

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR. 3 / JULI 1996



Utrecht: Aletta

Den Haag: PvdA

Rotterdam: el Mizan

Amsterdam: JGZ

Nieuw

Facetten van traumabehandeling

A.J. de Jong (red.)

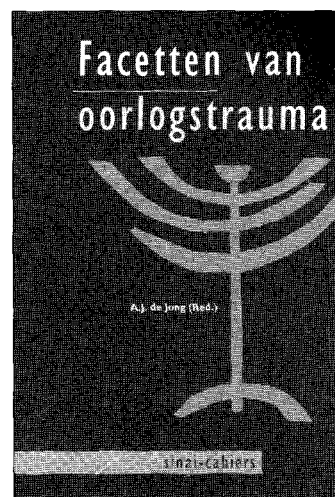
1996.104 blz. f 29,50 - ISBN 90 232 3116 3

Sinai-cahiers

Het Sinai-Centrum, het Europees centrum voor joodse geestelijke gezondheidszorg en psychotraumabehandeling kent in haar benadering van de zorg een aantal bijzondere kenmerken.

Die kenmerken hebben vooral te maken met het behandelklimaat en de specifieke betrokkenheid. Over deze facetten van traumabehandeling vertellen medewerkers van het centrum in dit boek. Zij verhalen over verpleegkundige attitudes en psychotherapie, over overlevenden en de na-oorlogse generatie, over joodse en Indische oorlogservaringen.

Het boek gaat over al die facetten die het Sinai-Centrum maken tot een zorg- en behandelcentrum voor diegenen die door oorlog of georganiseerd geweld in psychische nood zijn geraakt.



Nieuw

Het medisch kunnen

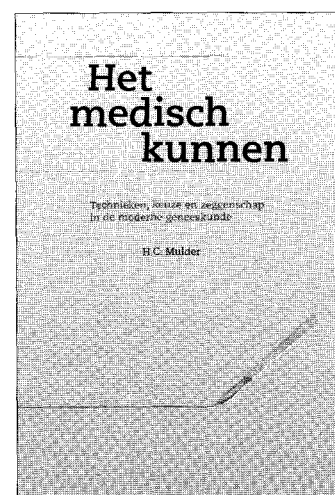
Technieken, keuzen en zeggenschap in de moderne geneeskunde

H.C. Mulder

1996. 236 blz. f 49,50 - ISBN 9023231465

Dankzij de ontwikkeling van de geneeskunde zijn er veel mogelijkheden om ziekte te voorkomen en ziekten te behandelen. Aan de moderne geneeswijzen zijn echter goede en kwade kansen, onzekerheden en keuzeproblemen verbonden. Medische kennis en kunde zijn onlosmakelijk verbonden met de noodzaak tot oordelen en kiezen.

De nauwe relatie tussen kunnen en kiezen staat centraal in dit boek, dat een nuchter perspectief biedt op de moderne geneeskunde voor eenieder die is betrokken bij de gezondheidszorg.



Se druk

Inleiding in de medische sociologie

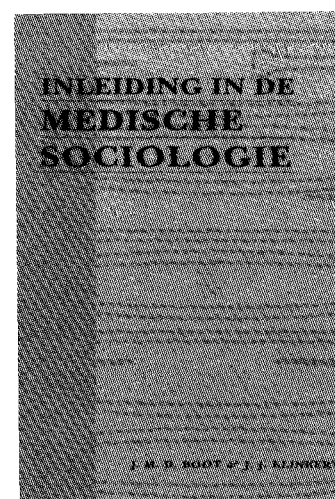
J.M.D. Boot, J.J. Klinkert

1994. 216 blz. f 48,50 - ISBN 902322888 X

Al sedert 1977 neemt deze inleiding in de medische sociologie een belangrijke plaats binnen het onderwijs in. Deel I, waarin de (medische) sociologie als wetenschappelijke discipline wordt geïntroduceerd, is geheel herschreven.

Deel II, over sociologische begrippen in hun toepassing op gezondheid, ziekte en (gezondheids)zorg is volledig herzien.

Deel III, waarin gezondheid, ziekte en (gezondheids)zorg gezien worden is deels herschreven en aangevuld.



Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen

Tel. 0592 379555/ Fax 0592372064



TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR 3 / juni 1996

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 0592-379555
Fax 0592-372064

Redactie
Saskia van der Lyke, Jeannette Pols, Matthé
Ribbens, Albert Schoenmaker, Arjen Stoop,
Hans Tenwolde, Joost Visser..

Themaredacties
Arbeid & Gezondheid Joost Visser, Tngrid
Halewijn, Eijmert. Mudde, Peter ten Cate,
Yolant Vermeulen, Agnes Meershoek. .
Public Health & Onderkant Ingrid van de
Vegte, Josine van den Bogaard, Anja Koorn-
stra, Rascha Thomas.
Interculturele zorg Hans Tenwolde, Tndra
Boedjarath, Lea Jabaaij, Anke Steinmann.
Lichaam & Technologie Saskia van der Lyke,
Antoinette de Bont, Wies Weijts.
Markt & Macht Matthé Ribbens, RoelOtten,
Martien Bouwmans, Capi Wevers, Luc
Klaphake, Loek Stokx.

Eindredactie
Maarten Dulfers

Redactieraad
Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita
Driessen, Thea Dukkens van Emden, Maria
Hermens, Joost van der Meer, RoelOtten,
Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van
Rijswijk, Lidy Schoon, Marco Stak, Janneke
van Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de
Wijngaart.

Redactieadres
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op
aanvraag aldaar verkrijgbaar...

Abonnementenadministratie
Opgave van abonnementen, opzegging en
adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk
doorgeven aan de uitgever.. Indien twee
maanden voor het verstrijken van de abonne-
mentsperiode geen schriftelijk bericht van
opzegging is ontvangen wordt het abonnement
automatisch met een jaar verlengd.
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijveninstellingen f 120,-
Particulieren f 80,-
Los nummer f 17,50

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

Foto omslag: Aletta, Utrecht

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

Inhoud

- 2 Redactioneel
- 3 Capi Wever en Alex Pos
Machtige televisiedokters
In de soorten soap en reality
- 6 Eijmert Mudde
Arbo-artsen tussen controle en preventie
In Zwolle en Den Bosch
- 9 Loek Stokx en Matthé Ribbens
De panacee van de PvdA
Het verhaal van de dokter en de econoom
- 13 Marieke Groot en Ingrid van Zuilekom
Ongezonde kankerbestrijding
De arbeidsomstandigheden op oncologie
- 15 Rascha Thomas en Ingrid van de Vegte
De instantie die er moet zijn
Jeugdgezondheidszorg
- 19 Boeken
Keuringsartsen; werk;
- 22 Margreet ten Have
Hulp aan allochtone vrouwen niet anders
Reactie op categoriaal verhaal
- 24 Het Binnenhofje
Matthé Ribbens
- 25 Annemiek Cuppen en Hans Tenwolde
Vrouwengezondheidszorg
Volgens Aletta
- 28 Hans Koenis
Brief uit Boedapest
De laatste: In private
- 29 Joke van de Zwaard
In de weegschaal
Het Rotterdamse consultatiebureau
- 30 Godelieve van Heteren
Column
Gepaste zorg
- 32 Signalementen

REDACTIONEEL

Bij het verschijnen van dit nummer van TGP is de *Kwaliteitswet zorginstellingen* een paar maanden van kracht. Typisch zo'n wet van de huidige overheid. Wat kwaliteit van zorg is, daarover zul je niet veel vinden. Er moet verantwoorde zorg worden geboden, en dat wordt min of meer gedefinieerd als doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht. Er moet capabel personeel zijn. En er moeten kwaliteitsbeheersingssystemen zijn. Van die wet willen we niets kwaads zeggen, maar wanneer we denken aan de vierpersoonskamers en door personeelskrapte bedreigde aandacht in verpleeghuizen, de schrale restanten van het 'zorgproduct' van de thuiszorg, de soms halsbrekende toeren van solistische huisartsen, de overconsumptie van tranquillizers, de noodzaak van prenatale screening, de afstemming van zorg op migranten - hebben we het dan ook niet over zorgkwaliteit? De overheid beperkt zich tot globale aanwijzingen en toezicht op afstand. En nu maar eens afwachten hoe die kwaliteit gaat groeien en bloeien!

Is dit het soort gebrek aan inhoud dat Stokx en Ribbens beschrijven in hun bijdrage *De panacee van de PvdA* over zorginhoudelijke discussie binnen de PvdA? Beheersing daar gaat het kennelijk vooral om. En dan vooral van de kosten. We hebben daar begrip voor (bent u al abonnee?). Maar een beetje tegenwicht aan echte zorgvisie zouden we graag bieden in dit blad. Een snuffe vrouwenhulpverlening met het bijbehorende elan (zie het interview), een ditje menselijke aandacht zoals Joke van der Zwaard die toont voor Marokkaanse moeders, een datje ironische waarneming van Hans Koenis uit Boedapest, en de ontmaskerende werkelijkheid van Godelieven van Heterens oom Piet. Bij elkaar genomen bieden deze bijdragen een mooie garantie voor kwaliteit, die misschien niet zo doeltreffend en zo is, maar wel warm, wel solidair, wel veilig, wel goed.

Kwaliteit van zorg ... Gezondheid is nog geen geluk. En zorg is meer dan wetenschap en verantwoorde techniek. Het leven is soms moeilijk te begrijpen, vandaar ook, nu zingingsystemen wegvallen, onze preoccupatie met gezondheid en onze lankmoedigheid bij de voortschrijdende medicalisering. Steeds meer aspecten van ons doen en laten vallen onder het beheer van het medisch regiem, en, Achterhuis zei het al, dat behoort tot het nieuwe van de moderne maatschappij en dat sluit zo aan bij onze geheime wensen

dat we het niet eens merken. Behalve in TGP natuurlijk. Artsvriendelijk blad, maar van medicalisering moeten we al dertien jaar niets hebben. Lees Wever en Pos maar, een relativerende beschouwing over televisiedokters.

Kritiek mag en kan leuk worden opgeschreven. Vandaar ook dat we blij zijn met de reactie van lezers op onze artikelen, zoals die van Ten Have op het artikel 'Lessen van de vrouwenhulpverlening', uit TGP 1996/2.

Verantwoorde zorg kan alleen geleverd worden onder goede arbeidsomstandigheden, die komen dus ook in dit nummer aan bod. De arbozorg is te vinden in 'Dagelijks werken met cytostatica'. Cytostatica zijn geneesmiddelen tegen kanker, maar zelf ook kankerverwekkend. Beroepsmatige blootstelling aan deze middelen is dus gevaarlijk. Wie werkt met cytostatica dient zichzelf te beschermen door het dragen van handschoenen, masker, veiligheidsbril etc., aldus de landelijke *richtlijn cytostatica*. Marieke Groot en Ingrid van Zuilekom, beide oncologie-verpleegkundige, leggen uit dat dat leidt tot schijnzekerheid, en stellen wat anders voor.

Verzekeringsartsen zaten bij de bedrijfsvereniging en bedrijfsartsen vond je bij de werkgever. Deze twee disciplines bevonden zich lang in kalm vaarwater, en dreven allebei ongeveer dezelfde kant op. Tot een paar jaar geleden. In de beleidswaterval tegen WAO en ziekteverzuim zijn ze uiteindelijk samen opgedoken als arbo-arts bij de uit het niets verschenen arbo-diensten.

Eijmert Mudde vraagt zich af hoe arbo-artsen in de dagelijkse praktijk omgaan met de toenemende invloed van de markt en van werkgevers. Zijn zij wel in staat om aandacht te schenken aan ziekteverzuim in relatie tot arbeidsomstandigheden (preventie), of draait het toch in de eerste plaats om controle op ziekteverzuim?

De redactie van TGP heeft geen kwaliteitswet nodig, maar kwaliteit is altijd nodig en de oorsprong van alle kwaliteit is kritische reflectie. Zou verantwoorde zorg in die zin nu politiek correct zijn geworden? Wij proberen die in elk geval te bieden, hoe politiek correct dat ook klinkt, dat proberen we al dertien jaargangen, zonder enige wettelijke aansporing. Het kwaliteitsbeheersingssysteem, dat bent u lezer. Zie niet toe op afstand, maar houd ons wakker en laat ons doorgaan.

MACHTIGE TELEVISIEDOKTERS

Capi Wever en Alex Pos

De maatschappelijke belangstelling voor het thema medische macht is relatief jong. De (weder-)geboorte van deze belangstelling in de jaren vijftig en zestig viel samen met een breder maatschappelijk verzet tegen machtstructuren als zodanig. Wat er precies met medische macht bedoeld werd, en waarom men vond dat die macht onwenselijke proporties had aangenomen, blijft dikwijls onderbelicht.

Die vragen kun je tegenwoordig ook stellen, aan de hand van het verschijnsel medische televisie - soap en reality.

WAT VOORAFGING

Aanvankelijk richtte de aandacht zich vooral op microniveau, op de asymmetrische arts-patiënt relatie, op de zogenaamde bevelhuishouding, en op de dingmatige werk- en denkwijze van medici waarin de zieke mens tot object wordt gereduceerd. Belangrijk hierbij was het werk van Parsons, die met de definitie van het begrip *illness* een theoretisch einde maakte aan de wegcijfering van de mens binnen het medisch denken.

In een latere fase overheerste de - moreel beladen - gedachte van een zich uitbreidende maatschappelijke macht of medicalisering. Volgens Oderwald is het een primaire taak van artsen om de patiënt een verhaal te verschaffen waarin de onuitdrukbare ziekte ervaring uitgelegd wordt - waarin deze een verleden, heden en toekomst krijgt. De relatie tussen arts en patiënt is aldus gezien fundamenteel asymmetrisch: hierin ligt de kern van de medische macht besloten. Medicalisering vertaalt zich in dit licht naar de situatie waarin de burger voor een toenemende verzameling aan ervaringen zijn verhaal komt halen bij een arts: niet slechts in het concrete geval van ziekte, maar als algemene richtingwijzer voor het leven, in vroegere tijden een taak van religie en priesters. Rolies suggereert dan ook dat artsen de priesters van de moderne tijd zijn: de moderne mens zou slaaf van de geneeskunde zijn geworden.

In recente jaren is de nadruk meer op de macro-economische gevolgen van expanderende medische macht komen te liggen: door zijn afhankelijkheid van medici, dan wel consumptie van gezondheidszorg, zou de burger de collectieve lasten onverantwoord hoog opjagen.

HUMANE ARTSENIJ

De strijd tegen de medische macht, kenmerkt zich door een heterogeniteit aan perspectieven. Op microniveau is reeds het één en ander veranderd, zo wordt aangenomen. Thans wordt aan de meeste medische faculteiten in Nederland sociaal-wetenschappelijk onderwijs geboden, een poging om artsen meer humaan te maken. Artsen doen vandaag de dag aan overleg: de moderne (huis-) arts heeft de gewraakte bevelhuishouding verlaten en handelt in open overleg met zijn of haar ge-protoprofessionaliseerde patiënten. De in 1995 ingevoerde Wet Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst kan gelden als het voorlopig hoogtepunt in dit emancipatieproces.

Ook op macro-economisch niveau worden niet aflatende pogingen ondernomen de medische macht in te perken: boze tongen beweren dat er tegenwoordig meer belastinggeld aan gezondheidszorg-management dan aan medische salarissen wordt besteed.

GEROEZEMOES

Rond de veronderstelling dat gezondheid thans té hoog gewaardeerd wordt en de mogelijkheden van de geneeskunde té hoog worden ingeschat, blijft het opvallend stil - behoudens wat (sociaal-wetenschappelijk) geroezemoes. Zo verwonderlijk is dat niet: het zou immers een aanval op de burger inhouden wat, vanuit politiek perspectief, te allen tijde een riskante onderneming is. Veiliger is het om te wijzen naar de (anonieme) media: deze zou de burger een overmatig positief beeld van geneeskunde voorschotelen en aldus medisch consumptisme in de hand werken. Worden artsen in de media inderdaad afgebeeld als de priesters van onze moderne

tijd en is daarmee de macht van de geneeskunde ook groter dan ooit?

ARTS & MEDIA

Recent besteedde Medisch Contact, het lijfblad van de KNMG, uitgebreid aandacht aan het thema arts en media. Medische programma's kunnen in principe een positieve bijdrage leveren aan het temperen van medische consumptie, door de burger op te voeden, zo wordt voorondersteld. Met name medici betwijfelen of deze doelstelling met het huidige niveau van medische programma's bereikt wordt. Televisiemakers zouden specifiek medisch nieuws doorgaans ongenueanceerd positief brengen, waardoor eerder het omgekeerde optreedt: een stijging van medische consumptie. Bovendien zou een vertekend beeld van de geneeskunde overgedragen worden, waarbij het accent op succes ligt. Dit zou onredelijke verwachtingen of zelfs een 'verwerpelijke' levenshouding in de hand kunnen werken. Elie heeft deze hypothese in de praktijk getoetst. De vraagstelling van haar onderzoek was als volgt: als vandaag op de televisie verkondigd wordt dat medicijn x beter werkt dan medicijn y, leidt dat dan morgen tot een verhoogde vraag naar medicijn y bij de huisarts? Haar conclusie luidt dat dit niet het geval is. Het onderzoeksmodel van Elie heeft echter een beperkte sensitiviteit: het is alleen gevoelig voor de specifieke inhoud van een boodschap en meet louter het onmiddellijke effect daarvan op het gedrag. De hypothese dat medische programma's op termijn bijdragen aan een (verkeerde) beeldvorming bij de burger over de geneeskunde en aldus van (negatieve) invloed zijn op medische consumptie, wordt in haar onderzoek niet getoetst.

TE DRASSIG

Het begrip beeldvorming laat zich moeilijk in maat en getal uitdrukken, is een te drassige basis voor kwantitatieve onderzoekstechnieken, en wordt aldus dikwijls buiten het sociaal-wetenschappelijk onderzoek gehouden. Daarmee is echter nog niet gezegd dat het niet van belang is (van Dijck, 1996). Het valt nauwelijks te ontkennen dat medische

programma's meer doen dat het documenteren van een medisch verhaal c.q. het overdragen van concrete hapklare medische informatie-brokkjes. De regie bepaalt het thema, welke patiënten in beeld gebracht worden, tegen welke achtergrond en sfeer de opnames gemaakt worden, welke takes er genomen worden, waar de camera gepositioneerd wordt en hoe deze wordt bestuurd. Men bepaalt ook de filmsoort, de afspeelsnelheid, de achtergrond muziek en de sequentie waarin de opnames worden gemonteerd. Medische programma's zijn dus ontegenzeggelijk een constructie, een cultureel produkt. Deze constructie is niet los te denken van de 'concrete inhoud'.

AMBIGU BEGRIJ

Eén van de kardinale problemen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar gezondheid wordt gevormd door conceptuele problemen rond het begrip gezondheid zelf. Veelal wordt impliciet verondersteld dat de betekenis van dit begrip eenduidig is en aldus probleemloos kan worden ingezet. Onderzoekresultaten trekken dit echter in twijfel. Gebleken is dat mensen die gezondheid hoog waarderen, naar medische maatstaven beslist niet gezonder leven (Kooiker, 1996). Er zijn meer aanwijzingen dat het eenduidige gezondheidsbegrip niet staande kan worden gehouden. Wanneer aan de burger gevraagd wordt wat hij of zij onder 'gezondheid' verstaat, blijkt men daarbij vooral te denken aan een regelmatige levensstijl of positief denken (Kooiker, 1996). Het spreekt voor zich dat deze alledaagse opvattingen maar weinig gelijkenis vertonen met de wijze waarop binnen de wetenschappelijke geneeskunde over gezondheid gesproken wordt. Gezondheid lijkt een ambigu begrip, met tenminste twee gezichten: een alledaags gezicht en een medisch gezicht. Burgers en artsen spreken kennelijk niet, of niet altijd, over hetzelfde als het over gezondheid gaat. Donna Spruijt-Metz komt in haar studie naar gezondheidsgedrag van adolescenten tot een soortgelijke conclusie: het medisch gezondheidsbegrip verklaart het feitelijke gezondheidsgedrag van jongeren onvoldoende en biedt daarmee ook onvoldoende gelegenheid om gezondheidsgedrag te beïnvloeden.

MEDISCHE TELEVISIE

Er lijkt weinig twijfel over te bestaan: gezondheid is het belangrijkste in ons leven. Het wekt dan ook geen verbazing dat dit een buitengewoon populair onderwerp op de Nederlandse televisie is.

Medische televisieprogramma's vallen grofweg uiteen in twee categorieën: programma's die een heuse medische situatie presenteren (reality programma's: *AMC-tv, Ingang oost*) en programma's die zich buiten de concrete medische situatie plaatsen. Deze laatste groep bevat een bonte verzameling programma's, waaronder rubrieken die primair gericht zijn op de overdracht van (medische-) informatie, zoals actualiteitenrubrieken en *De spreekkamer* en talkshows en medische soaps.

Logischerwijs zijn talkshows bedoeld om te praten en dat gebeurt dan ook veelvuldig. De - vaak luchtige - discussies spelen zich af tussen de presentator (m/v), het genodigde panel en het publiek. Het panel wordt veelal gevormd door een combinatie van 'ervaringsdeskundigen' - meestal ex-patiënten - en 'experts', waaronder medici maar met enige regelmaat ook alternatieve genezers en/of gedragswetenschappers. Twee categorieën aan medische problemen blijkt populair: banale condities (vanuit medisch perspectief) waarvoor een adequaat beleid (behandeling, advies) bestaat, en door de reguliere geneeskunde niet gedefinieerde - of tenminste onbegrepen - en dus ongeneeslijke klachten of ziektes.

DOKTER IN MAATPAK

In beide omstandigheden vervult de geneeskunde een bescheiden rol. Dokters zijn hier niet aanwezig om hun almachtige geneeskunsten te laten gelden, de handen blijven diep in de zakken van een chique maatpak gestoken, de statige witte jas is thuis gebleven. De dokter commandeert hier niet maar wordt ondervraagd door een kritisch en zelfbewust publiek. In het gunstigste geval mag de dokter als raadsman optreden, maar zelfs dan moet hij nog maar afwachten worden in hoeverre het eigenzinnig publiek zijn dure woorden zal opvolgen: advies is vrijblijvend. In sommige programma's lijkt de dokter louter aanwezig om een lifestyle van joggen en links-gedraaide yoghurt te legitimeren (een passief werkwoord) - naadloos aansluitend op adviezen over goede voeding en de juiste kleurspoeling voor droog haar.

ERNSTIG MIS

Reality-programma's wijken af van het boven geschetste beeld. Wat meteen opvalt is de ondubbelzinnige voorkeur voor de acute, interventie-gerichte, geneeskunde. De nerveus bewegende camera's en close-ups van angstige gelaatsuitdrukkingen maken duidelijk dat hier iets ernstig mis is. De dokter zit niet langer, comfortabel achteruit in een ontwerp van Jan des Bouvrie, zijn adviezen te geven, maar stapt met ferme passen, gehuld in witte - of nog liever groene - jas, zelfverzekerd door de gangen van het ziekenhuis. Het kritische en zelfbewuste talk show publiek is vervangen door een kermende, vermagerde, sombere, bewusteloze of hevig bloedende patiënt. Altijd zwijgzaam, altijd die blik van onbekendheid en onzekerheid. Opvallend is ook de afwezigheid van gesproken commentaar: een eigenwijs over het leesbrilletje heen blikkende Ria Bremer, is in geen velden of wegen te bekennen. Door het beeld flitsen slechts onheilspellende tekstfragmenten. De boodschap is duidelijk: dit is geen moment voor een gesprek maar voor **handelen**. Als er al iemand spreekt, dan is dat steevast de dokter. Nadat medische interventie is gepleegd, verdwijnt de patiënt uit beeld om slechts na gedeeltelijk of volledig herstel weer op ons netvlies te verschijnen. Ditmaal staat de nog wat pipse patiënt ons uitgebreid te woord, meestal met een synopsis van 'zijn' medisch verhaal - een lofuiting aan het adres van het medisch team. Nog slechts weinig herinnert ons aan de ernstig zieke, onzekere en sprakeloze patiënt van daarvoor.

Een oordeel vellen over de staat van medische macht anno 1996 aan de hand van de constructie van medische televisieprogramma's is onlosmakelijk verbonden met een nuancering van het begrip 'gezondheid' dat in deze programma's centraal wordt gesteld.

KRITISCH PUBLIEK

Hanteren we gezondheid als eenduidig (medisch-) concept, en medische programma's daarmee als een eenduidig genre, dan voert dat tot een aantal voorzichtige conclusies. Een eerste conclusie onderschrijft de stelling dat 'gezondheid' bij de moderne burger zeer in de belangstelling staat. Vrijwel elke talkshow besteedt aandacht aan het thema gezondheid, daarnaast is sprake van een groeiende markt voor reality programma's. Op grond van dit gegeven zou men kunnen concluderen dat de macht van de geneeskunde is toegenomen: de burger komt immers in toenemende mate zijn verhaal bij de dokter halen (Oderwald, 1993). Desalniettemin heeft het verhaal dat de dokter in talkshows komt brengen een weinig dwingend karakter. Het publiek is kritisch en heeft meer weg van een consument dan van een slaaf.

De tweede conclusie luidt aldus dat de macht van medici gaten vertoont. Het beeld van de mondige patiënt wordt echter sterk tegengesproken in reality-programma's waarin de patiënt zwijzaam en de dokter nog immer oppermachtig is.

AIEDAAGSE GEZONDHEID

Talkshows en reality programma's handelen, echter over heel verschillende vormen van gezondheid. Talkshows lijken het archetype onder de televisieprogramma's waar het de alledaagse gezondheid betreft. Het onderwerp én het publiek van talkshows is gezond en gezondheidsbewust Nederland. De alledaagse gezondheid is eerst en vooral het domein van de burger zelf, daarbij bijgestaan door onder andere medici maar ook voedingsdeskundigen, gezondheids-goeroe's, kappers, schoonheidsspecialisten, de buurman, oma's wijze woorden en de astrologie. Hooghartige dokters worden hier teruggefloten. Wanneer we talkshows aldus diskwalificeren als medisch programma, omdat ze over de alledaagse gezondheid handelen, dan blijft als netto resultaat enkel het genre reality-programma over: deze programma's stellen immers hun lenzen scherp op de 'werkelijkheid' van ziekte.

WEKEN GEWIST

Hoe zeer reality programma's ook pretenderen een afspiegeling van de werkelijkheid te zijn, de chronologie is in hoge mate vervormd, waarbij het accent overduidelijk op de crisis, de interventie en het herstel ligt. Zonder opgaaf van reden, worden soms wekenlange ziekenhuisopnames gewist uit het verhaal. Een ieder die werkzaam is in de medische sector weet dat de opname-fase bij uitstek een fase van geleidelijk herstel, van soms onlogisch geordende goede en slechte dagen, van afwachten, meten en bijsturen is. Het chronische deel van een ziektegeschiedenis is blijkbaar al even oninteressant als chronische ziekten zelf (chronisch zieken komen zelden op de t.v.). Als de opname-fase al in beeld wordt gebracht, dan blijft dit aspect vaak onderbelicht, doorgaans word er in korte fragmenten, een telkens betere toestand vastgelegd. De essentie van de breuk met het gezonde bestaan en het contact met de geneeskunde moet schijnbaar niet op de ziekenzaal gezocht worden. In deze constructie wordt het medisch probleem gesimplificeerd: er wordt een logisch, rechtlijnig, verband gesuggereerd tussen ziekte-medische interventie-gezondheid. Reality programma's leveren op deze

manier een modernistische visie op ziekte, artsen en geneeskunde: hoewel de geneeskunde er nog niet in is geslaagd alle ziekte uit te roeien is het vertrouwen groot dat dit slechts een kwestie van tijd is. Daarmee zouden we onze conclusie ten aanzien van medische macht moeten bijstellen: vanuit dit oogpunt lijkt de geneeskunde pretentieuzer en machtiger dan zij de afgelopen decennia is geweest.

VERKEERD IDEE

Wat is de relevantie hiervan voor de gezonde - televisie kijkende - burger. Enerzijds kan men vrezen dat de gezonde burger passief gebruikt wordt door de beeldvorming - een verkeerd idee van de geneeskunde door de strot geduwd krijgt - wat weer aanleiding zou kunnen geven tot onwenselijke medische consumptie, onredelijke verwachtingen of zelfs een verwerpelijke levenshouding. Zo'n volstrekt passieve houding is echter onwaarschijnlijk. Als we een televisieprogramma opvatten als een tekst, dan betekent dat dat de betekenisvraag niet los kan worden gezien van de interpretatie van de lezer zelf (Hüttner, 1995). Het is dus van belang te weten wat de gezonde burger zelf met deze programma's doet. Het is niet uit te sluiten dat deze zoals ook bij talkshows en medische soaps het geval is, binnen een geheel ander blikveld dan dat van de medische gezondheid geconsumeerd wordt. Zo is het voorstelbaar dat reality programma's als moderne tragedies fungeren waarin het eerder draait om algemene thema's als kwetsbaarheid, het kwade en de held dan om de (persoonlijke) medische gezondheid.

VERHAAL HALEN

We halen de stelling van Oderwald in herinnering: zieke mensen komen bij de dokter om hun verhaal te halen. Het verhaal van de dokter moet, zo meent Oderwald, weliswaar anders zijn dan het verhaal van de patiënt, maar het moet wel herkenbaar blijven. Reeds lang is het, ook binnen de westerse geneeskunde, gewoon om demonen en monsters als metaforen in te zetten bij de verklaring van ziekte (Lévi-Strauss, 1958). De niet-snijdende medische beroepen hebben de afgelopen 200 jaar een hoge mate van abstractie bereikt. Hierdoor is het moeilijk om een patiënt met bijvoorbeeld een bepaalde hormonale ziekte uit te leggen wat er aan de hand is. Uitleg aan een gemiddeld televisiepubliek zal vrijwel onmogelijk zijn. Voor de snijders onder de dokters ligt dat anders. Als ware ridders trekken zij

zichtbaar ten strijde tegen het kwade, de handen druipend van het bloed: geen woorden maar daden. Vanuit dit gezichtspunt is het misschien niet eens zo vreemd dat reality programma's zo vaak inzoomen op juist deze beroepsgroep en dat het ontzag van de gemiddelde burger - en ook het ontzag van de gemiddelde dokter - voor deze specialismen zo groot is. De chirurgie biedt in haar metaforiek meer mogelijkheden (van Dijk, 1995).

CONCLUSIE

De aandacht voor gezondheid als thema op de Nederlandse buis viert hoogtij. Talkshows handelen over de alledaagse gezondheid en zijn aldus niet als 'medisch' programma te beschouwen. Reality programma's projecteren een oppermachtige geneeskunde. Het is echter denkbaar dat dit type televisieprogramma's op een geheel andere wijze 'gelezen' worden, dat de emoties die zulke programma's oproepen niet de emoties behorend bij ziekte, lijden en dood zijn. Wellicht wordt de arts als redder in nood bij ziekte niet wezenlijk anders gepercipieerd als Robert ten Brink als redder in nood bij relatieperikelen. De impact van de afgebeelde medische macht op televisie kijkend Nederland zou in dat geval aanzienlijk minder zijn dan verwacht. Veel te vrezen hebben we dan niet.

Capi Wever is arts-onderzoeker, Vakgroep Filosofie en Medische Ethiek, VU Amsterdam.

Alex Pos is co-assistent.

Literatuur

- Dijk J van. De media en de beeldvorming over de geneeskunde: de effecten op de lange termijn. Medisch Contact. 1996; 15: 527-529.
- Elie, I. Medische onderwerpen in de media en de invloed daarvan op het bezoek aan huisartsen. In: Kooiker, S. E. Mootz, M. Patiënt en Professie. SCP, Rijswijk 1996.
- Hüttner H, Renckstorf K, Wester F (red). Onderzoekstypen in de communicatie wetenschap. Houten/Diegem. Bohn Stafleu Van Loghum. 1995.
- Kooiker, S. E. Mootz, M. Patiënt en Professie. SCP, Rijswijk 1996
- Lévi-Strauss, Claude. Anthropologie structurale. Pion, 1958.
- Oderwald, Arko. A Different Story: when the medical story meets itself. Journal of Medical Humanities, 1994.
- Rolies, Jan. De Gezonde Burger. Sun, Nijmegen 1988.
- Spruijt-Metz, Donna. On Everyday Health-related Behaviour in Adolescence (diss.) Amsterdam, 1995.

ARBO-ARTSEN TUSSEN CONTROLE EN PREVENTIE

Eijmert Mudde

De rol van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen is er niet eenvoudiger op geworden. Eerst werkten zij binnen de veilige muren van min of meer onafhankelijke bedrijfsgeneeskundige diensten, nu bij commerciële arbo-diensten die in opdracht van werkgevers dienstverlening bieden op de markt van ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden. Het samengaan van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen binnen arbo-diensten zou op den duur tot één soort arts voor arbeid en gezondheid moeten leiden. Zijn arbo-artsen wel in staat om aandacht te schenken aan ziekteverzuim in relatie tot arbeidsomstandigheden (preventie), of draait het toch in de eerste plaats om controle op ziekteverzuim?

Nu de kosten van ziekteverzuim door de privatisering van de Ziektewet (per 1 maart 1996) volledig voor rekening komen van de werkgevers, is er alle aanleiding om deze vraag aan arbo-artsen voor te leggen. De privatisering van de Ziektewet maakt deel uit van een ontwikkeling waarbij de samenwerking tussen artsen en bedrijven hechter wordt, bijvoorbeeld in de vorm van het Sociaal Medisch Team (SMT). In het SMT participeren naast de artsen doorgaans ook andere deskundigen vanuit de arbo-diensten, zoals maatschappelijk werkers en arbeids- en organisatie-deskundigen. Vanuit het bedrijf nemen personeelsfunctionarissen en afdelingschefs deel. In het SMT wordt ondermeer overleg gevoerd over ziekteverzuim van individuele werknemers. Wat zijn de gevolgen van de toenemende invloed van de markt en van bedrijven (commercialisering van arbo-zorg, concurrentie tussen arbo-diensten) op de dagelijkse samenwerking met bedrijven, vooral wat betreft het spanningsveld tussen werkgevers als klant en werknemers als cliënt? Wat betekent dit voor de kwaliteit van hun product: preventieve arbo-zorg?

ZWOLLE: CONROLE IS UIT

Moniek Loo is als bedrijfsarts in opleiding en sinds enkele jaren werkzaam bij een arbo-dienst in Zwolle met een bedrijfsgeneeskundige achtergrond. Loo is stellig over de mogelijkheden van preventieve aandacht voor ziekteverzuim: 'Bij onze arbo-dienst heeft verzuimcontrole geen primair accent, dat is iets dat door het bedrijf zelf gedaan wordt. In mijn bedrijven heb ik niet het idee dat ik gedwongen wordt

om heel eenzijdig aan verzuimcontrole te doen'. Loo is werkzaam voor negen grotere bedrijven, ondermeer in de industrie, waarvan de meesten voor 1994 vrijwillig aangesloten waren bij de toenmalige bedrijfsgeneeskundige dienst. Binnen deze bedrijven bestaat reeds lang de bereidheid om een verband te leggen tussen ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden, weet Loo. Het merendeel heeft een laag verzuim. Dat de arbo-dienst waarbij Loo werkzaam is een rapporteur in dienst heeft, is geen punt waarop men zich op de markt wenst te profileren. De meeste bedrijven waarvoor zij werkt, maken gebruik van een 'eigen verklaring'. Dat betekent dat de ziekgemelde werknemers schriftelijk melding maken van ziekteverzuim.

..EN COMMUNICATIE IN

Binnen de bedrijven voert Loo regelmatig overleg via het SMT. Communicatie is voor haar het sleutelwoord in de samenwerking met bedrijven: 'De beoordeling van ziekteverzuim is niet een kwestie van dokter-zijn, maar van communiceren'. Als het bedrijf om verzuimcontrole vraagt (zoals spoedcontroles) wordt daar niet altijd gehoor aan gegeven. Loo: 'Het gaat om de vraag achter de vraag naar controle. Het gaat erom deze vraag te spiegelen en terug te geven aan bedrijf. Ik moet duidelijkheid krijgen of zo'n vraag alleen maar te maken heeft met de planning op de afdeling, of met twijfel en onzekerheid van de chef. Is dit laatste het geval dan zal ik vragen naar de zin van controle door ons, ik ga daar niet zomaar in mee. In principe wil ik dat de chef zich bezighoudt met de oorzaken van dit

verzuim, ook bij twijfel en onzekerheid. Om de communicatie tussen chef en medewerker te verbeteren ben ik wel bereid om coachend en bemiddelend op te treden. Bij aanhoudende arbeidsconflicten schakel ik de arbeids- en organisatiekundige of het bedrijfsmaatschappelijke werk in'.

Loo heeft niet de ervaring dat bedrijven haar onder druk zetten om te veel informatie prijs te geven over de achtergrond van individueel ziekteverzuim. Het protocol binnen haar arbo-dienst biedt voldoende houvast om in contact met personeelsfunctionarissen en afdelingschefs de privacy van werknemers te waarborgen.

AANSTELLINGSKEURING

Loo vindt dat door de toegenomen invloed van bedrijven en de concurrentie tussen arbo-diensten de ingeslepen routines en vanzelfsprekendheden van de bedrijfsgezondheidszorg aan de kaak zijn gesteld. De veranderingen van de afgelopen jaren komen de kwaliteit van arbo-zorg ten goede, meent zij. Zelf ondervindt zij weinig hinder om eigen kwaliteitseisen aan preventief beleid te stellen. Zo heeft zij twee bedrijven ervan kunnen weerhouden om aanstellingskeuringen als selectie-instrument in te voeren.

Voorzover er wel gekeurd wordt, vindt dit op functioneerijschte wijze plaats. Daarbij biedt de wettelijk verplichte risico-inventarisatie binnen bedrijven goede aanknopingspunten, vindt Loo. Zij vertelt dat door de opstelling van de arbo-dienst twee bedrijven naar een concurrent zijn gegaan. 'Die bedrijven wilden dat niet, al dat gepraat en flauwekulover oorzaken van ziekteverzuim. Die stellen gewoon dat het ligt aan de kwade wil van de werknemers'. Daarnaast signaleert zij ook een ander negatief gevolg van concurrentie: afnemende bereidheid van arbo-diensten om kennis van en ervaring met succesvolle methodieken (zoals preventie van rugklachten) uit te wisselen. Gelet op deze geslotenheid tussen arbo-diensten en deskundigen stelt Loo dat de invloed van de markt op termijn tot een kwalitatief minder goede beroepsuitoefening kan leiden.

DEN BOSCH: CONTROLEREN

Meer dan Moniek Loo benadrukt Willem Boekholtz het belang van verzuimcontrole. Voordat hij via een arbo-dienst ging werken, was hij werkzaam als verzekeringsgeneeskundige. Zijn opleiding als verzekeringsgeneeskundige heeft hij nagenoeg afgerond. Momenteel werkt hij in Den Bosch, bij een arbo-dienst afkomstig uit de wereld van de bedrijfsverenigingen. Deze arbo-dienst richt zich vooral op kleinere bedrijven met fysiek belastende arbeidsomstandigheden, voor een groot deel in de agrarische sector en in de vleesverwerkende industrie. Boekholtz is werkzaam voor zevenhonderd bedrijven met ongeveer vijfduizend werknemers. Veel van deze bedrijven beschikken niet over een aanspreekpunt in de vorm van een professionele personeelsafdeling. Boekholtz werkt intensief samen met een rapporteur, die de ziekgemelde werknemers uiterlijk de derde ziektedag thuis bezoekt. In de meeste gevallen controleert de rapporteur gedurende de eerste weken het ziekteverzuim. Dit betekent dat de meeste werknemers weer aan het werk zijn zonder de arts gesproken te hebben. Deze situatie lijkt veel op de vroegere uitvoering van de Ziekwet door bedrijfsverenigingen.

..EN NIET SOCIAAL

Terwijl Loo twijfelt aan het effect van controle gericht op werkhervatting, is Boekholtz overtuigd van het nut daarvan, met name bij bedrijven waar het verzuim erg hoog is: 'Om bij bedrijven binnen te komen is verzuimcontrole het eerste spoor. Bij kleinere bedrijven is het vaak de enige mogelijkheid om het verzuim te drukken. Sociaal beleid is binnen deze bedrijven op korte termijn niet de kwestie. Daarom is arbo-zorg het andere spoor, een manier van werken waarbij op de langere termijn een mentaliteitsverandering bij werkgevers bewerkstelligd wordt'. Boekholtz stelt dat artsen de confrontatie met werknemers over 'onnodig verzuim' niet moeten schuwen. Meer dan bedrijfsartsen beschikken verzekeringsgeneeskundigen over de vaardigheid om met werknemers te onderhandelen over het moment van werkhervatting. Artsen dienen niet hun neus op te halen voor verzuimcontrole. Boekholtz: 'Bedrijfsartsen stellen zich te gemakkelijk als vertrouwenspersoon van de werknemer op. Verzuimcontrole is misschien niet altijd even leuk, maar is wel een essentieel onderdeel van de dienstverlening van de arbo-dienst. Ook nu de Ziekwet geprivatiseerd is, is er sprake

van claimbeoordeling. De vraag of iemand terecht ziek is, geldt weliswaar niet meer in wettelijke zin maar wel in adviserende zin ten aanzien van loon-doorbetaling'.

Het nut van controle illustreert hij aan de hand van een bedrijf met ongeveer tweehonderd werknemers. Nadat dit bedrijf overstapte naar een bedrijfsgeneeskundige arbo-dienst, steeg het ziekteverzuim van zeven naar twaalf procent. Enkele jaren later kwam dit bedrijf volgens Boekholtz 'met hangende pootjes terug'.

ARBEIDSCONFLICTEN

Hoewel Boekholtz het nut van verzuimcontrole benadrukt, is hij toch ook van mening dat arbo-zorg zich daar niet toe dient te beperken. Zo vertelt hij over een slachterij waar ongeveer 250 mensen werkzaam zijn. Op grond van zijn spreekuur constateerde Boekholtz veel arbeidsgerelateerd verzuim (omstandigheden, werktijden en pauzes, manier van leidinggeven). Door het SMT ontdekte hij dat de afdelingschefs 'absoluut niet konden communiceren'. Terwijl de bedrijfsleiding oplossingen zocht in de sfeer van negatieve prikkels (zoals spoedcontrole), schakelde Boekholtz een arbeids- en organisatieskundige in. Die adviseerde reorganisatie en automatisering van de produktieafdeling en vervanging van een bedrijfsleider. Hoewel dit project nog loopt, merkt Boekholtz nu al de gevolgen op zijn spreekuur: veel minder arbeidsconflicten, wat alleen al tot drie procent minder verzuim zal leiden.

In tegenstelling tot Loo ervaart Boekholtz het waarborgen van de privacy van werknemers als een probleem: 'Ik heb de indruk dat de meeste artsen praktisch gezien niet uit de voeten kunnen met de strikte regels van onze beroepsgroep ten aanzien van het beroepsgeheim. Wil je als arts je werk als adviseur naar het bedrijf goed doen, dan is het bijna onvermijdelijk dat je soms meer vertelt dan op grond van de strikte privacy-regels is toegestaan'. Volgens Boekholtz is er in de informatie-uitwisseling tussen arbo-dienst en bedrijf sprake van een grijs gebied. Hij merkt dat hij nog wel eens uitgaat van de 'veronderstelde toestemming' van de werknemer, vooral als hij tijdens het SMT in het belang van de werknemer zaken wil doen in verband met bijvoorbeeld werkplek-aanpassing. Volgens onderzoek dat Boekholtz zelf verricht, vindt ongeveer de helft van de werkgevers dat zij te weinig informatie krijgen, terwijl de meeste artsen menen dat

zij regelmatig te veel informatie geven. Verder heeft hij de indruk dat verzekeringsgeneeskundigen eerder bereid zijn om informatie te geven dan bedrijfsartsen. Om meer duidelijkheid te krijgen over wat wel en niet mag, pleit Boekholtz voor het aanvullen en aanscherpen van afspraken tussen arbo-diensten.

ANGST

Bedrijfsarts Ton Bruggeling merkt dat alle veranderingen op het terrein van ziekteverzuim angst bij individuele werknemers oproepen. Vooral onzekerheid over wat er in het SMT besproken wordt en over de wijze waarop deze informatie later gebruikt kan worden bij eventuele reorganisaties (bijvoorbeeld als selectie-instrument). Bruggeling is als bedrijfsarts zes jaar werkzaam in Den Bosch, bij een arbo-dienst met een bedrijfsgeneeskundige achtergrond die moet concurreren met de arbo-dienst van Boekholtz. Voor het grootste deel van zijn werktijd is Bruggeling betrokken bij een produktie bedrijf met tweeduizend werknemers over heel Nederland (produktie, kantoor, transport en winkels). Evenals Boekholtz werkt hij samen met een rapporteur, waardoor ook hij ziekgemelde werknemers meestal pas na enkele weken op het spreekuur ziet. Spoedcontroles door de rapporteur vinden incidenteel plaats, meestal op verzoek van de afdelingschefs.

Bruggeling benadrukt dat een goede arts met alle partijen in het bedrijf contact dient te houden en hen van informatie moet voorzien. Niet alleen contact met de werkgever, maar ook met individuele werknemers en met vertegenwoordigers van de werknemers (ondernemingsraad en vakbond). Als artsen eenzijdig kiezen voor de belangen en doelstellingen van de werkgever, dan wordt dat op een gegeven wel afgestraft door de ondernemingsraad. Bruggeling: 'Als arts ben je vertrouwenspersoon van werknemer en werkgever. Op bepaalde momenten, zoals bij arbeidsconflicten en afvloeiingskwesties, moet je als bedrijfsarts afstand nemen en geen partij kiezen. Maar ik geef toe dat het soms moeilijk manoeuvreren is'. Vanwege de angst voor het SMT geeft Bruggeling op verzoek van de ondernemingsraad voorlichting aan werknemers. Ook betrokken instanties binnen het bedrijf (zoals de commissie voor veiligheid, gezondheid en welzijn) en de vakbond worden door hem geïnformeerd. Kwesties als toestemmingsvereiste en privacy-reglement komen

daarbij aan de orde. Hoewel de ondernemingsraad over instemmingsrecht beschikt, zijn de werknemersvertegenwoordigers afhankelijk van het beleid van personele zaken en directie. Bruggeling heeft de indruk dat ondernemingsraden door scholing steeds beter in staat zijn om tegengas te geven als de contracten tussen bedrijven en arbo-diensten worden afgesloten.

SPANNING

Ondanks zijn pogingen om met werkgevers en werknemers een goede verhouding op te bouwen, ervaart Bruggeling een toenemende spanning in zijn werk. Deels verklaart hij deze druk uit de institutionele veranderingen op het terrein van ziekteverzuim (privatisering en commercialisering), waardoor de verhouding tussen werkgevers en werknemers vaker op scherp komt te staan. Ook verbindt hij deze spanning met zijn individuele loopbaan: werknemers leren hem beter kennen en nemen hem meer in vertrouwen. Bruggeling: 'Vroeger functioneerde de bedrijfsarts als een soort huisarts in een bedrijfssetting. Momenteel ben je niet meer zo onafhankelijk van de bedrijven en is het veel moeilijker om het vertrouwen en de verwachtingen van werknemers waar te maken. In de huidige situatie ligt de druk van de claimbeoordeling meer bij de bedrijfsarts'. Door de ontwikkeling van arbo-diensten werken bedrijfsartsen met twee petten (arbeidsomstandigheden en verzuimcontrole), waardoor hun positie gecompliceerder wordt.

Ondanks de toenemende druk ziet Bruggeling wel degelijk mogelijkheden om vorm te geven aan preventief beleid. Als voorbeeld noemt hij een project op een productie-afdeling met een grote stofbelasting. Via voorlichting over de risico's van stof en via samenwerking met personele zaken en directie wordt aandacht besteed aan de preventie van ziekteverzuim. De resultaten van dit preventieproject worden terug-

gekoppeld naar het arbo-jaarplan van het bedrijf. Ook op het terrein van werkplekadvisering en houdings- en bewegingsadviezen (bijvoorbeeld van de rug) wordt door samenwerking met de bedrijfsverpleegkundige aan preventie gedaan.

SCHEIDSLIJN: WEL

Eén punt wordt duidelijk uit de gesprekken met deze drie artsen: het ideaal van één arts voor arbeid en gezondheid is nog lang geen werkelijkheid. Hoewel bij dezelfde instelling in opleiding wordt Loo als bedrijfsarts en Boekholtz als verzekeringsgeneeskundige opgeleid. Niet alleen in de opleiding maar ook in de praktijk blijken de oude scheidslijnen tussen de twee disciplines te bestaan. Als verzekeringsarts hecht Boekholtz veel meer waarde aan verzuimcontrole dan Bruggeling en met name Loo, beiden bedrijfsarts. Terwijl Loo de controle op ziekteverzuim als taak van het bedrijf ziet, profileert Boekholtz zich op zijn vaardigheden om met werknemers te onderhandelen.

..EN NIET

De verschillen in taakopvattingen van artsen lopen niet parallel met de oude scheidslijnen tussen verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. Deze verschillen hebben ook te maken met de bedrijfssector waarin deze artsen werkzaam zijn. Grotere bedrijven met een zelfstandige personeelsafdeling hebben veel meer mogelijkheden om de controle op ziekteverzuim zelf uit te voeren. Dit biedt artsen de mogelijkheid om met 'eigen verklaringen' te werken en zich meer op preventie en arbeidsomstandigheden te richten. Daarnaast hebben de omvang van ziekteverzuim en de bedrijfscultuur invloed op het dagelijks functioneren van arbo-artsen. Naarmate het ziekteverzuim hoger is en er binnen het bedrijf een politieke sfeer rondom ziekteverzuim hangt, zullen arbo-artsen meer onder druk gezet worden om controlerend op

te treden (vroegtijdige controle gericht op werkhervatting) en (te) veel informatie over individuele werknemers prijs te geven.

TEGENSTRIJDIGE BELANGEN

Controle mag misschien dan wel een probaat middel zijn om hoog ziekteverzuim omlaag te krijgen, als het verzuim op den duur lager is biedt het steeds minder winst. Op langere termijn doen arbo-artsen er verstandig aan om een goed evenwicht te zoeken tussen controle en preventie, tussen aandacht voor ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden. Dat het zoeken naar dit evenwicht voor artsen niet eenvoudig is, heeft alles te maken met de vaak gecompliceerde verhoudingen tussen en tegenstrijdige belangen van werkgevers en werknemers. De expertise, ervaringen en vaardigheden van zowel bedrijfsartsen als verzekeringsartsen zullen in de toekomst hard nodig zijn om evenwichtige arbo-zorg van de grond te krijgen. Bedrijfsartsen zullen daarbij onvermijdelijk hun handen vuil maken aan controle, terwijl verzekeringsgeneeskundigen meer uit hun spreekkamer moeten komen.

De vraag is niet of arbo-artsen partij zijn in de spanningsverhouding tussen werkgevers en werknemers, maar op welke wijze zij in hun dagelijkse werk partij kiezen en daarbij compromissen afsluiten. De manier waarop deze keuzes in het alledaagse werk gemaakt worden, zijn in hoge mate bepalend voor de kwaliteit van arbo-zorg. De kwaliteit van arbo-zorg wordt uiteindelijk bepaald door de ruimte die artsen feitelijk verwerven om niet alleen rekening te houden met de belangen van de werkgevers als hun opdrachtgever, maar vooral ook om stem te geven aan de belangen van de werknemers als hun cliënt.

Eijmert Mudde is socioloog en heeft ondermeer onderzoek gedaan naar de uitvoering van de vroegere ziekwet.

Arbeid en Gezondheid.

Met het afschaffen van de Ziekwet en het introduceren van de nieuwe Arbo-wet probeert de overheid het veld van arbeid en gezondheid in beweging te brengen. Alle betrokkenen worden uitgenodigd een andere invulling te geven aan het arbeidsomstandighedenbeleid, hetgeen vraagt om nieuwe organisaties, nieuwe deskundigheden en nieuwe criteria voor kwaliteit. Tegelijkertijd wordt het verband tussen arbeidsomstandigheden en ziekte opnieuw gedefinieerd door het risico van loonderving door ziekte over te hevelen van collectieve verzekeringsarrangementen naar werkgevers en privaatrechtelijke verzekeringssystemen.

Kortom: aanleiding voor de deelredactie Arbeid en Gezondheid van TGP om deze veranderingen in een reeks van vier artikelen kritisch door te lichten. Daarbij staat de belangrijke vraag centraal welke effecten deze veranderingen in de praktijk teweeg brengen. In één van de komende nummers wordt het beleid van de overheid beschreven en in een historisch perspectief geplaatst. Vervolgens bekijken we aan de hand van een concreet voorbeeld hoe het arbo-beleid vorm krijgt in de bedrijven zelf. Tenslotte onderzoeken we wat de verschuiving van 'publiekrechtelijk' naar 'privaatrechtelijk' en van 'sociaal' naar 'commercieel' betekent voor de maatschappelijke verhoudingen tussen werkgevers en werknemers, zieken en gezonden, en werkenden en niet-werkenden.

De deelredactie arbeid & gezondheid.

DE PANACEE VAN DE PVDA

Loek Stokx en Matthé Ribbens

Biedt Gepaste Zorg het geneesmiddel voor alle kwalen van de gezondheidszorg? Het PvdA-rapport van arts Oudkerk en econoom Van der Ploeg adviseert samenhang in het zorgaanbod, kostenverlaging en gepast gebruik.

Rond Gepaste Zorg was er vervolgens een symposium met een keur aan gepaste sprekers, wier bijdragen aan de meningsvorming hier volgen.

Beleidmakers, sociale partners, wetenschappers of politici; hoe zeer ze ook mogen verschillen, over één ding zijn ze het eens: in de gezondheidszorg stijgt één probleem uit boven alle andere, namelijk de kosten die de zorg met zich brengt. Die worden door allen als hoog en meestal als te hoog bestempeld. Behalve als een groot goed wordt de gezondheidszorg vooral gezien als een bedreigende factor voor onze nationale economie. Volgens de geldende economische paradigma's mogen niet te veel mensen hun emplooi vinden in de gezondheidszorg omdat dat geen gewenste bijdrage aan ons Bruto Binnenlands Produkt levert. Bovendien maken hoge gezondheidslasten ons als land onaantrekkelijk voor buitenlandse investeerders. De vergroting van de wig tussen bruto arbeidskosten en netto loon tast ook nog eens onze nationale koopkracht aan, zo luiden veel gehoorde redeneringen.

Het denken over de hoge kosten in de gezondheidszorg lijkt geheel los te staan van de toenemende waardering van de burgers voor hun gezondheid. Gezondheid komt voor hen immers - afgaand op trends in de enquêtes - steeds steviger op de eerste plaats als bepalende factor voor het levensgeluk.

IN POLITICIS

Het overheidsbeleid van de laatste twintig jaar heeft zich desalniettemin vrijwel uitsluitend gericht op kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Een rijkgeschakeerde hoeveelheid initiatieven, blauwdrukken, staatssecretarissen, hele en half mislukte maatregelen zijn daarbij de revue gepasseerd. Telkens opnieuw bleek de praktijk in de gezondheidszorg weerbarstiger dan de achter studeertafels of in de Tweede Kamer in elkaar gedraaide plannetjes. Ook minister Borst lijkt, nu ze iets langer op haar post zit, meer en meer door-drongen van die weerbarstige praktijk. Bedacht ze in een vorig leven nog wel

eens manieren om de zorg doelmatiger en goedkoper te maken, in het april nummer van *De Gazet*, het maandblad voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, staat als kop boven een interview een citaat van haar: 'de gezondheidszorg krijgt altijd te weinig geld'. Hiermee toont ze zich een 'bekeerling' van het bureaucratische bezuinigingsdenken, dan wel een echte vakminister die, anticiperend op het opstellen van de rijksbegroting voor het aankomende jaar, vecht voor haar portefeuille.

f 200

Ook de recente politieke discussie over de gezondheidszorg handelt over geld en wel over de problematiek rondom de eigen bijdrage van f200,- per jaar voor ziekenfondsverzekerden. Dit in de plaats van een eigen risico 'aan de voet', zoals was afgesproken in 1994 in het regeerakkoord. Voorstanders van deze maatregel verwachten een consumptieremmend effect en daardoor kostenbeheersing.

Tegenstanders verwachten slechts een lastenverschuiving van overheid naar burger, waarbij vooral de minima en chronisch zieken onevenredig zwaar worden getroffen. Volgens deze laatste lijnen denken ook de volksgezondheids- en openbare-financiën-specialisten van de PvdA-fractie in de Tweede Kamer, Oudkerk en Van der Ploeg.

Hun concept-rapport 'Gepaste zorg' leverde december '95 een nieuwe bijdrage aan de discussie over de gezondheidszorg; dit in reactie op het puur financieel-economische denken over de zorg.

VERSNEID EFFICIENT

Kern van het PvdA-betoog is dat een lastenverhoging voor de burger in de vorm van premieverhoging of eigen betalingen voor noodzakelijk geachte zorg, enkel aanvaardbaar is indien tegelijkertijd en liefst daaraan voorafgaand verspilling en ondoelmatigheid in de

zorg zelf worden tegengegaan. De beide auteurs richten zich in hun uitwerking vooral op de versnelde invoering van in het regeeringsakkoord afgesproken efficiëncymaatregelen. Onderkend wordt dat de alsmaar stijgende kosten tot een situatie hebben geleid waarin beleid, gericht op de zorgsector zelf, permanent ondergeschikt is gemaakt aan bezuinigingsdiscussies. Desalniettemin wordt het heffen van eigen bijdragen voor de huisartsenzorg in de nota afgewezen met het oog op diens poortwachtersrol en de relatief hoge administratieve kosten die aan het innen van de eigen bijdragen verbonden zouden zijn. Een kleine overwinning voor het inhoudelijk beleid?

SNUFJE ZORG

De belangrijkste voorstellen om efficiency en doelmatigheid daadwerkelijk te bereiken hebben Oudkerk en Van der Ploeg in vier soorten maatregelen ondergebracht.

1. maatregelen die tot een betere samenhang in het aanbod van de zorg leiden
2. maatregelen die leiden tot kostenverlaging voor de ziekenfondswet
3. maatregelen die leiden tot gepast gebruik van zorg en
4. eenmalige aanwending van reserves.

Nauwkeurige lezing wijst uit dat in dit rapport de aandacht overwegend uitgaat naar de financiële kant van zaken: negen van de twaalf maatregelen waarvan kostenbesparingen worden verwacht, zijn puur financieel van aard waarbij zorginhoudelijke argumenten geheel ontbreken. Slechts bij de voorstellen rondom griepvaccinatie, substitutie van zorg en gepaste zorg is sprake van een snufje zorginhoud.

AAN TAFEI

Tijdens een symposium jongstleden maart in het gebouw van de Tweede Kamer, waren vertegenwoordigers uit het zorgveld en wat tot voor kort nog het maatschappelijk middenveld mocht heten, uitgenodigd om van gedachten te wisselen over het rapport. Dit met de bedoeling het rapport kritisch te bespreken en aanvullingen te leveren. Het PvdA-duo had naast publiek ook een aantal deskundigen naast zich aan tafel

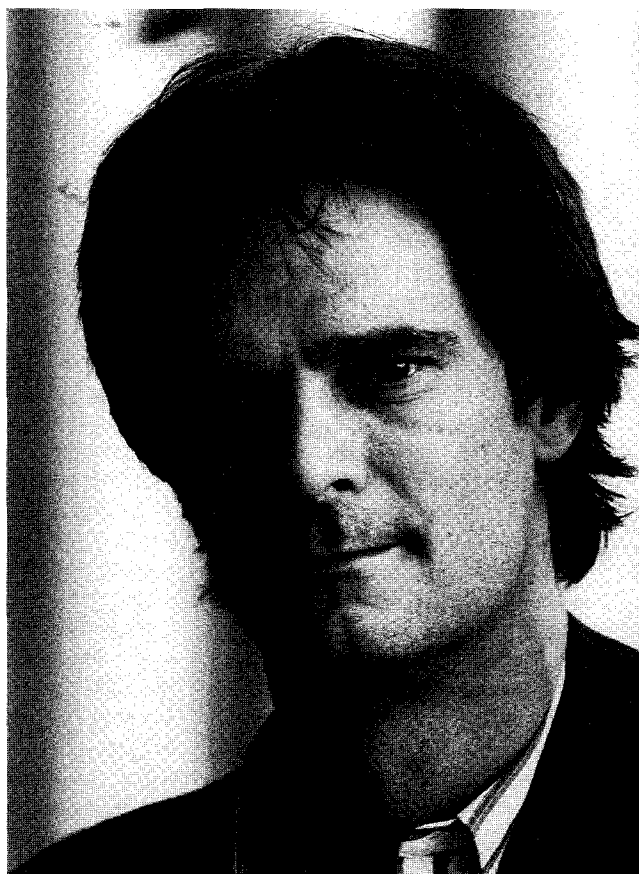
genood - Gunning-Schepers (UvA), Van der Plank (VNOINCW), Van der Ven (EUR), Bouwmans (FNV) en Dekkers (LP/CF).

VERHAAL WALLAGE

Fractievoorzitter Wallage verrichtte de aftrap van het symposium. De problemen rondom de sociale zekerheid vormen een relatief eenvoudig onderwerp vergeleken met de problematiek in de gezondheidszorg, zo stelde hij. De hoogte van de kosten in de zorg vergt evenwel - ook al doet dat pijn - prioritering. Een waarschuwend woord was er naar de coalitiegenoten over eigen bijdragen. Die moeten alleen maar gelden voor die zaken die de burger zelf kan beïnvloeden en die als extra, bovenmatig of onnodig kunnen worden gekwalificeerd. Eigen bijdragen zijn onacceptabel als niet ouderen en chronisch zieken worden ontzien. Wallage legde verder uit dat de PvdA de nota 'Gepaste zorg' met voorbedachten rade had laten schrijven door een dokter en een econoom. De gezondheidszorg is immers te belangrijk om alleen in handen van artsen te geven, maar zeker te belangrijk om enkel aan economen over te laten. Verder legde hij de vinger op de zere plek, tevens het thema van die middag: hoe moet gepaste en niet gepaste zorg uit elkaar gehouden worden? Wat zijn daarbij de te hanteren criteria? Opvallend genoeg werd nu juist over die vraag de hele middag weinig gediscussieerd.

INDICEREN IS BEHEERSEN

Volumebeheersing in de zorg heeft vooral te maken met indicatiestelling, zo betoogde Dekkers van de Landelijke Patiënten/Consumenten Federatie. Wie stelt eigenlijk de normen op voor die indicatiestelling? Degenen die zorg indiceren hebben over het algemeen ook hun eigen winkel met diensten te verdedigen. Onafhankelijke indicatiestelling is tot nu toe erg moeilijk gebleken. Wat hem betreft ligt de sleutel tot volumebeheersing in het verantwoord betrekken van de patiënt bij het zorgtraject. Zo moeten patiënten inbreng krijgen in zorgprotocollen waardoor ze mondiger worden. Protocollen staan echter in Nederland volgens Dekkers nog in de kinderschoenen. Zo gauw patiënten of instanties te dicht bij zorgaanbieders komen dan voelen die zich al snel in hun professionele autonomie bedreigd.



Kamerlid Van der Ploeg

VERSPILLING 15%

Van der Plank van VNOINCW bracht de aanwezigen het vorig jaar gepubliceerde rapport van zijn organisatie over doelmatige gezondheidszorg nogmaals onder de aandacht. In dat rapport is nagegaan of er nu echt vijftien procent verspilling bestaat in de gezondheidszorg. Dit percentage van vijftien zingt rond in het bestuurlijke circuit, en is uiteindelijk terug te voeren op een verkeerd begrepen onderzoek van Van der Ven. Er is weliswaar winst te halen zo constateert Van der Plank, maar die ligt lager dan vijftien procent. Doelmatigheidswinst moet volgens de werkgevers worden behaald door met name aanbieders van zorg financieel te prikkelen. Zorgaanbieders die ondoelmatig werken mogen, neen moeten zelfs, worden gestraft. De honorering van huisartsen en specialisten moet worden omgedraaid: voortaan moeten huisartsen (gedeeltelijk) *fee for service* ontvangen en specialisten per capita of op salarisbasis worden betaald. Met het geloof in substitutie rekent men zich vaak al te snel rijk. Verder hamerde Van der Plank op het belang van controle op prijs-kwaliteit-verhouding en voor *opting out*. Daarbij, zo luidt het voorstel, krijgen werkgevers het recht hun werknemers uit de verplichte ziekenfonds-

De maatregelen in PvdA-nota 'Gepaste zorg' gewogen

Puur financiële maatregelen

1. substitutie dure door goedkope geneesmiddelen met gelijke werkzaamheid
2. opheffing stimulansregeling/ korting en bonussen apothekers
3. beddenreductie ziekenhuizen
4. dereguleren investeringen ziekenhuisvoorzieningen
5. uitbesteding, verlenging produktietijd, inkoopbeleid, voorraadbeheer
6. centraliseren laboratorium-faciliteiten van ziekenhuizen
7. bevoorschotting ziekenhuizen
8. gelijk trekken verpleegdageaandeel ziekenfonds en particulier
9. beroep op reserves van AWBZ instellingen.

Maatregelen met bovendien een zorginhoudelijk aspect

10. Griepvaccinatie: procedure aanpassen
11. substitutie van de ene zorgsoort door de andere
12. 'gepaste zorg'

verzekering te halen zodat ze die vervolgens kunnen onderbrengen in de -per saldo - goedkopere collectieve polis, die zij voor hun werknemers boven de ziekenfondsgrens hebben afgesloten.

OPTING OUT

Gunning-Schepers, hoogleraar sociale geneeskunde te Amsterdam, pareerde het *opting-out-concept* door te stellen dat elders bewezen is dat het funest is voor de arbeidsmobiliteit van werkne-

ongepaste zorg. Zorgverleners zouden immers beter moeten weten. Werkgevers en werknemers zaten wat dat betreft dus op één lijn.

TRECHTER

Professor Wijnand van der Ven liet nog eens de definitie van gepaste zorg de revue passeren. 'Gepaste zorg is zorg die voldoet aan het tweede en derde criterium van de Trechter van Dunning: is de werkzaamheid van de zorg aangetoond en is de zorg doelmatig?'. Des-

basispakket kunnen leiden. Gepaste zorg kan vooral worden bevorderd door een overheid die de juiste spelregels creëert, zorgverzekeraars die financieel risico lopen, selectief kunnen contracteren, en kunnen kiezen voor het niet vergoeden van ongepaste zorg. Verder door zorgaanbieders geen perverse productie-opdrijvende financiële prikkels te geven, maar wel prikkels om doelmatig te werken, onder meer door de invoering van protocollen, standaarden, richtlijnen en formularia. De burger tenslotte zou eigen betalingen tegemoet moeten zien en beter geïnformeerd moeten worden over de onbewezen werkzaamheid van sommige vormen van zorg en de bijwerkingen van andere.

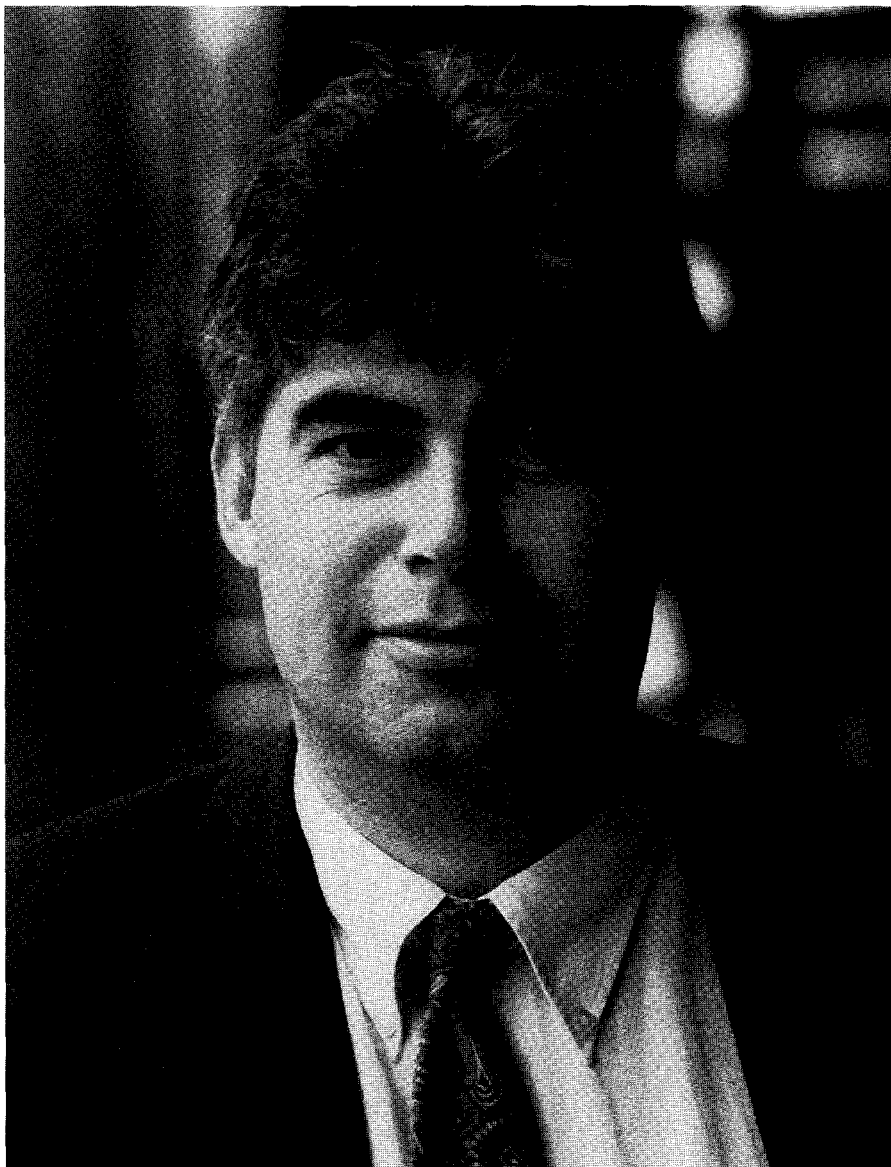
Volgens Van der Plank is de afgelopen vijf jaar met het rapport van Dunning niet zo veel gedaan. De operationalisatie van de trechter van Dunning is in de praktijk erg moeilijk gebleken.

EVIDENT

Kingma, voorzitter van de Landelijke Specialistenvereniging en cardioloog te Nieuwegein, betoogde dat artsen zoveel mogelijk zouden moeten werken op basis van Medische Evidentie. Maar pas op! Daarop geschraagde interventies vormen slechts de ene kant van het palet van behandelingsmogelijkheden. Aan de andere kant zitten de zaken die onbewezen zijn. Daartussen bevindt zich een zeer groot grijs gebied. Volgens Gunning-Schepers is dit grijze gebied in de care zo mogelijk nog groter dan in de cure. Zij wees bovendien op het verschil tussen gepaste zorg in macrotermen - is een interventie werkzaam - en de beoordeling op microniveau: krijgt de patiënt zorg die bij hem of haar past, ofwel 'zorg op maat'. Aangetoonde effectiviteit, en de ervaring van patiënten botsen nogal eens met elkaar, zeker in de care-sector. Er wordt wel veel over geld gepraat, maar weinig over wat we voor dat geld krijgen zo stelde zij.

DE ZAAL

In de zaal werd een aantal door de beide kamerleden opgetrommelde mensen uit het veld door de dagvoorzitter aangezet om voorbeelden van gepast gebruik en kostenbeheersing te berde te brengen voor het hooggeëerd forum. De verhalen varieerden van het beter begeleiden van het zorgtraject bij beroerte, het goedkoper inkopen van hulpmiddelen en ambulances tot het overbrengen van lichttherapie voor 'gele baby's' van het ziekenhuis naar de thuissituatie.



Kamerlid Oudkerk

mers. Ook Bouwmans van de FNV bekritiseerde *opting out* vanwege het feit dat zo de solidariteit, tussen werknemers wordt uitgehold. Bouwmans was wel te porren voor de gedachte dat zorgverzekeraars nu juist hulpverleners in plaats van de patiënt financieel zouden moeten straffen voor het toepassen van

gevraagd komen zelfs de schattingen van artsen over de werkzaamheid van interventies zelden hoger uit dan veertig procent zo stelde Van der Ven vergenoegd vast. Toepassing van het criterium 'bewezen werkzaamheid' zou derhalve wel eens tot een forse reductie van de aanspraken in het kader van het

De besparingen ter waarde van vele miljoenen vloeiden kwistig. De meerderheid van de verhalenvertellers liet echter niet zien bij wie die miljoenen dan feitelijk van de balans gehaald konden worden en hoe de beheerder van het desbetreffende budget daar op zou reageren. De verhalen leken meer dan eens op een verkapte uitbreiding van de capaciteit van zorg, zonder dat daar 'oude' zorg voor zou worden ingeleverd, anders gezegd zonder daadwerkelijke substitutie. En iedereen weet dat meer capaciteit, in de zorg bijna zonder uitzondering leidt tot meer productie.

ZOTEI

Gunning pleitte voor een differentiatie in de opbouw van de tarieven voor ziekenhuisbedden. Zo moet het bijvoorbeeld mogelijk zijn een afdeling te exploiteren waar patiënten zelf de bedden opmaken en koken. Ook zouden ouders na een bevalling in het ziekenhuis nog een aantal dagen in een ZOTEI moeten kunnen doorbrengen, waar ze bezoek kunnen ontvangen naast minimale zorg. Kingma pleitte voor *output pricing* in plaats van het nu vigerende tariefstelsel.

Als toetje voor de pauze mochten de deskundigen aangeven wat de politiek

op korte termijn eerst en vooral zou moeten doen om gepaste zorg te bevorderen. Van der Plank suggereerde om zowel aan vraag- als aan aanbodzijde meer financiële prikkels in te bouwen. Van der Ven koos ervoor om zorgverzekeraars financieel te prikkelen en meer risico te laten lopen. Gunning wil niet langer *fee for service* betalen en enkel betalen wat in richtlijnen staat aangegeven. Bouwmans wil als eerste de financiële schotten tussen de verschillende compartimenten (AWBZ/verplicht verzekerde zorg/aanvullende zorg) wegnemen. Dekkers wil dat de patiënt uitleg krijgt waarom wordt bezuinigd hoe hij of zij meer en beter zelf kan kiezen.

Met uitzondering van Dekkers geven geen van allen een puur zorginhoudelijk advies, maar zijn de adviezen voornamelijk financieel-economisch getint.

IN DEBAT

Over het tweede deel van de discussie, na de pauze, kunnen we kort zijn. Er werd gedebatteerd door politici. En jawel binnen no time voerde de discussie langs financieringssystemen: IZA, eigen risico aan de voet, eigen bijdragen, retributie voor chronisch zieken (waar-

van overigens ook Oudkerk opmerkte niet te weten wie dat zijn) en de positie van de minima. Van enige zorginhoudelijke notie was geen sprake meer. Gepaste zorg werd een holle frase. Maar ja, de politiek leert nu eenmaal traag en zit al enkele decennia in een maliënkolder van financieel denken over de gezondheidszorg gevangen.

Het siert Van der Ploeg en Oudkerk dat ze zorginhoudelijke argumenten een plaats hebben willen geven in de politieke discussie over de gezondheidszorg. In hun rapport treft de lezer de zorginhoudelijke kant enkel bij uitzondering aan. Het ware te hopen dat de volgende therapie die het duo voorschrijft, meer werkzame stoffen bevat van andere dan financiële aard. Inmiddels heeft de politiek een chronische patiënt al gedefinieerd als iemand die de laatste twee jaar tweehonderd gulden uit eigen zak heeft betaald aan gezondheidszorgvoorzieningen

Loek Stokx is onderzoeker, Matthé Ribbens is redacteur van TGP.

Misvattingen in de nota gepaste zorg

Misvatting 1: *Gepastheid van zorg is vast te stellen.*

Oudkerk en van der Ploeg zijn erg optimistisch over de mogelijkheid om onomstotelijk de gepastheid van zorg vast te stellen.

Misvatting 2: *Door te verklaren wat gepaste zorg is, verdwijnt de minder gepaste zorg.*

De patiënt blijft ook 'ongepaste' zorg op prijs stellen en haar zelfs verlangen. Dat geldt in het bijzonder indien passende zorg voor zijn aandoening ontbreekt!

Misvatting 3: *Beddenreductie levert structureel tweehonderd miljoen op.*

Bij de financiële opbrengst van de beddenreductie zoals in de nota aangegeven moet een vraagteken worden gezet. De rekensom is namelijk gemaakt zonder acht te slaan op het feit dat de overhead nu over een lager aantal overblijvende bedden moeten worden omgeslagen, waardoor deze relatief duurder worden. Er dient rekening te worden gehouden met de marginale kosten. Mag een dokter daar wat makkelijk over denken, van een econoom mag toch aandacht worden verwacht voor dit soort basale principes.

Misvatting 4: *Door de bevoorschotting van ziekenhuizen van de balans te halen, wordt de zorg goedkoper.*

De banken zullen elke aantasting van de kredietwaardigheid van ziekenhuizen beantwoorden met aanscherping van de voorwaarden waaronder krediet wordt verleend aan die ziekenhuizen. Ergo de 22 miljoen gulden die Oudkerk en van der Ploeg zich toerekenen, kunnen waarschijnlijk direct bij de banken worden ingeleverd.

ONGEZONDE KANKERBESTRIJDING

Marieke Groot en Ingrid van Zuilekom

Giftige en kankerverwekkende stoffen zijn het soms, geneesmiddelen. Apothekersassistenten, verpleegkundigen, artsen en ook huishoudkrachten komen regelmatig ermee in aanraking. Zelfs de celgroeiremmende en celdodende middelen, cytostatica, waarmee kankerpatiënten behandeld worden, zijn zelf weer kankerverwekkend voor de werknemers die er dagelijks mee omgaan. Het uitvaardigen van een richtlijn om zo veilig mogelijk met cytostatica te werken had wat voeten in aarde.

Jaarlijks overlijden in ons land ruim 35.000 mensen aan kanker. Een groot aantal factoren is van invloed op het ontstaan van kanker. Steeds vaker zijn er verbanden te leggen tussen kanker en contact met bepaalde stoffen.

Ook cytostatica, celgroeiremmers, hebben kankerverwekkende eigenschappen. Daarnaast kunnen deze stoffen ook schadelijk zijn voor de voortplanting en voor het nageslacht. Voor de patiënten die met deze stoffen worden behandeld is dat risico veelal acceptabel. Er is een therapeutisch doel mee gediend en ze worden slechts incidenteel aan de middelen blootgesteld.

Beroepsmatige blootstelling is echter heel anders. Dat is een frequente blootstelling die vaak ook lang duurt. Mensen werken soms jaren op een afdeling waar met cytostatica of hun reststoffen gewerkt wordt. Daarnaast is niet alleen het directe contact met de toxische stof dat risicovol, ook de uitscheidingsproducten van patiënten (urine, zweet, braaksel, ontlasting) zijn gedurende gemiddeld vijf tot zeven dagen 'besmet'. Verder kan de omgevingslucht verontreinigd zijn; door het aanpakken van infuzen met cytostatica ontstaat aerosol: verstuiwing van een opgelost geneesmiddel tot in de longblaasjes. Door schoonmaakwerkzaamheden met bedden, stoelen, toilet, vloer etcetera komt ook huishoudelijk personeel ermee in contact.

Een ernstig risico is de 'calamiteit': bijvoorbeeld het kapotvallen van een infuuszak of -fles zodat vloer, lucht en kleding of huid van personeel of patiënt in direct contact komen met het cytostaticum. Bij calamiteiten moet snel gehandeld worden om erger te voorkomen, waardoor adequate veiligheidsmaatregelen niet of niet structureel genomen worden.

ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

Om te voldoen aan de regelgeving ten aanzien van toxische stoffen en aan wettelijke vereisten die voortvloeien uit de Arbeidsomstandighedenwet, zijn de bestaande voorschriften en protocollen aangepast en is er een nieuwe richtlijn opgesteld. De Vereniging van Integrale Kankercentra (VVIK) heeft hiertoe het initiatief genomen in het kader van het 'Europees jaar voor veiligheid en gezondheid op het werk' (1992). Het resultaat was de 'Richtlijn cytostatica'. Deze verschaft, onder meer duidelijkheid omtrent de te nemen maatregelen, de wettelijke inkadering daarvan, de beheersing op instellingsniveau van toxische stoffen door middel van een beleidsplan, de uitgevoerde onderzoeken en de mogelijke monitoringsmethoden.

SCHIJNVEILIGHEID

Op de richtlijn kwam veel kritiek vooral omdat het gebruik van zogenoemde 'persoonlijke beschermingsmiddelen' sterk gepromoot werd. Bij de toediening van cytostatica behoort degene die het toedient zich te beschermen tegen blootstelling door, aldus de richtlijn, over de bedrijfskleding (of losse mouwen) chirurgische wegwerphandschoenen, een voorschoot of overschort met lange mouwen van ondoordringend materiaal, een veiligheidsbril en een mondkapje te dragen. Deze vorm van bescherming is echter van het laagste prioriteitsniveau, zoals vastgelegd in het arbeidshygiënisch beleid. In dit beleid wordt uitgegaan van vier niveaus van maatregelen. Pas als op het eerste niveau (het voorkomen van blootstelling) redelijkerwijs voldoende maatregelen zijn getroffen en er nog steeds gevaar voor blootstelling is, kan overgegaan worden naar het tweede niveau. Dit geldt op dezelfde manier voor de overgang van niveau 2 naar niveau 3 (van 'industriële ventilatie' naar 'af-

scherming van de mens') en van niveau 3 naar niveau 4. Niveau 4 bevat de maatregelen gericht op de toepassing van 'persoonlijke beschermingsmiddelen'.

Men kon zich dus afvragen of in deze cytostatica-richtlijn geen schijnveiligheid werd gewekt.

ALARA

Mede in reactie op deze kritiek werd de richtlijn herzien. De belangrijkste veranderingen zijn:

- er is meer aandacht voor het treffen van maatregelen bij de bron (het verminderen van het gevaar van schijnveiligheid);
- er wordt een ander uitgangspunt met betrekking tot de mate van blootstelling gehanteerd: men streeft niet meer naar een 'nul-blootstelling' (= geen blootstelling), maar men volgt het ALARA-principe (*as low as reasonably achievable*). De verplichting is dat er 'doeltreffende maatregelen moeten zijn genomen om te voorkomen dat werknemers bij hun arbeid in zodanige mate kunnen worden blootgesteld aan stoffen dat schade kan worden toegebracht aan hun gezondheid, dan wel dat de werknemers hiervan hinder ondervinden'.

PRAKTIJK ONVEILIG

De richtlijn bevat dus veel maatregelen en aanbevelingen om veilig om te gaan met cytostatica. Toch wordt in de praktijk regelmatig niet volgens deze richtlijn gewerkt. Een voorbeeld. In een speciale ruimte in de apotheek worden de cytostatica bereid in een beschermende kast met een verticale luchtstroom. Deze luchtstroom zorgt ervoor dat de produktdeeltjes niet bij de bereider kunnen komen. Aansluitend aan de bereiding worden de met cytostaticum gevulde infuuszakken of -flessen vaak aan de buitenkant gereinigd met een chloorhexidine-oplossing. Veel cytostatica blijken echter helemaal niet op te lossen in alcohol en de richtlijn stelt ook voor een neutrale zeepoplossing te gebruiken. Dit gebeurt niet overal en altijd. Op de afdeling wordt er echter wel van uitgegaan dat de buitenkant van de infuuszak of -zak niet besmet is met het cytostaticum. Anderzijds kan men zich afvragen of, als zo'n beschermende kast goed functioneert, schoonmaken van

infuusflessen en -zakken überhaupt nog wel nodig is. Onduidelijkheid en ondoorzichtigheid alom!

OP DE AFDELING

Vervolgens worden op de verpleegafdeling, de (oncologische) dagverpleging of de polikliniek de cytostatica toegediend. De hernieuwde richtlijn beveelt, hierbij aan een onderscheid te maken tussen beperkte en volledige persoonsbescherming. Dit onderscheid is gebaseerd op verschillen in blootstellingsrisico. Bij bijvoorbeeld het schoonmaken van een ruimte na een calamiteit moet volledige persoonsbescherming toegepast worden. Beperkte persoonsbescherming wordt aanbevolen bij een klein blootstellingsrisico waarbij geen aerosolen of poeder in het spel zijn.

Zelfs deze beperkte persoonsbescherming wordt, zoals eerder vermeld, niet altijd toegepast. Verpleegkundigen zijn traditioneel gewend in de eerste plaats aan de patiënt te denken en niet aan hun eigen veiligheid. Dit kan voortkomen uit edele motieven; het zich uitdossen als 'maanmanntje' kan ongerustheid bij de patiënt wekken; 'het zijn toch wel erg schadelijke middelen die ik krijg!'. Maar ook nonchalance en gemakzucht van verpleegkundigen of van anderen leiden tot het niet (altijd) toepassen of soms zelfs niet voorhanden zijn van beschermingsmiddelen. Daarnaast zijn hoge werkdruk, (een klimaat op de afdeling waar men elkaar niet kritisch aanspreekt) en gebrek aan overtuigend bewijs belangrijke argumenten om niet de juiste maatregelen te treffen.

ONMERKBAAR GEVAAR

Cytostatica zie, ruik en voel je niet (behalve bij direct huidcontact). Als zorgverleners of ondersteunend personeel klachten zouden krijgen of een carcinoom zouden ontwikkelen is het aanneemelijk dat dit pas na langere tijd gebeurt. Bij relatief hoge blootstelling ontstaan wel acute gezondheidseffecten, variërend van allergische reacties, huidirritatie, duizeligheid, diarree etcetera maar deze hoge blootstelling komt gelukkig weinig voor.

Soms wil de werkvloer graag dat er gerichte maatregelen genomen worden, maar wordt dit van hogerhand tegengehouden of vertraagd. Het probleem van de gevaren rondom cytostatica wordt op verschillende werkplekken soms totaal anders beleefd. De niet een-

duidige uitlatingen van (vermeende) deskundigen en onderzoekers en de verschillende referentiekaders zijn hier oorzaken van. Dit werkt vervolgens door in regels en richtlijnen zoals de 'richtlijn cytostatica' die uiteindelijk niet volledig concreet kan maken wanneer volledige en wanneer beperkte persoonsbescherming nodig is.

WEERZIN & WEERSTAND

De onderzoeken die er al gedaan zijn, hebben veelal plaatsgevonden in de ruimten waar cytostatica bereid worden. Verpleegafdelingen of de mensen die daar werken (inclusief vrijwilligers, schoonmaakpersoneel etcetera) zijn nog weinig aan onderzoek onderworpen. Zodoende ontbreekt het inzicht in hoeveelheden cytostatica die her en der te vinden zijn (in de omgevingslucht, urine etcetera). De weerzin en weerstand van hogerhand tegen gericht onderzoek of inventarisatie van risico's geeft een 'unheimisch' gevoel. Het traineren van een traject toont een spanningsveld tussen geld enerzijds en het serieus nemen van klachten en zorgen van werknemers en hun (potentiële) gezondheid en welzijn anderzijds.

Toch zie je her en der in de oncologische zorgverlening wel initiatieven ontstaan, in samenwerking tussen bijvoorbeeld arbeidskundigen, apotheekmedewerkers en verpleegkundigen. Het Drechtstedenziekenhuis in Dordrecht heeft een gesloten cytostatica-infuus-systeem laten ontwikkelen waarbij verpleegkundigen, in gewone situaties, geen contact meer kunnen hebben met het cytostaticum.

DE GEMOEDEREN

Het is verwonderlijk dat dit soort initiatieven niet in groter verband ontstaan. Bij het uitkomen van een publikatie zoals de 'Richtlijn cytostatica' of een artikel in krant of (vak)tijdschrift laaien de gemoederen altijd weer hoog op. Vervolgens vervlakken de heftigste emoties en gaat alles op de oude manier verder. Toch kunnen hernieuwde inzichten en publikaties handvaten bieden voor actie.

Recent kwam ons bijvoorbeeld de bewering ter ore dat het gevaar waaraan verpleegkundigen blootstaan vele malen groter is dan het risico voor apothekers-assistenten, bijvoorbeeld door het aanprikken van infuzen of het verwerken van besmette uitscheidingsprodukten. Lang werd gedacht dat het gevaar in de apotheek het hoogst is omdat

daar met de onopgeloste stof wordt gewerkt, maar juist door de bescherming van de kast waarin de cytostatica bereid wordt is dit risico sterk teruggedrongen

OPJUTTEN

Landelijke verenigingen, beroepsorganisaties of vakbonden zijn de aangewezen instanties die hun leden kunnen opjutten of zelf kritische vragen kunnen stellen. Op instellingsniveau kunnen de ondernemingsraad of een arbo-commissie, druk uitoefenen op directie en raad van bestuur. Dit ontslaat echter niet de individuele of verzamelde werknemer(s) van de plicht kritisch te kijken naar de risico's en maatregelen op afdelingsniveau. Voor hen moet ook sterk aangedrongen worden op het beantwoorden van dringende vragen als 'welke gevaren zijn er nou eigenlijk echt' en 'wat is het effect van de voorgestelde maatregelen uit de richtlijn cytostatica'. Daarnaast moet een periodiek gezondheidskundig onderzoek en goede instructie en voorlichting tot de basismogelijkheden in een instelling (gaan) behoren. Het veilig omgaan met cytostatica is duidelijk geen overdreven luxe. De verantwoordelijkheid voor deze kwestie ligt bij alle betrokkenen, zeker ook bij wie er direct mee werkt.

Echter pas als de problemen en de angsten die het oproept erkend en breed gedragen worden, is de tijd rijp voor maatregelen.

ZIE OOK ASBEST

Het kan niet de bedoeling zijn dat cytostatica over twintig, dertig jaar op dezelfde manier behandeld worden als nu met asbest gebeurt. Daar was immers sprake van eenzelfde nonchalance ten opzichte van het potentiële gevaar, terwijl nu de grootst mogelijke veiligheidsmaatregelen worden genomen. Het moet mogelijk zijn van die ervaring te leren. Een flinke investering nu (energie, tijd en waarschijnlijk geld) levert op zijn minst duidelijkheid op. Dan kan schijnveiligheid hopelijk ook worden vervangen door echte veiligheid.

Ingrid van Zuilekom is oncologieverpleegkundige en teamleider op afdeling oncologie van ziekenhuis Gelderse Vallei.

Marieke Groot is oncologieverpleegkundige en gezondheidswetenschapper en is werkzaam als verpleegkundig specialist op dezelfde afdeling.

DE INSTANTIE DIE ER MOET ZIJN

Rascha Thomas, Ingrid van de Vegte.

De Jeugdgezondheidszorg (OGZ) in Amsterdam staat onder druk. Bezuinigen op een basisvoorziening als jeugdgezondheidszorg, kan dat, terwijl de aandacht voor opvoedingsproblemen toeneemt en kinderen steeds vroeger lijken te ontsporen?

In dit artikel ondermeer een terugblik op 25 jaar JGZ in Amsterdam met Tonny FiledtKok-Weimar. En een bange toekomstverwachting.

De moeilijke jeugd van tegenwoordig staat in de aandacht. Jonge crimineltjes duiken op in alle media. Er is veel aandacht voor opvoedingsproblematiek, vermeende hyperactiviteit en psycho-sociale problematiek. Niets blijft kinderen nog bespaard, zo lijkt het.

Uit de berichtgeving wordt niet duidelijk of het aantal jongeren met problemen toeneemt. Cijfers spreken elkaar tegen of de vergelijking met vroeger tijden is door gebrek aan gegevens niet te maken. Waar de meeste deskundigen het wel over eens zijn, is dat er vaker sprake is van complexe problematiek en op steeds jongere leeftijd.

IETSTE REDDEN

Wie aan preventie wil doen denkt onmiddellijk aan kinderen en hun ouders. Daar valt immers nog iets te redden en te voorkomen. Bij toename van problematiek en ernst zijn om erger te voorkomen extra aandacht, middelen en deskundigheid nodig. Toch staat de

laatste jaren de jeugdgezondheidszorg, als één van de best ontwikkelde instrumenten voor preventie door screening, voorlichting, onderzoek en doorverwijzing, telkens onder druk. In Amsterdam heeft de gemeente de uitvoering van de hele jeugdzorg, 0 - 19 jaar, onder haar hoede. Elders in het land wordt de 0 - 4 jarigen zorg uitgevoerd door consultatiebureaus van het Kruiswerk/Thuiszorg en de 4 - 19 jarigen-zorg door de gemeente/GGD.

BERUCHTE KORTZICHTIGHEID

De gemeente Amsterdam overweegt drie miljoen op de JGZ te gaan besparen en een aantal kleine vestigingen te sluiten. Op dit moment vinden onderhandelingen plaats met de Stichting Amsterdams Kruiswerk (die de 0 - 4 jarigen zorg uit AWBZ-middelen moet financieren) om tot een nieuwe verdeling van middelen voor het hele pakket van jeugdzorg te komen. Hoe heeft het zover kunnen komen? Is dit beruchte

politieke kortzichtigheid? Geeft de gemeente Amsterdam hiermee blijk van kortademigheid waar het gaat om processen van lange adem, om basisvoorzieningen waar zij sinds een aantal jaren de politieke verantwoordelijkheid voor draagt (waar vroeger de gelden vanuit het rijk kwamen en doeluitkeringen waren)? In Rotterdam besloot men juist elf miljoen te besteden aan een groot offensief voor de jeugdzorg onder de noemer 'integraal jeugdbeleid'.

Bezuinigingen op de basisinzet van JGZ lijkt zoiets als je infrastructuur verwaarlozen, terwijl je wel een aantal fraaie lantaarnpalen en een rotonde aanlegt waar de gemiddelde weggebruiker vanwege het slechte wegdek nooit zal komen. In de praktijk blijken de kosten immers vaak via de achterkant terug te komen middels kortlopende projecten en interventies voor dezelfde doelgroep.

Doet JGZ niet wat ze moet doen, is dat de reden voor de sterke bezuinigingen? Is ze niet staat te bieden wat de veranderende samenleving van haar vraagt, speelt ze niet in op veranderde problematiek van kinderen en hun ouders. In haar lange historie heeft de jeugdzorg nauwelijks de resultaten van haar werk zichtbaar weten te maken. Preventie, ook in de jeugdzorg, is nog immer meer gebaseerd op een geloof in de effecten, dan op wetenschappelijke feiten.

TERUGBLIK

We spraken over de JGZ in Amsterdam met Tonny FiledtKok, vijftienvijf jaar werkzaam bij de afdeling JGZ van de Amsterdamse GG & GD, in verschillende functies, waarbij de laatste acht jaar als adjunct-hoofd. Kort geleden besloot zij de overstap te maken naar TNO - Preventie en Gezondheid (het vroegere Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg) om daar ondermeer de opleiding tot jeugdarts verder te ontwikkelen en wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen. Om de ontwikkelingen in de JGZ eens van binnenuit te belichten vroegen we haar terug te kijken op haar werk bij de GG & GD.

Huidige basispakket JGZ voor 0 - 4 jarigen in Amsterdam

0 - jarigen

- 1 huisbezoek (hielprik)
- 7 bezoeken aan consultatiebureau, waarbij aandacht voor inentingen, onderzoek, voedingsadvies, gezondheidsvoorlichting, opvoedingsondersteuning, gehoorscreening en psycho-sociale begeleiding.
- 4 keer een uitgebreid onderzoek.
- 4 voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders van eerste kinderen en allochtone ouders

1 t/m 4 jarigen

- 4 bezoeken aan consultatiebureau



Filed Kok

Hoe trof je de kinderen en de JGZ 25 jaar geleden aan?

'Ik ben in 1971 begonnen in West, Mercatorplein, nu een achterstandswijk, toen ook al geen fijn buurtje. Een echte Amsterdamse arbeidersbuurt; heel gevarieerd, maar ook met heel veel problematiek. Ik liet me leiden door de ervaren verpleegkundige daar. We hadden toen tijd voor van alles, maar niet diepgaand. De eerste migranten kwamen binnen. Na een tijdje zag je specifieke gezondheidsproblemen bij allochtonen zoals rachitis, typische ongevallen in het verkeer en verdrinkingen die veel meer voorkwamen en daarnaast voorlichtingsproblemen. Dat je ging merken dat je adviezen gewoon niet overkwamen, dat verwijfsadviezen niet werden opgevolgd. Het drong al snel door dat communicatie een probleem was en ik heb toen met een Nederlandse vrouw die getrouwd was met een Turkse man een soort tolksysteem opgezet.'

STEUN VOOR SCHOLEN

'We begonnen toen ook op één van de scholen met een project "Opvallende kleuters", eigenlijk de voorloper van het Onderwijsvoorrrangsbeleid en remedial teachers. Opvallende kleuters sloeg op alles waar kinderen meer zorg voor nodig hadden. Wegingen één keer per

maand met het schoolteam de opvallende kinderen bespreken, zodat je eerder in de gaten kreeg wat er aan de hand was. Zo leerden leerkrachten beter observeren. Langzamerhand ontwikkelde zich dat tot de nu vrijwel overal bestaande leerlingbespreking. Wat ik belangrijk vond en vind is samen de handen uitsteken en als JGZ scholen steun bieden.'

Is de gezondheidssituatie, de problematiek, bij kinderen sterk veranderd in de afgelopen 25 jaar?

'De thuissituaties van kinderen lijken door de jaren heen wel steeds complexer te worden. In mijn begintijd had je nog wel eens te maken met niet goed gedijende kinderen die enorm opknap-

ten in een vakantiekolonie, dit werd ook gesteund door de ouders, die wel wilden maar niet konden. Later merkte je steeds vaker dat je adviezen ging geven die door de ouders niet ondersteund werden, omdat ze niet wilden of hun eigen problematiek niet inzagen. Het sterkst merk je dat natuurlijk bij kinderen met drugverslaafde ouders. De pedagogische onmacht van ouders in het algemeen wordt steeds groter evenals de verwaarlozing van kinderen.'

HEIAAS WEGBEZUINIGD

'Je zag en ziet veel problemen met spraak-, taal- en motorische ontwikkeling van kinderen. We boden vanuit JGZ preventieve logopedie en preventieve fysiotherapie -heette eerst heilgymnastiek- aan. Allebei in die buurten ontzettend noodzakelijk om taalachterstanden te verminderen en houdingscorrecties aan te brengen en lichamelijke beweging te stimuleren. Helaas in de loop der tijd wegbezuinigd, dat vind ik heel slecht, dat had nou echt niet moeten gebeuren. Maar ja, deze activiteiten worden niet tot het primaire proces, 'the core business', van JGZ gerekend. Op zich begrijpelijk, er is alleen ook niemand anders die dit wil bieden en betalen, terwijl de resultaten van deze preventieve inspanningen heel goed aan te tonen zijn. We hebben met veel pijn

- case1 -

Een Marokkaanse moeder verschijnt op het consultatiebureau met haar drie zonen en met haar schoonzuster naar wie ze is toegegaan toen ze het tweede oproepkaartje voor onderzoek van de schoolarts kreeg. De schoonzuster herkent het GG&GD-logo op het kaartje omdat ze zelf met haar baby bij het consultatiebureau loopt en vergezelt haar nu als gids en tolk.

Het gezin is met voorrang opgeroepen in het kader van de prioriteitsstelling aan nieuw-gevestigde kinderen uit landen met een achterstand in de gezondheidszorg.

Op de vraag of haar kinderen al eerder zijn gevaccineerd moet de moeder het antwoord schuldig blijven. Er zijn wel eens prikken gegeven maar ze weet niet waarvoor dat is geweest. De vraag of haar zoons op dit moment gezond zijn kan ze echter volmondig met ja beantwoorden. Haar kinderen eten en slapen goed, ze zijn altijd vrolijk, gaan elke dag naar school en hoeven eigenlijk nooit naar een dokter.

Bij het nu volgende lichamelijk onderzoek blijkt Omar die 5 jaar is, een loopoor te hebben. Het trommelflies van het andere oor door eerder door-gemaakte infecties verwoest en het gehoor is aan die zijde minimaal. Moeder tilt niet zo zwaar aan dat loopoor. Dat hebben kinderen nu eenmaal net als snotneuzen, en het kost enige moeite moeder te overreden om Omar te laten behandelen. Dit geconstateerde gehoorverlies betekent wel, dat Omar een grote kans heeft op leerproblemen en moeilijkheden bij beroepskeuze.

Ahmed van 8 jaar loent nogal. Een oog is door onbehandeld scheelzien lui geworden en heeft een gezichtsvermogen van 10%. Hij is waarschijnlijk te oud om nog met succes te behandelen. Ook dit kan consequenties hebben bij de beroepskeuze. Daarnaast is hij extra kwetsbaar: een letsel van het gezonde oog betekent kans op een totale visuele handicap.

De 10-jarige Mohammed blijkt als peuter polio gehad te hebben, waardoor

en moeite de preventieve logopedie afgebouwd en nu drie jaar later via de gelden van zorgvernieuwing en stadsdeelfinanciering een klein experiment met een onderzoekstraject weer terug. Dat is toch tragisch, we moeten blijkbaar nog steeds aantonen dat het werkt, dat namen we al die jaren als vanzelfsprekend aan, maar het is nooit bewezen.'

Zou fGZ in tijden van schaarste niet slechts moeten worden aangeboden aan mensen in achterstandssituaties die het echt nodig hebben en niet meer aan mensen die hun weg toch wel weten in hulpverleningsland?

'Neen, ik zou er nooit voor kiezen om JGZ alleen aan kinderen in achterstandsbuurtjes aan te bieden. Het moet een basisaanbod blijven voor alle kinderen. Je krijgt ten eerste imagevorming als een soort armenzorg, daarnaast verlies je het beeld van je hele populatie. We hebben nu nog een goede gezondheidsbegeleiding van kinderen als het gaat om groei en ontwikkeling, als je daar een deel uitsnijdt dan mis je een heel stuk van je preventiepakket en vroegtijdige opsporing. Dus je moet gewoon je middelen blijven spreiden en zorgen dat degenen die het het hardst nodig hebben het in ieder geval ook krijgen. Er zijn landelijk pakketten ont-

wikkeld voor de ouder- en kindzorg en de schoolgezondheidszorg en dat zijn wat mij betreft ook minimumpakketten. Zeker voor Amsterdam, terwijl we dat basispakket vaak niet eens halen. Amsterdam is niet te vergelijken met de landelijke situatie, wat je doet kost hier meer tijd en je hebt ingewikkelder mensen, dat ligt tien tot twintig procent hoger. Je hebt meer tijd nodig voor een spreekuur met veel buitenlandse ouders en zeker nog meer voor ouders en kinderen met complexe problematiek die hier meer voorkomt. Je hebt hier ook veel mensen die niet op een oproep verschijnen en dan niet netjes afbellen. Die laat je niet zitten, maar daar ga je extra achteraan, wat tijd kost die je nergens kunt verdisconteren.'

Is fGZ herkenbaar in wat ze biedt en kan?

'JGZ is te lang niet prononcerend geweest, er werd veel gedaan en weinig gepubliceerd. Ik denk dat JGZ zeker herkend wordt op de inzet rondom somatische problematiek, als dokters en verpleegkundigen die vaccineren, groei en ontwikkeling bijhouden en de school en ouders kunnen ondersteunen bij somatische klachten. Ook preventie en hulp bij kindermishandeling zijn onderwerpen die men bij JGZ verwacht. Voor opvoedingsondersteuning ligt dat

heel anders. Wij vinden het heel vanzelfsprekend dat ouders met hun opvoedingsvragen bij ons komen, wij zien het als één van onze hoofdtaken, maar uit onderzoek bleek dat ouders helemaal niet zo gemakkelijk met opvoedingsvragen bij ons zouden komen. We hebben onvoldoende geluisterd naar onze klanten.

SCHOOLUITVAL

'Ook een onderwerp als schooluitval vinden wij tot de zorg van JGZ horen. Wij kunnen hierin een signalerende en adviserende rol hebben, maar dit wordt door scholen of een schoolbegeleidingsdienst lang niet altijd zo ervaren. JGZ zal interdisciplinair van karakter moeten worden. We zullen meer pedagogische kennis in huis moeten halen of intensievere vormen van samenwerking met de jeugdhulpverlening moeten realiseren door bijvoorbeeld op één vestiging in een wijk te zitten. De jeugdgezondheidszorg participeert meestal in allerlei wijk- en buurtnetwerken, dat is van wezenlijk belang voor vroeger signalering en aanpak. Het kost echter tijd die als gevolg van schaarse middelen voortdurend onder druk staat.

JGZ is soms het stiefkindje binnen een GGD. Samen met epidemiologie en GVO kan natuurlijk een prachtig totaal-

een been in ontwikkeling is achtergebleven, omdat het korter is dan het andere been, is in de loop van de jaren een ruggegraatsverkramping opgetreden, er volgt een verwijzing voor revalidatie. Ook de kansen van Mohammed om later volwaardig te functioneren zijn verminderd.

Toch wordt de gezondheid van de kinderen door de familie zelf niet als slecht beoordeeld.

- case2 -

Een schoolhoofd meldt zijn zorgen om de 10-jarige Jasper. Het laatste jaar is er steeds meer schoolverzuim en wanneer hij er wel is, lijkt hij ongeïnteresseerd en ongemotiveerd. Hij heeft weinig contact met zijn klasgenoten. Het lukte niet om zijn moeder voor een gesprek op school uit te nodigen. Na overleg met de leerplichtambtenaar wordt besloten dat de schoolverpleegkundige een huisbezoek gaat maken.

Jasper woont met zijn moeder en haar huidige vriend in een vervallen 19e eeuwse woning die is ondergehuurd van de officiële bewoner, die elders is gaan samenwonen. De moeder die door een ongeplande zwangerschap haar HBO-opleiding niet heeft afgemaakt en vervolgens door de a.s. vader werd verlaten, brengt als bijstandsmoeder haar enige kind groot. De laatste tijd heeft ze veel persoonlijke problemen die ze probeert te vergeten door drank en pillen. Dit gaat steeds meer ten koste van de zorg voor kind en huishouding. Vaak is er geen eten in huis gehaald en krijgt Jasper geld mee voor croissantje van de bakker op weg naar school of een patatje voor het avondeten. De tegenwoordige vriend is afkomstig uit Egypte en verblijft illegaal in Nederland. Al een paar weken werkt hij niet meer bij zijn baas in de Shoarmatent omdat hij zich niet lekker voelt en veel hoest. Zijn aanwezigheid in huis de hele dag brengt nogal wat spanning in het gezin. Moeder dacht eigenlijk niet dat Jasper zo vaak ziek thuis bleef, maar wat hij nu precies de hele dag uitvoert weet ze niet en daar schrikt ze toch wel van. Ze begrijpt nu de zorg van de school en is bereid haar verantwoordelijkheden weer op te nemen.

De uitkomst van deze bemoeienis is, dat moeder hulp gaat vragen bij de RIAGG, waar tevens Jasper aangemeld wordt, mogelijk kan hij worden doorverwezen naar het Boddaert-huis; voor het zover is krijgt hij een plaats op de na-schoolse opvang in de buurt.

De vriend wordt verwezen naar de tuberculosebestrijding voor onderzoek, met de verzekering dat daar niet gelet wordt op zijn verblijfsstatus.

pakket ontwikkeld worden. We hadden veel eerder vanuit de GGD onze gegevens moeten bundelen en duidelijk moeten maken wat we doen en wat we bereiken. Het had ons vast geholpen in de onderhandelingen met de politiek, hoewel de gemeentelijke middelen wel overal achteruit. gaan.'

Filedtkok meent dat de jeugdgezondheidszorg moet kiezen.

'We zijn een vangnetinstantie, terecht geneigd om te blijven proberen gezinnen te bereiken die niemand bereikt, maar waar wij ook niets mee kunnen. Hier moet je grenzen stellen. Vroeger deden we veel meer dan nu aan lichte hulpverlening, nu verwijzen we eerder door.. Neem drugverslaafde ouders die niet op je spreekuren komen, hoe vaak ga je daar op huisbezoek? We hebben het uitgezocht en de tiende poging blijkt niet succesvoller dan de eerste, dus nu hebben we afgesproken dat iemand drie keer op huisbezoek gaat en als er dan niets gebeurt dat ie het gezin doorverwijst. .

We zouden meer energie moeten steken in het verbeteren van het verwijstraject. . We signaleren vanuit onze eerste lijnsfunctie veel verstoppingen of beperkingen in het vervolgtraject. . Het is belangrijk dat diverse onderdelen van de jeugdzorg en jeugdhulpverlening elkaar beter kennen en met elkaar kijken naar waar de knelpunten in het aanbod in de stad zitten. Zo zou je met elkaar kunnen vaststellen waar we hier teveel en waar te weinig van hebben zodat je een ombuiging kunt maken. In Amsterdam zijn we een eind gekomen, maar in de praktijk loop je vast als je eigen organisatie in beeld komt, dan gaan de belangen spelen.'

Hoe kijkt u naar de toekomst van JGZ?

'Ik heb destijds bewust voor de jeugdgezondheidszorg gekozen, ik wilde graag iets doen waar de relatie tussen individu en zijn omgeving aan de orde zou komen. De jeugdgezondheidszorg staat in de artsenwereld niet in hoog aanzien, nog steeds merk ik dat ik me moet verdedigen waarom ik dit doe. Er wordt meestal gedacht dat je dit vak kiest omdat je dan leuk met kinderen kunt omgaan of dat je dan geen diensten hebt en dat het aantrekkelijk is voor vrouwen. Dat zijn mooie bijkomsten, maar ik vind dat er wat meer uitstraling rond dit vak moet komen. Dat probeer ik nu ook mijn cursisten bij te brengen, de interesse voor preventie gezondheidszorg uit te dragen en op te komen voor die onderkant van de samenleving want dat hoort toch vanzelfsprekend bij werken in de public health. Dit komt onvoldoende naar voren, we hebben ons zelf vaak een slechte PR gegeven.'

ONGERUST

'Ik ga niet met een gerust hart weg bij de JGZ in Amsterdam. Ik ben bang dat de ontwikkelingen van nu doorschieten naar echt minder besteden, naar minder zorg, dat gaat altijd ten koste van de groep die het het hardste nodig heeft en na een tijdje komen daar problemen van. Dan zal het wel weer opgetuigd worden via andere wegen, dat gaat dan een hoop geld kosten plus dat een hele groep mensen de noodzakelijke zorg niet heeft. gekregen. Je krijgt de rekening dubbel en dwars gepresenteerd als het met meer kinderen uit de hand loopt zeker op het terrein van psycho-sociale

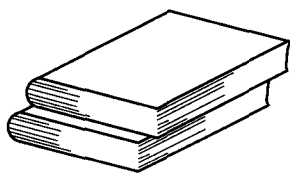
problematiek. Maar ook op het somatische vlak ga je het merken als je geen goed systeem van monitoring en het volgen van kinderen meer hebt.. Dat begint met een afname van de vaccinatiegraad.

Daarnaast is er een heel aantal nieuwe activiteiten die een kans moeten krijgen verder ontwikkeld te worden. We hebben een zeer geslaagd project gehad met voorlichtsters eigen taal op de consultatiebureaus die gezondheidsvoorlichting gaven in plaats van verpleegkundigen met tolk, dat is heel goed gelopen en goed geëvalueerd. Een jeugdarts heeft had samen met een aantal scholen een ziekteverzuimpakket opgezet.. Zij wordt gewaarschuwd als een kind regelmatig vanwege ziekte verzuimt of langer dan een bepaalde tijd wegbleef. Onderzoek leidt dan vaak tot spoedige terugkeer op school of tot nader inzicht in de problematiek die achter het schoolverzuim zit. Ook de school wordt op deze manier alerter, ze gaan eerder doorgeven wat er schort en ook dat het oplevert dat kinderen beter begeleid worden in hun situatie.

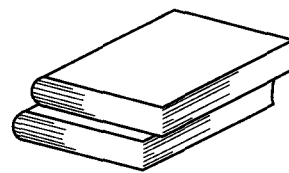
Je moet als JGZ aanwezig zijn en een duidelijke functie hebben, een poortwachter in de eerste lijn voor kinderen en ouders. De wijkagent die je altijd kunt aanspreken en die ook zelf een kijkje kan nemen. Als jeugdarts ben je gelegitimeerd om te kijken, om een kind op te roepen waar je signalen over krijgt en eens goed te onderzoeken.'

Rascha Thomas is onderzoeker bij GG&GD Amsterdam;

Ingrid van de Vegte is redacteur TGP.



boeken



DE KNECHTING VAN KEURINGSARTSEN

Een historisch-sociologisch onderzoek naar de betrokkenheid van artsen bij levensverzekeringen is om minstens twee redenen toe te juichen. De eerste reden is dat historisch onderzoek naar de rol van artsen in de Nederlandse samenleving tot nu toe slechts mondjesmaat heeft plaatsgevonden. Ten tweede wordt zo aandacht geschonken aan de historische antecedenten van de tegenwoordig zo belangrijke rol die medici spelen bij de toegang tot verzekeringen of het sociale voorzieningen stelsel.

Verzekerd leven van Klasien Horstman, een handelseditie van haar proefschrift, voldoet aan deze behoefte naar meer onderzoek naar de rol van artsen en is bovendien helder en boeiend geschreven. Zij beschrijft, op aantrekkelijke wijze de functie van artsen als poortwachters van levensverzekeringsmaatschappijen rond de eeuwwisseling.

Armoedebestrijding

Deze maatschappijen vervulden aan het einde van de 19e eeuw een belangrijke sociale functie omdat zij armoede hielpen bestrijden. Zij waren echter ook private organisaties met economische doelstellingen. Omdat een te hoge vroegtijdige sterfte onder de verzekerden uiteindelijk een faillissement tot gevolg had, waren medische keuringen door artsen nodig om bij elke potentiële klant het risico van vroegtijdig overlijden in te schatten.

Dit was echter niet het enige voordeel van de betrokkenheid van artsen. Artsen wekten vertrouwen in de verzekeringsbranche op. Ook stonden zij garant voor objectiviteit en rechtvaardigheid.

In de loop der tijd werden de levensverzekeringsmaatschappijen echter in toenemende mate ontevreden over het werk van de keuringsartsen. Met behulp van allerlei keuringsvoorschriften slaagden de levensverzekeringsmaatschappijen er in om hun controle op het werk van de keuringsarts te vergroten. Al met al is de conclusie van Horstman dat de afhankelijkheidsrelatie tussen maatschappijen en artsen veranderde in een ongelijke machtsverhouding, ten nadele van de keuringsartsen. Steun van de Ne-

derlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) hoefden de keuringsartsen niet te verwachten omdat in de medische beroepsgroep het therapeutisch handelen veel meer aanzien genoot dan het verstrekken van adviezen aan verzekeringsmaatschappijen.

Tweederangs

Ook de medische adviseurs, die voor de maatschappijen van groot belang waren bij de beoordeling van keuringsuitslagen, moesten in de eerste decennia van deze eeuw genoegen nemen met een plek op de tweede rang. Zij hoopten door middel van een wetenschappelijke methode voor de bepaling van risico's ook de zogenaamde niet-helemaal-gezonden te kunnen verzekeren, maar slaagden daarin niet omdat de levensverzekeringsmaatschappijen terugvielen op bedrijfseconomische overwegingen. Daarmee verdween, volgens Horstman, ook de kans op openbaarheid van risicobepalingen.

Bij kandidaat-verzekerden, tenslotte, was de medische keuring niet onomstreden. Grote groepen van de bevolking bleven een afkeer houden van een uitgebreid medisch onderzoek. Regelmatig bleek deze afkeer de reden te zijn om geen levensverzekering af te sluiten. Later, in de loop van deze eeuw, zou het medische onderzoek meer geaccepteerd raken.

Horstman beperkt zich niet tot een louter historische reconstructie van de ontwikkeling van afhankelijkheidsrelaties. Zij geeft de historische reconstructie meer inhoud doordat zij enkele meer theoretische thema's aansnijdt en de relevantie daarvan voor haar verhaal op overtuigende wijze aantoont. Zo beschrijft zij hoe de keuringsartsen hun medische kennis gaandeweg moesten ontwikkelen om voor de levensverzekeringmaatschappijen tevredenstellende keuringen te kunnen verrichten. Van een situatie waarin zij hun bestaande medisch-wetenschappelijke expertise slechts hoefden toe te passen, was geen sprake. Daarnaast komt aan de orde dat de invoering van een medische keuring voor levensverzekeringen symptomatisch was voor het openbaar worden van het lichaam; vaak zonder medische noodzaak werd het lichaam onderdeel

van het publieke domein. Bovendien beargumenteert Horstman dat de opkomst van de levensverzekering de risico-maatschappij of risico-cultuur aankondigde. De gezondheid en de levensverwachting werden niet langer als lot ervaren maar gepercipieerd in termen van risico's.

Levensverzekeringsbranche

Uiteraard zijn enkele kritische opmerkingen te maken. Zo heb ik mij verwonderd over de geringe aandacht voor de bredere maatschappelijke context. Wellicht zal Horstman zelf stellen dat aandacht voor contextuele factoren niet juist is omdat dan verklaringen worden gezocht 'buiten' of 'achter' het beschreven fenomeen maar dat stelt mij niet zo tevreden. De positie van de verzekerde bijvoorbeeld had nog beter begrepen kunnen worden als op een systematische manier de mogelijkheden waren geschetst om zich anno 1900 in Nederland tegen ziekte, ongeval en overlijden te verzekeren. Ook zou een analyse van de levensverzekeringsbranche relevante inzichten hebben kunnen opleveren, die nu slechts ontstaan als de lezer her en der verspreide informatie met elkaar verbindt.

Een tweede punt van kritiek betreft de paragraaf waarmee het boek besloten wordt. In deze paragraaf maakt Horstman een summiere vergelijking met de huidige situatie die mager afsteekt bij de rest van het boek. Haar pleidooi voor openbaarheid ten aanzien van medische keuringen, dat zij in die laatste paragraaf houdt, komt daardoor niet geheel uit de verf.

Deze kritiek doet echter niets af aan de grote kwaliteiten van het boek van Klasien Horstman. Diepgang en toegankelijkheid gaan hand in hand. Het boek verdient het om gelezen en geanalyseerd te worden.

Klasien Horstman. Verzekerd leven. Artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920, 1996, 285 pagina's, Uitgeverij Babylon-De Geus, Rapenburg 33, 1011 TV Amsterdam, telefoon 020 6225773, ISBN 90 6222 317 6

Harm Lieverdink

EN NOG EENSWERK

Werk, werk en nog eens werk.. Het is de inzet van het paarse kabinet.. Werk wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor de integratie in de samenleving. De betekenis van werk wordt pijnlijk duidelijk voor degenen die moeilijk toegang hebben tot de arbeidsmarkt.. *Herstelwerkzaamheden* van Jaap van Weeghel gaat over de barrières tussen de arbeidsmarkt en psychiatrische patiënten.

Knik in de carrière

Neem Roelof.. Opgegroeid in een traditioneel gezin op het platteland. Neemt op zeventienjarige leeftijd de leiding van het familiebedrijf over.. Werkt dag en nacht.. Het bedrijf groeit.. Vrije tijd is er niet.. Alles gaat goed totdat er een conflict ontstaat met zijn werknemers en zijn huwelijk op de klippen loopt.. De bodem onder zijn bestaan slaat weg. Wordt manisch-depressief.. In de levensloop van Roelof kan een patroon worden geconstrueerd dat bij meerdere mannen van zijn generatie wordt gesignaleerd: een 'late knik in de carrière'. Vergelijk dit met de levensloop van een latere generatie. Problemen thuis, op school, het werk en daarbuiten; dat alles bij elkaar maakt dat psychosociale problemen kunnen ontstaan, en deze bemoeilijken op hun beurt weer het vinden van werk. Brian vertelt: "Ik ging naar het arbeidsbureau omdat ik me tot technisch tekenaar wilde laten omscholen. Toen zei die man: steek je handen eens uit ... Die trilden namelijk erg, dus dat is ook niks geworden." Daarvan springen bij mij tranen in de ogen.

Predictoren

Maar met tranen los je volgens vele onderzoekers geen problemen op. Zij vertrouwen meer op het verklarende en voorspellende vermogen van de wetenschap. Dokter Anthony, een pionierende psychiater uit Boston met naam en faam in de arbeidsrehabilitatie, heeft een aantal 'predictoren' van het arbeidsfunctioneren benoemd. Arbeidsverleden, prestaties in een beschutte werkomgeving, sociale competentie, ego-sterkte en waargenomen eigen arbeidscompetentie zijn sterke voorspellers. Zwakke voorspellers zijn persoonlijkheids-, intelligentie en vaardigheidstesten, functioneren op andere levensgebieden, opnameverleden, psychiatrische diagnose, psychiatrische symptomen en demografische factoren. Van Weeghel concludeert dat de krachtigste voorspellers het minst goed mani-

puleerbaar zijn. Een onafgemaakte of ongeschikte vooropleiding, een gebrek aan arbeidsverleden en een omvangrijke psychiatrische voorgeschiedenis maak je niet zomaar ongedaan. Misschien zouden onderzoekers zich gezien deze conclusie beter kunnen richten op het verkrijgen van inzichten in ervaringen vanuit het perspectief van de deelnemers.

Techno-bias

Dat is wat mevrouw Deegan doet.. Haar ervaringen als patiënt zijn voor haar een leidraad bij haar werk als therapeute. Zij begeleidt mensen in hun 'natuurlijke herstelproces' en neemt daarmee afstand van de technologische bias en de gerichtheid op methodieken (versus relaties) die de rehabilitatie-literatuur domineert.. Rehabiliteren is in haar visie het herstellen (niet genezen) door het actief leren accepteren van blijvende beperkingen. Dit is een biografisch-specifiek, langdurig en grillig proces. Een standaardbehandeling is daarom niet geschikt.. Een persoonlijke en emotioneel betrokken op de persoon toegesneden begeleiding met oog voor momenten waarin deelnemers ontvankelijk zijn voor veranderingen en waarin tegemoet wordt gekomen aan de 'dynamiek van toenadering en verrijding' vormt een voorwaarde voor herstel.. Hiermee verschuift de traditionele afhankelijkheidsrelatie tussen therapeut en patiënt naar een meer horizontale relatie tussen partners die wisselend de rol van leerling en leraar innemen.

Vergeeten follow-ups

Naast een dalende werkgelegenheid worden psychiatrische patiënten geconfronteerd met discriminatie en vooroordelen ten aanzien van hun ziekte. Werk behouden is deels een kwestie van motivatie en vaardigheden, maar mede afhankelijk van de bereidheid, inventiviteit en steun van werkgevers, chefs en collega's. Een arbeidsrehabilitatieprogramma zal deelnemers trainen, informeren en begeleiden. Vaak vergeten, maar belangrijk zijn de follow-ups wanneer men is geplaatst.. Over de effectiviteit van deze arbeidsrehabilitatieprogramma's in termen van het percentage deelnemers dat een baan (al dan niet betaald) heeft, ontbreken in de literatuur 'harde' cijfers. Veranderingen zijn subtiel.. Wel zijn er signalen dat er een verbetering optreedt in de kwaliteit van leven. Neemt men de betekenis van arbeidsrehabilitatieprogramma's in aanmerking uit oogpunt van de deelnemers, dan laat een evaluatie van bij-

voorbeeld 'De Schalm' (een werkproject in Haarlem) zien dat ex-deelnemers het programma ervaren als een ontmoetingsplaats, familie, school en oefenplek.

Wending

Dit is in grote lijnen waar *Herstelwerkzaamheden* over gaat.. Het proefschrift is gebaseerd op een combinatie van literatuur- en empirisch onderzoek. Opmerkelijk is de wending ver voorbij het midden. Het boek wordt daar onderbroken met een methodologisch hoofdstuk over het kwalitatieve onderzoek. Hiermee wordt gesuggereerd dat deze methoden een extra legitimering behoeven. Dat is wat mij betreft niet nodig; de inhoud is overtuigend genoeg. Het was in ieder geval eleganter geweest om deze verantwoording te verwerken in het hoofdstuk over de onderzoeksopzet.

Naast de methodische vindt er op dit punt ook een inhoudelijke wending plaats. Tot hoofdstuk acht is het boek gericht op de *uitval* uit het arbeidsproces, daarna worden de mogelijkheden voor *herstel* verkend. De wending vertaalt zich eveneens in de stijl die meer betrokken wordt.. De belofte dat 'een indringend beeld wordt geschetst van patiënten die zich wel weten te handhaven in het arbeidsproces' gaat dan ook alleen op voor hoofdstukken negen, tien, elf en dertien. De wending geeft te denken: wellicht vraagt arbeidsrehabilitatie waar de patiënt niet als object maar als competente partner wordt benaderd om een kwalitatieve, of zelfs interactieve onderzoeksbenadering. Naast het op de agenda plaatsen van de problematiek, is de verdienste van dit boek gelegen in het systematische overzicht van ontwikkelde kennis en inzichten op het grensvlak van arbeid en psychiatrie. Een kleine verhalenbunde waarin de beleefde ervaringen van relaties tussen mensen als Roelof Brain, Dokter Anthony en Mevrouw Deegan tot leven komen zou een mooi vervolg zijn op het grote naslagwerk dat *Herstelwerkzaamheden* is.

Jaap van Weeghel, Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten, Uitgeverij SW Utrecht, 1995, 346 pagina's, tevens dissertatie, ISBN: 90-6665-170-9.

Tineke A. Abma

DE BELANGRIJKEGEZONDHEID

Patiënt en professie - culturele determinanten van medische consumptie, onder redactie van S.E. Kooiker en M. Mootz, gaat over de medische consumptie. De laatste twee decennia staat de discussie hierover voornamelijk in het teken van de stijgende kosten in de gezondheidszorg. Over de noodzaak tot beheersing bestaat consensus, het realiseren daarvan is echter een politieke slangenkuil gebleken, zo bewijze het lot van *Grenzen aan de zorg*.

Het aanwijzen van causale factoren - lees schuldigen - van de kostenstijging creëert een mogelijkheid om subtiel doch gericht in te grijpen zonder dat de politieke nek uitgestoken wordt. Met enige regelmaat wordt de mening geventileerd dat niet de toegenomen medische mogelijkheden en de beschikbaarheid daarvan, maar de burger zelf schuldig is. De moderne burger zou, mede onder invloed van de media, een medisch consumentalist zijn geworden die (te) veel belang hecht aan zijn gezondheid en buitenproportionele verwachtingen koestert ten aanzien van de dames en heren in witte jassen. Vooral onder artsen zelf is deze opvatting schijnbaar populair, getuige de recente belangstelling voor het thema arts en media.

In *Patiënt en professie* wordt, langs verschillende sociologische invalshoeken - overwegend gebaseerd op vragenlijsten en methodologische technieken - getracht de hypothese van de tot probleem geworden mondige, gemedicaliseerde en ge-protoprofessionaliseerde patiënt op zijn merites te beoordelen. Onderwijl worden de achtergronden van de thematiek in grote lijnen geschetst en wordt voorzichtig naar een verklaring gezocht.

De kern van *Patiënt en professie* moet gezocht worden in de eerste vijf hoofdstukken, waaruit blijkt dat de waardering van gezondheid wel is toegenomen, maar niet zonder meer in verband kan worden gebracht met medische consumptie.

Kooiker illustreert dat de ranglijst aan persoonlijke waarden de afgelopen 30 jaar inderdaad is veranderd: er is sprake van een constante stijging van het aan-

tal mensen dat gezondheid als belangrijkste in het leven ziet. Deze stijging is vrij autonoom, dat wil zeggen dat zij zich voordoet in vrijwel alle subgroepen die onderzocht werden. Er zijn echter aanwijzingen dat we de toegenomen waardering van gezondheid niet al te serieus moeten nemen. Kooiker suggereert dat gezondheid bij gebrek aan andere waarden als belangrijkste waarde naar boven is komen drijven. Gezondheid blijkt verder voor velen, ook zij die gezondheid bijzonder hoog waarderen, geen medisch begrip: men ziet gezondheid vooral als 'regelmatig leven' of 'positieve levenshouding'.

Ontevredenheid

Op allerlei fronten blijken de onderzoeksresultaten de sociaal-wetenschappelijke intuïtie in de steek te laten. De toegenomen waardering van gezondheid heeft niet tot een toename van het aantal ontevreden patiënten geleid: de auteurs spreken van de wet van behoud van ontevredenheid (een wet die in 1970 al zo werd genoemd in *De mensen hebben geen leven* van J.A. Weijel).

Ontevredenheid wordt slechts zeer sporadisch in een formele klacht omgezet. Een hoge waardering van gezondheid blijkt verder niet (positief) gecorreleerd aan medische kennis noch aan het feitelijk gezondheidsgedrag: respondenten die gezondheid hoog in het vaandel dragen blijken juist over minder medische kennis te beschikken en in het geheel geen gezonder leven te leiden.

Alle patiënten hetzelfde

De plaats van de laatste twee hoofdstukken binnen het geheel is niet duidelijk. In hoofdstuk zes wordt ingegaan op de invloed van niet-medische factoren op de vorm - duur en inhoud - van het contact in de spreekkamer. Artsen blijken zich vooral te laten leiden door de aard van de medische aandoening, hoewel bepaalde socio-demografische factoren ook van invloed zijn. Over dit laatste heerst, tot mijn verbazing, ontevredenheid: de betreffende auteurs menen dat alle patiënten in principe 'gelijk' behandeld moeten worden. In spelen op de behoefte van een patiënt, binnen de speelruimte die door de geneeskunde hiertoe geboden wordt, is voor de auteurs kennelijk uit den boze.

Hoofdstuk zeven handelt over onnodige verwijzingen van de huisarts. Carla Engelman operationaliseert het begrip 'onnodig' onder meer aan de hand van het oordeel van specialisten en een onafhankelijk medisch panel. Vier tot twaalf procent van de verwijzingen blijkt in aanmerking te komen voor de kwalificatie 'onnodig'. Pressie van de patiënt speelt hierbij in 20-25% een rol. Of toegegeven wordt aan deze druk blijkt vooral afhankelijk van de aard van de klacht, is deze 'vaag' dan volgt eerder een verwijzing. Engelman begeeft zich met haar onderzoek in het wespennest van de medische professie, daar waar narcistische en vermeend wetenschappelijke artsen gevraagd wordt over elkaar te oordelen. Dat geeft te denken over de resultaten.

Patiënt en professie kan van harte worden aangeraden aan een ieder die geïnteresseerd is in de sociaal-wetenschappelijke achtergronden van de geneeskunde in het algemeen en medische consumptie in het bijzonder. Veel vooroordelen worden ontzenuwd en het boek biedt *en passant* een mooi overzicht in de sociaal-psychologische theorievorming rond het thema medische consumptie. De kracht van *Patiënt en professie* moet echter vooral gezocht worden in een waarschijnlijk onbedoeld resultaat: de bevindingen van de verschillende onderzoekers leveren soms meer vragen dan antwoorden op. Naarmate de tekst vordert, bekraipt je het gevoel, in alle tabellen, getallen en statistische toetsen, de greep op het onderwerp kwijt te raken. Tussen de regels door laat dit boek zien hoe complex het thema in elkaar steekt en hoe ontoereikend kwantitatieve technieken kunnen zijn bij het formuleren van een antwoord op de waaromvraag. Er is een dringende behoefte aan een nadere kwalitatieve interpretatie.

Patiënt en professie - culturele determinanten van medische consumptie; S. E. Kooiker, M. Mootz (red).

Sociaal Cultureel Planbureau, Rijswijk 1996. ISBN 90-5250-913-1. (f 35,00)

Capi Weaver

HULP AAN ALLOCHTONE VROUWEN NIET ANDERS

Margreet ten Have

Onlangs is ons rapport Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen verschenen. Op basis van onze bevindingen reageer ik op het artikel lessen van de Vrouwenhulpverlening in het vorige nummer van dit tijdschrift.

Mijn reactie spitst zich toe op de verklaring die Indra Boedjarath geeft van het geringe gebruik dat allochtone vrouwen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maken, en op de vraag of allochtone vrouwen een andere hulpverlening behoeven dan autochtone vrouwen.

In het rapport doen wij (Bijl, Rodrigues en Ten Have) verslag van een inventariserend onderzoek naar de aard en de omvang van de hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen bij Amsterdamse hulpverleningsinstellingen. We zijn nagegaan om hoeveel vrouwen het gaat, met welke problemen zij zich aanmelden en op welke wijze hulpverleners deze vrouwen proberen te helpen. Deze inventarisatie is uitgevoerd door het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid op verzoek van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam en het Emancipatiebureau Amsterdam. Aanleiding hiervoor was de indruk dat allochtone vrouwen te weinig door de verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen worden bereikt. In welke mate die indruk feitelijk juist is, was niet bekend.

WEINIG ALLOCHTONE VROUWEN IN DE GGZ

Indra Boedjarath schrijft, dat allochtone vrouwen relatief weinig gebruik maken van psychiatrische hulpverlening. Uit ons onderzoek naar de hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen in Amsterdam blijkt ook dat allochtone vrouwen sterk ondervertegenwoordigd zijn in de intramurale en semimurale GGZ-voorzieningen. Indra Boedjarath zoekt de verklaring voor dit geringe zorggebruik van allochtone vrouwen in het hulpaanbod van intramurale GGZ-voorzieningen. Allochtone vrouwen zouden zich niet begrepen voelen, er is soms sprake van discriminatie (net zoals buiten de kliniek), en er zouden onvoldoende voorzieningen zijn om de eigen religieuze verplichtingen en voedsel wetten na te leven. Ook als allochtone vrouwen minder positieve

ervaringen hebben met de psychiatrie, dan nog ben ik van mening dat de beperkte toestroom van allochtone vrouwen in deze sector niet eenzijdig te wijten is aan het hulpaanbod. De vrouwen komen immers nauwelijks over de drempel van het psychiatrisch ziekenhuis om dergelijke ervaringen op te doen.

CONCRETE CIJFERS

Om het concreet te maken: in Amsterdam gaat het jaardijks om 132 (8,5%) allochtone vrouwen van de in totaal 1.547 vrouwen, die een beroep doen op de intramurale en semimurale GGZ. Hun aandeel in de gehele vrouwelijke bevolking in Amsterdam is echter 18,4%. De verklaringen voor deze sterke ondervertegenwoordiging van allochtone vrouwen in de intramurale en semimurale GGZ moeten mijns inziens elders gezocht worden: bij de (omgeving van de) allochtone vrouwen zelf. Uit ons onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat allochtone vrouwen in geval van ziekte langer door de familie worden verzorgd en dat er bij allochtonen nog steeds een groot taboe is op psychisch ziek zijn en op opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

De conclusie van Indra Boedjarath, een pleidooi voor categorale zorg indien het hulpaanbod onvoldoende aansluiting vindt bij de hulpbehoeften van allochtone vrouwen, is alleen al vanwege de kleine aantallen vrouwen dat gebruik maakt van de psychiatrie onhoudbaar. Bovendien is de conclusie voorbarig, omdat niet eerder systematisch onderzoek is gedaan naar de hulpbehoeften van allochtone vrouwen. Wij weten bijvoorbeeld niet of allochtone vrouwen überhaupt meer behoefte hebben aan intramurale zorg, hoe zij het opgeno-

men zijn ervaren, en of er verschillen zijn in wensen en verwachtingen tussen de diverse etnische groepen en tussen de lang- en kortverblijvers.

SLECHTE ERVARINGEN

Ik ontken niet dat slecht aansluitend hulpaanbod een rol speelt in de verklaring van hun zorggebruik. Minder positieve ervaringen in de GGZ kunnen vrouwen er immers van weerhouden om een volgende keer opnieuw naar dezelfde instelling te gaan. Binnen de extramurale GGZ lijkt het hulpaanbod wel een rol te spelen in de toegankelijkheid van de verschillende zorgvoorzieningen voor allochtone vrouwen. En dan doel ik bij het hulpaanbod vooral op de aanwezigheid van allochtone hulpverleners en op de inhoud van de hulp. Twee onderzoeksresultaten lijken dit te bevestigen. De eerste bevinding is de uitzonderlijke positie van een aantal in omvang maar kleine poliklinieken die in tegenstelling tot de andere poliklinieken relatief veel allochtone vrouwen in hun patiëntenbestand hebben. De reden hiervoor lijkt te zijn dat vooral deze poliklinieken een actief migrantenbeleid voeren, bijvoorbeeld door het aantrekken van allochtoon personeel en het instellen van een opspreekuur. De tweede bevinding is dat allochtone vrouwen binnen de Riagg veel minder vaak, en ook weer gemiddeld minder dan autochtone vrouwen in zorg komen bij de afdeling psychiatrie dan bij de afdeling sociale psychiatrie. Blijkbaar hebben allochtone vrouwen meer behoefte aan steun en begeleiding dan aan een op veranderende gerichte hulpverlening, zoals psychische therapie. Net als bij de polikliniek lijkt het aantal allochtone vrouwen met één Riagg samen te hangen met aanwezigheid van allochtone hulpverleners en van autochtone hulpverleners die ervaring hebben met deze groep.

GEEN UITSLUITING

In tegenstelling tot wat Indra Boedjarath beweert worden allochtone vrouwen niet uitgesloten van geestelijke gezondheidszorg. De Riagg's in Amsterdam proberen juist heel bewust

meer allochtone mannen en vrouwen te bereiken. Daarnaast gaan veel Riagg-hulpverleners op een actieve manier na hoe zij allochtone vrouwen het beste kunnen helpen, bijvoorbeeld door in de hulpverlening minder de nadruk te leggen op verandering en meer op begeleiding, door het aanbieden van groeps-hulpverlening voor vrouwen met psychosomatische klachten, of door meer directieve psychotherapie te geven. De conclusie van Indra Boedjarath dat een gebrekkige diagnostiek bij allochtone vrouwen resulteert in een niet adequaat hulpaanbod, onderschrijf ik niet. Welke soort hulp een cliënt krijgt is namelijk maar ten dele afhankelijk van de gestelde diagnose, veel belangrijker voor de juiste keuze van hulpverlening zijn de hulpvraag van de cliënt en haar mogelijkheden en vaardigheden om gebruik te maken van de diverse behandelingsmethoden. Bovendien speelt het stellen van psychiatrische diagnosen een veel minder prominente rol in de Riagg dan in de intramurale psychiatrie, waarvan allochtone vrouwen toch al nauwelijks gebruik maken.

URGENTERE PROBLEMEN

Indra Boedjarath verwondert zich over het feit dat allochtone vrouwen relatief weinig gebruik maken van de GGZ, vanwege hun veelal lage sociaal-economische positie en de nadelige effecten die deze op hun gezondheid zou hebben. Over het algemeen geldt dat eerst de basale problemen opgelost moeten worden, alvorens de meer psychische problemen met succes aangepakt kunnen worden. Het zou wel eens zo kunnen zijn dat de sociaal-economische problemen van allochtonen de meer psychische problemen maskeren ofwel dat de sociaal-economische problemen van zo'n urgentie zijn dat veel allochtonen eerst hulp zoeken voor hun meer praktische problemen. Uit ons onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat allochtone vrouwen meer dan gemiddeld een beroep doen op het Algemeen Maatschappelijk Werk; een instantie die vooral praktische en psychosociale hulp biedt.

Op basis van het patroon van zorggebruik van allochtone vrouwen dat zo verschilt van autochtone vrouwen (zie voor een totaaloverzicht: Ten Have et al., 1996), zou ik niet op voorhand willen concluderen dat allochtone vrouwen meer gebruik zouden moeten maken van bijvoorbeeld intramurale GGZ-voorzieningen of dat zij een te groot beroep doen op maatschappelijke zorginstellingen.

DE

Zoals Indra Boedjarath terecht opmerkt zijn er tussen allochtone vrouwen onderling grote verschillen: in hun situatie, in de manieren waarop zij met problemen omgaan, en in de oplossingsmogelijkheden die zijzelf zien. Er is net zo'n groot onderscheid tussen Surinamers en Marokkanen als tussen witte Nederlanders en Turken. Voor de hulpverlener betekent dit dat er dus niet één aanpak bestaat voor de allochtone vrouw, evenmin als voor de autochtone Nederlander. Steeds maar weer moet de hulpverlener nagaan welke aanpak voor deze allochtone vrouw met deze achtergrond en in deze situatie het beste is. Bij elke cliënt moet de hulpverlener zijn of haar eigen waarden en normen opzij kunnen zetten, ongeacht de sociale en culturele achtergrond van de cliënt. In deze opzichten verschilt 'migrantenhulpverlening' of 'transculturele hulpverlening' niet van de gangbare psychiatrische en psychosociale hulpverleningsmethodieken. Ik ben dan ook van oordeel dat hulpverleners bij allochtone vrouwen *in principe* geen andere hulpverleningsmethoden hoeven te gebruiken dan bij autochtone vrouwen. De hulpverlening aan allochtone vrouwen vraagt hooguit meer inventiviteit van hulpverleners. De uitgangspunten van de vrouwenhulpverlening lijken mij in tegenstelling tot wat Indra Boedjarath beweert wel goed bruikbaar voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen. Uiteraard moeten hulpverleners bij elke, ook allochtone vrouw haar unieke situatie niet uit het oog verliezen; in zoverre is er voor geen enkele

vrouw met problemen een kant en klaar recept voorhanden.

ASSERTIEF

Te vaak wordt er mijns inziens de nadruk gelegd op *de andere manier* van hulpverleners bij allochtone vrouwen. Allochtone vrouwen zouden bij psychosomatische klachten vooral steun hebben aan groepshulpverlening. Psychotherapie is teveel gericht op verandering en zou voor allochtone vrouwen niet geschikt zijn, hoewel er in Amsterdam goede ervaringen zijn opgedaan met kortdurende, directieve psychotherapie. En het stimuleren van assertiviteit, één van de principes van vrouwenhulpverlening, levert alleen maar meer problemen op bij allochtone vrouwen. Met een dergelijke vooringenomen houding van hulpverleners wordt een allochtone vrouw de mogelijkheid ontgenomen om van de voor haar meest geschikte vorm van behandeling gebruik te maken.

Tot slot wil ik nog opmerken dat wij onderzoek deden in Amsterdam. Ik ben me ervan bewust dat de situatie in Amsterdam niet representatief is voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen in Nederland. Toch meen ik dat de ondervertegenwoordiging van allochtone vrouwen in de intramurale en semimurale GGZ zeker niet specifiek is voor de hoofdstad, evenmin de verklaringen voor het zorggebruik en de conclusies die we daaruit kunnen trekken.

Margreet ten Have is wetenschappelijk medewerker van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv).

Ten Have, M., M. Rodrigues en R. Bijl, *Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen. Het hulpaanbod in Amsterdam voor Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen met psychische problemen.* Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 96-3, 1996.

Het Binnenhofje

'Le congrès danse beaucoup, mais il ne marche pas' schreef de prins van Ligne die in vorige eeuw het congres in Wenen bijwoonde, aan zijn broer.. Hoewel het citaat letterlijk is bedoeld - de deelnemers aan het Weens Congres wisten gemakkelijker de voeten van de vloer te krijgen, dan de handen ineen, is de figuurlijke betekenis nog steeds actueel.. Is de besluitvorming rondom de zorgsector gebaat bij een sterk parlement? Heeft herstel van het politieke primaat tot gevolg dat alle mooie plannen voor de gezondheidszorg doorgang vinden?

De Nederlandse overheid laat zich bijstaan door een gigantische hoeveelheid adviesorganen. De onderwerpen en beleidsterreinen waarover ze adviseren lopen sterk uiteen: van de Adviescommissie Wet Bedreigde Uitheimse Diersoorten tot de Hoge Raad van Adel.. De meeste raden bestaan uit vertegenwoordigers van partijen in het veld, diegenen die de tucht van de overheidsregulering ondergaan. Naar het oordeel van commissie De Jong leverde een dergelijke belangenverstrengeling nauwelijks een bijdrage aan een transparant landsbestuur.. Advisering, overleg en beheer -van bepaalde wettelijke taken, zoals het beheer van de AWBZ-kas door de Ziekenfondsraad- lopen vaak door heen. In de ogen van de overheid wordt een adviesorgaan soms misbruikt.. er zou on-eigenlijke beïnvloeding plaatsvinden. Bovendien is er nogal wat overlap in de personen die verschillende functies vervullen. Enig snoeiwerk zou op zijn plaats zijn.

Het afslankingsproces van de adviesstructuur is door het Paarse kabinet voortvarend ter hand genomen. Het oorspronkelijke voorstel van De Jong c.s. om per departement slechts één enkel adviesorgaan te tolereren, is afgezwakt.. Voortaan mag op elk beleidsterrein -elk departement bezit er meerdere van- één adviesorgaan opereren. Daarenboven dienen de organen te zijn samengesteld uit onafhankelijke, door de Kroon te benoemen leden. Hieraan kleven echter nogal wat consequenties.

Met name de vele koepelorganisaties die ons land telt, voelen de verandering. Adviesorganen als een ziekenfondsraad dienen zich voortaan verre te houden van beleidsadvisering. Zij worden geacht zich enkel bezig te houden met de beheerstaken, het uitvoeren als zelfstandig bestuursorgaan. Het nemen van beslissingen daarover is -terecht- voorbehouden aan de politiek. De beleidsvoorbereiding wordt echter aan een afgeslankte overheid overgelaten, die zich laat bijstaan door de bovengenoemde adviesorganen nieuwe stijl. Het klinkt als een sprookje.

Realiteit, is dat aan de beïnvloeding van de overheid via adviesorganen in enig veld paal en perk wordt gesteld. Op zich een terecht streven, ware het niet dat de politiek nu het kind met het badwater weggooit.. Het tot juiste proporties terugbrengen van de rol van de adviesorganen is geen sinecure. Het is niet een kwestie van even een wet door het Parlement jassen en klaar is Wim. Nee, want hoewel zo'n wet er is is enige stroomlijning. Op het departement van VWS speciaal voor dit doel een projectgroep (De Beer) in het leven geroepen. Zij buigt zich over de vraag: wat mag blijven, in welke vorm vindt advisering plaats en hoe regelen we de functies overleg en beheer?

De vijf belangrijkste adviesorganen in de zorgsector hebben

plaats moeten maken voor één adviesorgaan, te weten de Raad voor de Volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening. Aangezien deze raad, bestaande uit onafhankelijke kroonleden, werd voorzien van het, afgeslankte, secretariaat van de voormalige Nationale Raad voor Volksgezondheid, was dit één probleem minder voor De Beer c.s.

Toen resteerden vier adviesorganen. De Gezondheidsraad, die het departement van medisch-wetenschappelijk advies voorziet, bleef buiten beschouwing. Niet omdat de huidige minister hier in een vorig leven als vice-voorzitter fungeerde, maar omdat de Raad, ondanks haar gigantische omvang, buitengewoon efficiënt adviseert. Met een minimaal secretariaat en een hooglerarenbestand dat het een eer vindt pro deo te mogen adviseren, blijft dit orgaan intact.. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen toonde zich zeer coöperatief op. De overige twee, het COTG en de Ziekenfondsraad, gaven zich niet zo gemakkelijk gewonnen. Het COTG, wiens bestuur geen leden bevat die een directe band mogen bezitter met belanghebbende partijen, acht zich voor een goed functioneren afhankelijk van deskundigen van partijen (aanbieders, verzekeraars en overheid) die in haar Kamers overleggen over prijzen en tarieven. De Ziekenfondsraad zette in Ol een paritair bestuur: werkgevers, werknemers, verzekeraars aanbieders en consumenten zouden immers in gezamenlijkheid, rekening houdend met een complex aan factoren, moeten kunnen adviseren over de ziektekostenverzekeringen. Het mocht niet baten. In overleg met minister Borst toond de Tweede Kamer zich onverzettelijk.. Het politiek prima, moet zegevieren. In die visie passen enkel adviesorganen me kroonleden. Binnen het maatschappelijk middenveld won cynisch opgemerkt dat het voor de minister niet eenvoudiger zal zijn een voldoende aantal terzake kundige en tevens Ol afhankelijke kroonleden te vinden. En dat ook een kROOI ledenmodel niet fool-proof is, om niet te zeggen spot met (wetten der democratie, toont de CTSV-affaire genoegzaam aan. Bovendien komen door de eenzijdige aanpassing v~ adviesstructuur, de overlegmogelijkheden van het veld onder druk te staan. Hoe kan men de overheid en politiek laten weten dat onuitvoerbaar voorstellen ten departement worden voorbereid? Gevreesd mag worden dat het maatschappelijk middenveld zich in een ratrace stort om een voet tussen deuren te krijgen bij de departementen.

En is de politiek hiermee gediend? Op het eerste oog wel: advies structuur wordt ontegenzeggelijk vereenvoudigd. Mi kan de politiek de verantwoordelijkheid die ze op deze wijze claimt wel dragen? Feit is dat besluitvorming minder gefaciliteerd kan worden voorbereid door het ontbreken van een belangrijk deel van de benodigde beleidsinformatie, name] van hen die de regels moeten uitvoeren en naleven. Nu klagen zorgverzekeraars dat de eigen-bijdrageregeling omvoerbaar is.

Maar is dan tenminste de besluitvorming van de politiek transparant en weloverwogen? De gang van zaken rondom eigen bijdrage-problematiek wijst daar niet op. In het toren (en daarna in de zeshoek van het kabinet) is april jongste een, qua vaagheid aan het vorig kabinet gewaagd, compromis bereikt.. Echter, door het ontbreken van consensus binnen coalitie heeft het compromis een beperkte houdbaarheid sc van slechts een jaar.. Geen burger meer die het snapt.. Als het aan hem lag, dan wordt na de eerstkomende kiezingen snel van danspartner gewisseld.

Matthé Ribbens, redacteur TGP

VROUWENGEZONDHEIDSZORG

Annemiek Cuppen en Hans Tenwolde

Marleen Baerveld is directeur en Leonoor Nicolai beleidsmedewerker van het landelijk centrum voor vrouwengezondheidszorg Aletta. Marleen is vanaf het begin betrokken, Leonoor sinds zeven jaar. Bij Aletta's vijftiende verjaardag in februari roemde minister Borst het centrum als 'de bakermat en motor van de vrouwengezondheidszorg'.

Aletta is ontstaan in een tijd waarin vrouweninitiatieven aan alle kanten structuur kregen en gesubsidieerd werden. De tijd van de Emancipatiebureaus, De Maan, Balsemien, Tegen Haar Wil.

Marleen: 'Alles leefde en bruiste toen. Aletta is begonnen met een advertentie in Opzij. Er zou iets moeten komen over vrouwengezondheid, door vrouwen en voor vrouwen. Daar reageerde ik op met een stuk of veertig anderen. Ik kan me herinneren dat we een dag discussieerden en dat de helft al gelijk afviel. De vragen waren: gaan we buurtgericht of centraal werken, hoe gaan we om met onze deskundigheid, willen we subsidie of niet, laten we ons voor ons werk betalen? En we wilden niet buurtgericht maar centraal, en we wilden geen hulpverlening, want je moest jezelf helpen. Vrouwen moesten leren zelf de weg te vinden. We wilden wel subsidie en we wilden ook beloond worden - dat laatste was heel wat, want dat werd in die tijd wel bestempeld als broodfeminisme. Maar wij vonden het juist fout dat van je verwacht werd dit soort werk naast je betaalde baan te doen. Overigens hebben we toch vijf jaar lang met alleen maar vrijwilligers gewerkt, en hard.'

'Op de universiteit had ik de ervaring dat vrouwen niet de kans kregen volgens hun eigen inzichten te werken. Overall had je toen nog dat vrouwen buiten de boot gehouden werden. Daardoor had ik een ontstellende behoefte om iets buiten de gevestigde instituten te ontwikkelen. Dat was op dat moment echt een noodzaak, ook achteraf gezien.'

Leonoor is er zeven jaar geleden bij gekomen. 'Ik vond het verrassend dat het hier echt zo is dat het team meer presteert dan het totaal van de leden. Ik vind ook nu nog een verschil met de universiteit dat hier niet zo individualistisch wordt gewerkt.' Leonoor werkte toen op de universiteit, waar ze de ontwikkeling van vrouwenstudies landelijk

coördineerde. 'Wat ik daar miste was de inhoud. Ik was bezig met strategische keuzen om het vak erkend te krijgen, zonder er inhoudelijk mee bezig te zijn. Bij Aletta kwamen inhoud en strategie prettig samen. Bovendien lag mijn hart al lang bij vrouwengezondheidszorg. Ik was al betrokken bij het Rotterdamse initiatief Tante Sjaan en ik zat in het Netwerk vrouwenhulpverlening en onderzoeksters. Dat heet nu trouwens de Dutch Foundation for Women and Health Research...'

De strategische aanpak was overigens kenmerkend voor de tweede levensfase van Aletta. De start was immers sterk

de reguliere zorg. Dat resulteerde in een derde fase, waarin Aletta vol zelfvertrouwen haar expertise aanbiedt en wil samenwerken met gevestigde instituten.

Marleen: 'We zitten nu in het begin van een vierde fase, met verbreding van thema's en doelgroepen, met meer marktgerichtheid, minder subsidieafhankelijkheid. Op weg naar verzelfstandiging.'

Vinden jullie het niet lastig om de bevlogenheid van vroeger vast te houden in deze zakelijke tijd?

Marleen: 'Nee, het is meer zo gegroeid dat een emotioneel gebeuren wordt omgezet in werk. Ik ben meegeprofessionaliseerd. Mensen vragen wel eens: zit je nou nog in die vrouwengezondheidszorg? Maar voor mijn gevoel heb ik hier mijn derde baan.'



Marleen Baerveld

foto Wilma Kieft

bepaald door kritiek op de reguliere zorg. De houding van Aletta was 'met de rug naar de hulpverlening'. Daarna was er een fase 'waarin we onszelf lieken zien', de fase van aandacht vragen en ontwikkelen. Toen kwamen de betaalde krachten en de eigen huisartsenpraktijk. Aletta kreeg een landelijke opdracht en ging zich ook richten op de beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Zo ontstond een beleid van integratie in

'Vroeger kon je je rug toekeren of vrouwvijandige dokters aan de schandpaal nagelen. Nu is het minder persoonlijk geworden en meer op structuren gericht. Dat is uitdagend. Die ontwikkeling gaat samen met de mijne. Ik werk nu als manager, maar ik voel me wel verbonden met deze zaak.'

Leonoor: 'Bij mij is mijn werk ook nog steeds mijn hobby. Ik zou het altijd doen en ik zou me er altijd druk over



Leonoor Nicolai

foto Wilma Kieft

maken, ook als het mijn baan niet was. Het is nog steeds hetzelfde, die kwaadheid, bijvoorbeeld over de blijvende onkunde rond incest.'

Mild worden is er dus niet bij?

'Dat milde is ook maar een beeld dat je krijgt toebedeeld, een opvatting van de ontwikkelingspsychologie over ouder worden. Je wordt misschien wel eerder streng dan mild! Je wordt in ieder geval minder bang van de buitenwereld.'

Is vrouwenhulpverlening eigenlijk te beschouwen als alternatieve hulpverlening?

Leonoor: 'Nou, alternatief, we zijn hier allemaal behoorlijk Hollands Nuchter. We vinden niet dat je vrouwenhulpverlening moet scharen onder alternatieve hulpverlening. Dokter Vogel, homeopathie en kruidentheo garanderen nog geen seksespecifieke behandeling. Het grote voordeel van alternatieve hulpverlening vind ik dat er veel meer tijd wordt uitgetrokken voor het contact met de patiënt. Maar dat moet niet als alternatief gezien worden. Dat willen we in de reguliere zorg ook.'

Marleen: 'Er zijn op dit punt stromingen in de vrouwenhulpverlening. Aletta is vanouds voor situering in de reguliere zorg. Dat is ons niet altijd in dank

afgenomen. Maar het is juist goed dat er debat over gevoerd wordt. Er zijn ook internationale verschillen. In Amerika is de tendens bijvoorbeeld meer en betere zorg voor vrouwen, en hier: minder zorg en zorg op maat. Wat ons internationaal verbindt is het problematiseren van sommige ingrepen, preventieve verwijdering van baarmoeders, hormoonbehandelingen, en dergelijke. We willen zowel aansluiten bij de reguliere gezondheidszorg als bij de wetenschap. We zoeken naar een evenwicht tussen wetenschap en ervaring. Voelen is één ding, maar wat zegt de wetenschap ervan? Ervaringen en belevingen van vrouwen aan de ene kant, daar zit informatie in, maar het is niet de hele waarheid. Aan de andere kant is dat wat wetenschappelijk als waar wordt aangenomen niet zonder meer waar. Het perspectief van vrouwen wordt er vaak niet in opgenomen.'

Zien jullie de moderne medische technologie als een bedreiging?

Leonoor: 'We zijn kritisch, maar niet per definitie afwijzend. Er zijn wel problemen rond de voortschrijding van technologie, natuurlijk. De ruimte om te kiezen wordt steeds kleiner. Aan de ene kant lijken de keuzemogelijkheden vergroot te worden, maar normen voor wat de juiste keuze is maken de ruimte in feite kleiner. We denken ook dat technische zorg veel sociale vaardigheden vraagt van zorgverleners.

Marleen: Wij zijn bijvoorbeeld in onze

Aletta, opgericht in 1980, is een landelijk centrum voor vrouwengezondheidszorg. Vrouwen kunnen er terecht voor informatie, hulpverlening en advisering, zorgverleners voor informatie, advies en deskundigheidsbevordering. Grote inspiratiebron voor het centrum is de onorthodoxe maar effectieve vernieuwingsarbeid van Aletta Jacobs (1854-1929), de eerste vrouwelijke arts in Nederland.

Het informatiecentrum is er voor iedereen en levert kennis over vele aspecten van gezondheid en welbevinden. Sinds kort is hier ook het documentatiecentrum Vrouwen en Aids ondergebracht. Doel van het informatiecentrum is vrouwen beter in staat te stellen 'keuzen in de zorg' te maken. In het centrum, per telefoon en in groepsbijeenkomsten wordt hieraan gewerkt door een coördinator gezondheidsvoorlichting en een team vrijwilligers.

Aletta initieert ook projecten die moeten leiden tot meer kennis van vrouwengezondheid of integratie van vrouwenhulpverlening in de opleidingen, bijvoorbeeld in samenwerking met het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de huisartsenopleidingen.

Voor zorgverleners in de eerste lijn organiseert Aletta een basiscursus vrouwengezondheidszorg. Voor huisartsen biedt Aletta een telefonisch informatielijn, cursussen (bijvoorbeeld nascholing), studiedagen (bijvoorbeeld voor vrouwelijke huisartsen), en studiemateriaal (bijvoorbeeld draaiboeken voor workshops over vrouwengezondheidsproblemen).

Ten behoeve van patiëntenvoorlichting geeft Aletta informatiefolders en boekjes uit. Inzichten en ervaringen worden neergelegd in boeken, brochures, videoprogramma's en studiemateriaal voor zorgverleners.

Aletta heeft ook een eigen huisartsenpraktijk met vierduizend Utrechtse patiënten - vrouwen, mannen en kinderen. Hier wordt vrouwengezondheidszorg in praktijk gebracht; anderzijds levert de praktijk ook bouwstenen voor de verdere ontwikkeling van vrouwengezondheidszorg.

Aletta wordt gefinancierd door de overheid (met een basissubsidie en projectsubsidies) en door zorgverzekeraars; er zijn ook inkomsten uit verkoop en betaalde dienstverlening. De rijksoverheid heeft aangekondigd per 1-1-98 de basissubsidie te willen beëindigen.



Aletta

foto Wilma Kieft

eigen praktijk niet zo'n voorstanders van prenatale screening, of van IVF, maar we respecteren wat een vrouw wil. We gaan wel altijd in discussie. In de praktijk betekent dit dat we een vrouw die IVF wil, eventueel verwijzen. Een individueel verzoek kun je ondersteunen, ook al vind je de trend van de technologische ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor vrouwen niet altijd wenselijk. Dat neemt niet weg dat er tegelijkertijd politiek aan de bel getrokken kan worden.'

Dat Aletta meer aanzien geniet, komt door maatschappelijke en culturele veranderingen. Het was vijftien jaar geleden nauwelijks mogelijk om kritiek te leveren op het 'statische bolwerk' van de gezondheidszorg. Je mocht er gewoon niet aankomen. 'Een andere arts nemen - mensen kwamen niet eens op het idee! Er is nu echt een andere cultuur dan vroeger. Je komt nu onzekerheid en discussie tegen, ook binnen de gezondheidszorg.

Leonoor: 'Wat ook belangrijk is, dat Aletta oplossingen is gaan bieden voor problemen die binnen de gezondheidszorg rijzen. We zijn niet meer te negeren.'

Is er nog steeds een noodzaak voor Aletta?

Marleen: 'Als je kijkt naar onze ontwikkeling dan zie je een aantal functies die we vervullen: een landelijke voorziening, materialen, methoden, kennisontwikkeling, invloed op het systeem. Die functies willen we blijven vervullen. We zijn ons steeds steviger gaan voelen, zitten nog steeds op dezelfde lijn, en onze gedachten zijn nog steeds geen gemeengoed.

Om eens een paar voorbeelden te noemen, we zijn betrokken bij de ontwikkeling van standaarden door het Nederlands Huisartsengenootschap. En we geven cursussen, waar steeds meer hulpverleners op af komen. De huisartsencursussen zijn officieel erkend. Ons materiaal wordt landelijk gebruikt. We zijn ook de Margriet-dokter. Je gaat daar natuurlijk niet feministisch van leer trekken, maar op kleine punten lever je wel een andere aanpak dan wanneer de eerste de beste huisarts dat zou doen, in de onderwerpen, de toon, de verwijsadviezen.'

Leonoor: 'Ik vind het allerbelangrijkste dat we als een gelijkwaardige partner gezien worden en niet als een tijdelijk gesubsidieerde instellinkje. Dat we een

kenniscentrum zijn waar ze gebruik van maken. Dat ons ontwikkelingswerk blijft voortbestaan. We hebben heel gedifferentieerde kennis over vrouwengezondheidszorg.'

Wat staat er op jullie verlanglijstje voor de komende jaren?

Leonoor: 'Geld, bestaan en erkenning!'

Marleen: 'Ik zou het eigenlijk prima vinden om gewoon als een reguliere instelling verder te gaan. Gevestigd staat niet meer voor iets vies.'

Minister Borst hoopt dat de sociale invalshoek van de vrouwengezondheidszorg een tegenwicht vormt tegen de technologische. Zouden jullie dat als leuze willen overnemen?

'Dat hebben wij altijd al nagestreefd - en dat noemden we feminisering'

Annemiek Cuppen is vroedvrouw, Hans Tenwolde is redacteur TGP.

Het adres van Aletta is: Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht, telefoon 030-2332304. Het telefoonnummer van het informatiecentrum is 030-2312850.

IN PRIVATE

Brief uit Boedapest. Nog één keer een bericht van organisatie-adviseur Hans Koenis vanuit zijn standplaats op het Hongaarse ministerie van Volksgezondheid, waar westeuropese expertise is ingezet om de eerstelijns gezondheidszorg te vernieuwen.

Het afgelopen anderhalf jaar hebben we in de Zöldomb utca (de 'groenbladstraat') gewoond. Deze straat verbindt de Donau met de Roszadomb (rozenheuvel) in Buda. De huizen op deze Rozenheuvel geven een aardig beeld van de sociale en economische ontwikkelingen in Hongarije en in Boedapest in het bijzonder. Ze tonen een bonte afwisseling: eenvoudige boerenwoningen uit de vorige eeuw toen het hier nog platteland was, villa's van de eerste rijke burgers die hier rond de eeuwwisseling buiten gingen wonen, meestal ernstig vervallen, en naar-geestige geprefabriceerde flatgebouwen uit de jaren zestig. Nog niet zo oud zijn de appartementen die met financiële steun van de Staatsspaarbank begin jaren tachtig voor de hogere geledingen van het bestuursapparaat werden gebouwd en die nu al behoorlijke tekenen van betonrot vertonen.

De laatste jaren worden de overgebleven open plekken in rap tempo opgevuld door de villa's van nieuwe rijken, vaak in statig ontwerp met tal van architectonische citaten van hun vervallen burelen. Deze nieuwe rijken laten hun huizen meestal bouwen door Duitse bouwondernemingen, die hun personeel (illegaal) recruterend uit Transsylvanië – waar de ambachtslieden ijverig zijn en stukken goedkoper dan hun Hongaarse collega's, die op hun beurt weer stukken goedkoper zijn dan Duitse metselaars. Het spreekt vanzelf dat de bouwonderneming via een ondoorzichtig netwerk van onderaannemers bij de razzia's van de Hongaarse politie buiten schot blijft.

Tijdens ons verblijf hebben we de verschillende kanten van onze Hongaarse burelen goed leren kennen. De aardige vrouw van een paar huizen verder die ons hielp inbreken toen we ons de tweede avond buiten ons huis hadden gesloten, de winkeliers in de 'garagewinkels' die dag en nacht open zijn en waar het met één klant binnen al overvol is, en onze wat meer nabije burelen die er tijdens de hevige sneeuwval van de afgelopen winter geen been in zagen de sneeuw van hun garagepad voor onze deur te deponeren – zodat we na een lange reis uit Nederland nog uren bezig waren voor we naar binnen konden. En de vele daklozen die vroeg in de ochtend de vuilnisbakken onderzoeken op nog iets eet- of verkoopbaars.

De nieuwe huizen zijn uitgebreid voorzien van tralies en op afstand bediend hekwerk waarachter honden, niet de kleinste, een luidruchtig oogje in het zeil houden. Het heeft er veel van weg dat in plaats van het oude, tussen oost en west, een nieuw ijzeren gordijn is opgetrokken, tussen rijk en arm.

In het arme Achtste District, *down town* Boedapest, waar de gemiddelde levensverwachting van de bevolking vijf jaar lager is dan in de 'Buda hills', zijn veel gevels nog pokdalig van de kogelgaten uit de Tweede Wereldoorlog (of 1956?). Ik ontmoette daar een psychiater die in een instelling voor psychische hulpverlening werkt. Eén van de weinige die Hongarije rijk is, want in een socialistisch arbeidersparadijs kwamen psychische problemen natuurlijk niet voor, evenmin als prostitutie, criminaliteit en dakloosheid. Niet alleen gaf deze psychiater me een onthullend inzicht in de manier waarop in Hongarije met psychosociale problemen wordt omgegaan (verdrinken dus) maar ze toonde ook een heldere kijk op de Hongaarse mentaliteit ten aanzien van leiderschap. Als twee Hongaren met elkaar gaan samenwerken worden de eerste vijf minuten besteed aan de vraag wie van beiden de baas is. Als dit hiërarchische probleem is opgelost begint de baas opdrachten te geven aan de knecht.

Horizontalere vormen van samenwerking en delegering van verantwoordelijkheden zijn nog weinig bekend.

Dat bleek ook op een congres van de Hongaarse vereniging van plattelandshuisartsen over groepspraktijken, waar ik enkele internationale ervaringen met deze en andere vormen samenwerking in de eerste lijn presenteerde. Maar de groepspraktijk, de samenwerkingsvorm waarmee het ministerie wil gaan experimenteren, is niet het eerste waar de geprivatiseerde Hongaarse huisartsen naar streven nu ze net min of meer eigen baas zijn geworden – en dus ontsnapt aan het kolchosomeel waarin ze jarenlang moesten werken. Hun model van groepspraktijk bestaat dan ook meestal uit een medisch directeur (zichzelf) die een aantal beginnende artsen en ander hulp personeel in dienst heeft. Dat een directeur van zo'n gezondheidscentrum wel eens een niet-arts zou kunnen zijn was voor hen onvoorstelbaar.

Ik leg de laatste hand aan deze laatste brief uit Boedapest tijdens een tweedaagse conferentie waar de beleidsmakers van het ministerie en de financiers, beroepsorganisaties en andere belanghebbende partijen elkaar ontmoeten. Het doel van deze conferentie is consensus over beleidsprioriteiten voor de eerstelijns gezondheidszorg. Eigenlijk gaat het om het bij elkaar brengen van twee parallelle ontwikkelingen van het afgelopen jaar. Aan de ene kant het PHARE-programma, waarbinnen door vijf werkgroepen vanuit beroepsorganisaties, financiers en overheid voorstellen worden uitgewerkt voor toekomstig gezondheidszorgbeleid – wat toch wel nieuw is hier. Aan de andere kant het moderniseringsprogramma, neergelegd in een vijfhonderd pagina's dik 'Geel Boek'. Dit is een produkt van een ministeriële commissie die, en ook dat was voor het eerst expliciet kritiek, commentaar en aanvullend advies van belanghebbenden vroeg bij het uitwerken van het programma.

De conferentie is het voorlopige hoogtepunt in ons project, en nu misschien, eindelijk, door het ministerie omarmd lijkt gaan worden. Tegelijkertijd markeert ze het einde van mijn *full-time*-verblijf in dit land. De resterende advisering zal gedurende korte bezoeken plaatsvinden. Daarmee kan de 'know how transfer', een belangrijk doel van alle PHARE-programma's, aan de praktijk getoetst worden.

We zijn voor deze conferentie uitgeweken naar een voormalig trainingsoord van de partij aan het Balatonmeer. Na een lange busrit bereikten we een groen hekwerk, waar een somber ogende bewaker na enig getelefoneer de poort voor ons open maakte. Voor ons oog ontrolde zich een parkachtig landschap met een aantal donkerbruine barakken, hier en daar een bungalow, een aantal hogere gebouwen die vergaderzalen, restaurants, appartementen bleken te bevatten. Hoewel het exterieur van de bouwwerken de ouderdom van meer dan twintig jaar vertoonde, was het interieur brandnieuw en uiterst luxueus. We bleken het 'zomerparlement' te zijn, waar tegenwoordig leden van de regering en parlement (nog niet zo lang geleden het partijkaar) met hun gezinnen tijdens hun zomervakantie het nuttige met het aangename kunnen verenigen. In het kader van de alomtegenwoordige privatisering had de directie besloten dit eldorado buurthuis het seizoen als conferentieoord uit te baten. Een passende plaats voor onze conferentie is moeilijk denkbaar.

Hans Koenis.

IN DE WEEGSCHAAL

Joke van de Zwaard

Marokkaanse moeders in Rotterdam noemen het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters 'el mizan', de weegschaal. Goed getroffen.

Als burger van Rotterdam, waar grote gebouwen en instellingen altijd onmiddellijk (bijnamen van huishoudelijke en administratieve aard krijgen, zoals potlood, paperclip, fluitketel en keukenblok, kon ik deze vindingrijke betiteling wel waarderen. Toen ik later voor mijn eigen onderzoek handelingen en gesprekken op het consultatiebureau observeerde, zag ik pas hoe goed deze naam was.

De weegschaal en de meetlat staan tijdens het consult. zeer centraal, letterlijke en figuurlijk. De eerste activiteiten zijn meestal wegen en meten. Het eerste gespreksonderwerp is bijna altijd de score van het kind ten opzichte van de normaal(groei)curve. Daarnaast gaat er in verhouding nog flink wat consult-tijd op aan standaard-testjes en -vragen en de invulling van de bijbehorende scorelijst over de psychomotorische ontwikkeling.

Vooral bij testjes waar voor de begeleidende volwassene duidelijk is wat 'het goede antwoord' is, ontstaat soms een enigszins gespannen sfeer. Dat is met name het geval bij het doosje waarin de peuter verschillend gevormde blokjes moet stoppen. Door gezichtsbedrog lijkt een rond blokje makkelijk in het vierkante gaatje te passen. Kinderen die thuis geen speelgoed van een Early Learning Centrum hebben en die niet op een peuterspeelzaal zitten, proberen dat uit en gaan vervolgens wat meer kracht zetten om de opdracht van de zuster te voltooien. De ene moeder heeft dan de neiging om het handje met het ronde blokje een beetje naar het ronde gaatje te sturen. De ander gaat uitleggen dat hij/zij het anders wel altijd doet. De derde zit er wat beschaamd bij. De verpleegkundige maakt soms een relativerende opmerking ('Het is niet abnormaal hoor dat-ie het nog niet kan'), maar zet vervolgens een min op het invulschema. Op het ge-

zicht van de moeder is dan duidelijk te zien dat je geen Nederlands hoeft te spreken of te lezen om de betekenis van een min te begrijpen.

LANGS DE MEETLAT

Na het spreekuur interviewde ik de verpleegkundige over de voorafgaande gebeurtenissen. Ik vroeg om voorbeelden te geven van consulten waarbij volgens haar opvoedingskwesties in het geding waren en aan mij uit te leggen wat zij gezien, gehoord en geconcludeerd had. Een veel gemaakte opmerking tijdens interviews was, dat Turkse en Marokkaanse moeders het bezoek aan het consultatiebureau te veel als (lichamelijke) controle opvatten en gesprekken over opvoedingszaken met hen meestal moeizaam verliepen. Veel genoemde verklaringen daarvoor waren: het (lagere) niveau van gezondheidszorgvoorzieningen in Turkije en Marokko, het (lagere) ontwikkelingsniveau van de moeders, 'de andere cultuur', wantrouwen/gereserveerdheid naar functionarissen van overheidsinstellingen en naar Nederlanders in het algemeen.

De verpleegkundigen wezen in de interviews op het belang van een goed en open gesprek. Het inconsequente tolkenbeleid van een aantal bureaus is daarmee behoorlijk in strijd.

Tijdens een vervolgproject met buurtgesprekken tussen moeders van verschillende etnische groepen klaagden met name de Nederlandse moeders erover dat zij op het consultatiebureau altijd het gevoel hadden dat zij zelf langs de meetlat werden gelegd. Sommigen wisten zich nog voorbeelden te herinneren van jaren geleden.

Als ik dit soort gegevens tijdens informele gesprekken of workshops aan consultatiebureau medewerk(st)ers voorleg, dan reageren zij op dezelfde manier als de geïnterviewde verpleegkundigen. Ze gaan onmiddellijk uitleg-

gen dat de controle maar één onderdeel van het consult. is en dat zij moeders niets willen voorschrijven. Onlangs gaf ik les aan een groep verpleegkundigen en gebeurde dat weer. Dit gesprek kreeg echter een andere wending toen een van de cursisten vertelde over haar recente bezoek aan het consultatiebureau als moeder. Ze had een hele dag met haar kind geïmproviseerd op het woord 'fluitketel', één van de plaatjes van een testblad. Ondanks (of misschien wel door) deze gedegen voorbereiding kwam het woord er op het beslissende moment niet uit. 'En wat zei je toen?', vroeg ik met een licht treiteroortje. 'Dat-ie het gisteren wel deed natuurlijk!' was het antwoord. We hebben met z'n allen hartelijk gelachen om deze bekentenis. De moeders onder de cursisten reageerden zeer begripvol op de toelichting van hun collega dat ze altijd enigszins gespannen was als ze als moeder naar het consultatiebureau moest. 'Je hebt toch het gevoel dat je gecontroleerd wordt...'

Deze gebeurtenis bracht mij op twee gedachten. Als onderzoekster dacht ik: wijkverpleegkundigen kijken als wijkverpleegkundige anders naar de praktijk van het consultatiebureau dan als moeder, maar brengen die twee perspectieven blijkbaar niet met elkaar in verband. Als wijkverpleegkundige maken ze onderscheid tussen Nederlandse moeders en Turkse en Marokkaanse moeders. Als moeder ervaren ze het consultatiebureau ook in de eerste plaats als 'el mizan'. Als onderwijsmens concludeerde ik: om professionals tot reflectie op de vanzelfsprekenden van hun beroepspraktijk te bewegen kan men beter goed doordachte rollenspelen organiseren dan lezingen geven en een boek of column schrijven.

Joke van der Zwaard is onderzoekster.



c o l u m n



Gepaste zorg

Dr. Rob Oudkerk van de PvdA is geen slechte dokter. Hij is ook geen slecht politicus. Zijn Amsterdamse hart klopt, ook na enige jaren Den Haag, nog steeds links. Hij maakt overuren om te proberen, daar waar de patiënt wat al te 'paars' aanloopt toch nog wat rood bloed te laten stromen. Dat is mooi.

Begin december 1995 publiceerde dr Rob met partijgenoot-econoom Riek van der Ploeg de discussie-nota 'Gepaste Zorg', waarin hij naarstig probeerde tegenover al te veel Zalmse druk een tegengeluid te laten horen. De bottom-line van dit rapport was: financiële offers te vragen van patiënten in het gezondheidssysteem is cru, zeker waar dit systeem nog onvoldoende op efficiëntie, doelmatigheid en interne effectiviteit is doorgelicht. Dit was eigenlijk ook één van de beleden uitgangspunten van minister Borst, want niet voor niets had die het laatste jaar zoveel nadruk gelegd op rapport Biesheuvel, kwaliteitsonderzoek en *evidence based medicine*. Uit gesprekken met mensen in het veld: managers, zorgverzekeraars, specialisten en anderen had dr. Rob echter een batterij voorbeelden overgehouden, waarmee hij dit basispunt nog meende te kunnen versterken en op versnelling van de interne efficiëntie-bevordering meende te kunnen aandringen. Volgens zijn eerste berekeningen kon er in de zorg, door interne doelmatigheidsversterking, nog steeds bijna een miljard worden bezuinigd.

Na de kerst is er op dit rapport de nodige kritiek gekomen. De cijfers werden, zoals dat met cijfers gaat, in twijfel getrokken. Er zouden te weinig doorberekeningen zijn gedaan. Of bezuinigingen ook echte bezuinigingen waren, werd er gevraagd. Ook in meer fundamentele zin werden er bij de arbeid van dr. Rob de nodige kritische kanttekeningen geplaatst. Bijvoorbeeld door discussianten als ondergetekende, die meenden dat dr. Rob zich in zijn formuleringen toch nog erg liet leiden door het specifieke financiële denkraam, dat de laatste jaren als een zwarte kous over de gezondheidszorg is heengetrokken en waarbinnen stikken eerder de regel dan de uitzondering lijkt te worden. Waar bleef, vroegen deze critici, de eigen politieke visie op het bijzondere veld van zorg?

Om zijn notitie verder aan te scherpen organiseerden dr. Rob en de zijnen eind maart een bijzonder debat in de Tweede Kamer. In de Troelstra-zaal. Onder dat gesternte had toch iets fraais tot stand gebracht kunnen worden. Het liep echter anders. Op maandagmiddag verzamelden zich daar circa honderdvijftig mannen en een handjevol vrouwen. Het moge niet verbazen dat in zo'n masculien milieu het opnieuw vooral 'het produkt zorg' was, dat alle kanten op woekerde.

Er werd ingegaan op de initiatieven tot 'produkt-typing', de bekende gereduceerde definities van 'werkzaamheid van zorg' werden weer uit de kast gehaald. Er werd vooral ook gesproken over alle mogelijke financiële prikkels die zorgverzekeraars, specialisten en patiënten tot ander gedrag zouden moeten bewegen. Er werden verder diverse voorbeelden gememoreerd, die moesten illustreren hoe beklemmend de regelgeving van Ziekenfondswet en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor een beetje ondernemende zorgverzekeraar (die vanaf 1998 volledig risicodragend moeten worden) toch eigenlijk was. En er werd door sommigen opnieuw aangedrongen op verdere vraagregulatie. Dat laatste bleek opnieuw alleen maar via de portemonnee gedacht te kunnen worden. Zelfs de vertegenwoordiger van de patiëntenorganisaties LP/CF, die zich toch erg voor 'verdere betrokkenheid van patiënten in het geheel' uitsprak, kwam niet veel verder dan enige opmerkingen in financiële termen.

Na urenlang sprekers in deze bekende rituele cirkels te hebben horen rondzingen, dwaalden mijn gedachten tenslotte af. Naar wijlen mijn oom Piet. Die hoorde op 60-jarige leeftijd dat hij een inoperabel gemetastaseerd longcarcinoom had. Na een *second opinion* te hebben gevraagd over zijn prognose zag hij van verdere experimentele behandelingen af. In de boeken heet dit: hij berustte in zijn lot. Dit ging natuurlijk niet zomaar. Hij verstond zich met zijn huisarts, kreeg hulp via de thuiszorg. Zijn beide dochters gingen weer bij hem wonen. Er werd daar thuis veel gehuild, gelachen en gepraat. Oom Piet draaide nachtenlang zijn jazz-platen stuk; hij was zijn hele leven een fervent jazz-pianist geweest. Hij rookte zijn laatste sigaretten, dronk als het hem te erg werd dubbele whiskies, sprak met zijn naaste familie en vrienden, hielp hen de grenzen onder ogen te zien en liet zich hun zorgzaamheid aanleunen. Soms hield hij gewoon een dag de deur dicht. Er werd daar, door alle betrokkenen, gezocht naar geëigende vormen. Er werd daar veel bijgeleerd over wat wezenlijk is. Er werden daar de nodige harde noten gekraakt. Er werd daar, kortom, veel gepaste zorg geboden.

De basisvraag, waar ik op die maandagmiddag in maart opnieuw mee bleef zitten is: hoeft het huidige 'gepaste zorgbeleid' op meso- en macro-niveau bij zulke ervaringen van zorg op micro-niveau niet meer aan te sluiten? Het zijn in ieder geval ervaringen van zorg, die iedereen, die een beetje geleefd heeft, wel herkent. U raadt het al mijn antwoord zou zijn: natuurlijk moet zorgbeleid hierop wél aansluiting hebben. Volgt de tweede vraag: gebeurt dat nu in het gezondheidsbeleid? Ik denk: formeel veel te weinig. Onvermijdelijke derde kwestie wordt dan: wat loopt er dus mis? Mijn antwoord daarop zou zijn: er is een vacuüm aan het ont-

staan, zo erg, dat het mensen de adem beneemt. Dit vacuüm wordt deels veroorzaakt door een beleidsmatig gebrek aan durf om de fundamentele uitdaging die van oudsher op het micro-niveau van zorg ligt, voor onze tijd opnieuw aan te gaan. De schraalheid van de huidige beleidsmatige taal is echter niet 'de schuld van het gezondheidszorgsysteem'. Die schraalheid spruit voort uit een breder gebrek aan durf (ook buiten het zorgveld) om een politieke visie op kwetsbaarheid en afhankelijkheid te ontwikkelen, die voor onze tijd geëigend is.

In de huidige, wezenlijk angstige publieke constellatie staat de individuele patiënt aan twee kanten onder druk. Enerzijds hoort de patiënt binnen het gezondheidszorgsysteem, dat zich politiek meer en meer als een louter economisch systeem representeert, dat hij/zij zich daarin ook maar flink als cliënt moet gaan gedragen, zijn rechten moet opeisen. Anderzijds wordt ook in de bredere culturele zelfbeschrijving - als in een plaat met een tik - steeds weer het argument herhaald dat mensen toch bovenal autonome individuen zijn die zich rationeel en onafhankelijk moeten opstellen, met voorbijzien van andere varianten van zijn. Voordat U gaat tegensputteren, ik zeg hiermee niet dat patiënten willoze objecten zijn waar door derden zomaar over mag worden beslist, maar... hebt U ooit een CVA-patiënt gezien?

Ik ben ervan overtuigd dat mijn oom Piet, een beta-wetenschapper die zeker niet wars was van financiële analyses, al snel een hele serie cynische grappen ontwikkeld zou hebben over 'het produkt zorg'. Hij zou heel die verkrampte produktie-retoriek rond zorg waarschijnlijk na één borrel al hebben

opgeblazen. Hij zou vervolgens allerlei westerse filosofen hebben geplunderd en - natuurlijk volledig uit context - hebben geciteerd, om duidelijk te maken dat mensen soms erg ziek, zwak en misselijk kunnen zijn. En dat vooral ook van elkaar moeten blijven weten. Als iets dat erbij hoort. Hij zou zich als geseculariseerde katholiek in een verdwaald moment misschien ook nog hebben laten ontvallen 'dat wij van stof zijn en tot stof zullen wederkeren'. Hij heeft mij in de laatste maanden thuis in ieder geval geleerd hoeveel kracht er gelegen is in het ruimte bieden aan de relaties van kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Hij heeft mij de uitdaging getoond van het leven met een ultiem besef van tijdelijkheid. Dat zijn de dingen die (gezondheids)zorg zo fascinerend maken. En eigenlijk niets anders. Zorgbeleid door zo'n bril bezien zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat we economische overwegingen hun geëigende plaats teruggeven. Dat lijkt me voor economen ook een stuk rustiger. Vervolgens zouden we in de ruimte die dan weer vrijkomt, plek moeten zoeken voor andere vormen van besef van zorg. Niet regressief en niet zonder het besef dat zorg al heel wat kritische discussie heeft opgeleverd. Als we over onze vormen van zorg maatschappelijk serieus in gesprek gaan kunnen we wellicht ook echt iets aan 'de zorgvraag' doen. Dat zal uiteindelijk meer zoden aan de dijk zetten dan steeds grotere eigen bijdragen eisen van zieke mensen, al dan niet gecompenseerd. Mijn oom Piet voelde dat aan zijn water; daarom mocht ik hem zo graag. En daarom mis ik hem tegenwoordig soms zo node.

Godelieve van Heteren

Signalementen

De Wet Collectieve Preventie Gezondheidszorg die in 1990 werd ingevoerd, betekende ondermeer dat de openbare gezondheidszorg voortaan een gemeentelijke verantwoordelijkheid werd. De vrees dat de preventieve zorg een speelbal zou worden van lokaal-politieke kortebaandisputen blijkt na ruim vijf jaar geheel "gegrond"; in veel plaatsen en in veel opzichten heeft de GGD de concurrentieslag met de lantarenpaal verloren. Herman Vuijsje laat in *'Hulpeloze Gladiatoren'* het trieste resultaat zien van de jaren van deregulatie, decentralisatie en privatisering. In gesprekken met direct betrokkenen in de sector ontstaat het beeld van een zorgveld dat steeds meer versplinterd raakt en waar kwaliteitsrichtlijnen ontbreken.

Herman Vuijsje; Hulpeloze gladiatoren: haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000? Uitgeverij De Balie, Kleine Gartmanplantsoen 10, 1017 RR Amsterdam

In de serie Patiëntenrecht van de stichting Patiënteninformatie is verschenen: *Uw klacht over de gezondheidszorg*. De brochure behandelt de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Doel van deze wet is om het cliënten gemakkelijker te maken eventuele klachten over een hulpverlener aan te kaarten. De ervaring leert dat de meeste cliënten er de voorkeur aan geven om het niet op een formele klachtbehandelingsprocedure te laten aankomen. De brochure behandelt dan ook de 'informele' mogelijkheden om een klacht aan de orde te stellen. Vervolgens wordt een eventuele gang naar een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG), klachtencommissie, medisch tuchtcollege of Inspectie aan aan de orde gesteld.

De brochure is gemaakt in het kader van een informatiecampaigned van het Ministerie van VWS. Een exemplaar van de brochure is gratis schriftelijk te bestellen bij het ministerie: afdeling postzaken postbus 5406, 2280 HK Rijswijk. Meer exemplaren zijn per tiental (a f 1,40 per brochure, excl verzendkosten) verkrijgbaar bij P&D-distributieservice, postbus 74, 3980 CB Bunnik.

In Nederland zorgen 1,3 miljoen mensen, vaak jaren achtereenvolgend, voor iemand anders. Niet omdat het hun baan is, maar omdat hun kind, ouder, partner of vriend(in) hulp nodig heeft. Deze mantelzorgers nemen het leeuwedeel van de verzorging thuis voor hun rekening. Dat is niet altijd een gemakkelijke opgave. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) heeft voor deze groep de *Kleine Almanak voor informatie en advies: mantelzorgers* ontwikkeld. De almanak biedt belangrijke basisinformatie en praktische adviezen. Het NIZW heeft de almanak ontwikkeld in samenwerking met Stichting Educatieve Omroep TELEAC. TELEAC heeft samen met het NIZW de serie *Zorgen voor een ander* ontwikkeld die vanaf dit voorjaar op de televisie is uitgezonden.

Kleine almanak voor informatie en advies: mantelzorgers. NIZW, Utrecht, 1996. Verkrijgbaar voor f19,50 in de boekhandel en bij het NIZW, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht, tel: 030-2306607, fax: 030-2306491

Geen vak dat zo verbonden is met het loondienstverband als de verpleging. Maar dat gaat veranderen: de stelselherziening heeft het mogelijk gemaakt dat verpleegkundigen voor zichzelf kunnen beginnen. Ook de Wet BIG draagt hier-

aan bij. De beroepsvereniging NU'91 heeft een brochure gemaakt over het vrije ondernemerschap voor verpleegkundigen. Volgens NU'91 is vrije vestiging een middel om het verpleegkundig beroep te professionaliseren. In de brochure staat uitgelegd waarom er nu in principe meer kansen zijn voor vrij gevestigde verpleegkundigen. Daarnaast is er elementaire informatie over kostprijsberekening, marketing en kwaliteit, de huidige wettelijke eisen voor een vrij gevestigde verpleegkundige en een aantal ondernemingsvormen. Prikkelende kost voor verpleegkundigen die hun werkgever zat zijn. *Verpleegkundigen en vrije vestiging. Utrecht, NU'91, 1996. Te bestellen bij NU'91, Postbus 6001, 3503 PA, Utrecht. Tel: 030-2964144. Prijs: f15,00 (leden f12,50).*

Bewoners van verpleeghuizen verkeren in een (zorg)afhankelijke situatie. Toch is het van belang dat ze zoveel mogelijk hun eigen leven kunnen leiden. Dat is een wezenlijk element van zorgkwaliteit en dus van het kwaliteitsbeleid. Maar het is niet eenvoudig dat waar te maken in de dagelijkse zorgverlening en de organisatie van de instelling. De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) heeft de fricties tussen autonomie en afhankelijkheid in verpleeghuizen laten onderzoeken en de uitkomsten verwerkt in een handreiking voor de zorgverleners.

Eigen leven; omgaan met autonomie en afhankelijkheid van verpleeghuisbewoners, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht 1996, f 20, te bestellen bij de afdeling verkoop publicaties NZj, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, fax 030 - 2739454

Ondernemend besturen

Nieuw

Ziekenhuis management van overmorgen

G.R.Visser e.a.

1996.316 blz. f 45,00 -ISBN 9023231287

De zorgsector is in beweging. De modernisering van de curatieve zorg plaatst ziekenhuisorganisaties voor nieuwe uitdagingen. Het ziekenhuismanagement staat voor de taak hier op in te spelen.

Dit boek laat zien wat dit betekent voor het profiel van het ziekenhuismanagement en voor de besturingsstructuur van de ziekenhuisorganisatie.

De aanbevelingen in het boek zijn niet alleen gericht op het ziekenhuismanagement van overmorgen, maar ook op dat van vandaag en morgen. Aangegeven wordt dat de veranderingen in de gezondheidszorg met zich meebrengen dat het management van ziekenhuizen in handen dient te zijn van ondernemende bestuurders.

Professionele autonomie van de medisch specialist

JA van Oorschot e.a.

1995. 84 blz. f 25,00 - ISBN 902323037 X

Medisch specialisten zijn in hun beroepsuitoefening autonoom. Zelfstandig en onafhankelijk van anderen nemen zij beslissingen in het belang van de patiënt.

De autonome rechten van de medisch specialisten in het economisch verkeer en in het politieke krachtenveld staan hevig onder druk. Dit boek laat zien dat daardoor ook de autonomie in het klinische domein onder druk komt te staan. Dat is volgens de auteurs niet in het belang van het medisch beroep en derhalve ook niet van de samenleving.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen

Tel. 0592 379555/ Fax 0592 372064



Bestelbon

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Dat

~apdt~lling

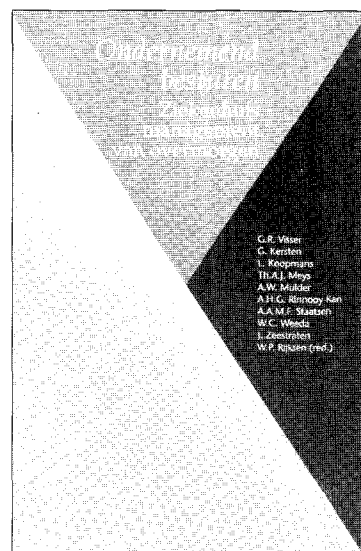
Verzoekt te zenden:

___ ex. Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen

___ ex. Professionele autonomie van de medisch specialist

Deze bon faxen - 0592 372064 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:

VAN GOR CUM, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen



TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK



AIDS



MIGRANTEN

TGP, het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is het tijdschrift voor: maatschappij en gezondheidszorg.
TGP besteedt aandacht aan actuele en brede maatschappelijke thema's als:

- vrouwen zorg
- arbeid en gezondheid
- structurering van de gezondheidszorg
- interculturele zorg
- medische macht en maatschappelijke dilemma's

PROFITEER NU VAN DE KENNISMAKINGSKORTING
wie zich nu met de bestelbon abonneert, ontvangt een korting op het abonnementsgeld van 1996, particulieren betalen nu slechts **f 70,-** (normaal **f 80,-**) en instellingen **f 110,-** (normaal **f 120,-**)

Bestelbon

Fax of stuur deze bon in een open envelop zonder postzegel naar:
Uitgeverij van Gorcum, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen
telefoon 0592-379555 fax 0592-372064

Ja, ik abonneer mij tot wederopzegging op TGP

Naam:

Adres:

Postcode: Woonpl.:

- ☐ particulier **f 89,-** NU **f 70,-**
☐ instelling **f 120,-** NU **f 110,-**

Datum: Handtek.:

**DIT ZEGT
NIETS OVER
GEZOND
VERSTAND**

AVO
INTEGRATIE
GEHANDICAPTEN
033-753344

**GOED GESPREK?
GEHANDICAPTEN DOEN
NET ZO GOED MEE**