaar proces.

POLITIEKE ARENA'S

Naast maatschappelijke ontwikkelingen zijn er ook ontwikkelingen binnen het beleid zelf die maken dat de relatie tussen mantelzorg en emancipatie op nieuwe manieren kon worden geformuleerd. Je zou wellicht kunnen zeggen dat het overheidsbeleid zich in de eigen staart heeft gebeten. Thuiszorg en mantelzorg zijn

weliswaar reeds lang bestaande verschijnselen, ze hebben echter zo sinds 1983 een duidelijk omschreven plaats gekregen in het overheidsbeleid. Dit heeft nieuwe politieke arena's gecreëerd. Diverse vrouwenorganisaties hebben sindsdien op handige wijze gebruik gemaakt van het nieuwe beleid om openingen te forceren om hun eigen behoeften op de politieke agenda te krijgen. Ik zal dit toelichten.

Voor 1983 was thuiszorg nog een deel van de eerstelijnszorg; sindsdien is het verzelfstandigd. Sterker nog: eerstelijnszorg en thuiszorg worden steeds meer samengevat onder het begrip thuiszorg. Dit nieuwe beleid stond in het licht van het streven van de overheid om de zorg zoveel mogelijk over te hevelen naar de directe leefwereld. Al was het bezuinigingsmotief duidelijk aanwezig, toch werd de nieuwe politiek veelvuldig gemotiveerd met het gegeven dat dit ten goede zou komen aan de mondigheid van de patiënt. Institutionalisering en medicalisering zouden zo kunnen worden tegengegaan. Kortom: de behoefte van de zorgontvanger werd opgevoerd als rechtvaardiging van deze nieuwe politiek.

De uitvinding van het begrip mantelzorg maakt van deze ontwikkeling deel uit. Het begrip is in 1981 geïntroduceerd door Hattinga Verschure. Hij verstaat onder mantelzorg: 'Alle zorg, die in kleine gemeenschappen door de deelnemers aan die gemeenschappen onderling aan elkaar wordt verstrekt.'

Mantelzorg is volgens hem primair gericht op de zorgbehoefte van anderen, gebeurt (impliciet of expliciet) op basis van wederkerigheid, en in de context van persoonlijke relaties. De zorgrelatie is dan slechts een aspect van die relatie, die een direct karakter heeft (zonder bemiddelende instantie dus). De zorg is volgens hem niet incidenteel, en respecteert bovendien de zelfstandigheid van de ander zoveel mogelijk. Tenslotte is mantelzorg naar zijn idee gebaseerd op traditionele ervaringsdeskundigheid.

Aan deze definitie vallen vanuit het gezichtspunt van vrouwenstudies een aantal zaken op.

Allereerst dat vrouwen niet genoemd worden als spil van dit type zorg, al kan iedere toehoorder of lezer weten dat zij degenen zijn, die deze zorg meestal verschaffen. Ten tweede valt op dat de definitie een aantal normatieve elementen bevat. Gericht zijn op de behoeften van anderen, respect voor zelfstandigheid en wederkerigheid staan voorop. Voor vrouwen gaat dit echter maar ten dele op. Uit hun ervaringsverhalen komt juist naar voren dat zij zich wel richten op de behoeften van anderen, maar dat wederkerigheid en respect voor zelfstandigheid voor hen zelf juist vaak niet opgaat. Vrouwen zijn dus niet expliciet genoemd in deze omschrijving, en de normatieve kaders zien er vanuit vrouwen gezien vertekend uit.

ONBETAALDE ARBEID

Juist dit gegeven is door vrouwenorganisaties in de afgelopen jaren aangegrepen om hun eigen verhaal over het publieke voetlicht te krijgen. Op het moment dat mantelzorg door de overheid werd bevorderd, stonden ook de grondslagen en de doelstellingen van het emancipatiebeleid ter discussie. De herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid was hierbij een prominent nieuw punt. Bij de politieke discussies over mantelzorg hebben vrouwenorganisaties aangeknoopt bij een interpretatiekader, waarin zorg primair als arbeid wordt gezien. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de *Verklaring over de Rechten van de Mantelzorgster* van de Nederlandse Vrouwen Raad uit 1991. Deze begint met de zinsnede:

'Mantelzorg is onbetaalde verzorging die iemand aan een hulpbehoevende geeft uit diens directe omgeving.'

En iets verderop wordt gesteld:

'Veel van die mantelzorg komt terecht op de onbetaalde schouders van vrouwen. De vrijwillige keuze om iemand tijdelijk te helpen wordt op den duur een verplichting. De grenzen van hun zorgvermogen zijn bereikt. Veel vrouwen ervaren deze zorg als een zware verantwoordelijkheid: de zorg is lichamelijk, geestelijk en financieel belastend. De zorg wordt vanzelfsprekend gevonden en krijgt weinig waardering. Die zorg gebeurt vaak ook in eenzaamheid en mantelzorgsters hebben geen rechten.'

Dat mantelzorg vooral wordt opgevoerd in de gedaante van onbetaalde arbeid is ook te zien in de eisen die door de Nederlandse Vrouwenraad worden gesteld als rechten van mantelzorgsters. Waardering van het werk, verzorgingsverlof, onkostenvergoeding, vrije tijd, vervanging en materiële ondersteuning staan

Mantelzorgsters hebben recht op:

- 1 **Waardering en erkenning van hun werk**
- 2 **Verzorgingsverlof**
Als de verzorgster een betaalde baan heeft.
- 3 **Onkostenvergoeding**
Een reiskostenvergoeding (werkelijke kosten), verzekering en tegemoetkoming in andere kosten.
- 4 **Woningaanpassing**
Een financiële tegemoetkoming als zij iemand thuis verzorgen.
- 5 **Hulpmiddelen en praktische hulp thuis**
- 6 **Overzicht van zorginstellingen in de buurt**
Er dient een gemeentelijk loket te komen, waar informatie verkregen kan worden over regelingen en voorzieningen in hun gemeente.
- 7 **Vrije tijd**
Op het moment dat mantelzorgsters langer dan 5 uur per dag zorg verlenen, hebben zij recht op professionele ondersteuning. Daar moet gelegenheid voor zijn. Ze hebben recht op eigen vrije tijd, ook in het weekend.
- 8 **Vervanging**
Mantelzorgsters hebben recht op vervanging, wanneer zij 'vrij' hebben, in de vorm van een logeerhuis of dagopvang voor degenen die zij verzorgen.
- 9 **Kinderopvang**
- 10 **Ondersteuning / begeleiding**
Er moeten steunpunten in de buurt komen voor mantelzorgsters: voor een luisterend oor en praktische tips. Mensen uit de eerstelijnszorgvoorzieningen moeten oog krijgen voor de mantelzorgsters en hun specifieke situatie.

voorop. Het zijn eisen die het arbeidskarakter van mantelzorg onderstrepen, en die leiden tot een vakbondsmodel van politieke belangenbehartiging. Politieke eisen zijn dan gericht op wat als de (vooral economische) belangen van een specifieke groep vrouwen wordt gedefinieerd, eerder dan op een visie op wat er aan de organisatie van de zorg zou moeten veranderen.

Organisatie van de informele zorg in een bredere context verschijnt dan al gauw in een negatief daglicht. Het wordt beoordeeld als integratie van de zorg van vrouwen in institutionele arrangementen, en dus tot een verankering van hun traditionele zorgtaken. Hier zien we een politieke conceptie die zorg en emancipatie als twee tegenovergestelde grootheden opvat. Zorg wordt dan primair gezien als opoffering en als aandacht voor anderen, en daarmee als belemmering voor zelfstandigheid. Marjoke Westen heeft deze conceptie als volgt getypeerd:

'Verzorgend werk is en wordt hoofdzakelijk bekeken als werk (betaald en onbetaald) dat vrouwen op hun plek houdt en ze weerhoudt van economische zelfstandigheid, uitzicht op een behoorlijke positie in de maatschappij en op het maken van eigen keuzes. De visie dat vrouwen de zorg aan anderen de rug toe moeten keren om voor zichzelf te gaan zorgen, om te kunnen emanciperen, om een behoorlijke positie in de maatschappij te verwerven, is een visie die zich nog steeds doet gelden, evenals de visie dat een "beetje" geëmancipeerde vrouw niet voor een verzorgend beroep zal kiezen." De zinsnede van de Nederlandse Vrouwen Raad dat mantelzorg onbetaalde arbeid is, bevat de impliciete vooronderstelling dat betaling en andere economisch gerichte eisen de onrechtvaardigheden rond vrouwen en (mantel)zorg kunnen oplossen. Economisering van zorg zou kunnen leiden tot autonomie voor vrouwen, hetgeen aansluit bij de centrale doelstelling van het emancipatiebeleid.

NIEUWE DEFINITIE VAN ZORG

Vrouwenorganisaties hebben dus in hun activiteiten de nadruk gelegd op een definitie van zorg als onbetaalde arbeid. Zorg wordt dan gezien als belemmering voor emancipatie. Dit heeft er weliswaar toe geleid dat in beleidskringen langzamerhand wordt erkend dat er grenzen zijn aan de belastingsgraad van de mantelzorg. De nadruk op economische en materiële belangen maakt echter dat de behoeften van vrouwelijke mantelzorgsters in sociaal-emotioneel opzicht, en daarmee hun behoeften aan ondersteuning, moeilijker aan de orde te stellen zijn vanuit een emancipatieperspectief. Ook is het moeilijk om binnen deze benadering een meer positieve toekomstvisie op de organisatie en de kwaliteit van de zorg, voor en door vrouwen, te verwoorden.'

In de afgelopen twee jaar is er echter ook een andere conceptie van zorg aan het ontstaan, in

de vrouwenbeweging en binnen vrouwenstudies. Deze biedt meer openingen om tot positieve voorstellen te komen voor de ondersteuning van mantelzorg. Zorg wordt daarin gezien als een activiteit en een houding die gericht is op de interpretatie en bevrediging van behoeften. Het gaat dan zowel om eigen behoeften, als die van nabije anderen en vreemden. Het voordeel van deze definitie is dat hij redelijk neutraal is. De definitie van zorg als arbeid is nauw verweven met het idee dat zorg vrijwel identiek is aan zelfopoffering als typisch 'vrouwelijke' eigenschap. De nieuwere definitie is niet direct verbonden aan opvattingen over vrouwelijkheid. Hij maakt het wel mogelijk om sekseverschillen in de verhouding tot zorg te onderzoeken, zowel op het niveau van handelingen en belevingen als op dat van culturele symbolen en stereotiepe beeldvorming.

Als we deze omschrijving aanhouden is emancipatie niet meer tegengesteld aan zorg. Integendeel: ieder streven naar emancipatie zal een visie op zorg dienen te bevatten. Mantelzorg is dan niet per definitie slecht of inperkend voor vrouwen. Wel zouden er normatieve criteria ontwikkeld moeten worden om deze kwestie van geval tot geval te beoordelen.

In de Angelsaksische vrouwenstudiesliteratuur is een begin gemaakt met een verfijning in de begripsvorming rond zorg. De discussie hierover is ingezet met het onderscheid tussen 'caring about' en 'caring for'. Het eerste, 'zorgen om', staat voor het gevoel van verantwoordelijkheid, de motivatie en de psychologische dimensies van zorg. 'Zorgen voor' staat voor de concrete activiteit, de dimensie van arbeid.'

Dit onderscheid is verder ontwikkeld door Berenice Fisher en Joan Tronto.' Zij omschrijven zorg als 'alles dat we doen om onze wereld in stand te houden, voort te zetten en te corrigeren, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven'. Zorg is in hun optiek een sociaal proces, met vier van elkaar te onderscheiden fasen. Zij onderscheiden 'zorgen om', 'zorgen voor', 'verzorgen' en 'zorg ontvangen'.

'Zorgen om' slaat op het aandacht schenken aan de factoren die het overleven en het welzijn bepalen. Het is een activiteit, die nauw verbonden is met kennis, selectie en keuzen, en dus met het interpreteren van behoeften. 'Zorgen voor' omvat het nemen van verantwoordelijkheid voor het in gang zetten en in stand houden van verzorgende activiteiten. Het vereist een langduriger inzet en gedetailleerdere kennis van specifieke situaties dan zorgen om. De belangrijkste vaardigheden zijn hier inlevingsvermogen en oordeelsvermogen: zien wat er in een specifieke situatie nodig is, en welke middelen daartoe kunnen worden aangewend.

'Verzorgen' is het concrete werk dat nodig is om de wereld in stand te houden en te corrigeren. Het vereist een veel continuere toewijding dan zorgen voor. Vrouwen moeten vaak zorg



Scène uit, 'Vergeten' een film over dementie, van TV Dits BV
Foto: Leo Erken

verlenen in situaties waarin tijd en middelen schaars zijn, en waarin zij anderen moeten verzorgen zonder de context te kunnen beïnvloeden. Toch hebben zij de meest directe interacties en confrontaties met de ontvangers van zorg. 'Zorg ontvangen' slaat op de reacties van degenen op wie de zorg gericht is. Vrouwen hebben als verzorgsters de meest directe confrontaties met de ontvangers van zorg. Emotionele interacties vormen een belangrijke dimensie van verzorgen en zorg ontvangen: deze bepalen bijvoorbeeld de sfeer waarin lichamelijke zorg wordt verleend. Het gaat dan niet alleen om de positieve kanten als liefde, dankbaarheid of groei: ook scherpe emotionele en morele conflicten en pijn worden in de

directe zorgrelatie beleefd. Het onderscheid in de verschillende aspecten of dimensies van zorg maakt het mogelijk om meer systematisch een aantal onrechtvaardigheden met betrekking tot sekse en zorg te onderscheiden. Te vaak nog wordt ervan uitgegaan dat vrouwen hun verzorgende werk 'vanzelf doen, in het verlengde van de 'vrouwelijke' eigenschappen, die zij in hun socialisatie hebben meegekregen. Het idee dat zorg vooral een kwestie van de juiste inleving en emotionele houding is bevestigd het gegeven dat vrouwen vooral aanwezig zijn op het niveau van het verzorgen. Zij zijn ondervetegenwoordigd op het niveau van het 'zorgen om', wat vaak plaatsvindt in maatschappelijke instituties. Twee kwesties

dreigen zodoende steeds weer naar de achtergrond te verschuiven.

Ten eerste dat vrouwen vaak een specifieke deskundigheid, of een specifieke ethiek hebben ten aanzien van hun zorgverlening. "Zorg kent zijn eigen rationaliteit, en vormen van ethiek, die niet zonder meer onder te brengen zijn in de economische of technologische rationaliteit, van een grote arbeidsorganisatie." Het tweede punt dat naar de achtergrond verschuift is aandacht voor de eigen behoeften van vrouwen. Omdat vrouwen steeds voornamelijk als verschaffers van zorg worden gezien, worden hun eigen behoeften aan zorg ondergesneeuwd. u

ONRECHTVAARDIGHEDEN

Tegen deze achtergrond zijn er een aantal voorbeelden rond mantelzorg waarin naar mijn idee onrechtvaardigheden voor vrouwen naar voren komen:

Allereerst is dat het geval wanneer er in de discussies over mantelzorg expliciet, of vooral impliciet, een beroep wordt gedaan op het verantwoordelijkheidsgevoel van vrouwen. Het gevoel van verantwoordelijkheid voor het lot van nabije anderen slaat immers maar al te gemakkelijk om in een morele verplichting voor vrouwen om zorg te verschaffen. Juist omdat dit zo'n sluipend proces is, zou het beleid rond mantelzorg erop gericht moeten zijn dat vrouwen die zorg ook echt op vrijwillige basis aangaan. Dat betekent dat de nadruk moet liggen op de beschikbaarheid van alternatieven in de sfeer van de professionele zorg, en op wederzijdse aanvulling en ondersteuning van verschillende vormen van zorg. Dit geldt voor vrouwen extra zwaar, omdat de mantelzorg voor hen zo vanzelfsprekend in het verlengde ligt van gangbare activiteiten en identiteiten. Dit in tegenstelling tot mannen, voor wie het verschaffen van mantelzorg vaak een nieuwe activiteit in hun leven is.

Daarnaast zijn er echter legio situaties, waarin normen van vrijwilligheid en wederkerigheid maar zeer ten dele van toepassing zijn. Met name in die situaties waar het gaat om zorg voor dementerende familieleden. Als de vraag aan de orde is of dochters en zoons die zorg verschaffen is de vraag van de vrijwilligheid misschien nog enigszins van toepassing. In dat geval kunnen er immers ook andere oplossingen worden gezocht. In het geval van zorg voor een echtgenoot met verschijnselen van Alzheimer gaat het eerder om situaties waarin het verschaffen van de zorg 'vanzelfsprekend' is. Dan zou dus eerder de vraag centraal moeten staan hoe aan de behoeften van de centrale verzorger tegemoet gekomen kan worden.

Die behoeften en belangen liggen veelal niet primair in het economische vlak. Daarom schiet het arbeidsconcept van zorg ook tekort. De 'onrechtvaardigheid' van zorg is dan veel eerder te zoeken in de sociaal-emotionele lading ervan. Uit Amerikaans onderzoek bleek dat, ook als mannen en vrouwen gelijkelijk

zorgende activiteiten op zich nemen, er toch belangrijke verschillen te zijn in hun houding en in hun handelingsstrategieën." In zekere zin lijkt de subjectieve belasting voor vrouwen zwaarder te zijn. Zij zien problemen eerder in termen van een veranderende relatie met hun man, terwijl mannen eerder praten in termen van medische symptomen. Ook zijn de vrouwen uit het onderzoek bang hun man te kwetsen in zijn gezagspositie. Zij kunnen moeilijk tegen agressieve uitlatingen en handelingen, zoals schreeuwen. De mannen concentreerden zich meer op zorg als een serie afgebakende taken of handelingen. Zij zochten eerder naar individuele sociale activiteiten, zonder hun vrouw, om het leven dragelijk te houden.

SCHULDGEVOEL

Deze gegevens zouden erop kunnen duiden dat vrouwen de problemen met het zorgen voor hun dementerende echtgenoot eerder als een relatieprobleem zien, en daarmee ook als een probleem van zichzelf. Schuldgevoel speelt dan eerder een rol. Dit correspondeert met het beeld dat uit onderzoek naar voren komt, dat vrouwen in de mantelzorg vooral moeite hebben met de psychische belasting. Die psychische belasting is extra zwaar als het om persoonlijke verhoudingen gaat die reeds allerlei wisselvalligheden en wendingen in de levensloop hebben doorstaan of in relaties die gestempeld zijn door machtsongelijkheid of (vroeger) geweld. Vaak gaat het om traditioneel opgebouwde huwelijken, waarin er toch al een onevenwichtigheid in de uiting en bevrediging van behoeften is geweest.

Vrouwen hebben in dergelijke situaties vooral belang bij ondersteuningsvormen, die hen in staat stellen hun eigen behoeften naar voren te halen, zonder dat zij dat ervaren als een aanslag op de zorgbehoeften van hun partner. Bijvoorbeeld: herkenning, het stellen van grenzen, het vragen van professionele steun of steun van de familie, het vrijaf krijgen, het mogen klagen, het verwerken van eerder leed uit de relatie."

Deze kwestie van de emotionele en psychische belasting speelt natuurlijk niet alleen in zorgrelaties tussen echtgenoten. Ook waar moeders verzorgd worden door hun dochters is het meest bekende probleem de 'rolwisseling' tussen moeders en dochters. Voor dochters is het vaak confronterend om opnieuw een intieme relatie met hun moeder aan te gaan, maar dan nu een waarin de moeder afhankelijk is, zowel in emotioneel opzicht, als voor haar lichamelijke verzorging. Ook hier kunnen emotionele grensproblemen te overhand hebben. Dat hoeft echter niet uitsluitend als een last gezien te worden. Vaak ervaren vrouwen, en mannen ook, het als een verrijking om de relatie met hun ouders op een nieuwe manier te kunnen beleven.

Mijn conclusie luidt dan ook dat organisatie van de mantelzorg niet strijdig hoeft te zijn

met het streven naar emancipatie. Als mantelzorg en professionele thuiszorg beter op elkaar worden afgestemd, en er wordt gestreefd naar materiële en immateriële ondersteuning van mensen die zorg willen verschaffen aan hun nabije anderen, kan dit ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg en aan de behoeften en belangen van de zorgverleners. De organisatie van de betaalde arbeid zou hier beter op moeten worden afgestemd, zodat het denken in termen van of-óf wordt tegengegaan. Strijdigheid met emancipatie treedt pas op als het verlenen van mantelzorg impliciet of expliciet verplicht wordt, of als ervan wordt uitgegaan dat het verlenen van zorg door vrouwen vanzelfsprekend is.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft een aantal aanbevelingen gedaan tot ondersteuning van de mantelzorg, die in deze richting gaan." De raad onderscheidt drie vormen van ondersteuning. Ten eerste: vervanging van een deel of het geheel van de mantelzorg door andere zorg, bijvoorbeeld via uitbreiding van de professionele zorg en georganiseerd vrijwilligerswerk, via dagbehandeling, gastgezinnen, eetvoorzieningen en dergelijke. Ten tweede: immateriële ondersteuning, bijvoorbeeld via gespreksgroepen en deskundigheidsbevordering en door het streven naar een grotere inzet van mannen in de zorgverlening. Ten derde: materiële ondersteuning, bijvoorbeeld via woningaanpassing en apparatuur, maar ook via arbeidsgerichte maatregelen als het instellen van verzorgingsverlof, vergoedingen en verzekeringen.

Noten

1. Dit artikel is een bewerking van een voordracht voor de PAOS-cursus 'Het versterken van de thuiszorg voor psycho-geriatrie patiënten', verzorgd door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Universiteit Utrecht, 20 mei 1992.
2. Zie hiervoor verder: Claar Parlevliet en Selma Sevenhuijsen, 'Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat over 'Keuzen in de zorg''. Utrecht: Werkgroep Vrouwenstudies Sociale Wetenschappen/Metis, 1993.
3. Zie o.m.: Clare Ungerson *Policy is Personal. Sex, Gender and Informal Care*. London: Tavistock, 1987.
4. Bijvoorbeeld de Nederlandse Vrouwen Raad, het Comité Vrouwen Blijven Eisen, de Vrouwenbond FNV en de Emancipatieraad.
5. J.C.M. Hattinga Verschure, *Het verschijnsel zorg. Inleiding in de zorgkunde*. Lochem: De Tijdstroom, 1981.
6. Marjoke Westen 'Een grensgebied van groei en overleving', in: *De Slangengodin. Tijdschrift voor Vrouwen-hulpverlening* nr. 29, juni 1991.
7. Zie over de gebrekkige thematisering van zorg in het emancipatiebeleid verder: Marei Zwiakels, 'Zorgen als ballast', in: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 11, 3, 1990, pp. 247-260.
8. Hilary Graham, 'Caring a Labour of Love'. In: Janet Finch and Dulcie Groves (eds), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, 1983. London: Routledge and Kegan Paul, pp. 13-30.
9. Berenice Fisher and Joan Tronto, 'Towards a Feminist Theory of Caring'. In: Emily K. Abel

and Margaret K. Nelson (ed), *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*, 1990. New York: State University of New York Press, pp. 35-62.

10. Zie: Ine Gremmen, 'Gender, Power and Home Health Care'. In: Selma Sevenhuijsen (ed), *Gender, Care and Justice in Feminist Political Theory*, 1991. Utrecht: Anna Maria van Schuurman Centrum, pp. 56-72; en: Ine Gremmen, 'Responsibility as Situated Ethic'. In: Kathy Davis (ed), *Feminist Discourse and the Rhetoric of Responsibility*, 1992. Utrecht: Anna Maria van Schuurman Centrum, pp. 53-62.
11. Het begrip 'zorgrationaliteit' is geïntroduceerd door: Kari Waemess, 'The Rationality of Caring'. In: Anne Showstack Sassoon (ed), *Women and the State*, 1987. London: Hutchinson, pp. 207-234. Het begrip 'zorgethiek' staat ter discussie in het debat naar aanleiding van het werk van de Amerikaanse psychologe Carol Gilligan. Zie voor een uitgebreide literaturopgave: Sandra Krol and Selma Sevenhuijsen, *Ethics and Morality in Feminism*, 1992. Utrecht: Anna Maria van Schuurman Centrum/Werkgroep Vrouwenstudies Sociale Wetenschappen.
12. Een saillant voorbeeld hiervan is het rapport *Kiezen en delen van de commissie-Dunning*. Vrouwen worden hier vooral als partij in het debat gezien, omdat zij een rol vervullen bij de zorgconsumptie van anderen.
13. Baila Miller, 'Gender Differences in Spouse Management of the Caregiver Role'. In: Emily A. Abel and Margaret K. Nelson (ed), *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*, 1990. New York: State University of New York Press, pp. 92-104.
14. Zie: Myrra Vemooy-Dassen 'Ondersteuning van de ondersteuners', in: *Denkbeeld. Tijdschrift voor Psychogeriatric* sept. 1991, pp. 24-26.
15. Zie: Leid Zickardt 'Lastige dochters van demente moeders. Het belang van veelzijdige partijtijdigheid', in: *Denkbeeld. Tijdschrift voor Psychogeriatric*, sept. 1991, pp. 20-23.
16. Advies Ondersteuning Mantelzorg. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990.

Selma Sevenhuijsen is hoogleraar *Vergelijken-de Vrouwenstudies aan de Sociale Faculteit van de Universiteit Utrecht, en geeft leiding aan het onderzoekprogramma 'Seks, moraal en zorg'*.

Uit de kast

HANS ACHTERHUIS NA TIEN JAAR NOG EENS GELEZEN

Waarom ik begin 1980 het net verschenen *De markt van welzijn en geluk* van Hans Achterhuis heb aangeschaft, weet ik niet meer precies. Ik vermoed dat het me als Illich-geïnteresseerde (in een ideologisch tijdperk zou ik Illich-aanhanger hebben geschreven) de moeite waard leek hoe het Illich-denken, dat ik toen vooral kende in zijn toepassing op de gezondheidszorg, uit zou pakken als het om het welzijnswerk ging.

Zoals bekend heeft het boek veel reacties opgeroepen. *Good old* Constandse vond het in *De Nieuwe Linie* een onmisbaar boek voor agogen, waarin volgens hem Achterhuis 'met grote kennis en veel begrip' het probleem van de professionalisering van het welzijnswerk behandelt. Een even welwillende reactie stond in *NRC Handelsblad*, van recensent Pieter Vroon, tegenwoordig beter bekend als prof.dr. Piet Vroon. Hij constateerde dat Achterhuis zijn hoop vestigt op een soort vrijwillige brandweer die de functie van de beroepskrachten in het welzijnswerk met succes zou kunnen en moeten overnemen. Hij voorspelde, direct bij publikatie van het boek, dat als Nederland nog niet is uitgeblust, de beroepsbrandweer massaal over deze volgens Vroon hoogst provocerende tekst heen zal vallen.

Dat is ook gebeurd. Hans Stevense bijvoorbeeld noemde in *Buut*, het tijdschrift van Gamma, de toenmalige koepel voor het sociaal-cultureel werk, Achterhuis een boulevardfilosoof die niet gehinderd door kennis van de praktijk tegen het welzijnswerk aanramt. Een andere criticus was Siep Stuurman, die in het tijdschrift *Marge* Achterhuis verweet geen rekening te hebben gehouden met de crisis, waardoor zijn kritische analyse van het welzijnswerk een vrijbrief was voor bezuinigingen.

In de discussies die ik met anderen over dit boek voerde, ging het vooral over de vrees voor bezuinigingen en de angst dat door Achterhuis de werkgelagenheid in het welzijnswerk zwaar onder druk zou komen. Dat zou een slechte zaak zijn, ook al zou Achterhuis honderd procent gelijk hebben.

Opmerkelijk - en jammer - was dat de discussie over 'Achterhuis' (de naam stond niet meer alleen voor de man, maar ook voor zijn denken) vooral ging over 'het in de kaart spelen van rechts' en relatief weinig over de inhoud. Was de centrale stelling van Achterhuis - het zich steeds uitbreidende welzijnswerk levert weinig constateerbare positieve effecten op en veroorzaakt soms het tegendeel van wat wordt beoogd; welzijn veroorzaakt daardoor onwel-

zijn - wel algemeen toepasbaar op het welzijnswerk? Is zij niet veel te grof? Zijn de twee door Achterhuis geschetste alternatieve praktijken (gezondheidswinkel en Blijf van m'n Lijf) wel *to the Joint*? Zijn het wel alternatieven of zijn het alternatief lijkende maar in feite nog niet uitgerijpte welzijnspraktijken? Vragen die veel beter uitgediscussieerd hadden moeten worden. Achteraf is het jammer dat toen zakelijke en emotionele kritiek zo door elkaar heen liepen en dat de emotionele kritiek de boventoon voerde. Blijkbaar was het de tijd niet voor rustige discussie, stond het welzijnswerk maatschappelijk en politiek te veel onder druk om kritisch-inhoudelijk naar zichzelf te kijken. Dat Achterhuis met *De markt van welzijn en geluk* tot een scherpe analyse kwam van een aantal problemen van het welzijnswerk, staat voor mij vast. En het welzijnswerk had daar profijt van moeten trekken, zichzelf moeten stutten en versterken waar dat nodig was, zonder het vertrouwen in zichzelf en het geloof in zijn maatschappelijk nut te verliezen. Kortom, het welzijnswerk reageerde te defensief en had te weinig in de gaten dat een analyse, zoals die van Achterhuis, in iedere maatschappelijke sector kan plaatsvinden en net zulke vernietigende conclusies kan opleveren.

ZIELIG

Ik weet nog goed dat ik het na lezing van het boek zielig vond dat het welzijnswerk zo hard werd aangepakt, terwijl kritiek op de gezondheidszorg naar mijn mening harder nodig was. Mijn belangrijkste kritiek op het boek was dan ook dat de verkeerde sector onder de loep werd genomen. Het leek me belangrijker dat de gezondheidszorg op Illichiaanse wijze werd geanalyseerd en bekritiseerd dan het welzijnswerk. Verkeerd gebruik van de gezondheidszorg kan zelfs mensenlevens kosten, terwijl het welzijnswerk het misschien minder goed doet dan het pretendeert, maar toch ook maar weinig kwaad kan aanrichten.

Een paar jaar later werd Achterhuis in een interview in *De Groene* (van 27-10-1982) gevraagd waarom hij de welzijnssector koos als studieobject en niet de gezondheidszorg. Zijn - voor mij erg onbevredigende - antwoord was het volgende. 'In verhouding tot bijvoorbeeld de gezondheidszorg is het welzijnswerk eigenlijk een vrij open sector waarin de machtsverhoudingen en professionele strategieën goed aanschouwelijk zijn te maken (...) De gezondheidszorg is een veel hechter en ondoordring-

baarder bolwerk waar de machtsverhoudingen veel sterker zijn uitgekristalliseerd. Alles ligt daar veel vaster en wordt door de mensen ook meer als vanzelfsprekend geaccepteerd. Als je bijvoorbeeld kijkt naar de bemoeienis van welzijnswerk en gezondheidszorg met arbeidsongeschiktheid, dan zie je dat het medisch afschatten van WAO'ers nauwelijks voor kritiek toegankelijk is, terwijl wat er vervolgens in de hulpverlening met de WAO'ers gebeurt veel meer ter discussie staat, of althans kan staan.' Wat Achterhuis in dit interviewfragment eigenlijk zegt is dat het gemakkelijker is om het welzijnswerk te analyseren en daarin tot interventies te komen dan dat het geval is bij de gezondheidszorg. Dat is zo'n machtsblok, daar kun je niet meer aan komen. Een uitspraak die hopelijk veel wenkbrauwen doet fronsen.

Een les die achteraf getrokken kan worden, en daarvoor werd ik geïnspireerd door de recent verschenen NIZW-studie van Sjaak Koenis over de identiteit van sociale werkers, is dat het welzijnswerk in de jaren zeventig zich meer om zijn maatschappelijke legitimatie had moeten bekommeren. Door zich in die tijd zo sterk te politiseren en het belang van professionele deskundigheid zo openlijk te verwaarlozen, kon het welzijnswerk zich steeds moeilijker maatschappelijk legitimeren. En op het moment dat Achterhuis met zijn kritiek kwam, moest men door de steeds meer afnemende maatschappelijke legitimering in het defensief. De sector was toen niet meer in staat tot een puur inhoudelijke verwerking van de analyse.

Ik ben ervan overtuigd dat het voor iedere maatschappelijke sector die vitaal wil blijven, noodzakelijk is dat dergelijke Achterhuis-analyses gemaakt worden. En dat sectoren als welzijnswerk en gezondheidszorg in staat zijn om op een volwassen en inhoudelijke manier dit type kritiek te verwerken. Laten we hopen dat het intellectuele klimaat in Nederland weer zo gaat worden dat allerlei 'Hans Achterhuisjes' dit soort kritisch en tegendraads onderzoek weer gaan oppakken.

Gerard Goudriaan
Medewerker van het Nederlands
Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Hans Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk. Een kritiek van de andragogie*, Basisboeken/Ambo/Baarn z.j.

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

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

PUBLIKATIES

De STING (de beroepsvereniging van werknemers (v/m) in de gezinsverzorging en thuiszorg) heeft met de vakgroep Vrouwenstudies en de Wetenschapswinkel van de Rijksuniversiteit Leiden het initiatief genomen tot een onderzoek naar professionalisering van het werk in de gezinsverzorging. Het boekje *Huishoudelijke zorg: werken met hand, hoofd en hart. Een visie op het uitvoerende werk in de gezinsverzorging* is het resultaat van de eerste fase van dit onderzoek. De publicatie is bedoeld voor iedereen die wil nadenken en discussiëren over professionalisering van huishoudelijke zorg.

Huishoudelijke zorg: werken met hand, hoofd en hart. Een visie op het uitvoerende werk in de gezinsverzorging is geschreven door Marij Vulto en Marjolein Morée en verkrijgbaar bij de STING, tel. 030-713912.

Vanaf januari 1990 is er een WVC-programma 'Zorgvernieuwingsprojecten thuiszorg'. Dit richt zich op de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen in de thuiszorg. De onderzoeksgroep zorgvernieuwing van de vakgroep beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg doet hiervan het evaluatieonderzoek. Onlangs is de tweede voortgangsrapportage van het onderzoek verschenen. Er wordt onder meer een beeld geschetst van de concrete veranderingen in het zorgaanbod en van factoren die van invloed zijn op de veranderingen.

De rapportage 'Laten leven om te overleven' (ISBN 90 73892-04-X) is te bestellen bij de vakgroep beleidswetenschap, tel. 043-881560.

Bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn NIZW zijn twee publicaties verschenen van het project coördinatie van zorg bij complexe hulpvragen. Dit zijn de *Wegwijzer* en de *Wegwijzer Plus*. Tezamen vormen ze een handleiding voor de medewerkers en het management van instellingen in de thuiszorg om

coördinatie van zorg in de praktijk te brengen. Ze zijn gemaakt op basis van concrete ervaringen. De *Wegwijzer* is vooral voor de uitvoerende werkers bestemd, de *Wegwijzer Plus* voor het management.

De *Wegwijzer* (bestelnummer E 2014) kost f24,-, de *Wegwijzer Plus* (bestelnummer E 2015) kost f48,- (inclusief de *Wegwijzer*). Te bestellen bij het NIZW, tel. 030-306607.

Gemiddeld besteedt de farmaceutische industrie 15 tot 20 procent van haar omzet aan reclame; twee tot drie keer zoveel als ze uitgeeft aan onderzoek. Wemos schreef een brochure over marketing van geneesmiddelen. Het boekje, getiteld *Reclame op recept. Een kritische kijk op geneesmiddelenreclame in Noord en Zuid*, belicht de achtergrond van de problemen die wereldwijd ontstaan door ongecontroleerde reclame voor geneesmiddelen.

'Reclame op recept' kost f 12,50 (+ f2,70 porto) en is te bestellen door dit bedrag over te maken op giro 4265727 t.n.v. Wemos.

ORGANISATIES

Medical Lobby for Appropriate Marketing (~aLAM) spreekt bedrijven aan die geneesmiddelen op een onethische manier aanpakken. De leden van het MaLAM-netwerk ontvangen per maand een modelbrief gericht aan een bedrijf. De brief gaat in op een geval van onethische marketing van een geneesmiddel en vraagt om opheldering. Druk van gezondheidswerkers blijkt een vrij effectieve manier om bedrijven aan te moedigen om hun productaanbod en promotiemateriaal te verbeteren. Er zijn al producten van de markt gehaald en advertenties veranderd. MaLAM kaartte bijvoorbeeld aan dat de firma Roussel in de Filippijnen glafenine aanbood als 'veilig en werkzaam', terwijl in Europa al lang duidelijk was geworden dat er ernstige bijwerkingen waren. Enige tijd later nam het bedrijf het middel wereldwijd van de markt.

Door lid te worden kunt u het werk van het netwerk actief ondersteunen. MaLAM-NL; p/a postbus 40066,1009 BB Amsterdam, tel. 020- 6653115.

Verzorgers van zieke of gehandicapte partners, gezinsleden, familieleden en kennissen hebben zich verenigd in de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers. De LOT wil dat politici, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich meer gelegen laten liggen aan de centrale verzorgers

in de thuiszorg. Door meer hulp van buiten (vrijwilligers, beroepskrachten, dagopvang, op-pashulp) zodat de verzorger met een gerust hart even weg of op vakantie kan gaan; door financiële compensatie en tegemoetkomingen zoals aftrekposten, zorgverlofregelingen en uitkeringen; door een toename van mannelijke thuisverzorgers en door een betere lokale informatievoorziening en emotionele ondersteuning.

LOT p/a NCV, 3500 GW Utrecht, 030-319844.

Independent Living Nederland (ILN) voert processen voor gelijke rechten voor mensen met een handicap. Degenen die vinden dat zij worden geschaad in hun recht op zelfstandig leven omdat zij niet de assistentie krijgen die zij nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen, werken of zich te verplaatsen, kunnen juridische hulp inroepen. Juristen van Stichting de Ombudsman werken daartoe samen met ILN.

ILN is door mensen met een handicap zelf opgericht. Zij organiseert trainingen in persoonlijke weerbaarheid (peer counseling), voert juridische acties, bepleit een cliëntgebonden budget en geeft het blad *The Independent* uit. ILN, *Wolvepad 29,5351 CV Berghem*.

U ~IJEENKOMSTEN N

U '91, de vakorganisatie voor verzorging en verpleging, organiseert op 16 april 1993 in Amsterdam het congres 'Eigen koers = Positieve actie'. Dit congres dient ter afsluiting van het project 'positieve actie' van NU '91. *Kosten voor deelname aan dit congres: f75,- voor NU '91-leden en f120,- voor niet-leden. Opgeven via Annet de Wit van NU '91, 030-964144.*

'Leven tot aan de dood', zo luidt de titel van een symposium dat de landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ) op 22 en 23 april houdt in Zwolle. De VTZ wil met dit symposium meer bekendheid geven aan de ondersteuning die vrijwilligersorganisaties geven aan mensen in hun laatste levensfase. De eerste dag is bestemd voor potentiële vrijwilligers en voor hen die in de toekomst terminale zorg nodig hebben. Het programma van de tweede dag richt zich op professionele hulpverleners met wie vrijwilligers samenwerken.

Organisatie en inlichtingen: Miriam lans van stichting VTZ, tel. 03405-96266.

In maart en april organiseren HBO-raad, VOVB, De Balie en Bureau Van de Ven een werkprogramma over

KEUZEN IN DE ZORG BINNEN HET VERPLEEGKUNDIGE BEROEP

Het werkprogramma is allereerst bedoeld voor docenten en studiebegeleiders bij verpleegkundige beroepen van hogere beroepsopleidingen, van inservice opleidingen en van incompany opleidingen. Het werkprogramma legt een koppeling tussen keuzen in de praktijk en keuzen in het beleid en de politiek. Docenten krijgen instrumenten over inhoud en didactiek aangereikt, zodat zij een lesprogramma kunnen uitvoeren.

De cursus bestaat uit drie bijeenkomsten:

Eerste bijeenkomst : inleiding, lezingen en interviews

Tweede bijeenkomst : proefles en nabespreking

Derde bijeenkomst : theatervoorstelling

Het werkprogramma wordt op vier plaatsen gegeven.

Plaats, tijd en datum van de eerste twee bijeenkomsten:

Amsterdam	dinsdag	9 maart	en	dinsdag	20 april
Rotterdam	donderdag	11 maart	en	donderdag	22 april
Deventer	dinsdag	16 maart	en	dinsdag	27 april
Eindhoven	donderdag	18 maart	en	donderdag	29 april

Alle bijeenkomsten vinden 's middags plaats.

De theatervoorstelling is op verschillende plaatsen en tijden in ons land te zien.

Aanmelding en informatie:

Voor aanmeldingen en informatie kunt u contact opnemen met
organisatiebureau Van de Ven,
Singel 58, 1015 AB Amsterdam
Tel.: 020 - 6246376