

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 13
NR. 5 / OKTOBER 1995



Thema: heil en zegen

Op weg naar Pro Life?

Prenatale screening gaat te ver

Oude idealen werken in Almere

Met het oog op autonomie

Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken

Redactie: C. Spreeuwenberg, G.A.M. van den Bos,
F.M. Ton den Boom, S. Driessen - eindredactie: R.A. te Velde

1995, 308 blz. j 49,50 - ISBN 90 232 2993 2

Dit boek bevat de samenvattende resultaten van overzichtsstudies naar de zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken, geïnitieerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ).

Titelen: 'Laanlal mensen met een chronische aandoening in onze samenleving' (1995), 'Lijkt clegezondheidszorg - traditioneel sterk gericht op curatie - nog' (1995) 'Lijkt goed raad te weten met chronisch zieken,'

Dit boek wekkende boek 'vertaalt' wetenschappelijk verkregen inzichten naar de dagelijkse praktijk van de zorg voor en begeleiding van chronisch zieken. In het boek komen o.a. aan de orde de waarde van egodocumenten, de kwaliteit van het psychosociale probleem en interventies, lotgenotencontact, en sociale steun. Ook aan de onderwerpen voorlichting en multidisciplinaire zorg wordt aandacht besteed.

Professionele autonomie van de medisch specialist

J.A. van Oorschot, Fr. CA Jaspers, J.H. Schoof, F. Linnebank,
CAG, Oostveen, L. Braaksma

1995, 86 blz. j 25,- ISBN 902323037 X

Medisch specialisten zijn in hun beroepsuitoefening autonoom. Zij kennen de vrijheid van handelen binnen het klinische domein. Maar autonomie is evenzoveel persoonlijke capaciteit. De medicus moet in staat zijn zelfstandig beslissingen te nemen in het belang van de patiënt. Hij of zij dient zich ten allen tijde bewust te zijn van de keuzes die hij/zij moet maken.

De autonomie en vrijheidsgraden van de medisch specialisten in het klinische domein staan hevig onder druk. Mede daardoor komt ook de autonomie in het klinische domein - de professionele autonomie - onder druk te staan. Dit is niet in het belang van een goede uitvoering van het medisch beroep, derhalve ook niet in het belang van de patiënt. Dit boek beschrijft professionele autonomie als kernkwaliteit van de medisch specialist, waard om beschermd te worden.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 05920 46846 (per 10 oktober '95 - 0592 346846)
Fax 05920 72064 (per 10 oktober '95 - 0592 372064)



Nieuw

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 13
NR. 5 / OKTOBER 1995

Tijdschrift voor **Gezondheid en Politiek**
is het officiële orgaan van de Stichting
Gezondheid en Politiek.
Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever
Van Gorcum & Comp. bv.
Postbus 43
9400 AA Assen
Telefoon 0592-346846
Fax 0592-372064

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

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

Redactieadres
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Telefoon redactie: 0570-562289
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
abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen wordt
het abonnement automatisch met een jaar
verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 17,50

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

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

INHOUD

Thema: Heil & Zegen

- 2 Redactioneel
- 3 Joep de Hart:
Tussen hemel en aarde
De fragmentatie van het levensbeschouwelijk terrein
- 6 Lea Jabaaij
Gereformeerde zorg
Psychiaters verschillen van mening
- 9 Albert Schoenmaker
De tegen verzekering
op weg naar: Pro Life
- 11 Annemiek Cuppen
Vroedvrouw met visie
Protest tegen prenatale screening
- 13 Frank van Helmond
Surrogaat of substituut
Vervangt de zorg de religie?
- 16 Joost Visser
We hebben de wind weer een beetje mee
Almere revisited: Han van Oosterbos
- 18 Saskia van der Lyke
Column
Ezeltje strek je
- 19 Hennie Boeije, Therese Borghuis-Lub
De richting van care
Scenario's voor verpleging en verzorging
- 22 Hans Koenis
Brief uit Boedapest
In de krant
- 23 Het Binnenhofje
Het nota-overleg *Gezond en Wel*
- 24 Geert Koeken
Opschonen
De 'kostenbeheersing farmaceutische hulp'
- 26 Ronaid B.J. Smit
Op straat
Gezondheid voor wie niet woont
- 28 Signalementen





REDACTIONEEL

Een gedachtenexperiment.. Je bent dertig jaar op ruimtereis geweest en keert terug naar moeder aarde. Je krijgt een maandje kranten, een televisie en twee dagen vrij reizen. Wat valt je dan op over de levensbeschouwing van de Nederlanders?

Op zoek naar dingen waar mensen echt in geloven en voor warm lopen bekijk je van alles: de reiskaternen van de weekendkrant, de hulding van Ajax, de omzet bij IKEA en McDonalds, de Staatsloterijshow, de milieuboycot van Shell, de terugkeer van soldaten uit Bosnië en de eerdere 'opvang' van hun familieleden. Je probeert er achter te komen waarover de discussies gaan in de PvdA, de kerken en het Humanistisch Verbond. Je beluistert hooikoortsberichten en zoekt naar actiegroepen. In personeelsadvertenties worstel je je door snoeverij en Engelse kretologie. Je belt om informatie over een studierichting 'afscheidkunde'. Op straat bekijk je hoe vrij iedereen is en hoe verschillend.

Toen je dertig jaar geleden vertrok, leek de samenleving bepaald overzichtelijker.. Je had bevolkingsgroepen die bij elkaar hoorden, met een levensbeschouwelijk etiket dat tamelijk betrouwbaar bijbehorende lidmaatschappen, abonnementen, tijdsbestedingen, consumptiepatronen, kleding en overtuigingen voorspelde. Je had de katholieken en de communisten, de gereformeerden en de vrijdenkers, de socialisten en de hervormden, de vetkuiven, de hippies en het klootjesvolk.

En nu? Nu is het een ongeregeld zootje. Vermoedelijk concludeer je als teruggekeerde ruimtevaarder dat er wel een veelkleurig scala van godsdiensten, sektes en bewegingen is, maar dat deze geen overheersende rol meer spelen in het dagelijks leven. Als je in de borrelende kookpot van cultuuruitingen zocht naar samenhangende brokken, dan zou je vermoedelijk lopen te piekeren over de opvallend grote rol van amusement en gezondheidszorg. Maar of deze sturingsmechanismen voor gedrag nou levensbeschouwingen kunt noemen?

In 1995 is er in Nederland qua geloof tegelijkertijd meer diversiteit en minder penetratie dan dertig jaar geleden. Hedonisme lijkt het laatst overblijvende, maar wel bloeiende '<isme'. Wat heeft deze verandering in het levensbeschouwelijke landschap precies te maken met gezondheidszorg? Een aantal artikelen van deze TGP-

editie belicht deze wisselwerking tussen geloven en genezen.

Als inleiding op dit thema zet Joep de Hart het levensbeschouwelijke verval in een aangenaam relativerend licht. De moderne mens knutselt zijn eigen levensbeschouwelijk onderkomen in elkaar, maar is daarmee nog geen nihilist.

Toch roept dat proces wel vragen op. Neem in dit verband nou de identiteit van de zorginstellingen. Wanneer de traditionele verbondenheid met geloofsrichtingen verdwijnt, waarom moeten er dan nog protestants-christelijke ziekenhuizen zijn? En zou je dan, als je vindt dat patiënten daar niettemin baat bij hebben, in een multiculturele samenleving niet moeten zorgen voor nog een stuk of drie nieuwe zuiltjes? In een dubbel interview stelt Lea Jabaaij dit soort vragen aan twee psychiaters, werkzaam bij een ontzuilde en een herzuilde instelling.

Als je een beetje cynisch denkt - en dat doet Albert Schoenmaker in zijn artikel over de erkenning van een orthodox ziekenfonds - dan beschouw je de laatst overgebleven fundamenteel denkende geloofsrichtingen gewoon als een marktsegment. Die arme marketing-deskundigen zitten zo met hun handen in het haar door de individualisering van levensstijlen; gun ze dan eens een makkie met de evangelische christenen!

De angst van de laatsten voor een louter economisch wereldbeeld is niet helemaal ongegrond. De zorg, die zakelijk en rationalistisch wel deugt, weet geen weg met de complexiteit van het echte leven, met onvolmaaktheid en noodlot.

Als je de gezondheidszorg autonoom aan de gang laat, stuit je vroeg of laat op een soort praktische vragen die je niet neutraal kunt beantwoorden. Bijvoorbeeld: moet je alle zwangere vrouwen screenen op een verhoogde kans om een mongooltje te baren? Annemiek Cuppen beschrijft waarom ze met haar werk als vroedvrouw stopte: om voorlopig niet mee te hoeven doen aan de selectie van kwaliteitsnakomelingen.

Religie is van oudsher verbonden met genezing. Dat lees je nog in de etymologie van woorden als 'heilzaam', 'helers', 'heiligen' en dat zie je ook terug in traditionele praktijken zoals winti. Maar sociologen en filosofen wijzen ook op de min of meer religieuze aard van de moderne geneeskunde en gezondheidszorg. De sociale positie van medische professionals is weinig minder dan die van een priesterkaste in

oude culturen. Geneeskunde, religieuze plichten, tempels en hiërarchieën hebben hun evenknieën in het zilveren. En gezondheid is voor veel mensen het richtinggevend idee in hun leven.

Je kunt je afvragen of mensen die geen hiernamaals meer voor ogen hebben, meer van het aardse leven verwachten en daarom meer met hun lichaamsheil bezig zijn. En daarmee het land in 'één grote open inrichting' veranderen, zoals Jan Blokker het in een Volkskrant-column uitdrukt, 'vervuld van zielspolitie die geen enkel risico neemt en in principe elke inwoner van het koninkrijk als een potentiële patiënt beschouwt.'

Je kunt je ook afvragen of de kerkverlaters het religieuze aspect in dit gezondheidsstreven niet missen. Frank van Helmond noemt in zijn beschouwing enkele moderne (ontzuilde) uitingsvormen van zorg waarin vervangende religieuze elementen te vinden zijn.

Geloven in iets hogers, in een grotere niet te begrijpen samenhang, bepaalt hoe je in het leven staat - en hoe je de ellendige en mooie kanten apprecieert. Kunnen mensen zonder enig geloof zin geven aan handicaps en ziekte? We denken daar verschillend over. Zo is het logisch dat mensen die niet in een hoger verband geloven meer geneigd zijn om alvast hier de perfectie na te streven - meer komt er immers niet. Dat zou een verklaring kunnen zijn voor de populariteit van prenatale diagnostiek en selectieve abortus, van plastische chirurgie en euthanasie. Die neiging is misschien ook een oorzaak van de vaak beschimpte 'vertherapeutisering' van Nederland.

De mensen die op grond van hun overtuigingen de ongebruikelijke keuze voor lijdzzaamheid maken - risico's aangaan, geen screening, geen ingreep, niet slikken, geen inenting, geen opvang, geen abortus - die worden al een beetje vreemd aangekeken. Het is nog niet zo ver dat de verzekering moeilijk doet, maar een groeiend onbegrip is er zeker. Hoe kunnen mensen zo onverstandig zijn, vragen de moderne wetenschappelijk geschoolde gezondheidsdeskundigen zich af. Irrationale beslissingen zijn echter niet zelden in een ruimer referentiekader heel begrijpelijk.. Tolerantie voor andersdenkenden past in een multiculturele maatschappij. Het zou jammer zijn als die tolerantie alleen maar te vinden was binnen de, nieuwe, zuilen.

De thema-redactie:

*Lea Jabaaij,
Saskia van der Lyke,
Hans Tenwolde.*



TUSSEN HEMEL EN AARDE

Joep de Hart

Nederlanders kennen van oudsher een grote keuzevrijheid in geloof; voor de huidige produktie-op-maat van consumentenartikelen, therapieën en religies is hier dan ook een willige markt. Aggressie, egoïsme en discriminatie zijn niet per se ernstiger dan vroeger en erover klagen is eveneens van alle tijden.

Ziehier enkele stellingnames uit het verhaal over hoe de fragmentatie op levensbeschouwelijk terrein samen oploopt met de ontwikkeling van een multiple options maatschappij.

Zondag. 's Zomers was dan het zwembad gesloten, 's winters de ijsbaan dicht.. In plaats van kinderstemmen klonken de verwaaide klanken van een harmonium over het plein of het geluid van krakende schoenen die met bedaarde tred op weg waren naar de tweede of zelfs derde kerkdienst van die dag. Op weg naar huis vanuit de katholieke Buitenkerk, passeerden ik en mijn zusje mannen met zwarte hoeden, schrijdend over de dijk naar gereformeerde kerkjes van uiteenlopende signatuur, voorafgegaan door meisjes met strooien hoedjes op. Lopend van kerkportaal naar kerkportaal kon je aan het tempo van de gezangen horen wat het soortelijk theologisch gewicht van de betreffende gemeente was.

Those were the days. De Nederlandse samenleving vormde een archipel van afzonderlijke eilandjes, elk met een specifieke biotoop van levensbeschouwelijke, politieke en pedagogische normen die het leven tamelijk homogeen en voorspelbaar maakten. Godsdienst vormde een centraal element in het leven van de meeste Nederlanders. Destijds was het leven vast niet beter, maar wel overzichtelijker dan vandaag de dag.

In mijn Kampense kinderjaren kon je kiezen tussen vanille- of chocolade-ijs, reed je op een Puch of op een buikschuiver, at je 's morgens Brinta of haver-moutpap en 's avonds wit brood of bruin brood, was je moeder geabonneerd op de Libelle of de Margriet, luisterde je naar Hilversum 1 of 2, hield je van de Beatles of van de Rolling Stones - en je vader dacht dat dat op hetzelfde neerkwam. Maar de 'of-of' samenleving is verleden tijd. Sindsdien zijn we uitgegroeid tot een meer-keuze samenleving ('multiple opties'), met op het persoonlijke vlak de trend van indi-

vidualisering.

Uit beschrijvingen van het leven op het platteland in vroeger tijden rijst het beeld van mensen die in hoge mate waren geïntegreerd in standenstructuren, in lokale en familiale verbanden. Het leven was niet op de persoon gecentreerd; via de collectiviteit trachtte men zich te wapenen tegen bedreigingen (natuurrampen, oorlog, mislukte oogsten, epidemieën en de dood).

Pas bij de opkomst van de stedelijke burgerij wordt de idee van het autonome individu belangrijk. Eind achttiende eeuw is er een hausse in ik-vertellingen, brieven en dagboeken. Bevangen door *Sturm und Drang* dwepen mensen met het genie, melancholie en het 'lijden aan de subjectiviteit'. Waarschijnlijk kan pas vanaf dat moment worden gesproken van 'identiteit' in de typisch moderne betekenis: een ontwikkelingsopgave waartoe men zich een leven lang gesteld ziet. Voortdurende zelfreflectie vormt daarvan het psychologisch pendant.

AUTOBIO

Biografieën en autobiografieën beleven thans een renaissance, niet alleen in het boekenaanbod. Het autobiografisch vertoon kent hoogconjunctuur. In praatshows en telefonische instuiven op radio en televisie, maar ook in de dagelijkse omgang.

Er is een dringende behoefte aan aandacht voor het eigen, unieke levensverhaal. De allerindividueelste expressie van de allerindividueelste emoties ('ik persoonlijk ...', 'ik voel dat nu eenmaal zo', 'wat ging er toen door je heen?') is zelfs dermate geïnstitutionaliseerd dat zij door mensen als min of meer dwingend voorgeschreven wordt ervaren. Het zijn wonderbare tijden. Managers die de pijpen van hun maatpak opstropen en over gloeiende kooltjes rennen,

alvorens holistische managementtechnieken toe te passen. Huisvrouwen die een cursus kosmische knieschijfmassage volgen en aidspatiënten die afreizen naar het orakel Jomanda te Tiel. Allen in de wurggreep van het 'positieve denken' en 'werken aan jezelf', en een opvallend onvermogen aan de dag leggend tot acceptatie van menselijke onvolkomenheden. Als zelfs het roepen van 'Tsjakkaa!' niet meer helpt, schroomt men niet eenieder deelgenoot te maken van het eigen verdriet of het sjamanendom in profane gestalte te mobiliseren. In boeken als die van Karin Spink, Renate Dorrestein en Emma Brunt, via programma's als Rondon Tien, ligt het leed uitgesteld en verschijnt het close-up in de huiskamer. Er kan geen vliegtuig neerstorten, geen bataljon huiswaarts keren, geen dijk doorbreken - of een mobiele brigade aan hulpverleners maakt zich op om, onder het wakend oog van de te hoop gelopen pers, de slachtoffers van professioneel advies te dienen.

Het past allemaal in de 'psychiatrisering van het dagelijks leven', waartoe de popularisering van de psychoanalyse als geen ander de aanzet heeft gegeven, en waarop later (vanaf de jaren vijftig in de Verenigde Staten) door een lange reeks therapeutische benaderingswijzen is voortgeborduurd: de human potential movement, humanistische psychologie, bioenergetica, Gestalttherapie, clientgecentreerde gesprekstherapie, transactionele analyse enzovoort. Daaraan kan een brede baaierd aan alternatieve therapieën worden toegevoegd waarin wetenschappelijke en pseudowetenschappelijke inzichten worden gecombineerd met occulte tradities, paramedische behandelingswijzen, en Oosterse denkwijzen en praktijken: rebirthing, yoga, Silva Mind Control, Transcendente Meditatie, Scientology, est, Psychosynthese, Shiatsu e.d. Fantasierijke innovaties, waaraan veelal onvrede met het gevestigde medische model van ziekte en gezondheid ten grondslag ligt, waarbij een holistische verwevenheid van fysieke en sociale, emotionele en spirituele aspecten wordt benadrukt, en waarin de ideologie van de zelfontplooiing en soms een extreme mate van subjectivisme centraal staan.

PUPPIES,WOOFS

Volgens Faith Popcorn (what's in a name), één van de huidige goeroes van het Amerikaanse bedrijfsleven, is de huidige trend die van 'egonomie'. De consument wil persoonlijk benaderd worden en hij wil een op maat gesne-



den benadering. Dit is het tijdperk van de specialiteitenwinkel. Marketingstrategieën versplinteren tot steeds specifiekere doelgroepen. Onder zijn oudere collega's zal menige lezer van dit blad enkele MOBY's (Mommy Older, Baby Younger) en DOBY's (Daddy Older, Baby Younger) tellen, bij zijn jongere collega's zitten er vast wel wat PUPPIES (Poor Urban Professionals), terwijl zijn ouders mogelijk tot de WOOF's (Well-Off Older Folks) gerekend kunnen worden, hijzelf wellicht tot de SANDWICHERS (personen met een combinatie van zorgtaken voor hun kinderen en hun bejaarde ouders) behoort, en zijn kinderen vroeg of laat de rijen der SKIPPIES (School Kids with Income and Purchasing Power) gaan versterken.

Egonomie manifesteert zich op vele terreinen van het moderne leven. Onder de tijdschriften en andere massamedia, waar de zgn. *pinpoint*-specialisatie hoogtij viert (bladen en programma's voor pensioengerechtigden en postzegelverzamelaars, verhuizenden en vegetariërs, fanclubs en fitnessfreaks, amateurastrologen en aquariumbouwers, bugattieliefhebbers en bezitters van balkontuinen enz.). In de mode en de auto-industrie (maar ook de maatfiets, door Panasonic ontworpen voor elke consument afzonderlijk, is inmiddels een feit), de cosmeticabranche (men spreekt daar van *body-fit*), de amusementsindustrie, bij reisbureaus en grootwinkelbedrijven - overall stelt de markt zich in op het sterk toegenomen verlangen naar *personality-fit*. De zorgsector kent onderdehand een individueel zorgplan, zorg op maat, case management en multi-functionele eenheden.

Multiple opties, egonomie en fragmentatie zijn ook de trend op levensbeschouwelijk terrein. De hedendaagse religieuze scene

is pluriform. Aan een hemels baldakijn om op sombere dagen gezamenlijk onder te schuilen lijkt steeds minder behoefte te bestaan. De mensen steken zo nodig hun eigen paraplu op. En er zijn er velen die zelfs daarvan geen gebruik wensen te maken. Men kan een dergelijke ontwikkeling betreuren, maar het is de vraag of het anders kan. Vanuit het perspectief van de sociale wetenschapper draagt elke god de signatuur van zijn gelovigen.

SPROKKELEN

Onderzoek (met name kwalitatief) heeft tal van aanwijzingen opgeleverd voor het verwerpen van de aanname dat men-



foto : Marlies Bosch

sen altijd gebruik zouden maken van een gesystemiseerd, bereflecteerd en expliciet levensbeschouwelijk referentiekader. Een steeds groter deel van de bevolking geeft onmiskenbaar blijk van levensbeschouwelijk sprokkelgedrag, waarbij uit een breed scala aan inheemse en uitheemse tradities wordt geput. Aldus ontstaat een lappendeken van religieus, esoterisch of humanistisch gedachtengoed, aaneengeregen met de dunne draad van de eigen biografie. Met name de levensbeschouwelijke attitude van veel hedendaagse jongeren kent door een dermate grote dynamiek en eclecticisme, dat het resulterende geheel aan ideeën welhaast per dagdeel tot stand lijkt te worden gebracht.

Diversiteit ontstaat primair op individuele basis. Religieuze concepten van de overkoepelende, hiërarchische en dogmatische soort worden verlaten ten faveure van noties die verwijzen naar een gefragmenteerde, open structuur. Religie krijgt het karakter van een modulair systeem dat, al naargelang de situatie of levensfase, naar eigen inzicht en behoefte wordt samengesteld uit de culturele voorraad aan tradities, denkbeelden, morele regels, waarden, symbolen en praktijken. Veel aandrang om zich aan te sluiten bij organisaties of collectieve verbanden is er niet. Men zoekt het liever zelf uit. De gevestigde levensbeschouwelijke organisaties fungeren als de Gamma: om zo nu bij aan te kloppen voor de uiteenlopende levensbeschouwelijke materialen waarmee het eigen onderkomen in elkaar geknutseld wordt.

De grote kerken hebben hierop gereageerd door veel van hun pretenties op te geven. In christelijk Nederland heeft zich een ontwikkeling voltrokken die door sociologen wordt aangeduid als van volkskerk naar denominatie. In de hedendaagse samenleving behartigen andere instanties een breed scala van

functies die vroeger door kerkelijke organisaties werden vervuld: de dominee is vervangen door de therapeut, het parochiehuys door de kantine van de sportvereniging, toogdagen door popconcerten, etcetera.

Vanuit de geschetste stand van zaken is wel de veronderstelling geopperd dat velen, die de veilige beslotenheid van de kerkmuren achter zich hebben gelaten, op zoek zijn naar compensatie voor de oude vormen van geborgenheid. Zij zouden het rijkgeschakeerde levensbeschouwelijke aanbod afgrazen, speurend naar waarden en normen die op een eigentijdse manier richting kunnen geven aan hun leven. (Hetgeen overigens niet verward moet worden met a-religiositeit of een volstrekt profane instelling.)

De meeste Nederlanders bewegen zich tussen hemel en aarde. En daar bevindt zich zoals bekend meer dan men in zijn wijsheid zou vermoeden: mensen die het allemaal niet meer zo zeker weten, mensen die zich uitdrukkelijk niet meer tot een kerk wensen te rekenen maar wel degelijk actief zoeken naar een transcendente dimensie in hun leven, mensen die op sommige momenten iets van een goddelijke aanwezigheid menen te ervaren maar deze vervolgens weer uit het oog verliezen, enzovoort.

MAGIE

In dit perspectief valt ook de 'wederopstanding van de magie' en de populariteit van 'magische' therapeutische technieken te plaatsen.

Wat studies als die van de antropoloog Evans-Prichard hebben duidelijk gemaakt, is dat de interpretaties waarvan mensen met een magisch wereldbeeld zich bedienen, niet per se irrationeel zijn of gespeend van elk werkelijkheidsbesef. Zij komen vooral tegemoet aan de menselijke wens dat de wereld en hetgeen je overkomt op de één of



andere wijze een zin heeft. En dat de mens niet een willoze speelbal vormt van blinde krachten, maar ook daar waar rationele middelen tekort schieten een mogelijkheid heeft tot controle over de gebeurtenissen.

Het is al vaker opgemerkt: de meeste mensen zijn best bereid te erkennen dat de wijze waarop zij zin geven aan het leven zo haar beperkingen heeft, maar wat ze categorisch weigeren is te geloven dat het leven *geen enkele* zin heeft. Als de huidige Nederlanders sceptisch zijn, dan zijn zij dat niet alleen over de aanspraken van het conventionele christendom, zij zijn het evenzeer over die van het ongelof..

Veelal wordt over secularisering in zeer algemene termen gesproken. Dat is nogal naïef. Het betreft een proces (beter: een samenspel van onderling gerelateerde processen) dat lang niet overal dezelfde trekken vertoont en duidelijk verweven is met specifieke maatschappelijke en historische contexten. De ontkerkelijking bijvoorbeeld is een verschijnsel dat (in het westen) internationaal valt waar 'e nemen, maar zij manifesteert zich in de verschillende regio's op vaak sterk uiteenlopende wijze. Het Nederlandse patroon heeft een aantal typische kenmerken, die ten dele lange historische wortels hebben.

OPEN MARKT

Om te beginnen bestaat hier van oudsher een betrekkelijk 'open markt' voor nieuwe levensbeschouwelijke bewegingen. De vaderlandse geschiedenis wordt gekenmerkt door een naar verhouding grote religieuze pluriformiteit. In ons land is de wet nooit gedictieerd door een staatskerk. Door alle eeuwen heen is er een grote variëteit aan religieuze leerstelsels, opvattingen, liturgische modellen, en groepsstructuren geweest. Vanaf eind vorige eeuw kregen die hun beslag in de zogeheten verzuiling. Meer dan elders is hier het lidmaatschap van levensbeschouwelijke organisaties (zoals de kerken) een welbewuste persoonlijke keuze, op basis van vrijwilligheid.

Dat keuzekarakter van de religie, in potentie altijd al aanwezig, treedt onverhuld naar voren in de huidige, internationaal gezien zeer sterke, afname van het kerklidmaatschap en de kerkelijke participatie. Van oudsher zijn de Nederlanders een volk van kooplui en dominees genoemd. Lange tijd droegen zij de twee zielen van een pragmatische handelsgeest en een calvinistisch ascetisme onbehaaglijk in hun borst. Maar inmiddels is daarin grondig verandering

gekomen. Wat het percentage buitenkerkelijken betreft, is ons land nu al enige tijd recordhouder onder de Westerse landen. Onlangs is Nederland door het Vaticaan getypeerd als een 'missieland', rijp voor een herkersteningsoffensief..

BONIFATIUS

Maar het is slechts de halve waarheid. De Nederlanders die zich nog wél als lid van een kerk beschouwen, nemen (ook weer internationaal) een bijzondere positie in en opnieuw is dat vanwege de radicaliteit van hun keuze. De nieuwe Bonifatius zou onder de vaderlandse kerkleden vergelijkenderwijs zeer veel kerkse leden en actieve of kernleden aantreffen; het aandeel van de nominale (of papieren) leden is gering. En niet alleen gaan in dit land lidmaatschap en actieve participatie relatief vaak samen, ook lidmaatschap en christelijk geloof zijn naar verhouding sterk geassocieerd. Anders uitgedrukt: in Nederland bestaat er, scherper veel meer dan in andere landen, een polarisatie tussen het kerkelijke en het buitenkerkelijke deel van de bevolking.

De afbrokkeling van de kerken heeft overigens geen grote winst voor niet-religieuze levensbeschouwelijke organisaties opgeleverd. Slechts zo'n 1% van de totale bevolking en 5% van de buitenkerkelijken is verbonden met organisaties als het Humanistisch Verbond. De zogeheten 'oosterse religieuze bewegingen' of 'goeroe-bewegingen' leiden, althans getalsmatig, een marginaal bestaan - maar heel weinig Nederlanders zijn daarin actief..

En ook religieuze revivalbewegingen, zoals de Pinksterbeweging en de zgn. evangelische beweging, zijn er niet in geslaagd een keerpunt te bewerkstelligen in de teloorgang van de traditionele godsdienstigheid. De afgelopen decennia gaven zij een opmerkelijke groei te zien en tienduizenden jongeren nemen deel aan hun manifestaties, maar zij recrutereren voornamelijk in meer orthodoxe protestantse milieus en vrijwel nooit onder de buitenkerkelijken. Hun belangrijkste rol lijkt te bestaan in de handhaving van een jeugdige kern binnen de calvinistische kerken.

GESPENSTER

'Onze tijd is een tijd van religieuserval. De eens blijvende vitaliteit van het religieuze is teloorgegaan. De volksmassa is ofwel bijgelovig of lichtgelovig geworden ofwel religieus onverschillig. Men experimenteert met oosterse godsdiensten en meditatietechnieken'.

Een hartekreet uit een programma van de Evangelische Omroep? Een recente pauselijke uitspraak? De diagnose van een verontruste protagonist van het herstel van 'het maatschappelijk middenveld'? Nee - een citaat uit de annalen van Tacitus, eind eerste eeuw n.C.

Zorg om de afbrokkeling van de religieuze traditie is van alle tijden. De opvatting, dat de teloorgang van godsdienstige gebruiken een voorbode is van de ondergang van land en volk, is steeds weer verwoord. De val van het Romeinse rijk, de Franse revolutie, de Tweede Wereldoorlog: allemaal zijn ze beschouwd als een gevolg van secularisatie. Momenteel beleven we wat dat betreft weer een hoogconjunctuur. Daarbij worden veelal oude conservatieve sentimenten geactiveerd, die tamboeren op het rabiate egoïsme, de anomie en de vervreemding waaraan de huidige westerse mens ten prooi zou zijn gevallen: 'Wo keine Götter sind, walten Gespenster'. Of het zo'n vaart loopt, is zeer de vraag. Er is weinig verschil tussen de conventioneel kerkelijk godsdienstige en de overige Nederlanders, wat betreft de waardenoriëntaties waarnaar geleefd wordt en qua maatschappelijke betrokkenheid. Bovendien zijn de kernwaarden en centrale intermenselijke normen van onze cultuur dermate stringent en dwingend van karakter, dat het zeer waarschijnlijk is dat zij uiteenlopende sociale bronnen hebben, waarvan godsdienst er maar één is.

En verder geldt voor vele aspecten van het moderne leven die door de criticasters over de hekel worden gehaald (agressie, discriminatie, zelfzucht), dat deze bepaald niet pas in het huidige tijdsgewricht zijn ontstaan. De mooiste paradijzen zijn die welke verloren zijn gegaan, meende Marcel Proust. Maar niemand zal toch beweren dat agressie op straat van de jaren negentig dateert, dat discriminatie en achterstelling in de jaren tachtig begonnen, dat seksueel misbruik een aanvang nam in de jaren zeventig, dat armoede of verslaving vanaf de jaren vijftig bestaan. Wel hebben we er -via de moderne communicatiemiddelen die ons ter beschikking staan en juist vanwege de wijdverspreide gehechtheid aan humanitaire waarden- meer oog voor gekregen.

Joep de Hart is werkzaam bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. Daarvoor was hij ruim tien jaar verbonden aan de vakgroep cultuur- en godsdienstpsychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen.



GEREFORMEERDE ZORG

Lea Jabaaij

De geestelijke gezondheidszorg kent een heus gereformeerd zorgcircuit. Gereformeerde RIAGG's heten GL/AGG, beschermd wonen kan onder de koepel van een GL/BW en in Bosch en Duin staat het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis (GPZ) 'De fontein'. Zolang er geen specifieke gereformeerde psychiatrische ziektes bekend zijn, wat rechtvaardigt dan toch het bestaan van dit gereformeerde zorgcircuit? Wellicht is deze 'herzuiling' een aanklacht tegen de reguliere GGz.. Of gaat het slechts om het verschil tussen vloekdwang en poetsdwang?

TGP sprak met de psychiater P.A. Heij, medisch directeur van het GPZ en H. Hesta, werkzaam als psychiater op de PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) in het Sophiaziekenhuis te Zwolle. Zij zijn het op een aantal punten verrassenderwijs met elkaar eens maar ambiëren verschillende oplossingen.

Interview met drs. P.A. Heij

Signalement:

- leeftijd: 46 jaar
- religieuze achtergrond: gereformeerd vrijgemaakt
- werkervaring: elf jaar als psychiater bij een RIAGG, sinds 1989 werkzaam als psychiater op de kliniek en polikliniek bij het GPZ
- huidige functie: geneesheer-directeur GPZ

Kunt u zich voorstellen dat het bestaan van gereformeerde zorg, in een tijd waarin zuilen leeg lopen en verdwijnen, verbazing wekt?

In het verleden hebben levensbeschouwing en geneeskunde elkaar altijd beïnvloed. Dit geldt ook voor de psychiatrie. Tot in de jaren zestig secularisatie en regionalisatie hoogtij vierden. Een deel van de mensen zette het concept van de verzuiling in theorie en praktijk aan de kant, maar door een ander deel van de bevolking werd datzelfde idee gewoon voortgezet. Je ziet dat nog steeds terug in bijvoorbeeld het onderwijs en de dagbladen. Als gereformeerden willen wij volgens een bepaalde overtuiging in deze maatschappij leven. Het ontstaan van een gereformeerd zorgcircuit is een reactie op de huidige gang van zaken binnen de christelijke psychiatrische ziekenhuizen. Patiënten konden daar met hun christen-zijn terecht, tot deze APZ'en mee gingen in de stroom van regionalisering, het christelijke karakter opgaven en het hen niet meer lukte om personeel aan te trekken dat van de christelijke levensovertuiging uitging. Dit laatste werkte snel door in het klimaat en de sfeer op een afdeling, bijvoorbeeld bij gewoon-

tes als bijbellezen aan tafel, het woordgebruik en televisie kijken. In toenemende mate kregen patiënten te maken met zaken die zij vanuit hun gereformeerde achtergrond verkeerd achten en waarvan zij afstand van willen bewaren. Gelukkig heeft de overheid deze behoefte onderkend en daarmee het GPZ mogelijk gemaakt.

Is het niet inherent aan het leven dat je in aanraking komt met mensen die er een andere levensvisie op na houden dan je zelf doet? Juist in het contact met andersdenkenden kun je voor jezelf scherper formuleren wat je wilt, denkt en voelt.

Daar ben ik het mee eens. Je moet echter wel in aanmerking nemen dat mensen die een psychiatrische behandeling zoeken op dat moment veelal kwetsbaar zijn. Bovendien speelt mee dat psychiatrische problematiek en geloofsovertuiging een wisselwerking met elkaar hebben. Bij depressieve mensen komt men bijvoorbeeld nogal eens tegen dat men in zijn depressie beleeft dat de band met God verdwenen is. Als men dat niet kwijt kan, blijft er een reserve in de relatie tussen behandelaar en behandelde die het behandelproces afremt of

schaadt. Men wil over geloofsproblemen kunnen praten, men wil merken dat er ook voor dat aspect begrip is. Datgene wat patiënten in hun beleving en denken kenmerkt, moet in een behandeling tot zijn recht kunnen komen. Ik hoed me ervoor te spreken van gereformeerde psychiatrie. Er zijn geen behandelmethodes die specifiek gereformeerd zijn. Toch maakt het uit of je als hulpverlener en -ontvanger daadwerkelijk in dezelfde uitgangspunten gelooft, of dat de één er in gelooft en de ander er alleen maar welwillend over praat.

Bedoelt u dat u als behandelaar de patiënt moet kunnen volgen in zijn problematiek? Als iemand bij u komt met incest-ervaringen en u hebt dit zelf niet meegemaakt, wil dat toch niet zeggen dat u deze persoon niet goed kunt behandelen? Iets begrijpen, het proces kunnen bevatten is op dat moment voldoende. Er is toch geen sprake van een zelfhulpgroep?

Dat ben ik met u eens. Maar dan komen we misschien op de vraag wat het karakter van de hulpverlening is. Wat zijn de grenzen van het vak? Als gereformeerd psychiater werk je met een gereformeerde patiënt heel duidelijk vanuit een zelfde erkenning aan een zelfde taak en je erkent dat je daarin atbankelijk bent van Gods zegen. Hij zegent de medicijnen, de gesprekken. De patiënt bidt daarvoor maar ook de behandelaar. Dit van elkaar te weten is net een stukje meer dan wat een behandelaar en een patiënt gezamenlijk hebben die niet allebei die zelfde overtuiging als uitgangspunt hebben. Ik wil niet zeggen dat een behandeling door een niet-gereformeerd behandelaar niet gezegend wordt. God is daarin niet atbankelijk van mensen. Maar het gaat om wat er tussen jou als gereformeerd psychiater en de patiënt gebeurt. Het contact heeft een zekere meerwaarde in vergelijking met een relatie tussen een niet-gereformeerde behandelaar en patiënt.

Gaat het hier dan niet gewoon om het ontstaan van de noodzakelijke therapeutische relatie?

Dat is een belangrijk aspect, maar zeker niet het enige. We leggen er de nadruk op dat mensen zich veilig moeten voelen in hun behandeling. Door de eigen aard van de psychiatrie maken gereformeerden het zichzelf gemakkelijker door hulp te zoeken in een gereformeerde instelling waar minder drempels en barrières zijn om jezelf duidelijk te maken. Er zijn ook mensen die geloofsproblemen en psychische problemen ver-



warren. Wanneer je als behandelaar vanuit een zelfde geloofsovertuiging leeft, kun je dat gemakkelijker ontwarren en proberen uit te leggen, waardoor je die mensen sneller op het goede spoor krijgt..

Hoe ziet u dan de relatie tussen pastoraat en psychiatrische behandeling?

Mensen zijn primair religieus gekwalificeerde wezens. Of ze dat erkennen of niet. De pastor doet zijn werk vanuit een andere positie dan de psychiater.. De pastor moet doorgeven wat zijn Opdrachtgever hem door wil laten geven. Psychiatrische zorg moet waar nodig toegevoegd worden aan de in principe altijd aanwezige pastorale zorg. Als psychiater moet ik psychiatrische methodes hanteren in mijn diagnostiek en behandeling. Je moet erg oppassen om niet de grenzen van het vak te overschrijden. Als ik een patiënt tegenkom met psychotische verschijnselen dan ga ik medicijnen voorschrijven. Dan is het in veel gevallen over.. Psychotische patiënten diagnostiseer ik niet als bezeten. Bezetenheid is een bijbels begrip. De Bijbel is geen diagnostische handleiding. Daarom heb ik ook moeite met de term gereformeerde psychiatrie. De psychiatrie is een medisch specialisme dat voortgekomen is uit de weerbarstige werkelijkheid van elke dag en alle eeuwen. Het is de praktische feitelijkheid waarmee je te maken hebt en een vak dat je kunt beoefenen en waarmee je midden in het leven staat.. Er bestaat wel een gereformeerde psychiatrische hulpverlening. Dan heb ik het niet over de wetenschap, het vak als zodanig, maar over het bezig zijn van mensen met bepaalde hulpverlenende activiteiten. Die kun je wel op een christelijke

manier doen. Kenmerkend voor een christen is dat hij in heel zijn doen en laten, zijn optreden duidelijk maakt dat hij wil leven in de genade van Christus en dat betekent erkennen van eigen onmacht om jezelf te verlossen. De gereformeerde levensovertuiging is alles bepalend. Ook bepalend voor de vorm van psychiatrische hulp die iemand zoekt of nodig heeft.. Het is niet voor niets dat men ook in andere sectoren van de psychiatrie ziet dat er geëigende behandelkaders geschapen zijn. Een voorbeeld zijn de afdelingen voor anorexia-problematiek. Blijkbaar zijn er categorieën patiënten met problemen die in een geëigende setting beter opgepikt worden. Zo geldt dat ook voor gereformeerde mensen. Datgene wat hen in hun beleving en denken kenmerkt moet ook in een behandeling tot zijn recht komen.

'Ik hoed me ervoor te spreken van gereformeerde psychiatrie. Er zijn geen behandelmethodes die specifiek gereformeerd zijn.'

Nu gaan er twee dingen door elkaar heen gaan spelen. Anorexia is een diagnose, een ziektebeeld. Ik neem aan dat u niet wilt zeggen dat er een specifiek gereformeerd psychiatrisch ziektebeeld bestaat.

Ik gebruik dat meer illustratief om aan te geven dat het belangrijk is een behandelmilieu te creëren waarin het eigen van de mensen die je helpen wilt tot zijn recht kan komen. De aard van de problematiek van gereformeerde mensen is niet anders, maar de wijze waarop deze geuit wordt kan verschillen. Bij depressie, dwang, psychoses vertalen mensen dat vaak naar religieuze bijbelse thema's. Een dwangstoornis neemt bij mensen binnen onze doelgroep vaak de vorm aan van bijvoorbeeld vloekdwang. Hierdoor raken ze met zichzelf en met God in de knoop. Iemand die niet in de gereformeerde traditie is opgegroeid zou misschien geen vloekdwang maar een poetsdwang krijgen. Anderen zouden in hun grootheidswaan zeggen dat ze een bekende voetballer zijn. Gereformeerden denken dat ze een grote bijbelse profeet zijn.

Veel van onze depressieve patiënten zijn bang dat zij onvergeeflijk gezondigd hebben en dat er voor hen geen weg terug is. Op grond van onze trouwheid met de Bijbel kunnen wij zeggen: u maakt een denkfout.. Dat is extra, naast het geven van de benodigde medicijnen.

'Op grond van onze trouwheid met de Bijbel kunnen wij zeggen: u maakt een denkfout. Dat is extra, naast het geven van de benodigde medicijnen.'

In de maatschappij zijn er meerdere groeperingen die hun identiteit ontleenen aan het feit dat ze tot een bepaalde groep behoren: punkers, homo's, ex-communisten. In hoeverre zou dit aanleiding moeten zijn voor elke groepering om een eigen circuit van hulpverlening in het leven te roepen?

Ten eerste denk ik niet dat een geloofsgroepering identiek is aan een belangengroepering. Maar dat heeft te maken met je definitie van levensbeschouwing. Vervolgens wil ik een parallel trekken met de discussie over de kleine christelijke partijen in de Tweede Kamer.. Vanuit die partijen probeert men toch nadrukkelijk volksvertegenwoordiger te zijn en het belang van het gehele volk te dienen en niet alleen van de groep van reformatorische huize. Op die manier hoor je in de wereld te staan. Je moet verder kijken dan het groepsbelang. Ook mensen die geen lid zijn van een gereformeerde kerkelijke gemeenschap komen met hun hulpvraag bij ons. Wij proberen vanuit het gereformeerde hulpverleningscircuit ook onze bijdrage te leveren aan de bredere kring van vakbeoefenaars van onder andere psychiatrie en psychologie. Helaas komen we daar als GPZ nog maar matig aan toe. Wij hopen door een gunstig overheidsbeleid daar in de toekomst meer gelegenheid voor te krijgen.



Interview met H. Hesta

Signalement:

- leeftijd: 43 jaar
- religieuze achtergrond: Rooms Katholiek opgevoed, maar heeft zich tijdens zijn studententijd definitief afgewend van kerk en geloof
- werkervaring: als psychiater gewerkt in het verslavingscircuit in Den Haag en op de PAAZ in het Schieland ziekenhuis in Schiedam. Sinds 1985 werkzaam op de PAAZ in het Sophiaziekenhuis in Zwolle
- huidige functie: PAAZ-psychiater

Vindt u het bestaan van een gereformeerd GGZ-Circuit een waardevolle toevoeging aan de GGZ?

Nee, het is zelfs overbodig. De aanleiding voor een gereformeerd psychiatrisch zorgcircuit is gelegen in de ontevredenheid met de reguliere zorgverlening. Deze zou te weinig doen aan het religieuze aspect van het psychisch ziek zijn. Dat is op zich een legitieme klacht.. De situatie verandert echter niet door je af te splitsen en een circuit te creëren waar deze aandacht er wel is. Mijn voornaamste kritiek is dat je op deze manier geen enkele invloed hebt op de reguliere GGZ, noch op patiënt-noch op inhoudelijk niveau. Herhaaldelijk heb ik geprobeerd met hen om de tafel te gaan zitten bij overdracht van een patiënt.. Zonder succes. Er is nauwelijks overleg of inhoudelijke discussie met elkaar. In groter verband lost dit dus weinig op, het dient geen groter belang. Slechts een enkeling wordt door hen opgevangen.

Dan denkt u aan de grotere verbanden, niet aan individuen. Juist voor die enkeling kan het beter zijn om in het gereformeerde GGZ-circuit behandeld te worden.

Voor de enkeling kan het zijn dat het drempelverlagend werkt.. Maar als ik terugkijk naar patiënten die daar zijn behandeld en weer bij mij terecht komen, dan ontdek ik niet wat daar nou voor verrijkt heeft plaatsgevonden. Eerder is het omgekeerde waar: Het is een normerend gebeuren binnen het GPZ. Dat is in contrast met het gegeven dat psychiatrie een waarde- en normvrije behandeling moet bieden. Als psychiater moet je de ander niet aanreiken hoe deze moet doen en moet zijn. Mensen kiezen voor het gereformeerde GGZ-circuit vanuit de gedachtengang dat ze liever daar behandeld worden dan in de reguliere GGZ. De redenen hiervoor hebben in feite weinig met psychiatrie of levensbeschouwing te maken. Het zijn culturele redenen.

Kunnen cultuurverschillen juist wanneer iemand in een emotioneel labiele periode zit niet onoverbrugbaar blijken te zijn?

Gevoelens van acceptatie en veiligheid zijn afhankelijk van de wijze waarop hulpverleners met een cultuurverschil omgaan. Gaje daar respectvol mee om? Sta je eigenheid toe op je afdeling of stel je je veroordelend en negatief op? Als je vriendelijk bent en een warme omgeving aanbiedt waar ruimte is voor



individuele verschillen, dan denk ik dat je mensen met verschillende achtergronden prima samen kunt behandelen. Er moet ruimte zijn voor cultuurverschillen op de afdeling. De verschillen tussen mensen zijn soms groot: een punkmeisje, de vrouw van de burgemeester, een bouwvakker, de zakenman die lid is van de Rotary, iemand uit het asielzoekerscentrum. Als je nou ieder cultuurverschilletje wat je op de PAAZ ziet gaat weghalen, wat hou je dan over? In Nederland hebben we veel verschillende culturen. Je kunt niet voor elke cultuur een eigen circuit beginnen. Mits aan de voorwaarden van tolerantie en veiligheid is voldaan, is het verrijkend om in een andersdenkende omgeving terecht te komen. Vanuit een psy-

chiatrisch standpunt is het gezonder om te kijken naar de contrasten en toch te kunnen zeggen, dit denk ik, dit blijf ik doen, dit geloof ik, dan om hiervoor weg te lopen. Iedereen die voor de eerste keer op de PAAZ komt, krijgt te maken met een wereld die die niet kent..

U gaat er vanuit dat het met name om cultuurverschillen gaat. Maar het is natuurlijk meer. Psychiatrische problemen van mensen kunnen zo verweven zijn met geloof dat dit voor een buitenstaander nauwelijks te ontwarren is.

Psychiatrie gaat over ziektes bij mensen en niet over cultuurziektes of sociale ziektes of geloofsziektes. Dat staat voorop. De uiting van bijvoorbeeld een depressie kan in verschillende culturen nog wel eens anders zijn, maar uiteindelijk gaat het toch om die depressie. Als een depressie waanachtige trekken vertoont, zoals bij mensen die geloven dat ze extreem gezondigd hebben, dan behandel je dat met biologisch psychiatrische interventies. Daar is iedereen het over eens. In het gereformeerde circuit behandelt men deze, net als in de reguliere GGZ, met antidepressiva, lithium en psychotherapie.

Iets anders is de bejegening. Bij de bejegening hou je rekening met de aard, de cultuur, de gewoontes van mensen. Maar je moet de bejegening niet verwarren met de behandeling. Het gaat niet om een andere categorie van patiënten. Gereformeerden hebben dezelfde ziekten, hooguit is de presentatie van de klachten soms verschillend. De inhoud van de waan is specifiek. Als de patiënt niet gereformeerd geweest was, had hij misschien een armoedewaan gehad. Er is geen specifiek gereformeerd psychiatrisch syndroom. En dus geen legitimatie voor een eigen behandelcircuit.

Een eigen behandelcentrum is wel zin-nig voor categorieën van patiënten met specifieke ziektebeelden die een op de ziekte toegespitste behandeling nodig hebben. Voorbeelden zijn verslaafden of schizofrenen.

Hoe je dan met de verwevenheid van geloof en psychiatrische problematiek om moet gaan? Het is belangrijk een pastoraal werker, iemand die ook vragen van existentiële aard aan de orde stelt, in het team te hebben. Deze moet zich verdiepen in pastorale psychotherapie en zich als een volwaardig teamlid opstellen. De aanwezigheid van een pastor is stimulerend voor het team. Er zijn helaas steeds minder PAAZ' en die dat hebben.



DE TEGENVERZEKERING

Albert Schoenmaker .

Degenen die in de reguliere GGZ werken hebben vaak weinig oog voor levensbeschouwelijke invloeden op de psychiatrisch problematiek omdat zij zelf die levensbeschouwing niet meer hebben of kennen. Als je zelf weinig bezig bent met geloofsvragen, kun je dan communiceren met mensen voor wie dit een allesbepalende rol speelt in het leven?

Hoewel ik niet denk dat er vroeger veel nagedacht werd over de invloed van geloven op de psyche, behoorde iedereen bij een kerk.. Dat veranderde een tiental jaren geleden: weg met geloven en met kerk en met God. Het is echter een misvatting te stellen dat je gelooft, of niet gelooft.. Zo zwart/wit, is het niet.. Dat is bijna hetzelfde als zeggen: ik voel of ik voel niet.. Er is eind vorige eeuw sprake geweest van affect-isolatie, met hysterie als mooi voorbeeld. Ik signaleer nu geloofsisolatie: verdringing van je religieuze gevoel.. Dit is wat wij op dit moment doen in westerse landen.

Ik denk dat elke behandelaar moet nadenken over existentiële vragen. Waar geloof ik zelf in? Is er leven na de dood? Wat is goed, wat is kwaad, hoe komen we aan normen, waar zitten normen, waarom geloof je iets, waarom niet? Als je daar nooit mee bezig bent, dan ben je een minder goed behandelaar. Dan moet je nog een beetje verder rijpen. Ik vind ook dat geloofsaspecten te weinig gezien worden als essentieel in de bepaling van psychisch welbevinden. Men heeft het in dit verband wel over het geweten of het ik, idealen of drijfveren, maar de religieuze beleving krijgt geen aandacht..

Ligt hier dan toch een taak voor de collega's werkzaam in het gereformeerde circuit?

Existentiële problematiek is niet meer aan de orde in de psychiatrie. Het is meer en meer biologische psychiatrie wat de klok slaat.. Ik ben het met de voorstanders van het gereformeerde circuit eens dat er meer oog moet zijn voor geloofsaspecten. Ik sta echter niet achter de wijze waarop zij deze lacune trachten op te vullen. Toen het GPZ een aantal jaren geleden haar deuren opende, was mijn hoop dat zij ons een impuls zouden geven. Maar er is slechts een gereformeerde impuls en dat is jammer.. Het lijkt nu alsof men veel meer een cultuur bewaakt dan dat men bijdraagt aan het verbeteren van iets van wat inderdaad ontbreekt.. Het gereformeerde GGZ-circuit is in die zin tot nu toe nog geen verrijking gebleken.

Sinds begin dit jaar is Nederland verrijkt met een orthodox-christelijk ziekenfonds: Op weg naar Pro Life. Tegen abortus en euthanasie, 'Om de onvoorwaardelijke bescherming van het menselijk leven te bevorderen'. Waarom is Op weg naar Pro Life door de Ziekenfondsraad toegelaten? Wat heeft de toelating voor gevolgen?

'De gezondheidszorg in Nederland is ziek. Velen hanteren andere waarden en normen dan vroeger het geval was. Abortus provocatus is binnen - door de wetgever bepaalde - grenzen toegestaan. Euthanasie wordt langzamerhand aanvaard. Experimenten en onderzoeken naar genen en hun erfelijke eigenschappen zijn normaal.. Een zorgelijke ontwikkeling.'

Zo begint de informatiebrochure van particuliere ziektekostenverzekeraar Pro Life. Stichting Pro Life, een initiatief van de Nederlandse Patiëntenvereniging, is opgericht om een 'schone verzekering' te creëren. Dat wil zeggen, een verzekering waarin tegenstanders van zaken als abortus en euthanasie er 'zeker' van zijn dat hun premie niet gebruikt wordt voor dergelijke behandelingen. De stichting omschrijft het zelf het mooist: 'De stichting heeft ten doel om - uitgaande van de beschermwaardigheid van het leven van de mens op grond van de door Gods Woord geboden zorg voor dat leven - de onvoorwaardelijke bescherming van het menselijk leven te bevorderen.'

Stichting Pro Life wilde behalve de particuliere verzekering (intussen 10.000 verzekerden) ook graag een ziekenfonds in het leven roepen. In 1988 lukte dat niet.. Dat had simpele redenen. Ziekenfondsen hadden wettelijk nog een regionaal werkgebied en hoe moest Pro Life daarin functioneren? Bovendien wilde Pro Life expliciet niet het volledige ziekenfondspakket honoreren. In juni vorig jaar vond echter een nieuwe hoorzitting voor de Ziekenfondsraad plaats. Pro Life had een nieuwe poging gewaagd om toegelaten te worden als ziekenfonds onder de naam *Op weg naar Pro Life*. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zouden een goede reden kunnen zijn om het nog eens

te proberen. Sinds 1991 zijn landelijk werkende ziekenfondsen toegelaten en zorgverzekeraars gaan en mogen zich steeds marktgerichter gaan gedragen. Maar wat bleef staan was de vraag hoe *Op weg naar Pro Life* de wettelijke uitvoering van de ziekenfondswet en de AWBZ (verzekering van alle aanspraken inclusief abortus of euthanasie) nu precies in zou vullen. In de hoorzitting kwam daarop een verrassend antwoord. De vertegenwoordigers van *Op weg naar Pro Life* ontptopten zich als koopman en dominee.

DE DOMINEE

De eerste verrassing was dat *Op weg naar Pro Life* zich voluit bereid verklaarde om alle verstrekkings in het kader van de ziekenfondswet (of AWBZ) onverkort uit te voeren, ook abortus bijvoorbeeld of ivf. Dat is op het eerste gezicht pikant..

Nu is dit eigenlijk logisch: zonder zo'n verklaring (binnenskamers) was het wederom een eenvoudige zaak geweest om het fonds niet toe te laten. Een ziekenfonds dat de ziekenfondswet niet geheel wil uitvoeren, diskwalificeert zichzelf onmiddellijk.. Maar het roept wel de vraag op waarom er dan zo'n Pro Life-ziekenfonds moet zijn.

Bovendien mag je je afvragen hoe de werkelijkheid straks in elkaar zit. Krijgt een verzekerde moeilijkheden als zij abortus declareert? Wat gebeurt er als je een twintigjarige meeverzekerde bent, op kamers en met een heel ander leven dan je ouders, en plotseling ongewenst zwanger? Hoe zit het wanneer je als werknemer ineens via een collectief contract bij Pro Life verzekerd bent? Dat laatste is niet zo ondenkbaar: tijdens de hoorzitting sprak de vertegenwoordiger van Pro Life over een behoefte aan collectieve activiteiten. Het



nieuwe ziekenfonds beweerde voor de ziekenfondsraad alle zorg te zullen leveren die zij vanuit wettelijk oogpunt moet leveren, maar heeft één achterdeur: statutair gezien is er de ruimte om een verzekerde te royeren. Op zich is dat niet bijzonder, iedere zorgverzekeraar heeft een dergelijke optie in haar statuten.

Op weg naar Pro Life wil een 'schoon' ziekenfonds zijn. De grens tussen schoon en niet schoon is niet te duidelijk. Wat wil Pro Life allemaal wel en niet verzekeren? Waar liggen de grenzen? IVF?, sterilisatie?, prenataal onderzoek?, een baarmoeder-echo?, anti-conceptie?

En wat heeft Pro Life de orthodox-christelijke verzekerde meer te bieden? Verzekert het uitgebreide hospice zorg, meer dan standaard zorg voor de terminale thuiszorg? Verzekert het extra voorzieningen voor tiener-moeders? Kunnen Pro Life verzekerden rekenen op voorrang op de wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptenzorg? Zijn kinderen tegen grotere korting meeverzekerd? De hoorzitting bracht wat dit laatste betreft, weinig helderheid. 'De invulling van het alternatieve pakket is afhankelijk van de vraag', aldus een van de woordvoerders van Pro Life. Even later denkt men aan 'aanvullende voorzieningen, vooral in de thuiszorg'.

De Ziekenfondsraadscommissie die de hoorzitting organiseerde signaleerde in een nabespreking de discrepantie tussen wat *Op weg naar Pro Life* binnenskamers verkondigt en de manier waarop zij zich naar het publiek profileert. Dat was voor de raad op zich zelf geen reden tot een negatief advies. De statuten van het ziekenfonds wijken in wezen niet af van die van de andere fondsen.

DE KOOPMAN

Na de verrassing dat *Op weg naar Pro Life* een doodgewoon ziekenfonds zal zijn, vroeg de commissie zich af wat dan eigenlijk de bestaansredenen van *Op weg naar Pro Life* was. Het onderscheidt zich immers in niets van de bestaande zorgverzekeraars. Het antwoord: een specifieke doelgroep tevreden maken. Men ziet een kansrijke markt voor dit fonds. Wordvoerders schetsen de grootte van de doelgroep (300.000 verzekerden), en de noodzaak om op een specifieke manier met deze klanten te communiceren. Een ziekenfonds speciaal voor de orthodox-christelijke bevolkingsgroep is blijkens de uitlatingen op de hoorzitting een ga-

pend gat in de markt..

Op weg naar Pro Life heeft een harte-lijke relatie opgebouwd met de Utrechtse zorgverzekeraar ANOV A. ANOV A zorgt voor de administratie en staat ook garant. Dat wil zeggen: als *Op weg naar Pro Life* ziekenfonds failliet is, ligt de schuldenlast bij ANOV A. Waarom neemt ANOVA zomaar zo'n risico? Op de hoorzitting bleek waarom: ANOVA ziet Pro Life als een prachtig vehikel om zich indirect te profileren richting de orthodox-christelijke verzekerden in het eigen traditionele werkgebied (het noordwestelijke deel van de Veluwe). Om de relatie te bestendigen heeft de voorzitter van de raad van bestuur van ANOV A plaatsgenomen in het bestuur van *Op weg naar Pro Life*. De conclusie is dat de o zo Nederlandse koopman-dominee weer eens is opgestaan. Er wordt een ziekenfonds gecreëerd met een boodschap, en niet te vergeten met een winstkans. En *Op weg naar Pro Life* leek zich zelfs meer koopman dan dominee te voelen.

Totdat de laatste vraag aan de Pro Life delegatie gesteld wordt. Een lid van de commissie vraagt of hij mag concluderen dat *Op weg naar Pro Life* aan de verplichtingen van de wet zal voldoen. Maar dat het op te richten ziekenfonds daarnaast hoopt dat in de toekomst de vrijheid dermate groot zal worden dat geheel tegemoet zal kunnen worden gekomen aan de doelgroep. Op deze vraag volgt het kortste en meest onduidelzinnige antwoord, dat op de hoorzitting gegeven wordt: 'dat is juist'. Het voorvoegsel 'op weg naar' is niet zomaar gekozen: het is een opdracht. Kennelijk gaat men er vanuit, dat de bevoegdheden en vrijheden van zorgverzekeraars in de toekomst zich zullen uitbreiden naar (meer invloed op en differentiatie van) de inhoud van het verzekerde pakket. *Op weg naar Pro Life* speculeert daar expliciet op en hoopt ooit haar verzekerde pakket naar eigen inzicht te 'schoon' te kunnen maken. Dat is geen ontwikkeling om over te juichen, en dat zag de ziekenfondsraad ook. Men zag echter formeel geen redenen om het ziekenfonds niet toe te laten.

NIEUW MERK

De precedentwerking die van de toelating uitgaat kan nog verrassende resultaten opleveren. Met *Op weg naar Pro Life* is gebleken dat het niet moeilijk is om een ziekenfonds op te richten. Als een gevestigd ziekenfonds er een markt

in ziet, creëert ze een eigen, nieuw 'merk'. Het is interessant of deze formule straks door meer verzekeraars herkend en toegepast wordt, want uiteindelijk wordt het nu mogelijk om een dochterfonds op te richten met een specifieke markt benadering. Wanneer alle zorgverzekeraars elkaar echt zullen gaan (een kwestie van tijd), wordt dit dan de manier om groepen verzekerden te binden? Er zijn mogelijkheden genoeg: een islamitisch ziekenfonds om nog even het levensbeschouwelijke in gedachten te houden, maar bijvoorbeeld ook een fonds speciaal gericht op sporters? Of jongeren - richt Veronica, samen met Zilveren Kruis een *Je-bent-jong-en-je-wilt-gezond-zijn-ziekenfonds* op?

Nederland heeft een christelijke zorgverzekeraar die niets moet hebben van abortus of euthanasie. In werkelijkheid zal ze net als ieder ander fonds gewoon het hele ziekenfondspakket moeten vergoeden en AWBZ-declaraties moeten versluizen. Daar heeft het fonds zich ook ruimhartig toe bereid verklaard. Tegelijkertijd is de weg vrijgemaakt voor andere themaziekenfondsen, speciaal gericht op het bedienen van een bepaalde markt. Een dominee en een koopman kunnen nog heel wat kinderen op wereld helpen zetten.

Albert Schoenmaker is redacteur TGP



VROEDVROUW MET VISIE

Annemiek Cuppen

Zij had een vroedvrouwenpraktijk aan de Breedstraat in Utrecht. Onlangs hield ze ermee op, uit levensovertuiging.

'Ik heb zo mijn eigen opvattingen over leven en gezondheid. Niet dat die zo bijzonder zijn, maar ik merkte dat ik in mijn werk toenemend in conflict kwam met wat ik voelde dat goed was, met waar ik ook verantwoordelijkheid voor wilde nemen.'

Zij wil niet meedoen, niet screenen op afwijkingen, niet selecteren.

Als vroedvrouw heb ik begin jaren 70 in Engeland gewerkt, in de jaren dat zwangerschap en bevalling volledig gehospitaliseerd werden. Ik zag waartoe volledige hospitalisatie van de bevalling kon leiden: vrouwen die hun kind kregen in een roes van verdoving, verleid door pijnstillers van goedbedoelende vroedvrouwen en gynaecologen. Vrouwen die zichzelf door de medicijnnevel niet meer in de hand hadden en schreeuwden en krijsten. Ik schaamde me diep als ik dit meemaakte. De vrouwen, die toen moeders werden, keken met een gevoel van schaamte op die ervaring terug en wilden die het liefst zo snel mogelijk vergeten. Alles in me schreeuwde dat het vrouw-onwaardig was om op die manier een kind ter wereld te brengen. Ik was deel van een systeem dat vrouwen het vermogen had afgenomen om met trots en zelfrespect kinderen te baren.

PLEZIER

Pas in Nederland leerde ik hoe het ook kon, hoe het anders kon. Samen met Aleid Beks zette ik een vroedvrouwenpraktijk op in het hartje van Utrecht met de bedoeling de thuisbevalling te stimuleren. Die praktijk werd een succes, en we werkten met veel plezier, volgden vrouwen op de manier waarop zij wilden bevallen, hielpen mee schommelstoelen het ziekenhuis in te dragen, en begeleidden vooral bevallingen thuis: liggend, staand, op de hurken, op de baarkruk, op handen en voeten, knielend, in bad, in de keuken, voor de open haard, in de slaapkamer en onder het bureau. Vrouwen bleken enorm creatief, partners en vriendinnen onuitputtelijk, en samen waren ze sterk, konden ze putten uit bronnen die ze vaak nog niet eerder aangeboord hadden. Vrouwen werden niet alleen moeder, maar ook meer vrouw, ze kwamen vaak uit die ervaring met een intens ge-

voel van trots, van kracht en zelfvertrouwen. Ook hun relatie kreeg er vaak een enorme impuls door. Een veel gehoorde opmerking was: 'Als we dit samen kunnen, dan kunnen we samen heel wat meer aan'.

Wanneer een navelstrengschaar het enige stukje instrumentarium was dat je nodig had gehad, dan was dat leuk, maar dat was het belangrijkste niet. Het ging erom dat vrouwen de kans kregen om te doen waar zij toe in staat waren, meestal tot en met de geboorte van het kind, soms ook tot vlak daarvoor. Dan werd er in het ziekenhuis om assistentie gevraagd. Tekenend is het verhaal van een vrouw met een traumatische seksuele achtergrond. Zij was bang geweest dat zij niet in staat zou zijn om vaginaal voldoende ruimte te maken om haar kind geboren te laten worden. Wat was zij trots toen bleek, dat zij niet alleen in staat was geweest haar kind te baren, maar dat zij voldoende ruimte had kunnen maken voor zowel het kind als voor de forceps die nodig was geweest. De tweede keer beviel zij probleemloos en thuis.

HET APPARAAT

Door de jaren heen kwam er heel subtiel een verandering. Met de komst van de echografie was het niet de vrouw zelf die je kon vertellen hoe het met het kind in haar buik was, maar kreeg ze het gevoel dat er iets was wat het beter wist dan zijzelf, ze werd afhankelijk van wat anderen haar uitlegden over de technologie die ingezet werd. Men keek niet meer naar haar buik, maar naar een apparaat. De informatie die uit het apparaat kwam werd belangrijker dan de informatie die de vrouw zelf gaf. Zo vertelde een echografiste aan een vrouw, dat zij rond een bepaalde tijd zwanger moest zijn geworden. 'Dat kan niet,' zei de vrouw, 'want toen was mijn man op zomerkamp'. 'Ja, dat spijt

me', zei de echografiste ...

We merkten dat we steeds meer tijd moesten investeren in het terugverwijzen naar eigen ervaringen, eigen mening, eigen gevoelens, alsof die minder serieus genomen werden. En hoewel de echografie accuratesse suggereerde door het hoofdje van het kind op te meten in centimeters en millimeters, voorkwam dat niet dat ook de echografie er met de schatting van het gewicht van het kind soms een kiloetje naast kon zitten.

Er kwamen ook steeds meer schijnbaar gezonde vrouwen, bij wie op de echo of via een ander onderzoek toch een probleem geconstateerd werd, en die om die reden richting tweedelijns verhuisden. Het aantal gezonde vrouwen werd minder, of leek dat alleen maar zo? Feit was dat het aantal testen om ziekte of afwijking (of de kans daarop) vast te stellen, in snel tempo toenam. De groep die overbleef, was niet langer gezond, maar 'nog niet ziek' of 'low-risk'.

Ook de nog ongebornen kinderen werden in toenemende mate 'gewogen'. Was dat eerst nog slechts bij een kleine groep vrouwen (van 38 jaar en ouder), door het verlagen van de leeftijd waarop vrouwen in aanmerking kwamen voor prenataal onderzoek (36 jaar) en de steeds latere leeftijd waarop vrouwen hun kinderen begonnen te krijgen, werd de groep die op de hoogte gesteld moest worden van de mogelijkheden van prenataal onderzoek steeds groter. Steeds vaker werden we geconfronteerd met de onmacht van vrouwen om een beslissing te nemen. Zo was een vruchtwaterpunctie uit den boze, omdat de uitslag veel te laat in de zwangerschap pas bekend werd, want hoe kun je nu een kind dat al helemaal compleet is, dat vrolijk ligt te trappelen in je buik, dat al niet meer op een hand past, hoe kun je daar nu afstand van doen? Maar de uitslag was wel heel betrouwbaar...

Een vlokentest had een hoger abortusrisico, en bovendien het risico dat de uitslag vaker niet betrouwbaar was, waardoor soms alsnog een vruchtwaterpunctie gedaan moest worden. Het totaalrisico op verlies van het kind werd zo veel groter dan het risico op de afwijking waarop onderzocht werd.

ONMENSELIJKE KEUZEN

Vrouwen werden gerustgesteld met termen als 'abortus' (alsof het om een klein vruchtje ging) en 'zwangerschaps-onderbreking', alsof je daarna vrolijk doorgaat zwanger te zijn. Vrouwen werden heen en weer geslingerd tussen



verstand en gevoel, merkten dat het veel moeilijker was om te beslissen dan ze gedacht hadden toen ze nog niet zwanger waren. Er waren vrouwen die blij waren met de nieuwe mogelijkheden, er waren andere vrouwen die volkomen wanhopig werden van het niet kunnen kiezen: 'dit zijn onmenselijke keuzen', 'ik raad al mijn vriendinnen aan om voor hun 36e jaar zwanger te zijn, dit is niet te doen', 'mijn man zegt dat ik de beslissing maar moet nemen, maar ik vind die verantwoordelijkheid gewoon te groot, want als ik besluit om geen onderzoek te doen en er wordt een gehandicapt kind geboren, dan is ook zijn leven verknoeid', 'als ik hier óóit uit kom, dan komt er geen kind meer, dat weet ik zeker, hier wil ik niet nog een keer doorheen'. Op lezingen werd de keuzevrijheid van vrouwen genoemd, in de praktijk werd tegen vrouwen gezegd, dat niet willen weten je kop in het zand steken is.

Een nieuwe test diende zich aan: de bloedtest. Door middel van een klein beetje bloed van de moeder kon bepaald worden of een vrouw een verhoogd risico had op een kindje met het Syndroom van Down. Simpel onderzoek, geen risico's dus waarom zou je weigeren. Daarmee kon de selectie d.m.v. leeftijd komen te vervallen en konden alle vrouwen onderzocht worden of ze een verhoogd risico hadden. Geen discriminatie meer naar leeftijd, maar gelijkheid voor alle vrouwen. Alle vrouwen keuzevrijheid.

Voor mij was dit cruciaal. Ik heb meteen gezegd: 'Als die test wordt ingevoerd in de eerstelijns, dan hang ik mijn pet aan de kapstok!' Voor mij betekende de invoering een totale ommekeer van het wezen van het verloskundig systeem in Nederland, en wel om twee redenen. Ten eerste is het uitgangspunt van de eerstelijns gezondheid: een vrouw is gezond, tenzij er aanwijzingen zijn die op ziekte wijzen; een kind is gezond tenzij er aanwijzingen zijn dat er sprake is van een afwijking.

Ten tweede: voor het eerst in de geschiedenis van de (eerstelijns) verloskunde worden ongeboren kinderen systematisch gescreend op afwijkingen. Selectie vindt plaats, welke kinderen zijn goed, welke niet. Moeder zijn betekent niet langer ook moeder worden. Er ontstaat een soort voorwaardelijk moederschap.

EIGEN KRACHT

De essentie van de vroedvrouwenzorg heeft altijd gezeten in het aanspreken van een vrouw op haar eigen kracht,

haar eigen mogelijkheden. Nu zouden we, in plaats van samen met de vrouw en haar partner blij te zijn over deze zwangerschap, de kans op afwijkingen van het kindje ter sprake moeten brengen, in dit geval de kans op een kindje met het Syndroom van Down. Door het aanbieden van een test waarmee een mongooltje opgespoord kan worden, impliceer ik dat dat een kindje is waarvan je de geboorte toch maar beter kunt voorkomen. Ik bied een test aan, die een risico-screening is: een negatieve test -dus geen verhoogd risico op een mongooltje- betekent niet, dat er niet alsnog een mongooltje geboren kan worden. (Let op: voor vrouwen zijn negatieve uitslagen van medische testen altijd positief, en omgedraaid, met uitzondering (vaak) van de zwangerschapstest).

Ik ervoer dat als een ondermijning van het moederschap, dit inspelen op de gevoelens van iedere vrouw die moeder wordt, iedere man die vader wordt. 'als het maar gezond is'. Het raakt vrouwen op hun zwakste punt.

Het aantal gezonde vrouwen werd minder, of leek dat alleen maar zo?

Waar stond ik nu als vroedvrouw? Wie was ik om zo'n test aan te bieden? Ik had er persoonlijk moeite mee dat het hier om mongooltjes ging en niet om een ziekte waar veel pijn en lijden mee gemoeid was, zonder hiermee overigens de enorme investering voor ouders te willen onderschatten. Als het niet om het voorkomen van lijden van het kind ging, waar ging het dan wel om? Als het om voorkomen van lijden bij de ouders ging, zou ik dan ook verplicht zijn om eventuele toekomstige testen (waarmee bv. blindheid, doofheid, een hazelip opgespoord kunnen worden) aan te bieden? Wat voor een keuze-mogelijkheden heb ik als vroedvrouw? Hoe zit het met mijn keuze-vrijheid? Maar ook: Wie ben ik om de keuzemogelijkheden van aanstaande ouders in de weg te staan?

Ik vind niet dat een vrouw haar kop in het zand steekt als ze geen prenataal onderzoek wil laten doen. Voor mij is dat het impliciete accepteren van een kind, ook als dat een afwijking heeft, tegenover een expliciete afwijzing bij

bepaalde afwijkingen.

Ik kan niet overzien wat het aanbieden van de test voor consequenties heeft voor mensen met het Syndroom van Down die er al zijn, en voor kinderen die nog geboren worden.

Ik kan niet inschatten wat er gebeurt in de relatie van een vrouw met haar kind, wanneer dat een mongooltje blijkt te zijn dat gemist is door de screening die ze bewust gewild heeft.

Ik kan niet...

En toen vond ik het tijd om me terug te trekken. Ik wil me herbezinnen op mijn vak als vroedvrouw. Ik wil erover nadenken hoe je vroedvrouw kunt zijn in deze tijd en tevens trouw aan jezelf. Ik wil erover nadenken hoe ik vóór iets kan vechten, in plaats van tegen iets.

Tijdens het publiek debat Voorspellend Genetisch Onderzoek ontmoette ik een jonge vrouw, die spina bifida (open rug) had, en in een rolstoel zat. Ze zei: 'Ik heb wel een handicap, maar ik lijd niet. Maar als ik hoor hoe hier over mensen met een handicap gepraat wordt, dan lijd ik, dan pas lijd ik'.

En een andere jonge vrouw die zowel blind als gedeeltelijk verlamd was: 'Hoe komt het, dat wij, als mensen met een handicap, voortdurend moeten uitrusten dat ons leven de moeite waard is om geleefd te worden. Waarom moeten wij steeds maar laten zien dat we gelukkig zijn, ook mét een handicap? Heeft een gehandicapte nog bestaansrecht in de toekomst?'

Ter gelegenheid van mijn afscheid organiseerden mijn collega's een prachtig afscheidsfeest. Eén van de gasten was Erik. Ik was bij zijn geboorte geweest, zo'n 9 jaar geleden. Hij had een prachtig cadeau voor me, 'zelfgemaakt'. Vertelde hij trots, toen hij me het pakje overhandigde. Ik pakte het uit en was helemaal stil. Hij had - op het deksel van een schoenendoos - een schilderij gemaakt, een schilderij van de afdruk van zijn handjes: één compleet, één handje met kleine stompjes in plaats van vingertjes. Erik straalde. Zijn moeder en ik stonden te janken. Hij was er met zijn broertje, die was nogal verlegen. Erik niet, die stapt overal op af, en als Erik bij hem is, dan durft Roy ook wel. Wie zijn wij, om te zeggen dat Erik geen kwaliteit van leven heeft? Hij heeft een extra chromosoom; hij heeft een syndroom, dat van Down.

Annemiek Cuppen is vroedvrouw.



SURROGAAT OF SUBSTITUUT

Frank van Helmond

Heel ons huidige gezondheidszorgstelsel is ontstaan uit religieuze instituten en op basis van religieuze motieven. Kan eigentijdse zorg een vergelijkbare betekenis hebben voor de kwaliteit en de zin van het leven, als de religie in haar traditionele vormen heeft gehad en voor velen nog heeft? Op zo'n moeilijke vraag past niet zozeer een antwoord, alswel een benadering. Ingeleid door enkele omtrekkende bewegingen.

Ten eerste is hier uiteraard het verschijnsel secularisatie van belang. In de moderne samenleving verdwijnen verschillende aspecten of dimensies van de religie: de numerieke aanhang van de religieuze organisaties, de maatschappelijke invloed, de rijkdom en het aanzien van de religieuze organisaties, de inhoud aan geloof en waarden.

Beide eerst genoemde dimensies zijn niet noodzakelijk de expressie van wat inhoudelijk wordt geloofd of aan idealen wordt nagestreefd. Kerkbezoek is niet congruent met geloof..

Ook hebben we waarschijnlijk overdreven voorstellingen van de 'echte' geloofigheid in vroeger tijden (bijvoorbeeld de Middeleeuwen). Maar vast staat dat de meeste moderne mensen niet of nauwelijks nog geloven in de traditionele voorstellingen van het hogere.

BEHOEFTE

De vraag is of mét de religie haar culturele en maatschappelijke functies, de corresponderende behoeften in de maatschappij zijn weggevallen:

- de behoefte aan een ideaal, een duidelijke bestaanszin, die het leven (vooral in moeilijke omstandigheden) draagt en perspectief geeft;
- de behoefte aan een zekerheid en houvast biedende morele orde;
- de behoefte aan zichtbare en tastbare sociale samenhang, geborgenheid, solidariteit..

De modernisering (verwetenschappelijking, vertechnering, economisering) van de maatschappij gaat gepaard met devaluatie van de religie, althans van de religieuze instituties, de 'zuilen'. Toch blijft ook in de moderne samenleving 'het religieuze' een belangrijke factor.. Dat blijkt beslist niet alleen uit het reueil van enthousiaste en fundamentalistische bewegingen vanuit de traditionele godsdiensten. Minstens zo belangrijke aanwijzingen zijn de al dan niet kerkelijk georganiseerde ceremonies van allerlei aard die de cruciale mo-

menten in het leven en bij de dood markeren, de gedenkdagen, rituelen en symbolen die de grondslagen van de maatschappij en de geldende waarden bevestigen of 'nieuwe' idealen tot uitdrukking brengen: vrijheid en vrede (4-5 mei), de waardigheid van de menselijke arbeid (1 mei), nationale soevereiniteit dan wel internationale samenwerking, universele mensenrechten, strijd voor etnische, culturele, sexuele en sociaal-economische gelijkwaardigheid.

MEDICALISERING

Gezondheid, ziekte, geneeskunst en religie behoren van oorsprong tot het zelfde domein. De vormen en handelingen, de bedienaars en het imago van de geneeskunst zijn van oorsprong religieus en de religie brengt van oorsprong genezing (heling, 'heil') in brede en fundamentele zin. De term 'therapie' heeft vanouds een meervoudige betekenis: van goden-dienst, via mensen-dienst - in de zin van algemene familie-zorg - tot zorg bij ziekte. Heel ons huidige gezondheidszorgstelsel is ontstaan uit religieuze instituten en op basis van religieuze motieven.

Geneeskunde/gezondheidszorg en religie ontleen hun verwante en hun dominante betekenis in de samenleving aan hun beider competentie ten aanzien van de grenzen van het leven.

Nu wordt door kritische mens- en maatschappij-wetenschappers verband gelegd tussen het secularisatie-proces en wat genoemd wordt: het medicaliserings-proces. Vanuit diverse gezichtshoeken (professionalisering: Parsons, Freidson; sociologisch en cultuur-filosofisch: Zola, Illich, McKeown, Foucault; cultuur-historisch: Sontag) leveren de analyses één globaal beeld op: in de gemoderniseerde samenleving breidt de invloed van geneeskunde en gezondheidszorg zich uit over alle essentiële - niet medische! - aandachtsgebieden in

de samenleving op alle niveaus. Individueel gedrag, persoonlijke en relationele problemen, sociale en economische structuren, morele normen, tot zelfs de zin van het bestaan, alles wordt direct of indirect gedomineerd door medisch denken en handelen. Overheersende aandacht voor ziekte en gezondheid heeft te maken met 'het gat in de markt', de maatschappelijke en individuele behoeften die de verdwijnende religie achterlaat.. Gezondheidszorg is de nieuwe aanbidding van het hoogste goed: gezondheid, en de bezwering van het ergste kwaad: ziekte en dood. Gezondheid is de hoogste morele gedragsnorm.

De institutionele kaders van de nieuwe gezondheids-godsdienst zijn de zorgvoorzieningen en zorg-verzekeringen. 'Het ziekenhuis, de moderne kathedraal, heerst over dit hiëratische (priesterlijke) milieu van gezondheidsgetrouwen. Van Stockholm tot Wichita drukken de torens van het medisch centrum op het landschap het stempel van de belofte van een duidelijke laatste omhelzing. Voor arm en rijk wordt het leven een pelgrimstocht door onderzoeken en klinieken, terug naar de ziekenkamer waar het begonnen is.' (Illich)

Dat de geneeskunst deelt in de zeggenschap van de godsdienst over het leven en de samenlevings-orde is historisch niets nieuws. Dat is te begrijpen uit hun gelijkelijke betrokkenheid bij leven en dood. Terwijl echter de medische geschiedenis tot voor kort een proces van ontmythologisering, van verwetenschappelijking en emancipatie uit de godsdienst was, lijkt de moderne expansie van 'het medisch bedrijf' een omgekeerd proces van terugkeer naar een mythische, pseudo-godsdienstige sfeer..

EXIT COLLECTIEF

Met de modernisering gaat het proces van individualisering gepaard. Individualisering veroorzaakt wel het meest radicale contrast tussen de traditionele, religieuze cultuur en de moderne, geseculariseerde cultuur.. Met de wetenschappelijke 'onttovering' en technische beheersing van de geheimen van de natuur komt een eind aan een bestaanswijze die gekenmerkt wordt door het onafgebroken gevecht van de groep



(stam, streek, familie,) om overleving als groep (allen samen of niemand) in een context van natuurlijke gevaren, schaarste en kwetsbaarheid. Met het verdwijnen van de geheimzinnigheid van de natuurkrachten vervalt het voorwerp van collectieve 'vreze', aanbidding, religie in traditionele zin. De 'hoogste' instantie is voortaan niet meer de natuurlijke en collectieve orde, maar de vrijheid, ontplooiing en identiteit van het individu.

Dit is het cruciale punt bij het vergelijken van de traditionele religieuze kaders en nieuwe vormen van hulp- en zorgverlening naar hun maatschappelijke betekenis: de traditionele religie is de grondslag van de overlevingsstrategie van de culturele gemeenschap als zodanig. De moderne professionele geneeskunde en institutionele gezondheidszorg daarentegen staan in dienst van de ontplooiing, het welzijn en geluk van het individu. Zij bevorderen het individualiseringsproces op beslissende wijze. Zij vervangen de directe wederkerige zorgplicht en zorg-afhankelijkheid binnen het collectief door indirecte, individuele verzekering van alle eventuele zorg en daarop gebaseerde 'persoonlijke onsterfelijkheidsfantasieën'. Met deze uitdrukking doelt Norbert Elias op de individuele verwachting van een vanzelfsprekend ongestoord, comfortabel, gezond en in die zin gelukkig leven, terwijl de dood uit het dagelijkse zicht, uit het realiteitsbesef wijkt.

Elias wijst scherp het grote probleem aan dat het individualiseringsproces voor moderne mensen met zich meebrengt: '... de verwachting dat ieder menselijk leven voor zichzelf alleen zin moet hebben. Als men dat soort zin niet kan vinden, beklagt men zich over de zinloosheid van het menselijk bestaan. Maar we kunnen niet goed begrijpen wat 'zin' inhoudt als we die alleen betrekken op een individueel mens ... Wat wij 'zin' noemen wordt in feite bepaald door een groot aantal mensen die op verschillende manieren van elkaar

afhankelijk zijn en met elkaar in verbinding staan. 'Zin' is een sociale categorie.'

DENKMODELLEN

Wanneer nu een paar voorbeelden worden gewaagd van nieuwe vormen van hulpverlening en zorg, dan past daarbij nadrukkelijk de opmerking, dat het niet kan gaan om voorbeelden van zorgvormen die op een of andere manier aan bepaalde vaststaande criteria voldoen: normatieve modellen, die zouden laten zien hoe het moet. Het kan alleen maar gaan om denkmodellen: voorbeelden die aan het denken zetten over mogelijke criteria. De keuze van de voorbeelden is willekeurig, behalve dat het wellicht exponenten zijn van bepaalde algemenere trends. Ook kan de traditionele religie met haar kenmerken en haar effecten niet als maatstaf voor nieuwe uitingen en vormen worden gehanteerd. Nieuwe vormen hebben hun eigen ratio en bestaansrecht, ook als ze niet aan het traditionele voorbeeld zijn ontleend of daarop zijn geïnspireerd. Het gaat in de volgende voorbeelden meer om het bestaan van bepaalde behoeften in een gesecculariseerde, gemedicaliseerde en geïndividualiseerde cultuur - dan om nieuwe vormen van zorg die de vergelijking met de traditionele religie zouden moeten kunnen doorstaan.

Een eerste model van nieuwe zorgvormen is dat van de speciale oncologische

klinieken en de hospices voor terminale mensen.

Deze instellingen zijn bedoeld om te voorzien in de genoemde behoeften - saamhorigheid, morele steun en zekerheid en 'zin'beleving - die zich in een levens bedreigende of terminale situatie in verhevigde en complexe vorm aandienen, terwijl de structuur van de moderne samenleving noch de reguliere zorgvoorzieningen daarop berekend zijn. Het zijn boeiende initiatieven, die niettemin de vraag oproepen of hier de complexe zorgvraag toch niet buiten de gewone samenleving en onder medisch regiem of althans in een speciale therapeutische omgeving geplaatst, in één woord gehospitaliseerd wordt. Een kritische vergelijking met innovatieve vormen van thuiszorg ligt uit dit oogpunt voor de hand.

Een tweede voorbeeld is de aandacht voor AIDS. Het gaat hier om een cluster van contrasterende zorgvormen dat meervoudig te denken geeft. Aan de ene kant ontwikkelt zich hier een praktijk van zeer intensieve direct persoonlijke zorg - vaak thuiszorg - in de intieme kring van vrienden of familie, die in de moderne tijd 'ouderwets' aandoet. Aan de andere kant is er de massale publiciteit en pressie op de publieke opinie en betrokkenheid. In de moderne westerse maatschappij heeft AIDS een beperkte epidemische, maar een des te sterkere symbolische betekenis. De afschrikwekkende en nog altijd onge-



foto: Marlies Bosch



neeslijke ziekte betekent een flagrante inbreuk op de heersende gemedicaliseerde verwachting van een 'lang en gelukkig' leven. De brede maatschappelijke betrokkenheid en de 'voorbeeldige' persoonlijke zorg voor AIDS patiënten hebben een hoog moreel (moralistisch) gehalte. Tegelijk is duidelijk dat het uitgedragen morele principe van volstrekte individuele vrijheid en zelfbeschikking in alle aspecten van de eigen individuele wijze van leven en sterven diametraal staat tegenover de moraal en de leefstijl die wortelen in de traditionele religie. Des te interessanter is de gelijkens tussen de bijna liturgische manifestaties rond AIDS (gedenk-dag, optochten, bijeenkomsten met muziek, zang en toespraken) en de traditionele religieuze riten.

Het 'protest' tegen de ziekte, als ware het een soort onrecht, is in een religieuze visie op de menselijke conditie ondenkbaar.

TALKSHOW

Een derde denkmiddel wordt geleverd door de 'Oprah Winfrey talkshow'. Boven de recensie van een nieuwe biografie van deze ster kopte De Volkskrant (3-6-95): 'Oprah Winfrey maakt je beter, redt je en laat pijn verdwijnen'. En inderdaad: de shows van Oprah Winfrey hebben een evident therapeutisch karakter. Dit komt door de onderwerpkeuze en vooral door de niet zelden gênant openhartige wijze waarop ze besproken worden, het midden houdend tussen een psycho-analytische sessie en een openbare biecht. Vooral waar de aspecten schuld, berouw, boete, straf aan de orde komen - en dat is impliciet of expliciet frequent het geval - komen in dit fenomeen religie en zorg of therapie wel heel dicht bij elkaar. Het reeds jaren aanhoudende wereldwijde succes van de show duidt op een enorme behoefte. Bij de precieze aard en de 'echtheid' van die behoefte kunnen echter kritische vragen worden gesteld: Wat zoekt 'the audience' en wat zoeken de miljoenen kijkers: werkelijke genezing, catharsis, sentiment, voyeuristisch leedvermaak? Een aantal Nederlandse TV-programma's van het type 'Rondom tien' laat zich met de Oprah Winfrey-show vergelijken: programma's met veel medische nouveauté's en heroïsche inzet van artsen, veel ziekte en gezondheid, levensproblemen en *human interest*, waarin morele en levensbeschouwelijke accenten niet ontbreken.

Nog een denkmiddel: de in de laatste jaren 'spontaan' georganiseerde massa-

le bijeenkomsten naar aanleiding of ter herdenking van uitzonderlijk dramatische gebeurtenissen waardoor velen werden getroffen. Het prototype is de gedenkdienst in de RAI na de vliegtuigramp in de Bijlmer.

Het zijn bijna liturgische ceremonies met een al bijna weer institutioneel karakter, echter niet door hun gebondenheid aan de 'zuilen' - juist niet - maar door de zeer brede herkenning en participatie (ook via de media) in de multiculturele, confessioneel indifferente samenleving. De formele deelname vanuit de 'zuilen' bevestigt juist het einde van de zuilen. Deze neo-religieuze gelegenheden-ceremonies beantwoorden op geheel nieuwe wijze aan sterke levensbehoeften: aan solidariteit in grote nood, aan een samenbindende, steunende moraal, zelfs aan een of ander perspectief van 'zin', dat de anonieme en vervreemdende massaliteit van de moderne maatschappij 'transcendeert'. Toch is het primaire doel van deze manifestaties niet collectieve belijdenis van geloof in het transcendente, maar individuele rouwverwerking, therapie.

SURROGAAT OF SUBSTITUUT

Substitueren nieuwe vormen van zorg de maatschappelijke functies van de traditionele religie?

De van afkomst Poolse filosoof Leszek Kolakowski heeft zijn onafhankelijke positie als denker moeten bevechten op zowel de christelijke als de marxistische ideologie. In een opstel waarin hij 'Jesus [wil] terugwinnen voor onze cultuur' onderscheidt hij in de figuur van Jesus enerzijds 'een eenmalige incarnatie van de bovennatuurlijke wereld' - en als zodanig is hij niet aanvaardbaar voor iemand die zich niet aan het christelijk dogma gebonden voelt - en anderzijds de Jesus 'in wie als in iedere andere grote denker, profeet of vernieuwer universele waarden in een concrete persoonlijke oorsprong vertegenwoordigd zijn'. In feite onderscheidt Kolakowski aldus de culturele, *morele* betekenis van de religie en de theologische, *mythische* betekenis. De eerste betekenis is ook en juist voor de moderne cultuur van het grootste belang, ook als de tweede betekenis voor het moderne levensgevoel niet meer relevant zou zijn.

Zorg in de betekenis van imposante medisch-technische inrichtingen en ingrepen (*cure*) creëert een mythe. Het is een surrogaat religie, die evenzeer opium van het volk is als volgens de marxistische kritiek de traditionele reli-

gie was, omdat ze in heel de moderne samenleving de onbewuste gewenning, de verslaving teweeg brengt aan een illusie van onkwetsbaarheid.

Zorg in de primaire en fundamentele betekenis van wederkerige sociale verbondenheid en persoonlijke verantwoordelijkheid, niet uitsluitend maar wel bijzonder in situaties van ziekte en gebrek (*care*), is vandaag en morgen evenals vroeger de expressie bij uitstek van een levende en daadwerkelijke moraal - en als zodanig het kenmerk en criterium van een menswaardige cultuur.

Voor het ogenblik laat zich maar één kwaliteitscriterium voor de genoemde en andere nieuwe vormen van zorg bedenken:

kunnen ze gelden als inspirerend experiment, als intensieve leerschool van directe wederkerige betrokkenheid en verantwoordelijkheid en mogelijk zelfs van een nieuwe zorgcultuur (niet alleen maar van geïndividualiseerde therapie) in een gesecculariseerde maatschappij? Aan niets bestaat in die maatschappij zozeer behoefte. Authentieke zorgvormen zouden in deze maatschappij voor velen de enig mogelijke verbinding kunnen leggen tussen individualiteit en gemeenschapszin, tussen moraliteit, en 'zin van het bestaan'.

Het kwaliteitscriterium voor nieuwe zorgvormen is, in hoeverre ze een van de sterkste punten van de traditionele religie in eigentijdse vormen en naar eigentijdse behoeften realiseren: 'de werken van barmhartigheid'.

Frank van Helmond is docent filosofie aan de Hogeschool Eindhoven

Literatuur

- Norbert Elias, De eenzaamheid van sterven in onze tijd (Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, 1980). Amsterdam, Meulenhoff, 1984, p.44, p.65
- Ivan Illigh, Grenzen aan de geneeskunde (Medical Nemesis, 1975). Baarn, Het Wereldvenster, 1978, p.89
- Leszek Kolakowski, Jesus Christus, Prophet und Reformator. In: Geist und Ungeist Christlicher Traditionen. Stuttgart, Kohlhammer, 1971

WE HEBBEN DE WIND WEER EEN BEETJEMEE

In enkele jaren is de discussie over een andere gezondheidszorg van toon veranderd. Politieke termen als democratisering, maatschappijkritiek en bewustmaking hebben plaats gemaakt voor nuchtere begrippen als gepast gebruik, patiëntenrecht en kwaliteit. Toch hebben de jaren zeventig niet het alleenrecht op idealisme. Want gelukkig zijn ze er nog steeds, die bevolgen mensen van toen. Zij maken zich sterk voor echte veranderingen in de zorg of zetten zich in voor een specifieke groep patiënten. TGP spreekt met een aantal van hen over idealen van vroeger en nu, en over de praktijk van alledag.

Idealen hadden ze – de mensen die in de jaren tachtig de gezondheidszorg in Almere mee hielpen opbouwen. Van meet af aan lag de nadruk op een sterke eerstelijnszorg, verleend vanuit wijkgerichte gezondheidscentra. Daar, en in de (krap bemeten) tweede lijn zouden de hulpverleners in loondienst moeten werken; belangrijke voorwaarden om patiënten integrale zorg te kunnen bieden, waarin behalve voor het lichamelijke ook aandacht zou zijn voor het psychische. In het ziekenhuis is loondienst nooit van de grond gekomen, maar in de eerste lijn werkt een flink deel van de hulpverleners in één van de vijftien gezondheidscentra van de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). Directeur Han van Oosterbos is tevreden over wat is bereikt: 'In een nieuw jasje komen onze oude idealen goed van de grond.'

Van Oosterbos: 'In 1986 zag ik een advertentie in de krant waarin een directeur werd gezocht voor de op te richten stichting EVA. Ik had er nog nooit van gehoord. Eerlijk gezegd wist ik nauwelijks waar Almere lag. Maar het boeide me direct. Ik was destijds directeur van een Amsterdamse instelling voor gezinsverzorging. Daarvoor had ik in Utrecht gewerkt bij de Stichting Vrije Centra. Die club hield zich bezig met wat we politiek vormingswerk noemden, betaald actief. In die tijd was ik politiek actief in de PvdA. Met een paar anderen probeerden we wat meer samenhang te brengen in de Utrechtse eerstelijnszorg. In Almere leek die samenhang op een presenteerblaadje te worden aangeboden, althans op papier. Van huisarts tot gezinsverzorgenden, iedereen in loondienst van één stichting. De uitdaging was te groot om er niet op in te gaan.'

Wat wilden jullie destijds in Almere bereiken?

'We wilden mensen met gebreken buitengewoon serieus nemen en hulp geven - het klinkt allemaal wat obligaat - die nauw aansloot bij wat ze nodig hadden. Dat betekende niet te veel zorg,

niet te veel of overbodige medicijnen, geen overbodige opnames en ziekenhuisverwijzingen, geen overbodig onderzoek. Het betekende dus méér doen in de eerstelijnszorg, in onderlinge samenwerking. We kozen voor een holistische benadering. We wilden de mens niet zien en benaderen als een zak organen, maar als een geheel - maatschappelijk, lichamelijk en psychisch. Daar waren we natuurlijk niet uniek in. Het interessante was wel dat we de zorg voor het eerst in één structuur hadden.'

Jullie zagen die structuur als een noodzakelijke voorwaarde ...

'Absoluut. Dat was en is nog steeds het grote verschil tussen Almere en de rest van het land. Het heeft alles te maken met de sterke positie van de PvdA. Men was gewend te denken in termen van structuren en de maakbaarheid van de samenleving: zorg voor de randvoorwaarden en de rest gaat vanzelf. Ik moet zeggen dat ik daar toen sterker in geloofde dan nu. In de afgelopen acht jaar heb ik geleerd dat een goede structuur niet het enige is. Minstens zo belangrijk zijn de mensen die erin moeten werken. In Almere kwamen de mensen,

zoals we hier zeggen, van het oude land. Ze waren in de traditionele sfeer opgeleid, in onderling verschillende culturen. Professionals als huisartsen gaan anders te werk dan mensen in de thuiszorg. Zij verdienen ook meer. Hoewel iedereen buitengewoon idealistisch was om er iets van te maken, heeft het tijd gekost om die culturen bij elkaar te brengen.'

Zijn die verschillen er nog?

'Tot een aantal jaren terug heb ik wel eens gemopperd dat professionals hun financiële en organisatorische problemen op de directie afschuiven. Om zich vervolgens alleen bezig te houden met de kwaliteit van hun handelen. Dat verandert, ook door ontwikkelingen in de politiek. In die eerste tijd hadden we het politieke tij mee. Er was altijd geld. Je schreef op een luciferdoosje een interessant project en hup .. daar had je honderdvijftigduizend gulden! Toen kreeg je Dekker, en later Simons. Die dachten niet meer in termen van planning en structuur. Nu ging het om marktgerichtheid en concurrerend werken. In die veranderende sfeer zaten wij vrolijk onze oude idealen neer te zetten! Het was een buitengewoon lastige tijd. De laatste anderhalf, twee jaar zie je een omslag. Vooral de verzekeraars vinden dat de gezondheidszorg regionaal moet worden opgezet. We hebben de wind dus weer een beetje mee.'

In Almere ging het vooral om substitutie en kwaliteit. Is er iets van terecht gekomen?

'Zeker wel, alleen zijn we veel zakelijker geworden. De term substitutie hebben wij al vroeg vervangen door transmurale zorg. Substitutie haalt bij het ziekenhuis iets weg en zet er in de eerstelijnszorg iets bij. Als de regelgeving daar niet op is ingesteld, levert dat problemen op. Want er zijn alleen maar negatieve prikkels: de één gaat minder verdienen, de ander moet méér doen voor hetzelfde inkomen. Dat werkt niet. Substitutie zet partijen tegen elkaar op. Een leeg ziekenhuis gaat bovendien failliet, dus daar was de reactie: vol die hap! Twee, drie jaar lang hebben we die hele substitutie gewoon vergeten. Nu zie je dat die gedachte in transmurale vorm terugkomt. Voor chronische aandoeningen als diabetes en cara zijn protocollen ontwikkeld, huisartsen en verloskundigen werken samen met specialisten en gynaecologen, er bestaan allerlei tussenvoorzieningen, woonzorgcombinaties

ties, verpleeghuisverplaatste zorg... in een nieuw jasje komen die oude idealen goed van de grond.

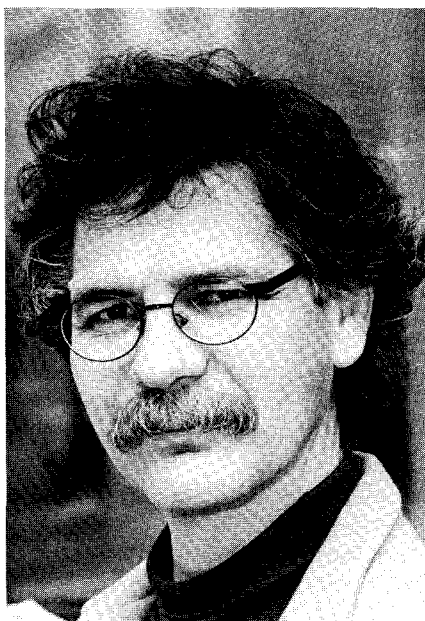
In de jaren tachtig was de eerste lijn goed, de tweede lijn fout....

Dat gaat er af. We beschouwen elkaar nu als aanvullend. Als je elkaar vindt op het oude ideaal om de patiënt centraal te stellen, is het voor iedereen logisch dat er zoveel mogelijk thuis gebeurt. Dan is het niet meer vreemd dat de specialist in het gezondheidscentrum spreekuur houdt en dat wij taken doen - vooral op het vlak van de EHBO - die ergens anders in een ziekenhuis plaats vinden. Zeker in Almere groeit dat naar elkaar toe. Het ziekenhuis is van Amsterdam naar hier verhuisd. Eufemistisch uitgedrukt stond het niet bekend als het meest progressieve van Nederland. Men had daar het gevoel van: we moeten donders goed uitkijken, want als we even niet opletten, pakt de eerstelijns ons! Dat is aan het veranderen.'

Misschien had het ziekenhuis nooit die stap gezet als de eerstelijns niet zo sterk was geweest....

'Eerlijk gezegd wist ik nauwelijks waar Almere lag. Maar het boeide me direct.'

'Als politicus zou ik nu moeten zeggen: geen commentaar.. Maar het valt niet te ontkennen. Als de eerstelijns uit verschillende organisaties en loslopende solisten had bestaan, was het hier net zo geweest als in de rest van het land. Misschien nog wel slechter.. De aanwezigheid van die eerstelijns is in hoge mate bepalend voor het hele gezondheidszorgklimaat in Almere. Om het simpel te zeggen: wij hebben de impliciete macht om het ziekenhuis voor het blok te zetten omdat we onze patiënten ook naar andere ziekenhuizen kunnen verwijzen. We hebben die macht nog nooit gebruikt, want als je in die sfeer komt is de samenwerking kapot.. Maar het speelt op de achtergrond ongetwijfeld een rol.. Op een aantal terreinen lopen onze belangen trouwens parallel.. Ook in onze ogen is het ziekenhuis te klein. Alleen zijn we het nog niet eens hoe groot het dan wel moet worden. Alle ziekenhuizen willen toch het liefst uit-



groeien tot kleine academische ziekenhuisjes. Daar bieden we tegenwicht aan.'

Concurrentie, commercialisering, klantgerichtheid - hoe verhouden de oude idealen zich tot het jargon van tegenwoordig?

'Een monopoliepositie en loondienst, dat is in Nederland niet de best denkbare combinatie. Concurrentie vind ik niet slecht.. Het houdt je wakker.. Daarom zijn hier naast fysiotherapeuten en tandartsen inmiddels ook vrijgevestigde huisartsen. Ook binnen de EVA zijn we opgeschoven in de richting van het ondernemerschap. Net als elders zijn de praktijken van huisartsen, fysiotherapeuten en apothekers sinds een paar jaar verantwoordelijk voor hun eigen budget.. Die praktijken zijn nu onze kleinste organisatorische eenheid. Het gezondheidscentrum zorgt voor kwaliteit en een samenhangend aanbod aan patiënten. Verder bestaat op de markt behoefte aan vormen van zorg die niemand levert. Ook dat pakken we aan. We bouwen bijvoorbeeld een lifestylecentrum voor activiteiten op het vlak van preventie en lichte vormen van revalidatie. Voor bedrijven zetten we samen met de GGD arbo-dienstverlening op. Dat mag je commercialisering noemen. Zolang dat soort dingen niet strijdig zijn met onze idealen, vind ik dat geen probleem. Ik ben altijd al een adept geweest van wat tegenwoordig maatschappelijk ondernemen heet.. Zelf spreek ik liever van Robin Hood-constructies. Ze leveren geld op waarmee je leuke dingen kunt doen.'

En de klantgerichtheid?

'Dat moet je heel praktisch zien. Mensen willen één adres waar ze makkelijk naar toe kunnen. Dat hadden we en dat hebben we nog, al zijn we meer dan vroeger bereid de doelmatigheid van de samenwerking aan de orde te stellen. Klantgerichtheid betekent ook dat we op andere tijden zullen gaan werken. Er zullen meer avondsprekuren komen en ooit zullen we ook 's zaterdags open gaan. Ik vraag me trouwens af of dat allemaal zo goed is. Als je het aanbod zo dicht bij de mensen brengt, dan dwing je ze bijna om te consumeren en worden ze alleen maar afhankelijker.. En dat wilden we juist voorkomen! Aan de andere kant moet het paternalisme van de oude idealen er natuurlijk ook eens af. Als iedereen wil dat het centrum zeven dagen in de week open is, waarom zou je dat dan niet doen? We zullen nog goed moeten uitzoeken waar precies de grens ligt tussen klantgerichtheid en consumentisme. Zelf ben ik daar nog niet uit.'

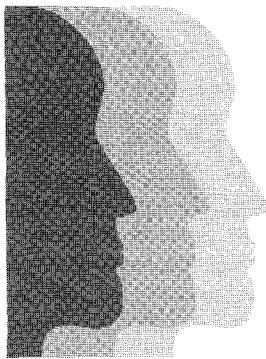
Vindt je Almere nog steeds zo boeiend?

'Absoluut.. Vanuit mijn managementpositie is er moeilijk iets interessanter denkbaar.. De afwijkende constructie is natuurlijk fantastisch, de groei ook. In een paar jaar tijd zijn we gegroeid tot een club van twaalfhonderd mensen. Waar vind je dat nog? Ik zie het als mijn taak om onze oude idealen op tafel te houden. Het is aardig om te zien dat die weinig aan waarde verliezen. Almere is wel eens de kakkerlak van de Nederlandse gezondheidszorg genoemd: die blijft bestaan, wat er verder ook gebeurt. Het is een geuzennaam. Wij kunnen trouw blijven aan onze idealen en opvattingen, al zullen we ze op gezette tijden anders moeten verpakken. En kritisch blijven ten opzichte van onze manier van werken.'

Commercieel is de kakkerlak weinig aantrekkelijk ...

'Daarom spreek ik liever van het lelijke jonge eendje dat langzaam uitgroeit tot een aardige, mooie zwaan!'

Joost Visser, redacteur TGP.



c o l u m n



EZELTJE STREK JE

'De deur staat meestal op een kier,' zegt een vrijwilligster bij de Stichting Ouderenwerk. 'We zetten de maaltijd, die bestaat uit drie gangen, op tafel, even praten en weg zijn we weer. Zo rijden we langs tien adressen. Iedere dag weer. Geen probleem. Het bord staat al op tafel, bestek ernaast.' Het behoeft verder geen betoog. 'Tafeltje Dekje' functioneert in het dorp waar de vrijwilligster haar werk doet, prima. Er zijn genoeg vrijwilligers, het sociale contact wordt door de ouderen zeer gewaardeerd en de maaltijden, geleverd door het plaatselijke bejaardentehuis, zijn lekker warm en smaken als geen andere.

'We bieden ook echt maaltijden op maat, dieetwensen geen punt; gaat de oudere een paar dagen logeren, geen punt. Maar vooral mensen die net uit het ziekenhuis zijn hebben veel voordeel van onze service, soms is het maar voor een week dat ze van onze diensten gebruik hoeven maken.'

Hoe zuur; de gemeente waartoe het dorp behoort wil de subsidie voor de maaltijdverstrekking aan ouderen minderen. Maaltijdverstrekkings moeten goedkoper en efficiënter. Zeker nu de demografische gegevens een nog grotere vraag naar maaltijden voorspellen en het in de stad moeilijk aan vrijwilligers komen is. Het alternatief dat de gemeente biedt zijn de koel-vers-maaltijden. Zo'n maaltijd wordt direct na de bereiding, al of niet per persoon geportioneerd, gekoeld tot 2°C, en bij deze temperatuur bewaard. Deze koel-vers-maaltijden zullen gemiddeld een gulden per maaltijd goedkoper zijn, mits in grote hoeveelheden aangekocht. Quantumkorting, heet dat. In plaats van de plaatselijke vrijwilliger die iedere dag even binnen komt, zal voortaan eens per week een chauffeur van een commercieel bedrijf de maaltijden in het dorp afleveren. Het opwarmen doet de bijgeleverde magnetron.

In deze gemeentelijke strijd ergens in Nederland wordt de controversale tafeltje-dek-je versus magnetron, zorg versus techniek uitgevochten. De voorstanders van een persoonlijk gebrachte maaltijd merken nog niets van de toenemende vraag, het bejaardentehuis van het dorp heeft dankzij tafeltje-dek-je een FTE werktijd extra, en vrijwilligers genoeg. Waarom koel-vers? Deze voorstanders vinden de magnetron koud-kil.

De wethouder van de verantwoordelijke gemeente laat dit echter niet over haar kant gaan. 'Gekampt wordt met een wachtlijst omdat de maaltijdleverancier aan de grens van zijn capaciteiten zit. Ook zijn er onvoldoende vrijwilligers om de maaltijden te bezorgen. De gemeente verwacht dat in de toekomst dit soort problemen alleen maar toeneemt als niet voor een ander systeem gekozen wordt,' stelt ze. Bovendien is de distributie geen probleem en is de maaltijdprijs beheersbaar. De maaltijden zijn kwalitatief prima. 'Ik heb ze uitgeprobeerd en zelfs een visje gegeten.'

In haar pleidooi voor invoer van de koel-vers-maaltijden

maakt ze van de magnetron niet het koele kille ding dat de warme mensen-groet vervangt maar een uiterst zorgzaam apparaat. De magnetron bewerkstelligt immers dat niet enkelen maar velen van een maaltijd gebruik kunnen maken. Ze levert voedzame en lekkere maaltijden en als klap op de vuurpijl herwinnen ouderen hun zelfstandigheid; 'Ze kunnen eten wanneer ze willen en nog kiezen uit zeven maaltijden bovendien.' Als dát geen zorg is!

Zoals vaak in zorg-techniek-discussies wordt 'zorg' in een dichotome relatie tot 'techniek' geplaatst. Het is tamelijk eenvoudig om de techniek als efficiënt, geldbesparend en koud te definiëren. De mens is dan duur, sociaal en warm. Maar daardoor verdwijnen ten eerste de sociale kanten van de techniek. Is het niet de magnetron die wachtlijsten doet verdwijnen en dus solidariteit genereert? En daardoor blijft ten tweede de calculerende kant van mensen onzichtbaar. Zijn alle vrijwilligers werkelijk zo begaan?

Het dichotome denken betekent ook dat techniek als alternatief voor zorg wordt gezien. Techniek in plaats van mens. Magnetron in plaats van vrijwilliger. Het wordt een eenvoudige of-of discussie. Maar daardoor is er geen plaats om te zien hoe de techniek (al is het onbedoeld) de praktijk verandert. De wasmachine bijvoorbeeld zou vrouwenarbeid vervangen. Het zou vrouwen veel arbeid besparen. Maar nee. Maandag als wasdag is verdwenen, andere schoonheidsmores doemden op. Nu wordt er in vele huishoudens iedere dag gewassen. De tijdwinst is bij nader inzien nihil. Ook de personal computer zou secretariële werkzaamheden verminderen. Ook hier is voor de aanschaf efficiëntie een argument. Mooi niet. De eisen voor de opmaak, de print en de presentatie zijn drastisch veranderd en secretaresses zijn er nog steeds.

Zo zal het met de invoering van de magnetron ook wel gaan. Geen vervanging van de vrijwilliger, niet efficiënter. Maar een combinatie van mens en techniek. De vrijwilligers zullen blijven komen en krijgen, net als de secretaresse en de wasvrouw, andere taken. Ze brengen geen maaltijd meer rond, maar helpen bij de bediening van het apparaat.

Het gaat er in dergelijke discussies dus niet om of techniek a priori goed of slecht is. Het gaat er ook niet om of techniek per definitie de mens vervangen kan. Maar het gaat vooral om de vraag hoe en waarom techniek wordt ingezet. Als de magnetron louter dient voor het wegbezuinigen van gemeenschapzorg, waar het in het verhaal van de wethouder naar riekt, dan deugt de inzet niet. Maar als het onbedoelde effect is dat de vrijwilligers blijven komen en vanwege het apparaat meer tijd hebben voor een gesprek dan is die magnetron zo gek nog niet.

Saskia van der Lyke, redacteur TGP.

DE RICHTING VAN CARE

Hennie Boeije en Therese Borghuis-Lub

Het vorig jaar verschenen Gezondheidszorg geordend: een kwartet scenario's plaatst de Nederlandse gezondheidszorg van de toekomst op lijnen tussen gepolariseerde maatschappelijke invloeden: solidariteit en individualisering, overheid en markt.

In dit artikel is de betekenis van de scenario's aan de orde voor de verplegenden en verzorgenden. Over de vergoeding van zorg, kwaliteit en werkgelegenheid.

De scenario's betreffen de bestuurlijke ordening van de gezondheidszorg en schetsen onder meer de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden over de verschillende partijen. Hierbij zijn de onderlinge relaties en de wederzijdse beïnvloeding van de partijen van belang.

Ordering zegt iets over de vraag wie de touwtjes in handen heeft (overheid, marktpartijen), waar beslissingen genomen worden (centraal, decentraal) en hoe partijen met elkaar omgaan (concurrentie, samenwerking). In werkelijkheid komen veel variaties voor van de genoemde begrippenparen.

Scenario's bieden inzicht in het effect van bepaalde ontwikkelingen in de samenleving. Hier van belang zijn trends op het gebied van de demografie, de epidemiologie, de technologie, het normen- en waardenpatroon, de politiek en de economie. De scenario's geven aan hoe de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg er zou kunnen uitzien, wanneer trends op deze gebieden zich in een bepaalde richting voortzetten.

Er is de laatste jaren veel gedaan om de positie van de verplegende en verzorgende beroepsgroep te verbeteren: de rapportage van de Commissie Positiebepaling beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie Werner), de oprichting van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), de herziening van het opleidingsstelsel en de Commissie Verzorging. Veel verplegenden en verzorgenden zijn bezig met inhoudelijke vernieuwing van hun beroep, met aandacht voor gedifferentieerd werken, de verpleegkundige specialisaties en de brede opleiding voor verplegenden en verzorgenden. Ze bezinnen zich op hun toekomstige positie in bijvoorbeeld de transmurale zorg en de consequenties van invoering van het persoonsgebonden

den budget. De scenario's kunnen dienen ter overdenking en vormgeving van hun beleid.

KRITIEKE ONZEKERHEDEN

Enkele ontwikkelingen in de samenleving hebben gevolgen waarmee in ieder toekomstig gezondheidszorg systeem rekening gehouden moet worden, ongeacht de ordening ervan. De vraag naar zorg zal nog toenemen, ondermeer als gevolg van de veroudering. Het aantal chronisch zieken neemt toe en de technologie op medisch en verpleegkundig gebied groeit ook.

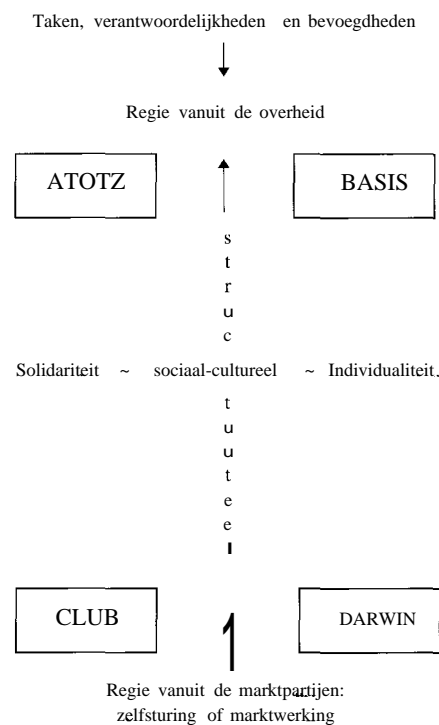
Daarnaast onderscheiden we ontwikkelingen waarvan de gevolgen even belangrijk zijn, maar veel minder duidelijk. Deze zogenaamde kritieke onzekerheden vormen de basis van de scenario's. Het betreft, met name ontwikkelingen van sociaal-culturele en economische aard.

De eerste onzekerheid betreft de richting van sociaal-culturele ontwikkelingen. Het is onzeker of in de Nederlandse samenleving individualiseringstendenzen steeds meer op de voorgrond zullen treden, of dat in de toekomst juist aan solidariteit, en het nastreven van collectieve doelstellingen de meeste waarde zal worden gehecht.

Ten tweede is onzeker wie de verantwoordelijkheid zal dragen voor het bereiken van de gestelde (individuele of collectieve) doelen. Zullen ontwikkelingen in de samenleving, bijvoorbeeld op economisch of politiek gebied, ertoe leiden dat de overheid deze verantwoordelijkheid op zich zal nemen, of zullen juist marktpartijen als zorgaanbieders, -verzekeraars of zelfs werkgevers en werknemers steeds meer verantwoordelijkheid krijgen?

De kritieke onzekerheden, sociaal-cultureel en bestuurlijk-structureel, vormen de assen van figuur 1. Al naar gelang de positie in het assenstelsel, zijn

de volgende vier toekomstbeelden de schetsen: het A TOT Z-scenario, het BASIS-scenario, het CLUB-scenario en het DARWIN-scenario. Ieder scenario heeft zijn eigen gevolgen voor de verpleging en verzorging.



Figuur 1 Assenstelsel met scenario's (Bron: STC 1994)

-- A TOT Z--

In het ATOTZ-scenario voelt de samenleving zich verantwoordelijk voor het bewerkstelligen van een kwalitatief goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is. Een hoge mate van solidariteit (horizontale as) is niet alleen aanwezig tussen gezonden en zieken, maar ook tussen jong en oud en tussen hoge en lage inkomensgroepen. De overheid neemt een dominante positie in om de gezamenlijke doelstellingen te verwezenlijken (verticale as) en oefent via het financieringssysteem, een sociale verzekering, invloed uit op de omvang van het pakket, de kring van verzekerden en de premiestelling. Het voorzieningspakket is zeer breed; het bevat alle voorzieningen op het gebied van de care, cure en preventie. De totale bevolking is verplicht verzekerd voor dit pakket en de te betalen premie

is inkomensafhankelijk. Het A TOT Z-scenario ontstaat vooral onder gunstige economische omstandigheden, waardoor elke partij voldoende financiële ruimte heeft om haar doelstellingen te verwezenlijken. Onderlinge samenwerking en de stimulering van ontwikkelingen staan voorop.

BESCHERMING EN GROEI

In het A TOT Z-scenario zijn verpleging en verzorging voor iedereen vrijelijk beschikbaar, want ze zijn als care-voorzieningen opgenomen in het verplichte verzekeringspakket. Omdat er genoeg geld beschikbaar is, kan het aanbod van verpleging en verzorging meegroeien met de vraag: meer capaciteit in de gehandicaptenzorg zodat de werkdruk vermindert, kleinere wachtlijsten van de verpleeghuizen, uitbreiding van de gezinszorg. Maar ook de informele zorg neemt toe, gezien de plaats van dit model aan de kant van de pool 'solidariteit'.

Alle betrokken partijen proberen bij te dragen aan een optimale gezondheidszorg waarin het aanbod is afgestemd op de zorgbehoefte en -vraag. De vakbonden (CFO en AbvaKabo), beroepsorganisaties (Nu'91, STING) en het LCVV komen uit voor hun collectieve doelstellingen. Beroepsinhoudelijk valt te denken aan: voorlichting over medicalisering in een stelsel waarin groei wordt gestimuleerd en overconsumptie niet geremd wordt; deskundigheidsbevordering en ondersteuning van patiënt en naasten om de mantelzorg te benutten. Arbeidsvoorwaardelijk kunnen ze zich richten op het werven van voldoende personeel, aangezien demografische ontwikkelingen een krapte op de arbeidsmarkt tot gevolg zullen hebben. Campagnes kunnen gericht worden op specifieke doelgroepen zoals herintreders, maar ook op voorwaarden als voldoende kinderopvang.

-- BASIS --

Wanneer het economisch minder goed gaat en kostenbeheersing nodig wordt, kan de overheid ingrijpen om de collectieve lasten te beperken. De zorgverlening dient dan doelmatiger te worden. Gecombineerd met een toenemende behoefte van individuen aan het dragen van eigen verantwoordelijkheid, ontstaat het BASIS-scenario.

De overheid garandeert slechts een beperkt vangnet van collectief gefinancierde zorg, opgenomen in een echt basispakket. Er ontstaat een klassieke AWBZ, waarin vormen van zorg zijn opgenomen die zo duur zijn dat ze worden

gerekend tot de onverzekerbare risico's, zoals langdurige en topklinische zorg. Daarnaast wordt een groot deel van de zorg privaat gefinancierd. Binnen dit private zorgdeel kan de consument, afhankelijk van inkomen en gezondheids-toestand, zijn eigen wens ten aanzien van de gezondheidszorg verwezenlijken. Op de markt van de verzekeraars zijn diverse polissen verkrijgbaar, met verschillende vormen van eigen betalingen.

CARE-GARANTIE

De tweedeling in een collectief en een privaat gefinancierd zorgdeel heeft verschillende consequenties. Opname van care-voorzieningen in het basispakket heeft tot gevolg dat de werkgelegenheid niet zal verminderen. Mogelijk vindt een verschuiving plaats van intramurale naar trans- of extramurale voorzieningen.

Hoeveel verplegenden en verzorgenden in het private circuit nodig zijn, is afhankelijk van de zorg die consumenten zelf betalen of waarvoor ze zich particulier hebben verzekerd. Veel mensen zullen niet of nauwelijks gebruik maken van de particulier gefinancierde zorg, waardoor de behoefte aan informele zorg groeit. Of aan deze behoefte tegemoet kan worden gekomen is de vraag, gezien de nadruk in dit model op individualiteit.

Prijzen en verzekeringsarrangementen komen tot stand door concurrentie tussen zorgaanbieders en verzekeraars. De marktwerking zet de verplegende en verzorgende beroepsgroepen aan om hun belangen te verdedigen. Ze zullen duidelijk moeten maken welke zorg ze leveren tegen welke prijskwaliteit verhouding. En ze zullen moeten inspelen op de voorkeuren van de consument, zeker waar in de actualiteit de consumenten meer en meer zelf hun zorg kunnen kopen met een persoonsgebonden budget.

De tweedeling in financiering zal de ongelijkheid inzake toegankelijkheid en continuïteit van de zorg vergroten. Mensen met hogere inkomens en gezonde mensen kunnen zich beter en meer naar eigen keuze verzekeren dan bijvoorbeeld uitkeringsgerechtigden en zieken. De één kan wel, of betere, verpleging krijgen en de ander niet, of kan thuiszorg kopen terwijl de ander opgenomen moet worden.

De verplegenden en verzorgenden zouden de maatschappelijke taak kunnen krijgen om deze ongelijkheid te signaleren en aan de kaak te stellen.

-- CLUB --

In het CLUB-scenario is een goede toegankelijke gezondheidszorg een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. In tegenstelling tot het A TOT Z-scenario waarborgt niet de overheid dit systeem, maar de markt. Voor ieder zijn minstens op minimaal niveau voorzieningen beschikbaar. Er wordt vanuit gegaan dat er zich clubs zullen ontwikkelen (bijvoorbeeld ouderenorganisaties) die de voorzieningen van gezondheidszorg organiseren voor de bij hen aangesloten clubleden.

In *Gezondheidszorg geordend* is een CLUB-scenario uitgewerkt met een dominante positie voor werkgevers en werknemers, omdat de verantwoordelijkheid van deze partijen door wijzigingen in de ARBO-wet, de Wet Terugdringing Ziekteverzuim en de WAO vergroot is.

Werkgevers willen de (ziekte)kosten van hun werknemers zo laag mogelijk houden. Hierdoor ligt de nadruk op preventie en curatieve zorg die snel beschikbaar is. Deze zorg is georganiseerd rondom clubs van werkgevers en werknemers in gezondheidszorgteams, die flexibel de intra- en extramurale mogelijkheden toepassen. De werkgevers sluiten collectieve contracten af voor hun werknemers en zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten met aanbieders van zorg, die onderling concurreren.

BELANG VAN DE WERKGEVER

De functie verpleging en verzorging loopt geen gevaar, voorzover zij eraan bijdraagt dat ziek geworden werknemers weer zo snel mogelijk aan het werk kunnen. Verplegenden en verzorgenden kunnen inspelen op het belang dat in dit scenario aan preventie wordt gehecht. Daarnaast biedt het optreden van gezondheidszorgteams perspectieven op een grotere rol bij de coördinatie van zorg.

Voor de care ziet het er anders uit. Deze zorg wordt vooral verleend aan ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, die over het algemeen geen deel zullen uitmaken van een club rond de betaalde arbeid. Aangezien het dikwijls 'onverzekerbaar' dure risico's betreft, is verzekering op individueel niveau niet mogelijk. Een fonds voor de realisering van minimale care-voorzieningen kan dit probleem deels ondervangen. Het belang van solidariteit, in dit model doet verwachten dat de informele zorg zal inspelen.

Het is geen rooskleurig vooruitzicht voor de capaciteit en de kwaliteit van

de professionele verpleging en verzorging, te meer daar de positie van de professionals in dit scenario niet sterk is: ze staan tegenover een coalitie van werkgevers en verzekeraars en moeten onderling concurreren om contracten met verzekeraars af te kunnen sluiten. Collectieve belangenbehartiging wordt des te noodzakelijker voor de beroepsgroep.

-- DARWIN --

Binnen het DARWIN-scenario staat de eigen verantwoordelijkheid van het individu centraal (horizontale as) en wordt de gezondheidszorg gereguleerd door de marktpartijen (verticale as). De afstemming tussen vraag en aanbod vindt plaats door middel van het marktmechanisme. In extreme vorm is er geen plaats voor de overheid; in een iets minder extreme variant zorgt de overheid voor een zeer beperkt, minimaal vangnet voor mensen in de laagste inkomensklassen en voor chronische zieken.

De financiering van de zorg is afhankelijk van de voorkeur van het individu: zowel het afsluiten van een particuliere verzekering als het direct betalen van de geleverde zorg aan de zorgaanbieder behoren tot de mogelijkheden. Voor wat betreft het verzekeringspakket is er veel keuze in premies, eigen risico et cetera. De verzekeraars en aanbieders concurreren en werken alleen samen voor zover het hen voordelen biedt. Zorgaanbieders concurreren ook onderling en zijn niet aan regels en wetten gebonden over bijvoorbeeld vestiging of prijzen.

VOOR WIE BETALENKAN

Van onderlinge steun en solidariteit is hier geen sprake, wat betekent dat de hulp die burgers elkaar geven marginaal is. Binnen het DARWIN-scenario zijn mensen zelf verantwoordelijk voor de financiering. Bij afwezigheid van een verplichting tot verzekeren zullen veel mensen zich niet of onvoldoende verzekeren, omdat ze hun risico op ziekte niet juist inschatten of omdat ze de verzekeringspremie niet kunnen of willen betalen.

Vormen van zorg waarvoor men zich zal verzekeren betreffen met name de duurdere voorzieningen in de tweede lijn, zoals de ziekenhuiszorg. De goedkopere eerstelijnszorg (wijkverpleging, -ziekenverzorging, gezinsverzorging) zal de consument, wanneer hij deze nodig heeft, direct betalen. Het aanbod van verpleging en verzorging zal zich vooral op deze voorzieningen richten

en afhankelijk van de vraag kan hier zelfs groei of zorgvernieuwing plaatsvinden.

Het aanbod van langdurige zorg, zoals aan chronische zieken, zal echter afnemen, aangezien zorgverzekeraars deze patiënten door risicoselectie of een zeer hoge premie zullen weren.

Zowel de financieringswijze als het aanbod hebben tot gevolg dat de ongelijkheid in toegankelijkheid van zorg groeit. Net als bij het BASIS-scenario dragen verplegenden en verzorgenden de maatschappelijke verantwoordelijkheid dit naar voren te brengen.

Tenslotte moeten verplegenden en verzorgenden rekening houden met een versnippering van het zorgaanbod. De coördinatie en samenwerking, kenmerkend voor het CLUB-scenario, ontbreekt in het DARWIN-scenario. In plaats daarvan woedt een hevige concurrentiestrijd, zowel tussen verplegenden en verzorgenden als onderling. Coördinatie van zorg wordt hierdoor sterk bemoeilijkt.

CONCLUSIE & AANBEVELINGEN

De wijze waarop de gezondheidszorg in de toekomst wordt geordend, bestuurd en gefinancierd bepaalt de toekomst van de beroepsmatige verpleging en verzorging. De ordening heeft gevolgen voor de verhouding tussen informele en formele zorg en daarmee voor de werkgelegenheid, gevolgen voor de invloed van de beroepsgroep op andere partijen, gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

In het ATOT z-scenario wordt de sector verpleging en verzorging beschermd en is er ruimte voor groei. Om deze groei te bewerkstelligen zijn intensieve inspanningen op de arbeidsmarkt vereist. In het BASIS-scenario is alleen de care veilig gesteld. Binnen het private circuit zullen de beroepsorganisaties en de vakbonden de belangen van de achterban dienen te behartigen. In het CLUB-scenario biedt de samenwerking in gezondheidszorgteams nieuwe perspectieven voor beroepsbeoefenaren. Aan de andere kant zijn ze afhankelijk van een contract met de verzekeraar annex werkgever. In het DARWIN-scenario is verpleging en verzorging alleen weggelegd voor degenen die zich kunnen of willen verzekeren of die de zorg direct kunnen betalen, wat leidt tot ongelijke toegang.

Met behulp van de scenario's kan de beroepsgroep adequaat reageren op de ontwikkelingen die in werkelijkheid optreden, of het nu bedreigingen of juist nieuwe kansen betreft.

Het eerste punt van belang is dat de beroepsgroep duidelijk maakt welke functie of dienst ze precies levert, welk volume, welke kwaliteit, en wat daarvoor benodigd is. De geschiedenis wijst uit dat dit bij verpleging en verzorging niet zo vanzelfsprekend is als voor de geneeskunde.

Punt twee vervolgens is de kundigheden en de belangen collectief naar voren te brengen, op het juiste beleidsniveau te presenteren en te laten vertegenwoordigen, door de vakbonden, beroepsorganisaties en het LCVV.

En ten derde is naar voren gekomen dat de beroepsgroep ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van ongelijkheden in de toegankelijkheid van de zorg. Tekort aan zorg voor chronisch zieken, gebrek aan preventie en vergaande medicalisering moeten gesignaleerd worden.

Bij deze aandachtspunten kan de beroepsgroep de scenario's als toetssteen hanteren. Bereidt het nieuwe opleidingsstelsel de verplegenden en verzorgenden goed voor op de vernieuwde zorgvraag die op hen afkomt in bijvoorbeeld een BASIS-of een CLUB-scenario? Waar ligt hun sterkte als ze moeten concurreren met lager opgeleiden of goedkopere arbeidskrachten? Aan het LCVV, de beroepsorganisaties en de vakbonden zullen eisen gesteld worden binnen de scenario's met meer verantwoordelijkheid voor de marktpartijen (het BASIS- en DARWIN-scenario). Zullen ze in staat zijn, door een eventuele federatie van verplegenden en verzorgenden, zich krachtig te maken en hun belangen te verdedigen of zal er verdeeldheid heersen en zullen anderen meer kansen hebben om hun wil door te zetten? Wanneer ontstaat er een voor de beroepsgroep onacceptabele ongelijkheid in toegankelijkheid?

Dr. H.R. Boeije werkt bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn te Utrecht.

Drs. T.L. Borghuis-Lub is verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De auteurs danken Alexander van den Dungen voor commentaar op het artikel.

Literatuur

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Gezondheidszorg geordend: een kwartet scenario's*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

IN DE KRANT

Hans Koenis

Brief uit Boedapest. Op het Hongaarse ministerie van Volksgezondheid is Westeuropese expertise ingezet om na decennia verstarring en enkele jaren tumult de eerstelijns gezondheidszorg te vernieuwen.

Hans Koenis, organisatie-adviseur bij Mede te Houten en op persoonlijke titel in TGP, schrijft in zijn vierde brief over Amerikanen, roltrappen en langs elkaar heen werken.

Als vreemdeling in een vreemd land la-veer je voortdurend tussen Scylla en Charibdis: totale aanpassing aan de ene kant, aan de andere kant neerkijken op de gebruiken van de bewoners – onder krampachtig vasthouden aan de eigen cultuur. Nederlanders (maar ook Engelsen) hebben na een roemrucht koloniaal verleden met beide gevaren grote ervaring en dat heeft onder meer boeiende literatuur opgeleverd, denk maar aan Couperus en Somerset Maugham. Amerikanen missen deze ervaring, en dat is te merken.

Vergeleken met het contingent vreemdelingen van Europese origine is de groep Amerikaanse *expatriates*, zoals ze zichzelf noemen, klein. Maar luidruchtig. In *joint ventures* met Hongaarse uitgeverij publiceren zij twee weekbladen, de 'Budapest Sun' en de 'Budapest Week'. De redactionele pagina's worden vooral gevuld met reportages over criminaliteit en ontwikkelingen op politiek en economisch gebied. De belangrijkste beoordelingscriteria voor het beleid van de Hongaarse overheid zijn: in hoeverre worden oude socialistische gewoontes nog of opnieuw gehanteerd, en wordt er ruim baan gegeven aan de verdere privatisering van de staatsbedrijven (wat vooral moet worden begrepen als herhaalde aansporing tot verdere uitverkoop aan westerse bedrijven). Daarnaast zijn er rubrieken met overzichten van engelstalige bioscoopfilms en televisieprogramma's, het society-leven van landgenoten in den vreemde (helaas zonder enig spoor van de ironie van G.J. Droge), adressen van restaurants waar je zonder gevaar voor je gezondheid kunt eten, wat te doen bij problemen (zo snel mogelijk naar de ambassade) en natuurlijk de plaatsen waar je andere *expatriates* kunt ontmoeten.

Een geliefkoosde bezigheid aan de bar

van Beckett's, de John Bull Pub, het Hilton, het Marriott en andere voor Hongaren onbetaalbare gelegenheden, is klagen over de ongemotiveerdheid van Hongaarse ondergeschikten, de corruptie van de Boedapester politie, de bureaucratische rompslomp bij het verkrijgen van verblijfspapieren en het gedrag van het publiek in het openbaar vervoer. Mij was het al snel duidelijk dat het tijdens het spitsuur weinig zin heeft de mensenmassa's op de roltrappen naar de metro in te halen. Dat levert weinig tijdwinst op, want iedere twee minuten komt er een volgende, en veel boze gezichten. In de 'Budapest Week' echter verscheen een artikel waarin op verongelijkte toon werd beschreven hoe erg het is dat Hongaren zich niets gelegen laten liggen aan de regel rechts te houden op roltrappen en hoe daardoor belangrijke zakelijke afspraken gemist konden worden. Vervolgens werd van ieder metrostation aangegeven hoe lang het duurt om met de roltrap bovengronds te komen en in welk metroreinstel je de grootste kans hebt het eerst bij de roltrap te zijn. De redactie vond kort geleden dat het klagen zulke verontrustende vormen aannam dat ze een serie artikelen publiceerde onder de titel 'Bridging the gap'. Amerikaanse managers, consultants, historici en antropologen mochten daarin hoog opgeven van het opleidingsniveau en de culturele achtergrond van het Hongaarse volk, de betrokkenheid bij het werk mits op de juiste wijze leiding wordt gegeven, en de onontkoombaarheid van de samenwerking met Hongaren.

De samenwerking tussen de westerse adviseurs en het Ministerie van Gezondheidszorg is dus niet zo eenvoudig.

Een belangrijk probleem bij het uitvoe-

ren van ons project vormt het ontbreken van een besef dat informatie verspreid kan worden. Zo ontvingen we via de delegatie van de Europese Unie een (engelstalige) ministeriële nota met een beschrijving van het zorgbeleid voor de komende vier jaar, nadat deze al drie maanden binnen het ministerie bleek te hebben gecirculeerd. Het *Statistisch Jaarboek Gezondheidszorg* (ook in het Engels) ontdekte ik bij toeval omdat er op de gang naast mijn werkkamer een kast open stond.

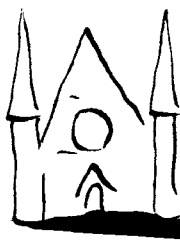
Op bezoek in Kaposvar, zo'n tweehonderd kilometer van Boedapest, ontmoette ik een verpleegkundige die leiding gaf aan een experiment in intensieve thuiszorg, gesubsidieerd door het ministerie. Er bleken meerdere experimenten gesubsidieerd te worden maar niemand was op het idee gekomen daar iets over te vertellen aan de regeringsadviseurs voor de eerstelijns gezondheidszorg. Van het Hongaarse ziekenfonds hoorde ik dat ook daar een experimenteerpotje was waaruit thuiszorgprojecten worden betaald. Het verbaast me niet meer dat er nauwelijks samenwerking mogelijk was tussen ziekenfonds en departement rond dit onderwerp.

Maar toen ik hoorde dat er naast deze twee fondsen en ons PHARE-programma – we zijn nu acht maanden bezig – óók nog het Amerikaanse project 'Hope' met vergelijkbare doelstellingen actief is en bovendien het ontwikkelingsfonds van de uit Hongarije afkomstige multimiljonair Soros geld voor de eerste lijn beschikbaar stelt, toen werd het tijd een goed voorbeeld te geven. Binnenkort komt er een vergadering waarin alle fondsen zullen bekijken hoe we op de beste manier van elkaars ervaringen kunnen leren.

Informatie betekent macht, dat is duidelijk. Door die bij je te houden heb je een appeltje voor de dorst in onzekere tijden. Informatie moet dus opgespoord worden. Maar hoewel Oost-Europa óók prachtige literatuur heeft voortgebracht: detective-verhalen horen daar niet bij.

Hans Koenis

Het Binnenhofje



Zulke uiteenlopende onderwerpen als het persoonsgebonden budget, de hoogte van het BTW-tarief op condooms, hulpverleners die zich van honkbalknuppels bedienen, en dat in één discussie, waar vind je dat?

In de Tweede Kamer, om precies te zijn bij het nota-overleg van de minister (en de staatssecretaris) van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Vaste Kamercommissie.

Als vaste kamercommissie bespreken de kamerleden die namens hun partij hierover het woord voeren, de plannen en de voortgang daarvan met de verantwoordelijke bewindslieden.

Onderwerp van het nota-overleg in het voorjaar van 1995 was de nota Gezond en Wel.. Hierin geeft de regering een overzicht van het beleid dat zij binnen de haar toegemeten tijd in de zorgsector wil uitvoeren.

In het nota-overleg komen echter ook andere zaken aan de orde.

In eerste instantie mogen de bewindslieden allerlei loftuitingen voor de plannen in ontvangst nemen. Vervolgens uiteten de kamerleden die als eersten aan het woord komen (in de zogenoemde eerste termijn), fijntjes of minder fijntjes, op hoofdlijnen of gedetailleerd, hun kritiek op de nota. In hun ijver om aan te tonen dat zij zich grondig hebben geprepareerd, deinken sommige kamerleden er niet voor terug om de bewindslieden zelfs te wijzen op foutjes in tabellen.

Tot slot, en dat neemt - anders dan je zou verwachten - het leeuwedeel van de tijd in beslag, toont de Kamer zich het intermediair tussen regeringsverantwoordelijken en de burger, lees het veld.

Hierbij zet niet zelden de actualiteit de toon en zoöok bij het onderhavige overleg. Voorafgaand had een hoge ambtenaar op een congres ter ere van het jubileum van de Witte Jas (een Amsterdams eerstelijns-collectief dat zorg biedt aan de onderkant van de stedelijke samenleving, red.), laten weten dat er een noodfonds voor hulp aan illegalen zou worden ingesteld. Een mededeling als lakmoesproef voor de verschillende politieke partijen. Niet alleen gaven alle woordvoerders van de grote partijen te kennen op de hoogte te zijn van dit nieuwsfeit; ook gaf men weer hoe de respectievelijke achterbannen hierover denken. Met name de VVD vreesde voor een structurele regeling, die zou kunnen leiden tot aantrekkelijk medisch toerisme. De minister suste de zaak. Het betrof een fonds waarop hulpverleners die illegalen bijstaan een beroep kunnen doen, en niet de onverzekerden zelf..

Verder ging het overleg over de grote-stads-problematiek je cumulatie van dermate veel problemen, dat hulpverleners zich soms van slagwapens voorzien, om de agressie waarmee het één en ander gepaard gaat het hoofd te kunnen bieden); de op handen zijnde invoering van het langverwachte persoonsgebonden budget; het (anti-)rookbeleid van de overheid,

Landacht verdient hier nog de spanning tussen de coalitiepartijen. Bij monde van Oudkerk, is de PvdA van mening dat besparingen in de zorg vooralsnog niet, in de vorm van een verplichte eigen bijdrage, op de burger moeten worden afgewenteld. Allereerst dient gezocht te worden naar meer doelmatigheid in de zorg. Het idee winst te behalen door een

doelmatigheidsverhoging is niet nieuw: de werkgevers (VNO-NCW) roepen dit al jaren. De VVD daarentegen houdt, onder verwijzing naar het regeerakkoord, vast aan de invoering van een eigen risico van 200 gulden voor elke Nederlander, ziekenfondsverzekerd of particulier.. Hoewel nauwelijks uitgesproken, klinkt deze tegenstelling door in de aanvaringen tussen Oudkerk en Kamp (VVD).

Maar ook andere, evenzeer principiële verschillen van inzicht deden zich voor.. In het kader van het AIDS-beleid acht D'66 het een goede zaak dat sinds kort voor condooms het lage BTW-tarief van 6% geldt.. Maar ware een tarief van 0% niet te prefereren? Hetgeen de SGP de vraag doet stellen wat zo'n prijseffect in de gebruikscijfers veroorzaakt.. Men koestert ernstige twijfels. Waarop D'66 woordvoerder Van Boxtel -als rechtgeaarde Nederlander- het verschil voorrekent: een voordeel van een kwartje per condoom. Het CDA veronderstelt, dat Van Boxtel het onderste uit de kan wil. Tot grote hilariteit van de aanwezigen.

Nadat alle fracties hun zegje gedaan hebben (men leest gewoonlijk een voorbereide tekst voor), antwoorden de bewindslieden in de eerste termijn. De ambtenaren, waaronder de verantwoordelijke DG's (directeur-generaals) vergezeld van enige ambtenaren uit de lagere regionen, schrijven drifstig mee als de kamerleden de in hun speech verpakte vragen stellen. Hun antwoordbriefjes worden dan door de minister voorgelezen op volgorde van de vragenstellers. Het publiek dat de vergadering op publieke tribune bijwoont, begint afhankelijk van het moment ook te schrijven. Zij hebben vaak ingrediënten aangeleverd voor de speeches.

Op deze avond waren er: waarnemers van de NCCZ, de Rutgers stichting, de anti-tabakslobby alsmede vertrouwde gezichten van clubs die zich vrijwel altijd tonen op de publieke tribune. De farmaceutische industrie bijvoorbeeld heeft haar voelsprietendeels in de persoon van de immer aanwezige werkgeversverenigingswaarnemer.

Op de publieke tribune nemen journalisten een aparte plaats in, zij hebben zitplaatsen met schrijfruimte. Ook hebben zij een eigen restaurant in de Tweede Kamer, tot ergernis van sommige andere bezoekers. Gelukkig voor hen, is de koffie ook voor niet-journalisten beschikbaar tegen de vriendenprijs van 50 cent..

Na de schorsing, waarin iedereen zich naar de koffiejuifvrouw spoedt, start de tweede termijn. Kamerleden reageren nu op het betoog van de zijde van de regering. Daarin kan de Kamer aangeven of zij eerder aangekondigde moties alsnog indient.. Ook kan zij schriftelijk antwoord wensen op bepaalde vragen, die in het overleg onbevredigend beantwoord worden. Dat overkomt de goed ingevoerde minister Borst (het is merkbaar dat zij vice-voorzitter van de Gezondheidsraad is geweest) en de staatssecretaris, snedige raspolitica Terpstra, zelden.

Voor zover de tijd dit toelaat, reageert de minister ook tijdens de tweede termijn, meestal om de puntjes op de i te zetten.

En zo krijgt iedereen zijn zin: de Kamerleden hebben hun standpunt - weer eens - kenbaar gemaakt, het publiek heeft antwoord op brandende vragen, de pers hoort leuke, minder leuke en smeulige nieuwtjes en de bewindslieden vinden meer steun voor het te voeren beleid.

Matthe Ribbens, redacteur TGP

OPSCHONEN

HET FARMACEUTISCH PAKKET HERZIEN

Geert Koeken

De Nederlandse overheid heeft zich een kostenbeheersingsbeleid farmaceutische hulp voorgenomen. De minister van VWS beoogt in 1996 en 1997 een bedrag van 700 miljoen te besparen op de geneesmiddelen.

De plannen om dit te bereiken volgen elkaar in snel tempo op. Twee werden er de afgelopen maanden gelanceerd, met de bedoeling het ziekenfondspakket uit te dunnen.

Het eerste plan is om volgend jaar nagenoeg alle slaapmiddelen niet meer door ziekenfondsen te laten vergoeden. De minister is van mening dat slapeloosheid een licht ongemak is en vindt het daarom niet nodig dat slaapmiddelen via het ziekenfonds worden vergoed. Het plan levert minimaal vijftig miljoen gulden op.

Het andere plan was om vrouwen boven de achttien jaar vanaf volgend jaar de pil uit eigen zak te laten betalen. Dit plan heeft inmiddels schipbreuk geleden en is van de baan. Het schrappen van de pil had een besparing van vijftig miljoen op moeten leveren.

De minister laat zich bijstaan door de commissie Criteria Geneesmiddelkeuze, die twee jaar geleden is ingesteld. De commissie toetst geneesmiddelen op grond van de volgende vier criteria: noodzakelijkheid van behandeling, effectiviteit, doelmatigheid en de vraag of de zorg voor eigen rekening kan komen. Tot dusver heeft de commissie proeftoetsingen uitgevoerd van 121 geneesmiddelen. Deze toetsingen worden nu van commentaar voorzien door de Ziekenfondsraad, die op haar beurt de Minister hierover voor 1 oktober moet adviseren (1).

HONDERDDUIZENDEN

Volgens schattingen telt Nederland een miljoen regelmatige gebruikers van slaapmiddelen. Een half miljoen Nederlanders is chronisch gebruiker en mogelijk hieraan verslaafd. Studies tonen aan dat vrouwen twee keer zo vaak slaapmiddelen krijgen voorgeschreven dan mannen.

Het probleem van overconsumptie bij slaapmiddelen wordt in het algemeen zwaar onderschat. Het gaat niet alleen om mensen die lang gebruiken maar ook om mensen die veel en verscheidene middelen gebruiken. Minister Borst acht incidentele behandeling met slaapmiddelen wel nodig, maar dat mag niet langer dan twee weken duren. Continu gebruik langer dan twee weken is volgens haar niet verantwoord omdat dan de effectiviteit van het slaapmiddel afneemt en het risico op afhankelijkheid ervan toeneemt.

Benzodiazepinen zijn de belangrijkste slaapmiddelen. Ze gaan door voor relatief veilig; in combinatie met alcohol kunnen er echter gevaarlijke verschijnselen optreden. Het bekendste ongewenste effect is sufheid en verminderde alertheid. Bij bejaarden bestaat de neiging om te vallen met kans op fracturen. Op dit moment is niet duidelijk hoe

drogist én de prijs van deze pil moest enkele guldens dalen.

Daarmee ging ze een stapje verder dan in het slaapmiddelen-plan en daarmee leek de concurrentiestrijd tussen drogist en apotheker te zijn uitgebroken.

Bij alle economische argumenten om de pil door de drogist te laten verkopen, is het belangrijkste tegenargument echter nauwelijks genoemd: de functie van de apotheker bij het onderzoek naar de bijwerkingen van geneesmiddelen en hun rol bij het veilig gebruik ervan. Een goed geleide apotheek kan met medicatiebewaking ongewenste interacties tussen geneesmiddelen voorkomen. Bovendien kan met het huidige systeem steeds worden nagegaan welke geneesmiddelen aan de patiënt werden afgeleverd. Dit is van belang bij het oproepen van patiënten als een geneesmiddel te kortkomingen of onbekende bijwerkingen blijkt te hebben.

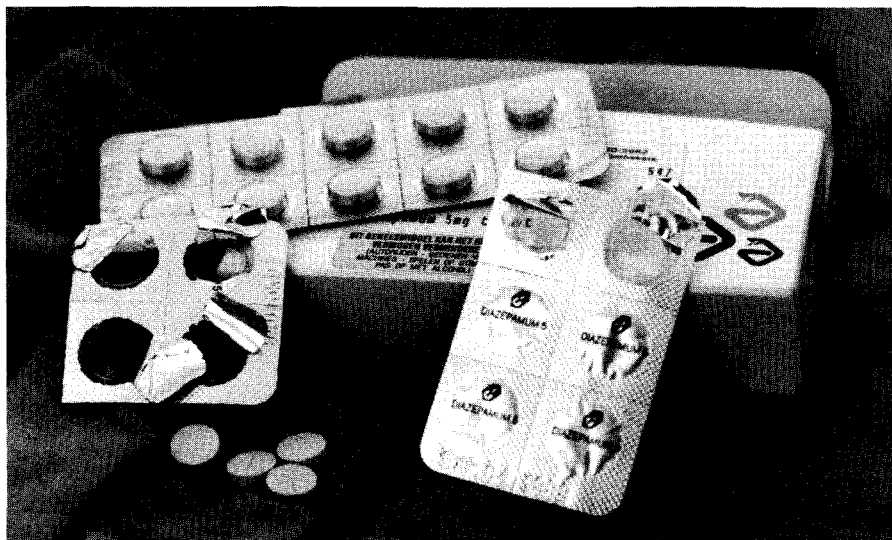


foto: Marlies Bosch

de slaapmiddelen te verkrijgen zullen zijn als ze uit het pakket worden gehaald. Gezien de werking en bijwerkingen van deze geneesmiddelen lijkt het verstandig om het gebruik van deze middelen te laten plaatsvinden onder professionele begeleiding.

PIL: DROGIST

Aan het pil-plan had Borst twee voorwaarden gekoppeld: de anticonceptiepil zou verkrijgbaar moeten zijn bij de

Een versnippering van gegevensverzameling over verschillende verkooppunten, namelijk apotheken én drogisten, is met het oog op een veilig geneesmiddelengebruik ongewenst.

Een veel gehoorde onderbouwing voor de mogelijkheid van verkoop van geneesmiddelen door de drogist is dat men nu toch wel genoeg weet van de bijwerkingen van bijvoorbeeld orale anti-conceptiva. Hoewel er in de afgelopen jaren veel onderzoek is verricht

met deze middelen, kan de vrije verstreking van de pil uitgelegd worden als strijdig met een Europese richtlijn die zegt dat geneesmiddelen aan medisch recept onderworpen moeten worden, als zij ook bij normaal gebruik direct of indirect gevaar kunnen opleveren of als de werking of bijwerkingen nader bestudeerd moeten worden.

PIL: APOTHEEK

Hoewel het voor de moderne consument handig lijkt de pil in de supermarkt te kopen, zijn er argumenten die ervoor pleiten een dergelijk geneesmiddel alleen via de apotheek af te leveren. Ten eerste is het een gegeven dat onbekende bijwerkingen van geneesmiddelen nog na jaren gebruik aan het licht kunnen komen. Via de computer van de apotheek zijn dergelijke bijwerkingen vroegtijdig te signaleren.

Ten tweede zijn er nu eenmaal bekende interacties tussen orale anti-conceptiva en geneesmiddelen (bijvoorbeeld antibiotica), die moeilijker kunnen worden voorkomen wanneer er verschillende verkooppunten komen voor geneesmiddelen, namelijk de apotheek en drogist..

Ten derde zal met de voortgaande registratie van stoffen met een nieuw chemisch bestanddeel de kans toenemen dat aanvankelijk onbekende interacties van deze stoffen met orale anticonceptiva pas na registratie worden ontdekt.. Met de aflevering van deze nieuwe producten via de apotheek en van de orale anti-conceptiva van de drogist wordt onderzoek naar onbekende interacties bemoeilijkt..

Een ander gehanteerd argument was dat mannen op dit punt solidair zouden moeten zijn met vrouwen. En dan was er nog de Europese regelgeving. Aangezien in de 14 andere lidstaten van de Europese Unie de pil uitsluitend op recept verkrijgbaar is, zou Borst met haar

plan het streven naar harmonisatie van verstrekingsvoorwaarden van medicijnen op de Europese interne markt doorkruisen.

Het pil-plan heeft de afgelopen maanden geen gebrek gehad van belangstelling in de pers. Uiteindelijk heeft de minister toegegeven aan de druk: de pil blijft een noodzakelijke gezondheidsvoorziening voor vrouwen. Daarmee heeft ze het haarzelf niet gemakkelijk gemaakt.. Andere maatregelen zullen vergeleken gaan worden met de argumentatie die ze in het geval van de pil heeft gehanteerd.

Maar minister Borst heeft haast, ze wil van de resultaten van haar inspanningen profiteren. Ze heeft al aangekondigd dat ze binnen afzienbare termijn nog meer geneesmiddelen wil laten beoordelen op effectiviteit en doelmatigheid van de verstreking. Een eerste opschoning van het pakket moet tegelijkertijd plaatsvinden met de overheveling van de geneesmiddelen van de AWBZ naar het ziekenfonds- en standaardpakket, op 1 januari aanstaande.

VELD WIL ZELF DOEN

Intussen voelen apothekers, huisartsen en patiëntenverenigingen zich onvoldoende betrokken bij de toetsing van het geneesmiddelenpakket, die in eerste instantie door de ambtenaren van Borst is uitgevoerd. De toetsing vond niet op uitsluitend medisch-farmaceutische criteria plaats. Mee is gewogen welke middelen voor eigen rekening en verantwoording in aanmerking komen. Gebruik van dit criterium wordt uitgelegd als een politieke keuze, die in het veld niet in dank werd afgenomen.

Het is de vraag of de voorgestelde regelgeving van bovenaf tot de gewenste structurele kostenbeheering en kwaliteitsbewaking in de geneesmiddelenvoorziening zal bewerkstelligen. Huis-

artsen en apothekers kunnen zelf aan deze doelen een belangrijke bijdrage leveren. Onderzoek wijst uit dat het overgrote deel van de snelle kostengroei ontstaat doordat steeds meer nieuwe, dure geneesmiddelen worden voorgeschreven (2). In veel gevallen zijn deze nieuwe middelen niet beter dan beproefde oudere en goedkopere alternatieven.

Wanneer artsen en apothekers op lokaal niveau met elkaar keuzes maken over welke middelen op grond van noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid, de voorkeur verdienen, dan zijn er veel kosten te besparen. Een dergelijk overleg komt ten goede aan de kritische houding van deze professionals ten aanzien van de claims en grilligheden van de farmaceutische bedrijfstak. Bovendien komt het overleg te goede aan de kwaliteit van de patiëntenvoorlichting (3).

Nu de minister schoon schip wil maken met de ondoelmatigheid in de geneesmiddelenvoorziening en het de bedoeling is dat steeds meer middelen zonder recept verkrijgbaar worden, ligt er voor arts en apotheker een nieuwe uitdaging om aan de medicatiebegeleiding van de patiënt meer inhoud te geven.

Geert Koeken is andragoog en publicist.

Noten

1. Brief met bijlage d.d. 18-5-1995 van de minister van VWS aan de voorzitter van de Ziekenfondsraad.
2. Gegevens over diagnoses en therapie van het Instituut voor Medische Statistiek over 1994.
3. Sinds 1992 wordt er in het hele land gestructureerd farmacotherapie-overleg tussen huisartsen en apothekers begeleid. Dit project is ondergebracht bij de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening in Utrecht..

Rectificatie.

Het artikel *Op straat*, voor TGP nummer 4 geschreven door Ronald B.J. Smit in het kader van het thema 'Wonen', is helaas niet naar behoren geplaatst; de illustratieve casussen ontbraken. De redactie excuseert zich hiervoor bij schrijver en lezers.

Hieronder volgt, nu volledig, het artikel.

OP STRAAT

Ronald B.J. Smit

Thuisloosheid is geen nieuw verschijnsel. Al voor het begin van onze jaartelling werden mensen beschreven die leefden op de rand van de samenleving. Zo nam Diogenes bewust afstand van alle luxe, hij leidde een eenvoudig, natuurlijk en vooral schaamteloos leven. Diogenes koos ondanks zijn afkeer voor het wereldlijke voor de zekerheid van woonruimte: een regenton.

Bij Job was er geen sprake van een bewuste keuze. Zijn lot werd van hogerhand bepaald. Hij verloor voor korte tijd huis en haard, gedwongen bracht hij zijn leven buiten door. Het effect op zijn lichamelijke toestand was desastreus.

Mijn lichaam is met maden en korsten stof overdekt,
mijn huid klopt en ettert.
Mijn dagen gaan sneller dan een weversspoel,
en spoeden ten einde zonder hoop! (Job 7: 5-6)

Duizenden jaren beschaving later zijn thuislozen slechter af dan Job. Greep God bij hem uiteindelijk krachtig in, nu zijn thuislozen voornamelijk op zichzelf aangewezen. Het gebrek aan vaste woonruimte heeft ook bij hen rampzalige gevolgen voor de gezondheid.

Woonruimte lijkt een conditio sine qua non voor het bestaan in deze samenleving. Het ontbreken van adres, postadres en telefoon verstoort het aangaan en onderhouden van iedere relatie. Sterker, thuislozen zijn onbereikbaar. De overheid en allerlei instanties hechten grote waarde aan het bezit van woonruimte. Zonder adres geen uitkering, geen verzekering tegen ziektekosten. Het woord huisarts is in deze context dan ook letterlijk.

Thuislozen lopen noodgedwongen onverzekerd op straat. Op zich is dit geen ramp. Problemen ontstaan als ze ziek worden en een beroep doen op de hulpverlening. Dan blijkt dat onze verzorgingsstaat voor hen niet toegankelijk is. Onder het motto 'no pay, no cure' worden thuislozen teruggestuurd naar waar ze vandaan komen: de straat.

Deze ervaringen stellen thuislozen, vaak opnieuw, telear in de hulpverle-

ning. Het negatieve wereldbeeld dat ze vaak hebben wordt bevestigd en versterkt. Het wantrouwen neemt toe. Bij (gedwongen) contact met hulpverleners reageren mensen agressief en veeleisend: de hulp moet onmiddellijk worden gegeven.

Gezondheidsklachten worden door veel thuislozen gebagatelliseerd. Niet ongehoord aan wie een dak boven het hoofd hebben, onderdrukken zij de problemen met een combinatie van alcohol, pillen en drugs. De hulpverlener, indien wél bereid en gemotiveerd zich in te zetten, is eveneens machteloos. Hij ervaart zowel de ontoegankelijkheid van de reguliere hulpverleningskanalen als het zorgvermijdende gedrag van de thuisloze. De goedwillende hulpverlener is vervolgens geneigd de, strict gesproken eigen, verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de thuisloze op zich te nemen.

ZIEK

Thuislozen zijn, uit bittere noodzaak te overleven, continu in beweging en kennen weinig mogelijkheden van rust. Het leven op straat is keihard en eist al snel zijn tol.

De politie haalt op een zeer koude avond de 42-jarige A uit een portiek en voert hem af naar het hoofdbureau. Hij geeft aan zich niet wel te voelen. Een gemeentarts wordt geraadpleegd. Deze vindt bij lichamelijk onderzoek niets. A wil echter dat de arts een bed regelt omdat hij zich niet lekker voelt, hongerig is en al drie dagen in de kou gelegen heeft. Het is niet mogelijk een plek voor hem te regelen. Hij gaat terug naar de straat.

De 25-jarige B, bekend met een niet ingestelde epilepsie, komt op het spreekuur voor thuislozen met de mededeling dat ze zwanger is. De zwangerschapstest is negatief, maar kan echter verstoord zijn door het gebruik van methadon. Een echo zou uitsluitsel kunnen geven, doch zonder verzekering is die niet mogelijk. Een uitkering is geweigerd. Het gebrek aan een postadres. Dagelijks wordt B getuffeld door langdurige en ernstige sulten.

De hulpverlener staat voor een keus: instellen op anti-epileptica (met kans op vruchtbeschadiging), abortus of preventie van zwangerschappen in de toekomst. Abortus wordt door B ca partner geweigerd. Periodieke controle is door het gebrek aan een vast adres niet mogelijk. De zwangerschap eindigt met de moedervlek. B weigert daarna iedere moeienis.

De 25-jarige C heeft in zijn jeugd een ernstig ongeluk meegemaakt... Een lelijk litteken aan zijn onderbeen is aanwezig. Wegens de slechte doorbloeding is een fistel ontstaan waar het pus naar buiten afloopt.. De genezing zou gebaat zijn met een intensieve wondverzorging, goede voeding en gedoseerde rust onder hygiënische omstandigheden. Het gebrek aan woonruimte, uitkering en verzekering maakt dit onmogelijk. Als plots een besmettelijke huidbacterie zich onder de passanten van een nachtverblijf verspreid, doet C een agressief beroep op de hulpverlening. Zijn lotgenoten mijden hem als de pest, omdat hij voor hen de potentiële infectiebron is. Dit versterkt zijn agressie, die geuit wordt op de hulpverlening. Deze kan hem hierdoor niet verder helpen.

De 42-jarige Belg D vertoeft, illegaal in Nederland. Door het vele lopen en slechte hygiëne is hij behept met loopvoeten. De kans op wondroos is reëel.. Strikte rust met een goede voetverzorging is noodzakelijk. D kan wegens het gebrek aan structurele voorzieningen nergens terecht..

De 34-jarige seropositieve E leeft al jaren onverzekerd op straat.. De ziekte komt in een beslissend stadium. Ze geeft aan niet meer op straat te kunnen leven. Directe opvang is niet te regelen. E neemt een overdosis aan pillen om een einde te maken aan haar leven. Omstanders weten op tijd een ambulance te regelen. Ze wordt vervoerd naar een ziekenhuis. Na het leegpompen van haar maag staat E enige dagen later weer op straat..

Ziekten verlopen vaak ernstiger en de kans op sterfte is groot.. Blootstelling aan barre weersomstandigheden, slechte en eenzijdige voeding en de verminderde lichaamshygiëne ondermijnen de algemene weerstand. De gevoeligheid voor ziekten neemt toe. Een thuisloze kan zich niet veroorloven ziek te zijn.

De 48 jarige F is verzekerd en heeft een uitgebreid psychiatrisch verleden. Ze mijdt hulpverleners. Op een dag wordt ze zwaar verzuimd door de politie naar het spreekuur voor thuislozen gebracht.. Ze verzet zich tegen het lichamelijk onderzoek; toch lukt het om een doek van haar hoofd te verwijderen. Een diepe hoofdwond wordt zichtbaar.. Maden kruipen eruit.. Haar haar krioelt van het ongedierte. F weigert iedere vorm van medewerking. Een gedwongen opname wordt gerealiseerd.

Ziek zijn verstoort de dagelijks routine van het regelen van allerlei behoeften. De primaire afwijkingen zijn niet specifiek voor de groep thuislozen. Hart- en vaatziekten, respiratoire problemen, neurologische afwijkingen, wonden en afwijkingen aan het bewegingsapparaat komen ook bij de rest in de samenleving voor.. Het tekort aan rust en hygiëne bij thuislozen leidt ertoe dat gewone klachten verworden tot chronische gezondheidsproblemen. Longproblemen en hart-en vaatziekten verergeren bij gebrek aan medicatie en slechte omgevingsfactoren. Er zijn ook specifieke gezondheidsklachten bij thuislozen. Huidafwijkingen bijvoorbeeld treden op na beschadiging van de huid na langdurig krabben (bij ongedierte). Secundaire infecties krijgen zo hun kans. Schurft, wordt opgelopen door contact met besmette lotgenoten. Loopvoeten en schimmel ontstaan door lange wandelingen in natte, krappe schoenen. Door verwaarlozing van wonden ontstaan situaties die in de middeleeuwen thuishoren. Onbehandelde wonden leiden tot verminderd functioneren van spieren of ledematen. Soms geven ze de thuisloze een afschrikwekkend aanzicht..

ERGERVOORKOMEN

De praktijkgevallen -vergaard in Utrecht- spreken voor zich. A heeft nog geen gezondheidsproblemen. Het is evenwel denkbaar dat ze kunnen ontstaan. In een normale situatie zou bedrust erger kunnen voorkomen, A stuurt daar tevergeefs op aan. Bij B wil de hulpverlener meer, omdat B geen verantwoordelijkheid neemt voor haar ziekte. De maatschappij heeft thuisloosheid als normaal verschijnsel geaccepteerd. Verwacht wordt dat thuislozen dan ook initiatief tonen om mee te

werken aan een oplossing. C ondermijnt deze gedachte. Zijn veeleisende gedrag heeft een averechts effect.. Hij accepteert noch de autoriteit van de arts, noch van andere hulpverleners. De situatie rond D is tekenend voor de huidige passieve houding (angst?) in het zorg- en opvang circuit. om illegalen te helpen. De samenleving reageert alleen bij levensbedreigende situaties. E heeft niets meer om voor te leven. Op sociale gronden wordt haar leven gered. De maatschappij kan ook met wettelijke middelen ingrijpen. Hoewel F verzekerd is en toegang heeft tot zorg, wijst ze deze stelselmatig af. Om zichzelf (en de maatschappij) te beschermen wordt ze met dwang opgenomen. Dat dit dwangmiddel willekeurig gebruikt wordt, verduidelijkt het geval van B. Hier was een gedwongen opname niet mogelijk.

Om de gezondheidsproblemen van thuislozen het hoofd te bieden, organiseert de GG&GD Utrecht laagdrempelige spreekuren voor thuislozen. In opvangcentra voor thuislozen worden gedurende vijf dagen per week sociaal-medische zorg geleverd. Met de concrete aanpak van de klacht begint de zorg pas. Achter de ziekten schuilen vele problemen. Het accent van hulpverlening is in de loop der jaren verschoven van de artsen naar de verpleegkundigen. De basis van hulpverlening aan thuislozen is het aangaan van een intensief contact zonder verplichtingen.

DAG & NACHT

De groep thuislozen groeit jaarlijks, kent een hoge wisseling en grote verscheidenheid van personen. Het aanbod van opvang- en zorgvoorzieningen verandert noodgedwongen mee. Waar eerst een tijdelijke nachtopvang aan de behoefte voldeed, zijn nu een dagopvang met allerlei functies, sociale pensions en andere laagdrempelige voorzieningen inmiddels ontoereikend.

Binnen de grote groep thuislozen zijn subgroepen te onderscheiden. Een deel van de Utrechtse thuislozen heeft zich verenigd en organiseert zelf nachtopvang met (financiële) ondersteuning van de gemeente. Dit zijn ervaren en mondige thuislozen die in staat zijn hun leven op straat grotendeels in eigen hand te nemen. Daarnaast is er de grote groep zeer kwetsbare individuen, die nauwelijks vertrouwen hebben in de omgeving. Een gedeelte durft zich niet (meer) in genoemde voorzieningen te vertonen. Nieuwe drempelloze voorzieningen, zoals de Tussenbus in Utrecht,

Signalementen

worden opgezet ter ondersteuning.

Ook de zorg is aan veranderingen onderhevig. De sociaal medische gesprekken van de GG&GD bleken te passief. De meest kwetsbaren (zogenoemde zorgwekkende zorgvermijders) worden hiermee niet bereikt. De verpleegkundigen van de GG&GD benaderen deze mensen nu actief en leveren zorg op straat: buitenzorg. Mensen worden gemotiveerd tot het gebruiken van het laagdrempelige zorgaanbod. Bij de reguliere instellingen wordt bemiddeld om toch zorg te leveren die aansluit bij de gezondheidsproblemen of opvangbehoefte van thuislozen. De zorg moet met enige dwang doch gedoseerd gegeven worden, afgestemd op het individu. Het gevaar van verloedering of initiatiefverlies blijft, zo tot een minimum beperkt.

Het totaal van deze buitenzorg is gericht op vermindering van de gezondheidsproblematiek tot een maatschappelijk acceptabel niveau. Anders gezegd: het is de samenleving, i.c. de politiek, die de zorg voor thuisloze, bijna onbereikbare, verwaarloosde mensen op het huidige niveau stelt.

Geconstateerd is dat het leven op straat, zonder huis en adres, een negatief effect heeft op de gezondheid. Zorg is veelal onbereikbaar, omdat thuislozen niet (kunnen) voldoen aan de maatschappelijke eisen of iedere vorm van bemoeienis afwijzen.

Voordat efficiëntere zorg geleverd kan worden, dienen enige obstakels uit de weg geruimd. Herstel van vertrouwen in de hulpverlening en het realiseren van een structurele bron van inkomsten zijn primaire uitgangspunten en tevens onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Een netwerk van instellingen moet een cliëntgerichte zorg leveren en de gezamenlijke verantwoordelijkheid hiervoor dragen.

Het aantal thuislozen kan omlaag, we onderscheiden interventie door instroombeperkende en uitstroombevorderende activiteiten. Thuislozen die desondanks geen verandering willen, moeten een beroep kunnen doen op een structurele laagdrempelige zorg. De gemeente heeft een verplichting om deze vorm van bodemzorg te garanderen. De rol van de (lokale) overheid en de ziektekostenverzekeraars moge duidelijk zijn.

Ronald B.J. Smit is arts coördinator vangnet/thuislozen afdeling MGZ, GG&GD Utrecht.

Werknemers met een psychiatrisch verleden kunnen in hun werk tegen problemen oplopen. Wanneer ze collega's inlichten over hun verleden, kan dat leiden tot onbegrip of grappen. Ook zwijgen over een psychiatrisch verleden kan spanningen met zich meebrengen. Een aantal hulpverlenings- en cliëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg heeft het initiatief genomen om zelfhulpgroepen voor werknemers met een psychiatrisch verleden te helpen opzetten. De groepen bieden steun aan mensen die van de hulpverlening weinig aandacht (meer) krijgen omdat ze er ondanks hun problemen in geslaagd zijn om weer deel te nemen aan de samenleving. Doel van de groepen is om door lotgenotencontact en onderlinge ondersteuning en advisering terugval in ziekte of WAO te voorkomen.

Voor folders en informatie: Zelfhulpgroepen voor Werknemers met een Psychiatrisch Verleden (ZWPV). Per adres: Stichting Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg (SOGG), Postbus 23115, 3001 KC Rotterdam. 010-4367577

PUBLICATIES

Met het oog op autonomie bevat de samenvattende resultaten van overzichtsstudies naar de zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Die studies zijn geïnitieerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ). Het boek valt uiteen in twee delen. Er zijn zes overzichtsartikelen onder de noemer 'psychosociaal functioneren' die ondermeer ingaan op het voorkomen van psychologische en psychiatrische problematiek onder chronisch zieken, het thema 'kwaliteit van leven' en het effect van interventieprogramma's. Het tweede deel bevat bijdragen onder het thema 'Zorgverlening aan chronisch zieken'.

Eén bijdrage past niet in de structuur en is aan het begin van het boek geplaatst. Dit hoofdstuk, van Arco Oderwald, geeft het echter een bijzondere waarde. Oderwald onderzocht een groot aantal ego-documenten van chronisch zieken. Hij analyseert de inhoud van deze documenten en vraagt zich af wat voor waarde ze hebben. Daarvoor presenteert hij drie perspectieven: dat van de buitenstaander, dat van de lotgenoot en dat van de schrijver zelf.

Onveranderlijk komt naar voren dat de ego-documenten vanuit het lotgenoten- en het schrijversperspectief een grote waarde hebben. Lotgenoten herkennen zich en putten er steun uit. De schrijver bevrijdt zich en bekijkt zijn leven met andere ogen. Maar ook de buitenstaander kan veel leren van een egodocument. Oderwald doelt hier op de hulpverlener, maar geplaatst in dit boek dringt zich echter vooral de vraag op welke waarde het fenomeen egodocument kan hebben voor het onderzoek naar zorg voor chronisch zieken.

C. Spreeuwenberg et al (red.); Met het oog op autonomie: zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken.

Assen, Van Gorcum, 1995 ISBN 90 232 2993 2. Het boek is verkrijgbaar in de boekhandel voor f 49,50

In het kader van een restrictief vreemdelingenbeleid heeft de Nederlandse overheid een aantal maatregelen in voorbereiding die de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen ernstig beperken. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving zijn van mening dat de landelijke overheid ook dan een verantwoordelijkheid houdt voor de zorg aan illegaal verblijvende vreemdelingen. Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen: advies over de gevolgen van de koppelingwet voor de gezondheidszorg. Zoetermeer, 1995. De gezondheid van migranten zou verbeterd kunnen worden door de verbeterde sociaal-economische omstandigheden. Daarnaast is een integratiebeleid nodig. De gezondheidszorg kan aan het beleid bijdragen door vergroting van de toegankelijkheid van voorzieningen, door het oplossen van taal- en communicatieproblemen en een betere afstemming aan de hulpverlening op een multiculturele cliëntenpopulatie. Aldus een advies van de nationale Raad voor de Volksgezondheid en het Overlegorgaan gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving.

Gezondheidsbeleid voor migranten; advies over de Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief. Zoetermeer, juni 1995.

Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek

Het tijdschrift voor Gezondheid & Politiek wil op een kritische, maar vooral analytische wijze de ontwikkelingen in je gezondheidszorg volgen, niet alleen vanuit de verstrekker van de zorg, maar ook vanuit de ontvanger: de patiënt.

Het tijdschrift wordt uitgegeven in samenwerking met de Stichting Gezondheid & Politiek en verschijnt 6x per jaar.

Abonnementsprijs

- f 75,00 voor particulieren
 f 110,00 voor instellingen

BESTELBON

Fax of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop naar:

Uitgeverij **VAN GORCUM**, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen, Tel. 05920 46846/Fax 05920 72064.

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Datum _____

Handtekening _____

Abonneert zich tot wederopzegging op het **Tijdschrift** voor Gezondheid & Politiek.



Het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* is een kwartaalblad dat wil bijdragen aan de gedachtenvorming inzake gezondheidszorg, ethiek en christelijke levensbeschouwing.

Wilt u het tijdschrift kado geven of iemand verrassen met een proefexemplaar vult u dan onderstaande bon in, dan zorgen wij ervoor dat het tijdschrift op het juiste adres wordt bezorgd. Uiteraard kunt u ook zelf een abonnement nemen.

Abonnementsprijs

- f 50,-- voor particulieren
 f 65,-- voor instellingen

Faktuuraadres

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

BESTELBON

Graag aankruisen wat van toepassing is:

- Ik geef een kado abonnement van het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* aan'
 Ik bestel een proefexemplaar van het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*
 Ik neem zelf een abonnement op het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*

Datum _____

Handtekening _____

• als u een kado abonnement geeft dient u ook het *faktuuraadres* in te vullen

Fax- 0592072064- of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop aan: Uitgeverij **VAN GORCUM**, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Uitgeverij _____

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 05920 46846
Fax 05920 72064



Medisch onderwijs in de praktijk

J.C.M. Metz, A.J.J.A. Scherpbier, C.P.M. van der Vleuten (redactie)

1995. 452 blz. f 89,50 - ISBN90 232 2996 7

Het geven van goed onderwijs vraagt van de docent naast vakkennis en inzet een grondige kennis van onderwijstechnieken en didactische vaardigheden.

Tot de verschijning van dit handboek ontbrak echter een overzicht van de voor het medisch onderwijs bruikbare inzichten en instrumenten.

Metz, Scherpbier en Van der Vleuten namen het initiatief tot de samenstelling van dit unieke, praktische hand- en studieboek. Hiermee geven zij de lezer inzicht in de bestaande en nieuwe onderwijsvormen, toetsingsmogelijkheden, doceervaardigheden, onderwijsbeleid en kwaliteitszorg.

Het boek besteedt ook aandacht aan fundamentele vragen over medisch denken en handelen en de implicaties daarvan voor het onderwijs. Evenzeer vindt de gebruiker praktische wenken op alle mogelijke terreinen van het onderwijs en geeft het verwijzingen naar literatuur voor meer specifieke vraagstukken. Een uniek, instructief en lezenswaardig handboek voor iedereen die in het medisch onderwijs of bij gezondheidszorg-opleidingen werkzaam is.

Gezondheid en leefomgeving

Van wijken weten

J. van den Bogaard & B. Groot (redactie)

1995. 146 blz. f 32,50 - ISBN90 232 3000 0

Gezonde Steden Reeks, deel 5

Een gezonde leefomgeving is een voorwaarde voor een goede gezondheid. Wanneer bewoners een actieve rol krijgen bij het beïnvloeden van hun omgeving, wordt de leefomgeving bovendien een instrument voor het bevorderen van gezondheid. De dubbele waarde die de leefomgeving aldus voor de gezondheid kan hebben wordt in dit vijfde deel belicht. De moderne gezondheidswerker werkt niet alleen ten behoeve van, maar ook met de bevolking aan de leefomgeving. Zij of hij 'weet van wijken'. Deze benadering stelt andere eisen aan de beroepshouding. Door dichter bij de mensen te staan worden processen minder voorspelbaar, de resultaten daarentegen zijn veelbelovend. Belangrijke elementen van de benadering zijn facilitair management, communicatie en zelforganisatie. In acht praktijkvoorbeelden worden verschillende facetten toegelicht.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij uitgeverij

Postbus 43, 9400 AA Assen

Tel. 0592 346846 - Tel. per 1 november '95 - 0592 379555

Fax 0592 372064

VAN GORCUM

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Datum

Handtekening

Verzoekt te zenden rechtstreeks van de uitgever /Via boekhandel'

'doorhalen wat niet van toepassing is

ex. **Medisch onderwijs in de praktijk**

ex. **Gezondheid en leefomgeving**

Deze coupon faxen - 0592372064 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:

VAN GORCUM, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen

Nieuw

Nieuw

Bestelcoupon