

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 12
NR. 2 / MAART 1994



**Verkiezingen
1994**

Waar zijn de klokkeluiders binnen de gezondheidszorg

Engelse professoren over gezondheidsverschillen in Nederland

De "Wet Verwaarlozing Gehandicapten"

Index TGP jaargang 1993

**in Beter
leven
voor kanker-
patiënten.**

Help mee aan verbetering van de behandeling
van kankerpatiënten. Blij[geven, alstublieft.



N E D E R L A N D S E
K A N K E R B E S T R I J D I N G

KONINGIN

WILHELMINA

FONDS

**DE KANKERBESTRIJDING
DOET MEER. BLIJF GEVEN!**

BANKREK.: 70.70.70.007, POSTBANK 26000.

TJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID
&
POLITIEK

JAARGANG 12
NR. 2 - MAART 1994

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.Y.,
Wilhelminasingel 163
Postbus 249, 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Redactie:
Els Borgesius, Luc Klaphake, Annemiek
Meinen, Hans Tenwolde, Ingrid van de
Vegte, Joost Visser, Hetty Vlugs
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:
Hans Blaauwbroek, Antoinette de Bont,
Martien Bouwmans, Thea Dukkers van
Emden, Maria Hermsen, Joost van der
Meer, Evelyne de Leeuw, Arko Oderwald,
Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric
van Rijswijk, Lidy Schoon, Hans Spijker,
Marco Strik, Janneke van Vliet, Marjon van
Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:
Postbus 17107
1001 JC 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 abo-
nementsperiode 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 17,50

Illustratie omslag:
Kafak

Vormgeving:
10ÇO Reklame- Ontwerp_buro B.Y.,
Postbus 631, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335 1

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

Thema:

- 2 Redactioneel
- 3 Gerard Goudriaan
Vijftien jaar discussie over mantelzorg
- 6 Verkiezingen 1994
Paul Lucardie, Hetty Vlugs, Joost van der Meer, Thea Dukkers van Emden, Martien Bouwmans,
Nico de Boer over de gezondheidszorg in de verkiezingsprogramma's
- 11 Marcel Bullinga
Wat deed de regering voor de gezondheid?
- 15 Ingrid van de Vegte
Law & order zijn de opvolgers van zorg en preventie
- 17 Prikkelend rapport bij het scheiden van de markt
Geen stukloon meer voor specialisten, extra inkomen voor huisartsen
Albert Schoenmaker, commentaar
- 19 Klokkeluiders gevraagd
Jos van der Lans, column
- 20 Gezondheidsverschillen in Nederland groot genoeg
om er iets aan te doen
Ingrid van de Vegte, commentaar
- 21 Henriët Jansen & Joop Jaspers
Stratego spelen rond de medische technologie
- 24 Anne Cardinaals
Het voederen van de man
- 26 Frans van der Pas
De WVG heeft een bijnaam: Wet Verwaarlozing Gehandicapten
- 28 Boeken
Kantelend bestuur
Soorten van gelijk, medisch-ethische discussies in Nederland
- 30 Signalementen
- 31 Index TGP jaargang 1993

REDACTIONEEL

Drie verkiezingen in 1994; een tijdschrift over gezondheid en politiek lijkt daar niet omheen te kunnen. Maar zoals we als redactie de afgelopen jaren wel eens twijfelden over 'politiek' in de titel van ons tijdschrift. - hoe politiek kun je in de jaren negentig zijn? - zo twijfelt de politiek over 'gezondheid'. Hoeveel kan de politiek nou eigenlijk met gezondheid, en hoe weinig met de zorg?

De partijpolitieke stellingnamen geven weinig aanleiding, gezondheid en de slecht lukkende kostenbeheersing van de zorgsector scoren niet in de partijprogramma's. Dus geen echt themanummer over verkiezingen, maar wel een nummer met artikelen over onderwerpen die het politiek debat over gezondheid de afgelopen jaren kleurden.

Concepten van gezondheid, voor de inrichting van de zorg en de taakverdeling tussen overheid, individu en particulier initiatief veranderen niet per kabinet. Het gaat dan om verschuivingen die minstens tien jaar kosten. Een mooi voorbeeld hiervan schetst Gerard Goudriaan in zijn openingsartikel. Hij beschrijft de conceptuele veranderingen in mantelzorg en de politieke consequenties die dat na twee decennia heeft. Van mantelzorg als instrument tegen de medicalisering in de jaren zeventig naar mantelzorg binnen de moraal van de zorgzame samenleving in de jaren tachtig. Anno 1994 overheerst het pragmatisme de conceptuele vraagstukken. Mantelzorg bestaat, dient beter ondersteund en moet als onderdeel van de zorg beschouwd worden. Zorgverlof als middel om mantelzorg te verlenen is een van de politieke antwoorden die de komende jaren verder uitgewerkt zullen worden.

Een heuse programmavergelijking ontbreekt in dit nummer niet - voorzien van commentaar. We vroegen vier TGP-betrokkenen om te reageren, en vooral om aan te geven wat ze misten in de programma's. Ze missen veel, en dat is ook logisch: er staat weinig in. De politieke partijen lijken zich niet al voor de kabinetsformatie te willen vastleggen op zoiets onbelangrijks als de gezondheidszorg.

Zeven jaar geleden besteedden we uitgebreid aandacht aan de verkiezingen, we hadden het toen over de onmacht van de politiek en de autonome processen binnen de gezondheidszorg. We vroegen ons af

of een 'rooms-rode coalitie' ingrijpende veranderingen zou kunnen bewerkstelligen of dat de maakbaarheid van het gezondheidszorgbeleid daarvoor te gering was. Het terugbrengen van de collectieve lasten was toen een item, nu nog. Privatisering van overheidstaken speelde toen sterk, nu nog, en daar is de decentralisatie van overheidstaken bijgekomen. De gevolgen daarvan leiden consequent tot bezuinigingen. In twee artikelen schemeren de decentralisatie-perikelen voortdurend door. Frans van der Pas beschrijft, hoe de Wet Voorzieningen Gehandicapten tot hogere kosten leidt voor gehandicapten en hoe gemeenten dat al dan niet kunnen opvangen. Ingrid van de Vegte gaat in op het verkiezingsitem van 1994: de toenemende onveiligheid van burgers en toenemende behoefte aan politiemannen als beschermheren. De oplossingen worden niet (meer) gezocht in de versterking van de zorg- en welzijnssector. De decentralisatie van de subsidies voor de verslavingszorg levert daarbij wel heel paradoxale beelden op. Terwijl er meer cellen gebouwd worden voor hard-drugverslaafden, die voor een groot deel van de criminaliteit - en dus voor de onveiligheid - verantwoordelijk zijn, moet er lokaal 17 miljoen op de zorg voor verslaafden worden bezuinigd.

De Kamer was unaniem tegen dit kabinetsbesluit, de motie haalde het, maar er was geen geld. Dit was een van de vijftien aangenomen gezondheidsmoties die afgelopen vier jaar, zo constateerde Marcel Bullinga. We vroegen hem om een 'onverantwoorde evaluatie' van vier jaar kabinetsbeleid. Wie diende welke motie in, waarom en waarover? Hij ging op zoek, vroeg, belde, en vond maar gedeeltelijk wat hij wilde. Het valt niet mee antwoorden te krijgen op schijnbaar simpele vragen. Hij werd vooral verwezen naar moderne informatiemiddelen; van CD-ROM naar PARAC en terug. De afgelopen periode verhuisde het kabinet naar een glazen huis, de zichtbaarheid van de democratie was daarmee geconcretiseerd. Maar het valt nog steeds niet mee om als eenvoudige journalist je informatie over openbare kwesties te vergaren.

Een aantal nummers geleden hadden we een artikel van los van der Lans waar de barsten en scheuren in het specialistisch bolwerk te zien waren. De commissie-Biesheuvel gaf in haar verschenen rapport de mogelijkheden aan om de honoraria van specialisten definitief aan banden te

leggen. Volgens Albert Schoenmaker in zijn commentaar, is dat dan ook het sterkste deel van het rapport. 'Gedeelde zorg, betere zorg', is waar het de eerste lijn betreft zelfs af en toe naïef.

Kostenbeheersing, daar draaide het vooral om de afgelopen jaren. En het is niet moeilijk te voorspellen dat dat de komende jaren weinig anders zal zijn. Simons kan vertrekken, hij hoeft niet meer. Maar dankzij de ingezette decentralisatie zal hij op het lokale niveau meer en meer te maken krijgen met gezondheid en de financiering van de zorg. Misschien lukt het Plan-Simons op een kleinere schaal.

In het najaar besteden we een TGP-special aan het HBO in de gezondheidszorg. Het gaat dan over het onderwijs aan HBO'ers, de beroepsperspectieven in de zorg, professionaliseringsstrategieën en arbeidsomstandigheden. Hoe gaat het met verpleegkundigen, paramedici en maatschappelijk werkers, in hoeverre maken zij de zorg in Nederland?

Van harte ontvangen wij ideeën voor artikelen rond dit thema; op scripties, werkstukken en dergelijke die gaan over bovengenoemde zaken worden we graag gewezen.

Voor 15 mei houden we ons aanbevolen op ons redactie-adres, zie colofon.

VIJFTIEN JAAR DISCUSSIE OVER MANTELZORG

Gerard Goudriaan

Mantelzorg is een onderwerp dat al vijftien jaar de gemoederen bezighoudt. In verschillende gedaanten is het al die tijd onderwerp geweest van politieke of ideologische strijd. Alleen al het noemen van de term zorgzame samenleving kan bij tegenstanders het adrenalinegehalte aardig opvoeren. Anno 1994 heeft het onderwerp zorgzame samenleving afgedaan. De discussie gaat nu vooral over het zorgverlof.

Achter de term mantelzorg blijken echter nog meer werkelijkheden schuil te gaan. Wie op zoek gaat naar de wortels van het denken over mantelzorg zal merken dat dat denken al in de jaren zeventig op gang is gekomen en zich op een heel ander niveau afspeelde dan de discussie over de zorgzame samenleving in de jaren tachtig of het debat over zorgverlof in de jaren negentig. Kortom, mantelzorg is een veelkleurig begrip dat in de afgelopen vijftien jaar als oplossing voor een aantal fundamenteel verschillende problemen naar voren is geschoven. Afhankelijk van de gedaante waarbinnen de discussie werd gevoerd, is mantelzorg door steeds verschillende maatschappelijke groeperingen omarmd. Een aantal debatten is bekend. Denk aan het pleidooi van het CDA voor mantelzorg als lanceerplatform voor de zorgzame samenleving, aan het tegendeel waarbij mantelzorg door bijvoorbeeld de vrouwenbeweging werd gezien als onderdrukkingsmechanisme van vrouwen. Later kwam het accent veel meer te liggen op de capaciteitsproblemen van de thuiszorg met daarbij de vraag of mantelzorg wel als oplossing voor het gat in de thuiszorg mag dienen en hoe we zouden moeten omgaan met het probleem van de overbelasting van de mantelzorg. Een oplossing hiervoor die steeds scherper naar voren komt, en waarover het debat momenteel gaat, is het zorgverlof. Het allereerste debat is echter vergeten. Dat ging over de vraag in hoeverre mantelzorg een remedie tegen medicalisering zou kunnen zijn.

MEDICALISERING

Het begrip mantelzorg werd voor het eerst gebruikt in 1972 door, hoe kan het anders, Hattinga Verschure. In het artikel 'Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg' pleit de toenmalige hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen voor een ander

ontwerp voor de gezondheidszorg. In de woorden die een artikel in 1994 over de gezondheidszorg niet zouden misstaan schetst Hattinga Verschure het volgende beeld van de gezondheidszorg anno 1972. 'De laatste jaren is voorts in toenemende mate duidelijk geworden dat de beheersbaarheid van de gezondheidszorg in toto ernstig te wensen overlaet. Duidelijk komt dit bijv. tot uiting in de omnacht om het stichten van klinische voorzieningen te beheersen omdat bevredigende maatstaven ontbreken. Nog zorgwekkender is het verschijnsel dat men de groei van de exploitatiekosten niet meer kan beheersen. Deze kosten zijn dusdanig hoog opgelopen in zulk een snel tempo dat vanuit de overheid en tal van maatschappelijke niveaus om een halt wordt geroepen. Een ieder beseft dat bij limitering van de middelen de prioriteitsvragen onvermijdelijk zijn. Moet men ophouden met het oprichten van kostbare kunstniecentra ten bate van relatief weinigen en deze miljoenen besteden aan de bejaarden die 'psychisch gestuurd' genoemd worden en waarvan er honderdduizenden onze zorg vereisen en deze niet of onvoldoende ontvangen?'

Door dit soort ontwikkelingen, zo stelt Hattinga Verschure, is mantelzorg aan het verschromelen. Naarmate deze steeds meer afbrokkelt zullen zich 'meer situaties voordoen waarbij het individu in een toestand komt, die in het huidige bestel slechts kan worden opgevangen met het toverwoord 'opname', in een ziekenhuis, verpleegtehuis of andere inrichting (...) Voorlopig onderzoek geeft mij de indruk dat een ontstellende hoeveelheid gezondheidszorg wordt verstrekt, die door aanwezigheid van voldoende mantelzorg had bespaard kunnen worden.' De opname berooft het individu grotendeels van zijn zelfzorg en mantelzorg. 'Teneinde te bereiken dat de reparatieve medisch-specialistische zorg verstrekt kan worden met zo weinig mogelijk interferentie van de

patronen van de zelfzorg en mantelzorg is een herziening van de klinische zorg noodzakelijk.'

De ideeën van Hattinga Verschure kwamen tot rijping in zijn in 1977 verschenen en later in de gezondheidszorg klassiek geworden boek *Het verschijnsel zorg*. Volgens de ondertitel (van de eerste druk in 1977) wordt hierin een kritische analyse gemaakt van de huidige zorgverlening en wordt er gezocht naar vernieuwing van zorgpatronen.

Hattinga Verschure stelt dat zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg niet in evenwicht met elkaar zijn. De professionele zorg is explosief toegenomen, zelfzorg en mantelzorg leiden volgens hem een kwijnend bestaan. Met name in de gezondheidszorg is de professionele zorg te overheersend geworden. Voor hun gezondheid zijn mensen te veel gaan steunen op de medische technologie en te weinig op de eigen mogelijkheden om de gezondheid intact te houden.

KRITIEK

In het begrip mantelzorg zoals bedoeld door Hattinga Verschure zat de kritiek opgesloten dat de professionele hulpverleners en instellingen de hulpverlening te veel naar zich toe trekken. Het was kritiek op de medicalisering: de samenleving en de maatschappelijke problemen daarin werden, meer dan noodzakelijk was, gezien als een object van gezondheidszorg. Het was kritiek op de burgers die dit lieten gebeuren, het te veel overlieten aan de professionals en te weinig het heft in eigen hand namen.

Hattinga Verschure was duidelijk een exponent van een toen belangrijke kritische stroming in de wetenschap die sterk de negatieve kanten van de gezondheidszorg benadrukte. De geïnstitutionaliseerde en de zich steeds sterker uitbreidende gezondheidszorg vervreemdt mensen en vermindert de kracht van mensen om voor zichzelf en voor elkaar tot oplossingen te komen. Met andere woorden het systeem van de gezondheidszorg bevordert 'onderbelasting' van de zelf- en mantelzorg.

Tegelijk met de stroom kritisch-inhoudelijke gedachten zoals onder andere door Hattinga Verschure is verwoord, ontwikkelde zich vanuit economisch-politieke



Mantelzorg kan ook betekenen: helpen bij het boodschappen doen.

Foto: Jan Boeve

hoek kritiek op het bestaande zorgsysteem. Het bestaande systeem zou uit haar krachten zijn gegroeid en economisch niet meer beheersbaar zijn. Onder invloed van de economische recessie zou het noodzakelijk zijn te bezuinigen op de uitgaven in de zorgsector.

Deze twee verschillende kritische stromingen hebben grote invloed gehad op het gevoerde overheidsbeleid ten aanzien van de zorg in het begin van de jaren tachtig. De noemer waaronder dit beleid plaatsvond was de term zorgzame samenleving. Het werd ontwikkeld door het wetenschappelijk bureau van het CDA, het

• werd een belangrijk aspect van het CDA-verkiezingsprogramma in 1982 en daarna werd het een van de tien doelstellingen van het eerste kabinet-Lubbers (1982-1986). In dit kabinet werden de ideeën over de zorgzame samenleving vooral uitgedragen door toenmalig CDA-minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Brinkman.

In de regeringsverklaring van het eerste kabinet-Lubbers stond het volgende over de zorgzame samenleving geformuleerd: 'Overgaan van een verzorgingsstaat die onbetaalbaar en drukkend dreigt te worden naar een zorgzame samenleving, waarin mensen voor elkaar opkomen. Cultuur en beschaving is elkaar vasthouden tegen onachtzaamheid, ontreddering en eenzaamheid'.

In de loop van de zittingsperiode van het kabinet is eraan gewerkt om deze doelstelling concreet inhoud te geven. Hier-

voor golden de volgende uitgangspunten:

- de burger en zijn directe sociale omgeving zijn primair verantwoordelijk voor het eigen welzijn en niet de overheid;
- daarom: meer mogelijkheden voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger; bevorderen van zelfzorg, mantelzorg en het vrijwilligerswerk en het terugtreden van de overheid; stimuleren van de juiste toerusting van de mensen, preventie en educatie zijn daarbij van belang;
- burgers zal worden gevraagd een deel van de voorheen door de overheid gedragen verantwoordelijkheid over te nemen.

GRENZEN

Onder de noemer zorgzame samenleving werd in toenemende mate een discussie gevoerd over de grenzen van de verzorgingsstaat: hoever moet de zorg van de staat voor zijn burgers gaan? Wat de pleitbezorgers van de zorgzame samenleving echter vergaten, was de andere kant van de medaille: als de ideeën werkelijkheid zouden moeten worden, wat is er meer nodig dan alleen een mentaliteitsverandering, welke concrete maatregelen zijn gewenst?

Over deze vraag heeft de nu opgeheven Harmonisatieraad Welzijnsbeleid in 1986 een interessante en nog steeds actuele studie uitgebracht, geschreven door Thom Koot en Nina Stegerhoek.'

Een aantal voorstellen die nu in discussie zijn worden door hen genoemd: regel-

gen voor loonderving, betaald verlof, basisinkomen, andere verdeling van beschikbare arbeid en het weghalen van formele belemmeringen op het vlak van de huisvesting, de herhuisvesting, de bijstandverlening en de belastingen. Een ander idee van hen om de materiële voorwaarden voor mantelzorg te creëren is, mensen die daarvoor in aanmerking komen zelf het geld in handen te geven dat voor hun verzorging nodig is. Zij kunnen dan zelf beslissen of zij daarmee formele zorg of informele zorg betalen.

Koot en Stegerhoek wijzen er ook op dat er vanuit de formele hulpverlening weinig steun is voor de mantelzorger. Bevredigende samenwerkingsrelaties tussen informele en formele hulpverleners zijn niet goed van de grond gekomen.

Een goed rapport bewijst zichzelf door een goed slot. Bij Koot en Stegerhoek is dat als volgt.

'Tenslotte, het is opmerkelijk hoe weinig bekend is over de omstandigheden waaronder mensen komen tot bijdragen in de vorm van zorg aan hun eigen leven en dat van anderen. Pas vanuit die wetenschap kan duidelijk worden welke verzorgingsarrangementen meer op wederkerigheid en ruil kunnen worden gebaseerd. Het is zeker zo, dat bestaanszekerheids garanties onmisbaar zijn.'

Hoe goed de HRWB-studie inhoudelijk ook is, echt goed is het rapport niet. Dat zijn rapporten pas als ze op het juiste moment verschijnen. En dat was hier helaas

niet het geval. Het kwam minstens vijf jaar te vroeg.

Zoals bekend heeft het thema zorgzame samenleving veel discussie opgeroepen. Vanuit de vrouwenbeweging is protest aangetekend tegen het geslachtsnegerende en daardoor vrouwonvriendelijke karakter van het concept. Vanuit de wetenschap is veel onderzoek naar voren gebracht waaruit blijkt dat de mantelzorg, anders dan werd aangenomen, niet aan het verdwijnen is: mantelzorg is altijd een hoeksteen van de thuiszorg geweest. Ook werd erop gewezen dat in de zich individualiserende en emanciperende samenleving de condities voor onderlinge zorg sterk zijn verminderd. Vanuit de adviesorganen (niet alleen de Harmonisatieraad, maar ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid) is aandacht gevraagd voor een beleid dat werkelijk de voorwaarden creëert voor het verlenen van gemotiveerde mantelzorg.

Het moralistische appel tot een zorgzame samenleving heeft de mantelzorg geen goed gedaan. Door de ondoordachtetheit en de eenzijdigheid van dit appel kreeg het denken over mantelzorg en de ondersteuning daarvan bij delen van de bevolking de geur mee van een achterhaald, romantisch gezinsdenken dat beter past bij de vorige eeuw.

Wat de introductie van het idee van de zorgzame samenleving vermoedelijk wel aan goeds heeft opgeleverd is, dat de bestaande mantelzorg meer onder de aandacht is gekomen. Doordat in het pleidooi voor een zorgzame samenleving zo sterk de nadruk werd gelegd op onderbenutting van mantelzorg, met de dreigende ontoon van bezuinigingen, werden wetenschappers en betrokkenen uitgedaagd om de werkelijke situatie naar voren te brengen. In de tweede helft van de jaren tachtig kwam steeds nadrukkelijker het beeld naar voren van een intensief functionerende mantelzorg, die bijzonder zijn best deed, maar sterk had te kampen met een gebrek aan goede voorwaarden. Hierdoor bleek optimale mantelzorg - zonder stress en zonder overbelasting - moeilijk realiseerbaar te zijn.

Dit beeld, met daarbij komend het zichtbaar worden van de capaciteitsproblematiek van de thuiszorg, heeft ervoor gezorgd dat de laatste jaren de overbelasting van de mantelzorg en de noodzaak tot ondersteuning sterk in de belangstelling zijn gekomen.

AF EN TOE WAT LUCHT

Heden ten dage is mantelzorg een geaccepteerd verschijnsel. De discussie gaat dan ook niet meer over wel of geen mantelzorg, maar over de vraag hoe, wanneer

en onder welke voorwaarden mantelzorg een volwaardig onderdeel van de thuiszorg kan zijn. Als de zorg voor de mantelzorg serieus wordt genomen, welke maatregelen zijn dan nodig? In de huidige discussie worden keer op keer de volgende genoemd:

1. Verbetering van de hulpverlening:
 - deskundigheidsbevordering van de professionele hulpverleners;
 - toewerken naar een ander hulpverleningsconcept, waarbij de mantelzorger expliciet als onderdeel van het cliëntsysteem wordt gezien;
 - meer tijdelijke opvang creëren van degene die door de mantelzorger wordt verzorgd, waardoor de mantelzorger af en toe wat lucht krijgt.
2. Verbetering van de ondersteuning van de mantelzorgers door betere informatievoorziening aan de mantelzorg en het creëren van meer en betere mogelijkheden voor emotionele steun (met name, maar niet alleen bij verzorgers van dementerenden).
3. Het scheppen van een structurele mogelijkheid voor landelijke belangenbehartiging van mantelzorgers.
4. Structuurmaatregelen op het terrein van huisvesting en loonderving (het zorgverlof) en het geven van financiële en belastingfaciliteiten (het zorgforfait).
5. Het beperken en zo mogelijk oplossen van de capaciteitsproblemen in de thuiszorg.

Uit de verschillende debatten komt een aantal saillante verschillen naar voren. De ideeën van Hatinga Verschure sloten goed aan bij de kritische geluiden die in de jaren zeventig over de gezondheidszorg werden uitgestort. Mensen als Illich, en later Achterhuis, benadrukten sterk de afhankelijke werking van de gezondheidszorg. Hun centrale stelling was dat het vermogen van mensen om hun eigen problemen en de achtergronden ervan te diagnosticeren en vanuit hun onderlinge verbondenheid zelf te behandelen taant onder de invloed van de zuigkracht van het medisch systeem. Mantelzorg was een vorm van lekenautonomie als tegenwicht voor de klinische gezondheidszorg. Over chronische zorg werd toen met geen woord gerept.

Met de introductie van de term zorgzame samenleving kreeg het pleidooi voor mantelzorg een heel ander gezicht. In de politieke discussie in de jaren tachtig was de ideologische kritiek op de professionele hulpverlening niet meer terug te vinden. De aandacht ging nu sterk uit naar een teveel aan overheid en overheidszorg, dat gecompenseerd moest worden door actieve, verantwoordelijke en zorgzame

burgers die aldus konden ontsnappen aan de wurgende macht van de staat in de gedaante van heer Albedil (een term van voormalig CDA-premier Van Agt). Het idee van de zorgzame samenleving was dus vooral een kritiek op de verzorgingsstaat,

Nu het pleidooi voor de zorgzame samenleving is weggestorven, komt mantelzorg weer in een andere gedaante naar boven. Het is niet meer een fenomeen waarop een groter beroep moet en kan worden gedaan, maar het wordt nu gezien als een vorm van zorg die, vanwege de zwaarte van de taak, zelf zorg behoeft. Opmerkelijk, in het licht van de gedachten van Hatinga Verschure, is dat mantelzorg nu volledig wordt geassocieerd met chronische thuiszorg door partner en familie en dat de medicaliseringskritiek volledig is verdwenen.

In tegenstelling tot tien jaar geleden is mantelzorg geen politiek item meer. En dat is jammer, want nu de kruitdampen rond de zorgzame samenleving zijn opgetrokken, zodat er veel meer helderheid is gekomen over wat de mantelzorg ontbeert, zou politieke duidelijkheid over essentiële zaken als zorgverlof en de capaciteit van de thuiszorg voor de kiezer zeer welkom zijn.

De auteur is voorzitter van de stichting Gezondheid en Politiek. Hij is onder meer werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW

Dit artikel is op persoonlijke titel geschreven.

Noten

1. In: *Het ziekenhuis* 1972 nr.9, pag. 500-504.
2. T. Koot & N. Stegerhoek. *Zorgzame samenleving tussen recht en ruil*. HRWB. Den Haag, 1986, pag. 22.
3. Idem pag. 93.
4. Zij waren niet de enigen. Andere publikaties uit die tijd zijn: J. Bastiaenen en G. Goudriaan, *Hulpvragers en hulpverleners: verafhankelijking of emancipatie?*. Doctoraalscriptie, sociologie. 1977.
 - E. Boer, 'Amateurs kunnen grote hulp voor huisarts zijn'. In: *NRC Handelsblad*, 10-1-1976.
 - P.C.J. Loon, 'Aan de noedm'. In: *Medisch Contact*. 1976 nr. 12.
 - H. Mahler, 'A demystification of medical technology'. In: *The Lancet*, 1 november 1975.
 - D.A.A. Mossel e.a., *Waarheen met onze gezondheidszorg?*. Baarn, 1977. Hierin onder andere bijdragen van H. Festen (Status praesens van onze gezondheidszorg in het licht van de kritiek) en Hatinga Verschure (Herstel van evenwicht in het verschijnsel zorg).
 - Y. Nuyens, *Grenzen aan de medische macht*, Leuven, 1976.
 - J. Roth, 'Aardige professional of vaardige leek?' In: *Handboek Hulpverleners en veranderen*.
 - I.K.I. Zola, *De medische macht*, Meppel, 1973.



VERGELIJKING (ONTWERP)VERKIEZINGS-PROGRAMMA'S 1994 GEZONDHEIDSZORG

Paul Lucardie

CDA

- Overheid medeverantwoordelijk voor infrastructuur; vormgeving en uitvoering zorg verantwoordelijkheid zorgaanbieders en verzekeraars;
- zorgverzekering met beperkt basispakket; slechts beperkt daarin: fysiotherapie, tandheelkundige hulp, plastische en reconstructieve chirurgie, taxivervoer, geneesmiddelen en hulpmiddelen;
- ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verder integreren; verschillen in tarieven verdwijnen; meer regionale samenwerking;
- ziekenfondswet moderniseren, deel van premie door verzekerde te betalen, per verstrekking bijbetalen;
- gemoderniseerde AWBZ voor chronische zorg en verpleging (voor gehandicapten, ouderen), psychiatrische hulpverlening en collectieve preventie;
- positie verplegenden en verzorgenden verbeteren;
- vergoeding specialisten: zoveel mogelijk vast bedrag per patiënt, zo min mogelijk per verrichting;
- extra tegemoetkoming ouders/verzorgers die gehandicapt kind thuis verzorgen.

VERKIEZIN

AAN BELOFTEN GEBREK

Een goede gezondheid is het belangrijkste in het leven, vinden veel Nederlanders. Politici willen graag aansluiten bij wat leeft bij burgers. Je zou dus mogen verwachten dat alle verkiezingsprogramma's veel aandacht besteden aan gezondheidszorg. Niets is minder waar. De PvdA heeft slechts zo'n 400 woorden nodig voor gezondheid, D66 1000 en de VVD 300. Van de vier grote partijen springt alleen het CDA met ongeveer 1990 woorden enigszins uit de band.

Toch hebben we gemeend deze woorden over gezondheidszorg en die van de andere democratische politieke partijen aan een onderzoekje te moeten onderwerpen. Op verzoek van het Instituut voor Publiek en Politiek en TGP heeft Paul Lucardie de verkiezingsprogramma's vergeleken.

Joost van der Meer, Martien Bouwmans, Thea Dukkers van Emden en Nico de Boer reageren op die programvergelijking. Wat wordt er ~~niet~~ door de verschillende partijen gezegd, maar bedoeld? Oftewel wat staat er tussen de regels?

En we willen niet alleen discussie over wat er wel wordt bedoeld maar ook over wat er wél zou moeten gebeuren. Zo lijkt een actieve betrokkenheid van de overheid noodzakelijk om de solidariteit tussen rijk en arm, tussen zieke en gezonde mensen en tussen jong en oud te realiseren. Uit een onderzoek van WVC 'Barometer modernisering gezondheidszorg' blijkt dat 75 procent van de ondervraagde Nederlandse burgers vindt dat gezonden mee moeten betalen voor chronisch zieken en 63 procent is voor solidariteit tussen jong en oud. Anders dan echter tot nu toe werd aangenomen, zijn de burgers niet op voorhand bereid meer premie te betalen als de kosten blijven stijgen. Een meerderheid van de ondervraagden (70%) vindt dat nieuwe genezingsvormen niet automatisch moeten worden vergoed en dat de overheid moet kijken naar kostenontwikkeling. En politici moeten zich eens wat meer bemoeien met verspilling in de zorg, hoge inkomens van specialisten en te hoge eigen risico's, vinden de ondervraagden. Invoering van nieuwe technologieën zou niet pas op de politieke agenda moeten komen als de eerste - veelbelovende - experimenten al lang en breed zijn uitgemeten in de media. Natuurlijk zou de politiek zich nog veel meer met de prijs van medicijnen kunnen bemoeien, want daar valt voor de burger nog heel wat (terug) te verdienen.

Voor de initiatiefgroep 'Stop het eigen risico' zijn de verkiezingen een goede aanleiding om met de politiek in debat te gaan over eigen betalingen in de zorg. Hoe verhouden die zich tot de zo noodzakelijke onderlinge solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen? En welke verschillen bestaan er nu al in uitgaven voor ziektekosten tussen bijvoorbeeld een chronisch zieke of oudere die een opeenhoping van ziektekosten ervaart en een jonge werknemer met een collectief contract? Op 26 maart zullen de politici in Utrecht het verlossende woord spreken.

Over de noodzaak van een actieve overheid zijn de linkse partijen het ongeveer eens. De PvdA en GroenLinks willen lagere beloningen voor specialisten. Voor D66 is het belangrijk dat specialisten meer verantwoordelijkheid nemen voor de financiële gevolgen van hun keuzen. (Operatie mislukt, patiënt in de WAO, en de specialist betaalt?) Het CDA heeft verschillende malen gesteld dat ongelijkheid in zorg uit den boze is en dat solidariteit van groot belang is. Voorwaar een grote uitdaging voor de (linkse) politici om dergelijke ideeën de komende vier jaar waar te maken.

Hetty Vlug

Noot:

1. Alleen van het SGP was het definitieve partijprogramma al beschikbaar, van de overige partijen is gebruik gemaakt van de ontwerp-verkiezingsprogramma's.

GEEN VISIE

Er zijn minstens drie grote uitdagingen voor een politieke partij ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid de komende vier jaar.

1. Het behouden van een verzekeringsstelsel waarin onderlinge solidariteit, een van de pijlers is.
2. Belangrijk daarbij is ook, hoe je alle mooie plannetjes kunt realiseren zonder in aanvaring te komen met de steeds alomtegenwoordiger Europese Unie. Je kunt er natuurlijk ook voor kiezen om juist wèl in aanvaring te komen met die Unie, maar ook dat vraagt om een ideeën en plannen. Kortom, aan die Europese dimensie moet gewoon gedacht worden.
3. Tot slot hangt gezondheid niet alleen af van goede gezondheidszorg, maar ook van een groot aantal andere factoren: scholing, arbeidsomstandigheden en huisvesting zijn hiervan voorbeelden. Wat zijn de dwarsverbanden met beleid op andere terreinen?

Deze drie punten vragen een overheid die zich actief opstelt: actief met ideeën, en actief met regelgeving daar waar de solidariteit met zwakke groepen in de samenleving in het geding is. Welk stelsel van ziektekostenverzekering uiteindelijk uit de bus komt, risicoselectie (het weren van zieken of mensen met een hoge kans op ziekte) door ziektekostenverzekeraars moet te allen tijde voorkomen worden. Enigzins onthutst moet ik de lezer melden dat zo'n robuuste opstelling ten aanzien van risicoselectie slechts expliciet terug te vinden was bij... de RPF. Terwijl alle verkiezingsprogramma's gonzen van de eigen bijdragen, blijft Nederland een van de landen in Europa met de hoogste prijzen voor geneesmiddelen. Van het afromen van die prijzen kun je heel Nederland een face-lift cadeau doen. Of een aantal eigen bijdragen niet invoeren, natuurlijk. Maar ook zoiets vergt op dat gebied wel een actieve, initiërende overheid, die niet alleen nieuw flinks is naar de burger toe, maar ook naar de industrie.

Nu met het in werking treden van het verdrag van Maastricht de Europese Unie voor het eerst ook gezondheid(szorg) tot haar terrein mag rekenen, moet men een idee hebben over de positie van Nederland op dit terrein. Wat wil men in Europees verband vernieuwen, behouden of veranderen? Waarin mag Nederland mee met Europa en waar moeten we de poot stijf houden? Het wordt in toemende mate onmogelijk om bij het maken van regels voorbij te gaan aan regelgeving van de Europese Unie, of het nu gaat om patiëntenrecht, of toelating en ontwikkeling van medische technologie. Hierover geen gegons ditmaal, maar grote stilte in de verkiezingsprogramma's.

Nog een grote uitdaging voor beleidsmakers: wat te doen met de toenemende sociale ongelijkheid in Nederland en de daarmee gepaard gaande - eveneens toenemende - sociaal-economische gezondheidsverschillen? Als er al wat over volksgezondheidsbeleid wordt gezegd, beperkt een passage hierover zich gewoonlijk tot wat onsamenvangende kreten over tabak, alcohol en/of seks. Wie benieuwd is wat de partijen te zeggen hebben over effecten op gezondheid van het door hen voorgestelde beleid op het terrein van preventie, arbeidshygiëne, sociale zekerheid (en de consequenties hiervan voor specifieke groepen in de samenleving) komt terecht in een beklemmend zwijgen.

Met gezondheidszorg valt niet te scoren, of het moet misschien een forse buil zijn, zo lijkt men van Hans Simons geleerd te hebben. De langste gezondheidsparagraaf beslaat dan ook slechts 70 regels, zo heb ik me door een deskundige laten vertellen. Toegegeven: in zo'n beperkte ruimte kun je je niet bemoeien met details als solidariteit, Europese eenwording en sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Wat door de politieke partijen niet gezegd wordt, maar wel bedoeld: wij praten elkaar na, wij zijn provinciaals, en bovenal: wij hebben geen visie.

Joost van der Meer



PvdA

- Ziektekostenverzekering voor alle burgers, door risicodragende verzekeraars aangeboden: versneld samengaan ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, aangevuld met AWBZ;
- concurrentie op onderdelen; actieve betrokkenheid overheid blijft noodzakelijk;
- tenminste 80% van de bijdragen naar draagkracht; nominale premies voor kinderen afschaffen;
- werkdruk gezondheidswerkers verlagen en monopolie-achtige inkomens intomen;
- patiënt als volwaardige klant zien.

VVD

- Herstel AWBZ als volksverzekering alleen voor onverzekerbare risico's;
- premie moet risico's weerspiegelen maar betaalbaar blijven;
- op termijn ziekenfondsen integreren in particuliere verzekeringssector, marktwerking vergroten;
- ziekenfondspakket afslanken;
- beloningen meer in overeenstemming met marktverhoudingen;
- lange wachttijden bij opname verpleegtehuis onhoudbaar.



D66

- Verhoging van de uitgaven voor gezondheidszorg onvermijdelijk, goed beleid beheersing kosten;
- verplichte ziektekostenverzekering voor allen, basispakket ziekenfonds en AWBZ geleidelijk samenvoegen met zorg voor bejaarden, psychiatrische patiënten, gehandicapten; overheid moet betrokken blijven;
- financiering voor belangrijk deel inkomensafhankelijk;
- verplicht eigen risico, bij voorkeur inkomensafhankelijk;
- honorering medici herzien: uurtarief, loondienst of abonnement/verrichtingensysteem;
- euthanasie (levensbeëindiging op verzoek) moet uit het strafrecht;
- zelfbeschikkingsrecht patiënten zoveel mogelijk handhaven.

GroenLinks

- AWBZ uitbouwen tot algemeen geldende basisverzekering voor elementaire zorg, inclusief meest gerenommeerde alternatieve geneeswijzen;
- premie zoveel mogelijk inkomensafhankelijk;
- beloning in verpleging, kraamzorg en verloskunde omhoog, specialisten omlaag;
- versterking patiëntenrechten (klachtenregeling, inzage recht).

WAZIGE TEKSTEN

Lang of kort, veel of weinig woorden, gedetailleerd of globaal, het maakt niets uit. De verkiezingsprogramma's leveren bitter weinig inzicht in de visies van de politieke partijen. Niet over echt belangrijke issues zoals de verdere voortgang van de stelselwijziging, niet over details.

Een klein voorbeeld: redelijk concreet lijkt het CDA te zijn over verstrekingen en behandelingen die slechts beperkt vergoed zullen worden uit de/een basisverzekering. Het zijn fysiotherapie, plastische en reconstructieve chirurgie, taxivervoer, tandheelkundige hulp, geneesmiddelen en hulpmiddelen. Maar wat betekent 'slechts beperkt'? Met de plastische en reconstructieve chirurgie bedoelt het CDA naar ik veronderstel het niet meer vergoeden van cosmetische plastische chirurgie (zoals een face-lift, of grotere dan wel kleinere borsten). Ik vermoed tenminste dat een ernstig verbrande patiënt met een strikt medische indicatie straks met plastische chirurgie zal worden opgelapt en dat de verzekering zal betalen om maatschappelijk functioneren weer mogelijk te maken. Ik neem het maar aan en hoop het van harte... Maar ik wéét niet wat er bedoeld wordt. Cosmetische plastische chirurgie is immers al uit het (ziekenfonds)pakket!

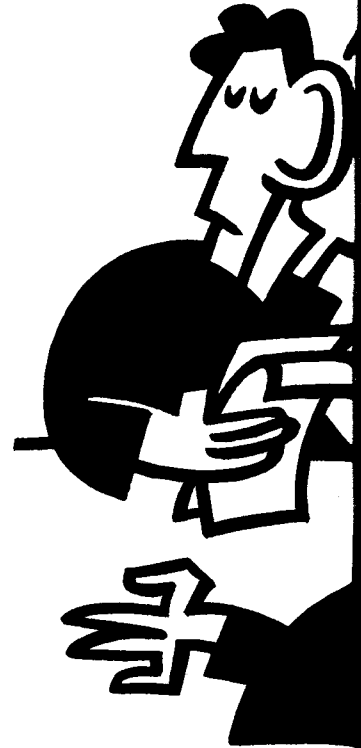
Dit was maar een voorbeeld. Maar alle partijen die behandelingen 'slechts beperkt' in het pakket willen opnemen, of bestaande verstrekingen willen 'afslanken', zouden eigenlijk verplicht moeten worden duidelijk te maken of dat 'afslanken' de omvang van een anorexia nervosa patiënt zal bereiken.

Grote problemen, zoals de voortgang van de stelselwijziging, blijken 'natuurlijk' helemaal om omzichtigheid te vragen. Zorgvuldig worden alle deuren opgehouden en dat levert wazige teksten op waar ieder het zijne in kan lezen. Zo zal ik pogen de gevolgen van een CDA-PvdA-D66 kabinet te schetsen. GroenLinks kan daar ook bij.

Deze combinatie maakt op basis van de partijprogramma's overeenstemming mogelijk over het invoeren van één basisverzekering voor de gehele bevolking, voor zo'n tachtig procent gefinancierd via inkomensafhankelijke premies; maar wel met een afgeslankt(I) pakket. De overheidsinvloed wordt groter dan Dekker en Simons nog veronderstelden, met name op het gebied van grote investeringen in intramurale instellingen; de regionale ordening en uitvoering van de gezondheidszorg krijgt (weer) een grotere plaats. Eigen bijdragen, of een verplicht eigen risico blijven een prominente plaats innemen, maar wel zal om cumulatief bij chronisch zieken te voorkomen het totaalbedrag dat aan eigen bijdragen betaald moet worden afhankelijk zijn van de hoogte van het inkomen.

Deze opzet lijkt me voldoende helder om weer vier jaar mee vooruit te kunnen; voor tegenstanders voldoende helder om vier jaar met alle middelen te bestrijden. Want laten we ons geen illussies maken. Aan Ziekenfondswet is bijna veertig (40!) jaar parlementaire discussie voorafgegaan. Zonder resultaat overigens, het waren de Duitsers die voor ons met het Ziekenfonds besluit de knoop in 1941 doorhakten. Die basisverzekering komt er ook uiteindelijk wel, het duurt alleen even...

*Martien Bouwmans
beleidsmedewerker gezondheidszorg FNV*



EERSTE LIJN ONTBREEKT

Wat mij het meest opvalt in het lijstje van de ontwerpprogramma's is dat de be-
grippen eerste lijn en thuiszorg helemaal ontbreken. Versterking van de eerste
lijn zou toch de hoeksteen moeten vormen van het gezondheidszorgbeleid van
de progressieve partijen, nu zich de laatste jaren zulke grote verschuivingen in
de 'zorgzwaarte' van de thuiszorg hebben voorgedaan. Patiënten die tien jaar ge-
leden na een operatie twee weken in het ziekenhuis lagen, staan nu twee dagen
later thuis op de stoep. Intensieve behandelingen zoals antibiotica toegediend
via infuussystemen, pijnstilling via ruggemercatheters en intraveneuze cytosta-
ticabehandeling vinden tegenwoordig thuis plaats.

Tien jaar geleden was dat ondenkbaar. Deze verschuiving heeft ingrijpende ge-
volgen voor de thuiszorg. Wijkverpleging en huisarts worden geconfronteerd
met medisch-technische handelingen die voorheen alleen in het ziekenhuis wer-
den uitgevoerd. Van de eerste lijn wordt verwacht dat zij beschikt over de kennis
en de vaardigheid om met deze nieuwe technieken en behandelingen om te gaan.
De patiënt moet ervan opaan kunnen dat de zorg die hij vroeger in het ziekenhuis kreeg
nu ook in de thuissituatie wordt gegeven. Dat betekent dat de kwaliteit van de zorg
van voldoende niveau moet zijn, dat er geen gat mag vallen in de zorg doordat er
's avonds of in het weekend niemand beschikbaar is om die te leveren en dat er
geen financiële drempels mogen worden opgeworpen om over deze zorg te kunnen
beschikken. Dat vereist een beleid waarin garanties zijn ingebouwd om ervoor te zor-
gen dat aan deze voorwaarden kan worden voldaan.

Wat betekent dat voor de politieke
partijprogramma's?

Een stellingname die toegang tot de eerste
lijn garandeert zonder financiële drempels.
Huisartsenzorg moet in het basispakket
blijven. Daartegenover staat dat de huisart-
sen, door de vorming van waarneemgroepen
en door deskundigheidsbevordering,
moeten garanderen dat zij de vereiste con-
tinuïteit en kwaliteit van zorg kunnen bie-
den. Daar hoort een honoreringssysteem
voor huisartsen bij dat rekening houdt met
de toenemende zwaarte van de thuiszorg.

Wat de wijkverpleegkundige zorg betreft:
alsjeblieft geen eigen bijdrage per bezoek
of per handeling! Hoe stelt men zich dat
eigenlijk voor? De preventieve taak van de

wijkverpleging komt hiermee als eerste op de tocht te staan, want wie wil er nu
betalen voor een bezoek waarbij de wijkzuster alleen maar even komt kijken of
je het wel redt nu je net thuis bent uit het ziekenhuis. De kans is groot dat pa-
tiënten vervolgens ook gaan bezuinigen op handelingen van de wijkverpleging
en dat ze zelf medicijn-cassettes en infuuszakken gaan verwisselen of antibiotica
gaan inspuiten, met alle medische risico's van dien. En dan heb ik het nog niet
over de kostbare administratieve rompslomp die een eigen-bijdrageregeling voor
de organisaties met zich mee gaat brengen.



GPV

- Verschil ziekenfonds en particuliere
verzekering verdwijnt;
- eigen risico/bijdrage met inkomens-
afhankelijk maximum;
- waarborg voor chronisch zieken;
- honorering meer op kostenbeheer-
sing richten;
- euthanasie terugdringen: melding
door tweede arts; meer aandacht
voor pijnbestrijding en stervensbe-
geleiding;
- Wet Afbreking Zwangerschap in-
trekken; abortus niet meer subsidië-
ren; abortuspil verbieden;
- belemmeringen voor christelijke
verpleegkundigen en artsen bij op-
leidingsplaatsen wegnemen;
- patiëntenklachtrecht regelen;
- meer mogelijkheden gehandicapten
om thuis te wonen;
- alcoholgebruik ontmoedigen.

RPF

- Nieuwe ziektekostenverzekering,
voor 70% van alle verstrekkingen -
mits niet omstreden (abortus, anti-
conceptiva, cosmetische chirurgie,
kunstmatige inseminatie);
- resterende 30% in aanvullende ver-
zekering;
- combinatie nominale en procentuele
premie; vrijwillig eigen risico/eigen
bijdragen;
- acceptatieplicht zonder risicoselec-
tie, ook voor aanvullende verzeke-
ring;
- geen abortuspil in handel;
- in-vitro-fertilisatie ontmoedigen;
- meer aandacht voor pro-life bewe-
ging en pro-life hulp;
- arbeidsvoorwaarden verplegend en
verzorgend personeel verbeteren,
marktconform;
- medisch-ethische commissies in alle
zorginstellingen;
- patiënten- en klachtrecht in één wet.

© KAFK

Thea Dukkers van Emden

hoofd van het Onderzoekscentrum eerste en tweede lijn van het VU ziekenhuis

GGZ KAMERBREED GESTEUND



SGP

- Meer nadruk leggen op eigen verantwoordelijkheid, eigen bijdragen vergroten;
- gemoedsbezwaren blijven erkennen;
- abortus, voorbehoedmiddelen, kunstmatige bevruchting niet vergoeden; abortuswet intrekken;
- alternatieve geneeswijzen die heilzaam en verantwoord zijn niet anders behandelen dan gewone methoden;
- geen kunstmatige bevruchting buiten het huwelijk;
- reclame voor alcohol en tabak verbieden;
- aids kan het best voorkomen worden door trouw binnen het huwelijk: dat moet overheid aan burgers duidelijk maken;
- klachtrecht en informatierecht voor patiënten.

Paul Lucardie is medewerker Documentatiecentrum Nederlandse Politieke Partijen te Groningen.

Illustraties: Kafak

Wie op 3 mei zijn of haar stem wil baseren op het partijstandpunt over de Geestelijke Gezondheidszorg, hoeft niet in de partijprogramma's te kijken. Die repen namelijk met geen woord over de GGZ. De zorg voor de psychiatrische patiënt of cliënt is een non-topic in de verkiezingen.

Wie naar het afgelopen jaar parlementaire politiek kijkt om er een stem op te baseren, komt echter niet veel verder. Eenstemmigheid is troef. Indicatief was al de kamerbrede steun die staatssecretaris Simons in juni 1993 kreeg voor zijn nota 'Onder anderen' over de toekomst van de GGZ. Meer vermaatschappelijking, een duidelijke plaats voor preventie, meer samenwerking met welzijnswerk en justitie ... de hele Kamer was ervoor.

Opmerkelijk genoeg was hetzelfde gezelschap net zo unaniem tegen Simons' voornemen om drie procent te bezuinigen op de budgetten van de psychiatrische ziekenhuizen. De Rotterdammer wilde met de vrijkomende miljoenen budgettekorten op te vangen bij de Riagg's en de vrij gevestigde psychotherapeuten. Terwijl in november vijfduizend psychiatrische patiënten en hun verzorgers (of is de volgorde andersom bij dit soort vertoningen?) op het Binnenhof van hun boosheid getuigden, bleek er een meerderheid voor de motie van zijn partijgenoot Van Otterloo, die erop neerkwam dat het geld voor de tekorten maar elders gezocht moest worden.

Een toevalligheid? Dat is maar de vraag. Misschien zit onder die eenstemmigheid in beide richtingen wel een trend. Neem het geluid van Erica Terpstra, onder kapitein Bolkestein het boegbeeld van de liberalen en al jarenlang actief als volkstribuun van de GGZ. In de *GGZ-Gazet* van december 1993 hield ze een scherp pleidooi tegen verdergaande extramuralisering. Tuurlijk, mensen met psychische problemen moeten zoveel mogelijk in de huiselijke kring worden behandeld, maar de slinger mag niet doorslaan, en dat dreigt wel te gebeuren.

Aan de andere kant van het politieke spectrum bleek (in de *Gazet* van januari) GroenLinks-woordvoerder Wilbert Willems het gloeiend met haar eens. 'Ik zie de kwaliteit in de psychiatrische ziekenhuizen de laatste jaren achteruit gaan: slecht eten, slechte behandelingen. We moeten ervoor zorgen dat die kwaliteit niet verder afkalt,' zo waarschuwde de - waarschijnlijk vertrekkende - volksvertegenwoordiger.

Illustratief voor de kamerbrede denkwijze over GGZ is ook de verklaring die D66-woordvoerder Jacob Kohnstamm gaf voor zijn handtekening onder de motie Van Otterloo: 'Ik vond het te riskant om op de psychiatrische ziekenhuizen te bezuinigen. De kans bestond dat die bezuiniging ten koste van de vernieuwing zou gaan.' Kohnstamms geluid is dubbel het beluisteren waard, aangezien het niet uitgesloten is dat D66 de volgende bewindsman of -vrouw op Volksgezondheid levert.

Een revival van de psychiatrische ziekenhuizen, toegejuicht door de politiek? Op zich is daar niets tegen. De afgelopen jaren zijn de bolwerken van weleer voorzichtig uit hun schulp gekropen om zich vanuit bos en duin in stadswijken te vestigen. In verschillende regio's is het aanvankelijke verzet van de ziekenhuizen tegen de zogeheten 'multifunctionele eenheden' omgeslagen in een stevige omhelzing. Alert bedrijfsmatig denken is daar niet vreemd aan. De inrichtingen hebben er immers alle belang bij zich ook op de markt van de ambulante zorg een stevige plek te verwerven. Het probleem is hooguit, dat kiezers die alleen verstand hebben van GGZ net zo goed alle hokjes rood kunnen maken.

Nico de Boer

WAT DEED DE REGERING VOOR DE GEZONDHEID?

Marcel Bullinga

Welke vraagstukken rond zorg en gezondheid heeft het parlement in de afgelopen kabinetsperiode behandeld? Dat was de vraag van de TGP-redactie. Welke partij diende moties in, hoe vaak, waarover? Wat hapklare statistische feiten van de afgelopen vier jaar.

Fluks gebeld met de voorlichters van de Tweede Kamer. Helaas - de vraag is te uitgebreid, 'zoveel tijd kunnen wij ons niet veroorloven, maar probeert u de afdeling Documentatie eens.' De afdeling Documentatie lijdt aan hetzelfde euvel. Tijdgebrek. 'Maar probeert u PARAC eens, de parlementaire databank. Dan kunt u zelf de zoekvraag verfijnen en eruit laten wat u niet nodig hebt.' Best, die moeite wil ik graag doen, maar hoe kom ik in dat systeem, luidt mijn weder-vraag.

Het enige wat ik daarvoor hoef te weten is een telefoonnummer. Dan legt mijn computer via modem en telefoonkabel (die van koper nog steeds) contact met de collega-chips aan de andere kant, waar de informatie ligt opgeslagen die ik zo graag wil hebben. Zonder dat ik er een voet voor buiten de deur hoef te zetten, een niet te onderschatten tijdsbesparing. Om ervoor te zorgen dat beide computers elkaar verstaan, moet ze wel op dezelfde manier de gegevens naar elkaar toesturen. Dat moet van tevoren in het communicatieprogramma worden ingesteld, het is iets in de trant van N-8-1, de instellingsparameters. Een technische riedel waar geen enkele gebruiker het fijne van afweet, en dat is ook niet erg, want eenmaal ingesteld werkt het. Dat moet ik dus ook nog zien te achterhalen. Bij commerciële informatiediensten, maar ook bij sommige non-profit-databanken moet je eerst abonnee worden, al dan niet tegen betaling. Zonder wachtwoord kom je daar niet in. Andere diensten - zoals de Wintersportlijn van de ANWB - zijn vrij toegankelijk voor iedereen. (Wat niet wil zeggen dat het gratis is. Het bellen van een 'vrij toegankelijk' 06-nummer kan behoorlijk uit de klauwen lopen.) Ik neem aan dat PARAC tot de categorie gratis & zonder wachtwoord behoort. Dan kan ik als onbekende vrijelijk aanbellen, de deur zal gastvrij voor me worden opengedaan.

HANDLEIDING

Eerst heb ik dus dat telefoonnummer nodig, en de instellingsparameters. Helaas, van de afdeling Documentatie kan niemand me deze toch betreffende simpele informatie geven. 'Stuur me dan de PARAC-handleiding,' probeer ik het probleem te omzeilen, 'dan zoek ik het zelf wel uit.' Ook dit stuit op problemen. 'Een handleiding, ach meneer, daar gaan wij niet over, maar probeert u gerust een ander telefoonnummer.' Vier of vijf telefoonnummers en minstens twee keer zoveel ambtenaren verder heb ik nog geen handleiding - 'Meneer, weet u wel dat de PARAC-handleiding héél dik is? En daarbij, we hebben hem niet in huis, misschien dat hij ooit nog eens wordt bijgedrukt, dat zou heel best kunnen. Wat? Een A4-tje faxen met de belangrijkste informatie? Nee meneer, daar kunnen we niet aan beginnen, waarom niet, vraagt u? Nou, omdat zo'n A4-tje niet bestaat.' De enige nuttige wetenschap waarvan ik ambtelijk in het bezit word gesteld, is dat er een versie van PARAC op CD-ROM bestaat, getiteld Register van Kamerstukken. Een CD-ROM is een muziek-CD zonder muziek met tekst (deze althans; ondertussen zijn er ook met tekst én muziek en spraak en zelfs videobeelden). Alle gegevens uit de PARAC-computer zijn daar onwisbaar op vastgelegd. Voordeel van zo'n CD is dat je net zolang kunt zoeken als je wilt zonder dat de telefoonteller loopt. Nadeel is dat de CD-versie een paar maanden achterloopt op de telefonisch bereikbare 'on-line' versie, die elke dag wordt geactualiseerd. Alles bij elkaar lijkt het me zinvoller om de CD op de ontleedbank te leggen dan verdere bureaucratische vis- en hengelpogingen te doen naar het PARAC-nummer.

Waar de CD mogelijkerwijs te vinden is, vraag ik voorzichtig. Ik wil in dit stadium op niemands tenen trappen. 'Geen idee meneer, probeert u gewoon eens wat, zou ik zeggen.' Daar zou ik zelf nou nooit opgekomen zijn. Ik probeer de Uni-

'WEETJES'

Simons' grand design

Wat ging er toch mis met dat grand design van Hans - 'toch de redelijkheid zelve' - Simons? We sprokkel-den wat saillante uitspraken uit de afgelopen kabinetsperiode bij el-kaar. Nou ja, saillant, wat daarvoor doorgaat in het omfloerste politieke debat in Nederland.

GPV (M. de Jong 1990)

'De discussie [over het rapport-Dekker] zal zeker langer gaan duren dan de commissie-Dekker wenselijk vindt. Ik hoop dat dat niet het enige punt is waarop de commissie onge-lijk zal krijgen.'

(In: Ons Burgerschap (GPV) 13-10-90, p. 39-43)

D66 (Jacob Kohnstamm, woord-voerder gezondheidszorg, 1992)

'Eind 1989 was D66 een groot voor-stander van voortzetting van de stel-selherziening. D66 heeft zich ont-popt als een groot voorstander van een breed en diep basispakket. Al-leen de patat met mayonaise mocht in de aanvullende verzekering. [...] Het politieke geklooi en het 'double-dutch' van Lubbers ('ik sta achter Si-mons, maar het moet niet te snel gaan') ontnemen ook D66 de lol om het plan te steunen.'

(In: Democraat 14-2-92, p. 3-4)

Socialistische Partij (H. van Gerven, arts Gezondheidsdienst SP, 1991)

'Het idee dat de kosten van de ge-zondheidszorg de pan uitrijzen is boerenbedrog. [...] Door de lay-out van het laboratoriumaanvraagformu-lier te veranderen daalde het aantal door huisartsen aangevraagde onder-zoeken met achttien procent.'

(In: Trouw 31-7-91)

D66 (Jacob Kohnstamm, 1992)

'Die stelselwijziging is nou een ty-pisch voorbeeld van de GROTE vi-sie naar Nederlands formaat. Het leek groots, meeslepend en revolu-tionair in z'n context, maar bij de uitvoering ging er zoveel water bij de wijn dat het al met al niet veel verschil maakt met het oude sys-teem.'

(In: Trouw 9-1-92)

VVD (B. Gijzel, VVD-lid en organisatie-adviseur Moret Ernst & Young, 1993)

'Wordt een op zich, zeker naar internationale maatstaven, heel behoorlijk presterende Nederlandse gezondheidszorg niet in de waagschaal gesteld van een riskant en gigantisch sociaal-economisch experiment? [...] Het is verstandiger eerst ervaringen op te doen met veranderingen binnen het stelsel in plaats van verandering van het stelsel.'

(In: Liberaal Reveil 2/1993, p. 42-48)

CDA (Ad Lansink, woordvoerder gezondheidszorg, 1993)

'De oorzaak van de huidige ellende is, dat er geen politiek draagvlak voor de plannen van Simons bestaat. [...] Alleen de overheid heeft belang bij een wijziging in de financiering van de gezondheidszorg. De medische wereld wil dienstbaar zijn en omzet maken. [...] Er is nu eenmaal een aantal mensen in dit land dat veel mag verdienen zonder dat iemand zich daarover opwindt en dat zijn sportlieden, artiesten en medisch-specialisten.'

(In: HN-magazine 9-10-93, p. 9-11)

PvdA (Hans Simons, staatssecretaris gezondheid WVC, 1993)

'Je zou kunnen zeggen dat de mars door de instituten bij het CDA een beter beoefende sport is dan bij de andere politieke partijen.'

(In: Vrij Nederland 10-7-93, p. 7-9)

PvdA (WVC-minister Hedy d'Ancona 1993)

'Het lijkt nu alsof ik vier jaar een wilde revolutionair naast me heb gehad. Nou, daar heb ik niets van gemerkt. Hans was de redelijkheid zelf.'

(In: Vrij Nederland 6-11-93, p. 8-11)

PvdA (Simons 1993)

'Het kan ook wel wat minder met die consensusvorming in Nederland.'

(In: Trouw 23-4-93)

versiteitsbibliotheek gewoon eens wat en warempel, het is raak. Het gouden schijfje ligt lonkend en spiegelen op me te wachten.

Wat ik hoop aan te treffen is een 'expert-zoeksysteem' dat mij actief vraagt wat mijn zoekwensen zijn en vervolgens zelf met de beste oplossing komt, en natuurlijk een hulp-functie heeft over de relatieve waarde van die oplossingen. Iets in de trant van 'Let op, trefwoord X levert een overlap op met trefwoord Y, als u dat ook nog wilt proberen dan combineert het systeem de resultaten voor u, wilt u dat dit gebeurt, klik dan op het icoontje..' Het slimmere spreadsheet-programma kan het tegenwoordig, dus waarom een Parlementaire Publieks Informatie-dienst niet?

ONBEANTWOORDE VRAGEN

Ik had beter kunnen weten. Computer en overheid - die combinatie staat nog altijd voor gebruiksvriendelijk in het kwadraat. De zoekfunctie is van een ontstellende simpelheid, daar valt weinig intelligents uit te halen. Verder moet ik alles zelf uitproberen, een moeizame en tijdrovende klus. Het ergste van alles is dat ik geen eenduidige antwoorden krijg. Zoeken op het trefwoord 'gezondheidszorg' levert andere treffers op (treffers zijn documenten waar het gezochte trefwoord in voorkomt en die gemaakt zijn in de tijdsperiode 1989-1993 die ik heb ingegeven) dan zoeken op 'volksgezondheid'. Hoe verhouden deze zoekresultaten zich tot elkaar? Ik heb geen flauw idee. Daarvoor zou ik alle treffers moeten bekijken en nagaan waarom het ene document wel en het andere niet onder 'gezondheidszorg' is te vinden. En een combinatietrefwoord als 'volksgezondheidszorg' bestaat niet. Nu is het zo dat trefwoorden aan het originele document worden toegevoegd door de uitgever. Ligt daar misschien de fout? Is de uitgever onvolledig of slordig geweest? Heeft die niet goed nagedacht over een consistente 'labeling'? De onbeantwoorde vragen stapelen zich op. Hoe verhoudt een overkoepelend trefwoord als 'volksgezondheid' zich tot deeltrefwoorden als 'AWBZ' en 'thuiszorg' (en zelfs 'Hans Simons')? Vormt het trefwoord 'preventieve gezondheidszorg' een nevencategorie naast 'gezondheidszorg' of is het daaraan ondergeschikt? Is het beter om te zoeken in de volledige tekst van een document of alleen op het eraan toegekende trefwoord? Als het gezochte woord in de volledige tekst staat, is het dan altijd opgenomen als trefwoord, en andersom ook? Het zoekstelsel zwijgt bokkig. Kortom, op basis van deze informatie valt niet het gehoopte fraaie grafiekje samen te stellen met aantallen moties, de afhandeling door de regering, het partijpolitieke stemgedrag.

Ik mag de universiteitscomputer niet langer dan een halfuur bezet houden. De volgende CD-ROM-kandidaat staat al ongeduldig achter me te wachten. Ik zet de resultaten van de diverse zoektochten op flop om ze thuis beter te kunnen bekijken. De Universiteit, stelt mij daartoe voor de ronde somma van 2 gulden en 50 cents een flopje ter beschikking.

Eenmaal thuis blijkt dat het systeem essentiële informatie heeft weggelaten. De originele documenten zijn wel netjes leesbaar op schijf gezet, hoera, maar niet de zo wezenlijke combinatie van trefwoorden die gebruikt is om tot dat bepaalde zoekresultaat te komen. Nu weet ik dus niet precies meer wát ik gezocht heb...

STATISTISCHE FEITJES

Om de lezer/es niet helemaal in het ongewisse te laten, toch nog een paar statistische feitjes. Eigenhandig geteld, dus: voor wat het waard is.

In de periode 1989-1993 zijn twaalf 'gezondheidsmoties' verworpen. (Zo weinig? Kan dat correct zijn?) De PvdA wenst dat ergonomie officieel deel uitmaakt van de ARBO-disciplines. De VVD wijst het regeringsvoornemen af om het bedrijfsleven een heffing op te leggen in het kader van de Warenwet. D66, Klein-rechts en Groen Links willen dat de Tijdelijke Financieringsregeling Verslavingszorg zodanig in een wettelijke regeling wordt omgezet 'dat daarbij de elementen van complementair bestuur, zoals voorzien in de nieuwe Welzijnswet, naast de beleidsmatige samenhang op lokaal niveau gestalte kan krijgen'. Volgens D66 moet bij elke Miljoenennota de bandbreedte worden aangegeven waarbinnen de hoogte van de nominale premie zich ontwikkelt. GroenLinks en D66 willen dat de patiënten/consumentenorganisaties meer bevoegdheden krijgen. Klein rechts wil dat de regering afziet van maatregelen die gemeentebesturen belemmeren het aantal gokautomaten terug te dringen. Het GPV vindt dat er niet meer casino's mogen komen, en trouwens ook geen instantloterij. D66 en GroenLinks vinden dat bij ernstige smog verkeersmaatregelen niet moeten worden uitgesloten. De PvdA doet een onduidelijk verzoek met betrekking tot bestrijdingsmiddelen. VVD en D66 nodigen de staatssecretaris uit de Kamer con-



crete voorstellen te doen tot invulling van de één procent groei­ruimte in de zorg. D66 roept op de impasse rond de CAO-­ziekenhuizen te doorbreken.

Ze hadden het gewild, ja. Het mocht allemaal niet zo zijn. Al deze moties werden verworpen.

In het stemgedrag vallen twee zaken op. De CD gaat de gezondheidszorg blijkbaar niet erg ter harte; de partij heeft nog nooit ook maar één motie - verworpen of aangenomen - ingediend. Met GroenLinks heeft de CD overigens gemeen dat ze nul keren verdeeld stemde, in tegenstelling tot de overige partijen. Hoe groter de fractie, hoe groter het aantal verdeelde stem­mingen; het CDA spant de kroon. Er zijn natuurlijk ook gezondheids­moties aangenomen: 15 sinds 1989. GroenLinks vindt dat de regering te hard van stapel loopt in de verslavingszorg. D66, GroenLinks, PvdA en SGP willen dat de patiëntenorganisaties geld krijgen uit het budget van verzekeraars en aanbieders van zorg. PvdA, VVD, D66, GL en klein rechts eisen dat er niet bezuinigd wordt op de verslavingszorg. PvdA en CDA wensen dat een essentieel deel van het onderzoeksbudget wordt aange­wend om de doelmatigheid in de zorgsector te vergroten. CDA en VVD willen dat de effectiviteits- en kwaliteitsverbetering gebeurt in samenwerking met de beroepsgroepen. PvdA en CDA willen dat 4 kwaliteitseisen over de verzorging van de patiënt worden opgenomen in de wet. VVD, D66, SGP, PvdA en CDA willen dat er een Steunpunt Multiple Sclerose komt in Breda. De hele Kamer wil een wettelijke regeling die erfelijkheidsonderzoek in relatie tot arbeidsgebonden aandoeningen uitsluit. PvdA, VVD, D66 en CDA verzoeken de regering in haar preventiebeleid meer nadruk te leggen op het vergroten van het aantal gezonde levensjaren. PSP, RPF, VVD, CDA, D66 en PvdA komen met een pakket van eisen om de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige en verzorgende te waarborgen. Groenlinks wil op de hoogte worden gesteld van een onderzoek naar de gezondheidsgevolgen van werken met bestrijdingsmiddelen. Ambulante hulpverlening aan gokverslaafden moet in het kader van de Tijdelijke

PvdA (Simons 1993)

Simons over VVD-­voorzitter Van Leeuwen, die zich in de Eerste Kamer tegen de plannen van Simons keerde omdat hij de vrije markt te weinig ruimte zou geven en die als voorzitter van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg Simons verzocht voorzichtig te zijn met de marktwerking in de thuiszorg: 'Vanuit verschillende maatschappelijke verantwoordelijkheden tegengestelde uitspraken doen, daar kan ik niet bij.'

(In: Vrij Nederland 18-1-92, p. 9-11)

CDA (F. Werner, ex-topambtenaar WVC, getipt CDA-kandidaat staats­secretaris, 1993)

'Simons loopt te hard. Hij wil te veel. Hij vergaloppeert zich.' Simons in Vrij Nederland: 'O. Heeft Werner dat ook al gezegd?'

(In: Vrij Nederland 6-11-93, p. 8-11)

Simons versus de gezondheids­maffia

Niet de minsten wijten het fiasco-Simons aan de gezondheids­maffia, die noodgedwongen haar bestaan ont­hulde. Getergd en geprikkeld liet dit militair-industrieel gezondheids­complex zijn tanden zien. Zelfs het CDA raakte er de kluts door kwijt.

CDA (F. Werner 1993)

'Tot voor kort was de gezondheids­zorg nog een vrij geïsoleerd gebeuren: als je er een beetje in thuis was, wist je hoe de lijnen liepen. Op het ogenblik weet ik ook niet meer wie er waar invloed uitoefenen.'

(In: Trouw 19-6-93)

D66 (Kohnstamm 1992)

'Simons en ik verbaasden ons beiden over de macht van de gezondheids­maffia. Het zijn allemaal dezelfde handen op één buik en dat maakt de veranderingen zo moeilijk.'

(In: Trouw 9-1-92)

PvdA (Simons 1993)

'Ik had pas een gesprek met ouders die zelf proberen de zorg te organiseren voor hun gehandicapte kind. Als ik alles hoor, hoe die ouders oplopen tegen de regels en belangen van inrichtingen of tehuizen, dan schrik ik van de enorme bureaucratie. Ik heb geen kritiek op de mensen die de zorg uitvoeren maar wel op het bestuurlijke niveau dat geweldige moeite heeft om arrangementen aan te passen aan de wens van de patiënt.'

(In: Vrij Nederland 10-7-93, p. 7-9)

PvdA (K. Kolthoff, oud-Tweede-Kamerlid, 1992)

'De zogenaamde haast van Simons is een bedenkfel van dwarsliggende en trainerende belangengroepen en Eerste-Kamerleden, die al jaren geleden konden weten wat er stond te gebeuren.'

(In: de Volkskrant, Open Forum, 17-4-92)

PvdA (Simons 1993)

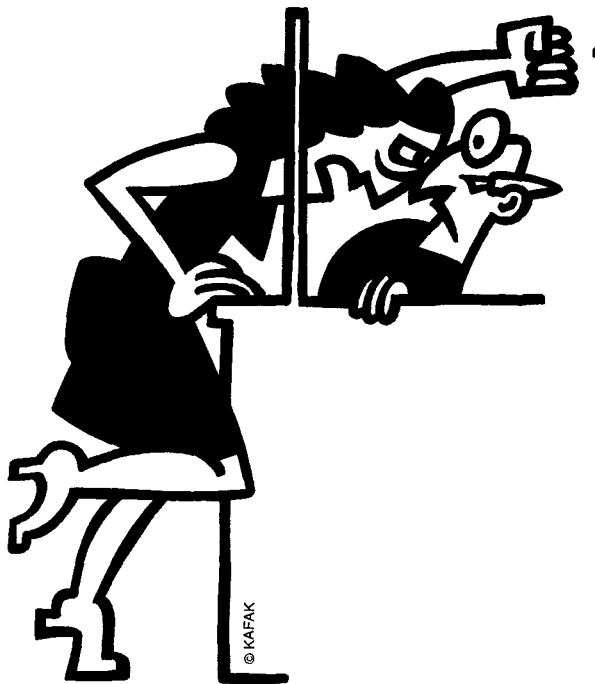
'Iedereen is het wel eens over het toekomstperspectief van de zorg: het moet toegankelijk en solidair blijven, we moeten medicalisering terugdringen, gepast en doelmatig gebruik is essentieel. Maar als het dan echt op het nemen van maatregelen aankomt, dan stuit je op drempels, bezwaren en weerstanden.'

(In: Trouw 15-4-93)

PvdA (K. Kolthoff, 1993)

De vrijheid van keuze door patiënten wordt feitelijk belemmerd door 'kartelgedrag van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, door onwettige afspraken tussen huisartsen en door de fusiegolf van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. [...] De staatssecretaris reageert hier niet tijdig en krachtig op.'

(In: Trouw 13-3-93)



bijdrage-regeling verslavingszorgregeling zijn toegestaan, vinden CDA, D66, klein rechts en PvdA. Er moet een nota Zorg-innovatie verstandelijk gehandicapten komen, vindt de hele Kamer. CDA en PvdA zijn bezorgd over het gebrek aan toekomstvisie van de Surinaamse regering (dat leidt onder meer tot mislukte gezondheidszorg-projecten, vandaar).

KAMERSTUK 22800

050 XVI

En dan stuit ik op Kamerstuk 22800 050 XVI van 10 december 1992, ingediend door G. de Jong van het CDA. Aangenomen met CDA, VVD, SGP, GPV en RPF voor, PvdA, CD, GL en D66 tegen. Het is een dringend verzoek aan de regering 'te komen met een programma gericht op minimaal tien procent bezuinigingen

op het totaal aan subsidie in de volksgezondheid, zonder dat dit gepaard gaat met verschuivingen binnen of tussen overheidsbegrotingen en waarin systematisch wordt nagegaan of en zo ja hoeveel subsidieontvangers substantieel kunnen bijdragen in de financiering'.

Wat is er gebeurd met Kamerstuk 22800 050? Niets! Althans, in geen van de op flop opgeslagen zoekbestanden wordt er nog naar verwezen. Is dit een stuitend en door niemand opgemerkt geval van minachting voor het parlement, of het gevolg van een jammerlijk incomplete zoekactie? Ik besluit tot enige handmatige actie. Ik bel de Voorlichtingsdienst van de Tweede Kamer op. Die heeft geen idee. Ik krijg opnieuw het advies me tot de afdeling Documentatie te wenden. Die weet te melden dat er geen referentie bestaat, een vervolg op de motie, bijvoorbeeld een antwoord van de betreffende bewindspersoon. Is dat een slecht of een goed teken? Geen van beide. Een referentie komt in ongeveer de helft van de gevallen voor. Ik moet bij de bron zijn voor het juiste antwoord: het ministerie van WVC. De WVC-voorlichter weet uit zijn hoofd te vertellen dat er in 1993 voor zo'n 50 miljoen is bezuinigd. Maar of dat een direct uitvloeisel is van Kamerstuk 22800 050? Hij zal het uitzoeken.

Het blijkt zo te wezen. Getuige de Aanvullende Begroting is er gemiddeld (dus niet per begrotingspost) tien procent bezuinigd. Over deze menselijke informatie is geen twijfel meer mogelijk. Heel anders dan computers.

Marcel Bullinga is projectmedewerker bij het Instituut voor Publiek en Politiek.

LAW & ORDER ZIJN DE OPVOLGERS VAN ZORG EN PREVENTIE

Ingrid van de Vegte

Nederland heeft behoefte aan sterke mannen, vooral politiemannen. Die moeten ons van een toenemend gevoel van onveiligheid afhelpen, beschermen tegen uit de hand lopende criminaliteit en de moraal van het mijn en het dijn weer tot leven wekken. Onveiligheid en de bestrijding ervan: thema van de komende verkiezingen en thema van dit artikel. Waarom zijn zorg en welzijn uit zicht verdwenen? Voor drugsverslaafden lijkt slechts plaats in steeds meer cellen. Zwerfers met psychische of psychiatrische achtergrond krijgen alleen maar veel aandacht omdat ze als ordeprobleem gezien worden.

De media strooien met cijfers over de toenemende criminaliteit, en de aantallen slachtoffers daarvan. Nederland behoort zelfs tot de top-tien van onveilige landen. Cijfers die door politici nauwelijks gereslaveerd worden. Die lijken bang voor verwijten dat zij de onveiligheidsgevoelens van de burgers in het land bagatelliseren. Maar ze bieden nu vooral bescherming aan als oplossing en laten na het probleem van criminaliteit en onveiligheid nader te analyseren.

Het geloof dat extra aandacht voor zorg en welzijn preventief werkt, is de laatste jaren geslonken. Geen gemeenteraad heeft recentelijk besloten meer geld te besteden aan verslavingszorg om zo de stijgende criminaliteit te bestrijden. Integendeel, er wordt flink bezuinigd, de tijdelijke financieringsregeling verslavingszorg (TFV) wordt in de pot van de lokale sociale vernieuwingsgelden gestort en daar wordt weer voor 17 miljoen op bezuinigd. Ondanks een kamerbreed gesteunde motie tegen deze kabinetsplannen gaan de bezuinigingen door: 'er is geen geld gevonden om ze tegen te gaan'. Dit betekent concreet dat vooral in de ambulante verslavingszorg de komende jaren veel ontslagen gaan vallen, in sommige gevallen wordt meer dan een derde van het personeel wegbezuinigd.

WVC roept niet tegen Justitie dat er een gerichtere aanpak van psychiatrisch daklozen moet komen om zo de overlast en het gevoel van onveiligheid te doen afnemen. De Amsterdamse Jellinekliniek krijgt minder geld voor het uitveesen van haar voorlichting staken, terwijl in dezelfde stad agenten gaan voorlichten over drugs op scholen. Zij krijgen daar extra middelen voor.

De welzijns- en gezondheidssector is er blijkbaar niet voldoende in geslaagd men-

sen in staat te stellen op een volwaardige en redelijke manier te laten deelnemen aan de maatschappij. Om ze te leren omgaan met problemen en een eigen perspectief te leren creëren. Ook lukte het de gezondheidszorg, in casu de psychische hulpverlening niet de gekken te genezen, of te voorkomen dat ze zich gevaarlijk of asociaal gaan gedragen.

Het geloof in de maakbaarheid van het individu lijkt evenredig af te nemen met de herontdekking van de genetica en chemisch-biologische processen. Medicijnen mogen weer en symptoombestrijding is doel geworden. Het is de zorg immers niet gelukt om met een analyse van het onbewuste, van de maatschappelijke factoren, of van het systeem van herkomst ervoor te zorgen dat iedereen in staat is adequaat te functioneren in het leven. Een grondige analytische aanpak leidt kennelijk niet tot minder overlast en een pragmatische zachte hand is te vrijblijvend om resultaat te boeken.

Politiek en publiek lijken nu te vinden dat de zorg- en welzijnssector haar kans heeft gehad. Het is de sector niet gelukt de politiek te overtuigen van haar successen.

DRUGSVERSLAAFDE

De gevolgen van harddrugverslaving zijn duidelijk merkbaar in de criminaliteitscijfers: zo is bijvoorbeeld de helft van de gedetineerden verslaafd. De vrijheid van het verslaafde individu staat onder druk en de bescherming van de groeiende groep slachtoffers van de criminaliteit wordt belangrijker. Vrijwillig afkicken wordt nu 'afkicken onder drang of dwang'. Verplicht kiezen tussen straf en afkicken na een (de zoveelste) justitiële veroordeling. Als criminaliteit, zo nadrukkelijk bestreden moet worden als in het huidige verkiezingslawaai klinkt, dan ligt het voor de hand om het directe verband tussen hard-

drugverslaving en een crimineel bestaan te verbreken. Veel van de kleine delicten worden gepleegd door verslaafden die snel geld nodig hebben. Dat zijn de delicten waar de gewone burger last van heeft. In de stad Groningen bijvoorbeeld staat meer dan de helft van alle diefstallen op naam van een vast bestand van twintig - verslaafde - personen, die daarmee politie, justitie en het gevangeniswezen onevenredig veel werk bezorgen. De politie in Den Haag schat dat tachtig procent van de totale criminaliteit, in de stad wordt gepleegd door zo'n driehonderd drugsverslaafden.

Ook leidt de illegaliteit, van harddrugs tot een groot deel van de zware criminaliteit: de drugshandel en alle illegale handelingen die daarbij komen kijken. Legalisering van drugs is al jarenlang een item in het veld van werkers: politie, GGD'en, CAD's, justitie. Sinds kort wordt er zelfs in kringen van het bedrijfsleven over gesproken: het kost te veel geld. Er ontstaat te veel oneigenlijke concurrentie door de enorme drugswinsten waarmee de georganiseerde misdaad aan de reguliere misdaad deelneemt. Maar in de politiek blijft legalisering en zelfs liberalisering van drugs een taboe, om diverse redenen. Experimenten die op verschillende plaatsen worden uitgevoerd om zwaar en langdurig verslaafden te bedienen van morfine of heroïne (of Palfium, een synthetisch opiaat dat door artsen wordt verstrekt, is het nieuwste idee) worden nooit verlengd of verbreed ondanks de vaak voorzichtig positieve resultaten. Geruchten gaan dat in de PvdA voldoende voorstanders te vinden zijn om een beperkte legalisering als item in het verkiezingsprogramma op te nemen. Simons zou er daar een van zijn, maar pas als hij in Rotterdam zit. In zijn positie als staatssecretaris heeft hij zich nooit in positieve zin hierover uitgesproken; een gemiste kans.

Het politieke taboe op de legalisering van drugs ligt niet in de lijn van het Nederlandse verslavingsbeleid. Nederland heeft immers in haar geschiedenis een gedoemde houding aangenomen ten aanzien van verslavingen. Liever niet verbieden. Zolang er niet te veel overlast ontstaat kan de samenleving dat wel hanteren, en juist in de openheid zijn de excessen te bestrijden.

Maar de vorming van Europa en de invloed van de Amerikaanse 'war on drugs' hebben deze typisch Nederlandse aanpak geen goed gedaan. Langzaam wordt die nu voorbijgestreefd: in de Verenigde Staten heeft Clinton pas geleden formeel het einde van de 'war on drugs' aangekondigd - wat overigens niet aan de grote klok is gehangen - en in Engeland, Duitsland en Zwitserland zijn experimenten gaande die ver voor de Nederlandse uitlopen.

Nederland moet de komende jaren bewijzen dat het de vestiging van Europol waard is. Een streng beleid is dan ook het parool, zonder dat iemand kan aangeven hoe succesvol dat zal zijn. En zonder dat iemand kan aangeven of dat nou inderdaad zal leiden tot de zo gewenste afname van de criminaliteit.. Overigens is een van de belangrijkste argumenten die Hirsch Ballin aanvoert om de strijd tegen drugs te verheiligen een volksgezondheidsargument: drugs verwoesten mensenlevens en ondermijnen de lichamelijke en psychische gezondheid.

ZWERVERS

Verslaafden zijn niet de enigen die overlast bezorgen en de veiligheid op straat en bij de haard verstoren. Zwervers, rondhangers, thuis- en of daklozen zijn meer en meer een onderdeel van het openbare leven. Er wordt globaal uitgegaan van 30.000 thuislozen in Nederland. Ongeveer 35 tot 45 procent heeft daarvan een psychiatrische stoornis. Dit is veel hoger dan gemiddeld, vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis met tien tot twintig procent valt op tegen 1,5 procent gemiddeld onder de Nederlandse bevolking. Daarnaast heeft ongeveer een kwart een alcoholprobleem en twintig procent gebruikt drugs.

Een deel van de hierboven beschreven populatie behoort tot wat men noemt de 'in zich zelf gekeerde zwerver', dat zijn die zwervers die in zichzelf praten, teruggetrokken zijn en een geïsoleerd bestaan leiden. Deze mensen dragen weinig bij aan het gevoel van onveiligheid: ze doen niemand kwaad. Een ander deel bezorgt aanmerkelijk meer overlast, vooral de grootgebruikers van alcohol en de mensen met de genoemde antisociale persoonlijkheidsstoornis. In de standaard voor de psychiatrische diagnostiek worden de kenmerken van een volwassene met een dergelijke stoornis vooral beschreven in termen van het niet kunnen voldoen aan sociale normen. Dan gaat het om stelen, liegen, agressief zijn, de veiligheid van anderen in het geding brengen, schulden maken, kinderen mishandelen of verwaarlozen enzovoorts, dat alles gecombineerd met het niet in staat zijn daarover berouw te tonen. Daarnaast



*Politieagent wil de identiteit van een zwerver controleren
Foto: Gererd WesseljHH*

geldt dat men niet in staat zou zijn plannen te maken voor de toekomst en dit uit zich dan in zwerven zonder vooropgezet doel. De vraag bij de beschrijving van dit soort kenmerken is natuurlijk altijd wat nou oorzaak en wat gevolg is. Feit blijft dat een groot deel van de daklozen gedrag vertoont dat overlast bezorgt en de onveiligheid van anderen vergroot.

Als de politiek de onveiligheid wil verminderen zal ze zich druk moeten maken over deze groep. Bezuinigingen op de psychiatrische zorg en het te beperkt ontwikkelen van alternatieven voor een levenslang verblijf in een inrichting, zijn dan ongewenst.. Het algemene overheidsbeleid pretendeert extramuralisering van de GGZ na te streven. De geldstromen zouden dan ook van intramurale voorzieningen naar extramurale voorzieningen moeten gaan. Van chronische afdelingen naar begeleid wonen bijvoorbeeld, of van behandeling tijdens een opname naar poliklinische behandeling. In werkelijkheid zie je deze verschuiving in middelen niet. Er is in alle sectoren van de GGZ meer geld uitgegeven dan inflatoir te duiden is, maar de vraag is nog veel meer toegenomen dan de hoeveelheid middelen. (Jaarboek GGZ 1993).

De roep om meer zorg en aandacht, om creatieve oplossingen voor ingewikkelde problemen, waarbij rekening gehouden wordt met de vraag van het individu aan de ene kant en de wens tot bescherming van overlast aan de andere kant, is niet te

horen in het politiek publieke debat. De chronisch psychiatrische zorg is geen gebied waarmee je kunt scoren, en experimenten om tot een andere manier van omgaan met geschetste problematiek te komen zijn klein en meestal incidenteel..

JONGE WERKLOZEN

Jonge Marokkanen zonder baan en toekomstperspectief, jonge werklozen in het algemeen, Antilliaanse jongens en kleine jeugdbendes komen vaak als probleemgroepen in het nieuws. Het beeld in verkiezingstijd anno 1994: het is tuig van de richel, opgegroeid voor galg en rad, dat in welzijnsland wordt doodgeknuffeld in plaats van met harde hand het rechte pad opgestuurd. Zij zijn het schuim der natie, wat moeten we ermee?

De voorgestelde oplossingen zijn hier tweeledig. De eerste betreft het bij reeds ontspoorde tijdiger, harder en langer straffen, denk aan de kampen van Lubbers, de beveiligde jeugdgevangenissen en de discussies over alternatieve straffen. De tweede oplossing wordt nog wel in een preventieve aanpak gezocht.. Door de risicogroepen te analyseren en gericht te benaderen zal het mogelijk blijken in de toekomst ernstige ontsporingen te voorkomen. De oplossing is opvoedingsondersteuning. Door ouders te ondersteunen bij het begeleiden en opvoeden van hun kinderen kunnen veel moeilijkheden worden voorkomen. WVC en Justitie werken samen aan stimuleringsregelingen voor 10-

kale projecten over opvoeding. In die programma's staan het straffen en belonen centraal. Het gaat erom dat kinderen en jongeren weer als vanouds van hun ouders leren wat goed en fout is, wat mag en niet mag, wat mijn en dijn is. Voor het goede dienen ze meer beloond en vooral ook voor het foute duidelijk gestraft. In een samenleving waarin niet iedereen vanzelfsprekend en vanzelf de gewenste moraal bezit moet van bovenaf worden ingegrepen. In dit geval overigens wel door van onderaf op te bouwen: via de opvoeding.

Wat ook van de opvoedingsprogramma's te denken, het is een sympathieke poging om een probleem te voorkomen. Het probleem wordt geanalyseerd en uiteindelijk gelokaliseerd als een 'moraliteitsprobleem' of een 'autoriteitsprobleem'. En hiermee komen we wellicht bij de kern van het huidige zoeken, door burger en politicus, naar sterke mannen.

DE MORAAL

We zijn op zoek naar sterke mannen die duidelijk zijn, die een moraal verkondigen die de grootste gemene deler beschermt en hardop stoere taal durven uiten. Hoofdcommissarissen zijn de trompetters in het leger, zij verwoorden tegenwoordig niet alleen de problemen (dat deden ze altijd al, ze komen ze in hun werk tegen), maar ook de oplossingen. Ze vullen het gat dat de politiek laat vallen. Zelfs het CDA kan geen moraal meer brengen, en heeft vooral functioneel getinte verklaringen en financieel-technische oplossingen.

Nadat de medische stand de macht van de kerk had overgenomen waar het ging om de inrichting in de samenleving, om het vaststellen van goed en kwaad, gezond of ziek, en de psychologie en het welzijnswerk deze functie verder uitbouwden in de afgelopen decennia, is het woord aan de politie. Op zoek naar autoriteit en duidelijkheid, naar saamhorigheid en nationale identiteit, lijkt zij uitgeroepen te worden tot de leidende discipline. De genezing en het welbevinden van het individu wordt ondergeschikt gemaakt aan dat van de grote groep. Uniformen hebben altijd al een depersonaliserende werking gehad.

PRIKKELEND RAPPORT BIJ HET SCHEIDEN VAN DE MARKT

GEEN STUKLOON MEER VOOR SPECIALISTEN, EXTRA INKOMEN VOOR HUISARTSEN

Albert Schoenmaker

Aan het eind van de huidige kabinetsperiode verschijnt 'Gedeelde zorg: betere zorg'. Het advies van de commissie Modernisering Curatieve Zorg, ofwel de commissie-Biesheuvel. De betaling van specialisten heeft de grootste aandacht gekregen in de berichtgeving over het rapport. Het was dan ook een van de grootste struikelblokken van Simons. Een nieuw betalingssysteem voor specialisten is misschien wel het enige concrete advies dat een nieuw kabinet straks overneemt in het regeerakkoord. Verder wil de commissie huisartsen extra inkomensprikkels geven, wat tot grotere inkomensverschillen tussen huisartsen ondeling kan leiden. De voorstellen over de organisatie van curatieve zorg zijn minder concreet, soms zelfs naïef.

Biesheuvel geeft de huisarts veel krediet. De huisarts moet in zijn rol als poortwachter versterkt worden. Een goede rem op het aantal verwijzingen naar specialisten scheelt immers in de kosten. Maar heeft de huisarts de verwijskaart eenmaal uitgeschreven, dan is het afgelopen met zijn controle. Patiënten kunnen jarenlang in het specialistisch circuit verblijven zonder dat de huisarts daar veel aan kan doen, of daar zelfs maar enige weet van heeft. De commissie-Biesheuvel stelt dat de huisarts instrumenten moet krijgen om de relatie met de specialist meer naar zijn hand te zetten. Zij denkt aan zaken als een gezamenlijk consult van huisarts en specialist, een advieskaart voor een strikt eenmalige verwijzing, en aan gerichte diagnostiek. Ook breekt de commissie

een lans voor de ontwikkeling van standaarden voor zaken die zich 'tussen' huisarts en specialist afspelen. Standaarden met dezelfde status als de NHG-standaarden voor strikt huisarts geneeskundige zaken, die het Nederlands Huisartsen Genootschap sinds 1989 ontwikkelt.

TRANSMURALE ZORG

Grootste troef van de commissie is het begrip transmurale zorg: de zorg die tussen de eerste en tweede lijn wordt geleverd. Biesheuvel pleit voor het opheffen van de strikte scheiding van eerste en tweede lijn. De patiënt wil zorg op maat en dat betekent dat ziekenhuis, specialist en huisarts daar samen gestalte aan moeten geven. Het curatieve zorgaanbod moet 'een soepel lopend raderwerk zijn, waarin men elkaars specialiteiten kent en zorgt voor een dusdanige afstemming dat de afzonderlijke raderen soepel in elkaar grijpen'. Een panklaar recept is er niet, zegt de commissie. Dat hoeft ook niet, maar het beeld dat de commissie voor ogen staat is enigszins wereldvreemd. Iedereen die zich verdiept in innovatieve samenwerkingsprojecten weet dat een geolied raderwerk een idylle is. Vernieuwing wordt gehinderd door belangenstrijd en autonomiebehoud en deze problemen zijn niet zomaar te bezweren, zoals de commissie doet voorkomen.

INKOMEN

De adviezen van de commissie over de specialisteninkomens spreken uiteraard tot de verbeelding. Het stukloon voor specialisten leidt ieder jaar tot stijgende kosten. De commissie-Biesheuvel rekent af met de bizarre koppeling van inkomen en verrichtingen. Gezamenlijk zijn specialisten allang niet meer in staat een eigen visie op de toekomst neer te leggen. De honoreringssystematiek die de commissie voorstelt, komt bij gebrek aan inhoudelijke discussie.

Terwijl specialisten beperkt worden in hun inkomensverwerving, krijgen huisartsen extra prikkels. Uitgangspunt is een basisinkomen (80% van de huidige 'norm') op abonnementsbasis. Een abonnementshonorarium, zo schrijft de commissie, kenmerkt de vaste band die de huisarts met de patiënt heeft. De huisarts kan het basisinkomen op twee manieren

teem dat de commissie heeft uitgedacht geeft de groepspraktijk een voorsprong op solo-praktijken, aldus het rapport. Het is merkwaardig dat over *huisartsengroepen* met geen woord gerept wordt. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) probeert al jaren de waarneemgroepen van huisartsen om te laten vormen tot groepen met een bredere functie. Zij wor-

veerde maatstaven te vatten. Het werken in de groepspraktijk is aan te bevelen, schrijft Biesheuvel nog zwakjes, maar dat doen deze huisartsen al bijna allemaal. De differentiëring van huisartseninkomens kan zo nare gevolgen hebben.

Uit verschillende politieke hoeken zijn de reacties op het rapport vrij positief; tot nu toe zijn de specialisten (en dan nog niet eens alle) de enigen die het oneens zijn met de bevindingen in *Gedeelde zorg: betere zorg*. Voor de adviezen over de samenhang in de curatieve zorg is dat niet verwonderlijk. 'Meer samenwerking' is iets wat altijd wel aanslaat. De commissie geeft zo weinig richting aan het fenomeen transmurale zorg dat ieder er het zijne van kan denken. De adviezen over de inkomens van huisartsen leiden tot verschillen tussen huisartsen die de huidige problematiek van de huisarts in de grote stad versterkt in plaats van oplost.

Albert Schoenmaker is medewerker van het Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (Stichting 0&0) Utrecht.

Gedeelde zorg: betere zorg: rapport van de commissie modernisering curatieve gezondheidszorg. Rijswijk, ministerie van WVC, 1994

De commissie moest zich bezighouden met de modernisering van de curatieve zorg: het werkgebied van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen dus. Het rapport kent drie belangrijke thema's:

- de honorering van specialisten en huisartsen;
- de samenhang specialist-ziekenhuis;
- de samenhang in de curatieve zorg: de samenwerking tussen huisartsen specialisten en ziekenhuizen.

aanvullen: door bonussen voor doelmatigheid en door een aparte honorering van extra verrichtingen. Een huisarts kan bijvoorbeeld een bonus voor doelmatig handelen krijgen als blijkt dat hij 'zuinig' heeft voorgeschreven, minder heeft verwezen naar de specialist of geen overbodige diagnostiek heeft aangevraagd.

Als het gaat om extra verrichtingen stelt de commissie zich voor dat huisartsen bijvoorbeeld aan audiometrie en oogheelkunde gaan doen, EHBO-functies van het ziekenhuis overnemen of kleine chirurgische ingrepen gaan verrichten. Daarvoor moeten ze dan wel over aparte certificaten beschikken; de kwaliteit van die extra verrichtingen moet gewaarborgd zijn.

NAIEF

Afspraken over extra verrichtingen kun je op lokaal niveau maken met de verzekeraar, vindt de commissie. Dat getuigt van naïviteit. De huisarts in Amsterdam of in Wildervank heeft immers al lang niet meer met één verzekeraar te maken. Sinds 1991 mogen ziekenfondsen het hele land tot hun werkgebied rekenen. Als ook particulier verzekerden op abonnementstarief komen, zal een huisarts zaken doen met tientallen zorgverzekeraars. Afspraken maken op lokaal niveau is dus feitelijk onmogelijk, of het moet op het niveau van de regiovisies zijn. Maar deze zijn er voorlopig niet en hebben geen afdwingbare status.

GROEPSPRAKTIJK

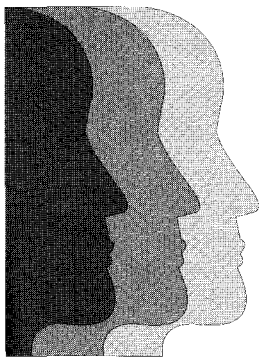
De groepspraktijk voor huisartsen is herontdekt vanwege vermeende doelmatigheid. Deze samenwerking onder één dak heeft de voorgestelde financiële prikkels niet nodig. Het opslagen- en bonussensys-

den geacht om naast de waarneming ook afspraken te maken over kwaliteit, nascholing en deskundigheidsbevordering. Het lijkt erop dat het doek voor de ontwikkeling van huisartsengroepen gaat vallen ten gunste van de groepspraktijk. Gezondheidscentra komen in het verhaal van Biesheuvel helemaal niet voor. Terwijl ze zich erop voor kunnen laten staan dat ze doelmatig werken: huisartsen uit gezondheidscentra verwijzen minder naar de specialist en schrijven 'gepaster' geneesmiddelen voor. Feit is dat huisartsen hun positie in het gezondheidscentrum zelf steeds vaker ter discussie stellen.

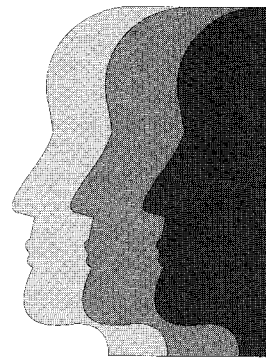
GROTE STAD

De huisarts moet dus meer loon naar werken krijgen. Of we op deze manier een beter gemotiveerde huisarts krijgen, valt te bezien. De huisarts in een achterstands- buurt met een relatief ongezonde patiëntenkring bijvoorbeeld zal er niet beter van worden. Een opslagensysteem zou zelfs wel eens nadelig uit kunnen pakken. Zij zullen immers meer voorschrijven en verwijzen, en maken zo weinig kans op de bonus voor doelmatigheid.

Dezelfde huisartsen zullen weinig tijd en behoefte hebben om aan iets als audiometrie te gaan doen. Ze hebben wel andere (patiënten)problemen aan hun hoofd. In de grote stad zal het ziekenhuis EHBO-functies niet uit handen geven. Huisartsen in de grote stad zijn met Biesheuvel nog slechter af dan nu. De commissie heeft er geen oplossing voor. Ze schrijft in haar rapport: '*.. de arts in de grote stad wordt met name met meer sociale problemen geconfronteerd. Daardoor ervaart hij subjectief een zwaardere werklast. Die werklast is echter niet eenvoudig in geobjecti-*



c o l u m n



KLOKKELUIDERS GEVRAAGD

Waarom telt de gezondheidszorg zo weinig 'klokkeluiders'? Met klokkeluiders bedoelt de Leidse bestuurskundige Bovens, die de term zo'n vier jaar geleden introduceerde, werknemers binnen maatschappelijke organisaties, zoals overheidsorganisaties, de politie en dus ook de gezondheidszorg, die de publieke zaak zijn toegegaan en de klok luiden als ze binnen hun organisaties op een misstand stuiten. Klokkeluiders zijn zowel gewetensvolle burgers met een goed oog voor de maatschappelijke mores als eerbare professionals die in het uitoefenen van hun beroep niet vergeten dat ze ook burgers zijn. Klokkeluiders zijn de Max Havelaars van deze tijd en, moeten we constateren, binnen de gezondheidszorg zijn ze nagenoeg onvindbaar.

Die constatering is overigens niet echt verbazingwekkend. Klokkeluiders zijn sowieso zeldzaam. Een goed evenwicht tussen verantwoord burgerschap en professionaliteit, is maar aan weinig mensen gegeven. De risico's zijn namelijk niet gering; wie publiekelijk lucht geeft aan iets wat in zijn ogen een misstand is, schaadt het aanzien van de organisatie, van zijn beroep, van zijn collega's en snijdt daarmee een verdere carrière te midden van diezelfde collega's af. De meeste klokkeluiders - of ze nu gelijk hebben of niet - wacht op den duur een eenzaam lot: ze dragen voortaan levenslang het imago van lastige klant met zich mee.

Het is de dreiging van een dergelijke uitstoting die de meeste ambtenaren en professionals doet besluiten om eieren voor hun geld te kiezen en hun ogen 10e te knijpen bij wanbeheer, geldzucht, willekeur, machtsmisbruik, verspilling, corruptie, onnodige verrijking, incompetentie en meer van dat soort glibberige verschijnselen. Kenmerk van dergelijke zaken is meestal dat het bewijs ervoor moeilijk te

leveren is; het is het woord van de klokkeluiders tegenover het woord van een op ontkenning ingestelde organisatie en je moet dus wel over een olifantshuid beschikken om in die verhoudingen de klok te luiden.

Dat verklaart ook waarom er binnen de gezondheidszorg nagenoeg geen klokkeluiders worden aangetroffen. Maar toereikend is die verklaring daarmee nog niet. De toestand in de gezondheidszorg is namelijk erger dan in andere maatschappelijke sectoren: de klok wordt er wel degelijk geluid - zij het doorgaans door relatieve buitenstaanders - maar niemand schrikt ervan. Er worden gegevens en cijfers wereldkundig gemaakt die wijzen op onnodige verrijking van medische professionals, er zijn meldingen van verspilling, van incompetentie, maar er gebeurt nagenoeg niets. Er is in de beroepskring zelf geen weerklank, geen consternatie, niemand trekt zich er simpel wat van aan en iedereen gaat gewoon weer zijn eigen gang. Het probleem van de gezondheidszorg is niet dat de wantoestanden onbekend zijn, het probleem is dat die wantoestanden slechts bestaan in kostenstaatjes, statistieken en algemene verhalen, waardoor ze ontsnappen aan de individuele verantwoordelijkheid van de professionals.

Een voorbeeld. Het novembernummer van *Inzet*, het maandblad van de zorgverzekeraars, biedt een overzicht van het declaratiegedrag van de medisch-specialisten na het zogeheten Vijf Partijen Akkoord uit 1989, waarin afspraken waren gemaakt over budgetten en kostenbeheersing. Wat blijkt? Talloze specialisten zijn sluiproutes gaan bewandelen om de afspraken te omzeilen. De gynaecologen spannen daarbij de kroon, zij slaagden erin om na 1989 hun omzet met 30 procent

te laten stijgen, een stijging die aantoonbaar te wijten is aan behendig verwijs- en declareergedrag.

Het is allemaal volgens de regels, zeker. Alleen netjes is anders. Maar er staat geen gynaecoloog op die zijn collega's hier publiekelijk eens op aanspreekt. Integendeel, er bestaat een mentaliteit, dat je een dief van je eigen portemonnee zou zijn als je hier niet aan meedoet. En het feit dat sluiproutes massaal gevonden worden wijst erop dat hier niet een paar individuele kwaadwilligen aan het werk zijn, maar dat om een handelwijze gaat van een complete beroepsgroep.

Hoe kan dit eigenlijk bestaan? Waarom houdt - de uitzonderingen uiteraard daar gelaten - verantwoord burgerschap kennelijk op aan de poort van het ziekenhuis of op de drempel van de spreekkamer? In de *Volkscrant* van 29 januari geeft de Amsterdamse politicoloog Meindert Fennema - vermoedelijk zonder het zelf te weten - antwoord op deze vraag. Fennema schetst in het artikel 'De statusval van de arts' de historische verandering in het maatschappelijk aanzien van de artsenstand. Zijn conclusie: 'Het maatschappelijk prestige wordt niet meer ontleend aan de uitoefening van het medisch beroep als zodanig, maar aan de succesvolle uitoefening van dat beroep en dat succes wordt in een door de markt geregeerde samenleving uitgedrukt in geld.' Met andere woorden: hoe hoger het inkomen, hoe hoger de achting in eigen medische kring en uiteraard ook daarbuiten. Met zoiets als roeping heeft het beroep daardoor nog maar weinig te maken.

Geld en professie zijn aldus met elkaar vergroeid geraakt. Wie aan het inkomen van de arts komt, raakt het aanzien van de arts en die kan weinig anders doen dan uit protest roepen dat hij zijn vak niet meer kan uitoefenen. Simons kan hierover

meepraten. Medisch specialisten hebben in hun verweer tegen tariefsverlagingen altijd direct laten weten dat tariefsverlaging de kwaliteit van het professioneel handelen aantast. De vanzelfsprekendheid van deze ideologische versmelting van professe en geld is enorm. Daarom is het bewandelen van sluiproutes of het creatief declareren in de ogen van de meeste gespecialiseerde artsen niet alleen heel gewoon, maar zelfs rechtmatig. Men eigent zich de status toe die men meent te verdienen. Dat gaat zelfs zo ver dat het ter discussie stellen, in de zin van je collega's daarop aanspreken, zo ongeveer neerkomt op hoogverraad. In die sfeer komt klokkeluiden inderdaad neer op een beroepsmatige zelfmoord.

Natuurlijk zijn er artsengezelschappen, zoals het Nederlands Specialisten Genootschap, die juist op deze punten wel degelijk kritisch zijn. Hun aanhang is echter beperkt en nog opvallender is dat hun leden zich op de werkvloeren van onze gezondheidszorg maar heel bescheiden roeren. Het gaat niet over individuen, zeggen ze, maar over structuren. Dus zwijgen zij over het individuele gedrag van grote groepen collega's en luiden zij de klok alleen in algemene verhalen en in verenigingsverband.

Toch is het precies deze dikke mantel der standsliefde die verklaart waarom we binnen de gezondheidszorg geen echte klokkeluiders aantreffen. Daardoor blijven in de gezondheidszorg zaken normaal zijn die elders in onze samenleving tot grote verantwoordiging aanleiding zouden geven.

Jas van der Lans

GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN NEDERLAND GROOT GENOEG OM ER IETS AAN TE DOEN

In februari werd vijf jaar onderzoek en stimulering van onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland afgesloten met een congres in Rotterdam. Dat onderzoek, door de Programmacommissie sociaal-economische gezondheidsverschillen, onder voorzitterschap van de heer Ginjaar, heeft aangetoond dat sociaal-economische verschillen leiden tot gezondheidsverschillen. De oplossing ligt voor de hand: verklein de sociaal-economische verschillen.

Maar daar praten de genuanceerde onderzoekers en beleidsmedewerkers op het congres niet over. Als voorzichtig geopperd wordt dat de gezondheidssector wellicht niet de geëigende sector om de oplossingen te bieden dan wordt dit 'herkend'. Gesteld wordt dan dat in tijden van toenemende inkomensverschillen de uitdaging des te groter is; het is dan immers van nog meer belang dat mensen tenminste toegang hebben tot de zorg en het preventie-aanbod.

Als er opgemerkt wordt dat er in ieder geval niet bezuinigd dient te worden op onderwijs - opleiding is één van de drie factoren die de sociaal-economische status bepalen naast inkomen en beroep - dan is iedereen het daarmee eens. Niemand merkt op dat er geen onderwijsmensen in de zaal zitten, dat het dus makkelijk roepen is en bovendien dat er voortdurend wel op bezuinigd wordt. Op het ontwikkelde onderwijsvoorrangsbeleid bijvoorbeeld wordt scherp gekort.

Er waren op de conferentie precies twee Engelsen in de zaal, niet de eersten de besten. Twee professoren, waarvan eentje Sir Douglas Black himself. Naar hem is halverwege de jaren zeventig het 'Black-report' genoemd, waarin de sterfte- en ziektecijfers in diverse klassen werden gezet. Dit rapport kun je als het begin van onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen in Europa zien. Het onderzoek heeft in Engeland veel stof doen opwaaien in de gezondheidssector, maar is door politici lange tijd doodgewegen. Populair geworden in het buitenland kreeg het jaren later wat meer aandacht in Engeland. Het echte Engelse

klassenbewustzijn is er wellicht de oorzaak van dat het daar al eerder werd onderzocht en dat de twee heren professoren voortdurend politieke uitspraken deden tijdens de bijeenkomst. Zij meden de discussie tussen inkomen en gezondheid niet, het is daar duidelijk dat links wat moet met de verschillen en dat rechts ze laat voor wat ze zijn. Zij zeggen hardop dat de gezondheidsverschillen groter zullen worden in het huidige politieke bestel. Sir Black maakt grapjes over hoe het toch komt dat als je wilt dat hoog opgeleiden harder gaan werken dat je ze dan meer betaalt en bij laag opgeleiden juist minder. De andere professor, Marmot, legt hardop verbanden tussen deelname aan maatschappelijke activiteiten en gezondheid. Uitsluitingsprocessen gaan hand in hand met werkloosheid en hebben grote gevolgen voor gezondheidstoestand en zeker voor de beleving ervan.

In Nederland hebben we nu ook de cijfers. En die zijn ernstig genoeg om er iets aan te doen. De gezondheidsbeleidsmakers zullen conferenties als deze moeten beleggen voor hun collega's in andere sectoren, van sociale zaken, onderwijs, et cetera. Het komt vreemd over als je aantoonst dat er verbanden zijn tussen sociaal-economische status en gezondheid, zonder dat je vervolgens bereid bent aan die status iets te doen, maar wel aan de gezondheid. Daar heb je dat verband niet voor nodig.

Ingrid van de Vegte

STRATEGO SPELEN ROND DE MEDISCHE TECHNOLOGIE

Henriët Jansen
Joop Jaspers

De overheid wil zicht houden op de kwaliteit en de noodzaak van de medische technologie. Ze zal daartoe de ontwikkelingen nauwlettender moeten volgen zodat zij zich niet, zoals nu het geval is, voor voldongen feiten gesteld ziet. Nu is de overheid vaak pas op de hoogte van een nieuwe technologie als een ziekenhuis tot invoering en gebruik wil overgaan en er tarieven afgesproken dienen te worden. De overheid is maar één partij die meebeleidt over de ontwikkelingen van de medische technologie. Beslissingen van een heel andere orde worden genomen op de plek waar ermee gewerkt wordt, op de intensive care-afdeling van een ziekenhuis bijvoorbeeld. Wil die ontwikkeling enigszins in goede banen geleid worden, dan is inzicht in de strategieën die de verschillende belanghebbenden hanteren van het grootste belang.

Technologie heeft een unieke plaats gekregen in onze samenleving. Vaak lijkt het erop dat we er niet meer buiten kunnen. Toch wordt de technologie ook geïdentificeerd omdat het gebruik van techniek soms tot onvoorziene en ongewenste consequenties leidt. In de *Volkskrant* ontvouwt Marcel van Dam in januari 1993 zijn visie op technologie. Hij beschouwt het als iets dat ons wordt opgelegd, iets waar we weinig invloed op uit kunnen oefenen. Zo lijkt het erop dat wij onszelf hebben onderworpen aan de technologie als aan een bovenmenselijke macht of godheid. De stelling waarop dit artikel is gebaseerd, keert zich tegen deze visie waarin de technologie als het ware een bovenmenselijke status heeft. Mensen kunnen wel degelijk invloed uitoefenen op de technologische vooruitgang.

De medische technologie is een goede illustratie van deze invloed. Technologieontwikkeling is een zaak van belangengroepen die keuzes maken, vandaar de aanduiding van onze analyse als partijenmodel.

PARTIJENMODEL

In het technologisch ontwikkelingsproces spelen verschillende belangengroepen een rol, onder meer:

1. onderzoekers (wetenschappers en industriëlen);
2. medici;
3. ziekenhuisdirecties;
4. verzekeraars;
5. consumenten;
6. overheid.

Deze groepen zijn verwikkeld in een proces waarbij de ene groep meer kansen voor het uitoefenen van invloed heeft weten te bemachtigen dan de andere. Hierdoor verschilt hun speelsterkte. Analyse van dit 'spel' levert per groep de volgende constatering op.

Wetenschappers en industriëlen hebben hun speelsterkte kunnen vergroten mede door de hoge waarde die vanouds aan wetenschap en economie wordt toegekend. Zij zijn opinielid en initiëren het proces door de samenleving te confronteren met een nieuwe technologie, middels een 'veelbelovend rapport'.

Medici worden door 'veelbelovende rapporten' op de hoogte gesteld van technologische vernieuwingen. Zij spelen een doorslaggevende rol in de invoering. Deze rol hebben ze onder meer verworven door de steeds grotere betekenis die gezondheid kreeg. Hun kracht ligt in hun expertise om de gezondheid te herstellen. Bovendien hebben zij een monopolie: van overheidswege verleende erkenning van de vereiste deskundigheid. Dat is in 'het algemeen belang'. Voorts zijn artsen hecht georganiseerd in beroepsverenigingen. Zo hebben ze een sterke positie in onderhandelingen.

Ziekenhuisorganisaties volgen vaak samen met de medische professionals twee wegen om ondersteuning van een nieuwe technologie te bewerkstelligen:

- een lobby bij adviesorganen van de overheid en een bijdrage aan campag-

nes van ondersteunende personen en partijen;

- aanbeveling van de innovatie bij belangengroepen die op hun beurt druk uitoefenen op de overheid om de innovatie te steunen.

Ziektekostenverzekeraars vormden tot voor kort een relatief zwakke partij. Zij konden tot dusverre weinig invloed uitoefenen op kwaliteit en noodzaak van het gebodene. Dat is aan het veranderen met de stelselwijziging. Daarmee krijgen de verzekeraars meer zeggenschap over de producten en diensten die ze in hun verzekeringspakket aanbieden. Ze kunnen op die manier de ontwikkelingen meer sturen.

Consumenten spelen eveneens een rol. Een noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van een nieuwe technologie als standaardprocedure is de legitimatie. Die moet uiteindelijk vanuit de samenleving komen, dat wil zeggen: van de consumenten. Zij moeten de innovatie als 'goed' beschouwen en geloven dat deze beschikbaar behoort te zijn. Daar wordt dan ook veel energie in gestoken. Leenen spreekt in dit verband over 'behoefte kweken' en het 'tentoonstellen' en 'verkopen' van de nieuwe technologie via de media. Dat is een ware marketingcampagne. Omdat het de consumenten ontbreekt aan onafhankelijke informatie en kennis, bestaat het gevaar dat zij worden gemanipuleerd.

De overheid controleert de ontwikkeling van medische technologie door wetgeving die alleen de terreinen van planning, verzekering en financiering betreft. Ze stuurt daarmee niet de invoering of de kwaliteit, maar stelt zich terughoudend op. De markt moet zijn werk doen. Toch wil de overheid zicht houden op kwaliteit en noodzaak. Ze zal daartoe de ontwikkelingen nauwlettender moeten volgen zodat zij zich niet, zoals nu het geval is, voor voldongen feiten gesteld ziet. Nu is de overheid vaak pas op de hoogte van een nieuwe technologie als een ziekenhuis tot invoering en gebruik wil overgaan en er tarieven afgesproken dienen te worden. De strategieën voor beïnvloeding die de overheid gebruikt zijn in het kader genoemd.

BALANCEREN

Ook waar de technologie dagelijks wordt toegepast, houden de keuzemogelijkheden niet op te bestaan. De medische praktijk is een dagelijks balanceren tussen zekerheid en onzekerheid. Het is niet vreemd te veronderstellen dat artsen ernaar streven om de onzekerheid zo veel mogelijk te reduceren. Daartoe zetten ze vaak medische technologie in. Het paradoxale effect hiervan is echter toenemende onzekerheid als gevolg van onvoorziene consequenties en nieuwe vragen die dit oproept (Jaspers 1985).

Het balanceren tussen zekerheid en onzekerheid is volgens Jamous en Peloille (1970) een kenmerk van in principe elk beroep of productieproces. Zij ontwikkelden hiervoor een index: de I/T ratio. Hierbij representeert de I (indetermination) het deel van het productieproces dat aan

regels en procedures ontsnapt en de T (technicality) het deel dat kan worden beheerst door regels en procedures.

Juist in de medische professie is deze I/T ratio in het algemeen hoog. Medische professionals hebben te maken met een aanzienlijke onzekerheidsmarge die nauwelijks te reduceren is door regels en procedures aangezien iedere patiënt uniek is. Volgens Jamous en Peloille zoeken professies voortdurend naar een balans tussen zekerheid door middel van procedures, codificering en regels en blijvende onzekerheid. De onzekerheidsmarge heeft een aanzienlijke invloed op het productieproces, de beroepstraining en het systeem van sancties en controle.

Het voorgaande suggereert misschien dat medici streven naar volledige reductie van onzekerheid. Dat is volgens Jamous

en Peloille niet het geval. Medici hebben ook voordelen bij die onzekerheid. Dat deel van hun werk dat aan procedures, codificering en regels ontsnapt, geeft de professie immers tegelijkertijd de mogelijkheid zich te beschermen tegen externe controle. Juist deze 'onbepaaldheid van kennis' versterkt de suggestie dat de medische professie een zekere attitude en competentie bezit, die niet gereduceerd kan worden tot systematische en tot routine geworden kennis.

Deze uitsluiting van controle heeft geleid tot een tamelijk gesloten systeem, waar de samenleving weinig vat op krijgt en waarin medici dus bijna autonome keuzes maken. Als het de aanschaf van nieuwe technologie betreft gaan ziekenhuisdirecties veelal af op het advies van de medici.

VIER EIEMENTEN

Bij de toepassing van medische techniek zijn er twee voorbeelden van heel duidelijke keuzes: het al of niet in gang zetten en het al of niet stopzetten van een technologische interventie. In een onderzoek op een IC-afdeling onderscheidden we een viertal elementen in de sociale omgeving die dergelijke keuzes of beslissingen beïnvloeden: geobjectiverde taal, legitimering, afstand en vanzelfsprekendheid.

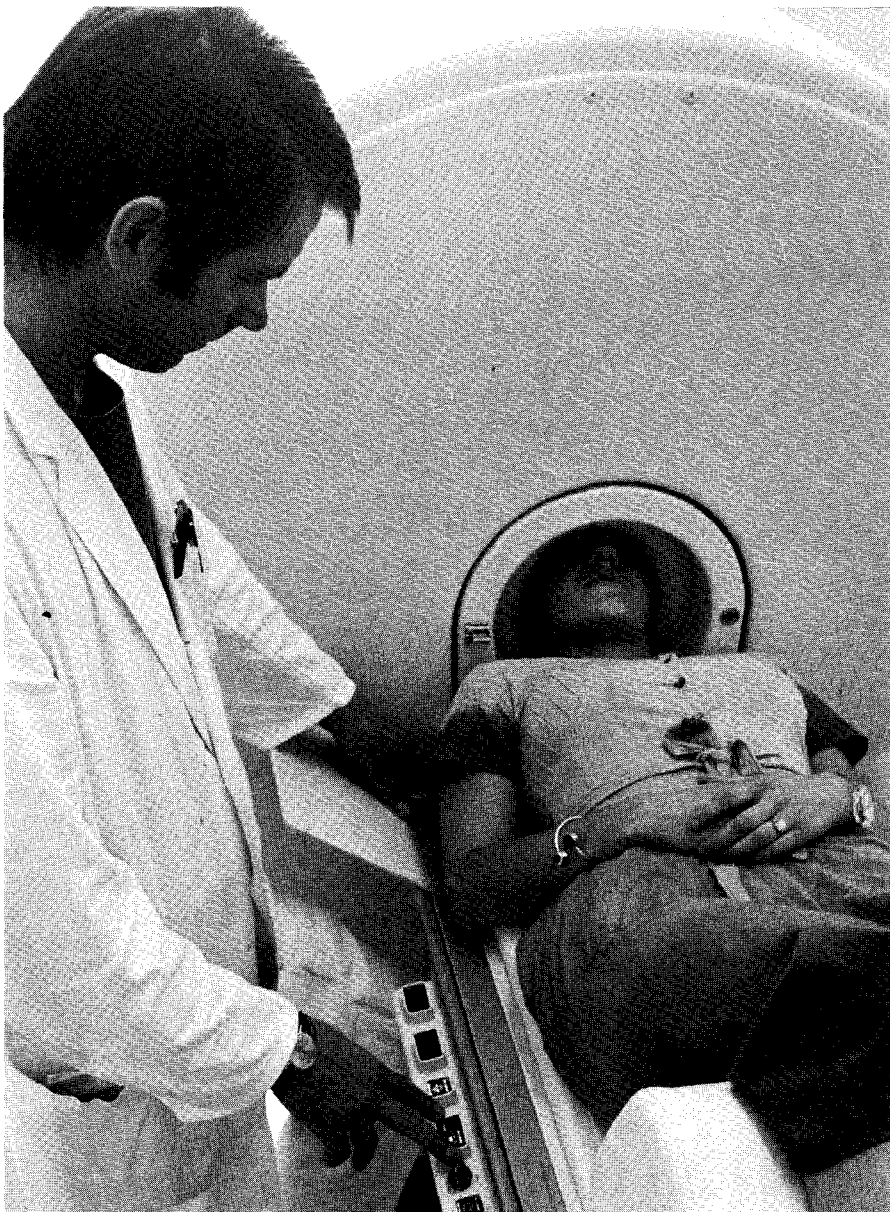
Geobjectiverde taal

Medische technologie geeft de gelegenheid te objectiveren om zo de onzekerheid te reduceren. Een onbedoeld gevolg hiervan is dat niet alleen gegevens worden geobjectiveerd, maar ook de mens en de taal. De interactie krijgt vorm door normen van objectiviteit. Een van die normen is het medisch-technisch handelen zelf. Een op straat gevonden vrouw wordt bijvoorbeeld aangeduid met 'een reanimatie'. Het gebruik van geobjectiverde taal sluit interactie uit. De patiënte wordt gelijkgesteld met de interventie waardoor de interventie, boven elke discussie wordt verheven. De manier waarop erover gesproken wordt, stuurt onbedoeld en subtiel de keuze. Objectiverende taal zal het in gang zetten positief en het stopzetten negatief beïnvloeden.

Legitimering

Medisch-technische interventie is onderdeel van medisch handelen en als zodanig is het in een juridisch kader ingebed. Medisch-technische interventie komt vaak ter sprake in het strafrecht waaronder het bewust nalaten van (verdere) interventie valt. Een juridisch bepaalde bovengrens voor inzet van medische technologie is er echter niet.

Bovendien geeft technologische interventie bestaansrecht aan een IC. Achterwege laten ervan is een afwijking van de norm.



Strategieën van de overheid voor beïnvloeding van technologische ontwikkeling:

- MTA (medische technologie assessment): een meetinstrument voor kwaliteit.
- Tariefstelling. Door opschorting hiervan wordt de tariefstelling een instrument voor planning.
- Verstrekkingenpakket van de Ziekenfondsraad. Bij wijze van sturing kunnen behandelingen met behulp van een bepaalde techniek niet in het pakket worden opgenomen.
- Sturing door al of niet afgeven van bouwvergunningen als voor toepassing van een nieuwe techniek verbouwingen nodig zijn.
- Technologiebeleid (Vergaderjaar 1989-1990 Tweede Kamer, 21311, nrs.I-7):
 - stimuleren van samenwerking tussen onderzoekers, medici en bedrijven;
 - vergroten van industriële toepassing van binnen de gezondheidszorg aanwezige kennis;
 - ontwikkelen van beleidsinstrumenten ter verbetering van de marktpositie van kleinere bedrijven;
 - stimuleren van overname van initiatief door bedrijven.

De ontwikkeling van medische technologie kan dus gezien worden als een spel tussen verschillende belangengroepen, die wel degelijk keuzes maken en strategieën gebruiken.

Afwijking van de norm vereist verantwoording. Dat kan leiden tot uitstel van de beslissing niet langer levensondersteunende technologie toe te passen. De beslissing wordt uitgesteld onder het impliciete motto 'we zien wel'. Het verdere beleid wordt in het midden gelaten of afhankelijk gesteld van het ziekteverloop.

Een andere manier om de verantwoording te omzeilen is het voeren van een officieus naast een officieel beleid. Dit kan vorm krijgen in onduidelijke opdrachten aan de verpleging zoals 'bij hartstilstand één keer klappen'. Dit betekent dat de patiënt bij een hartstilstand een stroomstoot door het hart krijgt toegediend. Vaak is één keer echter onvoldoende om het hart weer op gang te krijgen. Een verpleegkundige zegt hierover: 'Dat is net zoiets als "een beetje reanimeren". Je klapt of je klapt niet.'

Angst voor eventuele juridische gevolgen speelt hierin een belangrijke rol. De druk tot legitimering beïnvloedt het in gang zetten doorgaans positief en het stopzetten negatief.

Afstand

Uit het onderzoek op de IC blijkt dat fysieke nabijheid gevolgen heeft voor de emotionele nabijheid. Zowel artsen als verpleegkundigen laveren tussen afstand houden uit zelfbescherming en nabij-zijn. Nabij-zijn impliceert persoonlijke betrokkenheid. Verpleegkundigen proberen de afstand van de artsen tot de patiënt te beïnvloeden. Omdat er spanningen ontstaan als verpleegkundigen een, in hun ogen zinloze, interventie in opdracht van de artsen moeten doorzetten, initiëren zij

vaak discussie en onderhandeling. Zij zetten nabijheid in als troef. Behandelaars moeten daarom vaker bij het bed worden gehaald. In de interviews zegt men dan: 'artsen er steeds weer mee confronteren', 'hen iedere keer een beetje wakker maken', 'hen bij het bed te halen zodat ze zich beter kunnen inleven', 'fel zijn', 'onze mening blijven geven', en 'pushen'. 'Je moet zeurpiet, stoker en geweten zijn.' Nabij-zijn beïnvloedt zowel het in gang zetten als het stopzetten van medisch-technische interventie doorgaans positief.

Vanzelfsprekendheid

De vanzelfsprekendheid zet eigenlijk al in voordat een patiënt op de IC komt. Bijvoorbeeld op straat, door vreemden, op het werk, door collega's, is het initiatief genomen om te reanimeren als iemand een hartstilstand heeft. Iedereen is door de situatie overvallen en er is geen of nauwelijks informatie omtrent de patiënt beschikbaar. Interactie (spreken) blijft achterwege door gebrek aan tijd. De reactie op deze situatie wordt dan ook beheerst door algemeen geldende normen die niet voor deze specifieke situatie worden getoetst. Op het eerste beslissingsmoment werkt de norm: men behoort alle kansen aan te grijpen, anders zou men later misschien spijt kunnen krijgen. Dit mechanisme noemt Tijmstra de 'geanticiperde beslissingspijnt'. Op het tweede beslissingsmoment, bij opname op de IC, speelt de norm 'wie A zegt, moet ook B zeggen'. Deze norm blijkt zo sterk dat het tweede beslissingsmoment niet als beslissingsmoment wordt herkend, maar als 'voldongen feit'.

Een verpleegkundige zegt: 'Als die mensen eenmaal hier zijn dan speelt dat probleem eigenlijk al niet meer.(...) Dan denk ik van: nou ja, het is gebeurd en we proberen gewoon iemand er doorheen te trekken voor zover dat gaat. (...) Dan ben je ook al weer een stap verder; het is niet meer terug te draaien.' De vanzelfsprekendheid wordt dus georganiseerd door normen en is vooral te vinden bij de keuze om al of niet medische interventie in gang te zetten.

EEN SPEL

Bij de ontwikkeling en het gebruik van medische technologie worden op allerlei niveaus keuzes gemaakt. De keuzes bij de ontwikkeling komen tot stand in een spel waarin strategieën worden gebruikt. Hoe meer strategieën, des te groter de speelsterkte, des te meer invloed op de sturing van de ontwikkelingen. Ook in het dagelijks gebruik van medische technologie worden keuzes gemaakt. Soms bewust, soms als resultanten van sturingsmechanismen. Die sturingsmechanismen zijn door mensen zelf op een bepaalde manier georganiseerd. Als er fundamentele keuzes worden gemaakt met betrekking tot wat wij wel en wat wij niet met medische technologie willen, zouden wij de sturingsmechanismen in een door ons gewenste richting kunnen ombuigen. Inzicht is een voorwaarde voor sturing van het proces indien de ontwikkelingen een ongewenste richting op gaan.

Henriët Jansen is medisch sociologe en werkzaam op het Steunpunt Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening te Amsterdam.

JooP Jaspers is docent sociologie aan de Universiteit van Amsterdam.

Geraadpleegde literatuur

- A.I. Dunning, (1989), 'De derde revolutie: rekenenschap'. In: *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 133, nr.1, p.1-3.
- H.J.P. Jansen, (1991), *Besluitvorming op de Intensive Care*. Stage-onderzoeksverslag, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen.
- H. Jamous, en B. Pelloille, (1970), 'Professions or self-perpetuating systems?'. In: J.A. Jackson, ed, *Professions and Professionalization*. Cambridge: Univ. Press.
- F. Jaspers, (1985), *Het medisch circuit*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema.
- I.B. McKinlay, (1981), 'From 'promising report' to 'standard procedure': Seven stages in the career of a medical innovation'. in: *Health and Society*, vol.59, nr.3, p.374-411.
- H.J.J. Leenen, (1990), 'Medische technologie werkt verslavend'. In: *de Volkskrant* (11-10-1990).
- Tj. Tijmstra, (1987), 'Het imperatieve karakter van medische technologie en de betekenis van 'geanticiperde beslissingspijnt''. In: *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, nr.26, p.1128-1131.



HET VOEDEREN VAN DE MAN

Anne Cardinaals

Sekse is een belangrijk organisatieprincipe in onze maatschappij, ook als het om eten gaat. De werking is lang niet altijd direct zichtbaar. Het resultaat van het zichtbaar maken kan heel verrassend zijn. In haar onderzoek deed Anne Cardinaals dat. Hieronder beschrijft zij haar bevindingen.

Al meer dan vijftig jaar doet het Voorlichtingsbureau voor de Voeding (VoVo) wat zijn naam belooft: voorlichting geven over voeding. Onder andere door folders uit te brengen. Over zaken als zuigelingenvoeding, diepvriezen, groepsvoeding, dieetvoeding, het gebruik van kruiden en nog veel meer.

Goed van eten en drinken. Voor iedereen die gezond wil eten is de meest recente folder over gezonde voeding voor volwassenen. Er komt een groot aantal onderwerpen aan de orde, zoals de voedingsstoffen die een gezonde maaltijd moet bevatten, voedingsmiddelen die voorkeur hebben in een gezonde voeding,

aanwijzingen voor het gebruik van kruiden in plaats van zout, keukenhygiëne en de betekenis van de houdbaarheidsdatum op verpakte voedingsmiddelen. In de bekende folder *Gezonde voeding met de Maaltijdschijf* van het VoVo, die van 1981 tot 1992 in ruim tien drukken verscheen, komen een aantal van deze onderwerpen niet voor. Deze folder behandelt, alleen de voedingsstoffen die een gezonde maaltijd moet bevatten en hoe met behulp van de Maaltijdschijf het eten samengesteld kan worden. Deze verschillen zijn opvallend: in de folders uit de jaren tachtig wordt niet gewerkt aan de voeding. Bereiden en inkopen vallen buiten het bestek. De ver-

schillen tussen de folders zijn niet terug te voeren op veranderde inzichten in bijvoorbeeld het belang van keukenhygiëne.

VOOR WIE

Het is gebruikelijk om uit te gaan van een bepaalde doelgroep en de voorlichting daaraan aan te passen. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen de genoemde folders is een verschil in de beoogde doelgroep. Behalve expliciete kenmerken die benoemd zijn in de voorbereiding van de voorlichting spelen culturele waarden en normen een rol. Deze culturele waarden en normen zijn niet direct verborgen maar veel meer een zo wezenlijk onderdeel van de dagelijkse ervaring dat ze niet meer opvallen. Een reconstructie van de doelgroep uit het materiaal kan heel goed een andere doelgroep of andere kenmerken van de doelgroep laten zien dan die waarmee de voorlichting bewust gestart is.

Hoewel er gesproken kan worden over 'folders over gezonde voeding voor vol-

wassenen' bestaat de groep volwassenen als een geheel niet. Een volwassene is óf een man óf een vrouw. Sekse is tenslotte een fundamenteel organisatieprincipe in onze maatschappij. Vrouwen en mannen doen verschillend werk, ze hebben verschillende eigenschappen, hun lichamen verschillen. Deze verschillen zijn niet constant en inzichten hierover veranderen in de loop van de tijd. De vraag op welke manier sekse een rol speelt in de folders over gezonde voeding voor volwassenen, was het uitgangspunt van mijn onderzoek.*

Een mogelijkheid om antwoord te krijgen op deze vraag is te kijken naar de invulling van de onderdelen doelgroep-spreker-boodschap van de folders. Immers, voorlichting is gericht op een bepaalde doelgroep en heeft een boodschap voor die doelgroep en die boodschap wordt door iemand uitgedragen. Door naar deze onderdelen afzonderlijk te kijken kan waargenomen worden op welke manier sekse de praktijk van de voorlichting beïnvloedt. De analyse van een reeks folders uit verschillende jaren laat de constanten en de verschillen zien. In dit voorbeeld van een dergelijke onderneming zijn elf folders betrokken die de periode van 1947 tot en met 1992 bestrijken.

POLLEPEL

In 1955 geeft het VoVo de folder *Wat deed U gisteravond?* uit die expliciet bedoeld is voor mannen en daarmee een uitzondering is wat betreft de doelgroep. Alle andere folders over gezonde voeding voor volwassenen zijn bedoeld voor vrouwen.

Wat deed U gisteravond? geeft een helder beeld van de verhoudingen in een huishouden midden jaren vijftig zoals deze door het VoVo gezien worden. Het is belangrijk dat een man weet wat een gezonde voeding is, echter volgens de folder 'zonder de pollepel te zwaaien. Dat spreken we af met het oog op de huiselijke vrede'. Er is een duidelijke scheiding in bezigheden: de man werkt, de vrouw zorgt voor de voeding van man en kinderen. In alle folders over gezonde voeding voor volwassenen is deze verdeling van de taken over de seksen constant: de vrouwen zorgen voor de voeding, voor de voeding van de mannen wordt gezorgd.

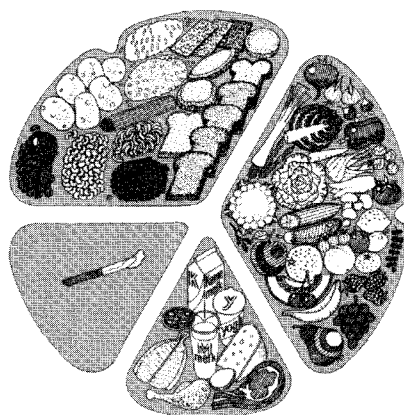
VAN WIE

De belangrijkste spreker in de folders over gezonde voeding voor volwassenen is de deskundige die weet hoe een gezonde voeding eruit behoort te zien. In alle folders is dit een man en hij is herkenbaar aan uitspraken als 'Men doet goed bij iedere maaltijd melk of een melkgerecht te gebruiken.' (*Dát is gezonde voeding* uit

1956 en 1967) en het gebruik van de woorden als 'zorg dat', 'behoort' en 'gebruik' (*Gezonde Voeding* uit 1970 en 1979). Ook in de folder *Goed van eten en drinken* uit 1992 komt deze deskundige nog steeds voor, nu vooral met samenvattingen: 'Daarom: eet drie maaltijden per dag - en gebruik niet vaker dan viermaal iets tussendoor'.

BOODSCHAP

Om de werking van sekse in de boodschap van de voedingsvoorlichting is het nodig de boodschap nader te bekijken. De folders geven onder andere aanbevelingen voor hoeveelheden voedingsmiddelen. Zo hebben volwassenen in de folder *Goed van eten en drinken* van de zetmeel- en vezelproducten vijf tot zeven sneetjes brood, drie tot vijf aardappelen, drie of vier groentelepels groente en twee vruch-



ten nodig. Deze aanbevelingen voor hoeveelheden voedingsmiddelen zijn het uitgangspunt om de werking van sekse in de boodschap van de folders te achter halen. Om te beoordelen of voeding gezond is, moet worden nagegaan of deze voldoet aan de eisen die in de voedingswetenschap gesteld worden. Deze zijn geformuleerd in hoeveelheden voedingsstoffen, bijvoorbeeld eiwit, calcium of vitamine C. De hoeveelheden voedingsmiddelen in de folder kunnen worden omgerekend naar hoeveelheden voedingsstoffen. Deze worden vergeleken met de aanbevolen hoeveelheden energie en voedingsstoffen en deze zijn gedifferentieerd naar leeftijd en geslacht.

TUSSENDOR

Van de aanbevelingen voor voedingsmiddelen in de folders heb ik berekend hoeveel energie, eiwit, calcium, ijzer en vitamine C ze leveren. De hoeveelheid energie is in geen enkel geval voldoende. Dat is echter ook de opzet van de folders. De aanbevelingen voor voedingsmiddelen moeten de voor een gezonde voeding noodzakelijke voedingsstoffen leveren

terwijl er nog ruimte blijft voor tussen-doortjes. De aanbevelingen voor vitamine C worden in alle gevallen gehaald. De vergelijking van de andere berekende voedingsstoffen met de aanbevolen hoeveelheden levert een constante afwijking op. Ze voldoen beter aan de aanbevolen hoeveelheden voedingsstoffen voor mannen dan voor vrouwen.

Nog verder kijken in de boodschap van de voedingsvoorlichting naar de werking van sekse kan door het onderzoek dat ten grondslag ligt aan de aanbevolen hoeveelheden energie en voedingsstoffen en door de verantwoording voor de keuze van een bepaalde norm te bekijken op de werking van sekse. Een eerste verkenning van dit terrein laat zien dat de voedingswetenschap niet afwijkt van andere gebieden in de wetenschap: de man is de maat.

Het beeld dat zo ontstaat uit de folders over gezonde voeding voor volwassenen is dat een vrouw van een mannelijke deskundige leert hoe ze voeding moet samenstellen die het meest geschikt is voor mannen.

OSTEOPOROSE

Het geven van voedingsvoorlichting gebaseerd op de huidige inzichten van de voedingswetenschap is geen eenvoudige zaak. Het VoVo moet de veelheid aan eisen vertalen in voeding die past binnen het Nederlandse voedingspatroon. Hierbij wordt het VoVo, vanwege de vooraanstaande positie, nauwlettend in de gaten gehouden. De nadruk ligt hierdoor bij het VoVo op het voedingskundig aspect van de folders. Toch zou het rekening kunnen houden met sekse door bijvoorbeeld te differentiëren tussen personen die voor de voeding van een of meerdere personen (man/vrouw) zorgen en personen (vrouw/man) voor wier eten gezorgd wordt.

De aanbevolen hoeveelheden voedingsstoffen en hun belang voor de gezondheid zijn verschillend voor mannen en vrouwen. Voor vrouwen zijn bijvoorbeeld ijzer en de bij osteoporose betrokken voedingsstoffen eiwit, calcium, vitamine D en fosfaat belangrijk, bij mannen kan de nadruk op andere voedingsfactoren liggen. Het is gewenst deze bestaande kennis om te zetten in concrete aanbevelingen voor voedingsmiddelen in de folders.

Anne Cardinaals is gezondheidswetenschapper en diëtist

* A.L.A. Cardinaals, De vrouw als doelgroep, de man als maat. Seksuering van de voedingsvoorlichting (1947-1992). Maastricht, RUL, 1993.

DE WVG HEEFT EEN BIJNAAM: WET VERWAARLOZING GEHANDICAPTEN

Frans van der Pas

Op 1 april gaan in alle Nederlandse gemeenten de loketten Voorzieningen Gehandicaptten open. Gehandicaptten moeten vanaf deze dag bij de gemeente zijn om vergoedingen te krijgen voor woningaanpassingen, vervoerskosten en rolstoelen. De Wet Voorzieningen Gehandicaptten legt de verantwoordelijkheid voor uitvoering en beleid bij de gemeenten. In Utrecht heeft de plaatselijke groep van gehandicaptten gemerkt dat bureaucratie en angst voor risico's het gewonnen hebben van visie en vernieuwing. Plaatselijke belangenbehartiging is noodzaak om gemeenten met de neus op de feiten te blijven drukken en hen een beleid te laten voeren dat werkelijk iets voor gehandicaptten betekent.

Coby Gommers is coördinator van het Solgu: het Stedelijk Overleg Gehandicaptten Utrecht. Zij had veel verwachtingen van de nieuwe rol die de gemeente Utrecht vanaf april speelt. 'Het Solgu heeft het afgelopen jaar geprobeerd om ambtenaren en politici in Utrecht te overtuigen dat de WVG een uitgelezen kans biedt om een vernieuwend beleid te voeren. Wij hebben geprobeerd om er een experiment met een cliëntgebonden budget voor voorzieningen uit te slepen, maar daar is niets van terechtgekomen. Een magere toezegging om nog eens over dit idee te praten, is wat er van overgebleven is. Utrecht heeft een kans laten liggen. De gemeente maakte zich uiteindelijk vooral zorgen over het beheersen van de uitgaven. Wat de gemeente in de toekomst wil, blijft in het vage. Een keuze voor vernieuwing is niet gemaakt'.

JONGEREN VERSUS OUDEREN

In Groningen noemen gehandicaptten cynisch de WVG al de Wet Verwaarlozing Gehandicaptten. De grootste angel in de WVG zit in het budget dat de gemeenten krijgen. Vanaf 1 april hebben ook 65-plussers recht op voorzieningen voor gehandicaptten. Dat is voor hen een hele vooruitgang, omdat ze tot nu toe voornamelijk aangewezen waren op de bijzondere bijstand. Pakweg tweemaal zoveel mensen zullen straks bij de gemeente aankloppen. Maar de gemeenten hebben geen cent extra gekregen. In essentie leveren jongere gehandicaptten nu in om de voorzieningen voor oudere gehandicaptten te financieren.

Er is trouwens al flink bezuinigd op de jongere gehandicaptten in de afgelopen jaren. In de aanloop naar deze wet is door het rijk geëist dat op reisvergoedingen vijftig procent moest worden bezuinigd. De bedrijfsverenigingen hebben in 1992 en 1993 daarvan dertig procent al gerealiseerd en de gemeenten moeten vanaf april

de overige twintig procent bezuinigen. Omdat veel meer mensen een beroep gaan doen op een kleinere pot met geld, kan er per persoon minder uitgekeerd worden. De gemeenten zullen door middel van eigen bijdragen en het opwerpen van drempels de nieuwe taak realiseren. Bovendien zijn er maxima aan vergoedingen gesteld en is de aanspraak op voorzieningen beperkt of zelfs vervallen. Het is dus niet zo gek dat ze in Groningen spreken over de Wet Verwaarlozing Gehandicaptten. Ook de Eerste Kamer kreeg door dat gehandicaptten langzamerhand geheel worden uitgerust. Bij de besluitvorming over de WVG afgelopen jaar constateerde de Eerste Kamer dat al die afzonderlijke eigen bijdragen bij elkaar de pan uitrijzen. Daarom heeft zij de gemeenten aan banden gelegd, de eigen bijdragen zijn gemaximeerd voor mensen met een inkomen rond bijstandsniveau tot en met een modaal inkomen. Om de onrust bij gemeenten en gehandicaptten de kop in te drukken is besloten over een jaar de gevolgen van de eigen bijdragen te bespreken.

Gegeven deze beperkingen verwacht de gemeente Utrecht dat gehandicaptten ieder jaar 3 miljoen eigen bijdragen opbrengen op een totaal aan inkomsten van 25 miljoen. En dan te bedenken dat in Utrecht tachtig procent van de verwachte aanvragers onder of op modaal niveau zit. Niet voor niets houdt de gemeente voor de zekerheid de helft van het bedrag dat zij aan bijzondere bijstand in 1992 uitkeerde in reserve voor probleemgevallen.

NIEUW DOOLHOF

Tot en met afgelopen jaar moesten ouderen in financiële nood bij de bijzondere bijstand van de gemeente aankloppen en konden gehandicaptten tot de leeftijd van 65 jaar via de bedrijfsverenigingen een beroep doen op de AAW. Voor huisaanpassingen kon echter iedereen weer wel

bij de gemeenten terecht. Een waar doolhof aan instanties, regelingen, uitzonderingen en keuringen. Als voordeel van de WVG wordt wel eens geroepen dat de uitgang van dit doolhof zichtbaar is, maar de werkelijkheid laat anders zien.

De WVG maakt onderdeel uit van een stelsel van regelingen dat geleidelijk wordt ingevoerd. Het eerste onderdeel is in januari van kracht gegaan. Vanaf deze datum moeten gehandicaptten voor aangepaste voedingsmiddelen, dieetproducten en dieetpreparaten niet langer bij de bedrijfsvereniging aankloppen, maar bij de ziektekostenverzekeraar. De vergoedingen zijn nu ondergebracht in de AWBZ en zijn in principe voor iedereen bereikbaar. Ook hier speelt, net als bij de gemeenten, het probleem dat nu alle gehandicaptten een beroep moeten gaan doen op een beperkte pot met geld. Lang niet alle hulpmiddelen zijn ondergebracht bij de AWBZ. Zo moeten de meeste zogenaamde 'zelfzorggeneesmiddelen' voortaan zelf worden betaald, ook al is er een recept van de dokter voor nodig. Ook zoutloze kaas of suikervrije jam moeten uit eigen zak worden betaald.

Voor alle hulpmiddelen, dus ook voor been- en armprothesen en voor incontinentiemateriaal geldt vanaf januari een eigen bijdrage van vijftien procent in de aanschaf tot een maximum van tweehonderd gulden per jaar per verzekerde persoon. Deze eigen bijdrage staat los van de eigen betalingen voor thuiszorg. Bovendien zijn er maxima gesteld; als de aanschafkosten van een hulpmiddel hoger zijn dan een maximum bedrag, moet de gehandicapte ook meer bijbetalen.

Met de invoering van de WVG heeft de gemeente een deel van de uitvoering van de bedrijfsverenigingen overgenomen. Het doolhof wordt er ingewikkelder door. Voor onderwijs en werk moeten gehandicaptten bij de bedrijfsverenigingen zijn, voor hulpmiddelen en zorg bij de zorgverzekeraar, voor vervoer en huis en ook voor inkomensondersteuning bij de gemeente. Bovendien worden gehandicaptten nu geconfronteerd met een wirwar aan eigen bijdragen, maxima en vangnetten. Wie bijvoorbeeld geen geld heeft om iedere dag zoutloze kaas te kopen, kan een beroep doen op de bijzondere bijstand van de gemeente. Door de decentralisatie naar de gemeenten zal het beleid per gemeente gaan verschillen en ook de zorg-



Foto: Theo Jenmissen/JHH

verzekeraars kunnen een eigen beleid voeren. In het *Maandblad Patiëntenbeweging* van februari zegt de algemeen directeur Fred van den Heuvel van Azivo: 'wij zien de eigen bijdrage als een onterechte lastenverzwaring voor onze klanten en nemen de eigen bijdrage op in onze aanvullende verzekering'. Detailverschillen maken het doolhof compleet. Een aardige illustratie is de aanschaf van een douchestoel. Als het een losstaande douchestoel is, moet een gehandicapte bij de zorgverzekeraar zijn. Is het een douchestoel die aan de muur wordt vastgeschroefd dan moet je bij de gemeente aankloppen. Een ander voorbeeld is mobiliteit. Voor een blindengeleidehond moet je bij de bedrijfsvereniging zijn en voor een rolstoel bij de gemeente.

LOKALE BELANGENBEHARTIGING

Tot vorig jaar waren het vooral de landelijke organisaties van gehandicapten en ouderen die op landelijk niveau knelpunten voor gehandicapten aankaarten. In de nieuwe situatie hebben de plaatselijke organisaties een zware verantwoordelijkheid erbij gekregen. Zij moeten nu de plaatselijke politici en ambtenaren onder druk zetten om te bereiken dat gemeenten werkelijk iets verbeteren aan de knelpunten voor gehandicapten. Het Solgu heeft in Utrecht moeten ervaren dat dit een weg vol hobbels is.

Zij hebben een beleidsplan gemaakt voor de jaren '94 tot '97 en de statuten aangepast. De voornaamste wijziging is dat het Solgu zich meer gaat toeleggen op collectieve belangenbehartiging en dat de incidentele belangenbehartiging naar de achtergrond verschuift. Het beleidsplan maakt duidelijk dat het Solgu de komende

jaren de kernproblemen rond voorzieningen, huisvesting, arbeid, mobiliteit, hulpverlening en voorlichting wil gaan aanpakken. Omdat het Solgu verschillende plaatselijke organisaties bundelt en daardoor voor de gemeente een aantrekkelijke gesprekspartner is, wil zij extra aandacht geven aan het betrekken van de achterban bij het te voeren beleid. Dat blijkt in de praktijk heel veel energie te kosten. Coby voelt zich in de kou gezet door het voorzichtige en weinig vernieuwende beleid dat de gemeente gaat voeren. Zij had gehoopt dat Utrecht voorop zou lopen in de vernieuwing, zoals elders wel gebeurt.

Marc van Dinther schreef in *de Volkskrant* van 9 februari over de verschillen tussen gemeenten. Veenendaal neemt een verfrissende positie in. Daar geen eigen bijdragen en geen bezuinigingen op taxikosten. 'Als we te kort komen dan wordt dat versleuteld over de hele gemeentebegroting,' aldus de wethouder. 'De gemeenteraad heeft zich in Veenendaal uitgesproken voor het principe dat gehandicapten niet de dupe mogen worden van deze operatie, ongeacht de financiële gevolgen. Als de uitgaven voor voorzieningen te genvallen, moet er in de toekomst misschien flink worden bezuinigd op andere posten.' In Zeeland is een aantal gemeenten gaan samenwerken om het uiteindelijk budget voor voorzieningen zo efficiënt mogelijk te besteden. De stem van de belangengroeperingen aldaar wordt goed gehoord. In Alphen aan de Rijn daarentegen wordt een voorzichtig beleid gevoerd. Daar heeft het Alphen Platform voor gehandicapten de gemeente ervan weten te weerhouden om direct maar de bezuinigingen op de reiskosten te realiseren.

Voor Coby Gommers was het moeilijk te verteren dat in de gemeente Utrecht vooral energie is gestopt in de vraag welke ambtelijke afdeling het beheer krijgt over het budget van ruim 20 miljoen. De afdelingen Welzijn, Huisvesting en Woonruimtezaken waren in de markt en Welzijn heeft uiteindelijk gewonnen. Dit nam zoveel tijd in beslag dat het uitwerken van een visie en beleid op de lange termijn nog altijd niet aan de orde is gekomen. Deze ervaringen sterken haar in de opstelling dat het Solgu meer nog dan vroeger met politici moet praten. De armoede onder gehandicapten neemt toe en in Utrecht is de keuzevrijheid niet wezenlijk toegenomen.

In de hoorzitting die de gemeente Utrecht over haar WVG-beleid organiseerde heeft het Solgu nogmaals benadrukt dat een visie op lange termijn nodig is. Ga ljit van de vraag van mensen met een handicap en zorg ervoor dat de WVG zo min mogelijk negatieve gevolgen heeft voor mensen met een handicap, is de boodschap. Een vernieuwend beleid richt zich op verkleining van de afhankelijkheid en vergroting van de eigen inbreng van gehandicapten. Juist bij de aanschaf van hulpmiddelen liggen kansen voor zo'n beleid. De keuze van hulpmiddelen en voorzieningen moet niet worden beperkt tot een standaardpakket dat de gemeente aan wil gaan bieden. Een goede informatievoorziening aan gehandicapten en hun verwanten is nodig. Ook het realiseren van één loket voor alle voorzieningen staat hoog op de lijst. Eén loket waar gehandicapten terecht kunnen voor alle voorzieningen via de WVG, AWBZ en AAW. Bij veel gehandicapten leeft de angst dat hun mobiliteit nog verder wordt ingeperkt en het sociale isolement wordt vergroot. Het individuele vervoer wordt verminderd, maar de mogelijkheden van het openbaar vervoer zijn ontoereikend. Als de gemeente pit heeft, investeert zij in toegankelijk openbaar vervoer en beperkt zich niet tot het gebruiken van WVG-gelden voor het ontwikkelen van aanvullend vervoer.

Coby Gommers hoopt dat Utrecht volgend jaar alsnog het experiment wil beginnen om gehandicapten zelf hun voorzieningen en hulpmiddelen te laten aanschaffen. Nu zegt de gemeente dat ze er wel voorstander van is, maar dat het praktisch nog te vroeg is. Over een jaar zal blijken of Utrecht de gehandicapten aan een lijntje heeft gehouden.

Frans van der Pas is medewerker bij het Nederlands Instituut Zorg & Welzijn en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.

BOEKEN

ZORG NIEUWE KLUIF VOOR LOKAAL BESTUUR

V. Veldheer, *Kantelend bestuur*, *Sociale en culturele studies* nr. 20, Rijswijk (SCP) 1994, ISBN 90 5250 609 4, 280 bladzijden, f 40,-

Het is misschien wat onluisterend voor degenen die op 2 maart wel gestemd hebben, maar de taken en verantwoordelijkheden van lokale overheden zijn slechts in beperkte mate atbaakelijk van de politieke kleur van de gemeenteraad of het college van B&W. Bepalender daarvoor is een veel langzamer ontwikkeling. Wie naar die ontwikkeling kijkt, moet volgens de vorige maand gepromoveerde SCP-onderzoeker V. Veldheer concluderen dat het lokale bestuur zich de komende jaren meer bezig gaat houden met taken die direct raken aan de leefsituatie van de burgers. Naast huisvesting, openbare veiligheid en milieu zijn dat welzijn en zorg. Die stelling maakt het proefschrift van Veldheer (dat onder de titel *Kantelend bestuur* is verschenen) actueel voor lezers buiten de sfeer van de bestuurskunde. Zou de gemeente echt meer te zeggen krijgen over zorg?

Veldheer baseert zijn conclusie op twee pijlers. De eerste is een historisch onderzoek op basis van literatuur naar de maatschappelijke ontwikkelingen en de interventies van de overheid. De trend daarin is volgens Veldheer onmiskenbaar. De lokale overheid bemoeit zich steeds meer met een grote variëteit aan maatschappelijke verschijnselen. Aanvankelijk was dat uit oogpunt van sociale beheersing, later om redenen van sociale rechtvaardigheid. Tussen 1851 (het jaar waarin Thorbeckes Gemeentewet van kracht werd) en 1870 ligt de nadruk op onderwijs en armenzorg. Tussen 1870 en 1914 verschuift de aandacht naar huisvesting en gezondheid. Van 1918 tot 1940 ligt de nadruk op economische dienstverlening en sociale zorg en van 1945 tot 1985 op infrastructurele voorzieningen, huisvesting, stadsvernieuwing en welzijn. In diezelfde 134 jaren neemt overigens tegelijkertijd de bemoeienis van de centrale overheid met lokale kwesties toe, zodat we langzaam zijn opgezaaid met een tamelijk onoverzichtelijke verstrengeling van beleidssferen.

De tweede pijler is een vergelijking van zomaar twee Nederlandse gemeenten, Leiden en Schoonhoven. Door de beperking van het onderzoeksdomein hebben Veldheers conclusies hier wat minder zwier. Wel vormen de betreffende hoofdstukken een aardige illustratie van de trends die hij in zijn literatuurstudie had opgespoord. Het beeld klopt: zowel in Schoonhoven als in Leiden heeft de gemeente respectievelijk een *ombuds- en beheersfunctie* (1850-1890), een *sociaal-politieke functie* en een *plannings- en uitvoeringsfunctie*.

Tot wat voor consequenties leidt nu dit tweevoudige historisch onderzoek? Valt er een volgende stap in de ontwikkeling van de lokale overheid uit af te leiden? Veldheer begeeft zich met zijn conclusies in een wespennest. Er zijn de afgelopen decennia immers stapels voorstellen gedaan om de overheid te reorganiseren. Op de gemeentelijke herindeling (en straks wellicht de regiovorming) na zijn die in de prullenmand verdwenen. De voorstellen van Veldheer behelzen misschien wel daarom geen nieuwe ordening of taakverdeling, maar zijn wat voorzichtiger.

Om te beginnen schort er volgens de nieuwe doctor een en ander aan het democratisch gehalte van de gemeentelijke overheden. Voor een groot deel komt dat doordat de burger niet meer automatisch de lokale gemeenschap als 'zijn' gemeenschap ervaart. De moderne burger is gefragmenteerd, voelt zich nu eens Europeaan, dan weer bewoner van Haarlem-Noord. Voor een ander deel raken de gemeenten hun democratische fundament kwijt doordat ze in veel opzichten doorgeefluik van landelijk beleid zijn geworden.

Niet alleen vanuit het oogpunt van de democratie, maar ook vanuit oogpunt van doelmatigheid valt er op het functioneren van de lokale overheid af te dingen. De taakverdeling tussen de centrale en de lokale overheid is lang niet altijd helder en doordacht.

De pogingen van de wetgever om deze beide manco's te verhelpen staan goeddeels haaks op elkaar. Enerzijds is er het streven door schaalvergroting van het lokale bestuur de doelmatigheid te vergroten. Anderzijds is er het streven om door schaalverkleining het bestuur dichter bij de burger te brengen.

Veldheers voorstel om uit dit dilemma te geraken is vernuftig: hij wil uit de aard

der talen afleiden waar de overheid best een doorgeefluik van landelijk beleid mag zijn zonder al te veel lokaal-democratische basis en waar de lokale overheid zijn binding met de gemeenschap moet waarmaken. Voor de eerste soort taken moeten zogeheten 'lokale agentschappen' worden opgericht. Voor de tweede soort moeten 'kerngemeenten' komen. Die term is wat ongelukkig gekozen door zijn associatie met 'centrum-gemeente' en 'gemeentelijke kern'. Veldheer bedoelt er een lokale overheid mee die onder eigen politieke verantwoordelijkheid een aantal taken uitvoert die nauw gerelateerd zijn aan de leefwereld van de burgers. De centrale overheid moet de gemeenten daartoe ook in staat stellen door zich er niet of nauwelijks mee te bemoeien en voldoende financiële middelen te verschaffen.

Het voordeel van zo'n scheiding tussen kerngemeente en agentschappen is de politieke duidelijkheid. 'Het lokale bestuur kan weer beslissingen nemen die in het directe belang van de burgers zijn. Dat was ooit de kern van het lokale bestuur en zo kan het ook weer worden,' aldus Veldheer.

Of het zover zal komen is de vraag. Er bestaat in Nederland niet alleen een moeilijk ontwarbare verflechting tussen centrale en lokale overheid, maar ook nog zoiets als een maatschappelijk middenveld. In de zorgsector is dat historisch sterk ontwikkeld. In de jaren zeventig leek het middenveld begrensd te raken, maar met de functionele decentralisatie heeft de centrale overheid de afgelopen jaren aan een revival bijgedragen. De kerngemeenten van Veldheer zullen te maken krijgen met ingewikkelde grensconflicten. Om een - niet helemaal willekeurig - voorbeeld te noemen: wie krijgt het voor het zeggen in het complex van (AWBZ-gefinancierde) thuiszorg en (gemeentelijk gefinancierde) AAW-voorzieningen en bijzondere bijstand? Nu ligt er nog een grens midden in dat complex. Momenteel lijkt de trend om die grens zo te verleggen dat de gemeenten meer stem krijgen. Moet die grens verder verlegd? Zelfs dan blijft er een grens met de AWBZ-voorzieningen. Of zou Veldheer ook de ziekenhuizen onder regie van de kerngemeente willen brengen?

Nico de Boer

MEDISCH-ETHISCHE DISCUSSIES IN NEDERLAND

M.J. van Trappenburg, Soorten van gelijk. Medisch-ethische discussies in Nederland. WE.1. Tjeenk Willink, Zwolle, 1993. ISBN 90-271-3813-3.

De medische ethiek mag zich de laatste tijd in flink wat meta-belangstelling verheugen. Niet alleen heeft Gerard de Vries laatst de discussie rondom taak en rol van de medische ethiek weer aangezwengeld, maar ook is er nu een boek verschenen, geheel gewijd aan de analyse van debatten op het gebied van de medische ethiek. *Soorten van gelijk* heet het en het is geschreven door de in Leiden werkzame politicologe Margo van Trappenburg.

Het boek is opgebouwd rond de analyse van vier 'casussen', debatten op het gebied van de medische ethiek. Deze vier betreffen het debat rond patiënten-selectie, genetica, transplantatie, en experimenten met mensen. Bij elk debat worden de argumenten bekeken en uiteindelijk in drie denkmodellen samengevat. Zo zijn er een juridisch denkmodel, een liberaal en een conservatief denkmodel te herkennen. Het juridische denkmodel is een pragmatisch model waarin het recht de oriëntatiebron is. Het liberale denkmodel is gebaseerd op het schadebeginsel van de negentiende-eeuwse filosoof John Stuart Mill: ieder is in principe vrij om te doen en te laten wat hij of zij wenst tenzij dit doen en laten schade berokkent aan anderen. Hiertegenover staat het conservatieve denkmodel waarin een herstel van gemeenschapsgevoelens centraal staat. Kenmerkend voor dit laatste model is dat het probleem als een cultuursociologisch vraagstuk wordt beschouwd. Zo heeft ieder denkmodel zijn eigen probleemdefinitie en eigen soort oplossing. Onder welke voorwaarden ontstaat er een norm op het gebied van de medische ethiek, is er een denkmodel dat de beste oplossingen biedt? Het al of niet ontstaan van een algemeen aanvaarde norm hangt volgens Van Trappenburg af van de aanwezigheid van een denkmodel dat dominant genoeg is. De inhoud van die norm hangt dan af van welk model dat is.

JURIDISCHE BLIK

De debatten die Van Trappenburg bespreekt worden redelijk volledig weergegeven, in die zin dat er geen belangrijke argumenten onbesproken blijven. Wat ons opviel is de juridische blik waarmee het boek geschreven is. Van Trappenburg steunt veel op juridische literatuur, en daarom is het jammer dat zij nergens ver-

meldt hoe zij tot haar selectie van bronnen is gekomen. Bij een andere selectie waren wellicht andere denkmodellen dominant gebleken. De ondertitel van het boek kan dan ook worden verbreed tot 'Medisch-ethische en -juridische discussies in Nederland'. Verder valt op dat het conservatieve model als een soort 'vuilnisvat' fungeert voor alle literatuur die niet in de twee andere denkmodellen past. Een belangrijke notie in het boek is het al dan niet voorgejuridiseerd zijn van een gebied. Hiermee wordt bedoeld dat er reeds juridische regels zijn die op een aangrenzend terrein aanvaard zijn, en dus met redelijk gemak toepasbaar zijn op de nieuwe situatie. Zou dit concept ook belangrijk zijn geweest voor iemand die bijvoorbeeld door een economische bril naar de discussie had gekeken?

VIERDE MODEL

Het laatste deel van het boek is het leukste om te lezen. Daar doet de auteur niet langer verslag van wat anderen zeggen maar is zijzelf aan het woord. Zij stelt in dit deel een vierde model voor, een dat volgens haar een uitweg kan bieden uit de impasse van enerzijds een liberale benadering, met zijn nadruk op het autonome individu en het marktmodel in de gezondheidszorg als basis, en anderzijds een gemeenschapsmodel, waarbij wordt uitgegaan van een welhaast utopisch gedeeld waarden- en solidariteitsbesef. Dit nieuwe model is gebaseerd op de theorie die Michael Walzer in zijn *Spheres of Justice* uiteenzet. Kort gezegd komt deze theorie erop neer dat de beste garantie voor vrijheid en gelijkheid ligt in een situatie van complexe gelijkheid. Complexe gelijkheid betekent dat er schotten zijn opgetrokken tussen de verschillende sferen in ons leven, bijvoorbeeld tussen de sfeer van de markt en de sfeer van de politiek. Die schotten zorgen ervoor dat een voordelige positie in de ene sfeer niet automatisch leidt tot een voordelige positie in een andere sfeer. Zo is, bijvoorbeeld, Lubbers niet onze minister-president omdat hij rijk is, en is hij niet rijk omdat hij minister-president is. Iedere sfeer kenmerkt zich doordat een ander distributiepatroon daar geëigend is. Liefde is niet verhandelbaar, en inkomen verdelen we niet naar behoefte. Walzer onderscheidt echter geen aparte medische sfeer; ten onrechte, volgens Van Trappenburg. Zij pleit voor een aparte medische sfeer, waarbinnen verdeling van goederen, hier dus medische zorg, naar sociaal vastgestelde behoefte gaat. Probleem daarbij is dat het uiteraard niet eenvoudig is vast te stellen wat die behoeften zijn, kortom wat er in een basispakket zou moeten zitten. In die zin lijkt

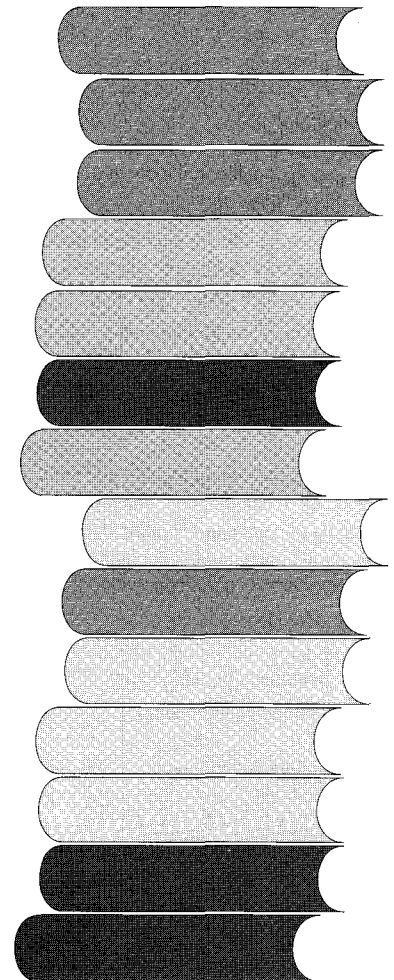
deze benadering dus ook geen uitweg te bieden uit de impasse waar veel discussies omtrent verdeling in blijven hangen, namelijk: 'wat moet er in een basispakket?'

De eindconclusie is dan ook dat het boek wel een redelijk goed overzicht biedt van de debatten en interessante hypothesen opwerpt, maar dat de onderbouwing daarvan toch niet erg uit de verf komt. De vraag blijft voor wie het nu eigenlijk geschreven is.

Suzanne van der Vathorst
onderzoekster Instituut Ethiek VU Amsterdam

Ineke Bolt.

AIO' medische ethiek, faculteit geneeskunde VU Amsterdam.



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

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

PUBLIKATIES

Dagactiviteitencentra (DAC's) zijn bedoeld om psychiatrische patiënten een kans te geven weer een plaats te vinden in de samenleving. Voor veel psychiatrische patiënten zijn deze centra een alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis geworden. In de bundel *Op weg naar de stad. Methodieken in dagactiviteitencentra* wordt in een aantal bijdragen verslag gedaan van de methodieken die in twee Amsterdamse DAC's worden toegepast. Behalve bijdragen over de methodiek in de DAC's wordt in het boekje beschreven hoe het opbouwwerk in een aantal Amsterdamse buurten bijdraagt tot de integratie en rehabilitatie van psychiatrische patiënten in de samenleving.

'Op weg naar de stad' is een uitgave van het Platform GGZ Amsterdam, Harrie van Haaster (red.), prijs f10,-. De publicatie is te bestellen bij D. Kal, Tilanusstraat 33hs, 1091 BD Amsterdam.

De publiekscampagne Keuzen in de zorg leidde ertoe dat 300 vrouwen van Turkse, Marokkaanse, Chinese, Antilliaanse, Surinaamse en Molukse afkomst deelnamen aan discussies over de rol van mantelzorg en hun relatie tot informele en professionele zorgverlening. Deze discussies leidden tot een fototekstboek, *'Zorg over keuzen' over mantelzorg bij zwarte en migrantenvrouwen.*

'Zorg over keuzen: zwarte en migrantenvrouwen over mantelzorg' van Gon Buurman en Marleen Peters kost f15,- (excl. porto) en is te bestellen bij Emancipatiebureau Amsterdam, 020-6712819 en bij iedere vrouwenboekhandel.

De CFO, de CNV-bond voor de overheid en de zorgsector, heeft een brochure uitgegeven over de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De brochure is specifiek geschreven voor verplegenden en verzorgenden (in opleiding).

De brochure 'De Wet BOPZ' is te bestel-

len door overmaking van f12,50 voor niet-leden op postgiro 653890 ten name van CFO, Den Haag, onder vermelding van Brochure BOPZ.

Met het uitkomen van het *Basisboek Milieu en gezondheid* van J.w.. Copius Peereboom wordt voor het eerst in Nederland in één boek een breed overzicht gegeven van de samenhang tussen schadelijke agentia in het milieu en effecten op de mens. Nieuw hierbij is de indeling naar organen en orgaansystemen (immuunsysteem, reproductie systeem etc.) en hun specifieke gevoeligheid voor bepaalde toxische stoffen. Verder wordt in aparte hoofdstukken op kritische wijze aandacht geschonken aan normstelling en de evaluatie van het risico voor de volksgezondheid. Omdat alles zoveel mogelijk wordt gestaafd met resultaten van wetenschappelijk onderzoek, is het boek een opeenvolging van feiten en getallen geworden. Dit maakt het zeer geschikt als naslagwerk voor gezondheidskundige medewerkers, maar minder als studieboek.

J.W. Copius Peereboom (red.), 'Basisboek milieu en gezondheid'. Amsterdam, Boom, 1994.

BIJEENKOMSTEN

De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie organiseert het eerste Nederlandse Patiëntencongres 'Tijd voor patiënten, tijd voor verandering'. Het congres is bedoeld voor zowel georganiseerde als niet georganiseerde patiënten en consumenten en beoogt een bijdrage te leveren aan verdere visie- en ideeënvorming van de patiëntenbeweging.

Op het congres kunnen de deelnemers kiezen uit workshops, interviews, debatten en lezingen, waarin de volgende thema's aan de orde komen:

- wat willen patiënten van de gezondheidszorg;
- wat zijn de voorwaarden om dit te realiseren;
- wat doet de politiek met de wensen van de patiëntenbeweging?

Het congres vindt plaats op donderdag 21 april 1994 van 13.30 tot 21.30 uur in Muis Sacrum te Arnhem. Kosten f20,-. Informatie bij NP/CF, René Sommen, 030-341597.

Op 28 april 1994 vindt in Maastricht een congres plaats over lokaal ge-

zondheidsbeleid, preventie en zorgvernieuwing in Zuidelijk Zuid-Limburg: 'Gezondheit in het Zuiden'. Het congres wil toewerken naar een samenhangend lokaal gezondheidsbeleid. Er worden inleidingen gehouden over lokaal en regionaal beleid op het gebied van preventie, geestelijke gezondheidszorg, algemene gezondheidszorg en sekse-specifieke gezondheidszorg. *De kosten bedragen f115,-. Studenten betalen f80,-. Info: Mariët Verhoeven, RIAGGMjverdalcombinatie, 043-685357.*

Hoe komt het dat in de GGZ het ziekteverzuim zo hoog is en waarom komen werknemers in de GGZ zo vaak in de WAO terecht? En wat is daaraan te doen? Op de studiedag 'Werken in de GGZ. Gezondheidsrisico's en herstelmogelijkheden' wordt besproken hoe men in de GGZ gezondheidsrisico's kan beperken en arbeidsuitval kan voorkomen.

De studiedag vindt plaats op vrijdag 22 april 1994 in 't Spant te Bussum en kost f195,-. Info: NCGV, 030-935141.

OPROEPEN

Het Breed Platform Verzekeringen, een bundeling van dertien landelijke patiënten- en consumentenorganisaties, ontvangt steeds meer signalen dat mensen die met de gezondheidszorg in aanraking zijn geweest problemen hebben bij het verkrijgen van werk. Het Breed Platform wil de problemen inventariseren en zo mogelijk wegnemen. Om welke problemen gaat het?

- Solliciteert u vanuit de WAO, maar lukt het niet om aan een baan te komen?
- Bent u door de keuringsarts slechts tijdelijk goedgekeurd voor uw baan wegens uw gezondheid, maar was u het daar niet mee eens?
- Werden door de werkgever tijdens het sollicitatiegesprek aan u vragen gesteld over uw ziekteverzuim in het verleden?
- Bent u bij de keuring voor uw baan wel goedgekeurd voor uw werk, maar geweigerd door uw pensioenfonds?

Als u ooit met een van deze problemen te maken hebt gehad, dan kunt u zich met uw klacht melden bij het meldpunt Verzekeren, werk en gezondheid. Telefoon 020-6181007, op werkdagen van 9.00 tot 13.00 uur.

INDEX TIJDSCHRIFT GEZONDHEID & POLITIEK, JAARGANG 11, 1993

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 1, 1993

THEMA: 10 JAAR TGP (pg 2-25)

(themaredactie: Thea Dukkers van Emden, Frans van der Pas, Evelyne de Leeuw, Annemarie Mol en Goof van de Wijngaart)

2 Goudriaan, G.

'10 jaar TGP', (redactioneel van de voorzitter)

4-6 Heijdelberg, E. en G. Salemink,

'Een golf van vernieuwingsprojecten, maar waar bleven de oude idealen?'

7 Leeuw, E. de,

'10 jaar TGP - tegen geneuzel en prietpraaf', (column)

8-10 Pas, F. van der,

'Steeds klemmender werd de vraag wie ik nu eigenlijk hielp: de zieke mens of de medische macht', (interview Herman van Aalderen)

11-13 Ogtrop, J. van,

'Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan - het mooiste artikel volgens Annemarie Mol'

14-16 Geenhuizen, Y. van,

'Minder genuanceerd beleid in TGP, meer sprankelende oppositie a.u.b.',

centerfold

'10 jaargangen van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek', (overzicht van 10 jaargangen artikelen in TGP)

18-19 Spijker, H. en G. V.d. Wijngaart,

'Een verloren ideaal en een nieuw elan - Carolien Haagh, wijkverpleegkundige', (interview)

20 Sijthoff, S.,

'Tien jaar TGP -landelijk en niet al te heet gebakerd', (co-lumn)

21-23 Heide, B. van der,

'Wemos strijdt tegen medisch eenrichtingverkeer van noord naar zuid'

24-25 Dukkers van Emden, T.,

'Ik slik, help me eraf' - Ineke Thomeer over vijftien jaar vrouwen en medicijngebruik', (interview)

26 Lans, J. van der,

'Vruchten van eigen werk', (column)

27-30 Sevenhuijsen, S.,

'Mantelzorg hoeft niet stijdig te zijn met emancipatie'

31 Goudriaan, G.,

'Hans Achterhuis na 10 jaar nog eens herlezen', (Uit de kast), (boekbespreking: Achterhuis, H. 1980 *De markt van welzijn en geluk*)

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 2, 1993

THEMA: DE GEZONDE PATIENT (pg 2-21)

(themaredactie: Luc Klaphake, Loek Stokx, Hans Tenwolde en Joost Visser)

2 Themaredactie

'De gezonde patiënt', (redactioneel)

4-6 Schermer, M. en J. Keulartz,

'Mag gevaarlijk leven bestraft worden?'

7-9 Grundmeijer, H.,

'An apple a day keeps the doctor away - Moet de huisarts zich bemoeien met de leefstijl van zijn patiënten?'

10-14 Stokx, L. en J. Visser,

'Als je de ziektekosten wilt beperken, moet je gezond gedrag stimuleren', (interview met Tom Roos, directeur van de OHRA)

11-14 Stokx, L. en J. Visser,

'De nadruk op die leefstijl activiteiten verdoezelt: waar het werkelijk om gaat in de gezondheidszorg', (interview met Eelke van der Veen, directeur ZAO zorgverzekering)

15 Venema, F.,

'Medicalisering, medicatie en medische knooppunten', (column)

16-17 Ven, W. van de,

'Verzekeraars, fitplancentra en het plan-Simons'

18-20 Schaafsma, K.,

'Het verlangen naar gezondheid kan veranderen in de plicht om gezond te zijn', (interview met medisch theaterschrijver Tom de Ket)

21 Vegte, I. van de,

'Leefstijlparanoia', (column)

22-23 Berkel, D. van,

'Moeder worden, hoe vroeger hoe beter'

24-25 Meinen, A.,

'Verpleegkundigen moeten hun keuzen in de zorg veroveren'

26-28 Schrijvers, G.,

'De schaarste in de gezondheidszorg is voer voor economen'

29 Lans, I. van der,

'Moderne religie', (column)

30 May, R.,

'Ver-vreemd of vreemdeling'

(boekbespreking: Jong, J. de en R. Wesenbeek 1992 *Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland*)

31 Tenwolde, H.,

'Ethische beoordeling van preventie'

(boekbespreking: Verweij, M. 1992 *Ethiek van preventie. Een achtergrondstudie*)

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 3, 1993

2-3 Meintser, N.,

'Pil en abortus dreigen uit het 'brede' basispakket te vallen'

4-7 Moree, M. en M. Vulto,

'De nieuwe zakelijkheid in de gezinszorg moet ruimte voor emoties laten'

8-10 Vos, P.,

'Sociale veranderingen komen zwanger bij ons binnen' - Amsterdamse vroedvrouwen krijgen steeds meer migranten als klanten'

11-14 Sevenhuijsen, S.,

'Hoe krijgen we de onderkant van de zorg weer boven?'

15-18 Anzión, P.,

'Samen op de bres tegen sociale stress - cliënten-organisaties in de ggz bundelen krachten'

19-21 Vegte, I. van de,

'Zorgt het 'Amsterdams model' beter voor zijn klanten - Gebruikers: over tien jaar vernieuwend ggz-beleid'

22 Lans, I. van der,

'De Vrolikstraat', (column)

23 Theunissen, J.,

'De angst voor de vrijheid nog eens herlezen', (Uit de kast) (boekbespreking: Fromm, E. 1952 *De angst voor de vrijheid*)

24-25 Dukkers van Emden, T.,

'Incontinent na de operatie en toch tevreden - kritische en onkritische journalistiek in de gezondheidszorg'

26-28 Meer, J. van der en A. Oderwald,

Signalementen Buitenland

29 Dukkers van Emden, T.,

'Een steuntje voor de vernieuwers in de eerste lijnszorg'

(boekbespreking: Bamhoorn, H. en R. Walda 1993 *De eerste lijn op spitsen*)

30 Schoon, L.,

'Kent keuzen in de zorg geen sekse?'

(boekbespreking: Parlevliet, S. en S. Sevenhuijsen 1992 *Zorg bekeken door een andere bril - Vrouwen en het debat over Keuzen in de zorg*)

31-32 Korput, J. van,

'Cultuur als excuus voor falende hulpverlening'

(tijdschriftbespreking: *Medische antropologie, tijdschrift over gezondheid en cultuur*, 1992 (4), nummer 2)

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 4, 1993

THEMA: LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID. (pg 2-20)
(themaredactie: Josine van den Bogaard, Marleen Goumans, Menno Reijneveld en Ingrid van de Vegte)

- 2 Themaredactie,
'Thema Lokaal Gezondheidsbeleid', (redactioneel)
- 3-5 Horstik, L.,
'Wat moeten gezondheidsprofessionals met onverschillige burgers'
- 6-8 Fortuin, K.,
'Gezonde stad stuit op adoptieproblemen'
- 9-11 Lieburg, M.J. van,
'Rotterdams gezondheidsbeleid in historisch perspectief'
- 12-14 Goumans, M., A. Kruijff en HJ Weevers,
'Vijf wethouders c.s. over hun lokaal gezondheidsbeleid', (interview)
- 15 Roscam Abbing, E.,
'Lokaal gezondheidsbeleid, betrokken of bekrompen', (column)
- 16 Bosma, A.,
'Regiovisie juridisch bekeken'
- 17 Loonstra, A.,
'Patiënten kunnen via regiovisie beleid beïnvloeden'
- 18-20 Wijnen, J. van, J. ten Dam en J. van den Boogaard.,
'In Deventer wordt een geit gepland', (interview met opbouwwerker Jan Schepers)
- 20 Reijneveld, M.,
'De WCPV geëvalueerd', (bespreking evaluatierapport)
- 21-22 Roozenburg, H. en M. Reinboud.,
'Als de HIV-geïnfecteerde het zelf niet wil vertellen ...'
- 23 Lans, J. van der,
'Medisch specialisten', (column)
- 24-26 Dukkens van Emden, T.,
'De nadagen van het vrije ondernemerschap', (interview met Jan Landsman, voorzitter van het Nederlands Specialisten Genootschap)
- 26-27 Rutten, L.,
'Kan de geneeskunde buiten de homeopathie?'
- 28-29 Vegte, L. van de,
'Multicultureel afkijkcentrum bereikt allochtone verslaafden', (interview met psycholoog Lilien Macnack over IMC)
- 30 Baart, L.,
'Hoofdbrekens'
(boekbespreking: Dam, I. 1992 'een onderzoek naar constructivisme en migraine')
- 31 Boer, N. de,
'De ziekte van het gangbare'
(boekbespreking: Janssen, R. en A. Bons 1993 'De ziekte van het gangbare')

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 5, 1993

THEMA: DE REKENING VAN HET WANTROUWEN (pg 2-20)
(themaredactie: Jos van der Lans, Frans van der Pas, Magriet Andela, Paul van Dijk, Sonja Schmidt en Hetty Vlug)

- 2-3 Lans, J. van der en F. van der Pas
'De rekening van het wantrouwen', (redactioneel)
- 4-6 Dijk, P. van,
'Doelmatig medisch handelen geeft huisarts meer aanzien'
- 7-11 Lans, J. van der,
'De specialisten zijn de strijd aan het verliezen'
- 12-15 Berg, A. van den,
'Patiënten willen medisch handelen dat gebaseerd is op gedegen onderzoek' - Ellen 't Hoen en Fons Dekkers in dialoog', (interview)

15-16 Pas, F. van der en J. van der Lans,
'Over de balk'

17-20 Simons, E., B. Groen en M. Boon,
'Alle gekheid in steeds meer hokjes'

21-22 Jorissen, P.,
'Verstand op nul en 's ochtends gewoon naar mijn werk' - vrouwen met een handicap op de arbeidsmarkt'

23 Pas, F. van der,
'Het leven in de inrichting ontmaskerd', (Uit de kast)
(boekbespreking: Goffman, E. 1961 'Asylums')

24-25 Hanrath, C.,
'Hoe kom je een aardbeving te boven? Psychische opvang na natuurrampen op de Filipijnen'

26 Heijerman, E.,
'Ethiek in de praktijk'
(boekbespreking: Willigenburg, T. van e.a. 1993 'Ethiek in de praktijk')

27 Boer, N. de,
'Mondiaal kiezen in de zorg'
(boekbespreking: Hermans, G. e.a. 1993 'Duurzame zorg voor gezondheid')

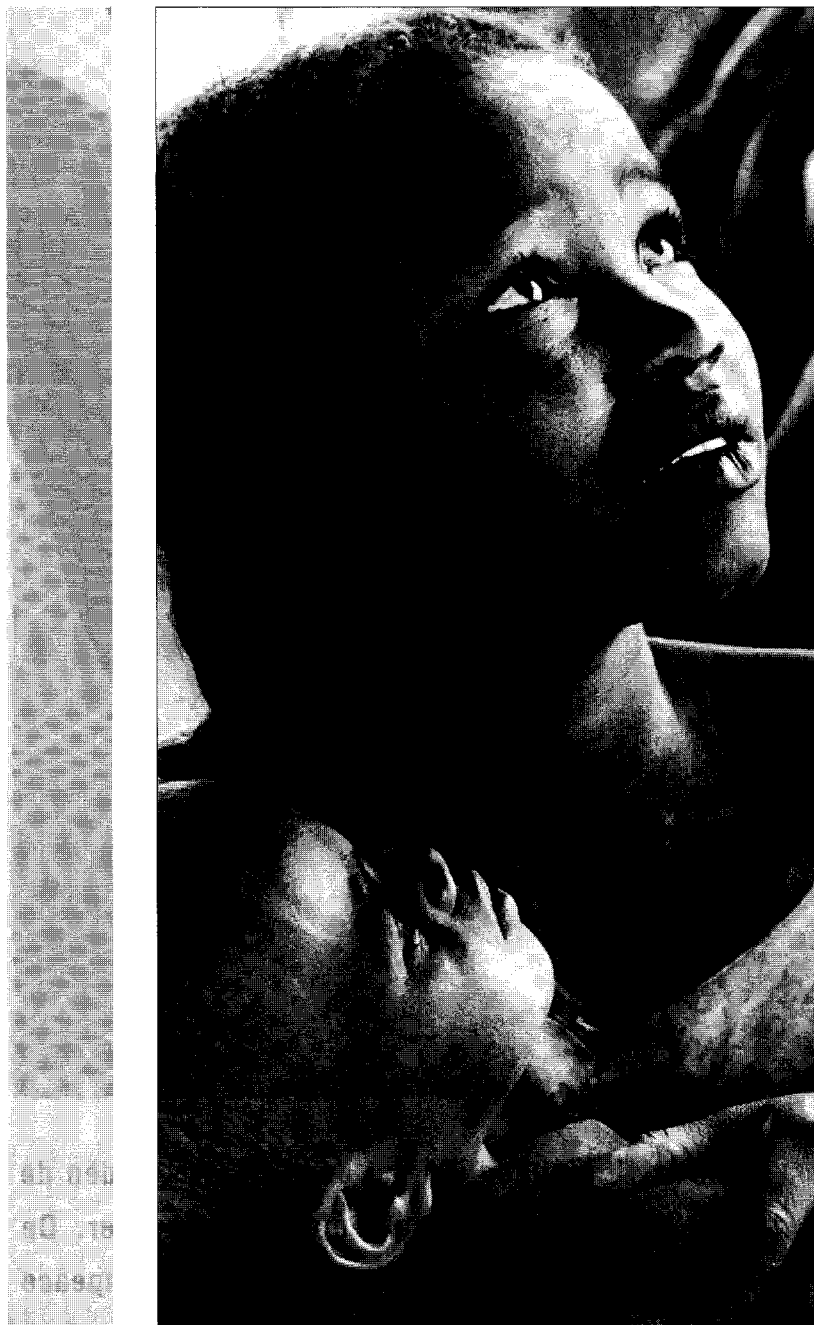
28-31 Muusse-Schrevel, A. en M. van Berkum,
'Tien misverstanden over de thuiszorg'

• INHOUDSOPGAVE TGP, NUMMER 6, 1993

THEMA: JURIDISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG (pg 2-20)
(themaredactie: Annemieke Bosna, Luc Klaphake, Liesbeth Randag en Robi-
netta de Roode)

- 2 Themaredactie
'Juridisering in de gezondheidszorg', (redactioneel)
- 3-6 Hendriks, A. en C. Ploem,
'Patiëntenrechten, een bijzondere vorm van mensenrechten - een overzicht van wetgeving'
- 7-9 Bosma, A., L. Randag en R. de Roede,
'Krijgen we Amerikaanse toestanden in Nederland?' - prof. H.J.J. Leenen over mondige patiënten en hun schadeclaims', (interview)
- 10-11 Brussel, A. van,
'Bestaat het recht op een geslaagde sterilisatie?'
- 12-13 Malsch, M.,
'Modelregelingen van Nederlandse makelij uniek in de wereld'
- 14-16 Stolker, C.,
'Wat weet de rechter van medisch handelen?'
- 17-18 Widdershoven, T.,
'De arts, de patiënt en de waarheid - het recht op informatie in theorie en praktijk'
- 19-20 Hemel, M. en M. van der Vaart,
'Ervaringsdeskundige (ex-)psychiatrische patiënten beïnvloeden de wetgeving'
- 21 Lans, J. van der.
'Simons & Wiegel'. (column)
- 22-24 Hulleman, S.,
'Gezondheidszorg in Almere: klagen om de kwaliteit te verbeteren'
- 24-26 Groenewegen, P.,
'Gezondheidszorg in Almere: naar een nieuw experiment in Almere?'
- 27-29 Meer J. van der,
Signalelementen Buitenland
- 29-30 Ogtrop, J. van,
'Ze weten weinig, ze vermoeden veel'
(boekbespreking: Zwaard, J. van der 1993 'El Mizan. Wijkverpleegkundigen over de opvoeding in allochtone huishoudens')

KINDEREN IN DE KNEL



... vragen U11ff aandacht

Kinderen zijn ieders hoop en toekomst, overal ter wereld. Kinderen zijn ook vaak de eerste slachtoffers bij problemen.

Kinderen in de Knel is het kinderprogramma van de protestantse kerken in Nederland. Kinderen in de Knel steunt projecten in het Zuiden die de situatie van de kinderen verbeteren en hun positie versterken.

Bijvoorbeeld:

- vakopleiding en onderdak voor straatkinderen;
- onderwijs en voedsel voor vluchtelingkinderen;
- medische hulp voor oorlogskinderen;
- scholing en ontspanning voor werkende kinderen;
- opvang en begeleiding van kinderen in de prostitutie;

Word donateur en geef deze kinderen een kans op een toekomst.

Het kinderprogramma van de protestantse kerken, Postbus 13350, 3507 LJ Utrecht, Tel. 030 241 1111



**ELK JAAR
220.000
IS GEEN
ONAARDIGE
OOGST.**

Bestrijdingsmiddelen zijn gemaakt om leven te vernietigen. En dat doen ze. We vinden de troep terug in het vetweefsel van kinderen, in moedermelk, groente en drinkwater. De Wereldgezondheidsorganisatie spreekt van 220.000 doden per jaar.. Daarom zet Greenpeace zich in voor een landbouw zonder gif.. Steun ons, bel 020-6261877 en word donateur.

BESTRIJD DE BESTRIJDINGSMIDDELEN

GREENPEACE