

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 12
NR. 6 / DECEMBER 1994



*Thema:
werken
is gezond*

Nieuwe banen

Riads praten met over het werk

De neonatologie gaat maar voort

Claims, lawyers, medical advisers - in Nederland

CHLOOR IS OVERAL



Zelfs in ongeboren baby's. Steeds meer ziekten worden met chloor in verband gebracht.. En dat terwijl er uitstekende alternatieven zijn. Steun Greenpeace. Omdat ook onze kinderen recht hebben op een gezonde toekomst.. Word donateur voor /25 per jaar.

Belvoor meer informatie: 020 - 626 18 77

~AffHPEACë

GIRO 44

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

Versijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:

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

Redactie:

Els Borgesius, Luc Klaphake,
Saskia van der Lyke, Matthé Ribbens,
Alex Schoenmaker, Hans Tenwolde,
Ingrid van de Vegte, Joost Visser,
Eindredactie: Maarten Dulfer

Redactieraad:

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

Redactieadres:

Postbus 17107
1001 JC Amsterdam

Telefoon redactie: 05708-2289

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

Foto omslag:

Mieke Schlaman

Vormgeving:

10/0 Reklame- Ontwerp bureau BV

Postbus 631, 6000 AP Weert

Telefoon 04950 - 44995

Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

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

INHOUD

Thema: Werken is gezond

- Z:** Redactioneel
- 3** Caroline Rietbergen
Activering en reïntegratie
Arbeidsongeschikten moeten in ieder geval verzekerd zijn
- !!** Joost Visser
Burgemeester in oonlogstijd
'Ik keur mensen goed voor werk dat er niet is.'
- 9** Martien Bouwman
Korter ziekteverzuim verzekerd
Ten koste van wie geen baan hebben
- 10** Rik van Berkel
Een breder begrip van arbeid
Andere wegen naar 'welzijn en geluk
- 13** Piet Leenders
Minder werken is gezond
- 14** Paul Bots
Medici in de martelkamer
...en bij executies, lijfstraffen ...
- 16** Thea Dukkers van Emden
Weg met het maagdevlies
Traditie, dan wel culturele dwang
- 17** Ingrid van de Vegte
De Rutgers Stichting
Stand van zaken
- 18** Jessica Mesman
Machines en moraal
Neonatologie
- 23** Leo Bontje
Medisch advies in jure
Voor advocaten van klagers en claimers
- 25** Jos van der Lans
Zijn laatste column voor TGP
- 26** Eric van Rijswijk
Ethy Dorrepaal
Op Dunnings sofa
Over de werkzaamheid van psychotherapie
- 29** Boeken
Loont verhoging van de arbeidsproductiviteit?
- 30** Signalementen Buitenland
Dood op de werkplek & blijf uit de buurt van kerncentrales
- 32** Signalementen

REDACTIONEEL

Tienduizenden banen erbij, belooft de regeringsverklaring. Voor paars is bestrijding van de werkloosheid prioriteit nummer één. Want werken mocht. Verlichting van de druk op de collectieve lasten is een belangrijk, maar niet het enige argument. Werken is goed voor u, heet het. En dus moet je jaren gewerkt hebben voor een WW-uitkering. worden jonge arbeidsongeschikten opnieuw gekeurd en moeten straks ook bijstandsmoeders met kleine kinderen beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt..

Werk is belangrijk. Tragisch is het verhaal van de man die iedere ochtend z'n vrouw een afscheidszoen gaf en op de fiets stapte, het plastic trommeltje brood tussen de snelbinders, op weg naar denkbeeldig werk. Liever nog hing hij de hele dag in de stad rond, dan dat de bureaus zouden merken dat hij al maanden geleden met een vriendelijk woord van de personeelschef was ontslagen.

Werk hebben geeft status. Het geeft zin aan het bestaan, biedt structuur en regelmaat en leidt tot economische zelfstandigheid, ontplooiing en contact met mensen. Wie werkt zit goed, ook zakelijk. Van kinderopvang tot bedrijfsfitness, van een OV-jaarkaart tot een alomvattende ziektekostenpolis: steeds meer zaken worden door werknemers en werkgevers onderling geregeld.

Dat werkloos-zijn van invloed is op welzijn en geluk is geen nieuwe gedachte. Klassiek is de vooroorlogse studie in het Oostenrijkse Marienthal. Sluiting van de enige fabriek in het dorp leidde bij de onderzochte 'gezinnen' - we schrijven 1933 - tot versombering en een verminderde onderlinge solidariteit, niet in de laatste plaats overigens door een verslechtering van de financiële situatie. Dichterbij huis brachten de sluiting van de Limburgse mijnen en de grote bedrijfssluitingen uit de jaren zeventig en tachtig voor de betrokken werknemers grote problemen met zich mee. En anno 1994 komen werklozen vaker bij de huisarts dan mensen met werk, vooral met sociale problemen en klachten van het bewegingsapparaat: spieren, botten en gewrichten.

Toch is ook werken niet altijd een bron van gezondheid. Zeker in de industrie zijn de zogenoemde beroepsrisico's groot, blijkt uit een onlangs afgesloten landelijk onderzoek van het Nivel. Machinereparateurs en onderhoudsmonteurs hebben een flinke kans op gewrichtsaandoeningen, lassers en plaatwerkers op een splinter in het oog, huisschilders (en trouwens ook onderwijzers) lopen het risico van een maagzweer, slachters van vingerinfectie en laders en lossers krijgen rugklachten.

Maar ook horecapersoneel, politie, brandweer en andere 'dienstverleners' komen vaker bij de huisarts dan werknemers uit andere sectoren, vooral met vage klachten als angst en pijn. En op kantoor is evenmin alles koek en ei: mensen in hogere leidinggevende functies hebben vaker last van hoge bloeddruk en hartklachten.

Deze schaduwzijde van betaalde arbeid is één van de kanttekeningen bij het moderne credo 'werk, werk en nog eens werk'. In dit nummer van TGP uiten Rik van Berkel en Piet Leenders nog wat twijfels. Van fraaie beloften als ontplooiing en economische zelfstandigheid komt in veel werk bitter weinig terecht. En dan nog: de groeiende werkloosheid maakt van het werk-voor-iedereen een allerminst haalbaar doel. Zij pleiten dan ook voor een verbreding van het arbeidsbegrip en een verruiming van het arbeidsethos.

Het is niet eenvoudig direct een relatie te leggen tussen arbeidsongeschiktheid en de aard van het werk. Toch is het bestaan van één miljoen arbeidsongeschikten in Nederland een teken aan de wand. De overheid ziet dat anders. Die legt de nadruk op de financiële lasten van de WAO en dwingt - met een beroep op de veronderstelde zegeningen van betaalde arbeid - arbeidsongeschikten weer aan het werk te gaan. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat mensen in de WAO werkelijk ziek zijn: zij komen twee keer zo vaak bij de huisarts als werklozen en mensen met een baan, dikwijls - ook zij - met klachten van het bewegingsapparaat en psychische problemen. Ook hebben WAO'ers beduidend meer maagklachten, hartaandoeningen, klachten van het zenuwstelsel en sociale problemen.

Toch kunnen de meesten nog wel wát en dat zullen ze weten ook. Niet alleen is de laatste jaren de toelating tot de WAO aanzienlijk aangescherpt, ook worden alle WAO-gerechtigden die jonger zijn dan 50 opnieuw gekeurd en - in de onnavolgbare taal van de bureaucratie - 'afgeschat'. In een interview van Joost Visser is het woord aan de, inmiddels hier en daar bekende, Groningse keuringsarts Bert Cornelius, in deze TGP getypeerd als goede burgemeester in oorlogstijd.

De gevolgen van de herkeuring laten zich raden: mensen worden niet geschikt bevonden voor hun eigenlijke werk, maar kunnen nog wel andere 'gangbare' arbeid doen - van 'passende' arbeid is in de wet geen sprake meer. En dus wordt een ex-vrachtwagenchauffeur voldoende fit verklaard om in een kwekerij te werken en mag een ex-onderwijzer een carrière opbouwen als verkoopmedewerker. Hun WAO-uitkering vervalt, helemaal of ten dele. Dat ze weinig kans maken om in het hun toegewezen werk aan de slag te komen, doet niet ter zake. Maar weinig kans maken ze, alle steun - óók vanuit de GMD - ten spijt. En dus doen verreweg de meesten een beroep op de WW en belanden uiteindelijk in de bijstand, tenzij de partner inkomsten heeft. De gevolgen van dat scenario zijn weinig opwekkend. Want mensen uit deze groep zijn er slecht aan toe: volgens onderzoek hebben zij meer chronische aandoeningen en gebruiken zij meer medicijnen op doktersrecept dan 'echte' WAO'ers.

Als het alléén zou gaan om reïntegratie, zou het wijs zijn om vooral te benadrukken wat iemand nog wél kan. Maar het gaat de uitvoeringsorganisaties niet alléén en zeker niet in de eerste plaats om welzijn, maar om het berekenen van de hoogte van de uitkering. In dit nummer van TGP schetst Caroline Rietbergen de dubbelrol van de GMDs, en straks van de Bedrijfsverenigingen. Van tweeën één, zegt zij: ofwel de organisaties beperken zich tot hun verzekeringstaak, ofwel zij helpen de arbeidsongeschikten capaciteiten, wensen en ideeën te verduidelijken. Vrijwilligerswerk kan arbeidsongeschikten leren wat zij aankunnen en helpen weer in een arbeidsritme te komen. Een prima zaak, zou je zeggen. Maar dan moet de betrokkene er wel van op aan kunnen dat die poging niet direct wordt afgestraft, met een korting op de uitkering, vanuit de gedachte: je kunt kennelijk weer aan de slag. Inderdaad, een beetje minder 'werk, werk en nog eens werk' is zo slecht nog niet.

Ingrid van de Vegte,
Joost Visser

ACTIVERING EN REÏNTEGRATIE

door Caroline Rietbergen

Het aantal arbeidsongeschikten in Nederland neemt af. De achterliggende oorzaak overschaduwet dit heuglijke feit: een andere definiëring van het begrip.

Werknemers worden niet minder ziek, arbeidsongeschikten krijgen niet in grote getale een baan, maar de WAO-verzekeringsvoorwaarden zijn veranderd.

Daadwerkelijke reïntegratie van arbeidsongeschikten vraagt een ander beleid.

Niet het korten op uitkeringen zou centraal moeten staan (dan kom je dezelfde groep uiteindelijk in de Bijstand weer tegen), maar het ondersteunen van arbeidsongeschikten bij het ontwikkelen van hun eigen ideeën en capaciteiten.

Reïntegratie kan pas echt bevorderd worden als arbeidsongeschikten erop kunnen vertrouwen dat zij verzekerd zijn.

De veranderingen in de verzekeringsvoorwaarden zijn vastgelegd in de wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) die per 1 augustus 1993 van kracht werd.

In het politieke jargon en in de media heet het dat bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet meer gekeken wordt naar wat mensen niet meer kunnen, maar juist naar wat ze nog wel kunnen. Uit de mond van een arbeidsconsulent of bemiddelaar zouden deze woorden prima klinken, het startpunt van iedere arbeidsbemiddeling is immers: 'kijken wat iemand kan'.

Uit de mond van een commerciële verzekeraar zouden de woorden bevreemding wekken. Je hebt een binnenhuisbrandje gehad en vervolgens komt de schadeverzekeraar kijken naar wat er allemaal niet verbrand is. De sociale verzekering is uiteraard nooit helemaal te vergelijken met een commerciële verzekering, maar is toch vormgegeven rond een verzekeringsgedachte. Werknemers betalen premies naar rato van hun inkomen en verwachten om die reden verzekerd te zijn als hen iets overkomt.

De redenering 'kijken wat iemand kan' doet de verzekeringsgedachte geweld aan. Zonder twijfel zijn veel mensen die ziek of gehandicapt werden en daardoor hun werk niet meer kunnen doen, nog in staat iets te doen. Vanuit een verzekeringsgedachte is met name de vraag van belang of 'iets doen' ook geld op kan leveren.

THEORETISCHE VERDIENSTEN

De vraag of en wat iemand nog zou kunnen verdienen in ander werk, hangt af van diens feitelijke beperkingen en mogelijkheden, maar ook van de vraag hoe oud de persoon is waar het om gaat en of er vacatures zijn. Deze zogeheten arbeidsmarkt-

elementen zijn in 1987 al uit de WAO/AAW geschrapt. De wet TBA van 1993 is met name gericht op het zo hoog mogelijk inschatten van theoretische verdiensten. Dit laatste treft dus ook mensen van wie duidelijk is dat zij die verdiensten nooit kunnen realiseren.

1 Reïntegratie en sociale zekerheid

De sociale zekerheid is vormgegeven vanuit de verzekeringsgedachte. Werknemers betalen premies om verzekerd te zijn van een inkomen, wanneer loonarbeid niet meer mogelijk is. De uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid moeten nagaan of degene die aanspraak wil maken op de verzekering aan de voorschriften voldoet. Is dit het geval dan wordt een uitkering verstrekt. De communicatie tussen verzekerde en uitvoeringsorganisatie is primair bedoeld om de aanspraak op de verzekering te kunnen vaststellen. Persoonlijke begeleiding c.q. bemiddeling van arbeidsongeschikten naar ander werk is een lastige wettelijke neventaak, die in de praktijk veel tegenspraken oplevert. Twee voorbeelden:

I Een man krijgt bij de WAO-keuring te horen dat hij volledig arbeidsongeschikt verklaard zal worden. Hij is nogal onthutst over deze mededeling en zegt tegen de verzekeringsgeneeskundige: 'Ik kan misschien niet alles meer, maar ik kan toch nog wel wat?' De verzekeringsgeneeskundige antwoordt: 'U bent een eigenwijze vent. Wees nou maar blij dat u een uitkering krijgt'. De opmerking van deze arts is ongetwijfeld ondersteunend bedoeld, maar wordt door de man niet zo ervaren. Hij voelt zich aan de kant gezet. Maar voor het uitvoeringsorgaan is de kous af: de

man valt binnen de voorschriften van de verzekering en heeft recht op een uitkering. Het feit dat hij zelf vindt dat hij wellicht nog zou kunnen werken. doet niet ter zake.

2 Een vrouw is in beroep gegaan tegen het feit dat zij weer arbeidsongeschikt verklaard is. De vrouw meent dat zij recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar wil ondertussen wel proberen of zij misschien toch kan werken. Ze meldt zich aan bij de afdeling bemiddeling van de GMD. Daar krijgt zij te horen dat zij niet bemiddeld wordt omdat zij in beroep is gegaan. De vrouw spreekt haar verbazing hierover uit en krijgt als antwoord: 'Ja maar dat is toch logisch! Als u in beroep gaat, geeft u te kennen dat u zichzelf arbeidsongeschikt acht. Waarom zouden wij u dan gaan bemiddelen?' Het feit dat de vrouw vindt dat zij recht heeft op een uitkering, maakt dat zij af moet zien van het recht op bemiddeling.

Deze twee voorbeelden uit de praktijk illustreren het spanningsveld tussen de sociale verzekering en het reïntegratievraagstuk. De man uit het eerste voorbeeld is er tegen dat hij een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt omdat dit naar zijn gevoel de weg naar werk afsnijdt. De vrouw uit het tweede voorbeeld vindt dat zij recht heeft op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering totdat zij daadwerkelijk ander werk gevonden heeft en daarmee bewezen is dat zij niet meer (volledig) arbeidsongeschikt is. Wat is er op tegen om te gaan exploreren wat beide mensen nu eigenlijk zelf willen?

CLAIMBEOORDELING

Waar de eigen inbreng van belanghebbenden voor de kansen op reïntegratie van levensgroot belang is, wordt die inbreng voor het vaststellen van het recht op de uitkering maar lastig gevonden. In beide voorbeelden wordt het primaat bij de 'claimbeoordeling' gelegd. De verzekeringsgeneeskundige uit het eerste voorbeeld had ook kunnen zeggen: 'Het feit dat wij u een uitkering toekennen, betekent dat wij geen mogelijkheden voor u zien. Ziet u ze zelf wel, kom dan maar terug.' Voor deze opstelling is door de uitvoeringsorganisaties nog nooit gekozen. Jaren geleden werd in het dossier van de verzekerde zelfs standaard de akelige

term 'einde arbeidsleven' genoteerd als 'vake' was van recht op een volledige WAO-uitkering. Door toedoen van WAO-belangenorganisaties is deze term buiten gebruik geraakt.

ONWETTIG

Het tweede voorbeeld maakt duidelijk dat het voor een uitvoeringsorganisatie bijzonder moeilijk is om de verzekeringstaak te scheiden van de bemiddelingstaak. Dat deze afdeling bemiddeling een beroepszaak laat meetellen bij de bemiddelingswerkzaamheden is waarschijnlijk onwettig. Het antwoord van de medewerker van de afdeling bemiddeling had feitelijk moeten zijn: 'Dat u in beroep bent gegaan, doet voor ons niet ter zake. Dat recht heeft u. Maar naar welk type werk bent u eigenlijk op zoek?' Wat is de rationale achter het feit dat bemiddeling geweigerd wordt? Is de daadwerkelijke reden misschien dat de vrouw niet tot de bemiddelingsdoelgroep van de GMD behoort als zij haar beroepszaak wint en alsnog een volledige WAO-uitkering krijgt? Of moeten we het dichter bij huis zoeken en vindt men haar gewoon een lastige tante?

LASTIGE KLANTEN

Voor een uitvoerder is de verzekerde die zich bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling open opstelt de meest aangename klant. Een open opstelling houdt in dat verzekerde rustig kan vertellen wat de klachten zijn en welke mogelijkheden hij of zij nog voor zichzelf ziet.

Artsen en arbeidsdeskundigen hebben dikwijls grote moeite met mensen die zich gedragen als 'makke lammeren die naar de slachtbank worden gevoerd'. Een dergelijk gedrag maakt dat een arts maar moet gissen naar de feitelijke belastbaarheid van een verzekerde, terwijl ook een arbeidsdeskundige in een dergelijk gedrag geen enkel aangrijpingspunt ziet om het eens over werkmogelijkheden te hebben. Evenmin kunnen uitvoerders uit de voeten met mensen die 'tot de tanden toe gewapend' met specialistenrapporten en andere papieren op het spreekuur verschijnen, liefst nog vergezeld van een belangbehartiger die in de gaten houdt of er geen verkeerde dingen gezegd worden.

Toch hebben de uitvoerders vaak met beide categorieën 'lastige klanten' te maken. Vanwege de claimbeoordelingstaak kan geen enkele uitvoerder namelijk garanderen dat een open opstelling van de verzekerde niet tot een herziening van diens uitkering leidt. Dus proberen veel arbeidsongeschikten in de spreekkamer zo min mogelijk van zichzelf te laten zien. Per slot van rekening zit niemand erop te wachten de uitkering te verliezen, vóórdat

daar een inkomen uit arbeid tegenover staat. Het gevolg hiervan is dat zo'n WAO'er bij de uitvoerder kan overkomen als 'ongemotiveerd' of zelfs als 'calculerend'. In beide gevallen zijn de gedragsmogelijkheden van de uitvoerder beperkt. Dus deelt deze aan de verzekerde mee of die wel of niet recht heeft op een uitkering, en verdwijnt de verzekerde met het gevoel dat hij niet gesteund wordt.

Eind oktober is de nieuwe Organisatiewet Sociale Verzekeringen (nOSV) aangenomen in de Eerste Kamer. Deze wet regelt de opheffing van de GMD en overheveling van haar taken naar de diverse zelf-administrerende bedrijfsverenigingen en het GAK.

Aangezien het genoemde spanningsveld niet wordt opgeroepen door de GMD als organisatie, maar door de dubbele taakstelling die de uitvoeringsorganisatie heeft, is het niet te verwachten dat de bedrijfsverenigingen het genoemde spanningsveld gaan oplossen. Bij gelijkblijvend beleid zullen de geschetste problemen zelfs versterkt worden aangezien de bedrijfsverenigingen straks niet alleen de uitkering uitbetalen, maar ook moeten beoordelen of mensen er wel voor in aanmerking komen.

2 Reïntegratie en de WAO-beweging

Reïntegratie is voor de WAO-belangenorganisaties altijd een beladen onderwerp geweest. Voor de meeste individuele arbeidsongeschikten geldt dat ze het verlies van gezondheid en werk, inclusief de neveneffecten daarvan, als ongewenste uitstoting ervaren. In de praktijk komt er echter veel te weinig terecht van het weer aan het werk krijgen van arbeidsongeschikten. Het woord 'reïntegratie' krijgt daardoor een nare bijklank. Het is te vergelijken met het woord 'vredesproces' in het Midden-Oosten. Zodra dat woord valt, weet iedere burger dat er weer bloed is gevloeid. Reïntegratie, dat is voor veel arbeidsongeschikten 'inleveren van de uitkering' gaan betekenen.

Tegen die achtergrond is het opmerkelijk dat de organisaties van arbeidsongeschikten het begrip 'reïntegratie' de laatste jaren geadopteerd hebben. Sinds enkele jaren zetten de belangenorganisaties cursussen en projecten op die de reïntegratie van arbeidsongeschikten moeten bevorderen. Aangezien betaalde arbeid niet voor iedereen (direct) haalbaar is, kiest de WAO-beweging voor een breed reïntegratiebegrip.

De activiteiten illustreren dat de behoefte bij arbeidsongeschikten om zich te oriënteren op reïntegratiemogelijkheden erg groot is, dat het verzekerd zijn van een uitkering van essentieel belang is en dat

een brede reïntegratiebenadering ook tot resultaten kan leiden.

PARADOXAAL

Vanaf 1989 organiseren de regionale WAO-platforms cursussen gericht op de reïntegratie van arbeidsongeschikten. Deze cursussen dragen verschillende namen: Oriëntatie op Ziektewet en WAO, In de WAO en dan?, Beroepenoriëntatie voor arbeidsongeschikten. De activiteiten vormen een reactie op de stelselherziening in 1987 waarbij het recht op een WAO-uitkering losgekoppeld werd van concrete mogelijkheden op de arbeidsmarkt. De nieuwe groep arbeidsongeschikten had steeds vaker een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering in plaats van een volledige. Dit laatste betekende echter niet dat deze nieuwe groep betere reïntegratieperspectieven had. De WAO-platforms wilden met dit gegeven iets doen. Paradoxaal genoeg meldden zich bij de eerste cursussen meer volledig arbeidsongeschikten dan mensen die gedeeltelijk waren afgekeurd. Mogelijk is dat de volledige arbeidsongeschiktheidsverklaring op termijn een zekere rust geeft, waardoor men zich de vraag 'Wat nu?' kan stellen. Wat dat aangaat zijn er wellicht parallellen te trekken met de revalidatie. Iedere revalidatie-arts weet hoe belangrijk het voor patiënten is dat er op een gegeven moment een naam gegeven wordt aan de klachten die ze hebben. Op het moment dat de klachten een naam krijgen, kan de allesbeheersende vraag 'Wat heb ik?' vervangen worden door de vraag 'Wat nu?'. Zelfs diagnose-stellingen die geen enkele aanwijzing opleveren voor genezing (denk bijvoorbeeld aan fibromyalgie) hebben dit effect.

Interessant voor de uitvoeringsorganisaties is het te weten dat de cursussen ondanks hun brede insteek toch ook resultaten in termen van betaald werk opleveren; ook voor deelnemers die volledig arbeidsongeschikt verklaard waren.

Inmiddels worden er via de cursussen jaarlijks honderden arbeidsongeschikten bereikt. Evaluatie van de cursussen levert op dat de kracht en het succes vooral zit in de volgende punten:

1 Er is een vrije inschrijving. Of mensen volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn maakt niet uit. De essentie is dat zij zich willen oriënteren op betaald werk of andere bezigheden.

2 De cursus biedt contact met lotgenoten. Deelnemers kunnen hun verhaal over wat zij hebben meegemaakt toen zij ziek werden kwijt aan mensen, die dat verhaal begrijpen omdat ze hetzelfde hebben meegemaakt.

3 Deelnemers kunnen vrijuit praten en dromen zonder gevaar voor verlies van uitkering. De cursus wordt onafhankelijk van de uitvoeringsorganisaties gegeven. Dit gebeurt overigens wel vaak met subsidie van diezelfde uitvoeringsorganisaties en meestal bevat de cursus ook inleidingen van uitvoeringsfunctionarissen, maar het bovengenoemde spanningsveld is niet aanwezig en dat geeft lucht.

4 Er zit geen tijdsdwang achter het verkennen van de eigen mogelijkheden.

PROJECTEN

De reïntegratieprojecten die de WAO-belangorganisaties opzetten hebben eenzelfde insteek. Illustratief is de ontwikkelingsgang van het project 'Werk op Maat' van het WAO Beraad Overijssel. Het idee voor dit project ontstond op een bijeenkomst van WAO'ers in 1989, waar geconcludeerd werd dat de formele aandacht voor 'reïntegratie' toch wel zeer eenzijdig gericht is op gedeeltelijk arbeidsongeschikten en mensen die hun uitkering volledig waren kwijtgeraakt. Ook volledig arbeidsongeschikten willen en kunnen vaak nog wel iets doen, mits niet te veel en niet te snel.

Het idee ontstond een project op te zetten dat volledig arbeidsongeschikten werkgelegenheid moest bieden: bij bestaande bedrijven of in zogeheten werkgelegenheidsprojecten. Ideeën waren er daarvoor te over: een slijpcentrale voor gereedschappen van particulieren, een honden-uitlaatsdienst en nog een achttal andere projecten. Uitgangspunt was dat de verdiensten van de deelnemers binnen de bijverdienstenregeling zou blijven, zodat ze niet het risico zouden lopen hun uitkering te verliezen.

Een paar WAO'ers gingen op pad. Zij bezochten werkgevers en kwamen na korte tijd terug met 40 kleine vacatures in het midden- en kleinbedrijf. Het aanbod van de werkgevers varieerde van hulp op de koopavond tot incidenteel klussen.

Maar. Het WAO Beraad wilde eerst eens uitwerken hoe gegarandeerd kon worden dat werkgevers geen misbruik van het aanbod zouden maken. Ook moest nog geregeld worden hoe er vanuit 'Werk op Maat' bemiddeld zou worden. Besloten werd eerst eens een projectplan uit te werken om het geheel organisatorisch goed voor elkaar te krijgen. De projectgroep wilde een ruimte gaan huren en daar zou dan toch ook iemand in moeten zitten die de administratie van het geheel zou bijhouden. Kortom: De werkgevers zouden nog even moeten wachten, er werd eerst subsidie aangevraagd voor de huur van een ruimte en salariskosten voor een medewerker.

Dat laatste bleek echter een heidense klus. Subsidies in het kader van de 'reïntegratie' worden alleen verstrekt als activiteiten direct leiden tot minder uitkeringen en dat was niet de primaire doelstelling van dit project. Na veel nul op rekest kan het project 'Werk op Maat' nu in 1994 met een provinciale subsidie in afgeslankte vorm van start gaan. Op een kleine advertentie in een regionale krant reageerden in twee weken tijd 150 mensen die mee wilden werken aan 'Werk op Maat'.

3 Activerend reïntegratie beleid

Activering van arbeidsongeschikten vraagt om herstel van de verzekeringsgedachte in de wet. Als bezuinigingen op uitkeringen al iets met reïntegratie van doen hebben, dan is dat vooral in de hoofden van politici die menen dat mensen weer aan het werk gaan als je ze hun uitkering maar afpakt. Deze vooronderstelling is nog nooit cijfermatig onderbouwd. De activiteiten die vanuit de WAO-beweging worden opgezet, illustreren dat onder arbeidsongeschikten grote behoefte bestaat om zich te oriënteren op ander werk of andere bezigheden. Die behoefte is niet beperkt tot mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard zijn.

De redenering 'kijken wat iemand kan' doet de verzekeringsgedachte geweld aan

Activering van arbeidsongeschikten vraagt om een andere invulling van het begrip 'reïntegratie' dan tot nog toe gebruikelijk is. In het voorafgaande hebben we laten zien dat de uitvoeringsorganisaties in een lastige positie zitten, vanwege de dubbele taakstelling. Aangezien geen arbeidsongeschikte erop zit te wachten de uitkering te verliezen voordat daar een inkomen uit arbeid tegenover staat, is de dubbele taakstelling contra-productief. De overheveling van de taken van de GMD naar de bedrijfsverenigingen biedt voor dit probleem geen soelaas, aangezien de bedrijfsverenigingen met hetzelfde probleem zitten.

In het ontwerp nOSV wordt ook gerept over een overheveling van de bemiddelingsbevoegdheid van de GMD naar de arbeidsbureau's. Daar is op dit moment

nog geen politiek besluit over genomen. Gezien het voorafgaande lijkt het erop dat een dergelijke overheveling duidelijkheid zal scheppen, aangezien de bemiddeling dan losgekoppeld wordt van de claimbeoordeling.

Toch ligt ook hier geen enkele garantie dat het wat wordt met de bemiddeling van arbeidsongeschikten. Op de eerste plaats had het arbeidsbureau vóór de invoering van de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) in 1986 die bemiddelingsbevoegdheid ook al. Maar die werd juist overgeheveld naar de GMD omdat het arbeidsbureau het niet zo goed deed. Op de tweede plaats zien we bij de uitvoering van de werkloosheidswetten dat ook een arbeidsbureau een dubbele pet heeft. Om voor een werkloosheidsuitkering in aanmerking te komen, is men verplicht zich in te schrijven bij het arbeidsbureau en als men onvoldoende op het aanbod van het arbeidsbureau in gaat, kan er vanuit het arbeidsbureau een telefoontje richting bedrijfsvereniging of sociale dienst volgen in verband met het opleggen van een strafkorting op de uitkering.

Wil het ooit wat worden met de reïntegratie van arbeidsongeschikten, dan maakt het niet zoveel uit wie welke bevoegdheden krijgt. Veel belangrijker is het dat ondubbeltzinnig gekozen gaat worden voor verzekeren én het vergroten van de reïntegratiemogelijkheden van arbeidsongeschikten. Ondubbeltzinnig kan op twee manieren uitgelegd worden:

- 1 De uitvoeringsorganisaties beperken zich tot hun verzekeringstaak. De status wordt beperkt tot uitkerende instantie. Als geconstateerd wordt dat iemand recht heeft op een uitkering, wordt deze toegekend. Van verdere inmenging in het leven van uitkeringsgerechtigden wordt afgezien. Pas als er inkomsten uit arbeid zijn, vindt herziening van de uitkering plaats. Dit laatste zal op gezette tijden gecontroleerd worden. De begeleiding en bemiddeling van arbeidsongeschikten wordt volledig losgekoppeld van de uitkerende instantie.
- 2 De uitvoeringsorganisaties voeren een activerend reïntegratiebeleid. Dit laatste houdt in dat de activiteiten van de uitvoeringsorganisaties gericht zijn op het ondersteunen van arbeidsongeschikten. het bovenhalen van hun capaciteiten. wensen en ideeën. Op het moment dat de uitvoeringsorganisaties aan deze inspanningsverplichting hebben voldaan. breekt het moment aan dat vastgesteld moet worden of een uitkering nog noodzakelijk is.

Drs. C. Rietbergen is ioeikzaam als 11/1111T.Y.:C- bij het Hilda Vmcey - Jonkers Instituut.

BURGEMEESTER IN OORLOGSTIJD

Joost Visser

Zijn Hollands Dagboek in NRC-Handelsblad, deze zomer, maakte veel reacties los. Sommigen vonden de kleurrijke beschrijving van zijn dagelijks werk hartverwarmend, anderen verontschuldigend. De toon was bitter, zegt hij zelf. Als verzekeringsgeneeskundige is de Groninger arts Bert Cornelius belast met de herbeoordeling van arbeidsongeschikten. Een ondanbare taak. 'Ik keur mensen goed voor werk dat er niet is. Dat is heel frustrerend.'

Het herbeoordelen van alle arbeidsongeschikten jonger dan 50 jaar is één van de elementen van de wet Terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA), die sinds 1 augustus 1993 van kracht is. Dit jaar zijn alle WAO'ers onder de 35 jaar opnieuw gekeurd. In de komende jaren komen in groepen de anderen aan de beurt. Een gigantische operatie, die het afgelopen jaar alleen al in het Groninger GMD-kantoor zevenhonderd herkeuringen tot gevolg had.

GANGBARE ARBEID

Een operatie ook met veel gevolgen. Er wordt immers gekeurd om vast te stellen wat iemand nog wél kan, ongeacht arbeidsverleden en opleidingsniveau. Niet meer 'passende' arbeid, maar 'gangbare' arbeid is het criterium. En dus dreigt een ooit afgekeurde onderwijzer een deel van zijn uitkering te verliezen omdat hij best kan werken als buschauffeur. Ook al heeft het streekvervoer maar bitter weinig vacatures.

Reden voor opstand en revolutie, zou je denken. Maar niets daarvan. In het gebouw van de Groninger Gemeenschappelijke Medische Dienst is het rustig als altijd. 'Je moet er niet al te dramatisch over doen', zegt Bert Cornelius met Groningse nuchterheid. 'De meeste mensen die hier komen zijn aardig op de hoogte. Ze hebben gehoord dat je half dood moet zijn om nog voor een uitkering in aanmerking te komen. Toch verlopen de meeste gesprekken vrij ontspannen.'

Voor een 'TBA-herbo' trekt Cornelius gemiddeld drie kwartier tot een uur uit. Hij licht de oproep toe, vraagt of er sinds het laatste bezoek aan de GMD nog iets in de

gezondheidstoestand is veranderd. Nogal eens is het antwoord: nee, want veel mensen zijn nog niet zo lang geleden voor een uitkering in aanmerking gekomen. 'Dan ben ik eigenlijk klaar', constateert Cornelius. 'Maar je kunt het niet maken om mensen voor zo'n belangrijke zaak al weer na vijf minuten te laten vertrekken.'

UITTESTEN

Meestal echter heeft hij het uur wel nodig. 'In dat ene gesprek moet het gebeuren. Dus vraag ik ze de hemd van het lijf. Hoe ver kan iemand lopen? Wanneer moet hij stoppen? Hoe lang moet hij rusten? Hoe gaat het met traplopen? Wat kan hij nog tillen - de boodschappentas, het kratje pils, de biobak? Iemand die overspannen in de WAO zit, vraag ik andere dingen. Wat gebeurt er thuis als er veel dingen tegelijk op hem afkomen? Een telefoontje van de bank, terwijl het kind begint te huilen en de hond in de kamer poept? Wat doe je dan? Zo krijg ik vanzelf een beeld van wat iemand in de praktijk nog doet en kan.'

Soms test hij mensen uit. Hij laat ze een stoel tillen of een eindje lopen. In het Dagboek weet hij een cliënt zo razend te maken dat die met één haal van zijn arm het bureau schoonveegt. Volgens het dossier lijdt de man aan een 'psychopathiforme persoonlijkheidsstoornis' en is hij bij tijd en wijle erg agressief. 'Nu weet ik tenminste waar ik het over heb', schrijft Cornelius.

Was 'ziekte of gebrek' vroeger voldoende reden om in de WAO te komen, de nieuwe wet TBA definieert arbeidsongeschiktheid als het 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken'. Een signaalfunctie, noemt het Handboek GMD die aanscherping, vanuit de gedachte dat de verzekeringsgeneeskundige zich niet richt op de diagnose, maar op het 'in beeld brengen van de mogelijkheden van belanghebbende om te functioneren'.

Ook voor Cornelius is de diagnose van secundair belang: 'Natuurlijk, er moet sprake zijn van ziekte of gebrek. Maar het gaat mij in de eerste plaats om de gevolgen, de schade die de mensen daarvan ondervinden. Gewrichtsafwijkingen zijn voor mij belangrijk, niet de vraag of die het gevolg zijn van psoriasis of van een hernia-operatie. Dat kan allebei.'

Dat oorzaak en gevolg volgens de wet 'objectief' moeten zijn vastgesteld, heeft



Bert Cornelius.
Foto: Sake Elzinga.

onder verzekeringsgeneeskundige tot veel discussie geleid. Want wat is objectief? 'Als de dokter zegt dat het zo is, dan is dat objectief, meent Cornelius beslist. Niet alle collega's zijn het met hem eens. Die willen een foto zien, of de resultaten van bloedonderzoek. 'Dat vind ik onzin. Ook als alle uitslagen normaal zijn, en je doet goed lichamelijk onderzoek dan kan je op een holle rug stuiten of op een beenlengteverschil. Ik moet dan plausibel maken dat de klachten van de cliënt het gevolg zijn van die afwijking.'

CONSISTENT VERHAAL

Ook een diagnose als 'myalgische encephalomyelitis' (ME) is in de medische wereld omstreden. Toch hoeft dat niets af te doen aan het resultaat van de keuring. Cornelius:

'Als iemand zegt: ik heb ME, dan is dat voor mij de diagnose, ook al is er met uitgebreid onderzoek nooit iets aangetoond. Zolang het verhaal over vermoeidheid, concentratieverlies en spierpijn maar consistent is, zonder tegenstrijdigheden. Dáár gaat het om.' In hooguit één op de honderd gevallen kan hij geen diagnose stellen: 'Dan moet ik op papier zetten dat er geen sprake is van ziekte of gebrek. Die mensen komen dus niet in aanmerking voor een uitkering.'



Sinds het van kracht worden van de wet TBA worden begrippen als 'medisch volledig arbeidsongeschikt', en 'geen medische eindtoestand' bijna niet meer gebruikt. Vrijwel iedereen kan nog wel wát, is de achterliggende gedachte. Dus geeft de verzekeringsgeneeskundige na het gesprek met de cliënt geen definitief oordeel. In plaats daarvan legt hij zijn conclusies vast op een formulier van het Functie Informatie Systeem (FIS) van de GMD. Zitten, staan, lopen, trappenlopen - tegen de dertig verschillende aspecten van belastbaarheid worden met een cijfer gescoord, eventueel voorzien van een korte toelichting. Ook wordt zo nodig een oordeel gegeven over psychisch belastende factoren als werken onder tijdsdruk en een dwingend werktempo. Als het formulier is ingevuld, gaat het naar een arbeidsdeskundige van de GMD. Die zoekt met

'Als de dokter zegt dat het zo is, dan is dat objectief'

de computer uit welk concreet werk past bij het door de arts beschreven 'belastbaarheidspatroon'. Het resultaat is een lijstje met drie functies, die in heel Nederland minstens dertig arbeidsplaatsen - niet: vacatures! - vertegenwoordigen.

MAATMANINKOMEN

Hij geeft ook aan welk salaris een gezonde werknemer in die functies verdient. Dat 'maatmaninkomen' bepaalt de hoogte van de uitkering. Het is een theoretisch inkomen, want de arbeidsdeskundige mag zich niet bemoeien met de vraag of de cliënt als verkoopmedewerker, assemblagemonteur of monteur koffiezetters - om maar een willekeurige uitslag te noemen - ooit aan de slag zal komen.

Alleen bij uitzondering is het oordeel van de arts alléén voldoende en komt het dossier niet bij de arbeidsdeskundige terecht. Bij chronische bedlegerigheid, langdurige opname in een ziekenhuis of instelling, langdurige ADL-afhankelijkheid (wat betekent dat iemand zich bijvoorbeeld niet kan aankleden of geen boodschappen kan doen) en langdurig onvermogen tot basale sociale activiteiten - de formulering is van het Handboek GMD - kan een cliënt eenvoudigweg niets, en hoeft er dus ook niet gespeurd te worden naar werk dat in theorie nog mogelijk is. Comelius: 'Een aantal van de ME-patiënten voldoen aan die cri-

teria. Maar een cliënt volledig arbeidsongeschikt verklaren is niet eenvoudig. Als de verzekeringsgeneeskundige staf het niet eens is met mijn oordeel, krijg ik het dossier terug.'

De verzekeringsgeneeskundige hoeft ook geen FIS-formulier in te vullen als hij aanvullende informatie nodig heeft van huisarts of specialist, of als de gezondheidstoestand niet stabiel is: 'Als mensen zeggen dat het langzamerhand beter gaat, dat ze beter slapen, minder hoofdpijn hebben en één of twee keer per week naar de psychiater gaan, dan zeg ik: wacht maar rustig af. Dat komt vaak voor, absoluut!'

IN REDELIJKHEID

De arbeidsdeskundige omzeilen is niet de enige vluchtweg. Het Schattingsbesluit, dit jaar vastgesteld als algemene maatregel van bestuur voor de wet TBA, bepaalt dat arbeid buiten beschouwing mag blijven als 'betrokkene zodanige kenmerken heeft dat van een werkgever in redelijkheid niet kan worden verlangd hem in bepaalde arbeid te werk te stellen'. Comelius zegt daar dikwijls mee te werken: 'Je kunt wel zeggen dat iemand met huidafwijkingen in het gelaat tengevolge van psoriasis als receptionist kan werken, maar je weet zeker dat zo iemand nooit zal worden aangenomen. Een ander voorbeeld. Als iemand met de ziekte van Crohn vaak en dan ook nog acuut naar de wc moet, dan is dat een reële beperking. Zo iemand is niet de hele dag beschikbaar om te werken. Dat soort dingen zet ik op papier, ook al wordt er op het formulier niet met zoveel woorden naar gevraagd. Daarmee vallen sommige functies voor die cliënten zonder meer af.'

Met het invullen van het FIS-formulier zit het werk er voor de verzekeringsgeneeskundige nog niet op. In Groningen althans komen vrijwel alle dossiers met de bevindingen van de arbeidsdeskundige weer bij hem terug. Comelius: 'Ik hoor van de arbeidsdeskundige precies wat een bepaalde functie betekent. Hij weet bijvoorbeeld uit ervaring dat een functie veel werkdruk met zich meebrengt, ook al zit dat niet zo in de computer. We kunnen dan tot de conclusie komen dat een functie die precies bij de cliënt lijkt te passen bij nader inzien toch niet geschikt is.' Pas als het gezamenlijke advies van verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige de deur uit is, wordt het definitief. Veel hangt dus af van hun onderlinge samenwerking. En die is in Groningen uitstekend, benadrukt Comelius.

WAO - WW - BIJSTAND

Cliënten die op basis van de herkeuring worden 'afgeschat' - dat wil zeggen: een

deel van de WAO-uitkering kwijt raken - kunnen binnen de GMD terecht voor hulp bij het zoeken naar werk. In 1993 konden in heel Nederland 54.000 mensen vanuit de WAO opnieuw aan de slag. Naar verwachting zijn dat er in 1994 85.000. mede door het inzetten van honderd extra arbeidsdeskundigen bij de GMDs. Dat is één kant van de zaak. De andere kant is dat een ongetwijfeld groter aantal van de mensen die nu worden 'afgeschat' geen werk zullen vinden, alle inspanningen voor reïntegratie ten spijt. Hen wacht een WW-uitkering en uiteindelijk de bijstand. Dáár is Comelius naar eigen zeggen 'bitter' over.

'We zijn uitvoerders van een wet die van een lopende verzekering de polisvoorwaarden heeft veranderd. Tegen iemand te moeten zeggen dat hij best nog dit of dat werk kan doen, is meestal puur theoretisch. Met de jongere groep mensen die nu gekeurd wordt valt het nog wel mee. Straks zijn de mensen aan de beurt die al vijftien of twintig jaar in de WAO zitten. Die kunnen het wel vergeten.'

Hij maakt niet de indruk zich daardoor uit het veld te laten slaan. Gelukkig hoeft hij niet alléén maar herkeuringen te doen: 'Dan hield ik dit niet vol!' Maar hij houdt van zijn vak. Een aangeboren nieuwsgierigheid en een 'haast literaire belangstelling' maken dat hij het interessant vindt om met mensen te praten. En daarbij weet hij maximaal gebruik te maken van de speelruimte die de bestaande voorschriften hem geven. 'Ik probeer het menselijke aspect niet geheel uit het oog te verliezen', zegt hij voorzichtig. 'Wat dat in de praktijk ook mag betekenen'.

Nu weet ik weer waar zijn Dagboek mij aan deed denken. Aan een burgemeester in oorlogstijd. Een goeie.

Joost Visser is redacteur van TGP



KORTER ZIEKTEVERZUIM VERZEKERD

Martien Bouwmans

Ziekteverzuim bestrijden en bekorten kan inmiddels ook al via de ziektekostenverzekering. Steeds meer bedrijven sluiten collectieve ziektekostenverzekeringen af voor hun gehele personeelsbestand, particulier en ziekenfonds. Via de verzekering worden vervolgens preventieve maatregelen bekostigd of behandelingen vergoed die meehelpen het ziekteverzuim te drukken. Goed geregeld. En ten koste van niet-werkenden, zoals chronisch zieken.

Vooruitlopend op de invoering van het plan Simons zijn ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen in de afgelopen jaren op grote schaal fusies en samenwerkingsverbanden aangegaan. De invoering van één basisverzekering zou immers het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier doen wegvallen. Inmiddels is duidelijk dat het met het opheffen van de twee gescheiden circuits niet zo'n vaart zal lopen. Toch is iedere zorgverzekeraar nu in staat om mensen al naar gelang hun inkomenssituatie in de particuliere verzekering dan wel in de verplichte ziekenfondsverzekering onder te brengen.

Zorgverzekeraars zijn, kortom, al veel verder met het opheffen van het onderscheid dan, gelet op hun verzet tegen het plan Simons, verwacht mocht worden. Voor hen is het onderscheid al minder relevant. Iedere verzekerde is voor hen in principe interessant.

HEEL HET PERSONEEL

Onder het kabinet Kok zal de concurrentie tussen de zorgverzekeraars verder gestalte krijgen. De AWBZ blijft een door de overheid gecontroleerde verzekering, maar de rest van de verzekeringen (ziekenfonds/particuliere polis, aanvullende verzekeringen) wordt op concurrerende basis uitgevoerd.

Zorgverzekeraars hebben door hun onderlinge fusies een nieuw wapen in handen

gekregen in de concurrentiestrijd: de collectieve ziektekostenverzekering voor het gehele personeelsbestand van een bedrijf. Door voor de ziekenfonds-verzekerde werknemers een aanvullende ziekenfondsverzekering te creëren die het verzekerde pakket precies op gelijke hoogte brengt als de particuliere polis, kunnen alle werknemers in één bedrijf op dezelfde wijze verzekerd worden. De particulier verzekerde werknemers in een bedrijf zijn vaak al collectief verzekerd. Ziekenfonds-verzekerden niet, die waren immers tot voor kort gebonden aan hun regionale ziekenfonds. Inmiddels kan ook een ziekenfondsverzekerde wisselen van ziekenfonds. Dat vormt de basis voor de concurrentie tussen de verzekeraars om de over het algemeen genomen gezonde werknemers. Slaagt een zorgverzekeraar er in de werkgever van een bedrijf te overtuigen van het nut van één collectieve verzekering voor alle werknemers, dan haalt hij in één haal flink wat verzekerden binnen.

ZIEKTEVERZUIM

Het voeren van een adequaat ziekteverzuimbeleid is sinds 1 januari '94 volledig een verantwoordelijkheid voor de werkgever geworden. Een collectieve ziektekostenverzekering kan daarin een rol spelen. Er zijn wederzijdse belangen. Een zorgverzekeraar heeft er belang bij dat het ziekteverzuim in een bedrijf laag en kortdurend is (dat scheelt immers ziektekosten), de werkgever heeft er belang bij dat als een werknemer ziek wordt, hij/zij dan ook adequaat en vooral snel geholpen wordt. Dit gemeenschappelijke belang vormt de basis voor een ontwikkeling die in de komende jaren in sneltreinvaart gestalte zal krijgen: het treffen van (preventieve) voorzieningen en de bekostiging van specifieke, door de aard van de arbeidsomstandigheden veel voorkomende ziekten en aandoeningen via de ziektekostenverzekering.

Inmiddels zijn de eerste schreden gezet. Zo is in het kader van een collectieve verzekering voor gemeente-ambtenaren (plantsoen-arbeiders) in de verzekering vergoeding opgenomen voor (specifieke) fysiotherapeutische behandelingen. In een contract met Artsen zonder Grenzen zijn voorzieningen getroffen die tropische ziekten voorkomen. Bij de KLM wordt een cursus 'tegengaan vliegangst' voor het

personeel bekostigd uit de collectieve ziektekostenverzekering. Veel RIAGG's ontwikkelen cursussen die werkstress voorkomen of behandelen.

De voorbeelden zijn met enige fantasie eindeloos uit te breiden. Men dient die factoren op te sporen die in een bedrijf oorzaak zijn van veel ziekteverzuim, vervolgens verzoekt de werkgever in het kader van onderhandelingen over een collectieve ziektekostenverzekering aan een zorgverzekeraar daarvoor specifieke maatregelen in de behandel sfeer dan wel in het kader van de preventie te treffen. Zolang wat er extra geregeld wordt niet ten koste gaat van niet-werknemers, is er weinig op tegen. Rest slechts de vraag wie het uiteindelijk gaat betalen.

De genoemde voorbeelden zullen in een bedrijf in de collectieve verzekering voor de ziekenfondsverzekerde werknemers via de aanvullende verzekering op het wettelijke ziekenfondspakket geregeld en bekostigd moeten worden. De premie voor de aanvullende verzekering kwam tot nu toe voor rekening van de verzekerde. De kosten die gepaard gaan met de bestrijding van ziekteverzuim dienen echter door de werkgevers betaald te worden. Het is dus niet meer dan logisch dat de werkgevers voor hun werknemers een deel van de premie voor de aanvullende verzekering gaan betalen.

WACHTLIJSTEN

Het regelen van allerlei extra's in de collectieve verzekering is, op de vraag na wie de rekening betaalt, geen fundamenteel probleem.

Dat wordt het wel als de werkgever bij de zorgverzekeraar voorrang in reguliere behandelingen voor zijn werknemers tracht te bedingen. Die tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden is uiterst ongewenst. Overigens heeft de grootste vactentrale, de FNV, inmiddels aangegeven die weg absoluut niet te willen bewandelen.

Dat laat onverlet dat in de onderhandelingen over een collectieve ziektekostenverzekering de zorgverzekeraar onder druk gezet kan worden om knelpunten in de zorg (wachtljsten) op te lossen. Maar dat zou dan moeten op zodanige wijze dat alle verzekerden van het bekorten van de wachtljsten kunnen meeprofiteren. Van

dergelijke acties zijn inmiddels ook al de eerste positieve resultaten te melden.

Te verwachten valt dat de koppeling ziekteverzuim-arbeidsomstandigheden-ziektekostenverzekering in de nabije toekomst een grote vlucht gaat nemen.

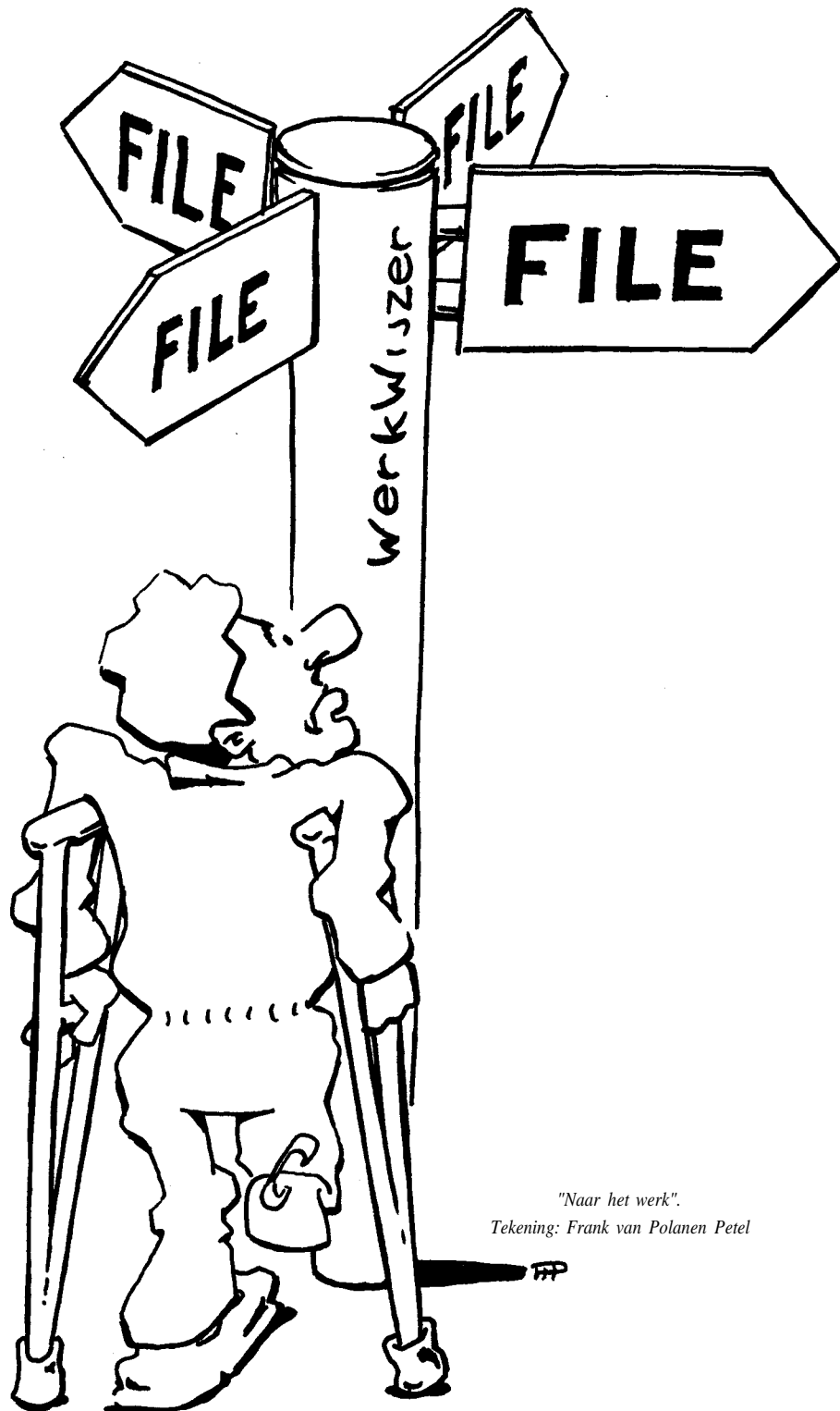
De zorgverzekeraars hebben de werkenden als potentiële en interessante verzekerden ontdekt. Veel activiteiten worden nu daar op gericht. Zo richtte het Groningse ziekenfonds RZG al een eigen Arbo-dienst op om de koppeling beter te kunnen maken. Zorgverzekeraar VGZ heeft vergaande plannen om tezamen met een Arbo-dienst en een particuliere verzekeringsmaatschappij een 'geïntegreerd produktaanbod' in bedrijven te realiseren (arbodienst/waogatverzekering/ziektekostenverzekering).

Alle aandacht, kortom, voor de werkenden. Aandacht, die uiteindelijk hoe dan ook ten koste zal gaan van degenen die niet (meer) aan het arbeidsproces kunnen deelnemen. Wanneer immers zorgverzekeraars zich in hun marketingstrategie concentreren op het aantrekken van doorgegaans gezonde werknemers, en ook op het gebied van zorgontwikkeling en -vernieuwing alle aandacht uit laten gaan naar de werkenden, kan diezelfde energie, aandacht en geld niet aangewend worden voor bijvoorbeeld zorgverbetering voor chronisch zieken.

BREED PAKKET

Deze ontwikkelingen onderstrepen eens te meer de noodzaak om het ziekenfondspakket voor iedereen breed en toegankelijk te houden en niet zoals de regering wil, in te krimpen. De gezamenlijke zorgverzekeraars hechten inmiddels minder aan een dergelijk breed ziekenfondspakket. Alles wat uit het pakket geschrapt wordt (tandheeskunde, fysiotherapie) zullen zij immers op de markt van collectieve ziektekostenverzekeringen met graagte voor de werknemers aanvullend verzekeren. Niets staat het de zorgverzekeraar in de weg om diezelfde aanvullende verzekering aan een individuele chronisch zieke, die wat nu geschrapt wordt feitelijk het hardst nodig heeft, te weigeren.

Martien Bouwmans is beleidsmedewerker gezondheidszorg bij de FNV.



*"Naar het werk".
Tekening: Frank van Polanen Petel*



EEN BREDER BEGRIIP VAN ARBEID

Rik van Berkel

Meer banen. Marginalisering, sociale tweedeling, uitsluiting van deelname aan maatschappelijke ontwikkelingen, de trend is deze processen te lijf te willen met verhoging van de arbeidsparticipatie. Deelname aan betaald werk zou deelname aan de maatschappij betekenen. Daar valt wat tegen in te brengen.

Veel van wat we weten over de betekenis die betaalde arbeid voor mensen heeft, is ontleend aan onderzoek onder werklozen. Zij zijn degenen die zich realiseren wat ze eigenlijk missen. De functies van betaalde arbeid voor individuen zijn zo vanzelfsprekend dat betaald werkenden er zich nauwelijks bewust van zijn.

Naast het verwerven van een inkomen heeft betaald werk nog diverse andere, ten onrechte overigens vaak als uitsluitend 'psychologisch' aangeduide, functies. Met de term functie wordt hier de mogelijkheid bedoeld om behoeften te bevredigen. Betaald werk biedt bijvoorbeeld uitzicht op sociale contacten buiten de directe privé-sfeer. Voorts zorgt een baan voor structuur en regelmaat in de tijdsbesteding, wat sommigen weliswaar als beklemmend ervaren maar velen toch positiever waarderen dan gedwongen niets doen. Mensen kunnen status ontleen aan hun baan en ze worden betrokken bij maatschappelijke activiteiten die in het algemeen als zinvol, nuttig en waardevol worden beschouwd.

En een betaalde baan verschaft een zekere mate van autonomie. Werklozen, met name degenen met een bijstandsuitkering, hebben zich immers te houden aan tal van regels en verplichtingen.

REVIVAL

De laatste jaren is de betaalde arbeid duidelijk in opmars. Werd in het begin van de jaren tachtig nog gediscussieerd over de opwaardering van onbetaald werk, zoals vrijwilligerswerk, huishoudelijk werk en verzorging van kinderen, inmiddels is het tij gekeerd. Van onbetaald werk kun je

maar het beste betaald werk maken en onbetaalde activiteiten, zoals de verzorging van kinderen of huishoudelijke arbeid, worden niet zelden ervaren als belemmeringen voor participatie in betaalde arbeid.

Ook pleidooien voor een basisinkomen, destijds vaak genoemd als instrument om onbetaalde arbeid op te waarderen, zijn van toon veranderd. Nu wordt het basisinkomen vooral bepleit tegen de achtergrond van de complexiteit en fraudegevoeligheid van het stelsel van sociale zekerheid, en als antwoord op de armoede-

'De laatste jaren is de betaalde arbeid duidelijk in opmars'

val: het risico, dat minima met het vinden van een baan niet langer aanspraak kunnen maken op allerlei regelingen en voorzieningen. Argumenten die betrekking hebben op een andere plaats in de samenleving van betaald en onbetaald werk, zijn in het debat over het basisinkomen op de achtergrond geraakt.

De revival van de betaalde arbeid, want zo mogen we de hernieuwde aandacht voor deelname aan betaald werk wel noemen, is in belangrijke mate geïnspireerd door het rapport *Werkend Perspectief* van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Zelden heeft een WRR-nota zoveel maatschappelijke consensus opgeroepen. Niet alleen door de overheid, maar ook door de sociale partners is verhoging van de arbeidsparticipatie tot centrale doelstelling van beleid gemaakt.

In de nota wordt uitvoerig beargumenteerd waarom verhoging van de arbeidsparticipatie in Nederland van het grootste belang is. De betaalde arbeid is belangrijk om de, met de veroudering van de bevolking samenhangende, toenemende druk op de collectieve voorzieningen op te vangen; om de concurrentiepositie van de Nederlandse economie te versterken; om

het draagvlak van de sociale zekerheid te verbreden; om in een individualiserende samenleving de sociale integratie van (mannelijke en vrouwelijke) burgers te waarborgen. Wat dit laatste betreft wordt ook verwezen naar onderzoek onder werklozen, en naar de belangrijke functie die betaalde arbeid nog steeds vervult voor mensen. Toegang tot de markt van betaalde arbeid, zo kan de redenering eenvoudig worden samengevat, is een noodzakelijke voorwaarde om toegang tot de markt van welzijn en geluk te verwerven. Een conclusie, die op grond van onderzoeken naar de beleving van werkloosheid niet zo maar verworpen kan worden.

WERKT WERK?

Toch is er wel het nodige in te brengen tegen de veronderstelling dat betaalde arbeid, in casu een verhoging van de arbeidsparticipatie, heilzaam is voor individu en samenleving.

In het begin van de jaren negentig liep de werkloosheid hoog op. Verhoging van de arbeidsparticipatie, meer kansen op betaald werk creëren voor vrouwen, werklozen en arbeidsongeschikten, dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het aanbod van arbeid op de arbeidsmarkt is alleen maar toegenomen, bijvoorbeeld na de wijzigingen in de WAO die ertoe leidden dat menig voordien arbeidsongeschikte als werkzoekende in de bakken van het arbeidsbureau terecht kwam.

Betaalde banen kwamen er beduidend

'Zelden heeft een WRR-nota zoveel maatschappelijke consensus opgeroepen'

minder bij. Groei van het arbeidsaanbod bleek gemakkelijker te bewerkstelligen dan groei van de vraag naar arbeid. (Een cosmetische verhoging van de arbeidsparticipatie: de zogenaamde bruto arbeidsparticipatie, werkenden en werkzoekenden



den als deel van de totale bevolking, neemt weliswaar toe, maar dat hoeft nog geen effect te hebben op de netto arbeidsparticipatie, het werkende deel van de bevolking.)

Dit komt het welzijn van veel mensen niet ten goede. Want waar aan de ene kant steeds meer mensen voor hun welzijn en geluk aangewezen raken op de arbeidsmarkt, ontbreekt het aan de andere kant aan banen die hen het voorgespiegelde welzijn en geluk kunnen bieden. Met alle frustraties van tevergeefs solliciteren vanden.

Bovendien versterkt de eenzijdige nadruk op het belang van betaalde arbeid de sociale tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden. Want niet alleen wordt een baan steeds meer een exclusieve voorwaarde om 'erbij te horen', maar ook wordt het steeds moeilijker je gelegiti-meerd te achten om niet deel te nemen aan de betaalde arbeid, ook voor wie zeer nuttige onbetaalde activiteiten doet, voor volstrekt kanslozen en voor mensen wier gezondheidssituatie specifieke voorwaarden stelt aan arbeidsparticipatie.

GEEN GARANTIE OP GELUK

Maar banen alleen zijn niet genoeg. Een tweede opmerking bij de beoogde toename van de arbeidsparticipatie betreft de kwaliteit. Natuurlijk zijn er veel werklozen die graag willen werken, al was het maar omdat zij (mede als gevolg van de nadruk op arbeidsparticipatie) feilloos in de gaten hebben hoezeer deelname aan betaald werk een voorwaarde is voor het verwerven van respect, welzijn en geluk. Dit zegt overigens uitsluitend iets over de plaats van betaald werk in onze samenleving, en nog niets over de intrinsieke betekenis ervan!

Veel werklozen stellen wel degelijk eisen aan hun werk. Niet alleen aan het inkomen, maar bijvoorbeeld ook aan de inhoud van het werk en aan de mate waarin men op het werk met respect wordt behandeld. Uit diverse onderzoeken onder werklozen is gebleken, dat werkloosheid soms als een opluchting en als een bevrijding wordt ervaren, onder meer van stress, van onwerkbare werkverhoudingen, of van eisen vanuit de werksituatie die de eigen mogelijkheden te boven gaan. De toestroom naar de WAO, waarbij psychische klachten een steeds grotere rol spelen, zegt ook iets over werken in Nederland. Met andere woorden, betaald werk mag dan een voorwaarde zijn voor welzijn en geluk, het is er bepaald geen garantie voor.

Welzijn, geluk en, zoals het tegenwoordig vaak wordt aangeduid, volwaardig burgerschap vereisen ook dat men in het werk mogelijkheden heeft om de capaci-

teiten en vaardigheden waarover men beschikt in te zetten; dat men als een respectabel en gerespecteerd werker wordt tegemoet getreden; en dat men het werk onder fatsoenlijke condities kan verrichten.

Het voorgaande kan, en dat brengt mij op een derde kanttekening bij de revival van betaalde arbeid, nog op een andere manier worden beschouwd. Te vaak wordt simpelweg verondersteld dat de eerder genoemde functies van betaalde arbeid voor alle banen gelden, ongeacht het soort werk waar het om gaat. Dit is echter hoogst twijfelachtig. Hoe zit het met de mogelijkheden voor het leggen van sociale contacten in het werk van thuiswerk(st)ers of van huishoud(st)ers die door werkende ouders en schoolgaande

'Het is riskant om op weg naar welzijn en geluk uitsluitend in te zetten op betaalde arbeid'

kinderen verlaten huizen schoonmaken? Of met de mate waarin flexibele arbeidsovereenkomsten als minJmax-contracten, oproepcontracten en sommige deeltijdcontracten economische zelfstandigheid bieden? Of met de tijdsstructurende functie van de betaalde arbeid van diegenen wier werktijden onvoorspelbaar zijn omdat ze afhankelijk zijn van fluctuaties in de vraag naar diensten en, in mindere mate, goederen?

Deze voorbeelden illustreren dat er niet kritiekloos over 'de' functies van 'de' betaalde arbeid gesproken kan worden. Welke functies betaalde arbeid kan vervullen is onder meer afhankelijk van de aard en inhoud van het werk en van de arbeidsvoorwaarden.

DIENTBODENARBEID

De vierde kanttekening betreft de wenselijkheid en de gevolgen van het omzetten van allerlei onbetaalde activiteiten in betaalde arbeid. Deze ontwikkeling wordt alom toegejuicht omdat het banen creëert en omdat het betaald werkenden in de gelegenheid stelt vrije tijd te 'kopen' door zich op de markt huishoudelijke, persoonlijke en verzorgende diensten te verschaffen, die men vroeger zelf organiseerde. Kinderen worden opgevangen in betaalde kinderopvang, maaltijden worden voorgerezen door jonge pizza-coureurs, thuiszorginstellingen maken plannen voor het

aanbieden van schoonmaakdiensten, enzovoort. De dienstbodemarbeid, fel bekritiseerd door de Franse sociaal-filosoof André Gorz, neemt in omvang fors toe. Een debat over wat deze ontwikkeling betekent voor het welzijn en geluk van de dienstverleners en van de consumenten van deze dienstverlening is op dit moment vrijwel onmogelijk. Alles wat het aantal banen en de arbeidsparticipatie verhoogt moet immers gestimuleerd worden. Tenslotte moet in dit verband nog gewezen worden op de milieuproblematiek. Decennia lang is betaalde arbeid onverbrekkelijk verbonden geweest met de toename van rijkdom en welvaart. Maar hoevelen volharden in het onderstrepen van de zegeningen die de betaalde arbeid de mensheid heeft gebracht en nog steeds brengt, wordt steeds duidelijker dat meer produceren en consumeren de kwaliteit van het leven op aarde niet uitsluitend in positieve richting beïnvloedt. De negatieve aspecten van een alsmaar groeiende productie en consumptie zijn steeds moeilijker te verbloemen: de betaalde arbeid produceert ecologische risico's op wereldschaal en bedreigt de kwaliteit van het leven van mensen evenzeer als het ze bevordert. Het vraagstuk hoe de productie van ecologische risico's een halt kan worden toegeeroepen, is onlosmakelijk verbonden met het debat over de toekomst van het arbeidsbestel en de plaats van de betaalde arbeid.

ALTERNATIEVEN

Het is riskant om op weg naar welzijn en geluk uitsluitend in te zetten op betaalde arbeid. Het gebrek aan banen zal voor de kansarmen op de arbeidsmarkt eerder tot ellende, ongeluk en sociale uitsluiting leiden. Ellende en ongeluk hangt ook hen boven het hoofd die weliswaar betaald werk vinden, maar voor wie de kwaliteit van hun arbeidsparticipatie veel te wensen overlaat. Bovendien is de betaalde arbeid niet vrij van ecologische risico's, met alle bedreigingen die dat inhoudt voor het welzijn en geluk van huidige en toekomstige generaties. En het is nog maar de vraag of de 'monetarisering' van allerhande onbetaalde activiteiten daadwerkelijk geluk en welzijn zal genereren.

Daarmee rijst de vraag naar de verhouding van betaalde en onbetaalde arbeid, en naar de mate waarin andere instituties dan betaalde arbeid de weg naar welzijn en geluk kunnen openen. Ook bij een eerlijker verdeling van betaalde en onbetaalde activiteiten - de verschillende vormen van arbeid zijn wellicht gelijkwaardig maar niet gelijk -, zullen grote groepen werklozen hoogstwaarschijnlijk niet meer betaald aan de slag komen. Ook al leren



allerlei experimenten met individuele trajectbegeleiding, job coaching en supported employment ten behoeve van onder andere langdurig werklozen, arbeidsongeschikten, verstandelijk gehandicapten en mensen met een psychiatrisch verleden dat vrijwel niemand onbemiddelbaar is en dat deze werkwijzen zelfs tot de creatie van nieuwe werkgelegenheid kunnen leiden, het is een illusie te menen dat dit alle (langdurig) werklozen op afzienbare termijn soelaas zal bieden.

Dit vergroot de noodzaak om beleidsmaatregelen te nemen: ter voorkoming van verdere frustraties op de arbeidsmarkt en om plaats te maken voor alternatieven die de functie van betaalde arbeid in ieder geval ten dele kunnen overnemen. Voorbeelden daarvan zijn de zogenaamde sociale activering in Rotterdam en vergelijkbare initiatieven in andere steden.

Sociale activering beoogt langdurig werklozen onbetaalde activiteiten te bieden als partieel alternatief voor een betaalde baan. De veronderstelling daarbij is dat ook onbetaalde activiteiten een bron kunnen zijn van sociale contacten, van zinvolle tijdsbesteding, van status en van regelmatige, tijdsstructurerende bezigheden. Als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan (vermijden van workfare-achtige programma's waarbij vrijwilligerswerk een verplichte tegenprestatie wordt voor de uitkering; inachtnemen van culturele verschillen in de betekenis van arbeid tussen autochtone en allochtone of hoger- en lager-opgeleide werklozen), kan sociale activering voor bepaalde groepen wellicht een nieuwe route naar welzijn en geluk bieden.

TER DISCUSSIE

De dominantie van betaalde arbeid in de samenleving is een maatschappelijk en geen natuurlijk fenomeen. Ze is niet van hogerhand gegeven maar wordt elke dag opnieuw door menselijk handelen geproduceerd en gereproduceerd. Tomen aan die dominantie impliceert niet alleen het veranderen van abstracte en logge maatschappelijke structuren, maar ook het reflecteren op de plaats van betaalde arbeid in het eigen denken en handelen.

Diverse argumenten in het voorafgaande onderstrepen de wenselijkheid van een andere plaats voor betaalde arbeid. Een verbreding van het huidige, tot betaalde arbeid versmalde, arbeidsbegrip vormt hiervan de kern. Het impliceert de erkenning dat betaalde arbeid slechts één vorm is om de (re)productie van de samenleving te organiseren, en om te voorzien in de sociale behoeften van mensen. Verbreding van het begrip arbeid hangt samen met een kritisch debat over de vraag wel-

ke producten en diensten als betaalde of juist als onbetaalde arbeid georganiseerd moeten worden. Daarmee is overigens niet gezegd dat het beste wat de betaalde arbeid kan overkomen haar afschaffing is, zoals de WRR de discussies over het arbeidsbestel in het begin van de jaren tachtig typeerde.

Een verbreding van het arbeidsbegrip nuanceert ook de wenselijkheid van arbeidsparticipatie. Verschillende vormen van arbeid leveren deels vergelijkbare, deels verschillende bijdragen aan het welzijn en geluk van mensen. In plaats van participatie in onbetaalde activiteiten te zien als een belemmering voor deelname aan betaalde arbeid, zoals nu nogal eens gebeurt, kan in een breder kader de tijdsverdeling over verschillende vormen van arbeid bekeken worden, aangepast aan individuele wensen.

***'Het blijft van onverminderd
belang om individuele
mogelijkheden tot participatie
in betaalde arbeid te vergroten***

In dit verband treedt ook de vraag weer op de voorgrond naar de betekenis van een basisinkomen voor deelname aan arbeid in de brede zin des woords. Garantie op financiële bestaanszekerheid, onafhankelijk van arbeid, kan een wezenlijke bijdrage leveren aan de flexibilisering en individualisering van arbeidsparticipatie in brede zin. Want inkomensoverwegingen spelen momenteel nog steeds een doorslaggevende rol in de beslissingen die leden van huishoudens nemen over deelname aan en verdeling van de betaalde en onbetaalde activiteiten.

TOT SLOT

Het leidt geen twijfel dat betaalde arbeid voorlopig nog een belangrijke bron van welzijn en geluk zal blijven, mits aan bepaalde kwaliteitscriteria wordt voldaan. Het blijft van onverminderd belang om individuele mogelijkheden tot participatie in betaalde arbeid te vergroten. Langs welke weg dat dient te gebeuren zou (zo heb ik in dit artikel betoogd) onderwerp van meer reflectie moeten zijn dan momenteel het geval is. Een verbreding van het arbeidsbegrip leidt tot andere antwoorden op deze vraag dan het huidige 'smalle' arbeidsbegrip.

Op de korte termijn kan een verbreding van het arbeidsbegrip voor sommige

groepen van werklozen, voor wie de herintreding in het arbeidsproces uiterst onwaarschijnlijk is, het risico van sociale uitsluiting en marginalisering verminderen. Op de langere termijn kan het voor zowel betaald werkenden als uitkeringsgerechtigden bijdragen aan het bestrijden van de sociale en ecologische risico's die aan de huidige eenzijdige fixatie op het belang van betaalde arbeid zijn verbonden.

Rik van Berkel is als universitair docent verbonden aan de Vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen van de Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht.

MINDER WERKEN IS GEZOND

Piet Leenders

Werken is gezond. Dat is mij in ieder geval van kindsbeen af voorgehouden. De vraag is of het waar is. Er zijn er immers ook die zich krom-, kapot- dan wel dood-werken. Het kan dus kennelijk ook teveel van het goede zijn. Die mensen worden dan arbeidsongeschikt. Niet alleen omdat ze van een steiger zijn gevallen, maar heel vaak ook omdat ze door hun werk in psychische problemen zijn geraakt. Dat werk gezond is, is dus lang niet zeker - waarom zouden er anders zoveel mensen ziek van worden?

Toen het aantal arbeidsongeschikten het miljoen naderde, draaide men die vraag om. Teveel mensen zouden ten onrechte arbeidsongeschikt zijn verklaard. Zij waren eigenlijk werkloos. Maar omdat ze misschien iets mankeren en de WAO nou eenmaal een 'betere' regeling is dan de werkloosheidswetten, werden ze niet de WW maar de WAO in gelooft. Zo bleven mensen keurig verzorgd en konden de bedrijven uit een enorm arbeidsaanbod permanent de geschiktste en meest produktieve kandidaten blijven selecteren.

De effecten van de nieuwe redenering worden langzaam duidelijk: de mensen worden naar goedkopere uitkeringen verwezen. Ze zijn daarmee niet gezonder, integendeel, maar alleen minder goed verzorgd, terwijl de bedrijven onverminderd de arbeidsmarkt blijven afromen.

Werk is voor de gezonden. Die stelling lijkt de werkelijkheid beter te beschrijven. Bedrijven proberen voortdurend meer produkten te maken met minder mensen. Deze produktiviteitsstijging is de motor van de economische groei. Dat gebeurt door voortdurende modernisering van produktieprocessen en van werkorganisatie. Met als gevolg dat werk verdwijnt omdat mensenwerk wordt overgenomen door geautomatiseerde systemen en dat werknemers steeds flexibeler ingezet worden.

Met de term flexibiliteit is iets gek aan de hand. Hij verhult eigenlijk meer dan hij uitdrukt. Werkgevers bedoelen er namelijk mee dat zij willen beschikken over werknemers waar en wanneer hen dat het beste uitkomt en tegen het loon dat hen het beste schikt. Hier is dus niet zozeer sprake van meer flexibiliteit, als wel van een steeds groter wordende beheersing van een greep op de inzetbaarheid van werknemers. Kern van de flexibiliteitsdiscussie is de vraag naar de zeggenschap: wie bepaalt de invulling van het rooster, wie de variaties daarin? De tendens is dat de zeggenschap van werkgevers groter wordt en die van werknemers kleiner. En daar stuiten we op een principiële tegenstrijdigheid.

Werk ontleent zijn status aan de omstandigheid dat het de manier is om jezelf te ontplooiën, economisch zelfstandig te worden en een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke ontwikkeling. Bovendien, waar dankzij de individualisering allerlei oude sociale verbanden hun betekenis verliezen, wordt werk steeds belangrijker als bron van sociale integratie. Dat zijn fraaie pretenties. Maar wat zijn de ontplooiingsmogelijkheden van de pizzabezorger, of de sociale contacten van de thuiswerkster? En hoe zit het met de economische zelfstandigheid van de afroepkracht achter de kassa bij Albert Heyn? Het gebrek aan zeggenschap over de inhoud en de organisatie van hun werk betekent dat een groeiend aantal mensen een steeds grotere kloof ervaart tussen de pretenties van betaalde arbeid en de schrale realiteit.

Wie niet werkt is niet gezond. Via de vorige stelling komen we bij de uiteindelijke consequentie van de eerste stelling. Voor mensen met een geestelijke of lichamelijke handicap bedachten we ooit de Sociale Werkvoorziening (WSW). Mensen die dankzij 'in de persoon gelegen factoren', zoals de wet het uitdrukt, wel werken maar niet hoeven te voldoen aan de produktienormen. Zij moeten slechts tot 'enige produktie' in staat zijn. De WSW-organisaties hebben zich inmiddels aangemeld als uitvoerders van regelingen als het Jeugd Werk Garantieplan en de banenpools. Zij hebben immers ervaring met het verstrekken van additionele arbeid? De formulering 'in de persoon gelegen factoren' hebben zij daartoe een beetje opgerekt en ook van toepassing verklaard op categorieën langdurig werklozen. In hun ogen zijn dat mensen die niet werkloos zijn omdat er eenvoudig te weinig werk is, maar omdat zij niet in staat zijn een baan te vinden vanwege handicaps. Deze in hun persoon gelegen factoren zijn niet van lichamelijke of geestelijke, maar van sociale aard. Immers, iemand die er jaren achtereen niet in slaagt aan desnoods een simpel baantje te komen, moet iets mankeren. Zo iemand kan dan als 'sociaal gehandicapt' worden aangemerkt. De eenzijdige nadruk op betaald werk zal er op die manier toe leiden dat mensen die dat niet kunnen bemachtigen als tweederangs burgers worden bestempeld.

Betaald werk komt minder centraal in de samenleving te staan. Hoe we het beschikbare werk ook verdelen, een baan voor het leven is niet langer het leidende toekomstperspectief. Werk zal meer en meer een plaats krijgen naast en afgewisseld worden met andere activiteiten. Dat zou je verwachten, maar het lijkt er niet op. Werk, werk en nog eens werk, roept iedereen elkaar na in dit land. Maar al dat geroep leidt, als alles meezit, op zijn hoogst tot stabilisatie van de werkloosheid. Dat leidt bij velen niet tot een positiever, maar slechts tot een bevestiging van een negatieve levensverwachting. En zo zijn we weer bij gezondheid. Werkelijke emancipatie is gediend met een relativering van het arbeidsethos. Minder werken is gezond.

Piet Leenders is freelance journalist.

MEDICI IN DE MARTELKAMER

Paul Bots

Artsen genezen de zieken en redden mensen het leven. Dat staat vast. Veel veroordeelden of verdachten over de hele wereld zullen dit standpunt echter niet onderschrijven. Medici zijn vaak veel nauwer betrokken bij het uitvoeren van lijf- en doodstraffen dan volgens de eed van Hippocrates gerechtvaardigd kan worden.

'Ik werd binnengeleid en moest mijn lende doek verwijderen. Dat deed ik. De gevangenisdirecteur stond links, net iets achter me met aan de ene kant de dokter en aan de andere een gevangenismedewerker. Twee bewakers waren in de strafkamer op de binnenplaats van het gerechtshof ergens achter me.' De gevangene beschrijft de pijn die de rotan veroorzaakte als het soort pijn dat hij zou verwachten wanneer hij zich zou branden aan een gloeiend stuk ijzer. Na de straf werd jodium op zijn wonden gedaan en: 'Toen kreeg ik twee panadols om de pijn te verzachten en werd me opgedragen tien minuten te rusten in de ziekenzaal. Het zou weken duren voor ik weer op mijn rug kon liggen of gewoon zitten. De tien minuten hielpen niet, net zo min als de twee panadols.(....) Ik kreeg dagelijks jodium en moest de wonden droog houden totdat ze zouden genezen.' (1)

Dit citaat uit de getuigenis van een gevangene in Maleisië toont de bizarre situatie waarin veel artsen over de hele wereld zich bevinden. De gevangene werd bovendien, voordat de straf ten uitvoer gebracht werd, door de arts onderzocht om te beoordelen of hij de straf wel aankon. Artsen moeten zieken genezen en ziekten behandelen en voorkomen. Op het symposium 'Arts en Oorlog', dat begin oktober in het Academisch Ziekenhuis Groningen werd gehouden, kwam echter een geheel andere kant van het medische vak naar boven. Een facet dat pas na de Tweede Wereldoorlog door een grote groep medici onder ogen werd gezien. Tijdens de uitgebreide artsentribunalen die na de oorlog plaatsvonden, kwamen feiten aan het licht die met de eed van Hippocrates niets van doen hebben. Artsen experimenteerden met gevangenen en waren nauw betrokken bij de uitvoering van lijf- of doodstraffen.

MENSEN RECHTEN

Voor veel artsen waren de gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog aanleiding om organisaties op te richten die zich bezig hielden met mensenrechten. Folteringen werden al verboden door de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, maar dit ging diverse groepen niet ver genoeg. Er werden beroeps-codes vastgesteld en internationale verdragen gesloten. Deze stellen - kort sa-

mengevat - dat het tegen de medische ethiek is om al dan niet direct te helpen bij de uitvoering van doodstraffen, lijfstraffen of foltering. Medische kennis mag niet gebruikt worden voor inhumane doeleinden. In de Verklaring van Tokio, die in 1975 tijdens de negenentwintigste World Medical Assembly werd aangenomen, wordt de internationale gemeenschap opgeroepen medici te helpen die in problemen komen door hun weigering om aan inhumane praktijken mee te werken.

Het zijn goede voornemens en uitgangspunten; artsen mogen simpelweg niet helpen bij het opzettelijk letsel toebrengen aan gevangenen. De praktijk ziet er voor veel artsen echter minder eenvoudig uit. Met de dood van Van Damme, die wegens drugsmokkel in Singapore ter dood werd veroordeeld, is voor Nederlanders weer eens duidelijk geworden dat de doodstraf nog lang niet de wereld uit is. De medische betrokkenheid bij deze straffen is groter dan velen vermoeden. Het begint al met de psychiater die moet beslissen of de verdachte toerekeningsvatbaar is. Tijdens de hechtenis moeten gevangenisartsen de gezondheid van de verdachte op peil houden tot het moment waarop het vonnis voltrokken wordt. Ook bij de uitvoering van het vonnis zelf zijn medici nauw betrokken. Zo waren het ooit de artsen die berekenden hoe lang de strop moet zijn om er iemand mee te kunnen doden. Ook waren het artsen die onderzochten welk voltage nodig is om een veroordeelde op de elektrische stoel aan zijn einde te laten komen. Artsen stonden aan de wieg van gaskamers en dodelijke injecties.

ECHT DOOD

Zelfs nadat het vonnis is voltrokken, is de taak van de arts niet afgelopen. De dokter moet immers controleren of de veroordeelde echt dood is. Dit laatste betekent dus ook dat de 'geneesheer' kan beslissen het voltage van de stoel nog een standje hoger te zetten.

En dan is er nog een nieuwe trend, stelt de voorzitter A. van Es van de Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg tijdens een lezing op het Groningse symposium. In enkele landen bestaan plannen om de lichamen van ter dood veroordeelden voor orgaantransplantatie beschikbaar te stellen. Het von-

nis moet dan ook nog zodanig worden voltrokken dat bruikbare lichaamsdelen niet beschadigd raken. Een nieuwe taak voor de arts, zo valt te verwachten.

Niet alleen bij het uitvoeren van de doodstraf is de betrokkenheid van doktoren groot. Ook bij lijfstraffen spelen zij een niet altijd even mooie rol. Vooral in veel Islamitische landen zijn deze straffen nog aan de orde van de dag. Vaak is het in deze landen wettelijk geregeld dat een arts bij de uitvoering van de straf aanwezig moet zijn om te voorkomen dat de gestrafte sterft. Als de veroordeelde de straf niet langer aan kan, wordt hij onder medisch toezicht 'opgelapt' om op een later tijdstip de rest van zijn straf te krijgen.

Bij straffen als gedwongen amputatie zijn artsen minder direct betrokken. De amputaties worden vaak uitgevoerd door derden, die soms door artsen zijn opgeleid. Echte medici zijn nu en dan bij de handeling aanwezig om achteraf hulp te bieden aan de gestrafte.

LOKALE NORMEN

Veel artsen zijn opgeleid in een wereld waar lijfstraffen normaal zijn. Toch zijn het niet alleen lokale medici die zich op deze manier bezighouden met het schenden van hun beroepsdeed. Uit onderzoek van het Tropeninstituut blijkt dat ongeveer 25 procent van de Nederlandse artsen dat in Afrika werkzaam was, ooit betrokken is geweest bij de uitvoering van lijfstraffen. Meestal was deze betrokkenheid indirect. Ze onderzochten of de veroordeelde fit genoeg was om de straf te doorstaan of boden hulp achteraf. Buitenlandse artsen die meewerken aan dit soort straffen doen dit vaak omdat ze vinden dat ze zich aan moeten passen aan de lokale normen en waarden.

Je mag aannemen dat geen arts bij voorbaat van plan is mee te werken aan uitvoering van lijfstraffen. Dit uitgangspunt ligt vast in de eed van Hippocrates en wordt bevestigd door internationale beroepscode. Toch zijn de afwegingen die bijvoorbeeld een arts in overheidsdienst moet maken complexer dan op het eerste gezicht lijkt. Zo kan zelfs een lijfstraf te verkiezen zijn boven een gevangenisstraf. Volgens een publicatie van de Johannes van Wier Stichting is er in sommige gevallen geen goed alternatief voor de lijfstraf. Een gevangenisstraf in barre omstandigheden zou meer schade, lichamelijk danwel psychisch aan kunnen richten dan de lijfstraf. Daarbij dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat in veel culturen (ex-)gevangenen sociaal geïsoleerd raken. Verder betekent hechtenis dat de persoon in kwestie niet kan

werken en het gezin dus tijdelijk verstoken is van inkomen.

Bovendien spelen pragmatische afwegingen een rol. In het geval van amputatie kan het beter een arts zijn die het uitvoert dan een leek. Als een arts dit doet, is de kans op een passende prothese danwel een geslaagde hersteloperatie groter. Overwegingen die ook een rol spelen bij de uitvoering van besnijdenissen in Nederland. Tot slot, artsen zijn ook mensen waarbij collegialiteit en angst voor ontslag een rol spelen bij de afweging in dit dilemma.

Volgens dezelfde brochure van de JWS moeten medici die zich bezighouden met het begeleiden van lijfstraffen er rekening mee moeten houden dat ze altijd voor hun daden ter verantwoording kunnen worden geroepen. Dit geldt ook voor handelingen die in het buitenland zijn verricht. De arts handelt immers in strijd met de Universele Verklaring van de rechten van de Mens, die stelt dat niemand onderworpen mag worden aan 'foltering, noch aan een wrede, onmenselijke of ontorende behandeling of bestraffing.' Medici zullen dus duidelijk moeten beseffen welke overwegingen een rol spelen bij hulp bij het uitvoeren van lijfstraffen.

LES

Om artsen te leren hoe ze om kunnen gaan met lijfstraffen en andere schendingen van mensenrechten heeft de genoemde stichting een lesprogramma opgesteld. De bedoeling is om met behulp van voorbeelden uit de praktijk de arts een eigen standpunt in te laten nemen ten opzichte van bepaalde dilemma's. Hierbij gaat het overigens niet alleen over situaties die zich voordoen buiten de eigen grenzen. Ook de Nederlandse arrestant die beweert door de politie te zijn afgeranseld komt aan bod.

Lijfstraf, doodstraf en foltering zijn zaken die internationaal zeer gevoelig liggen. In de medische wereld wordt vaak niet ingezien hoe nauw de medische zorg bij inhumane praktijken betrokken is. Dagelijks staan over de hele wereld 'geneesheren' voor het dilemma of ze moeten kiezen voor hun belofte aan Hippocrates of voor het belang van de staat waar ze op dat moment werken. Een cursus kan de artsen misschien helpen bij het maken van die moeilijke keuze, maar kant en klare oplossingen bestaan niet. Iedere medicus zal ter plekke keuzes moeten maken, met in het achterhoofd dat hij later ter verantwoording geroepen kan worden.

Noten:

1. Uit: 'Health professionals and corporal punishment', rapport van de JWS, mei 1990.

Paul Bots is journalist.

WEG MET HET MAAGDENVLIES

Thea Dukkens van Emden

Het was een verwarrende middag, die zevende oktober in het Amsterdamse Nieuwe de La Mar theater. We waren met ruim 150 mensen uit verschillende culturen en met z'n allen pratten we over dat minuscule plooitje in het slijmvlies van de schede dat zulke grote gevolgen kan hebben.

De mythes zijn talrijk en hardnekkig: Het maagdenvlies is een vlies dat bij de 'eerste keer' doorboord moet worden zodat het openscheurt. Bij de 'ontmaagding' moet je bloeden. Paardrijden en tampongebruik kunnen het maagdenvlies beschadigen. Dokters kunnen vaststellen of een vrouw wel of niet nog maagd is. De waarheid is anders maar wordt niet geloofd.

Patriarchale tradities en wetten houden de maagdelijkheidsmythes in stand. In de Marokkaanse trouwacte wordt de man gedefinieerd door zijn beroep, de vrouw door haar maagdelijkheidsstatus. De mythes leiden tot angsten en de angsten leiden tot hulpvragen. De angst om de eerste keer niet te bloeden is nog veel groter dan de angst voor de pijn die de vrouw verwacht. Daarom bevolken de meisjes in toenemende aantallen (vermoedt men, want een specifieke registratie is er niet) het spreekuur van de huisarts of de Rutgersstichting. Een door een dokter getekende 'maagdverklaring' is niet meer voldoende, evenmin als de suggestie om een zakje kippebloed in de vagina te verstoppen. Men wil een operatieve garantie dat men op de huwelijksnacht zal bloeden. Dus verwijst de arts door naar een gynaecoloog die poliklinisch met wat knip- en hechtwerk een constructie maakt die tijdens de traditionele huwelijks coïtus losscheurt en bloedt. De ingreep vindt vaak anoniem plaats en in het geniep en komt onder een eufemisme als 'perineum plas-

tiëk' in de medische registratie te staan. Nimmer hoort de gynaecoloog of het gewenste effect bereikt is.

De centrale vraag van de middag was: moeten hulpverleners meewerken aan dit soort praktijken of niet? De meningen waren in drie kampen verdeeld.

Nee, riepen Marokkaanse vrouwen en meisjes, sommigen gekleed in T-shirt en strakke spijkerbroek, anderen helemaal gesluierd. Door mee te werken houdt je de praktijk in stand dat een vrouw haar maagdelijkheid moet bewijzen. Dat is een barbaarse houding die een fundamentele ongelijkheid bevestigt. De man hoeft zijn maagdelijkheid immers niet te bewijzen. En de man trouwt niet met een maagdenvlies maar met een persoon. De 'doorbraak van het maagdenvlies' kan alleen door het meisje zelf worden bereikt doordat ze haar eigenwaarde niet meer afhankelijk stelt van haar maagdenvlies.

Nee tenzij, riepen de meeste hulpverleners. Er moet ruimte blijven voor individuele noodgevallen. Meisjes verkeren soms letterlijk in doodsangst en dan mag je hen niet in de steek laten.

Ja zeker, riep een mannelijke Marokkaanse tolk die een kleine minderheid leek te vertegenwoordigen. Zolang wij in onze cultuur deze traditie nog niet verworpen hebben bewijzen jullie onze meisjes hiermee een dienst. Ze kunnen zonder angst experimenteren zoals de Nederlandse meisjes en door de operatie voldoe je toch aan de traditie en is de familie-eer gered.

Naar mate de middag vorderde en de discussies heftiger werden, sloeg bij mij de twijfel toe. Dokters moeten zich niet laten misbruiken om een dusdanige traditie in stand te houden. Meewerken aan vrouwenbesnijdenis is niet zo lang geleden door de medische beroepsgroep in ons land radicaal afgewezen. De maagdenvlies operatie is daarmee te vergelijken; je snijdt in gezonde vrouwen om te voldoen aan een culturele traditie die je discriminerend vindt.

Maar hoe zit het dan met vrouwen die in volle bewustzijn en weloverwogen hun



Turkse bruidsjurk.
Foto Aietu: Jacobshuis.

maagdenvlies 'hersteld' willen hebben, omdat ze uit vrije keuze willen voldoen aan de traditionele huwelijks wetten? In hoeverre verschilt een maagdenvlies operatie dan van een borstvergroting? Ook daar wordt het mes gezet in gezond vrouwen vlees om te voldoen aan een cultureel vrouwbeeld.

Het verschil zit hem denk ik in de mate van culturele dwang. Voor dit symposium waren er vooraanstaande vrouwen uit de allochtone gemeenschap uitgenodigd die niet durfden te komen spreken uit angst om vanwege een progressief standpunt uitgestoten te worden. Zolang dat nog zo is, zijn dergelijke symposia broodnodig om de discussie open te gooien.

Impressie van de studiemiddag "Maagdelijkheid in onze multi-culturele samenleving", georganiseerd door het Aletta Jacobshuis ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Rutgers Stichting, in Nieuwe de La Mar Theater te Amsterdam, 7 oktober 1994.

Thea Dukkens van Emden is ex-arts van de Rutgers Stichting en is lid van de TGP-redactieraad.

DE RUTGERS STICHTING, 1994

Ingrid van de Vegte

De laatste maanden vierde op verschillende plaatsen in het land de Rutgers Stichting haar 25-jarig bestaan. De zeven regionale bureaus lieten met inhoudelijke thema-bijeenkomsten zien waar ze voor staan en hesen de vlag.

En dat na een aantal zeer roerige jaren, waarin de taken en het budget van de Rutgers Stichting sterk onder druk stonden. Categoriele instellingen, zoals de Rutgers Stichting er één is, verloren terrein. Integratie van taken in de reguliere instellingen was het parool. Zo verdwenen bijvoorbeeld ook de Stichtingen Tegen Haar Wil en Tegen Seksueel Geweld geheel in de integratie in het reguliere circuit.

Inhoudelijk waren er redenen om tot bezinning op kerntaken te komen, maar natuurlijk speelden ook de door de Rijksoverheid aangekondigde bezuinigingen een grote rol. Waar er eerst 36 bureaus waren - zij het soms hele kleine van enkele uren spreekuur per week - zijn het er nu 7. Daarmee is de serviceverlening in plattelandsgedebieden sterk achteruit gegaan.

UITVOERENDE TAKEN AFSTOTEN

De Rijksoverheid, tegenwoordig VWS, financiert 70 % van de uitvoering van kerntaken door de Rutgers Stichting. Die kerntaken zijn informatie, medische en seksuologische hulpverlening, preventie en voorlichting, deskundigheidsbevordering en mobilisatie. In principe kan hier alles onder vallen wat ze altijd al deden, maar de lijn is tegelijkertijd zoveel mogelijk van de uitvoerende taken af te stoten. De medische advisering omtrent seksuologische zaken moet naar de huisarts en de psychische begeleiding naar de Riagg.

In de praktijk blijkt dat veel klanten van de Rutgers Stichting niet zomaar komen, maar willens en wetens niet naar bijvoorbeeld hun huisarts gaan. De anonimiteit, die gewaarborgd is en de aanwezige specialistische deskundigheid maken de kosten van de hulpverlening ruimschoots goed. Om toch nog aan medische hulpverlening - de vragen bleven immers komen - te kunnen blijven doen, richtte in Amsterdam het Aletta Jacobshuis, zo heet de Rutgers Stichting daar, een aparte stichting op. Een kostendekkende organisatie voor de uitvoering van medische consulten; een experiment dat binnenkort wordt geëvalueerd met de bedoeling om

dit aanbod ook in andere regio's in te voeren. De eigen bijdrage voor een consult is omhoog gegaan naar f 35,- en elk kwartier wordt een nieuwe klant ingeschreven. De consulten zijn daarmee strakker gepland en zo komt men uit de kosten.

Anna Kok, regiomanager van het AJ-huis: "Tja, op zich is dat mooi, het loopt goed. Een kwartier is echter lang niet altijd voldoende om zorgvuldig met de klacht om te gaan. Als het gaat het om het aanmeten van een pessarium, dan kan dat goed, maar gaat het om onderzoek naar de gevolgen van een verkrachting dan heb je natuurlijk veel te weinig tijd. Daar wil je zorgvuldig mee omgaan, maar dan staan de volgende klanten die juist voor een snelle en adequate behandeling hier naar toe komen te trappelen op de gang." 'Op zich vinden we het prima om mensen met een regulier seksuologische vraag naar het reguliere circuit door te verwijzen. Voor een pilcontrole kun je beter naar je huisarts gaan; dat is tenslotte gratis. Toch blijkt dat veel mensen graag bij ons komen. We merken dat door de sluiting van kleine spreekuren in het land meer mensen speciaal naar Amsterdam reizen voor een consult. Mensen kunnen vele redenen hebben. Laatst was hier een oudere man uit een dorp die een prostituée had bezocht. Hij was jarenlang onderwijzer in het dorp geweest en de huisarts was een vroegere leerling van hem. Die man wilde daar niet naar toe met zijn vragen over een geslachtsziekte. Ondanks de inkrimping in het land hebben we het idee dat veel mensen ons weten te vinden. Maar ja, wie ons niet vindt....'

Bij de overdracht van de seksuologisch-therapeutische hulp, die voortaan door de Riaggs gegeven moet worden, ligt het nog veel moeilijker. Bij Riaggs bestaan vaak lange wachtlijsten en is de ingang van de therapie anders dan bij de strikt seksuologische aanpak van de Rutgers Stichting. Een therapeut van een Riagg zal vooral ingaan op de relationele kanten van seksproblemen, terwijl de Rutgers Stichting zich gespecialiseerd weet in de seksuologische begeleiding.

Volgens Kok van het Aletta Jacobshuis zien de therapeuten van de Riagg een seksueel probleem vaak over het hoofd als het zich aandient als relatieprobleem. Al-

leen een seksueel probleem bestaat niet of is niet de moeite van een therapie waard.

SEX IS IN

Het is nog steeds mogelijk om bij de Rutgers Stichting in de hulpverlening te komen maar de prijzen variëren nu van f 20,- tot f 150 per gesprek. Dat heeft in eerste instantie veel mensen afschrikt, maar de laatste tijd is de vraag weer groot. Kok: 'Seks is heel erg in. Je ziet het ook in de media, elke omroep besteedt er wel een programma aan. Is er veel aandacht voor travestie op televisie, dan zien wij dat terug in de spreekkamer en de aanvragen voor therapie.'

In Amsterdam lijkt men niet alleen maar ontevreden over bezuinigingen en de nieuwe aanpak. De sfeer is nu 'kostenbewust' bij de Rutgers Stichtingen in het land. Doelmatigheid, efficiëntie. Niets voor niets, maar ook met meer ruimte voor nieuwe initiatieven nu de strenge subsidiereregels versoepeld zijn. Het ter discussie stellen van het bestaansrecht van de Rutgers Stichting heeft de blik naar buiten doen richten. Voor wie zijn we er, wat zijn onze taken, die vragen staan nu centraal.

Toch lijken de problemen als gevolg van een verlies aan toegankelijkheid er aan te komen. In veel gebieden moeten mensen ver reizen om een consult bij de Rutgers Stichting te krijgen. Juist de laatste tijd blijkt dat het aantal zwangere meisjes sterk toeneemt. In Emmen, waar ook een bureau van de Rutgers Stichting werd gesloten, constateerde het Fiom vervolgens een toename in het aantal zwangerschappen.

Dit soort verbanden valt voorlopig niet hard te maken. Moeten we wachten op de onderzoeken en cijfers die de komende jaren zullen komen?

Ingrid van de Vegte is redactielid rGP

MACHINES EN MORAAAL

Jessiga Mesman

Twee gevallen uit de praktijk van de neonatologie. Twee pasgeborenen wier leven afhangt van de medische wetenschap en technologie, maar ook van de medische staf die beslist over het door- of stopzetten van de behandeling. Het medisch reddingswerk houdt ergens op, vertwijfeling, teleurstelling en verdriet tenspijt..

Academisch Centrum. De deur klappt open. Een transportcouveuse hobbelt de drempel over met daarachter een verpleegkundige en een arts, de laatste nog gehuld in het groen van de verloskamer. In de couveuse ligt - tussen een wirwar van draden en slangen - Robert, nog geen uur oud. Vaardige handen leggen Robert direct na binnenkomst in zijn permanente bed: een couveuse met bijbehorende monitor, omgeven door een keur aan medisch-technologische apparatuur. Een verpleegkundige koppelt de zuurstofslang aan het beademingsapparaat dat naast de couveuse staat opgesteld. Een ander brengt elektrodes aan op Robert: '150,60' verschijnt op de monitor. Hartslag en ademhaling worden nu continu geregistreerd. Ook de andere waarden worden ingesteld. De arts brengt een infuus in waardoor voeding en medicijnen gegeven kunnen worden. Er wordt bloed afgenomen voor onderzoek.. Vervolgens bespreekt de arts met de verpleegkundige de medicatie. Milligrammen en eenheden worden routinematig opgesomd.

Zo begint het leven van Robert. Robert heeft een ernstige hartafwijking. Niets doen betekent zijn onherroepelijke dood. Daarom wordt hij opgenomen op de Intensive Care Unit van de afdeling Neonatologie (NICU), een sub-specialisme van kindergeneeskunde. Hier liggen pasgeborenen kinderen met allerlei problemen: infecties, vroeggeboorte of aangeboren afwijkingen. De afdeling ligt als een kleine vesting in het ziekenhuis, opgetrokken om indringers als bacteriën en nieuwsgierige mensen buiten te houden. Vanwege de privacy en hygiëne hebben - naast staf en aanverwant personeel - alleen ouders en naaste familie toegang tot de afdeling.

'Even baby'tjes kijken' is er dan ook niet bij. Alleen met gewassen handen en armen, ontdaan van sieraden en gehuld in een schoon jasshort, mag je via een sluisstelsel de afdeling op.

De couveuses staan in een grote kring langs de kant opgesteld, elk vergezeld van apparatuur. De monitoren met hun knipperende getallen en piepende alarmen trekken voortdurend de aandacht.. Bij haast elke couveuse staat een beademingsapparaat.. Sommige machines voeren hun taak zuchtend en steunend uit. Andere laten een vrolijk geborrel of een doordringend geratel horen. Slangen en draden gaan de couveuses in en verbinden

'Enkelen hui/en. Zonder geluid overigens, ze hebben een zuurstofslang in hun keel.'

het kind met de machines ernaast.. Voldragen kinderen en te vroeg geboren kinderen liggen zij aan zij. Het contrast trekt de afmeting van beide groepen uit proportie. De voldragen kinderen lijken daardoor groter dan ze zijn. De geringe omvang van de prematuren roept bij eerste aanblik een mengsel van verbijstering en verwondering op. Beplakt met elektrodes van de monitor en gespalkt om het infuus op zijn plaats te houden blijft er nog maar weinig over van hun kleine lijfjes. De meeste kinderen slapen, sommigen zijn geseed. Enkelen huilen. Zonder geluid overigens, ze hebben een zuurstofslang in hun keel,

De kwetsbaarheid van deze kinderen maakt dat ze nauwlettend in de gaten moeten worden gehouden. Een voortdurende bewaking en een nauwkeurig afgestemd beleid zijn van levensbelang. Daarom is hier altijd een volledige staf aanwezig. Veel kinderen zijn dankzij deze intensieve zorg in staat, een normaal leven te leiden.

MIXED BLESSING

Het leven van Robert laat de mogelijkheden zien van medische technologie als levensreddend middel in zijn meest ultieme

vorm. Maar naast Robert ligt Tom. Voor hem zijn de huidige medische mogelijkheden een mixed blessing: hij is weliswaar in leven gebleven, maar wel met een ernstige handicap. Daarmee komt de vanzelfsprekendheid van een behandeling onder druk te staan. De inzet van technologische middelen biedt de mogelijkheid om het kind te behandelen, maar het garandeert geen goede uitkomst en kan in het ergste geval zelfs tot onoverkomelijke problemen leiden.

Het leven van Tom toont de grilligheid, onduidelijkheid en twijfel waarmee de behandeling van ernstig zieke pasgeborenen gepaard kan gaan. De behandeling van Tom geeft de risico's weer waarmee de inzet van technologie gepaard kan gaan en de weerslag daarvan op wie er dagelijks mee geconfronteerd worden. Maar de neonatologiepraktijk kent niet alleen kinderen als Tom. Juist in het tegelijkertijd voorkomen van succes en falen ontstaat het spanningsveld waarin de staf zijn beslissingen moet nemen.

Dergelijke situaties zijn aanleiding voor een uitgebreide publieke discussie over de ethische aspecten van de neonatologiepraktijk. Dit debat wordt gevoerd in ethische en medische vakbladen, kranten, op wetenschappelijke congressen, in praatprogramma's op televisie en radio. De discussie gaat vooral over de vraag wanneer een medische ingreep noodzakelijk is. De vraag hierbij is of alle kinderen behandeld moeten worden, ongeacht de toestand waarin ze verkeren en ongeacht hun toekomstperspectief..

- ROBERT- EEN SUCCESSTORY

Maandag. In een hoek van de intensive care-unit ligt Robert, nog geen dag oud. Morgen wordt er een hartoperatie uitgevoerd waarna de bloedstroom de juiste weg kan gaan. Een dergelijke operatie duurt minstens acht uur en vereist een grondige voorbereiding en nazorg.

Dinsdag. Op de afdeling heerst een gespannen sfeer. Robert is vanmorgen om acht uur naar de O.K. gegaan. 's Middags drie uur ligt hij nog met zijn hart open en bloot onder de lamp.

- TOM - DE JANUSKOP VAN DE MEDI- SCHE TECHNOLOGIE

Het is vijf uur als Robert op de afdeling terugkomt, vergezeld van een 'groene kudde' cardiologen, anesthesisten, neonatologen en verpleegkundigen. Zoals hij daar gewikkeld ligt in lijnen en draden valt er geen baby meer in te herkennen. Hoewel de operatie is gelukt, is het nog geen tijd voor een hoera-stemming, want het risico van overlijden blijft groot tot na de eerste 48 uur. Zo heeft het verleden geleerd. Intensieve bewaking is daarom noodzakelijk. Slechts een paar uur later blijkt de noodzaak; de parameters op de monitor gaan achteruit. De artsen vermoeden een bloeding en er moet direct worden ingegrepen. Tijd om naar de O.K. te gaan is er niet meer. Het gat wordt ter plekke gedicht. De bloeding stopt. Op de monitor volgen we nauwlettend hoe Robert uit de crisis klimt.

Woensdag. Zijn ouders staan bezorgd aan het voeteneinde. Robert is de nacht goed doorgekomen maar zijn ouders vinden zijn aanblik niet veel veranderd. De verpleging schat dat anders in: 'Hij ziet er goed uit, nietwaar?' De moeder fronsht haar wenkbrauwen bij deze opmerking. In haar ogen ziet Robert er afgrijselijk uit en durft zij deze beoordeling niet te geloven. 'Als alles goed gaat, mag Robert snel weer naar huis en zal hij zijn zoals ieder ander kind', wordt hun verteld. Ik zie ze denken: 'Eerst zien en dan pas geloven.'

In de dagen daarna knapt Robert zienderogen op. De staf haalt opgelucht adem. Zijn ouders durven het nog nauwelijks te geloven. Ook mij gaat het allemaal iets te snel. Kan dit wel goed gaan? Maar zijn situatie blijft stabiel en geleidelijk wordt hij steeds meer ontdaan van zijn technologische bepakking waardoor 'de baby' weer tevoorschijn komt. Na twee weken doet hij het zo goed dat minimale bewaking voldoende is. Hij wordt overgeplaatst naar een kleiner ziekenhuis in de regio waaruit hij na één week al weer vertrekt. Richting huis, gezond en wel.

De mogelijkheden van de neonatologie in haar meest extreme vorm: een kind dat zonder ingrijpen niet overleeft, heeft nu een toekomst gelijk ieder ander gezond kind. Bij een ingreep als deze bestaat er geen middenweg: het lukt wel of het lukt niet. Slaagt de operatie, dan is het rendement maximaal. Het kind groeit op zoals ieder ander. Zo niet, dan sterft het. Deze medische ingreep is alleen mogelijk dankzij de huidige kennis en technologische mogelijkheden die de medische staf ter beschikking staan. Machines die in de eerste dagen de vitale functies overnemen en apparatuur die elke buitensporige wijziging registreert, maken operatie en herstel mogelijk.

De buitengewoon snelle ontwikkeling van de NICU heeft ertoe bijgedragen dat steeds meer kinderen met succes behandeld kunnen worden. Mede daardoor is het aantal sterfgevallen de laatste 10 jaar drastisch gedaald.

TECHNIEK

De oorzaak daarvan zit voornamelijk in de toename van geavanceerde technologische hulpmiddelen. De huidige mogelijkheden op het gebied van diagnose, behandeling en bewaking zijn uitzonderlijk. Er is bewakingsapparatuur, zoals monitoren die hartslag, ademhaling, pols, bloeddruk en andere waarden registreren en bij afwijkingen alarm slaan. Er zijn beademingsmachines die de zuurstofvoorziening van het kind geheel of gedeeltelijk kunnen overnemen. Men gebruikt computers om gegevens te bewerken en op te slaan. Met echo-apparatuur zoekt men naar afwijkingen in hart en hersenen. Het laboratorium onderzoekt bijna per molecuul de samenstelling van bloed en urine.

'fen arts kan geen moreel probleem oplossen wanneer dat er voor hem niet is.'

Met name onder de prematuren (te vroeg geboren) heeft de ontwikkeling in de medische technologie geleid tot grotere levensvatbaarheid. Dat betekent voor artsen het vermogen van een kind om in leven te blijven, desnoods met behulp van maximale technologische ondersteuning van de vitale functies. Want ook in de acceptatie van deze kunstmatige ondersteuning toont zich de vitaliteit van een kind. Een pasgeborene die ondanks maximale ondersteuning niet reageert, mist kennelijk dat potentieel.

Hoewel dit ethisch gezien een werkbare doelstelling is, geldt die duidelijkheid helaas niet altijd voor de situatie waarop zij van toepassing moet zijn. Terwijl ik bij de couveuse van Robert sta te juichen over het technologisch bereik, ligt op enkele meters afstand Tom te worstelen. Een worsteling die eveneens het gevolg is van de inzet van techniek.

Januari.. Tom wordt geboren na een zwangerschapsduur van 25 weken en weegt met zijn 610 gram iets meer dan twee pakjes boter. Een schril contrast met de 3500 gram van een voldragen kind. Wat is hij klein. Tom is een van de kleinste mensjes die ik ooit heb gezien.

Op het eerste gezicht lijkt zijn vroeggeboorte alleen een kwestie van tijd te zijn: de overige vijftien weken van de zwangerschapsduur worden in een couveuse doorgebracht, waarbij men er alles aan doet om de situatie in de baarmoeder zoveel mogelijk na te bootsen. Maar zo gemakkelijk ziet het leven van een premaatuer er niet uit.

Maart.. Tom is nu drie maanden en daarmee de oudste baby van de unit. Ondanks het feit dat hij te klein voor zijn leeftijd is, lijkt hij reusachtig groot wanneer ik hem zo tussen zijn premature burens zie. Eens behoorde ook hij tot de kleinsten.

Hoewel grillig in verloop heeft Tom een goede start gehad. Niemand wist dat hiermee een maandenlange worsteling is begonnen waarin hoop en tegenslag elkaar zullen afwisselen. Met name de kunstmatige beademing is bij Tom een steeds groter probleem geworden. Al in de eerste weken tekenden zich de verschijnselen af, die erop wezen dat Tom 'op het verkeerde spoor' was geraakt. Maar afkoppelen was onmogelijk, want met zijn zesentwintig weken zwangerschapsduur waren zijn longen nog onrijp en was hij niet in staat om op eigen kracht te ademen. Niets doen zou zijn dood hebben betekend. Hij is daarom aan het beademingsapparaat gekoppeld en leek daarmee gered. Maar helaas, in de loop der tijd is die redder in een verwoester veranderd. De tere longblaasjes kunnen de beademingsdruk niet weerstaan en gaan kapot. Daarom willen artsen Tom zo snel mogelijk van het beademingsapparaat af krijgen. De beschadiging zou zelfs zo groot kunnen worden dat Tom totaal afhankelijk wordt van kunstmatige beademing. De artsen proberen de schade te beperken door de activiteit van de machine te verlagen, Maar daarmee wordt tevens de zuurstofvoorziening vermindert en komt Tom in de problemen. Slechte bloedgaswaarden dwingen de artsen de zuurstofdruk opnieuw op te voeren.

GOED EN SLECHT

Een kind als Tom toont de keerzijde van de technologische vooruitgang in alle grimmigheid. Ondanks de goede bedoe-

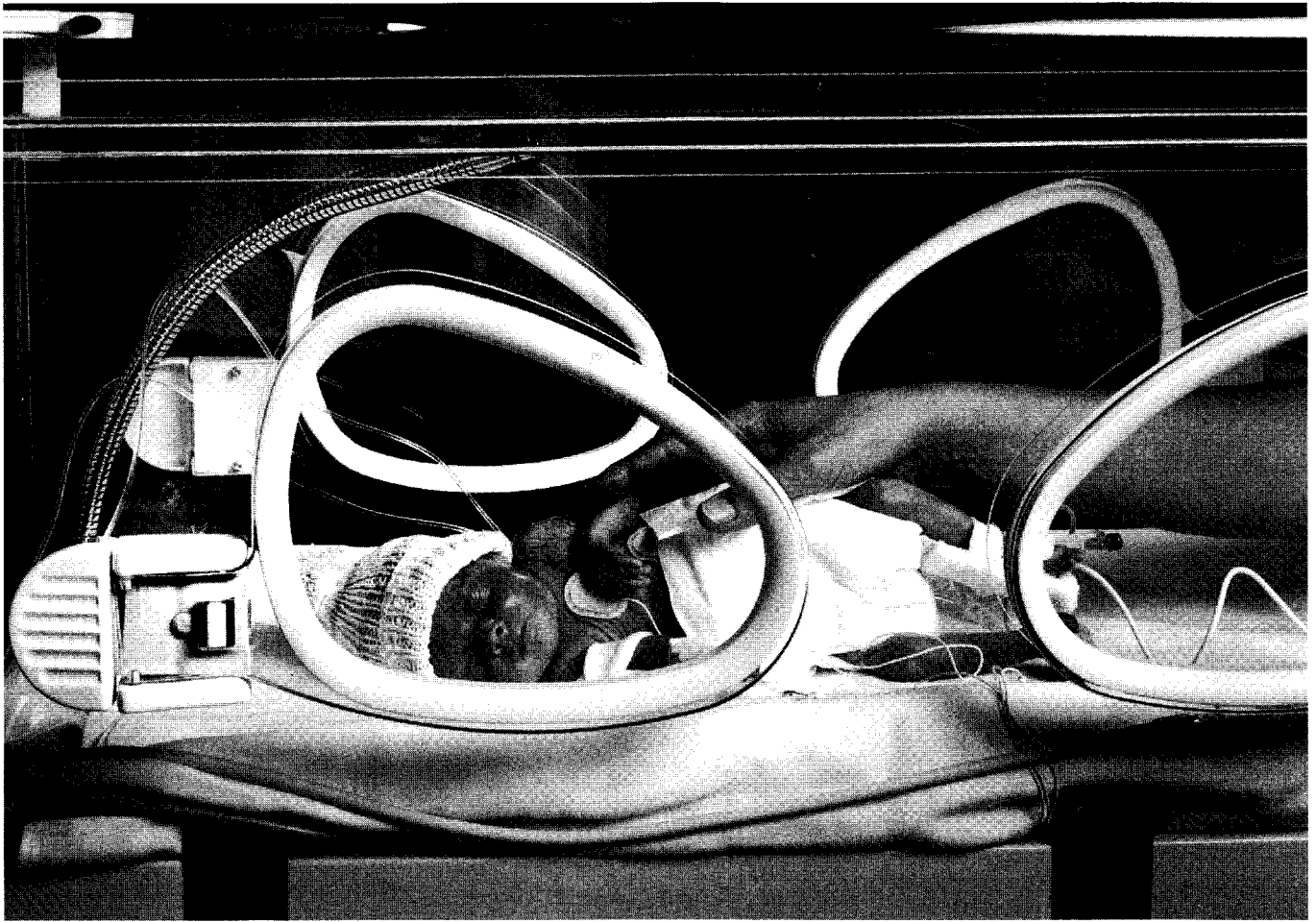


Foto Academisch Ziekenhuis Maastricht.

lingen waarmee de techniek wordt ingezet, kan zij ook een negatief effect hebben.

De waardering van het inzetten van die technologische middelen lijkt voor de hand te liggen: de apparatuur waar Tom mee te maken heeft, leidt tot lijden en die van Robert tot leven. Goed en slecht, juist en onjuist zijn nu snel te verdelen. Maar dat is schijn. Als Robert het niet had gehaald, hadden we ons wellicht afgevraagd waarom de trieste verhalen van zijn voorgangers niet voldoende aangaven dat we hier te maken hebben met iets dat niet werkt, een techniek die hoop geeft waar die er niet is. Waarom dan nog eens proberen? Robert wordt echter wel geopeerd, omdat er een kans van slagen is.

Op de afdeling wordt over het inzetten van middelen niet gesproken op basis van emoties, uitgedrukt in vreugde of verdriet. Nee, voor artsen is het gebruik van apparatuur meer of minder doelmatig, met meer of minder risico. Maar met die kansberekening heeft de staf geenszins de garantie dat er op safe wordt gespeeld. Nog minder heeft hij de garantie dat leed voorkomen wordt. Bij Tom dreigt het

middel immers erger dan de kwaal te worden.

April. Tom ligt er nog steeds. In de afgelopen tijd hebben de problemen zich verder opgestapeld. Naarmate hij groter is geworden, is zijn beweeglijkheid toegenomen. Om te voorkomen dat hij bij voortdurende de zuurstofslang uit zijn neus trekt, krijgt hij kalmerende middelen toegediend. Verslaving en een maagzweer zijn het gevolg. Ook op andere fronten zijn er problemen. De vroeggeboorte heeft haar uitwerking op zijn hersenen niet gemist. De tere vaatjes in zijn hoofd hebben de bloeddruk niet kunnen verdragen en zijn gebarsten. Naast al die complicaties heeft hij verschillende infecties opgelopen.

Gezien deze lijst met problemen is het niet verwonderlijk dat Tom tot vier keer toe volledig 'instort', waarbij zijn hartslag terugloopt zonder zich spontaan te herstellen. Op uitdrukkelijk verzoek van zijn ouders wordt elke keer alles op alles gezet om Tom 'terug te halen'. Iedere keer met succes. Wat echter niet wil lukken, zijn de pogingen om hem van de kunstmatige be-

ademing af te krijgen. Het gevolg is dat Tom na vier maanden nog steeds op de NICU ligt. Nog steeds beademd, gevoed en verwarmd.

VERPLEEGKUNDIGEN

Hoe groot is de kans dat Tom blijft leven en als dat zo is, over wat voor soort leven hebben we het dan? Verschillende verpleegkundigen zetten hun vraagtekens bij de behandeling van Tom. Paul, een van de verpleegkundigen die Tom verzorgt, vertrouwt me toe dat hij er geen heil meer in ziet:

'Ondanks onze maximale zorg kunnen we zijn leed nauwelijks verlichten. Tom is al zo vaak geprikt dat hij bij elke aanraking over zijn toeren raakt. We kunnen niet meer voor hem doen dan zijn ellende zoveel mogelijk proberen te verminderen. Maar de mogelijkheden daartoe lijken langzaam maar zeker uitgeput te raken. Zijn longen gaan kapot als gevolg van de voortdurende kunstmatige beademing. Voor ons is het duidelijk dat hij nooit meer van de beademing afkomt. We hebben hier eerder kinderen zoals Tom gehad. Op een gegeven moment weet je dan wel hoe laat het is. Tom zit op een dood-

lopende weg in de letterlijke betekenis van het woord. Waarom dan nog langer doorgaan? Toch wordt door de artsen keer op keer weer alles uit de kast getrokken om hem erbovenop te krijgen als hij instort. Het lijkt wel of ze van geen ophouden weten.'

OUDERS

De verpleegkundige ziet in Tom een kind dat lijdt zonder zin. Een lijden dat in zijn ogen veroorzaakt wordt door artsen die 'van geen ophouden weten'.

Voor de ouders van Tom ligt de situatie na deze maanden heel anders. Ook zij hebben twijfels, maar ook hun mening:

'We vinden de artsen soms erg pessimistisch. Al vier keer is ons verteld dat Tom het niet meer haalt. Maar tot nu toe hebben ze het iedere keer bij het verkeerde eind gehad want Tom is er nog steeds. Misschien is hij sterker dan iedereen denkt. Daarom vinden we ook dat we hem niet mogen opgeven. Als het een volgende keer misgaat kan hij er immers ook weer bovenop komen. Bovendien zijn ze tegenwoordig tot zoveel in staat. Neem bijvoorbeeld de baby die hier een paar weken geleden een hartoperatie heeft ondergaan. Dat kind is nu weer helemaal in orde. Ze staan voor niets tegenwoordig.' Toms ouders hebben het over Robert.

MEDICI

Voor zijn ouders is Tom een sterk kind dat overleeft. Daarom geven zij de moed niet op. Een gevoel dat bovendien wordt gevoeld door succesvolle behandelingen bij kinderen zoals Robert.

Ook de medische staf heeft hoop en blijft daarom de behandeling continueren. De dienstdoende neonatoloog:

'Gezien het feit dat het kind het neurologisch nog steeds goed doet, is er voor ons geen enkele reden om het beleid te veranderen. Bovendien heeft hij theoretisch gezien nog steeds een kans om van de beademing af te komen. Alhoewel we ons wel realiseren dat die kans steeds kleiner wordt naarmate de tijd verstrijkt. Als die helemaal verkeken is, dan wordt het moeilijk en zullen we om de tafel moeten gaan zitten om het beleid te bespreken. Maar zolang er een kans is, gaan we door.'

De arts ziet in Tom een kind met een zeer slechte prognose. Maar uit de onderzoeksresultaten in de vakliteratuur blijkt dat er voor kinderen in zijn situatie nog steeds een kans van slagen is. De arts realiseert zich terdege dat die kans steeds kleiner wordt. Juist daarom is behandeling nu zo belangrijk

VERSCHILLEN

Naarmate de problemen bij Tom toenemen verdwijnt de vanzelfsprekendheid van zijn behandeling. De situatie waar Tom zich in deze periode in bevindt, wordt door de betrokkenen op zeer verschillende wijze geïnterpreteerd. Antwoord op de vraag 'Wat is er aan de hand?' blijkt afhankelijk te zijn van de persoon aan wie die vraag wordt voorgelegd.

Enkele verpleegkundigen zien een kind zonder toekomst dat onnodig lang in leven wordt gehouden en hebben morele bezwaren omtrent de behandeling van Tom. De ouders zien een kind dat vecht en er tot nu toe elke keer weer bovenop komt. De artsen hebben een medisch probleem: de bloedgaswaarden van Tom dalen elke keer opnieuw zodra ze de ondersteuning van het beademingsapparaat af willen bouwen. Zij zien in Tom een kind dat met ernstige bijwerkingen te kampen heeft en daardoor een sombere, maar nog niet fatale, prognose heeft.

Mei. De visite begint. De medische staf formeert zich rond de couveuse van Tom. Hij ligt hier nu al vijf maanden. Hoewel ze voor iedereen bekend zijn, somt de arts-assistent nog eens de lange rij met problemen op: een hoge zuurstofdruk, nierstenen, een maagzweer als gevolg van de valium waardoor hij niet meer eet, stuipjes als gevolg van toenemende druk in het hoofd; de drain die daarvoor uitkomst moest bieden blijkt iets te lekken. Naast zijn 'bekende' problemen is er ook een drukverhoging in het hart geconstateerd.

De dienstdoende neonatoloog vult hem aan, wijst op de desastreuze ontwikkelingen van de afgelopen tijd en de trieste prognose die die meebrengen. Volgens hem is de situatie van Tom nu definitief uitzichtloos. Verdergaan heeft geen zin. Daarnaast zijn de longen dusdanig beschadigd dat hij nooit meer buiten de kunstmatige beademing kan. Gezien het feit dat Tom in een voortdurend gevecht met zijn tube is verwickeld, is een toekomst aan het apparaat een eindeloze lijdensweg.

De beslissing is genomen: er kan niets meer voor Tom worden gedaan. Elke ingreep leidt alleen maar tot meer ellende. Enkele dagen daarna wordt tijdens een stafvergadering - in overleg met de ouders - besloten om de behandeling te staken en niet meer in te grijpen wanneer het misgaat.

Voor Tom heeft dat beleid echter tot gevolg dat hij met rust gelaten wordt en niet meer voortdurend onderzocht en geïnjec-

teerd wordt. Hij kan eindelijk slapen. Die rust doet hem goed en hij lijkt op te knappen. Opnieuw wordt er getwijfeld. "Is dan toch de verkeerde beslissing genomen?" Ook de ouders worden onzeker over de juistheid van het besluit. Tom ziet er immers zo goed uit. Misschien komt alles toch nog goed. Op basis van die hoop vragen zij of de medische staf opnieuw de conditie van Tom wil herpalen. Hoewel de artsen geen enkele positieve verandering in de situatie bespeuren, gaan zij op dat verzoek in. Zo hopen ze de ouders van hun twijfel te verlossen. De verpleegkundigen die voor Tom zorgen zien ook een verandering. Tom is veel rustiger als zij hem verzorgen. Maar medisch gezien, is alles hetzelfde gebleven. De hersenen en longen zijn onomkeerbaar beschadigd. Het beleid blijft dan ook gehandhaafd.

Juni. Het is laat in de avond als de hartslag van Tom ineens terugloopt. Zijn ouders worden gebeld. Volgens afspraak grijpt niemand in en hij overlijdt op schoot bij zijn moeder. Tom is zes maanden oud geworden.

Na de dood van Tom komen er vragen los: Hadden we eigenlijk deze beslissing niet eerder moeten nemen? Waarom zijn we begonnen? Waarom hebben we niet eerder besloten tot het staken van de behandeling? We wisten eigenlijk toch al heel lang dat Toms kansen verkeken waren?.

Op basis van ieders eigen kennis en ervaring worden goed en kwaad, juist en onjuist, opnieuw verdeeld. Sommige verpleegkundigen leggen weer de schuld bij de artsen:

'Zij hebben de ouders een veel te positief beeld voorgehouden, waardoor die hoop bleven koesteren en bleven aandringen op reanimatie. Bovendien hebben we het gevoel dat de artsen zich steeds vaker achter theoretische kansen verschuilen en alles gebruiken wat ze aan technische hoogstandjes tot hun beschikking hebben. Het lijkt wel of de artsen een dergelijke beslissing niet meer durven te nemen en haar dus steeds maar weer voor zich uitschuiven. Zo krijgt een kind geen kans om te sterven.'

TOEGEVEN VAN ONMACHT

Deze verpleegkundigen zagen geen statistische kansen, maar een kind dat in de onmogelijkheid verkeerde om zijn ei-er, dood te sterven. Niet dat ze zich daarmee tegen de inzet van techniek keren. Het is immers uit eigen ervaring dat de re-hulp van de huidige technologie erderen gered kunnen worden.

Ook zij hebben gezien hoe Robert werd gebracht en in goede suk je J.i.r-

ling weer verliet. Maar dat is voor hen geen reden om techniek eindeloos te blijven gebruiken. Voor de verpleging ligt de erkenning van menselijke waarde ook in het toegeven van onmacht en de handen ervan af durven trekken.

Artsen onderstrepen dat principe ten zeerste, maar verschillen van mening omtrent het tijdstip van dergelijke beslissingen:

'Het is de aanwezigheid van reële mogelijkheden geweest die ons tot continuering van de behandeling heeft doen besluiten. Dus niet de situatie waarin hij zich bevond in termen van pijn en ellende. Emotionaliteit mag nooit de basis zijn van dergelijke beslissingen.

Daarnaast kunnen we ook niet om het oordeel van de ouders heen. De ouders van Tom zagen alles veel te positief. Heel begrijpelijk natuurlijk. Maar bij zijn laat-

ding van zijn medisch vermogen en leidt als zodanig tot een toename van de kans op een succesvolle behandeling. Dat, zoals in het geval van Tom, een apparaat negatieve bijwerkingen kan hebben, betekent nog niet dat het afgekoppeld moet worden, in veel andere gevallen gaat het immers wel goed. Daar gaan ze van uit als ze een behandeling starten.

JEKIND LATEN STERVEN

Voor de ouders blijft het antwoord op de vraag of er juist gehandeld is, onbeantwoord. Naarmate de tijd verstreekt, bleek de medische techniek niet totdatgene in staat waarop zij hadden gehoopt. Dit bracht hen in een toestand van volledige vertwijfeling over de toekomst van hun kind. Voor hen kleefde aan elke beslissing te veel schuld om een definitieve beslis-

en schuld bij ons achterlaten. Daarom konden we de beslissing niet aan en hebben we die bij de artsen gelegd.'

Tom en Robert. Twee kinderen die direct na hun geboorte kunstmatig in leven worden gehouden met behulp van allerlei apparatuur. Beiden zijn aan het begin van hun leven volledig afhankelijk van de inzet van technologie. Binnen enkele weken weet Robert zich er al van te ontdoen en wordt hij de baby op wie zijn ouders gehoopt hadden. Een baby die je vast kunt houden, zelf kunt voeden, knuffelen, die slaapt zonder valium en die -nu zonder zuurstofslang in zijn keel- luidkeels huilt. Tom daarentegen leeft zijn leven op de intensive care-unit, onlosmakelijk verbonden met de apparaten die hem omringen. Hij blijft het kind dat slaapt op valium, wordt gevoed door infuus of sonde en raakt bij haast elke aanraking in paniek.

FEITEN, DEFINITIES EN MORAAAL

Alle goede wil en vele pogingen hebben Tom niet kunnen helpen. Goede intenties en hoop hebben niet geresulteerd in een menswaardig bestaan, maar in een kunstmatig leven.

Met de huidige medische kennis en technologie lijkt de beheersing over leven en dood binnen handbereik te liggen. Kinderen zoals Robert, met een fatale aandoening, kunnen nu gered worden. Maar alles blijkt zijn prijs te hebben. Tom stelde met zijn leven bijna dagelijks de vraag aan de orde hoe hoog die prijs mag zijn.

Het beleid rond de couveuse van Tom maakt de betrekkelijkheid van morele juistheid zichtbaar. Het toont hoe problematisch het wordt wanneer de betrokkenen er verschillende definities op na houden over wat er aan de hand is.

Je kunt, als arts, zeggen: 'Een moreel probleem? Waar? Een sombere prognose? Hoezo? Kijk naar de feiten.' Maar feiten spreken niet voor zich. Een arts kan geen moreel probleem oplossen wanneer dat er voor hem niet is. Ouders willen reanimeren zolang er nog hoop is - vanuit hun perspectief. Een verpleegkundige moet zorg dragen voor een kind dat geen enkel uitzicht op herstel heeft - vanuit haar perspectief. Na zes maanden beademd, gevoed en verwarmd te zijn, maar ook betast, beluisterd en geprikt, sterft Tom.

Dit artikel verscheen eerder in het magazine 'Ik en de Ander', de catalogus bij de tentoonstelling 'Ik + de Ander; dignity for all, reflections on humanity', afgelopen zomer in de Beurs van Berlage te Amsterdam.

Jessica Mesman is onderzoeker aan de Faculteit der Cultuurwetenschappen bij de vakgroep Wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Limburg.

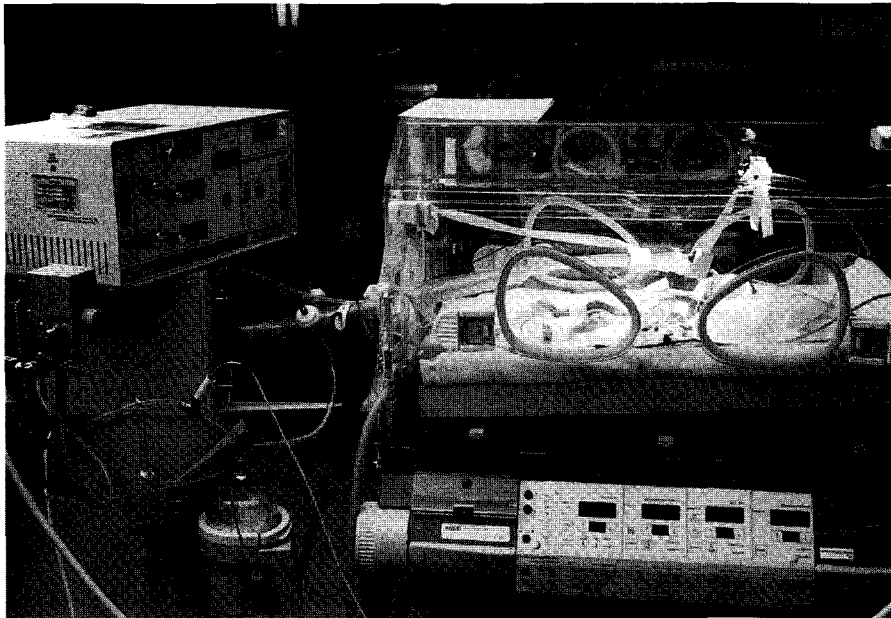


Foto Academisch Ziekenhuis Maastricht.

ste reanimatie hebben we alles uit de kast moeten halen om hem 'terug te brengen'. Het feit dat een kind er iedere keer weer bovenop komt zegt niets over een volgende keer, maar dat schenen zijn ouders niet te willen horen. Ze bleven dwars door alles heen hoop houden en drongen dan ook voortdurend aan op reanimatie.'

De artsen, verantwoordelijk voor de behandeling, geven een kind per definitie het voordeel van de twijfel en kiezen voor behandelen. Recht doen aan menselijke waardigheid ligt voor hen juist in het benutten van een kans, hoe klein die ook mag zijn. Met de huidige medisch-technologische middelen zijn de kansen op overleving en herstel voor de kinderen op de NICU enorm toegenomen.

Het gebruik van techniek is voor een arts dan ook op de eerste plaats een uitbrei-

sing te kunnen nemen. 'Als we thuis waren en alles op een rijtje hadden gezet, dachten we er goed aan te doen de artsen te vragen met de behandeling te stoppen. Zeker toen ze ons vertelden dat zijn hersenen beschadigd waren. Maar als we dan weer bij Tom waren, wisten we het niet meer zo zeker. Op zo'n moment kun je het je niet voorstellen dat je nog geen uur geleden besloten had dat het beter was om je kind te laten sterven. Maar als we hadden gezegd: "Blijf doorgaan met behandelen", dan hadden we hem misschien nog drie maanden langer in leven gehouden. Misschien drie maanden lijden erbij. En als we hadden besloten met de behandeling te stoppen, waren we met een gevoel achtergebleven dat er misschien toch iets had kunnen gebeuren en dat we Tom die kans ontnomen hadden. Wat we ook besloten, het zou een gevoel van twijfel

MEDISCH ADVIES IN JURE

Leo Bontje

De advocaat van een patiënt in een klachtenzaak laat zich slechts zelden adviseren door een onafhankelijk medicus. De klacht en claim kunnen meer opleveren, het proces kan minder frustrerend zijn, maar wie betaalt de medisch adviseur?

De gezondheidszorg lijkt wat de opvang van klachten betreft een goed georganiseerde sector. Vaak is er een standaardformulier, wat de inventarisatie vergemakkelijkt. De patiënt kan aangeven waar de klacht betrekking op heeft. Het kan dan gaan om een klacht over:

1. een onjuiste behandeling,
2. de bejegening door de hulpverlener,
3. de organisatie van de hulpverlening,
4. een te hoog tarief,
5. geweigerde verstrekking door het ziekenfonds.

Tenslotte kan worden aangegeven wat het gewenste resultaat van de klachtbehandeling is: bemiddeling; een financiële vergoeding van de schade; erkenning dat de klacht gegrond is; herziening van tarief/nota.

Meneer A. heeft een liesbreuk ondergaan, waarna hij een kleiner wordende testis heeft. Hij vermoedt dat er een verband bestaat met de operatie die heeft ondergaan. Bovendien vindt hij de wijze waarop de arts zijn probleem benaderde beneden alle peil. Vragen, zowel aan de huisarts als aan de chirurg, geven geen duidelijkheid. Zijn doel is erkenning van zijn klacht, excuses en eventueel door schadevergoeding.

In dit voorbeeld zal de cliënt zijn klacht en zijn wensen aankruisen aan de hand van de gesuggereerde mogelijkheden. Vanzelfsprekend wekt dit ook verwachtingen. Met name wanneer de patiënt meent dat de dokter een medische fout heeft gemaakt, is de afhandeling vaak uitermate gecompliceerd.

DEFENSIEF

Recent is het aantal klachten toegenomen, zo constateerde onlangs in het tijdschrift

Medisch Contact de voorzitter van de Adviescommissie Klachtenbehandeling Medisch Spectrum Twente Enschede. Tegelijkertijd merkt hij op dat de toename ten opzichte van het aantal verrichtingen nog gering is. Naast de toegenomen mondigheid van patiënten wijt hij de toename van klachten aan het feit dat van verschillende kanten de aandacht gevestigd wordt op het bestaan van klachtenregelingen. Hierdoor zouden klachten makkelijker en sneller worden ingediend. De auteur suggereert dat het vooral externe factoren zijn die de toename veroorzaken.

Een dergelijke defensieve houding is in de medische vakliteratuur meer te zien. Zo neemt in hetzelfde tijdschrift een arts de ongegrond verklaarde klachten in het onderwijs onder de loep. Zij meent dat het merendeel van de ongegronde klachten demonstreert dat een zorgvuldige verlaglegging van de gehele behandeling het enig realistische beveiligingsadvies vormt tegen *gegronde* klachten. Blijkbaar moeten artsen leren hoe ze moeten omgaan met klachten, namelijk door zich er tegen te beveiligen.

LEED EN HOOP

In de discussie rond de afhandeling van klachten is het niet de meest relevante vraag of artsen nu meer fouten maken dan vroeger, dan wel dat mondige patiënten meer klagen dan ooit. Belangrijker is of er voldoende mogelijkheden zijn voor patiënten om daadwerkelijk verhaal te halen en of de conflicten die patiënten onderkennen tot bevredigende en rechtvaardige oplossingen leiden.

Conflicten met de gezondheidszorg kunnen zich op vele terreinen voordoen. Naast conflicten rond (vermeende) medische fouten en bejegening, kan een geschil ontstaan rond de afhandeling van letsel na een ongeval, of rond de uitvoeringspraktijk van de Ziektewet en WAO/AAW. Afgezien van het grote verschil in problematiek, is er in al deze kwesties een belangrijke overeenkomst: de positie van de patiënt is zwak. De patiënt zal immers zelf moeten bewijzen wél ziek te zijn of wél blijvend letsel te hebben opgelopen. Bovendien moet hij ook nog eens het causale verband tussen ziekte of letsel en het medisch handelen aantonen.

Hierbij blijken de vaardigheden en middelen van de patiënt van grote invloed op de uitkomst van het geschil. De mogelijkheden om verhaal te halen zijn uiterst

klein als het de patiënt ontbreekt aan financiële middelen, mondigheid, kennis van de gezondheidszorg en de regels. En voor patiënten met een andere culturele achtergrond is het allemaal nog ingewikkelder.

GEBREK AAN KENNIS

Op het moment dat een klacht over medisch handelen in het juridische circuit terecht dreigt te komen, kan de patiënt zich uiteraard wenden tot een advocaat. Maar hoe dan verder? Ook advocaten hebben moeite de mogelijkheden goed te benutten. De advocaat beschikt meestal niet over voldoende medische kennis om zeker te zijn van zijn zaak als hij de patiënt over de te volgen stappen moet adviseren: wat te eisen, wel of niet een proces, bij welke instantie, wel of niet in beroep gaan, al of niet akkoord gaan met een schikking. De tegenpartij heeft wel een medisch adviseur in dienst (bijvoorbeeld de vaste medisch adviseur van de verzekeraar, het GAK/GMD etcetera).

Met die veelal ongelijke Ausgangssituatie speelt ook nog het gevoel van een onrechtvaardige behandeling, versterkt door de emotionele en maatschappelijke gevolgen die de medische kwestie meestal heeft voor de patiënt. Vaak is er sprake van problemen met betrekking tot de arbeidssituatie, het 'verdienvermogen' en de daaraan verbonden inkomensconsequenties, de sociale contacten, veranderingen in de gezinssituatie en bijkomende verschijnselen als onzekerheid over uitkeringen etcetera.

De advocaat van de patiënt doet er verstandig aan op zijn beurt ook een medisch adviseur inschakelen. De inschatting van de medisch adviseur geeft fundering aan het juridische advies, waardoor de patiënt meer kans heeft een gelijkwaardige procespartij te zijn.

Zes jaar geleden concludeerde een aantal artsen dat het hoog tijd werd dat er een onafhankelijke organisatie kwam waarop patiënten een beroep kunnen doen in het geval van een conflict op medisch gebied. Hiervoor werd de stichting Medisch Advies Collectief opgericht. De stichting kon haar deuren niet te wijd open zetten, omdat zij niet beschikte over financiële middelen en omdat er weinig artsen zijn die hun expertise in dienst stellen van de patiënt en zijn advocaat. Naar buiten toe profileerde zij zich daarom nauwelijks; in

de praktijk kwamen de zaken via de advocaaten binnen. Dit betekende dat er automatisch een selectie plaatsvond, maar ondanks dit filter nam het aantal zaken toe.

TELEURSTELLINGEN

Naast de medische argumenten die de medisch adviseur aandraagt, kan deze de advocaat en zijn cliënt helpen in de keuze tussen een civielrechtelijke procedure of een tuchtrechtelijke. Een belangrijke vraag hierbij is of de poging om recht en erkenning te krijgen in verhouding staat tot het leed dat wordt opgerakeld. Een tuchtprocedure is vaak een slepend proces dat gemakkelijk uitloopt op een teleurstelling voor de patiënt.

Man roept de huisarts in verband met rugpijnklachten van zijn vrouw. De huisarts stuurt de vrouw direct naar het ziekenhuis, waar te laat wordt onderkend dat de vrouw een lekkende aorta heeft. De vrouw overlijdt. Haar echtgenoot verwijt het ziekenhuis nalatigheid. Als zijn vrouw eerder geholpen zou zijn, leefde zijn nog.

De officiële klacht luidt: 'Door het nalaten van zorgvuldig onderzoek en door te lang wachten met opereren, heeft verweerder (aangeklaagde arts) het vertrouwen in de stand der geneeskunde ondermijnd.' Het Centraal Medisch Tuchtcollege wijst de klacht af. Er werd onvoldoende bewezen geacht dat het overlijden van de vrouw het gevolg was van onjuist of te lang uitgesteld onderzoek.

Op zoek naar genoegdoening realiseert de cliënt zich te weinig dat het medisch tuchtcollege slechts betekenis heeft voor het medisch beroep en de beoefenaars.

In veel gevallen wordt de gedupeerde geadviseerd een civiele procedure aan te spannen, omdat op deze manier financiële compensatie kan worden verkregen. Anderzijds is voor nabestaanden het tuchtrecht de enige weg die rest, omdat in een dergelijke kwestie er vaak juridisch gezien geen 'schade' is; er is alleen schade als de overledene kostwinner was.

PRO DEO MEDISCH ADVIES

Een patiënt die meent dat de arts een verwijtbare fout heeft gemaakt, stapt niet zomaar naar een advocaat. Heftige emoties spelen er, die een gesprek met de betrokken arts veelal niet meer mogelijk maken. De steun die een patiënt dan kan ervaren van een onafhankelijke arts, heeft in de praktijk regelmatig tot gevolg dat een conflict dat hoog dreigt op te lopen al in een eerder stadium beteugeld wordt. De medisch adviseur kan bijvoorbeeld tijdig op medische gronden duidelijk maken



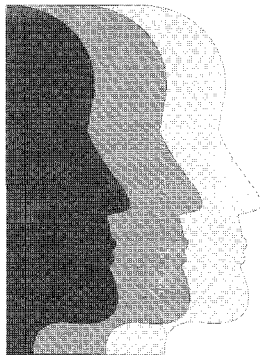
Medisch adviseur.
Tekening: Frank van Po/anen Peil

dat verdere (juridische) stappen geen zin hebben. Zo wordt de patiënt ervoor behoed al zijn aandacht op het conflict te richten en daarmee wordt bitterheid en agressie voorkomen.

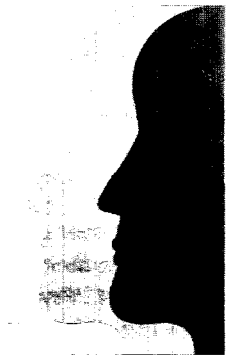
Als er al een adviseur gevonden kan worden, zit het grootste probleem echter in de betaling. Een onvermogen cliënt heeft recht op een 'pro deo' advocaat, maar niet op 'pro deo' medisch advies. Slechts achteraf, als aansprakelijkheid van de aangeklaagde is erkend, kunnen kosten op de tegenpartij worden verhaald. Omdat de advocaat de medische kant van de zaken niet goed kan beoordelen, zal hij - vaker dan terecht is - om financiële redenen de patiënt adviseren af te zien van een procedure.

Het feit dat er geen financiële regelingen bestaan, weerhoudt ook menig arts ervan om zijn expertise in dienst te stellen. Afgaande op de media volgen er steeds meer en hogere schadeclaims op vermeende medische fouten. Echter, de weg tussen indienen van de klacht en het krijgen van erkenning dan wel schadevergoeding is lang en vaak moeizaam. In de publieke discussie blijft ook het verstoorde verwerkingsproces van de patiënt en naasten onderbelicht. Erkenning of niet, de patiënt bevindt zich in een uitermate zwakke positie wanneer hij meent dat er een fout is gemaakt.

Leo Bontje is medewerker van Stichting Medisch Advies Kollektief.



c o l u m n



RIAGGS & WERK

Soms zijn kranteberichten verbijsterend. Bijvoorbeeld dat kleine berichtje op pagina 7 van *de Volkskrant*, nu al weer een paar maanden geleden, waarin gemeld werd dat binnen de Riaggs nagenoeg geen aandacht wordt besteed aan de werksituatie van cliënten. Ik lees dat en geloof mijn ogen niet. Praat heel Nederland over het bestrijden en terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, waarvan we weten dat zeker bij jongeren in zeer veel gevallen 'psychische problemen' in het spel zijn en wat doen de Riaggs?

Zij doen er het zwijgen toe.

Zij praten over alles en nog wat, over jeugdervaringen, gevoelens, onzekerheden, onverwerkte problemen, maar niet over het werk. Dat ligt vermoedelijk te veel aan de oppervlakte, ondanks het feit dat vijftig procent van de ondervraagde cliënten in het door het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv) verrichtte onderzoek Riagg & werk zelf meent dat 'het werk mede een oorzaak is van de psychische problemen'.

Zei Freud al niet dat je een patiënt nooit op zijn woord moet geloven?

Misschien dat de cijfers dan wel indruk maken. In 1992 meldden zich, aldus het jaarverslag van de Sociale Verzekerings Raad (SVR), 183 duizend werknemers ziek waarbij de verzekeringsgeneeskundige van het GAK de diagnose 'psychische afwijking' op het formulier aankruiste. Daarbij gaat het om van alles: hyperventilatie syndroom, hartneurose, depressies, overspannenheid, ernstige stress. Psychische afwijkingen staat als derde genoteerd op de hitparade van de verzuimoorzaken, waarbij als pikant detail geldt dat de gezondheidszorg zelf tot de top drie van bedrijfstakken behoort waar deze diagnose het meest frequent wordt gesteld. Met name in de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar valt er een piek te constateren in het ziekteverzuim om 'psychische redenen'.

Onbekend is hoeveel van deze mensen hulp zoeken bij een Riagg. In ieder geval niet allemaal. In hetzelfde jaar 1992 stonden er - ter vergelijking - ongeveer 103 duizend cliënten ingeschreven bij de volwassenenzorg van de Riagg. Natuurlijk, niet iedereen die zich ziekmeldt om psychische redenen hoort bij de Riaggs thuis, maar als we weten dat naar schatting ruim 50 duizend mensen jaarlijks meer dan een half jaar thuis zit met psychische problemen, dan moet een groot deel van de ruim honderdduizend Riagg-klanten worstelen met ernstige problemen op het werk.

In de spreekkamers wordt daar helaas niet of nauwelijks over gesproken.

Het is zelfs nog erger. Er is in dit land vanuit de naar de steden trekkende psychiatrische instituten een beweging op gang gekomen die gericht is op arbeidsrehabilitatie van mensen met een psychiatrisch verleden. Het zijn vaak bevlogen initiatiefnemers die daarmee aan de slag zijn gegaan en die hun klanten betrekken uit de sfeer van de RIBW's en de psychiatrische ziekenhui-

zen. Overall in het land zijn projecten in de maak waarin men op allerlei manieren poogt de ex-psychiatrische patiënt naar de arbeidsmarkt of naar vrijwilligerswerk te begeleiden. Soms richt men daar eigen bedrijfjes voor op, soms probeert men deze mensen op een plek te krijgen bij bedrijven of bij overheidsinstellingen. Dat is een langzaam proces dat zich voor de betrokkenen met vallen en opstaan voltrekt. Het gaat zowel om het aanleren van vaardigheden (omgaan met een computer, administratieve kennis etcetera) als om het aankweken van zelfvertrouwen. De ervaringen van menig begeleider van deze projecten is dat ze in dit proces nauwelijks medewerking van psychiaters of Riagg-hulpverleners krijgen. Niet zelden komt het voor dat op het moment dat er ergens een arbeidsplek in zicht komt, de cliënt met de mededeling komt dat hij het er met zijn hulpverlener over gehad heeft en dat die vindt dat hij 'er nog niet aan toe is'. Contacten zijn er verder niet of nauwelijks geweest. de hulpverlener heeft men nog nooit gezien of gesproken, maar dat mag niet verhinderen dat ergens in een spreekkamer het verlossende woord gesproken is.

En de begeleiders van de arbeidsrehabilitatie-projecten staan in die klacht niet alleen, ook medewerkers van de GAK's, van de Arbo-diensten en andere sociaal-geneeskundigen die zich met zieke werknemers bezighouden hoor je zelden of nooit over de voorbeeldige samenwerking met de Riaggs. Integendeel..

Natuurlijk moeten wij ook in dit verband de goeden niet te na spreken. Zij zijn er, zelfs binnen de Riaggs, en ze doen hun best. Maar ze vormen, zo blijkt nu uit officieel NcGv-onderzoek, een minderheid. De hoofdstroom gaat met de klachten - hoe ernstig die verder ook zijn, laat daar geen misverstand over bestaan - op reis naar een verre wereld waarin slechts de wetten van de psychologie heersen. Dat er in de alledaagse werkelijkheid hele andere mechanismen een rol spelen wordt voor het professionele gemak maar even vergeten.

Het wordt tijd dat de Riaggs uit de wolken op aarde terugkeren. Misschien dat minister Borst daar een handje mee kan helpen door wat dreigende opmerkingen te maken over de leunstoel-financiering van de AWBZ waardoor de Riaggs tamelijk ongestoord hun gang kunnen gaan. Dat werkt. Dan kunnen we misschien ook eens een psychiater of psycholoog verwelkomen in de discussies over het ziekteverzuim, de WAO of de strengere herkeuring van mensen die met zware problemen thuis zitten.

Jos van der Lans

Dit is de laatste column van Jos van der Lans, 'oor TGP. De "c;d'e:Y": vier jaargangen heeft hij elk nummer van TGP terriek: 'w&:v": (r:;:sche column over de gezondheidszorg. Op eigen 'er:;y&: 1&:;<:n: n: 'afscheid 'omdat de trouwe lezer zijn mening inmiddels int&: n:;: omdat het een goede gewoonte is niet te lang op t&:n: &:C:J te &:l:':r": :;:ten', (red.)

PSYCHOTHERAPIE OP DUNNINGS SOFA

Eric van Rijswijk, Ethy Dorrepaal

Het debat over de werkzaamheid van medisch en therapeutisch handelen duurt voort. 'Psychotherapie heeft meer effect dan geen psychotherapie', staat in het rapport van de Commissie Dunning. Dat is wel heel voorzichtig voor een commissie die werkzaamheid opneemt als één van de elementen in de befaamde trechter.

De analyticus: Wetenschappelijk onderzoek is niet de enige maat voor werkzaamheid.

De onderzoeker: fen meetbare en dus onderzoekbare afname van klachten is de maat voor werkzaamheid.

Over criteria ter bepaling van de werkzaamheid spreekt de commissie zich niet uit. Evenmin maakt ze onderscheid tussen de diverse therapievormen in de geestelijke gezondheidszorg, terwijl er toch een grote diversiteit is: psychoanalyse, gedragstherapie, cognitieve therapie, cliënt-gerichte psychotherapie, gezinstherapie en biologische therapievormen, om er enkele te noemen.

De discussie over werkzaamheid gaat vaak over de vraag welke therapie bij welke klachten en bij welke cliënt geïndiceerd is. En is het verdwijnen van de symptomen voldoende of moet er gewerkt worden aan de 'diepere' problemen? Wat is de rol van de zogenoemde a-specifieke factoren; is een regelmatige dosis aandacht en erkenning alleen ook al genoeg? Achter dergelijke vragen gaat een discussie schuil over het wetenschappelijk gehalte van de verschillende theoretische concepten. Vooral de psychoanalyse ligt onder vuur.

Nu nog zijn vooral vakgenoten met elkaar in debat. De overheid initieerde echter de discussie over werkzaamheid en zal ook een standpunt moeten innemen. En de verzekeraars moeten beslissen of en zo welke psychotherapie zij zullen vergoeden, werkzaam of niet.

Wij spraken met dr. Folkert Beenen en prof. dr. Marcel van den Hout. Beenen is psychoanalyticus aan het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) en doet onderzoek naar de effectiviteit van psycho-

analytische therapie. Hij is voorzitter van de werkgroep Proces- en Effectonderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Van den Hout is hoogleraar geestelijke gezondheidskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg. Hij doet vooral gedragswetenschappelijk onderzoek. De interviews vonden afzonderlijk plaats.

DR FOLKERT BEENEN

Wat is uw definitie van werkzaamheid van psychotherapie en psychoanalyse?

'Er is een verschil in niveau: Dunning ziet het anders dan de patiënt. Ik zou zeggen: therapie is werkzaam als datgene gebeurt waarvoor de behandeling is bedoeld.

De criteria zijn echter voor iedereen anders. De patiënt kan zich beter voelen, meer 'ik', zonder dat dat door zijn omgeving als een verbetering wordt gezien. De werkgever wil in de eerste plaats dat iemand weer goed in het bedrijf functioneert, de maatschappij wil geen last meer hebben van problemen. In de analytische benadering ligt het accent erop dat de patiënt weer authentiek of authentieker zichzelf wordt: "Dit ben ik!" Dat is een hooggegrepen doel, een structureel effect. Symptoomreductie en het verdwijnen van de klacht spelen natuurlijk wel mee, maar ingekaderd in die nagestreefde fundamentele verandering. Ik bedoel het niet denigrerend, maar symtroomverandering alleen is vaak front-chirurgie. Veel mensen die in psychoanalyse zijn, functioneren ogenschijnlijk goed of zelfs succesvol, maar zitten van binnen al jaren in de knoop. We werken vooral aan het opheffen van innerlijke blokkades om denken, voelen en handelen weer in balans te krijgen.'

Hoe bepaal je werkzaamheid?

'Wetenschappelijk onderzoek naar psychoanalyse is minder spectaculair dan gedragswetenschappelijk onderzoek. Het gaat ons niet om een 'black box'-model van stimulus en respons. Dat is te reductionistisch.

Toch is de psychoanalyse in academisch opzicht van belang. Ze kijkt op microscopisch niveau naar innerlijke emotionele processen en naar de samenhang van zelfgevoel en gedrag. Ook andere richtingen

zijn gediend met het ontrafelen van de inhoud van de 'black box'. Want in feite is dat een verlegenheidsmodel.'

Wat is het belang van werkzaamheid?

'Als basis verdient dat begrip alle aandacht. Het hangt er echter maar net vanaf welke betrokkenen in het zorgstelsel ernaar kijken. Als je niet onmiddellijk duidelijk kunt maken dat iets werkzaam is, dan dreigt het direct te worden afgeschaft. Dat is een gevaarlijke ontwikkeling. Er is tijd voor nodig om het effect duidelijk te maken. Er moet een zorgvuldige discussie plaatsvinden over de criteria voor werkzaamheid. Voor mij is het oordeel van de patiënt belangrijk.'

Wat voor consequenties heeft dat voor de financiering van de zorg?

'In het blad De Psycholoog stelde Van den Hout onlangs dat alleen datgene vergoed moet worden waarvan de werkzaamheid wetenschappelijk bepaald is. De kloof tussen wetenschap en praktijk is echter groot. Wetenschappelijk onderzoek is goed, maar zeker niet objectief en waardevrij. Dus is het ook niet de enige manier om werkzaamheid te bepalen. Aan de andere kant kan je ook niet eenvoudig vanuit de praktijk zeggen: 'Wij vinden dat het werkzaam is'. De discussie moet gaan over de criteria.

Het NPI probeert de relatie met de zorgverzekeraars vorm te geven. Sinds een aantal jaren bestaat er een vorm van kwaliteitsbewaking, de herstaf. Als de behandeling langer duurt dan de tijd die er normaal voor staat - grof gezegd is dat tussen de vier en zes jaar - dan wordt er een bijeenkomst van deskundigen belegd. De therapeut wordt dan gevraagd samen met collega's het verloop en de duur van de behandeling onder de loep te nemen. Hierdoor wordt duidelijk waarom de behandeling zo lang duurt. Voor ons is het belangrijk dat er buitenstaanders meekijken. Het blijkt ook een goede manier om de zorgverzekeraars begrip bij te brengen voor de ingewikkelde praktijk. Die laat het niet toe te zeggen dat een behandeling per definitie niet langer dan een x aantal zittingen mag duren. Een andere tegemoetkoming aan de denkwereld van ziektekostenverzekeraars vind ik dat in een aantal studies is aangetoond dat psycho-

therapie kosten bespaart, vooral van diagnostiek en behandeling in de lichamelijke gezondheidszorg.'

De indicaties telling wordt dus steeds belangrijker?

'Bij de ene patiënt is een spinfobie een geïsoleerd probleem. Met gedragstherapie zijn dan goede resultaten te behalen. Bij de andere patiënt is het een symptoom van veel meer. In de opleiding tot psychotherapeut komt voor dat onderscheid steeds meer aandacht.. Mensen krijgen een voldoende brede oriëntatie, waarna ze zich kunnen verdiepen in één richting, en in kwaliteit.. Van de honderd mensen die zich voor behandeling op het NPI aanmelden, gaan er slechts zes in analyse. Dat duidt op een zorgvuldige indicatiestelling.

Bij de indicatiestelling gaat het niet alleen om de klachten, maar ook om de manier waarop de patiënt er mee omgaat.. In het algemeen zijn de patiënten niet afkomstig uit de zelfkant van de samenleving, het gaat om mensen uit intellectuele of creatieve kringen. Maar ook deze groep heeft recht op behandeling die bij hen past. Als de maatschappij dat als een 'onnodige luxe voor de happy few' onmogelijk zou maken, dan is de kans groot dat de betrokkenen hun problemen op de buitenwereld uitleven, wat in hun positie niet ongevaarlijk is. Of ze slaan nog verder naar binnen, met zelfmoord als mogelijk gevolg.'

Wat is het succespercentage van langdurige psychoanalytische behandeling?

'Ergens tussen de vijftig en zestig procent, maar wederom: criteria voor wat succesvol is, berusten behalve op wetenschappelijke ook op maatschappelijke keuzes.'

Wat zijn de consequenties voor de psychoanalyse van de discussie over werkzaamheid?

'De psychoanalyse ondervindt al honderd jaar kritiek, maar is stevig geworteld in onze cultuur. In wezen staat ze aan de basis van de hele geestelijke gezondheidszorg. In tijden van schaarste worden langdurige en dus kostbare behandelingen het eerst bekritiseerd.

We zullen niet op onze lauweren rusten. Misschien is het toepassingsgebied te vergroten, al blijven we vasthouden aan een scherpe indicatiestelling. Wij zullen ons opener opstellen. Door de discussie over werkzaamheid stellen we onszelf vragen. Hoe kunnen we bijvoorbeeld meer afstand nemen en de therapie meer be-

schouwend bezien? De populariteit van de psychoanalyse heeft altijd een golfbeweging laten zien. net als die van de biologische psychiatrie. Vanuit die hoek worden we trouwens sinds kort benaderd om samen te werken op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Dat biedt perspectief.. Neurotransmitters alleen zijn het kennelijk óók niet.

Het zou een kapitaal- en cultuurvernietiging zijn als de psychoanalyse zou verdwijnen. Juist onder psychoanalytici heerst een kritische houding, met besef van onze beperkingen. Een aantal jaren geleden werd in een onderzoekje met een papieren patiënt aan therapeuten van tien verschillende richtingen gevraagd of zij die in behandeling zouden nemen. De psychoanalyticus was de enige die de patiënt daarvoor ongeschikt vond...'

PROF DR MARCEL VAN DEN HOUT

Wat is uw definitie van werkzame zorg?

'Waarom maakt men daar toch zo een probleem van? Waarom is daar toch zoveel filosofie voor nodig? Mensen komen met klachten naar de geestelijke gezondheidszorg en wensen een afname daarvan. In volgorde van voorkomen gaat het om angstklachten, stemmingsklachten en verslavingsproblematiek. Deze klachten kunnen gecategoriseerd worden en de ernst ervan kan worden vastgesteld. Er zijn verschillende technieken om ze te reduceren. Door een clinical trial kan onderzocht worden welke therapie een klinisch belangrijke afname van klachten kan bewerkstelligen en welke therapie dus het meest werkzaam is. Bij iemand met wasdwang kan je bijvoorbeeld vaststellen dat hij niet meer 120 keer per dag zijn handen wast, maar nog maar zestig keer.'

De ernst van een depressie kun je toch niet zo objectief vaststellen en meten?

'Ook dat probleem is best kwantificeerbaar als je bijvoorbeeld kijkt naar het aantal uren slaap of het aantal malen seks. Soms is het wel moeilijk om een en ander te objectiveren, maar met wat creativiteit kom je er bijna altijd wel uit.'

Geldt dat ook bij een combinatie van klachten en persoonlijkheidsstoornissen?

'Er wordt vaak gezegd dat je een psychiatrische klacht in dat geval anders moet behandelen. Ik ben er trots op dat de RIAGG in Maastricht daarop niet selecteert. Gedragstherapie werkt bij angstklachten. Onlangs is onderzocht of dat ook zo is bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De angstklachten ble-

ken ook bij hen af te nemen, al bereik je niet hetzelfde niveau als bij mensen zonder persoonlijkheidsstoornissen. '

Wat moet er gebeuren als het oordeel van de patiënt en de therapeut verschillend is?

Dat is een meetprobleem of een conceptueel probleem. Er zijn veel meetinstrumenten mogelijk. Misschien is werkzaamheid een genuanceerd begrip en moet van geval tot geval gekozen worden of bijvoorbeeld het oordeel van de patiënt of dat van de therapeut bepalend is.'

Welke rol speelt werkzaamheid moet bepalend worden voor financiering van de zorg?

'In het algemeen stemmen de twee goed overeen. Als het oordeel van de patiënt positief is, is het oordeel van de therapeut dat ook. De patiënt functioneert beter en heeft minder klachten. Is dat niet het geval, dan is het een politieke. geen wetenschappelijke vraag wat belangrijker is: prefereert de samenleving tevreden patiënten of patiënten die optimaal functioneren?'

Niet iedereen is het ermee eens dat alles onderzoekbaar is. Is men dan zo onwetenschappelijk?

'Ik weet het niet. Het stoort me dat de argumenten tégen niet concreet zijn. Er wordt bijvoorbeeld veel waarde gehecht aan de behandeling van onderliggende problemen. Ik snap niet waarom dat niet zou resulteren in een meetbare en dus onderzoekbare afname van de klachten.'

Is wetenschappelijk onderzoek een voorwaarde voor het financieren van een bepaalde therapie?

'Je kunt mensen geen therapie onthouden omdat deze nog niet onderzocht is. Je moet wél streven naar zoveel mogelijk onderzochte technieken. Ik vind het belangrijk voor de kwaliteit. van zorg dat nauwkeurig geïdentificeerd wordt welke therapie werkzaam is bij welk probleem. Het is een ware schande dat iemand jaren met wasdwang op de sofa ligt omdat hij zoveel introspectieve vermogens heeft. Terwijl aangetoond is dat gedragstherapie daarvoor zeer effectief is. Er moet meer druk op de ketel komen om dit soort misstanden onmogelijk te maken.'

Hoe dan?

'Daarvoor heb ik geen uitgewerkt plan. Een goede optie lijkt me een register

waarin wordt bijgehouden welke therapie bij welke klacht geïndiceerd is. Als er afwijkend wordt besloten, moet dat worden gemeld. Waarbij gewaakt moet worden voor bureaucratie!

Wie meer klachten en problemen tegelijk heeft, krijgt dan verschillende therapeuten.

'Ja. Ik vind het vreselijk dat therapeuten vaak één bepaalde therapie aanbieden, omdat ze alleen daarin geïnteresseerd zijn.'

Moet een therapeut niet geloven in de therapie die hij toepast?

'Best mogelijk, maar er zijn ook tegenargumenten. Onlangs is een onderzoek gepubliceerd waarin 120 mensen met angstklachten in drie groepen werden ingedeeld. Eén groep kreeg een 'maatkosmum'-therapie, dus toegesneden op de cliënt, de tweede een standaard 'confectiepak'-therapie en tegen de derde groep werd gezegd dat ze meededen aan wetenschappelijk onderzoek. De eerste twee groepen verbeterden evenveel, de derde groep verbeterde superieur.

Ik pleit dan ook voor het loslaten van de oude indeling van therapieën op basis van bepaalde theorieën. Men moet zich in een diagnostische categorie bekwamen, en angsttherapeut worden of therapeut voor persoonlijkheidsstoornissen. Daardoor is men ook eerder op de hoogte van recente wetenschappelijke inzichten. Doordat niet de wetenschappelijke richting maar de klacht centraal komt te staan, gaan de belangen van therapeut en patiënt meer overeenstemmen.

Hoe dit te realiseren is, weet ik niet. Ik roep vanaf de zijlijn wat fout is en wat beter moet. Diverse bolwerken kennen gevestigde belangen. Maar misschien ben ik te pessimistisch. Dunning kan mogelijk een breekijzer zijn.'

Wat is werkzaamheid bij chronisch psychiatrische patiënten, die niet te genezen zijn?

'Je moet een onderscheid maken tussen individuele en algemene doelen. Bij een individuele patiënt kunnen bepaalde therapeutische doelen al dan niet verwezenlijkt worden. Algemene doelen kunnen onderzocht worden. Je kan bijvoorbeeld onderzoeken wat de toegevoegde waarde is van begeleiding van de familie van een chronisch schizofrene patiënt door een maatschappelijk werkende. (Met deze patiënten gaat het vaak slechter als er vaak een emotioneel beroep op hen wordt gedaan; EvRIED). Er kunnen verschillende

aspecten van werkzaamheid gemeten worden. Wat vindt de patiënt? Wat vindt de dokter? Wat vindt de omgeving? Als therapeut of onderzoeker moet je je niet vastpinnen op één therapie. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat parapsychologie werkt bij depressies. Als dat zo is moeten we die bij de behandeling van depressies dus gebruiken. Wat leuk is: psychoanalytici en gedragstherapeuten hier op de gang hebben een weddenschap afgesloten wie het meest effectief is bij sociale fobie. Daarover is weinig bekend. Onderling zijn ze het al eens geworden over de vraag welke criteria bij onderzoek over de belang zijn. Van de resultaten hangt af wie de weddenschap wint. Die kant moet het volgens mij heen: geen voorin genomen standpunten, maar meting van effectiviteit.'

Wanneer zou psychoanalyse volgens u een effectieve therapie zijn?

'De psychoanalyse begon met de wetenschappelijke kennis van toen. Nu lijkt ze van de universiteiten te zijn losgeraakt. Ik vrees dat het voor deze stroming te laat is om weer echt mee te doen. Niet wetenschappelijk maar intuïtief denk ik dat de psychoanalyse nuttig kan zijn als de cliënt geen samenhangend beeld heeft van zichzelf. Dus geen antwoord heeft op vragen als: Wie ben ik? Hoe is het leven?'

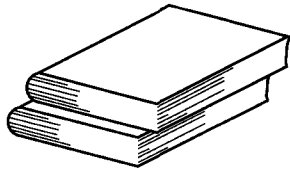
DE KLOOF

Uit de interviews blijkt de kloof tussen de praktijk van de psychoanalyse en die van het wetenschappelijk onderzoek. Toch gaat men met elkaar in discussie. Weddenschappen en onderzoeksvorstellen laten zien dat men graag samen zou werken aan effectonderzoek en meer fundamenteel onderzoek. Ook is men zich bewust van de beperkingen van de eigen theorie en erkent men de kracht van sommige elementen uit de theorie en de therapeutische technieken van de ander. Beenen vindt werken vanuit een goede theorievorming belangrijker dan Van den Hout, die therapieën liever koppelt aan diagnostische categorien. Maar beiden erkennen de noodzaak om effectiviteit en werkzaamheid te toetsen.

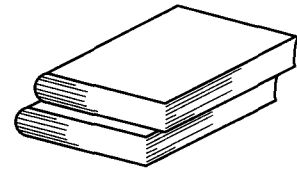
Gedragstherapeuten kiezen voor clinical trials. Psychoanalytici hebben met zorgverzekeraars een begin gemaakt met een vorm van toetsing. Werkzaamheid is geen eenduidig objectief begrip, daarover zijn zij het eens. Behalve het wetenschappelijke oordeel is ook een politiek-maatschappelijk oordeel van belang. Streeft men naar tevreden patiënten of naar optimaal functionerende? En waarvoor heeft men financiële middelen over? Een discussie

over de criteria voor werkzaamheid lijkt mogelijk en is gewenst. Nodig is een forum waarin op een open en respectvolle manier over deze criteria wordt gediscussieerd.

Eric van Rijswijk is arts en lid van de redactieraad van TGP, Ethy Dorrepaal is arts en werkzaam in de psychiatrie.



boeken



*'Arbeidsproductiviteit en inactiviteit',
dr. A.H.O. van Soest e.a., Den Haag
(VUGA) 1994, telt 151 bladzijden en kost
f 41,00. ISBN 9052506469.*

'Meer mensen aan de slag, dat is het devies', schreef premier Kok in de troonrede dit najaar. En hij liet erop volgen dat dat moest worden gerealiseerd door ondermeer 'het stimuleren van arbeidsdeelname en een geringere afhankelijkheid van uitkeringen'.

Is het doenlijk om meer mensen aan het werk te helpen? En - zeker zo belangrijk - is het zinnig, loont het? Over die laatste vraag gaat het onderzoek 'Arbeidsproductiviteit en inactiviteit', uitgevoerd door Amsterdamse en Tilburgse onderzoekers in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Uitgangspunt voor het onderzoek is de simpele constatering dat Nederland weliswaar in vergelijking met andere hooggeïndustrialiseerde landen heel veel inactieven telt, maar dat de mensen die een baan hebben doorgaans zeer productief zijn. Misschien bestaat daartussen wel een samenhang. Zou het zo kunnen zijn dat mensen met een baan zo productief zijn omdat hun minder productieve broeders en zusters buiten het arbeidsproces blijven? In dat geval hoef je de arbeidsparticipatie niet te verbeteren. Althans: niet om het nationaal inkomen te verhogen, eventueel wel om de inactieven het gevoel geven dat ze erbij horen en de werkenden dat ze er niet alleen voor staan.

Het gaat de onderzoekers om een antwoord op drie vragen. Is er op microniveau een verband tussen inactiviteit en arbeidsproductiviteit, en zo ja, is dat verband dan positief of negatief? Is er op macroniveau ook zo'n verband, negatief dan wel positief? En wat zijn de kosten en baten van een beleid dat de inactiviteit omlaag moet brengen?

De onderzoekers zijn om technische redenen nogal voorzichtig met hun conclusies. Vooral macro-economisch ligt het verband tussen inactiviteit en productiviteit, naar hun mening zeer gecompliceerd: de in verschillende periodes en in verschillende landen gehanteerde definities lopen

uiteen, zodat je moeilijk vergelijkingen kunt trekken. Op microniveau durven ze meer.

Op dat individuele niveau blijkt er inderdaad een verband te bestaan. Hoe hoger de arbeidsproductiviteit, van deze of gene Nederlander, des te lager is de kans dat hij economisch inactief wordt. De precieze effecten verschillen per sekse. Bij mannen is de kans op arbeidsongeschiktheid en werkloosheid kleiner voor degenen met een hogere productiviteit. Vrouwen hebben daarnaast nog een grotere kans om in het eigen huishouden verzeild te raken. (Het blijft overigens, zelfs onder economen, discutabel om huishouderschap als vorm van inactiviteit af te schilderen.)

Wat deze conclusies voor 's lands economie in haar geheel betekenen, maken de onderzoekers duidelijk door ze in een rekenmodel te stoppen. Daaruit blijkt in eerste instantie dat een verlaging van de arbeidsongeschiktheid leidt tot een stijging van de productie met een half procent en een daling van de gemiddelde productiviteit met ongeveer evenveel. Je ziet het voor je: de baas neemt een paar ex-arbeidsongeschikten aan, meer mensen doen een beetje meer werk, dus de mensen die al een baan hadden kunnen het wat kalmer aan doen.

Of dat effect werkelijk optreedt is echter afhankelijk van allerlei factoren. Want wat betekent een verlaging van de arbeidsongeschiktheid? Neemt de baas echt ex-arbeidsongeschikten in dienst? Of gaan die over van de WAO naar de WW? Volgens de onderzoekers hangt dat ondermeer af van de prijs waartegen de ex-arbeidsongeschikten zich op de arbeidsmarkt zullen aanbieden. Als die in verhouding is met de -lagere- arbeidsproductiviteit, dan willen werkgevers er wel aan, anders niet. Verder telt mee hoeveel de werkgever moet investeren om het productieproces toegankelijk te maken voor minder-validen.

Vanuit economische hoek gezien, is het plaatje van de kosten en baten inzake verlaging van de inactiviteit, derhalve tamelijk diffuus. Het hangt van teveel niet-economische factoren af of het loont. De vraag of de verlaging van de inactiviteit (lees: minder mensen arbeidsongeschikt

verklaren) in politiek of ook menselijk opzicht opportuun is, is daarmee nog in het geheel niet beantwoord.

De onderzoekers zeggen geen uitspraak te willen en kunnen doen over oorzaak en gevolg. Is de hoge arbeidsproductiviteit van Nederlanders een gevolg van de lage arbeidsparticipatie (mensen met een baan moeten hard werken om de sociale zekerheid te bekostigen)? Of is de lage arbeidsparticipatie een gevolg van de hoge productiviteit (mensen met een baan houden het moordende tempo niet meer vol en vallen uit)? Het Sociaal en Cultureel Rapport 1994 komt in dat verband met een interessante hypothese: in de zestiger jaren was de lage arbeidsparticipatie de oorzaak, momenteel is die het gevolg van de hoge productiviteit. Politici die daarmee rekening willen houden, zouden dus niet moeten willen morrelen aan de lage arbeidsparticipatie (die immers een gevolg is) maar de zaak structureel aanpakken. Meer mensen aan de slag door verlaging van de productiviteit, zou dat volgend jaar het devies zijn in de Troonrede!

Nico de Boer

SIGNALEMENTEN

BUITENLAND

HUISVROUWENDOOD

In de VS is de meest voorkomende doodsoorzaak van vrouwen op de werkplek moord. Dit is één van de opmerkelijke cijfers over het afgelopen jaar in *IAMA* (Journal of the American Medical Association). Het blad publiceerde een beknopt overzicht van recente ontwikkelingen en onderzoek op het terrein van arbeid en gezondheid.

Op basis van gegevens die zijn verzameld tussen 1980 en 1989 komt het percentage van vrouwen die de dood vinden op het werk door moord op 41%. Voor mannen is dit percentage kleiner, maar toch nog altijd zo'n 10%. Helaas geeft *IAMA* de absolute aantallen er niet bij, en blijft ook de verklaring vaag. Vermoedelijk zit het 'n deels in de definitie van werkplek. Ook in de VS zullen veel vrouwen huisvrouw zijn, bij wie de werkplek dus thuis is. En niet alleen werkt zij daar, zij woont er ook zodat een aardig aantal uren op deze werkplek worden doorgebracht. Thuis komen gewoonlijk ook nogal eens bekenden (partners?) langs, en men blijkt in de dagelijkse praktijk als regel niet door een volslagen onbekende te worden vermoord. Deze gegevens combinerend lijkt het hoge percentage moorden wel plausibel.

Deitchmann S., Occupational and Environmental Medicine. JAMA 1994;271:1691-1692.

OUDERARBEID (1)

Steeds meer onderzoeken wijzen op het feit dat niet alleen blootstelling van de moeder aan schadelijke invloeden tijdens de zwangerschap risico's voor het kind met zich meebrengt. Kinderen lopen ook gezondheidsrisico's via het beroep van hun vader. Nu was al bekend dat je als kind beter geen vader kunt uitzoeken met een baantje in Sellafield, omdat dit je kans om leukemie te krijgen sterk vergroot. Mag dit de vaderkeuze slechts weinig beperken, lezing van het *IAMA* overzicht zorgt wel voor een serieuze vermindering van mogelijkheden. Kinderen van drukkers namelijk hebben een grotere kans om vlak na de geboorte te sterven; ook lopen zij een verhoogd risico om te vroeg ter wereld te komen. Beide risico's

worden toegeschreven aan blootstelling van de vader aan lood en oplosmiddelen. De gevaren voor kinderen van riskante arbeidssituaties van hun vader of moeder blijven niet beperkt tot de nucleaire of grafische industrie. Het afgelopen jaar werden verscheidene gevallen van vergiftiging gemeld van kinderen die thuis met schadelijke stoffen in aanraking waren geweest afkomstig van de werkplek van een ouder. Fatsoenlijke kleedruimtes, voldoende douches en goede werkkleding zouden een dergelijke nestbevuiling kunnen voorkomen. Maar ook kinderartsen zouden in bepaalde gevallen naar het beroep van de ouders moeten (leren) vragen.

Deitchmann S. Occupational and Environmental Medicine. JAMA 1994;271:1691-1692.

OUDERARBEID (2)

In de jaren '68 tot '84 kregen zes kinderen die in de buurt van de kerncentrale van Dounreay (Schotland) woonden leukemie, terwijl er op grond van het landelijk gemiddelde slechts drie van dergelijke gevallen verwacht mochten worden. Dit was de aanleiding tot een diepgaand onderzoek dat in mei van dit jaar werd gepubliceerd in het Journal of Epidemiology and Community Health. In 1990 rapporteerden Gardner en anderen al een verhoogd aantal gevallen van leukemie in de buurt

van de beruchte kerncentrale van Sellafield. Het risico op leukemie bleek 10 keer hoger te kunnen liggen dan in de rest van het land. De mogelijke verklaring lag in het beroep van de vader. De vaders van de kinderen met leukemie konden allemaal zijn blootgesteld aan straling, omdat zij in de kerncentrale werkten. Sindsdien heeft de discussie over de gezondheidsrisico's van het wonen in de buurt van kerncentrales niet stilgestaan, en is nog een aantal andere centrales door onderzoekers te grazen genomen. Uiteindelijk zal de omgeving van alle Schotse kerncentrales aan een gezondheidsonderzoek moeten geloven.

Voor de centrale van Dounreay (in bedrijf sinds 1958) werden alle gevallen van leukemie en non-Hodgkin lymfoom (een vorm van kanker van de lymfeklieren) bij mensen onder de 25 jaar opgespoord in de periode 1968-1991. Het onderzoeksgebied telde drie zones: een gebied minder dan 12,5 km van de centrale, een gebied dat 12,5 - 25 km van de centrale lag en een aangrenzend gebied ter grootte van één postcode. De kankercijfers van deze gebieden werden vergeleken met de cijfers van de rest van Schotland. Omdat het in dit soort onderzoek om zeer kleine aantallen zieken gaat, werd terwille van de



zorgvuldigheid de stofkam ruim gehanteerd. Een panel van 10 specialisten ging na of destijds wel de juiste diagnose was gesteld en bureauladen en archieven werden afgeschuimd om te kijken of nog ergens ongeregistreerde gevallen rondslingerden. In totaal bleken er 25 ziektegevallen te zijn.

Het aantal kinderen van 0-4 jaar dat één van de onderzochte kankers kreeg, bleek drie keer zo hoog te zijn als in de rest van Schotland. Dat gold zowel voor de 25 km zone als de rest van het postcode gebied. Ook in de andere leeftijdsgroepen was het kankerrisico verhoogd, maar alleen binnen de 25 km zone.

Het aantal gevallen binnen de 12,5 km zone is 8, en dat is bijna drie keer zoveel als verwacht mag worden op grond van Schotse gemiddelden. In de 12,5 - 25 km zone is het risico ruim 1,6 maal zo hoog als in de rest van het land. Voor het dichtstbijzijnde deel van het aangrenzende postcodegebied ligt het aantal nieuwe gevallen 1,3 keer boven het landelijk gemiddelde. Op de Orkney eilanden, weer een stukje verder varen, ligt het aantal gevallen iets onder het verwachte gemiddelde.

Alleen het aantal zieke kinderen binnen de 12,5 km zone kan statistisch zeker geen toeval zijn, bij de andere getallen kan toeval niet helemaal worden uitgesloten.

Al met al lijkt het toch een beetje op een dosis-effect relatie: hoe verder van de centrale, hoe minder gevallen. Maar dat zou veronderstellen dat straling in het milieu de oorzaak zou zijn.

Op grond van eerdere onderzoeken lijkt dat onwaarschijnlijk. Maar ook de hypothese dat het werk van de vader de oorzaak is, sneuvelt hier: slechts 2 van de 8 vaders van zieke kinderen werkten in de kerncentrale in de tijd dat hun kind verwekt was. Tegenstanders van de 'vader'-hypothese menen dat straling zelfs niets met de ziektegevallen te maken heeft. Zij wijzen erop dat in tijden van migratie en vermenging van bevolkingsgroepen ook een verhoogd aantal leukemie-gevallen optreedt. Dit zou ook het geval zijn bij kerncentrales: deze creëren werk, de lokale populatie groeit met mensen die van elders komen. Een dergelijk fenomeen zou op kunnen treden als leukemie een infectieuze oorzaak zou blijken te hebben. Supporters van een dergelijke theorie kunnen op grond van de Dounreay-data ook al niet achterover leunen: het aantal kankergevallen blijft verhoogd, ook in de periode waarin de populatie allang weer stabiel geworden is. Kernachtiger gezegd: het blijft oppassen bij die centrales, al is nog niet precies bekend waarvoor.

Black RJ, Sharp L, Harkness EF et al. Leukæmia and non-Hodgkin's lymphoma: incidence in children and young adults resident in the Dounreay area of Caithness, Scotland in 1968-91. Journal of Epidemiology and Community Health 1994;48:232-236.

COKESFABRIEK SCHAADT GEZONDHEID

Zoals bekend exporteren fabrieken schadelijke stoffen naar de woonomgeving via de lucht. Het probleem is dat in het verleden industriële luchtvervuiling in onderzoek wel een verband bleek te hebben met gezondheid, maar dat het moeilijk is een dergelijk verband voldoende hard te maken. Soms wordt er in groots opgezette bevolkingsonderzoeken zelfs helemaal geen verband gevonden. Een Engelse onderzoeker, met de in deze wat schrijnende naam Bhopal, deed een extra uitgebreid onderzoek naar de gezondheid van mensen die binnen een straal van 2-10 kilometer van een cokesfabriek woonden. Van een ideale woonomgeving kun je niet spreken, daar bij de Monkton Coking Works in Noord Engeland. Behalve een hoop lawaai produceert een cokesfabriek, dus ook die van Monkton, vooral stank en rook. Wat de schoorsteen uitwalmt is zo complex van samenstelling, dat het nooit gelukt is een volledige beschrijving van het goedge te maken. Dat er giftige en kankerverwekkende stoffen bij zijn is wél duidelijk. Geen wonder, dat omwonenden ongerust werden en hun voor hun gezondheid vreesden. Ondermeer vanwege de tot dan toe ontbrekende bewijzen voor gezondheidsschade wees de directie van Monkton iedere verantwoordelijkheid voor de klachten van de bevolking van de hand. Deze patstelling tussen burgers en bedrijf was de aanleiding voor het onderzoek.

De onderzoekers vergeleken de gezondheid van een groep mensen in de nabijheid van de cokesfabriek met de gezondheid van alle bewoners van het district. Zoals gezegd verzamelden ze meer gegevens dan gebruikelijk is in dit soort onderzoek. Niet alleen werden sterfte- en geboortestatistieken bekeken, er werden ook gegevens gebruikt van de kankerregistratie en gezondheidsenquêtes. Ook het natrekken van huisartsgegevens behoorde tot het onderzoek; verder onderging een steekproef van enkele honderden volwassenen en kinderen een longfunctietest.

In eerste instantie leek ook dit onderzoek geen uitsluitsel te kunnen geven op de vraag of het wonen bij een cokesfabriek schadelijk voor de gezondheid is. Qua sterfte, nieuwe kankergevallen, laag ge-

boortegewicht en aantal doodgeborenen waren de bureaus van de cokesfabriek niet slechter af dan hun districtsgenoten.

Maar bij het bekijken van de meer gedetailleerde gegevens (die men meestal niet meeneemt in dergelijk onderzoek) bleek wel degelijk een groot verschil: 16% van de volwassenen bij de fabriek bleek aan chronische bronchitis te lijden, tegen zo'n 12% in de rest van het district. In het gebied vlak bij de fabriek bleek 17% van de volwassenen en 129% van de kinderen chronisch te hoesten; voor de rest van het district waren deze cijfers 14% en 6%. Verschillen in andere kenmerken van de twee groepen die dit soort resultaten ook zouden kunnen verklaren zijn in deze berekeningen al verdisconteerd.

Voorhoofdsholteontsteking bleek in het district door 139% van de volwassenen en 69% van de kinderen gerapporteerd te worden, terwijl bij nadering van de cokesfabriek 209% van de volwassenen en 13% van de kinderen deze problemen bleek te ondervinden.

Bezoeken aan de huisarts bleken nauw samen te hangen met de concentraties zwaveldioxide in lucht. Waar de vervuiling het grootst was ging per jaar zo'n 75% van de mensen naar de huisarts; in gebieden met een lage vervuiling was dit percentage 42.

Bhopal c.s. concluderen dat het, gezien het verband met o.a. de zwaveldioxideconcentratie in de lucht, plausibel is dat blootstelling aan de uitstoot van de cokesfabriek de luchtwegproblematiek verklaart. De gezondheidseffecten van dergelijke luchtvervuiling zijn echter subtiel en niet aan te tonen met routine-gegevens zoals kankerregistratie en sterfte- en geboortestatistieken. Dit moet voor de bewoners een (relatieve) geruststelling betekenen, aldus de auteurs. Zij besluiten met een pleidooi voor het betrekken van meer gedetailleerde gegevens over bepaalde ziekten bij onderzoek naar luchtvervuiling, bij voorkeur in nauwe samenspraak met de beleidmakers en de bewoners van een dergelijk gebied.

Bhopal RS, Phillimore P, Mofatt S et al. Living near a coking works harmful to health? A study of industrial air pollution. Journal of Epidemiology and Community Health 1994;48:237-247.

Signalementen

Bijdragen voor de rubriek signalementen moeten gestuurd worden naar het redactieadres: Postbus 17107, 1001 JC Amsterdam

Laatnog voor 1 januari 1995 al je tanden en kiezen trekken om te vervangen door een keurig gebitje, zodat je nooit meer naar de tandarts hoeft. Daarna wordt het tanheelkundige pakket teruggebracht in ziekenfonds- en standaardpakket tot preventieve hulp voor volwassenen. Het pakket voor de jeugd blijft wel min of meer in tact.

'Het kabinet acht deze beperking van het pakket verantwoord, omdat mensen bewust zijn geraakt van het belang van een goede mondgezondheid.' Ook zou het besef van de eigen verantwoordelijkheid voor gebitsverzorging gegroeid zijn.

Preventie vergoed en de curatie eruit; een politiek precedent? En dat bij een zo duidelijke effectieve tak van de gezondheidszorg. De verwachting is zodoende 450 miljoen te besparen aan betalingen door verzekeringen. De druk op communicerende vaten van individuele collectieve lasten neemt toe aan de individuele kant. En daarmee het totaal aan lasten.

PUBLIKATIES

De gevolgen voor vrouwen en kinderen komen in het overheidsbeleid en het politieke debat over IVF nauwelijks aan bod. De feministische kritiek op voortplantingstechnologie moet een grotere rol gaan spelen bij de vorming van het overheidsbeleid. Wordt moederschap niet te veel geïdealiseerd en zwangerschap gemedicaliseerd? Hoe kun je het monopolie van de medische professie in dit proces verminderen? Loes Kater verkende in dit rapport de techniek, het overheidsbeleid en vier lagen van het maatschappelijk debat: de politieke, de medische-ethische, de juridische en de feministische.

L. Kater, *In-vitrofertilisatie: zorgenkind of wonderkind, Emancipatieraad i.s.m. RU Limburg, Den Haag 1994*

Vooroordelen over het ziekteverzuim en de lage arbeidsproductiviteit van mensen met een handicap maken het voor deze groep werknemers moeilijk om aan het werk te komen. De stichting Bit by Bit begeleidt vroeg-gehandicapten via individuele trajectbegeleiding naar een plek op de arbeidsmarkt. De stichting komt voort uit Provinciaal Overleg Gehandicaptenbeleid in Brabant.

Onderzoek naar hun werkzaamheden wijst uit dat de meeste deelnemers terecht komen in part-time administratieve functies. De gevolgen van de handicap kunnen goed worden ingeschat door werkgevers. En vooral de prestatie blijkt in de meeste gevallen vergelijkbaar met niet-gehandicapte collega's.

Het onderzoeksrapport 'Bit by Bit werkt' is te bestellen bij de Wetenschapswinkel van de KUB, door storting van f 22,50 op banknr. 45.50.46.042 (AMRO) of Giro KUB: 10.77.496, o.v.v. 'bit by bit', 292.99 en het adres waar het rapport naar toe moet.

Zorgverzekeraars zijn bezig met de invoering van een 'zorgpas'. Een chipcard waar allerhande gegevens op staan, zoals SOS-gegevens, verzekeringgegevens of medicatiegegevens. Een compleet medisch dossier kan zo in een handomdraai worden gelezen. Dit gaat iets te makkelijk en de zorgpas staat dan ook op gespannen voet met de privacy-bescherming van de patiënten.

In een pas verschenen onderzoek wordt dan ook geconcludeerd dan tenminste aanvullende regelingen nodig zijn. Het ministerie beraadt zich op maatregelen.

Drs. Houtepen en drs. Mosshammer, 'Privacy-aspecten van de Zorgpas' (ISBN 90-802140-1-9). Het boek kost f 35,- en is te stellen bij EHAM Consultancy, Postbus 1255, 1300 BG Almere.

Voor de snelle lezers

Nog tot 15 december kan worden meegeëngeld naar de de Volksgezondheidsprijs 1994. Jaarlijks kent de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap deze prijs toe aan een beginnend onderzoeker die zich op bijzondere wijze verdienstelijk heeft gemaakt bij de oplossing van een volksgezondheidsvraagstuk. Het moet dan gaan om een wetenschappelijk probleem waarvan de oplossing een significante bijdrage levert of kan leveren aan de gezondheidstoestand op populatieniveau.

Wij vermoeden vele briljantjes onder ons lezerspubliek, dus...

De prijs bestaat uit een oorkonde van f 3000,- en veel eer en roem.

Voor informatie kan gebeld worden met mw. Vanoppen, secretariaat V & W, 030-364388.

Huisartsengroepen, groei en grenzen' is een proefschrift over nieuwe vormen van professionele organisatie. In het onderzoek is nagegaan in hoeverre de beleidsdoelen rondom de huisartsengroepen, zoals ook opgenomen in het Regeerakkoord, gehaald worden. De motieven en belangen van de huisartsengroep voor de professie als geheel en de individuele huisarts zijn hiervoor bekeken. Ook zijn vele huisartsen uitvoerig over deze samenwerkingsvorm geïnterviewd.

Het belang van de vorming van huisartsengroepen wordt breed onderschreven door de beroepsgroep. De belangrijkste argumenten daarvoor blijken de verbetering van de kwaliteit van zorg en de versterking van de positie van huisartsen in onderhandelingen te zijn. Een verder uigroei van de huisartsengroepen in de richting van groepspraktijken vinden de meeste huisartsen niet gewenst.

T van de Rijdt - van de Ven schreef het proefschrift, 'Huisartsengroepen, groei en grenzen'. Tilburg University Press, ISBN 90-361-9744-9; 293 pagina's; F 47,50.

De geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidsdienst in Rotterdam, geschreven ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de GGD in Rotterdam. Deze GGD, vroeger vooral bekend als 'de Baan', weerspiegelt de verandering in de gezondheidssituatie in 75 jaar. Oppericht om epidemieën te bestrijden, hygiëne te bevorderen en het verlenen van zorg aan onvermogens. Nu is een GGD vooral een preventieve dienst met algemene bekommernis om welzijn. De GGD als verbindende schakel tussen overheid en lokale gezondheidszorg.

Veel mooie illustraties: oude ambulances, statige portretten en oud Rotterdam.

Prof. dr. M.J. van Lieburg, 'De geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidsdienst te Rotterdam 1919-1994'. Erasmus Publishing, Rotterdam, 1194, 128 pgn. ISBN 90-5235-076-0



ALS DEZE ARTS ER NIET WAS GEWEEST ...

Op allerlei plaatsen in de wereld is medische hulp nodig. Natuurrampen, oorlogen, hongersnood of epidemieën betekenen voor veel bevolkingsgroepen de nekslag. Als niet tijdig wordt ingegrepen.

Artsen zonder Grenzen komt snel in actie. Zodra ergens mensenlevens op het spel staan, zijn onze teams ter plekke. Zij helpen slachtoffers, verspreiden hulpgoederen en medicijnen en werken mee aan de wederopbouw van de gezondheidszorg. Belangeloos en zonder onderscheid te maken naar ras, geloof of politieke overtuiging.

Dat kenmerkt Artsen zonder Grenzen: snel, doeltreffend en neutraal.



ARTSEN ZONDER GRENZEN
MEDECINS SANS FRONTIERES

Uw financiële steun is van levensbelang

GIRO 4054

in Beter
leven
voor kanker-
patiënten.



N E D E R L A N D S
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.