

TIJDSCHRIFT  
VOOR

# GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 15  
NR.2 / MEI 1997

KLINIEK INFORMATIE

## Digitaal Ziekenhuis Nederland

BEZOEKERS EN PATIENTEN

DIGITAAL ZIEKENHUIS NEDERLAND

# DZ

EEN INITIATIEF VAN HET WESTENGDIG ZIEKENHUIS ALGEMEEN

MEDEWERKERS ZIEKENHUIZEN

Nieuws

Conferentieruimte

Ziektebeelden

Patientenorganisaties

Woordenboek

Medicijngids

[Zoeken in het DZN](#)

[E-mail aan het DZN](#)

[Ziekenhuizen in Nederland](#)

[Afdelingen](#)

[Medische links](#)

Medische sites

---

De complicerende triple test

---

Marktwerking raakt alweer uit

---

Weën in Frankrijk en in Nederland

---

# Liliane S T I C H T I N G Fonds

Het speciale fonds voor  
kinderen met een handicap  
in ontwikkelingslanden

**Ik word donateur van het Liliane Fonds**

**geef**

**om**

**giro 66.77.67**

**dit**

**alle banken 70.70.70.198**

**kind**

Heer/mevrouw \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Stuur mij s.v.p. uw Nieuwsbrief met een acceptgiro.

Ik gebruik dan de acceptgiro om mijn gift over te maken.

Ik machtig hierbij de Stichting Liliane Fonds, St. Catharinastraat 1, 5251 AR Vlijmen

om - maandelijks  per kwartaal  per half jaar  per jaar

een bedrag van fl. .... af te schrijven van mijn bank/postbankrekening.

Ik behoud het recht om binnen één maand na afschrijving, zonder opgaaf van redenen, mijn bank terugbetaling te laten verzorgen.

Bank nr. \_\_\_\_\_

Postbank nr. \_\_\_\_\_

Deze bon in een voldoende gefrankeerde envelop naar:

Stichting Liliane Fonds, Postbus 75,5250 AB Vlijmen

Of bel de Liliane Fonds infolijn: (073) 511 9029

TIJSCHRIFT  
VOOR  
**GEZONDHEID  
&  
POLITIEK**

JAARGANG 15  
NR 27 FEB 1997

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**  
Kristel Logghe, Noëlle Pötgens, Saskia van der Lyke, Jeannette Pols, Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker, Arjen Stoop, Hans Tenwolde.

**Themaredacties**  
*Arbeid & Gezondheid* Joost Visser, Eijmert Mudde, Peter ten Cate, Yolant Vermeulen, Agnes Meershoek.

*Public Health & Onderkant*, Josine van den Bogaard, Anja Koorstra, Rascha Thomas, Noëlle Pötgens.

*Interculturele zorg* Hans Tenwolde, Indra Boedjath, Lea Jabaij, Anke Steinmann, Kristel Logghe.

*Lichaam & Technologie* Saskia van der Lyke, Antoinette de Bont, Wies Weijts.

*Markt & Macht* Matthé Ribbens, Gerard Goudriaan, Martien Bouwmans, Capi Wevers, Luc Klaphake, Loek Stokx.

**Eindredactie**  
Maarten Dulfer

**Redactieraad**  
Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea Dukkens van Emden, Maria Hermesen, Joost van der Meer, Roei Orten, Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon, Marco Stuik, 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 een maand voor het verstrijken van de abonnementsperiode 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

\* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of vernieuwvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en zonder bronvermelding.

De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het gepubliceerde.

## Inhoud tgp 97/2

- 2 Redactioneel
- 3 Maaijkes Huitema, Sandra Dieben, Annemiek Richters  
**Triple test dilemma's**  
Kansinformatie compliceert
- 5 Bernike Pasveer, Madeleine Akrich  
**La contraction - De wee**  
Pijn is onderdeel van de verloskunde
- 8 Loek Stokx  
**Mythe**  
Primaat Politiek
- 10 Judith van der Kleij  
**Menswaardige zorg kost meer**  
Tweedeling verstandelijk gehandicapten
- 13 Rascha Thomas, Anja Koorstra  
**Weg met de markt**  
Want die veroorzaakt tweedeling
- 15 Barbara van Rossum  
**Het ziekteverleden**  
Pleidooi voor indienstneming van ex-zieken
- 18 Anna Maria Brassé  
**Brief uit Xhanlar**  
Expats
- 19 Godelieve van Heteren  
**Column**  
Wij in Europa
- 20 A. den Exter, E.H. Hulst  
**PHARE in Albanië**  
Gezondheidswetgeving na 1991
- 24 Gaby Tuguntke  
**Vrouwenhulpverlening en GGD**  
Zouden elkaar kunnen versterken
- 26 Marjo Smit  
**Medisch Centrum Internet**  
Nederlandse sites bezocht
- 29 Boeken  
Alles over schizofrenie
- 31 Eddy Haket  
**Het Alkmaars experiment**  
Specialistische inkomensharmonisatie.
- 32 Signalementen

# REDACTIONEEL

## Opvattingen over gezondheid

Dat gezondheid niet te vangen is in een definitie hebben we op deze plaats eerder betoogd. Gezondheid is nu eenmaal cultuur-, tijd-, persoons- en wat al niet meer gebonden. En juist daarom houdt het menig onderzoeker en andere geïnteresseerde bezig.

Er zijn dan ook talloze beschrijvingen van verschillen in opvattingen over gezondheid en, hiermee samenhangend, verschillen in systemen van gezondheidszorg. Een mooi voorbeeld is, nog steeds, het werk van Lynn Payer (*Medicine and Culture*, 1988).

Zij beschrijft verschillen in opvattingen over gezondheid en ziekte tussen Engeland, de Verenigde Staten, Frankrijk en (toenmalig) West-Duitsland. Zo worden in Amerika zes keer zoveel *coronaire bypass* operaties per hoofd van de bevolking uitgevoerd ten opzichte van Engeland. Een ander voorbeeld. Waar het operatief verwijderen van de baarmoeder in Frankrijk zeldzaam is, is het de op één na meest uitgevoerde operatie in Amerika. Wanneer vrouwen in Frankrijk klachten hebben die gerelateerd zijn aan hun baarmoeder, wordt, wanneer enigszins mogelijk, een baarmoedersparende operatie uitgevoerd. In de Verenigde Staten wordt dit soort operaties echter als risicovol gezien. De ondervraagde Franse artsen zijn op hun beurt van mening dat een baarmoedersparende operatie juist weinig risicovol is.

Deze internationale, maar intraculturele variaties (Payer beschreef alleen praktijkverschillen in de reguliere, biomedische geneeskunde) zijn interessant want ze bieden inzicht en roepen tegelijk vragen op.

Een voorbeeld in dit nummer van TGP is de bijdrage van Pasveer & Akkich. Zij schrijven over verschillen in bevallen en pijn in Frankrijk en Nederland. Nederlandse vrouwen zouden, in de ogen van een Franse gynaecoloog, onderdanig zijn en onderdrukt worden omdat zij geen verdoving krijgen of eisen tijdens de bevalling! De auteurs laten vervolgens zien hoe een medische praktijk als de verloskunde, en de 'trajecten' die vrouwen hierbinnen doorlopen, door elkaar worden gevormd.

In theorie ligt de vrouwenhulpverlening (VHV) in lijn met de gezondheidsbevordering die de GGD'en tot taak hebben. Desalniettemin laat Tuguntke zien dat de disciplines in de praktijk weini met elkaar vandoen hebben - en hoe dat komt. Ondermeer doordat de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid bij de GGD nog niet vanzelfsprekend is. Huitema, Dieben en Richters schrijven over de triple test. Het probleem is dat de nieuwe techniek weliswaar weer eens meer kan, maar tevens weer eens de zaak compliceert.

Bewustwording van eigen opvattingen en logica's wordt alleen maar groter wanneer je ver van huis bent. Den Exter &

Hulst beschrijven aan de hand van eigen ervaringen dat cultuur, historie en lokale omstandigheden een essentiële rol spelen bij het opzetten van nieuwe gezondheidszorgwetgeving in Albanië. Het simpelweg vertalen van buitenlandse regelingen en overnemen van systemen is volgens de auteurs dan ook gedoemd te mislukken. Het prikkelen tot het instellen van deskundige, maatschappelijke organisaties, die in discussie kunnen treden met de wetgever, lijkt noodzakelijk.

Opvattingen over gezondheid kunnen, zoals in de bijdrage van Pasveer & Akkich, tot op zekere hoogte grappig en onderhoudend zijn. Maar dit is veelal niet het geval wanneer we het hebben over de WAO. Van Rossum vertelt over de gevolgen die de stempel van WAO met zich meebrengt, ondanks dat volgens de auteur veel herintredende arbeidsongeschikten de meest gemotiveerde werknemers zijn.

Opvattingen over gezondheid hangen nauw samen met opvattingen over geldbesteding. En deze laatste opvattingen hangen weer nauw samen met menswaardigheid, aldus Ad van Gennep, hoogleraar orthopedagogiek aan de universiteit van Amsterdam. In een interview met Van der Kleij waarschuwt hij voor een tweedeling in de zorg tussen mensen met een hoger en mensen met een lager niveau in de gehandicaptenzorg.

Rascha Thomas en Anja Koornstra interviewden prof. De Gooijer over solidariteit in de gezondheidszorg. Volgens De Gooijer (leerstoel gezondheidszorgsystemen in internationaal perspectief) moet gezondheid als voorwaarde voor productiviteit gezien worden en gezondheidszorgkosten als investering en niet louter als lasten.

Een cultuurschok in Alkmaar waar medisch specialisten gezamenlijk een loondienstverband zijn aangegaan. Haket beschrijft de ervaringen. Iedereen lijkt op het eerste gezicht tevreden. De adder onder het gras blijkt de vraag wie de invoering van een dergelijk systeem gaat betalen.

Loek Stokx bestrijdt in de serie *Mythes* in de gezondheidszorg, de stelling: de werkbaarheid en transparantie in de gezondheidszorg nemen toe bij primaat van de politiek. Na de stelling ontkracht te hebben, nodigt de auteur uit tot het aangaan van de uitdaging van het onderschrijven van de mythe.

Marjo Smit neemt in haar tweede bijdrage over Gezondheidszorg & Internet een kijkje bij de Nederlandstalige homepages in de gezondheidszorg. Echte interactiviteit, de voornaamste attractie van Internet is nog lang niet overal te vinden.

De redactie

# TRIPLE TEST DILEMMA'S

Marlies Huitema, Sandra Dieben, Annemiek Richters

*Wat er allemaal kan, is niet altijd wenselijk. Deze spanning tussen techniek en ethiek is voelbaar bij de ingrepen in leven en dood, of lichaam en geest. Dat blijkt uit de voortgaande verhitte discussies over abortus, euthanasie en onnatuurlijke voortplanting.*

*Elke nieuwe medische technologie roept zowel algemene ethische vragen op, als ook specifieke dilemma's. Dit artikel gaat in op een recent ontwikkelde medische technologie, de triple test, en de dilemma's waar aanbieders en (potentiële) gebruikers van de test tegenop lopen.*

De triple test is een nieuwe medische toepassing om tijdens de zwangerschap vast te stellen of het ongeboren kind afwijkingen heeft. Onze samenleving kan volgens hoogleraar gynaecologie Wladimiroff, gespecialiseerd in prenatale diagnostiek, veel baat hebben bij deze technologieën. Echter, niet alleen die samenleving maar ook wetenschappers en medici zitten nog in een leerproces wat betreft de toepassing ervan. Wladimiroff, in het Algemeen Dagblad van 6-12-96:

'Ons wordt wel eens gevraagd waarom we niet gewoon kunnen wachten tot de geboorte een feit is. Maar die gedachte is relatief. Je moet toch met de tijd mee. We kunnen zaken aan zien komen die we anders pas in het bed tegenkomen. Ik zou juridisch aangesproken kunnen worden, als ik geen gebruik maak van de aanwezige mogelijkheden.'

Hoe die juridische aansprakelijkheid precies ligt is niet zo simpel. Bovendien zijn er meer factoren die de voorlichting en besluitvorming over mogelijke toepassing zo ingewikkeld maken. Deze factoren komen hierna aan de orde, eerst volgt nog enige technische informatie.

## OS en NBD

De triple test is een bloedonderzoek, dat gedaan kan worden bij vrouwen in de vijftiende tot achttiende week van de zwangerschap. Met deze test kan een verhoogd risico op een zwangerschap van een kind met Down's syndroom (DS, 'mongolisme') of met een Neurale Buis Defect (NBD, 'open ruggetje') opgespoord worden. Het onderzoek bestaat uit een kwantitatieve bepaling van drie stoffen: oestriol (vrouwelijk geslachtshormoon), bèta humaan choriongonadotrofine (zwangerschapshormoon) en alpha foetoproteïne (foetaal

eiwit). Tezamen met de leeftijd van de vrouwen de exacte zwangerschapsduur, is het mogelijk het risico te bepalen op het krijgen van een kind met bovengenoemde aandoeningen. Bij een risico van één op tweehonderd vijftig op DS (wat overeenkomt met het risico van een zesendertigjarige zwangere) wordt van een 'verhoogd risico' gesproken. Voor NBD worden dezelfde variabelen gebruikt maar is de berekening anders.

Bij een geconstateerd verhoogd risico wordt prenatale diagnostiek standaard aangeboden. Omdat de zwangerschap te ver gevorderd is voor een vlokken-test, bestaat deze diagnostiek uit een uitgebreide echoscopie of een vruchtwaterpunctie.

## VOOR- EN NADELEN VOOR DE VROUW

Deze test lijkt in eerste instantie een aanwinst te zijn voor de zwangere vrouw. In tegenstelling tot prenatale diagnostiek die alleen op leeftijdsindicatie of op grond van een belastende familie anamnese aangeboden wordt, is het nu voor iedere zwangere vrouw mogelijk te laten vaststellen of zij een gezond kind verwachten kan. Het gaat bovendien om een simpele bloedtest die voor de vrouw weinig ingrijpend is (eenmalige bloedafname) en zonder risico.

Eén van de eerste problemen van de test is echter dat hij weinig betrouwbaar is. Bij honderd procent deelname blijft veertig procent van het DS en tenminste dertig procent van de NBD onopgespoord. Naarmate de zwangere vrouw jonger is, is de test minder betrouwbaar.

Een volgend probleem is dat het merendeel van de tien procent positieve uitslagen vals-positief zal blijken te zijn.

De onzekerheid en onrust die ontstaat na een positieve uitslag, kan pas weggenomen worden na de uitslag van de vruchtwaterpunctie. De onrust wordt nog eens vergroot door het gegeven dat het risico van een miskraam ten gevolge van deze punctie een half tot één procent is.

Verder is het zo dat de test geen voorspellende waarde heeft voor de ernst van de aandoeningen. Het kenmerkende van DS is mentale retardatie. Dank zij vroege interventie en aangepast onderwijs, leeft slechts vijf procent van mensen met DS met een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke handicap.

Van de pasgeborenen met DS heeft twintig tot dertig procent een hartafwijking. Vijfentwintig procent daarvan overlijdt voor het eerste levensjaar. Met behulp van een vruchtwaterpunctie is over dit alles geen uitspraak te doen. Ook bij NBD geeft de test geen inzicht in de ernst van de afwijking. Anencephalie (het ontbreken van de hersenen) is niet met het leven verenigbaar maar een onvolledige spina bifida occulta (het niet geheel gesloten zijn van het heiligbeen) is zeer goed te genezen. De beslissing van een vrouw om de zwangerschap af te breken is mede door de onzekerheid over de ernst van de afwijking zeer moeilijk.

Een ander nadeel is dat een definitieve diagnose pas relatief laat (rond de twintigste week) in de zwangerschap bekend is. Een eventuele zwangerschaps-onderbreking zal door de grootte van de foetus op dat moment nog ingrijpender voor de ouders zijn dan een abortus in de zestiende week na een vruchtwaterpunctie zonder voorafgaande triple-test.

Tot slot is het zo dat de problemen die de risicoschatting met zich mee brengen, en het feit dat de test geen garantie op een gezonde baby biedt, een deskundige voorlichting en intensieve begeleiding vereisen. Het is maar de vraag of dat bijvoorbeeld in een drukke eerste lijns verloskundigenpraktijk gerealiseerd kan worden.

Tegenover al deze nadelen is een voordeel van de triple-test, dat bij een negatieve uitslag bij vrouwen bij wie anders

een vruchtwaterpunctie geïndiceerd zou zijn - vrouwen boven de 35 jaar en kostbare zwangerschappen die tot stand zijn gekomen middels intracytoplasmatische sperminjectie (ICSI) - deze punctie en het daarmee verbonden risico van een miskraam vermeden kan worden. Ondanks de beperkingen van de test kunnen meer dan voorheen mogelijk was, bij in eerste instantie onverdachte zwangerschappen, kinderen met een handicap opgespoord worden. Dit houdt in dat ouders kunnen kiezen de zwangerschap af te breken, of zich kunnen voorbereiden op de komst van een gehandicapt kind in het gezin. Ook krijgen nu alle zwangere vrouwen (wanneer zij daarom vragen) de kans om hun kind op bepaalde afwijkingen te laten testen. Er is dan ook geen sprake meer van een 'bevoorrechte' groep vrouwen, zoals de vrouwen boven de 35, die een vruchtwaterpunctie op leeftijdsindicatie vergoed krijgen.

De consequentie van dit alles is wel dat de aanstaande moeder die op de hoogte is van de mogelijkheid zich te laten testen, voor moeilijke keuzes komt te staan. Het laten doen van de test houdt in dat zij een onzekere periode tegemoet gaat. Ze komt wanneer ze een verhoogd risico heeft, voor de keus te staan of ze verdere diagnostiek met de daaraan verbonden risico's wenst. Uiteindelijk zal ze bij een ongunstige uitslag een keus moeten maken een gewenste zwangerschap al dan niet te laten afbreken wegens een handicap waarvan de ernst niet zeker te voorspellen is.

#### ONDUIDELIJKHEDEN VOOR DE ARTS

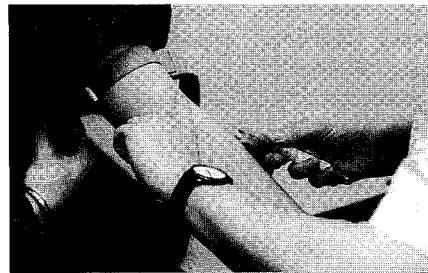
In verschillende landen is door de overheid al een besluit genomen over het al dan niet standaard aanbieden van de triple test. In de Verenigde Staten dient op advies van The American College of Obstetricians and Gynaecologists, de triple test aan elke zwangere vrouw (ongeacht haar leeftijd) aangeboden te worden. Dit betekent dat, wanneer een verloskundige/gynaecoloog de test niet aanbiedt en er toch een kindje met Down's Syndroom geboren wordt, de Amerikaanse vrouw een forse schadeclaim in kan dienen met betrekking tot medische nalatigheid.

In Nederland heeft de Werkgroep Prenatale Diagnostiek het standpunt opgesteld om de triple test niet standaard aan alle zwangeren aan te bieden. Dit standpunt is overgenomen door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en kan gezien worden als een advies aan de beroeps-

groep en heeft derhalve geen dwingend karakter.

Het standpunt is onder andere gebaseerd op de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO), die 1 juli 1996 in werking is getreden. Deze wet is bedoeld om de bevolking te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid en maakt bepaalde bevolkingsonderzoeken vergunningsplichtig. Vooral vanwege het feit dat de test gericht is op het vinden van ernstige afwijkingen waarvoor geen behandeling 'of preventie mogelijk is (*de derde categorie vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek*), is er (wanneer medische indicatie ontbreekt), sprake van vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek. Er is juridisch gezien al sprake van het aanbieden van een test wanneer er in de wachtkamer van een ziekenhuis een folder ligt met daarin informatie over deze test.

Gynaecologen moeten volgens het



NVOG-standpunt wel in staat zijn, wanneer de zwangere vrouw daarom vraagt, te informeren over de triple test en deze desgewenst uit te voeren. De informatie zou daarbij moeten voldoen aan de vastgestelde kwaliteitsnormen met betrekking tot voorlichting, uitvoering en interpretatie van de test.

Voor artsen ontstaat zo een ambivalente situatie: aan de ene kant moeten zij mensen op een juiste wijze informeren over de triple test (ook gezien de Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst, WGBO). Aan de andere kant mag deze informatie als gevolg van de WBO niet 'aangeboden' worden. Artsen mogen alleen informatie verschaffen wanneer zij een vraag krijgen over de triple test of wanneer blijkt dat de vrouw op zoek is naar een alternatief, zoals voor de riskante vruchtwaterpunctie.

#### WRONGFULL LIFE

Het is nu denkbaar dat wanneer in een Nederlands gezin een kindje met het Down's syndroom geboren wordt, de ouders achteraf horen dat er een test is

waarmee in ieder geval een verhoogde kans op het krijgen van een kindje met DS bepaald kon worden, en de arts aanklagen wegens nalatigheid. In 1993 heeft een dergelijk voorval plaatsgevonden toen een advocaat een *wrong-jull. life-actie* begon.

Een echtpaar had herhaaldelijk om prenatale diagnostiek gevraagd en werd voor dit onderzoek niet doorverwezen. Ze kregen een ernstig gehandicapt kind. De ouders stelden vervolgens, namens het kind, dat het eigenlijk niet geboren had willen worden. Nu dit toch het geval was wegens nalatigheid van de verloskundige, zou de verloskundige aansprakelijk zijn en het kind recht hebben op een schadevergoeding.

De situatie na het beschikbaar komen van de triple test is, met de wetgeving (WBO en WGBO) over de mogelijke toepassing, vol ambivalenties, zowel voor arts en verloskundige als aanstaande ouders. De arts en verloskundige moeten kunnen inschatten waaraan zij wettelijk gebonden zijn. Zij moeten in staat zijn de vrouw op een juiste wijze voor te lichten. Dit houdt in dat zij, vaak in beperkte tijd, de voor- en nadelen, de interpretatie en gevolgen van de uitslag en de eventuele gevolgen van vervolgdagnostiek moeten overbrengen.

De zwangere vrouw die in aanraking komt met de triple test, krijgt te maken met *kansinformatie* en moet op basis hiervan vaak moeilijke beslissingen nemen. Wil zij deze test, wil zij bij een ongunstige uitslag vervolgdagnostiek, en wil ze, bij een vastgestelde afwijking, de zwangerschap afbreken? Kortom, weer een technologie erbij die spanning tussen mogelijkheden en wenselijkheden oproept.

*Drs. (Marlies) M.E. Huitema is als onderzoeker verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Medische Faculteit van de Rijks Universiteit Leiden.*

*Drs. (Sandra) S.W.M. Dieben is gynaecologe in opleiding bij het Academisch Ziekenhuis Leiden.*

*Prof Dr. (Annemiek) I.M. Richters is verbonden aan de vakgroep Vrouwenziekten, Voortplanting en Verloskunde van de Medische Faculteit van de Rijks Universiteit Leiden.*

# LA CONTRACTION - DE WEE

Bernika Pasveer en Madeleine Akrich

*'Ik heb een boekje gelezen over bevallen in Frankrijk en Nederland. Daarin staat dat Nederlandse vrouwen het zonder verdoving moeten stellen tijdens de bevalling! Dat die vrouwen zo doei! zijn, daar begrijp ik niets van.'*

Aldus een Franse gynaecoloog (Senèze, 1996). In zijn verbazing laat zich een wereld van veronderstellingen lezen. Dat bevallen pijn doet. Dat de beste oplossing voor die pijn een 'verdoving' (een epiduraal analgesie, de ruggeprik) is. Dat het feit dat Nederlandse vrouwen die verdoving niet krijgen aangeboden een vorm van onderdrukking is. En dat de enige manier om te begrijpen hoe die onderdrukking werkt, is te veronderstellen dat Nederlandse vrouwen onderdanig zijn. Daaronder ligt de gedachte dat een technologie als de ruggeprik geïsoleerd kan werken tijdens een bevalling. Dat je het onderlichaam kunt verdoven en dat het enige verschil met een andere bevalling de afwezigheid van pijn zou zijn.

## HET SCENARIO

We willen door een vergelijking van bevallingen in Frankrijk en Nederland een aantal dingen laten zien in dit artikel.

Het belangrijkste punt is dat er niet zoiets bestaat als een 'vrije' keuze van vrouwen voor een bepaalde manier van bevallen. De officiële verloskunde in een land, en de trajecten die vrouwen daarbinnen (of in zeldzame gevallen er buiten) bewandelen, zijn door elkaar gevormd. 'Vrije' keuzen verhouden zich altijd met de grenzen die de officiële verloskunde aanbrengt. Kijken we bijvoorbeeld naar pijn, en de ervaring van pijn, dan geldt dat pijn altijd onderdeel is van het scenario dat de bevalling organiseert. Het bevallingsscenario schrijft, als het ware voor welke rol pijn speelt bij de bevalling: hoe draaglijk pijn is, en hoe wenselijk. De gedachte van de gynaecoloog, dat pijn iets is dat 'geïsoleerd' kan worden ervaren en behandeld, bestrijden we dus.

Een tweede punt is, dat de wijze van met pijn omgaan tijdens bevallingen niet alleen de vrouw betreft. Ook de verloskundige organisatie heeft belang bij specifieke behandelingen van pijn, en bij het uitsluiten van andere. In Nederland zou het aanbieden van een epi-

duraal bij 'normale' bevallingen het einde van de eerstelijns verloskunde kunnen inluiden. In Frankrijk is juist de aanwezigheid van manifeste pijn zeer storend voor het verloop van de normale bevalling.

En tenslotte de kwestie dat medische technologieën nooit een geïsoleerde taak verrichten - alleen maar pijn behandelen bijvoorbeeld. Enerzijds brengt het gebruik van een machine vaak weer andere handelingen/machines met zich mee die de werking van de eerste ondersteunen, of de bijwerkingen ervan controleren. En anderzijds is bevallen met apparaten anders dan zonder.

## ACCOUCHER

In Frankrijk geldt elke bevalling als 'hoog-risico', en vindt daarom in het ziekenhuis plaats, onder menselijke begeleiding van minimaal een vroedvrouw, en maximaal een anesthesist en een gynaecoloog en enig verplegend personeel. In een stad hebben vrouwen de keuze voor een bepaald ziekenhuis en vaak ook voor een bepaalde gynaecoloog. Thuis bevallen behoort nauwelijks tot de mogelijkheden.

Een Franse vrouw meldt zich bij het ziekenhuis waar zij staat ingeschreven zodra ze weeën voelt. Daar aangekomen wordt ze in een 'weeënkamertje' aan een monitor gelegd. Een sensor op haar buik is verbonden met een machine die weeënactiviteit registreert en vastlegt in de vorm van een 'bibber' op papier. Zo kan worden bevestigd dat ze weeën heeft, en hoe vaak en krachtig die zijn. Door inwendig onderzoek wordt bepaald hoe ver de ontsluiting eventueel is gevorderd. Op het moment dat de vrouw goede weeën heeft, wordt ze verplaatst naar de verloskamer. Ze krijgt doorgaans steriele kleren aan; dat geldt ook voor haar partner.

In de verloskamer wordt de monitor weer aangesloten, nu met twee sensoren op haar buik. De ene registreert de hartactie van het kind, de andere de weeënactiviteit. Om te voorkomen dat de ene sensor het kinderhart kwijtraakt, moet

de vrouw niet teveel bewegen. Vaak wordt een infuus met glucose in de linkerarm ingebracht want een vrouw mag tijdens de bevalling niet eten of drinken voor het geval er een narcose nodig is. Dat infuus kan ook worden gebruikt om oxytocine toe te dienen: een hormoon dat de weeënactiviteit bevordert en reguleert. Het lichaam zelf maakt dat hormoon ook, maar niet in gestandaardiseerde hoeveelheden.

## 70% MET EPIDURAAL

Vrouwen hebben vaak tijdens de zwangerschap aangegeven of ze al dan niet met een epiduraal willen bevallen. Bij aankomst in de verloskamer, of op een ander moment gedurende de ontsluiting, soms ook als de uitdrijving zich al bijna aandient, wordt hen een epiduraal aangeboden of aangeraden. Ruim zeventig procent van de bevallingen vindt plaats met een epiduraal.

Een bloeddrukmeter wordt aan haar rechterarm bevestigd. Urine wordt via een catheter afgevoerd omdat ze niet zelf naar het toilet kan gaan. Een verpleegster controleert regelmatig haar temperatuur. En de verloskundige - Franse vroedvrouwen 'doen' over het algemeen de ontsluitingsperiode van alle bevallingen, gynaecologen zijn verantwoordelijk tijdens de uitdrijving - loopt van tijd tot tijd langs om te informeren of alles naar wens verloopt, een praatje te maken als ze daar tijd voor heeft, de werking van de verschillende apparaten te controleren, de vrouw aan te moedigen en de vordering van de ontsluiting te controleren.

De Franse bevalling is zo een verrichting van een aantal aan elkaar gekoppelde mensen en machines. Cruciaal is dat het 'werk' van het lichaam dat in verloskundig-medische zin terzake doet - het samentrekken van de baarmoeder, de hartactie van de foetus, de lichaamstemperatuur van de vrouw, haar bloeddruk - uit haar lichaam is gehaald en wordt gemedieerd, geregistreerd en gecontroleerd door andere mensen en machines. Om dat mogelijk te maken moet een vrouw tamelijk stilliggen. Op zijn beurt geeft een zo georganiseerde bevalling het medisch personeel de gele-

genheid meerdere bevallingen tegelertijd te begeleiden: een blik op de monitor is negen van de tien keer voldoende om te weten hoe vaak en krachtig de weeën komen, en hoe goed het kind het nog 'doet'.

## PIJN ONPRAKTISCH

De redenen om in zo'n scenario pijn eerder te bestrijden dan aanwezig te laten zijn, zijn legio. Voor vrouwen geldt dat stilliggen en pijn hebben vaak geen aangename combinatie is. Maar bewegen of het innemen van andere dan liggende houdingen (lopen, douchen, op handen en voeten zitten) strookt niet met het scenario: dan vallen de apparaten die de bevalling controleren uit. Bovendien zijn vrouwen eerder voorbereid op afwezigheid dan op aanwezigheid van pijn. Tijdens zwangerschapstrainingen wordt hen over het algemeen geleerd hoe te persen, maar niet of nauwelijks hoe ontsluitingsweeën 'op te vangen'. Bevalen wordt publiekelijk vrijwel uitsluitend geassocieerd met heftige pijn. Als vrouwen al hebben besloten niet direkt een epiduraal te willen, dan is de redenering dat ze willen *afwachten* hoe lang ze de pijn in dat scenario volhouden.

Maar ook voor vroedvrouwen is de aanwezigheid van baringspijn, en de gevoelde noodzaak iets aan de begeleiding van de vrouw te doen, niet makkelijk. Vaak begeleiden vroedvrouwen in Frankrijk meerdere bevallingen tegelijk, en hebben ze geen tijd om langer bij een vrouw te gaan zitten en haar gerust te stellen of tips te geven over het opvangen van weeën.

Daarnaast wordt door medici en verloskundigen vaak geopperd dat baringspijn op drie plaatsen 'stress' maakt: bij de vrouw, dus ook bij de foetus, en op de verloskunde-afdelingen. Pijn veroorzaakt bijvoorbeeld hoge bloeddruk en versnelde hartactie - fenomenen die voor vrouwen foetus slecht zijn. Vrouwen die schreeuwen of zuchten veroorzaken bovendien onrust, en ze verstoren het dominante beeld van de bevalling als een serene gebeurtenis. Pijnloos bevallen garandeert ook een goede concentratie op de daadwerkelijke geboorte van het kind en daarmee ook een betere moeder-kind relatie dan een bevalling waarbij de moeder-in-spe wordt overspoeld door pijn.

Juist vanwege de specifieke organisatie van de bevalling, is de aanwezigheid van pijn in de Franse verloskunde moeilijker te dragen dan de onderdrukking van pijn. Een bevalling-zonder-epiduraal is zwaar: voor de vrouw,

maar ook voor de verloskundige organisatie waarvan zij deel uitmaakt.

## BEVALLEN

Een Nederlandse bevalling geldt als 'laag-risico' tenzij de vroedvrouw op basis van een lijst van medische indicaties - de Verloskundige Indicatie Lijst - verwacht dat er zich problemen zullen voordoen die zij niet kan (of wil) behandelen. 'Laag-risico' vrouwen kunnen kiezen of ze thuis of poliklinisch (in het ziekenhuis maar zonder gebruikmaking van specialisten en specialistische technologie) met hun vroedvrouw willen bevallen. Een klinische bevalling - in het ziekenhuis onder begeleiding van de gynaecoloog - is in principe uitgesloten.

Een Nederlandse vrouw waarschuwt

---

### *Het bevallingsscenario schrijft voor welke rol pijn speelt bij de bevalling: hoe draaglijk pijn is, en hoe wenselijk.*

---

haar partner als ze weeën voelt. Als de weeën met korte tussenpozen komen, belt ze de vroedvrouw, die dan ofwel komt, ofwel telefonisch constateert dat haar komst nog niet noodzakelijk is. Komt ze, dan doet ze inwendig onderzoek om de ontsluiting te bepalen. Ze luistert naar het hartje van de foetus met een toeter of een doppler, en probeert een indruk te krijgen van 'de situatie': of de vrouw de weeën goed kan opvangen of juist erg onrustig of angstig is. Tenzij de ontsluiting heel snel gaat of al ver gevorderd is, gaat de vroedvrouw weer weg en geeft wat instructies over het moment dat ze opnieuw gebeld moet worden: als de vrouw persdrang heeft, of als ze vindt dat het niet goed gaat op een of andere manier. Ook als de vrouw poliklinisch wil bevallen, blijft ze thuis totdat de ontsluiting gevorderd is tot zo'n 6 a 7 centimeter: de gedachte is dat een vroege verplaatsing naar het ziekenhuis ertoe kan leiden dat de weeën weer ophouden, terwijl dat risico minder groot is in een later stadium van de ontsluiting. Als de vrouw thuis wil bevallen, blijft ze thuis.

Tijdens de uitdrijving - waar in Frankrijk de gynaecoloog de begeleiding overneemt - blijft de vroedvrouw in

charge en neemt vaak meer dan daarvoor het heft in handen. Ze controleert geregeld het kinderhart, en ze geeft aanwijzingen en aanmoedigen bij het persen.

## SOCIALE TECHNOLOGIE

De Nederlandse vroedvrouw, maar ook de barendende vrouw zelf en haar partner, zijn voor het grootste deel aangewezen op het lichaam van de vrouwen dat wat zij doet en zegt, als informatiebron. Het werk van de baarmoeder - of er een wee is, hoe lang die duurt en hoe krachtig hij is - wordt verteld en getoond door de vrouw. Het kinderhart wordt niet continu geregistreerd. De vroedvrouw heeft haar handen, een toeter of doppler, een soort 'haaknaaldje' om het vruchtwater te breken als ze dat nodig vindt, maar vooral ook haar 'sociale technologie' om de bevalling in goede banen te leiden. Vrijwel uitsluitend haar aanmoedigen, haar aanwezigheid en die van de partner, en de omgeving waarin de bevalling plaatsvindt, kunnen worden gemobiliseerd om de weeën op te vangen en de bevalling voorspoedig te laten verlopen.

De Nederlandse bevalling heeft heel duidelijk een centrum: de uterus. Dat orgaan moet zo 'ongestoord' mogelijk kunnen samentrekken en ontspannen. De veronderstelling is dat de regulering van dat werk uitstekend kan worden georganiseerd door het lichaam van de vrouw, mits zij zoveel en zo rustig mogelijk haar gang kan gaan. De praktijk is ook dat alleen de vrouwen haar lichaam de baarmoeder 'bemiddelen'. De vroedvrouw moet wat haar cliënt doet of zegt medisch duiden.

## VOOR EN TEGEN

Dat zo'n Nederlandse bevalling pijn doet, wordt zelden ontkend. Dat de beste behandeling van die pijn ongeacht de bevallingscontext een epiduraal is, wordt wel breeduit betwijfeld. Ook door ons, maar we willen betogen dat de redenen voor en tegen pijnbestrijding in Nederland complexer zijn dan vaak wordt aangenomen.

Tegenstanders van de epiduraal analgesie stellen vaak dat die technologie de bevalling 'onnatuurlijk' zou maken: dat pijn hoort bij de 'natuurlijke' bevalling die in Nederland nog een kans krijgt. Voorstanders van een bredere inzet van de epiduraal vinden het idee dat vrouwen moeten lijden vrouwonvriendelijk en calvinistisch is. Baringspijn vergelijken zij met kiespijn, en een epiduraal is net zo'n simpele, neutrale technologie als een tandvleesverdooving.



We laten in het midden hoe simpel en neutraal andere vormen van anesthesie zijn, maar menen dat beide argumentaties (de natuur die wordt verstoord versus de neutrale technologie die slechts pijn wegneemt) een onhandig beeld van natuur en techniek impliceren.

---

***Het lichaam zelf maakt dat hormoon ook, maar niet in gestandaardiseerde hoeveelheden.***

---

Een epiduraal bij een laag-risico bevalling in Nederland veronderstelt een verplaatsing van de bevalling van huis naar ziekenhuis, van vroedvrouw naar gynaecoloog, en van een lichaam als centrale producent van medisch-verloskundige informatie naar een over meerdere apparaten en mensen gedistribueerde bevalling. Dat zo'n technologie niet simpelweg een kwestie is van een slangetje meer of minder, is evident.

#### **PIJN ALS FUNCTIE**

Dat in Nederland pijn moet worden geleden bij de bevalling is echter ook niet een kwestie van de natuur zijn gang laten gaan. Aanwezige pijn 'werkt' op een aantal manieren in de Nederlandse verloskunde - en er zijn ook hier een aantal redenen om pijn anders dan met een epiduraal te behandelen: maar dat pijn ook hier wordt 'behandeld', wordt gecultiveerd om te kunnen worden genaturaliseerd, staat buiten kijf.

- In Nederland zou de inzet van een technologie als de epiduraal analgesie voor 'laag-risico' bevallingen - even afgezien van de vraag of je pijn een extra medische indicatie zou moeten maken - een regelrechte bedreiging zijn van de eerstelijns verloskunde. Gegeven de bestaande taakverdelingen tussen vroedvrouwen en gynaecologen, zouden waarschijnlijk nog meer vrouwen dan nu al het geval is, uit de eerstelijns praktijk verdwijnen.

- Baringspijn, en meer in het algemeen de lichamelijke sensaties van baarmoeder-werk, is in Nederland een van de tekenen die de baarmoeder produceert over het werk dat zij verricht. Die tekenen zijn voor de vroedvrouw van groot medisch belang. Met de epiduraal verdwijnt het gevoel uit het onderlichaam, en is de noodzaak gecreëerd op een andere manier vast te stellen hoe de baar-

moeder werkt. Een monitor is daarbij cruciaal. En vaak is met het wegvallen van mededelingen van de vrouw over de weeën ook het belang van het reguleren en stimuleren van de baarmoeder - via een infuus - aan de orde.

- Het scenario van de eerstelijns bevalling maakt het vrouwen mogelijk te gaan en te staan zoals ze dat willen - binnen zekere grenzen. Bewegen en het uitproberen van houdingen om de weeën op te vangen worden aangemoedigd. Vrouwen zijn bovendien voorbereid op de aanwezigheid van pijn tijdens de bevalling - maar hen wordt ook verteld dat ze in staat zijn die pijn te 'benutten'.

Ook bij de Nederlandse bevalling mag pijn niet onbehandeld en ongedisciplineerd worden. Het zuchten en puffen en kreunen, rondlopen en houdingen zoeken, het 'duiken in de weeën', zijn hier de strategieën die worden gepropageerd en gehanteerd ter 'behandeling' van baringspijn. Ook Nederlandse vrouwen worden niet geacht als dollen te schreeuwen of anderszins te vluchten voor de pijn, of juist helemaal stil te zijn. Het 'draaglijk' maken van pijn vergt een flinke investering van vrouw, vroedvrouwen lichaam.

---

***De Nederlandse bevalling heeft heel duidelijk een centrum: de uterus.***

---

Over het belang van een pijnloze/pijnlijke bevalling in de relatie moeder-kind wordt hier niet veel ophef gemaakt. Gevestigde mening is wel dat het organiseren van bevallingen zoals dat in het buitenland gebeurt, noch bevorderlijk is voor de 'veiligheid' van moeder en kind, noch voor het genoegen waarmee althans de moeder de bevalling zal ervaren.

#### **DE VERGELIJKING**

Waar dus in Frankrijk wordt geopperd dat pijn stress maakt voor vrouw, baby en verloskunde-afdeling, wordt in Nederland gesteld dat angst voor pijn mogelijk de bevalling tegenwerkt en pathologie maakt, maar dat hanteerbaar gemaakte pijn juist bevorderlijk is voor een goede baring. Pijntheorieën collaboreren dus in beide landen met geïnstitutionaliseerde bevallingspraktijken. En waar in Frankrijk baringspijn wordt

vergeleken met elke andere operatiepijn, en het dus belachelijk is er *niet* tegen op te treden, wordt in Nederland betoogd dat baringspijn, mits onder controle gehouden, constitutief is voor de bijzondere ervaring die een geboorte is. Pijn is dan niet te onderscheiden van andere emoties: verdriet, angst, blijdschap, vermoeidheid - van de oerkrachten die een vrouwenlichaam beheersen tijdens de baring. Pijnstrategieën collaboreren zo ook met opvattingen over de geboorte: een gevaarlijke gebeurtenis, analoog aan een operatie, of een normale en in principe ongevaarlijk evenement.

Los van de vraag in welk van de twee landen vrouwen het prettigst en het veiligst kunnen bevallen, is het voor ons nu misschien begrijpelijker dan Franse vrouwen om een epiduraal 'vragen', terwijl Nederlandse vrouwen dat (nog) niet in grote aantallen doen. Franse baringspijn niet meer behandelen impliceert een groot offer voor een vrouw, omdat het bevallingsscenario is ingericht op gevoelloosheid. Nederlandse pijn met een epiduraal bestrijden impliceert een al even grote ingrijpende herorganisatie van de bevalling.

#### **HET TRAJECT**

Tussen de regels door is onze boodschap dat het tamelijk zinloos is om te roepen dat vrouwen zich laten onderdrukken door verloskundige scenario's. Dat suggereert dat wat vrouwen 'willen' al zou vastliggen, en dat de verloskunde in een land al dan niet netjes met die oerverlangens of gevoelens omgaat.

Wat vrouwen willen, verwachten en ervaren, is gevormd door wat hen wordt aangeboden. En omgekeerd. *Hoe* trajecten van vrouwen en de hen aangeboden zorg zich tot elkaar verhouden, hoe wat vrouwen 'willen' en 'kunnen' als het ware in een aangeboden traject is geschreven, waarom 'alternatieve' trajecten soms aantrekkelijk lijken te zijn, wat de relaties van vrouwen met medische technologie en technologische regimes rondom de bevalling zijn, dat alles zou onderwerp van veel meer onderzoek moeten zijn.

Pijn is onderdeel van de organisatie van de verloskunde - en de aan- of afwezigheid ervan, in Frankrijk of in Nederland, heeft veel meer voeten in aarde dan het simpelweg wel of niet installeren van een epiduraal. Het barend lichaam - wat het doet, registreert enervaart - moet worden gereorganiseerd, en daarmee de wijze waarop de bevalling een plaats heeft, in de verloskunde.

De verloskundige organisaties in beide landen - inclusief de professionele taakverdelingen, de opvattingen over normaliteit en dergelijke - kunnen niet bestaan zonder hun specifieke baringspijn.

Pijn is niet draaglijk of ondraaglijk. Pijn mag niet systematisch als ondraaglijk worden ervaren in Nederland. Pijn kan niet draaglijk zijn in Frankrijk.

*Bernike Pasveer is verbonden aan de Faculteit Cultuurwetenschappen van de Universiteit Maastricht.*

*Madeleine Akrich is verbonden aan het Centre de Sociologie de l'innovation in Parzjs.*

Met dank aan Maaïke Luxemburg en Jessica Mesman voor hun commentaar.

#### Literatuur

Madeleine Akrich en Bernike Pasveer, *Comment la Naissance Vient aux Femmes*. Parijs: Les Empecheurs du Penser en Rond 1996.

Senèze, J., Analyse des Livres, *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1996-91, 10,505-506.

## DE MYTHE

### Mythe: werkbaarheid en transparantie in de gezondheidszorg nemen toe bij primaat politiek

door Loek Stokx

De laatste jaren is het op de paarse topen van de bestuurlijke varkenscyclus gemeengoed om te beweren dat het primaat van het bestuur van ons land weer bij de politiek moet liggen. De bestuurlijke verantwoording terug bij de politiek zou het bestuur in ons land werkbaarder en transparanter maken.

Wat voor betekenis heeft dit hernieuwde zelfvertrouwen van de politiek voor de gezondheidszorg gehad? Zonder een volledige balans op te maken zijn hier toch wel een aantal kanttekeningen te plaatsen.

Om met de werkbaarheid beginnen. Iedere individuele afspraak in het regeerakkoord heeft zijn uiteindelijke vorm gekregen binnen de context van uitruil tussen diverse politieke issues en partijen. Ten aanzien van de gezondheidszorg kende het regeerakkoord twee belangrijke afspraken: De jaarlijkse één komma drie procent groeivoet en de eigen bijdragen van de burger. Beide zijn financiële maatregelen en worden in het regeerakkoord nauwelijks onderbouwd door andere dan financiële argumenten. Nu is een vergaande inhoudelijke onderbouwing ook niet nodig voor een regeerakkoord als de kaders van de voornemens maar helder zijn. Daar zit hem nu juist de crux. Dit regeerakkoord is door de paarse politiek niet gehanteerd als een verzameling voornemens, maar

als een draaiboek gevuld met onafwendbare geloofsartikelen dat afgewerkt moest worden. Dat heeft de werkbaarheid in de gezondheidszorg niet echt verhoogd.

Minister Borst heeft zelf waarschijnlijk al heel snel na haar aantreden de conclusie getrokken dat het niet haalbaar was om de volumegroei in de zorg binnen de perken van één komma drie procent te houden door alleen doelmatigheidsverhoging te stimuleren. Maar gezien de harde afspraak uit het regeerakkoord, moet zij voor elk wisselwasje naar minister Zalm om wat geld los te peuteren. Geluk bij een ongeluk is dat zij als enige minister, door een mits-clausule in de één komma drie procent afspraak, tenminste nog de ruimte heeft om op bedevaart te trekken naar het ministerie van financiën. Haar ambtenaren zijn daardoor niet langer meer bezig met het bedenken en uitvoeren van beleid. Neen, de minister heeft haar ambtenaren en haar externe adviseurs bijna continu nodig om op ad hoc basis een zodanige indruk en vertrouwen wekkende stapel notities te produceren dat Zalm over zijn hart strijkt en een tiental miljoenen ophoest. Een belangrijke oorzaak van de in de praktijk gebleken onhaalbaarheid van de één komma drie procent afspraak lijkt overigens gelegen in het belang-

rijkste theorema van dit paarse kabinet; de markt. In de gezondheidszorg is de markt van oudsher het best vertegenwoordigd in de sector farmaceutische zorg. Ondanks beperkingen van het pakket te verstrekken geneesmiddelen en een heuse prijzen wet uitgevaardigd door de minister ("leve de markt!") blijkt dat jaarlijkse groeipercentages van de omzet van geneesmiddelen eerder in de richting van de vijf procent volumegroei wijzen dan de afgesproken één komma drie procent. Dat dit gebeurt is natuurlijk niet vreemd; nieuwe, slechts fractioneel betere producten zijn vele malen duurder dan de oude. Je hoeft er niet meer van te slikken om toch veel duurder uit te zijn. Aangezien de consument waarde hecht aan het nieuwste van het nieuwste, daarbij geholpen door artsenbezoekers en op nieuwigheid kikkende zorgverleners, penetreren deze middelen toch vrij snel ook onze markt.

Gelukkig was bij de opstelling van het regeerakkoord nagedacht over de ongelimiteerde consumptiedrift ten aanzien van gezondheids bevorderende goederen en diensten. Als tegenwicht voor het vraagkarakter van de gezondheidsmarkt moesten burgers eigen bijdragen gaan fourneren, zo luidde de tweede afspraak over de gezondheidszorg in het regeerakkoord. De daaraan verbonden

bedragen zijn inmiddels, omdat eigenlijk geen enkele politieke partij behalve de VVD in zo'n regeling echt brood zag, na een lang en moeizaam politieke steekspel zo laag geworden dat niet meer verwacht kan worden dat ze enig remmend effect op de consumptie zullen hebben. De met name door de PvdA en de SP bevochten uitzonderingspositie voor chronisch zieken is bovendien administratief zo onuitvoerbaar, dat kamerlid Oudkerk al tijdens de valse start van de regeling aan het begin van dit jaar heeft gesuggereerd om de maatregel maar weer geheel ongedaan te maken. De eerste burger moet nog opstaan die al dit ambtelijke en politieke geharrewar als transparant zou willen betitelen.

---

***Werd onder dit systeem eigenlijk niet uitstekend op de winkel gepast?***

---

Eenmaal een aantal jaren gewend aan het primaat voor de politiek is het misschien toch goed om te bezien wat verloren lijkt te zijn gegaan.

Het begrip maatschappelijk middenveld vormgegeven in een radenstructuur en adviesorganen staat daarbij centraal. Binnen de adviesorganen ontmoeten de maatschappelijke geledingen en de overheid elkaar in het openbaar en konden in alle openheid met elkaar in de clinch. Het was helder wie welk water in de wijn deed en waar men het met elkaar oneens bleef. In de nieuwe situatie moet de minister met ieder van de veldpartijen apart gestructureerd overleg voeren. Daardoor is niet meer zichtbaar van wie ze welke voorstellen overneemt. Dit heeft er toe geleid dat hulpverleners, instellingen en zorgverzekeraars om niet tegen elkaar te worden uitgespeeld tegenwoordig regelmatig besloten overleg met elkaar voeren. Een tastbaar resultaat van dit overleg was een unieke gezamenlijke oproep in Medisch Contact van deze partijen zo rond de 3e dinsdag van september 1996, waarin zij de minister vroegen meer geld voor de gezondheidszorg beschikbaar te stellen.

Tijdens een formatie worden allerlei afspraken gemaakt in uitruilsituaties tussen de gezondheidszorg en ander beleidsterreinen op basis van de politieke

haalbaarheid op dat moment. Bij een radenstructuur 'oude stijl' werden ruitjes tussen de participanten voornamelijk binnen de gezondheidszorg gepleegd en zo veel mogelijk op basis van inhoudelijke argumenten. De aard van het overleg garandeert die uitvoerbaarheid van maatregelen veel beter omdat men overleg voert vanuit uitvoeringservaring. Bovendien levert de radenstructuur een groter maatschappelijk draagvlak. Helaas kost het bereiken van compromissen en het bedenken van praktisch uitvoerbare maatregelen nu eenmaal tijd, waardoor binnen de radenstructuur niet altijd van een snel tempo gesproken kan worden. Het is dan ook juist om het overlegmodel van het maatschappelijk middenveld traag en stroperig te noemen. De vraag is of dat erg is in een gezondheidszorgsysteem, dat nog altijd tot de besten in de wereld behoort. Immers niet elke verandering leidt automatisch tot een verbetering. Werd onder dit systeem eigenlijk niet uitstekend op de winkel gepast?

Als het om snelheid gaat dan gaat het onder het primaat van de politiek niet veel beter. Maatregelen moeten nu worden ingevuld door technocratische ambtenaren met een toenemende macht, maar zonder veel voeling met de praktijk. Zij moeten de praktische uitvoering bedenken van bijvoorbeeld een eigen bijdrageregeling en staan vervolgens verbaasd als datgene wat zij toch zo slim bedacht hebben in de praktijk niet blijkt te kunnen worden uitgevoerd. Vervolgens kunnen ze weer opnieuw achter de tekentafel.

De adviesorganen zijn bij het primaat van de politiek niet helemaal afgebouwd, maar wel vernieuwd.

---

***Al met al gaat het primaat van de politiek samen met een opbloei van de vierde macht.***

---

De adviesorganen nieuwe stijl van de minister worden gevuld door kroonleden. Het aantal onafhankelijke kroonleden geschikt voor advisering in de gezondheidszorg is in ons kleine land niet zo gering is als de tijd die zij aan die taak kunnen besteden. Daardoor krijgen de secretariaten van de raden gevuld met deze drukbezette kroonleden veel

macht. Zij zetten de toon in de stukken die op basis van een enkele brainstorm sessie in de raden worden opgesteld. De kroonleden met hun drukke reguliere loopbaan lezen die stukken globaal en becommentariëren de grote lijn. In de oude situatie werden deze secretariaten veel gedetailleerder op de vingers gezien door de professionals uit het middenveld, die elke letter nauwkeurig van tien kanten bekeken. Bang als zij waren in de loop van het spel door de andere partijen een loer gedraaid te worden.

Al met al gaat het primaat van de politiek zoals meestal het geval is samen met een opbloei van de vierde macht.

De vraag is of de oude constructie met enerzijds een radenstructuur en anderzijds overheidszies' (Dekker, Biesheuvel etc.), die zowel binnen de politiek als het maatschappelijk middenveld de boel weer eens opschudden en aan agendasetting deden, voor een middellange en lange termijn eigenlijk niet een goede manier van doen was. Het door het veld gonzende ideeëngoed werd dan weer eens logisch geordend. Er werd een steen in de door het middenveld geproduceerde stroop gelegd en de politiek werd aangezet tot nadenken over de prioritering van beleidsonderwerpen binnen de zorg. De afstemming van de agenda's van politiek en maatschappelijke organisaties kreeg een nieuwe impuls.

Een eindbalans over het primaat van de politiek in het algemeen en in de gezondheidszorg is hiermee niet gegeven. Maar het moet voor deze of gene toch minstens een uitdaging zijn om met verve te betogen dat het primaat van de politiek werkbaarheid en doorzichtigheid in de gezondheidszorg heeft gebracht.

# MENSWAARDIGE ZORG KOST MEER

Een interview over vernieuwingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

Judith van der Kleij

*Extra geld is nodig voor de vernieuwingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Erdreigt een tweedeling: mensen met een hoger niveau profiteren het meest van de nieuwe mogelijkheden, terwijl mensen die intensievere zorg nodig hebben vaak nu al tekort komen.*

*Ad van Gennep, hoogleraar orthopedagogiek aan de universiteit van Amsterdam en werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, werd onlangs benoemd tot bijzonder hoogleraar op de Gouverneur J. Kremers-Ieerstoel bij de Universiteit Maastricht.. Daar houdt hij zich bezig met de beleidsmatige kant van de verstandelijk gehandicaptenzorg.*

Er is nogal wat in beweging in de zorg. Mensen gaan in kleinere groepen wonen, de hulpvraag staat centraal en het streven is deze mensen een zo gewoon mogelijk bestaan te laten leiden. Wat vindt u de belangrijkste ontwikkeling?

'De belangrijkste nieuwe ontwikkeling van dit moment is de introductie van "supported living" ofwel "ondersteund wonen". Mensen met een verstandelijke handicap gaan, net als ieder ander, zelfstandig of met z'n tweeën in een huis wonen. Ze krijgen daarbij de noodzakelijke ondersteuning.

Daar gaat wel enige voorbereiding aan vooraf. Als een bewoner uit een Gezinsvervangend tehuis liever op zichzelf wil wonen, dan gaan de betrokkene met familie, vrienden, om de tafel zitten om de wensen en mogelijkheden in beeld te krijgen. Daar wordt samen een plan voor gemaakt, dat ook haalbaar is. Ondersteuning is er op de onderdelen waar iemand zelf niet uitkomt.. Bij de een worden regelmatig de financiën doorgesproken, bij een ander de relatie en voor iemand die zelf niet kan koken wordt tafeltje-dekje geregeld. Voor onverwachte problemen die zich in het dagelijks leven voordoen moet ook snel hulp beschikbaar zijn. Bijvoorbeeld als er onverwachts een acceptgiro-kaart binnenkomt moeten ze iemand kunnen opbellen.'

Hoe ver staat het met deze nieuwe ontwikkeling?

'Op dit moment zijn er nog maar enkele honderden gehandicapten die zo wonen. Dit is vooral de bovenkant, de suc-

cesstories. In principe kan deze nieuwe woonvorm voor alle bewoners uit Gezinsvervangende Tehuizen worden doorgevoerd, voor zover ze dat zelf ook willen. Deze mensen hebben soms maar heel beperkt ondersteuning nodig, een of twee uur per week. Een begeleider kan dan meerdere adressen door de stad in zijn eentje behappen.

Mensen die nu in een instituut, een intramurale instelling, wonen kunnen ook op zo'n manier gaan wonen. Maar een deel van deze groep functioneert op een lager niveau of heeft psychische problemen. Daar is veel intensievere zorg voor nodig. Voor iemand die per dag twaalf uur ondersteuning nodig heeft, zal je anderhalve arbeidskracht moeten inzetten. Dat is veel intensiever dan voor de groep waar nu de eerste ervaringen mee zijn opgedaan. En dus is er extra geld nodig.'

Is dat ook de reden waarom intramurale instellingen niet zo hard achter deze ontwikkelingen aanlopen?

'Intramurale instellingen zijn huiverig om in de nieuwe ontwikkelingen mee te gaan. Ze kunnen de consequenties niet goed overzien. Ze komen eigenlijk nu al geld tekort.. Daar is een inhaalslag nodig en dan komt deze vernieuwing er nog bovenop.

Op dit moment heeft ongeveer de helft van de bewoners in instituten geen of vrijwel geen dagbesteding. Daar moet eerst wat aan gebeuren. Bovendien komen veel organisaties geld tekort voor meer personeel bij de arbeidsintensieve groepen, mensen die veel verzorging nodig hebben en mensen met gedragsmoeilijkheden. Van tijd tot tijd steekt dat probleem weer eens de kop op. Een aantal jaren geleden speelde het rondom Jolanda Venema, maar vorig jaar nog waren de dwangmaatregelen volop in het nieuws. Als je als werker alleen staat op een groep van twaalf, kun je ook niet zoveel.. Dan grijp je eerder naar maatregelen als dwangbuizen, de Zweedse band en de isoleer.. Op dit moment bestaan er binnen inrichtingen

*(vervolg op p. 12)*

Ons land telt ongeveer 60.000 mensen met een ernstiger verstandelijke handicap. Zo'n 32.000 wonen er in instellingen en 15.000 in gezinsvervangende tehuizen. De rest woont thuis. Sinds enkele jaren voltrekt zich een revolutie in het wonen van verstandelijk gehandicapten. Instellingen zijn bezig met projecten voor kleinschalig en genormaliseerd wonen. Er wordt naar gestreefd mensen met een verstandelijke handicap in gewone huizen in een gewone woonwijk te laten wonen, alleen of in kleine groepen. Individuele wensen en mogelijkheden vormen het vertrekpunt van de zorg. Waar mogelijk geven verstandelijk gehandicapten zelf vorm en inhoud aan hun eigen leven. De filosofie van ondersteund wonen (supported living) is dat mensen niet in eenzaamheid leven, maar altijd deel uitmaken van sociale netwerken. De eigen ouders, broers, zussen, familieleden, vrienden, burens vormen het sociale netwerk. Ondersteuning van de persoon met een verstandelijke handicap dient op de eerste plaats vanuit dit netwerk te worden gegeven. Waar dit niet of onvoldoende gebeurt komt het sociale vangnet, ofwel het zorgsysteem om de hoek kijken in de vorm van begeleiding, voorzieningen, financiën.

## **Nooit meer terug Wonen op jezelf, met soms wat steun.**

Op een regenachtige maandagmiddag even na vijven ga ik op bezoek bij Nel G. (44) en Piet van der G. (45) in Zoeterwoude-dorp. Hun benedenhuis staat in een nieuwbouwwijk. Het is op steenworp afstand van Swetterhage, een instelling waar driehonderd verstandelijk gehandicapten zijn gehuisvest. Hier wonen de meesten in groepen van tien tot twaalf mensen in woningen verspreid over het instellingsterrein. Nel en Piet niet. Zij wonen al twee jaar in een gewoon huis, samen met hun konijn Beertje en de parkieten.

**Piet doet open en wijst de weg.** Nadat ik mijn jas heb opgehangen, wordt ik in de gezellig ingerichte huiskamer ontvangen. Het is er lekker warm. Iedere maandag om deze tijd komt hun begeleidster, Miny H., langs voor een gesprekje. Als ik binnenkom zitten ze aan de eettafel met elkaar te praten. Ik schuif aan en krijg een kopje thee aangeboden. Piet vraagt wat voor thee ik lekker vindt en houdt me een doos met wel acht verschillende smaken voor. Ik kies tropische vruchtenthee. Dan begint ons gesprek.

Op mijn vraag hoe ze vroeger woonden, antwoordt Nel: 'We woonden vroeger op Zwieten, een gezinsvervangend tehuis. Ik heb daar 25 jaar gewoond en Piet negen jaar'. Boven de tafel hangt een foto van hun vroegere woonplek. Het oude pand is inmiddels afgebroken en wordt nu vervangen door een aantal woonhuizen. De bedoeling is dat er verstandelijk gehandicapten gaan wonen in groepen van vier tot vijf mensen.

Nel en Piet hebben het prima samen en willen nooit meer terug: 'Vroeger woonden we met vijftien mensen in een huis. Dat was heel druk. Hier is het veel rustiger zo met z'n tweeën. Je kunt veel meer je eigen gang gaan'. Piet vertelt dat hij er aanvankelijk wel tegenop zag om uit het gezinsvervangende tehuis op zichzelf te gaan wonen. Alleen had hij het nooit gewild, maar samen met Nel zag hij het wel zitten. Hij ging toen al een tijdje met haar om. Na veel jaren verzorgd te worden, moesten ze veel meer zelf gaan doen. Hun eigen huishouden, de was, eten koken, boodschappen doen en klussen in en om het huis regelen. Piet: 'Vooral het zelf leren koken, dat was voor mij heel anders. In het begin liet ik de aardappelen nog wel eens aanbranden'. Hij kookt nu met plezier zijn eigen potje. Iedere donderdagavond en in het weekend koken ze thuis. Ze doen het om de beurt, zoals het uitkomt. Op de andere dagen eten ze brood. Dan hebben ze 's middags al een warme maaltijd gegeten in het restaurant van Swetterhage. Dat is ook goed te combineren met het vrijwilligerswerk dat ze er doen.

Nel werkt vier dagen in de week op De Molen, een mannenwoning. Ze helpt in de huishouding: dekt de tafel, schenkt koffie in, ruimt af en doet spullen in de afwasmachine. Bewoners die zelf niet kunnen drinken helpt ze. Ook gaat ze mee naar activiteiten, zoals zwemmen en paardrijden of bij uitstapjes. Nel: 'Veel mensen kunnen niet zelf lopen, dan help ik daarbij'. Op woensdag heeft ze haar vrije dag. 's Morgens komt er iemand om haar les te geven in naaien. Vroeger moest ze deze vrouw met een aantal anderen delen, nu heeft ze haar voor zich alleen. Zo leert ze meer en de aandacht die ze krijgt bevalt haar wel. Trots wijst Nel naar de gordijnen die in de woonkamer hangen: 'Die heb ik zelf gemaakt'. Dat ze in de rest van haar vrije

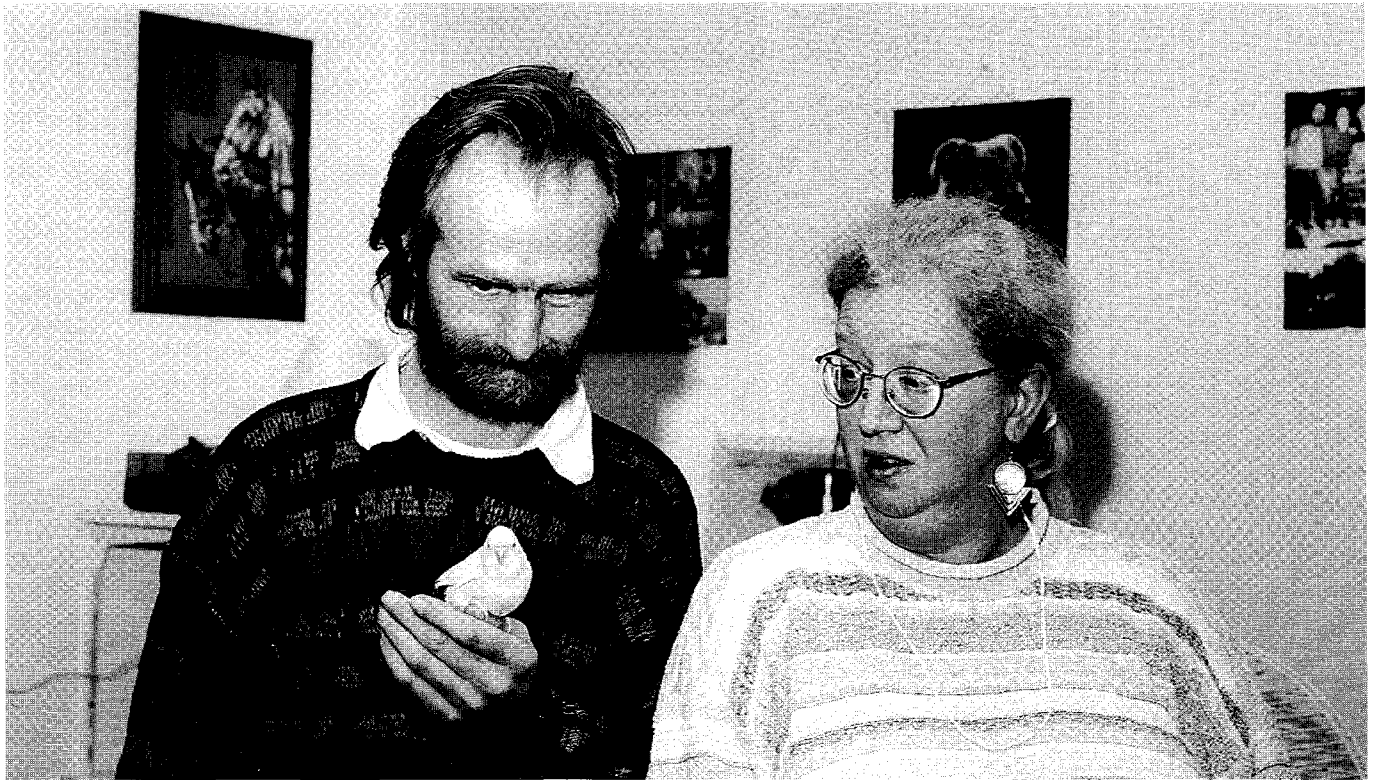
tijd ook graag handwerkt is goed te zien. Op verschillende plaatsen in de woning hangen geborduurde schilderijen.

De taken in huis verdelen ze samen. Stofzuigen, eten koken en schoonmaken. Dat hoort er nu eenmaal bij en wie het meeste zin heeft doet het. Daar komen ze samen goed uit.

Piet werkt vijf dagen per week bij de technische dienst van Swetterhage. Vandaag heeft hij een paar fietsen gemaakt en banden van invalidenwagens vernieuwd. Hij vindt het prima om vijf dagen te werken: 'Wat moet ik anders doen?'

Op mijn vraag of hij ook hobby's heeft, antwoordt hij: 'Ja, ik heb duiven, het zijn er twaalf. Daar ben ik iedere avond mee bezig. In het weekend moet ik de hokken schoonmaken'. Hij legt uit dat als de duiven bij het huis staan, er misschien klachten uit de buurt komen over duivepoep op de schone was. Dat willen ze liever niet. Ook voor deze hobby heeft hij een plek gevonden op Swetterhage. Nel en Piet zijn het met elkaar eens dat ze hier prima wonen: 'We hoeven niet met bussen weg en kunnen zo overal naar toe lopen. Het werk is dichtbij en de boodschappen doen we in de buurt. We missen niets hier, het is oké'. Veel contact met burens is er niet. Nel maakt af en toe op straat een praatje, maar daar blijft het bij. De meeste buurtbewoners werken overdag en hebben onderling weinig contact. De familie zien ze regelmatig. De meeste wonen niet zover uit de buurt. Nel gaat eens in de twee weken op bezoek bij haar moeder. Ze gaan ook naar verjaardagen toe. Dan gaat Miny ook mee: 'het is belangrijk om ze bij dat soort gelegenheden te ondersteunen. Ik stimuleer ze om er op uit te gaan en contacten te onderhouden. Ik ga mee naar de stad, een dagje uit of als er een bezoeker aan de huisarts moet worden afgelegd'. Zo'n twee tot drie keer per week komt Miny bij Nel en Piet over de vloer. Ze praat met hen over dagelijkse dingen en biedt praktische ondersteuning. Over haar opstelling zegt ze: 'Je moet vooral dingen laten, zodat ze zelf de gelegenheid krijgen om ervaringen op te doen. Daar leren ze van en krijgen meer zelfvertrouwen. Als ik zie wat ze nu na twee jaar allemaal kunnen, dat had ik niet voor mogelijk gehouden. Ze zijn vooral veel zelfverzekerder geworden. Alle beslissingen nemen ze nu zelf met hier en daar wat hulp. Werd eerst alles via de AWBZ betaald, nu hebben ze een uitkering en betalen daaruit hun kosten van levensonderhoud'. Omdat Nel en Piet niet kunnen lezen, neemt ze regelmatig met hen de post door en helpt met de administratie. Volgende week gaat ze met Nel en Piet naar een notaris. Ze gaan een samenlevingscontract opstellen. Als een van beiden komt te overlijden moeten de spullen naar de ander overgaan. Dat willen ze goed geregeld hebben.

Na afloop van het gesprek krijg ik nog een kijkje in de rest van de woning. In de badkamer valt mijn oog op een gekleurd papier boven de wasmachine. Nel vertelt me dat dit een geheugensteuntje is voor bij het wassen. De verschillende kleuren bij de witte was, de bonte was en de fijne was, corresponderen met de stickers op het bedieningspaneel van de wasmachine. In de kleine opgeruimde slaapkamer hangt over een droogrek de was te drogen. Nel legt mij uit dat de was 's zomers naar buiten gaat, daar hebben ze een molen staan. In de winter lossen ze het zo op. Het is zes uur als ik hen bedank voor het gesprek en afscheid neem. Ik trek de deur achter me dicht en constateer dat het bij Nel en Piet allemaal heel vanzelfsprekend is, niets bijzonders eigenlijk.



Nel G. en Piet van der G.

nog heel wat groepen van 12 bewoners of soms nog meer.. Ga je de groepen verkleinen tot zes en eventueel mensen individueel laten wonen, dan kost dat veel meer.. Alles bij elkaar opgeteld betekent het dat het budget van de instituten met ongeveer vijftig procent moet worden verhoogd.'

**De overheid wil kleinschaligheid en vraaggestuurde zorg, maar de financiële middelen ontbreken?**

'De overheid stelt dat het huidige beleid zal moeten worden uitgevoerd met het geld dat er is, er komt niet meer bij. Naar mijn idee kun je binnen deze sector geen menswaardige zorg realiseren zonder extra financiële middelen. Ik waarschuw al geregeld voor een tweedeling die dreigt te ontstaan binnen de zorg. Er is een bovenlaag, een kleinere groep mensen, die profiteert van de vernieuwingen. Bij een grote groep, de onderlaag, dreigt de zorg te verschromelen. Daar wordt het naar verhouding slechter. De mensen in de instituten zouden best veranderingen willen, maar de middelen zijn er niet. De overheid zal er wat aan moeten doen. Als er niets gebeurt, ben ik over de toekomst wat somber gesteld'.

**Wat zijn de ervaringen met ondersteund wonen in het buitenland?**

In het buitenland begint men langza-

merhand wat meer ervaring te krijgen. Voor zo ver ik weet zijn de ervaringen positief, maar er zijn nog weinig mensen met een lager niveau die zo wonen. In de Verenigde Staten, Engeland, Noorwegen, Zweden, Denemarken is men op grote schaal bezig de instituten af te schaffen. In Noorwegen is dat in 10 jaar gelukt.. Daar hebben ze kleinschalige woonvormen of wonen mensen op zichzelf met ondersteuning. De zorgverleners krijgen echter veel minder betaald, omdat ze onbevoegd zijn. Als we kleinschaligheid of ondersteund wonen zonder extra geld willen bereiken, dan moeten we het zo doen. De vraag is hoe het dan met de kwaliteit van het werk zit. Daar moet je tegen afwegen hoe het nu met de kwaliteit, is gesteld. De opleiding van het personeel is wel goed, maar omdat er veel te weinig personeel is, is de kwaliteit, toch slecht.

**Welke rol spelen ouders bij deze vernieuwingen?**

'Als de ouders nog leven, dan spelen die uiteraard een grote rol. De meeste ouders kiezen er voor de situatie te houden zoals die is. Woont hun kind in een instituut, dan willen ze dat graag zo houden. Dat betekent dat de overgrote meerderheid, zo'n dertigduizend mensen in instituten, geen veranderingen wil. Als ouders er echt tegen zijn moet je veranderingen niet van bovenaf in-

voeren, maar via voorlichting duidelijk maken wat de voordelen zijn. Je moet dan goede voorbeelden in de praktijk kunnen aanwijzen. Dat kan alleen als de zorg ook echt beter is en dan kom ik weer terug op het prijskaartje wat daar aan hangt..

**Welke punten heeft u voor de komende jaren op uw agenda om knelpunten in de zorg aan te pakken?**

'Voor de komende jaren staat de-institutionalisering op stapel: de ontwikkeling waarbij bewoners van instituten meer in woonvoorzieningen in de samenleving gaan wonen. De invoering van deze nieuwe manier van wonen gebeurt heel geleidelijk. Via onderzoek wil ik deze zaken volgen. Je houdt dan de vinger aan de pols en ziet hoe het gaat.. Waar het goed gaat kan er een stimulerende werking van uit gaan, waar het niet goed gaat kun je bijtijds bijsturen. Op dit moment zijn er nog geen projecten waar ik bij betrokken ben. Maar die zullen er wel aan komen, verwacht ik.'

*Judith van der Klei) is coördinator van de wetenschapswinkel RUL*

# WEG MET DE MARKT

Rascha Thomas en Anja Koornstra

*Leidt de invoering van het marktmechanisme in de gezondheidszorg tot een tweedeling in de toegankelijkheid van die zorg? Om antwoord te geven op deze vraag heeft de Nederlandse Zorgfederatie in september 1996 de leerstoel Gezondheidszorgsystemen in Internationaal Perspectief ingesteld aan de Rijks Universiteit Leiden. Prof. Dr. W.I. de Gooijer, directeur van de Stichting Hervormde Diaconale Huizen in Haarlem is als eerste bijzonder hoogleraar benoemd.*

*In zijn inaugurale rede neemt hij krachtig stelling tegen het marktfundamentalisme in de gezondheidszorg en het daarmee gepaard gaande ondergraven van het solidariteitsbeginsel. Hij ziet ook een duidelijk verband tussen het sociale stelsel van voorzieningen en maatregelen en het stelsel van de gezondheidszorg. Door zijn praktijkervaring als directeur van een grote zorginstelling kan hij inschatten wat de praktische gevolgen zijn van verschillende maatregelen. Hij vertelde een en ander aan FGP.*

*Is de marktwerking in de gezondheidszorg een trend of zijn de verschillende maatregelen meer een soort speldeprikken?*

'De gezondheidszorg wordt, in Europees verband, op steeds meer manieren overgelaten aan het mechanisme van de markt. Er zijn legio voorbeelden: bedrijvenpolis's, eigen risico voor ziekenfondsverzekerden, afspraken tussen bedrijven en zorgaanbieders om werknemers wachtlijsten te laten omzeilen, sponsoring en dure advertentiecampagnes vanwege de concurrentie tussen verzekeraars. Het lijken allemaal speldeprikken, omdat we eigenlijk niet weten wat we met de gezondheidszorg aan moeten. Het kabinet neemt maatregelen, en als dan blijkt dat het niet goed uitpakt, dan wordt de boel weer teruggedraaid, zoals in het verleden de medicijnenknaak en het specialistengeeltje. Al deze maatregelen zijn bedoeld om het spel van vraag en aanbod te beïnvloeden. Dat is een legaal streven, maar de maatregelen gaan te ver, verder dan economisch nodig is. De marktwerking is niet meer een wijze van functioneren, maar een ideologie geworden.'

'Het was wel nodig dat werd ingegrepen in de kostenontwikkeling. Midden jaren zestig is door het COZ al aangegeven dat de kosten voor de zorg enorm uit de hand liepen. Toch duurde het tot 1983 voordat budgettering werd ingevoerd. Het ontbrak simpelweg aan lef. Geen enkele politicus durfde de zorg aan te pakken, het lag veel te gevoelig bij de kiezers. Zelfs Mrs Thatcher, toch niet voor een kleintje vervaard, deed er

tien jaar over voordat ze de zorg aanpakte.'

*Leidt de marktwerking in de gezondheidszorg volgens u tot een lagere zorgconsumptie of denkt u dat mensen wel dezelfde zorg willen blijven houden, zodat marktwerking vooral zal leiden tot een afname van het vrij besteedbare inkomen?*

Prof. Dr. D. Post, voorzitter van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken meldt op 22 januari in de Volkskrant: 'Minister Borst heeft geen visie. Zij straalt niet uit waar zij heen wil met de gezondheidszorg. Ze houdt de zaak drijvende terwijl ze juist moet kiezen tussen solidariteit en marktwerking als leidend beginsel in de volksgezondheid.

Ze had haar ambtenaren al lang aan het werk moeten zetten om een toekomstvisie te ontwikkelen.'

Post gelooft helemaal niet in de positieve punten van de marktwerking: 'Marktwerking veronderstelt dat zorgvragers zelf keuzen maken. Dat is een misvatting. Een patiënt kan dat niet.' Concurrentie zal volgens Post tot hogere kosten leiden in plaats van lagere, omdat verzekeraars en ziekenhuizen zullen garanderen dat patiënten bij hen nooit hoeven te wachten op behandeling hetgeen alleen maar kan als er verspillende overcapaciteit wordt gecreëerd.



Prof. Dr. W.I. de Gooijer

'Ik denk beide, maar dat is niet alleen te wijten aan de kosten van de zorg. De laagste inkomens dalen ook door andere maatregelen. Het huidige kabinet heeft gekozen voor een stapsgewijze herziening van het gezondheidszorgstelsel. Alle eerdere rigoreuze voorstellen om het gezondheidsstelsel te herzien zijn in meer of mindere mate weer van tafel geschoven. Het stapsgewijs invoeren van nieuw beleid lijkt daarom een verstandige aanpak. Maar ook deze aanpak leidt uiteindelijk tot onrust, zoals onlangs bij de effecten die de marktwerking bleek te hebben op de tandartsenzorg, waarbij met name de niet-werkenden en minst draagkrachtigen de dupe worden.'

'Het blijkt moeilijk om het cumulatieve effect van deze maatregelen en ontwikkelingen in te schatten voor de grote groep mensen die niet beschikken over een eigen vermogen of over een vaste baan bij een werkgever die zelf de gezondheidszorg voor haar werknemers regelt. Mijn inschatting is dat de laagste klasse in Nederland wellicht wel genoeg toegang houdt tot de zorg, maar achter blijft bij het profiteren van vernieuwing. Je moet de ontwikkelingen in de zorgsector ook in samenhang zien met maatregelen in het terrein van de sociale sector: als de huurverhogingen zo doorgaan, zullen meer arme mensen in slechte huizen wonen. Dat heeft invloed op de gezondheidssituatie.'

'De samenhang van alle hap-snapmaatregelen die de laatste tijd worden genomen leidt tot een tweedeling en daarmee tot steeds grotere onrust. Het zou er toe kunnen leiden dat die tweedeling niet langer wordt geaccepteerd. De onvrede manifesteert zich al in het kiezers gedrag, denk aan Le Pen en Haider.

Het huidige stelsel wordt alleen maar drijvende gehouden. Er ontbreekt een operationele doelstelling. De Engelsen

noemen dat zo mooi een *ready-fire-aim-approach*: eerst schieten, dan richten. Eerlijk gezegd heb ik weinig fiducia in de huidige politici. Ik geloof niet dat ze in staat zijn een coherente gezondheidspolitiek te voeren, maar ik erken ook dat dat niet eenvoudig is.'

*Als de politiek het dan volgens u laat afweten, waarom komt de beroepssector zelf dan niet in actie, zoals Jan Marijnissen zich ook afvraagt, om de solidariteit te behouden?*

'Marijnissen is een van de politieke figuren waar ik wel waardering voor heb. Maar feitelijk is de afbraak van de solidariteit erg geleidelijk aan het gebeuren. Pas nu met de discussie over de tandartsenzorg is de solidariteit, in de zorg een discussie geworden, omdat we nu zien dat men echt minder gebruik maakt van de zorg ook omdat men het niet kan betalen. Ook buiten de zorgsector worden die ontwikkelingen nu herkend, bijvoorbeeld door minister Melkert, die ook de sociaal-economische gezondheidsverschillen benoemt in zijn Armoedenota. De tweedeling in de zorg blijkt daarmee wel een algemeen erkende issue te zijn geworden. Je moet niet vergeten dat nog in mei 1995 minister Borst stelde dat ze niet bang was voor een tweedeling. Dus het is al een snelle ontwikkeling als een jaar later die tweedeling wel bespreekbaar is. Alleen weet niemand nog wat ze ermee aanmoeten.'

*Ondertussen blijven de kosten van de zorg stijgen. Is er volgens u meer geld nodig voor zorg of is er een andere oplossing mogelijk?*

'Allereerst zal onze visie op de kosten van de zorg moeten veranderen. We zien het nu als collectieve last. Wat gemakshalve vergeten wordt is dat gezondheid een voorwaarde is voor produktiviteit. Naar mijn mening moeten de gezondheidszorgkosten dan ook gezien worden als investering. Dat wil niet zeggen dat de kosten moeten blijven stijgen. Maar er worden allerlei maatregelen genomen die de kosten juist hoger maken. Daarvoor moeten we uitsplitsing maken tussen de kostenontwikkeling van de zorg sec en de randkosten. Neem bijvoorbeeld de Kwaliteitswet. Die wet verplicht instellingen tot allerlei maatregelen, die veel tijd en geld kosten terwijl er geen geld voor bijkwam. Overigens is die wet ook mede een gevolg van de dreiging tot daling van de uitgaven voor gezondheidszorg: de sector voelde zich bedreigd en kwam vervolgens met voor-

stellen om de kwaliteit, te garanderen. Maar dergelijke randzaken kosten zelf ook weer geld.'

'Ik denk dat de zorg in onze cultuur niet te beheersen is. De dood is in onze visie ongewenst en dus willen we alle mogelijkheden benutten om zo lang mogelijk de dood op een afstand te houden. Daar doen we alles voor. Neem bijvoorbeeld de niersteenvergruizer, een hele dure machine, uitgevonden in Duitsland. Een hoogleraar urologie uit Parijs zag die machine aan het werk en riep in Frankrijk dat hij ook zo'n vergruizer wilde. Het ministerie zag er eerst niets in, maar moest uiteindelijk overstag gaan omdat de hoogleraar zijn patiënten verteld had over die geweldige machine. De druk van de patiënten is in zo'n geval groot. Je kunt dan geen afweging meer maken of de investering in zo'n machine het geld waard is, of er geen betere manieren zijn om te investeren in gezondheid. Alleen in Engeland en Ierland wordt het aanbod van zorg (en dus ook van dure apparatuur) echt volledig centraal gepland, maar ook daar is de beheersingsmogelijkheid gering. Overigens zijn er ook goede ontwikke-

lingen in de zorg: er is nu meer ruimte voor outreachende zorg. Vanuit mijn stichting worden dagelijks veel mensen thuis bezocht. Ze krijgen de hulp die ze nodig hebben gewoon in hun eigen omgeving.'

*Levert die outreachende zorg niet ook steeds meer zorg op, en dus steeds hogere kosten?*

'Die toename van de kosten voor de zorg is volgens mij niet te voorkomen en hoeft ook niet slecht te zijn. Zoals ik al zei: die kosten moeten we zien als investeringen. Maar er zal op meer terreinen moeten worden geïnvesteerd in plaats van bezuinigd. Ik denk aan de discussie over verlaging van de minimumlonen. De legitimering voor die discussie is dat de lonen omlaag moeten om onze concurrentiepositie te behouden. Het is voor mij zeer de vraag of verlaging van de lonen daarvoor nodig is. Als je kijkt naar de totale internationale handelsstromen dan zie je dat slechts anderhalf procent komt uit landen met lage lonen. Bovendien is tachtig procent van onze handel bestemd voor Europa, dus er is geen wezenlijk mondiaal concurrentieprobleem. Ondertussen gaat die discussie wel ge-

### Politici

Jan Marijnissen, fractievoorzitter van de Socialistische Partij in de Tweede Kamer, schrijft in het tijdschrift *Zorg Visie* in December 1996: 'De schaarste, gecombineerd met de ideologische keuze van het paarse kabinet tegen de overheid en vóór de markt, leidt tot een tweedeling in de zorg. Die ontwikkeling wordt versterkt door de privatisering in de sociale zekerheid. Verhoogd eigen risico drijft werkgevers tot wachtlijst omzeilende initiatieven voor zieke werknemers.' ...

'We moeten stoppen de gezondheidszorg als collectieve last te zien. Ze is een investering in de kwaliteit van leven en in de economie van het land. We moeten de zaken meer in hun samenhang bekijken. Zo leidt het neo-liberale kabinetsbeleid tot grotere sociaal-economische verschillen en dus tot grotere verschillen in gezondheid.' ...

'Het zou mij een lief ding waard zijn wanneer de medische beroepsgroep het verzet tegen de amerikanisering van de zorg niet zou overlaten aan alleen de gedupeerden. Maar dat zij principieel stelling neemt tegen het marktfundamentalisme. En georganiseerd en actief verzet pleegt tegen alle aanslagen op de solidariteit in de gezondheidszorg.'

Elske ter Veld, voormalig staatssecretaris van Sociale Zaken en nu PvdA senator, stelt het in hetzelfde tijdschrift dat verzekeraars nu eenmaal niet de hoeders zijn van de solidariteit van de samenleving, en als ze dat wel proberen, dan draaien ze zichzelf de nek om. Ook van werkgevers kan je niet verwachten dat ze solidair zijn met niet-werkenden. Dit moet de overheid doen. Misschien zouden werkgevers verantwoordelijk moeten worden voor ziektewet (hetgeen recent geregeld is in de nieuwe wetten) en de ziektekosten. Daarnaast heeft de beroepsgroep van specialisten zelf voor een kunstmatige schaarste van specialisten gezorgd. Als er meer specialisten opgeleid worden dan kunnen bedrijven zelf hun bedrijvenpoli's inrichten en bezetten zonder specialistenzorg weg te kopen uit het reguliere circuit. Daar zou dan zelfs meer capaciteit overblijven voor niet-werkende patiënten.



woon door.. En al deze marktmaatregelen bij elkaar leveren wel gezondheidsproblemen op.'

'Omgekeerd zou een goed sociaal beleid ook kunnen bijdragen aan een daling van de uitgaven in de zorg. Dus als we het hebben over preventie, over het voorkómen van zorgconsumptie, dan moeten we het volgens mij niet hebben over een eigen bijdrage. Die draagt alleen maar bij aan verdere verarming

van een grote groep mensen en leidt uiteindelijk tot grotere uitgaven in de zorg. Effectiever zou zijn als het kabinet deed wat het zegt te willen doen, namelijk het behoud van samenhang en het voorkomen van sociale uitsluiting in de samenleving.'

*Wat ziet u als uw rol in deze discussie? Uw leerstoel wordt betaald door de Nederlandse Zorgfederatie, betekent dat dat u namens de zorgaanbieders*

*spreekt?*

'Niemand schrijft mij voor wat ik moet zeggen, dus ook de zorgfederatie niet.. Ik spreek en schrijf over wat ik zie dat er aan de hand is. En als iemand dat oppikt en ik zie dat later terug in een nota, dan ben ik blij dat ik dat kan bereiken.'

*Rascha Thomas en Anja Koorstra zijn lid van de themaredactie Public Health & Onderkant.*

## MET ZIEKTEVERLEDEN

Barbara van Rossum

*Ziekte kan in onze maatschappij een mens tot een tweederangs burger maken. Wie de race om geld, status en macht lichamelijk en geestelijk aankan, telt nog mee.*

*Maar valt een werknemer door ziekte uit, dan wacht de WAOi een beschamend lot. En daarna komt de terugkeer.*

*Een dubbel pleidooi voor indienstneming van ex-zieken: omdat die de best gemotiveerde werknemers zijn en omdat het geen kwaad kan stil te staan bij andermans en eigen beperkingen.*

Zieke of ex-zieke werknemers hebben in onze maatschappij een dubieuze positie. In eerste instantie lijkt het alsof er goed voor hen gezorgd wordt.. Er wordt een uitgebreide gezondheidszorg ingezet, met steeds verder doorgevoerde technologie, en er zijn wettelijke regelingen als Ziektewet en WAO.

Wie echter na ziekte en met beperkingen weer aan het werk wil, wordt zoveel mogelijk van de arbeidsmarkt geweerd. De oorzaak ligt in negatieve beelden. WAO'ers denken dat er voor hen toch geen werk meer is, anderen zeggen dat WAO'ers niet meer willen of kunnen werken.

Ook bestaat het idee dat herintredende arbeidsgeschikten langer en vaker ziek zijn dan andere werknemers. De praktijk van GAK-arbeidsintegratie leert echter dat de uitval van mensen die na ziekte weer aan het werk gaan, buitengewoon gering is. Dit komt doordat herintredende arbeidsgeschikten alleen in werk terechtkomen waarin de balans tussen belastbaarheid en belasting in evenwicht is.

### OPGEKNOOPT

Werkgevers denken dat ze grote risico's lopen bij het aannemen van een

gedeeltelijk arbeidsgeschikte, ondanks de door de overheid ingestelde regelingen als loonkostensubsidie en art. 29b Ziektewet (zie kader). Zo zegt de eigenaar van een klein aannemersbedrijf, die onlangs een gedeeltelijk arbeidsgeschikte heeft aangenomen:

'De arbeidsbemiddelaar van het GAK heeft me uitgelegd dat er voor mij geen nadelige gevolgen zouden zijn als Tom weer ziek zou worden. Dat was een grote geruststelling. Ik denk dat ik, zonder deze regeling, besloten zou hebben hem niet aan te nemen. Als werkgever word ik langzamerhand opgeknoopt, ik moet echt uitkijken wie ik in dienst neem. De arbeidsbemiddelaar heeft me ook het een en ander uitgelegd over de loonkostensubsidie. Daarna heb ik alles aan mijn boekhouder overgelaten.'

Het effect van reïntegratieregelingen is klein, doordat ze onvoldoende bekend zijn bij werkgevers. Daarnaast zijn sommige regelingen complex en gaan ze gepaard met een hoop papieren rompslomp en bureaucratie. Werkgevers willen daarvoor geen tijd nemen.

Er is weinig bekend over wat het betekent voor mensen om door ziekte hun werk kwijt te raken. Ziekte van werk-

nemers houdt nogal eens verband met het werk, doordat de werkdruk en het werktempo steeds hoger worden. Soms worden werknemers 'ziek' verklaard zodat ze uit hun werk gezet kunnen worden, waarna ze pas echt ziek worden.

### BURNT-OUT

Als ziekte, wel of niet in verband met werk ontstaan, het uiteindelijk onmogelijk maakt om het eigen werk te blijven doen, heeft dat vaak verstrekkende gevolgen. Naast de financiële consequenties moeten eigen normen en waarden worden aangepast.. Het gevoel van eigenwaarde krijgt een flinke deuk.. We leven immers in een maatschappij waarin ons van jongsafaan verteld wordt: 'Leven is werken'. Waar haal je zonder werk je gevoel van zinvol-zijn vandaan?

Alice (23 jaar) was verpleegkundige toen ze burnt-out raakte.

'Op dat moment stortte het beeld in dat ik van mezelf had. Ik kwam mezelf tegen als kwetsbaar en machteloos. Ik had geen werk meer, ik had mijn gezondheid niet meer en het beeld van mezelf was ik kwijt.. Werken was voor mij vooral hard werken. Ik was bijna grenzenloos. Iedereen kon altijd een beroep op mij doen. Ik had mezelf volledig geïdentificeerd met mijn werk. Achteraf gezien is het een zegen geweest dat ik ben ingestort!.'

### ONTDEKKING

Het ervaren van een periode van ziek-zijn en het verwerken van het verlies van werk kan ook positieve gevolgen

hebben. Elk verlies kondigt ook het begin van iets nieuws aan, zoals het ontdekken van nieuwe interesses of het werken aan nieuwe vaardigheden en kwaliteiten.

Annemiek was 22 jaar en net klaar met haar opleiding Z-verpleegkundige toen ze een auto-ongeluk kreeg. Ze kreeg ernstige rugklachten waardoor ze niet langer kon blijven werken. Ze volgde een opleiding tot secretaresse en won uiteindelijk het gevecht om bij haar werkgever in dienst te kunnen blijven. Ze werkt nu als secretaresse op de technische dienst..

'Het is één van de moeilijkste periode in mijn leven geweest, maar ook de periode waarin ik geleerd heb om hard voor mezelf te knokken. Ik heb geleerd wat mijn grenzen zijn, niet alleen in fysiek opzicht maar ook in wat ik wil en wat ik kan. Ik heb mezelf ontwikkeld, in mijn werk en privé. Ik ben veel strijdlustiger geworden. Ik was ook vastbesloten om te bereiken wat ik wilde, met al de beperkingen die ik had en heb.'

Mensen die ziek zijn (geweest) worden geconfronteerd met lichamelijke en geestelijke beperkingen. Door deze confrontatie geeft ziekte een opstap naar innerlijke veranderingen. Er ontstaat meer inzicht in wat voor iemand wezenlijk van belang is. Er ontwikkelt zich een andere kijk op het leven.

Katrien raakte overspannen toen ze begin twintig was. Op dat moment werkte ze als secretaresse in een ziekenhuis. Er volgde een lange periode van psychiatrische behandeling. Toen ze weer steviger op haar benen stond, schoolde ze zich om tot reisagente. Ze werkt nu bij een reisbureau en kreeg daarbij hulp van het RIDA (Regionale Instelling voor Dagactiviteiten en Arbeidsrehabilitatie), een organisatie die mensen met een psychische handicap begeleidt naar betaald of onbetaald werk.

'Er zijn veel onbelangrijke dingen waarover mensen problemen maken, waar ik me niet meer druk over maak. Door al die psychiatrische hulp ben ik een halve 'psych' geworden en kan ik alles beter verwoorden naar collega's toe. Mijn zelfbescherming naar anderen is sterker geworden waardoor ik wat rustiger en evenwichtiger ben. Dat straalt ik ook uit op mijn werk.'

#### PRIMA AAN HET WERK

Naast de 'gewone' problemen van de krappe arbeidsmarkt, worden (ex)

#### Bemiddeling gedeeltelijk arbeidsgeschikten

Op dit moment zijn er ca. 800.000 mensen met een WAO-uitkering. Volgens het Centraal Bureau voor de Arbeidsvoorziening (CBA), die dit jaar met het GAK een overeenkomst sluit voor de bemiddeling van gedeeltelijk arbeidsgeschikten, zijn er 100.000 tot 130.000 mensen die voor deze bemiddeling in aanmerking komen. Het aantal WAO'ers dat het CBA zal kunnen bemiddelen, zal hooguit 20.000 en waarschijnlijk nog minder bedragen.

De rest van de 800.000 mensen met een WAO-uitkering bestaat uit mensen die volledig zijn afgekeurd en mensen die volgens het CBA te ver van de arbeidsmarkt afstaan omdat zij bijvoorbeeld al jarenlang een uitkering hebben.

Het CBA werkt dus alleen voor een klein deel van de meest kansrijken onder de 'thuiszitters'. Verreweg het grootste deel van de gedeeltelijk arbeidsgeschikten moet zonder deze bemiddeling aan het werk zien te komen.

WAO'ers die weer willen werken, geconfronteerd met de vooroordelen dat mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen niet productief en dus niet langer zinvol zijn. Wat volgt is een ware titanenstrijd: hoe overtuig je een maatschappij, die huiverig is voor alles wat met ziekte en prestatieverlies te maken heeft, van het feit dat je weer prima aan het werk kunt gaan? Hoe zorg je ervoor dat je je hernieuwde krachten, kwaliteiten en inzichten, kunt inzetten ondanks of misschien wel juist dankzij je beperkingen? Heeft trouwens niet iedereen beperkingen, ook al zijn ze (nog) niet zicht- of merkbaar?

#### HET VERHAAL VAN IRMA

Irma werkte als machinevoerster bij een groot productiebedrijf van zonweringen, vloerbedekking, boekbindmaterialen en behang. Ten gevolge van een discussieversmalling kreeg ze rugklachten. Het molentje van de ziektewet ging draaien en ze werd afgekeurd voor haar 'oude' werk en goedgekeurd voor lichter werk. Haar werkgever hield daar aanvankelijk rekening mee, maar zo zoetjesaan kreeg ze steeds zwaarder werk en kwamen haar klachten weer terug. Ze bleef echter doorgaan tot op een gegeven moment het draadje brak en het afgelopen was. Na de eerste afkeu-

ring duurde het drie jaar tot ze definitief stopte. Ze was toen 39 jaar..

'Toen ik niet langer kon werken, voelde ik me helemaal opgesloten thuis. Ik had daardoor weinig sociale contacten en kwam in een geïsoleerd wereldje terecht.. Ik kon de dag niet meer van de nacht onderscheiden waardoor ik een heel vreemd levensritme kreeg. Ik dacht ook: Waarom moet mij dit overkomen? Ik was altijd goed geweest voor mijn werk. Ik heb uit woede thuis met dingen thuis gegooid en gescholden op die colère maatschappij. Ik moest me afreageren.'

Na verloop van tijd stapte ze naar het GAK met de vraag hoe het nu verder moest.. Ze wilde zich graag omscholen en volgde een opleiding tot afdelingssecretaresse bij het Centrum Vakopleiding.

'Na het halen van mijn diploma ben ik gaan solliciteren, solliciteren en nog eens solliciteren, maar het wou gewoon niet lukken. Ik heb weken gehad dat ik bij vijf verschillende bedrijven op gesprek kwam. Elke keer was er wel iets ... Of mijn gebrek aan ervaring, mijn leeftijd, of mijn arbeidsongeschiktheid de oorzaak was, laat ik in het midden. Ik had wel heel sterk het gevoel dat, als in een gesprek het woord WAO viel, de boeken dicht gingen en het gesprek op een nette manier werd afgerond. Ik wist dat ik de baan niet kreeg.'

Intussen was ze in contact gekomen met het GAUW-project (zie kader), dat een aantal keren voor haar heeft bemiddeld. Op een gegeven moment werd ze naar een bank gestuurd. Een week later

#### Loonkostensubsidie

De loonkosten-subsidie (artikel 62 WAO) is bedoeld om de drempel voor werkgevers weg te nemen die verwachten dat het aannemen van iemand met een WAO-verleden tot hogere kosten zal leiden. De werkgever kan maximaal 25 procent van het salaris terugkrijgen, voor een periode van vier jaar.

Om het voor werkgevers toch aantrekkelijk te maken om een gedeeltelijk arbeidsgeschikte aan te nemen, kunnen de kosten van het eventuele ziekteverzuim worden vergoed door de bedrijfsvereniging (volgens artikel 29b ziektewet). De werkgever draagt wanneer gedurende drie jaar geen financiële risico's.

### Lokale arbeidsbemiddeling

Het GAUW-project (Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten in Utrecht aan het Werk) is een kleinschalige organisatie voor arbeidsbemiddeling van gedeeltelijk arbeidsgeschikten. Het is ontstaan uit een samenwerkingsproject van onder andere het Arbeidsbureau, uitzendbureau Start, GAK, ABP/USZO en de gemeente Utrecht. Het project is bedoeld voor iedereen die door lichamelijke en/of geestelijke problemen gedeeltelijk arbeidsgeschikt is geworden. In de periode 1992-1995 zijn er ruim 400 mensen aan werk geholpen, voor het grootste gedeelte op basis van een tijdelijk contract.

kon ze beginnen. Door slechte begeleiding werd het geen succes. Het GAUW-project regelde daarna dat ze kon deelnemen aan een werkervaringsproject. Daar vond ze haar gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen weer terug. Bijna dertig sollicitaties later, lukte het haar uiteindelijk om een baan te vinden als afdelingssecretaresse.

'Ik wou weer graag iets betekenen voor de maatschappij en me niet langer geïsoleerd voelen. Door de steun van mijn directe omgeving en door het GAUW-project, is me dat gelukt. Ik heb daar een keer twee uur lang zitten huilen. Ik kon niet meer uit mijn woorden komen. Ik had de drang om het zelf te willen doen maar het lukte me niet. Ik heb me aan het project vastgeklampt... Zo ben ik er uit gekomen. Ik heb alle deuren zelf open gemaakt. Ik heb ik weet niet hoeveel uitzendbureaus en arbeidsbureaus benaderd. Ik bleef echt niet op mijn stoel zitten.'

Irma is één van de weinig gelukkigen die erin geslaagd is om een baan te vinden. Maar het blijft afwachten of het haar lukt om van deze baan, die tot stand is gekomen via de Wet Sociale Werkvoorziening, een reguliere baan te maken.

### BEZINNING

In deze tijd waarin de werkdruk en het levens tempo steeds sneller worden, wordt nog maar weinig tijd en ruimte voor bezinning genomen. Ziekte echter dwingt mensen om stil te staan bij zichzelf. Het dwingt om te 'onthaasten'. Zo dwingt ook het opnemen van gedeeltelijk arbeidsgeschikten in het arbeidsproces de omgeving om rekening

te houden met de beperkingen van een ander. Het vraagt om respect voor de grenzen van mensen die met lichamelijke of geestelijke beperkingen weer aan het werk gaan. Dit kan alleen in een gezond werkklimaat waar respect is voor alle werknemers, inclusief hun 'zichtbare' of 'onzichtbare' gebreken, en voldoende ruimte voor het ontwikkelen van vaardigheden en kwaliteiten. Een positief gevolg van het samenwerken met mensen met een ziekteverleden is dat het ons leert hoe we met onze eigen wel of niet erkende beperkingen omgaan. De eisen die we aan anderen stellen, stellen we vaak ook aan onszelf. Hoe waarden we ons zelf als we niet langer aan onze eigen voorwaarden kunnen voldoen? Houden we dan nog van ons zelf? Hoe gaan we om met pijn en beperkingen? In hoeverre gaan we over onze eigen grenzen heen, onder de druk van de eisen die aan ons gesteld worden en die we aan ons zelf stellen? Misschien willen we liever niet geconfronteerd worden met het feit dat ook wij feilbaar zijn. Dan kunnen wij immers, volgens de heersende waarden, niet langer economisch productief zijn. Waar komen we dan terecht?

### INCASSEREN

Herintredende arbeidsgeschikten zijn de best gemotiveerde werknemers die er zijn. Een groot deel van hen wil terug naar de arbeidsmarkt, met hun lichamelijke of geestelijke beperkingen. Ze volgen trajecten om uit te zoeken welk werk ze kunnen gaan doen, scholen zich om en incasseren afwijzingen bij sollicitaties op grond van hun ziekte. Goede ondersteuning van herintredende arbeidsgeschikten is noodzakelijk om de terugkeer naar de arbeidsmarkt effectief en zorgvuldig te laten verlopen. De overheid schiet schromelijk tekort. Ze stuurt, middels de herbeoordelingsoperatie, WAO'ers terug naar de arbeidsmarkt omdat ze de toenemende kosten van de WAO niet langer wil betalen. Tegelijkertijd is ze niet bereid om geld te investeren in reïntegratie ondersteuning. Zo wordt duidelijk dat de herbeoordeling slechts een goedkope en ordinare bezuinigingsoperatie is, waarmee de herintredende arbeidsgeschikten tussen wal en schip vallen. Ook de uitvoeringsorganisatie en het Centraal Bureau Arbeidsvoorziening laten het afweten. Hun inzet op het gebied van reïntegratie staat sterk onder druk door voortdurende reorganisaties en overlevingsstrijd. De drang om te scoren dwingt ze om zoveel mogelijk kansrijke mensen te helpen.

Helaas zeggen ook werknemers en werkgevers collectief 'nee' tegen mensen met een ziekteverleden. Werknemers, omdat ze in sollicitatieprocedures herintredende arbeidsgeschikten als kandidaten voor een functie mee beoordelen en vervolgens afwijzen. Ook de vakbonden komen nog te weinig op voor de belangen van (ex)WAO'ers. Werkgevers schieten te kort omdat ze, vanwege het vermeende risico dat ze lopen, niet bereid zijn te investeren in een medemens die, naast gewoon mens, ook (ex) WAO'er is. Zo worden mensen vanwege hun ziekte uitgesloten van de maatschappij.

### DE WAO VOORBIJ

Doordat steeds meer werk door steeds minder mensen gedaan wordt, neemt de druk om te blijven presteren toe. Zo wordt de kans op ziekte steeds groter, terwijl het vangnet van de WAO steeds kleiner wordt. Als 'gezonde' en 'niet-gezonde' mensen steeds meer worden gescheiden, werken straks alleen nog maar de 'topfitten'. Totdat uiteindelijk iedereen ziek is geworden - en we op een gezonde manier met elkaar kunnen leren omgaan.

Willen we maatschappelijk de WAO voorbij komen, dan vraagt dat om een andere aanpak. Het vraagt om de ondersteuning van de titanenstrijd van de (ex) WAO'ers zelf en het zo inrichten van de samenleving dat er ruimte ontstaat voor mensen met beperkingen.

*Barbara van Rossum is psychologe en werkzaam als onderzoekster bij het Provinciaal Utrechts WAO-beraad. Zij heeft aan de hand van dertig interviews een boek geschreven, bedoeld voor mensen die na ziekte weer op zoek zijn naar werk.*

**De WAO Voorbij** kost f 15,- (exclusief f 5,- porto) en is te bestellen bij: FNV-afd. publikaties, tel. 020-5816420

# BRIEF UIT XHANLAR

Toen de Sowjet-unie uit elkaar viel, werd Azerbeidjan onafhankelijk. Het grenst aan de Russische federatie, aan Georgië, aan Perzië en aan Armenië, weermee-~~net~~: acht jaar oorlog voert over Nagorno Karabach. Het land is er slecht aan toe en er zijn non-~~era~~vluchtelingen. Artsen Zonder Urenzen helpt bij de (her)opbouw van de ~~gzo,ndf~~leids;lolj! Een van die helpers is de Nederlandse verpleeg-~~undige~~ Anpa Maria Brassé.

## EXPATS

Sinds gisteren is ons gehele *expat*-team voor een weekend naar Lenkaran gekomen. Om te socialiseren, zoals dat zo mooi heet. *Expat* – van *ex-patriate* – betekent 'buiten het vaderland' en binnen MSF-Holland zijn dat op dit moment tezamen tien mensen uit landen als Engeland, Verenigde Staten, Albanië, India en Nederland.

Azerbeidjanen laat me niet alleen met de *expats*, wenste ik me vurig en zie, de drie chauffeurs bleven in ons gezelschap. Lenkaran ligt in het zuiden nabij de grens met Iran en heeft een subtropisch klimaat. Hier komen de citrusvruchten vandaan en nu heb ik ook voor het eerst theeplantages gezien waar men bezig was het onkruid te wieden. De vrouwen dragen het gewiede gras in bundels op hun hoofden naar huis. Een beeld dat we in de rest van het land niet kennen.

Deze maand zijn we met onze eerste kliniek gestart. Samen met de aanwezige kinderartsen en verpleegkundigen gaan we een poging wagen om de moeder-en-kindzorg te verbeteren. Binnen een maand hopen we in vier tot vijf verschillende klinieken een ochtend per week werkzaam te zijn. Dit werk bestaat uit het gezamenlijk bekijken van zieke kinderen en het opzetten van een soort van consultatiebureau zoals dat in Nederland door de kruisverenigingen wordt gedaan. Gewapend met weegschalen, meetlatten en groeicourves proberen we de dokters en zusters te motiveren de preventieve zorg voor zuigelingen en kinderen onder de vijf jaar ter hand te nemen.

De spreekuren vinden plaats in een bestaande polikliniek. Omdat de gebouwen bijna altijd in een zeer slechte staat verkeren, hebben we ook basale reparaties gepland.

Onze werkruimte in de kliniek van vandaag bestaat uit twee kamers, een voor de twee kinderartsen artsen en een voor de verpleegkundigen. De meubilering is uiterst spaarzaam en zelfs dat is een eufemisme. Als ik een wachtende moeder een stoel aanbied vallen prompt alle lades uit een kastje die dus door deze stoel dicht gehouden werden. Als ik mijn handen wil wassen blijkt dat er geen water is. Plassende babies zonder luiers en niemand heeft een doek om het op te vegen. De zusters hebben geen pen of potlood om het gewicht op te schrijven. Naida, die vijfenveertig is, tuurt uren op de meelat en tenslotte blijkt dat ze de getallen niet kan lezen omdat ze verziend is en gewoon een bril nodig heeft. Met een inkomen van vier dollar per maand behoort dat dus niet tot de mogelijkheden.

In mijn standplaats volg ik Russische les bij Yelena Sergevna, Ye~ena;wO@t mf),tl1aar man en anderhalfjaarg dochtertje i~.fjen eenkamerworlirlg.<~e heeft geluk d<j!;ze'refare&;~ngels is;"Ooor de groeiende belangstelling voor deze taal he'ert ze een aantal privéleerlingen en O'pmanier kan ze de kost verdienen.

Terwijl ze~.t+e,jes geefGm oet haar werkeloze man de straat op met de kleine Firuda, Even',lNer~l()pthaar schoonz~.s, aan die klaagt over een pijnlijke oschqueder. . Yelena"plasseert haar'efnde pijn en de enorme vermlloedheid van devrouw is duidelijk voelbaar. Later verneem ik dat ook haar man werkeloos is en dat ze twee kinderen hebben. Omdat zij ten einde raacWas heeft zij een baan aangenomen ineen coöperatie waar dweilen,w()rden gefabriceerd. Aan het eind van de maand wordt in natura uitbetaald: in waspoeder en dweilen. Deze moet ze~.ttanin het weekeind op straat of in de bazaar verkopen , maar daarvoor krijgt ze nooit het bedrag dat overeenkomt met haar feitelijke salaris in manats.

Daarbij komt nogciat ze bij de verkoop geen ondersteuning van haar man krijgt.. Het resultaat is dat er alleen p'ood gegeten kan worden.

De markt in Gange. Naast de vele kramen is de bazaar vol met lange rijen vrouwen die een hele dag staan te wachten om hun producten te slijten: een emmer aardappelen of tomaten, een pan met geitekaas of yoghurt. Hun kleqil!gen, handen getlii.gell;Vi~rj;eetarmoedig bestaan en hard werken. Soms worden ze verjaagd door de vaste kooplui rie hun afzet bedreigd zien.

Ik loop laatt'.file'Eilal!;WJem;tallH~en hoek van de mallit;~, het eerste gezicht is het aanbod anjers en nog eens anjers - die allemaal zwaar hijgend hun koppen laten hangen. De verkopers kennen me en de dikke rnaa-die me laatst zomaar een bosje anjers schonk, ofschoon' ik bij een ander mijn bl0,ell1leI!;;Qagekocht, zit nu achter de enige rozen. Terwijl ik mijn keuze maak komen enkele van zijn collega's naderbij om te helpen met hefblitwarren van de stelen. Ik zoek er negen uit en hij geeft er twee cadeau. Als ik naar de prijs vraag zegOlij: 'zoals altijd'. Ik geef hem een stapeltje biljetten dat hij zonder na te tellen in zijn zak stopt terwijl hij me vriendelijk toelacht..

Anna Maria Brassé



# c o l u m n

## WIJ IN EUROPA

Al weken pieker ik me suf over wat me toch zo mateloos irriteert aan de folder 'Wij & Europa.' Dit postbus 51 pamflet zal ons, vrees ik, tot juli blijven toegrijzen vanaf alle postkantoorshippen. Iedere keer als ik een brief post denk ik: 'Hier klopt iets niet.' Is het de al te frisse euroblauwe kaft, verraderlijk gemengd met vaderlands rood en wit? Zijn het de poses van de gegoede blanda' s op de omslag, blakend van burgerzin, met de twee serieuzere types (*eurosceptics*, / *presume*) en de al even obligate 'nieuwe Nederlander'? Of is het de subtitel van het geschrift, die luidt: Wat Nederland wil in Europa?

De ellende beperkt zich echter niet tot de voorkant van de brochure. Mijn bloed begint pas echt te koken vanaf pagina twee. Daar prijken vette teksten als: 'Zorgt Europa voor meer concurrentie?' waarop de lezer wordt voorgehouden: 'Door eerlijke en gezonde concurrentie kunt U als consument vaak profiteren van meer keus en lagere prijzen. Daarom zijn er Europese regels om markten te liberaliseren.' Of er worden vragen gesteld als: 'Kunt u nu echt overal in Europa wonen, werken en studeren?', waarop blijmoedig wordt verklaard dat dat zeker mogelijk is, maar onder één duidelijke voorwaarde: 'U moet voor uzelf kunnen zorgen. Dus een Nederlandse verpleegster kan in Londen aan het werk en er gaan wonen. Maar een werkeloze Zweedse loodgieter kan zich niet zomaar in ons land vestigen om hier een uitkering te krijgen.' Over het democratisch gat wordt nog grootmoedig opgemerkt, dat Nederland dat *zeker* wil dichtten: 'Want Europa krijgt steeds meer te zeggen over de burger. En dus moet de burger ook meer te zeggen krijgen over Europa.' De blijmoedige eenvoud van de euroboodschap in deze folder zal voorlichtingstechnisch allemaal wel kloppen. De spreekwoordelijke negenjarige zal de folder zonder problemen kunnen lezen, want echt lastig wordt Europa voor de lezertjes niet gemaakt. Dat zou nog niet zo erg zijn, als er van die simplismen van de tekst niet een soort traagheid uitging.

Maar zelfs dat is nog niet het echte knelpunt. De pijn zit 'rn vooral in de semantiek van Wij & Zij, die diagonaal door de tekst van de folder loopt: *Onze* Tweede Kamer, maar *het* Europees Parlement. *Ons* land, dat - als we PB51 mogen geloven - gelukkig niet overspoeld zal worden door werkeloze vreemdelingen. De quasi-geruststellingen dat Europa Echt Alleen Maar Beslissingen neemt op Europees niveau, als dat Echt Noodzakelijk is. Ik heb me laten uitleggen dat dit tegenwoordig politiek de meest tactische taal wordt gevonden. Maar kan me maar niet onttrekken aan het gevoel dat dit schrijnend gebrek aan eurolef en eurocreativiteit zelfs

op korte termijn de dood in de pot zal geven. U begrijpt het goed, ik ben geen euroscepticus, maar ben radeloos op zoek naar wat daarvan tegenwoordig het tegendeel is.

Speurend naar antwoorden heb ik onlangs een paar weken in het Europese Parlement doorgebracht. Dat was zinnig en therapeutisch. Voorbij de retoriek van eurobananen en losse flodder kritiek is er in die Europese ruimte namelijk het nodige in beweging, ook op sociaal terrein. En alsof het gepland was, werd er tijdens mijn bezoek aan Straatsburg een belangrijk verslag behandeld, van sociaal-democratisch rapporteur Barbara Weiler, over de toekomst van de sociale bescherming. Onder het toezien oog van minister Melkert en eurocommissaris Flynn werd daar gesproken over de noodzaak van een kader voor een Europees debat over dit thema. Commissaris Flynn drong daarin aan op meer dan vrijblijvend gekeuvel. Hij werd op zijn wenken bediend. Sociaal-democraat Wim van Velzen hield namelijk een uitstekend pleidooi voor de noodzaak van sociale doelen en instrumenten op Europees niveau. Letterlijk zei Van Velzen:

'Een integrerend Europa met een voltooide interne markt vermindert per uur het nationale belang. Wij zijn voortaan allen belanghebbend bij de sociale cohesie in andere lidstaten.' Met de opwinding die in Engeland bestaat of convergentie van sociale systemen als doelstelling mag voorkomen in de teksten veegde Van Velzen snel en doeltreffend de vloer aan. Ook de Briten, toonde hij aan, hebben het Verdrag ondertekend, waarin in artikel 17 'al klip en klaar' is gesteld dat de gemeenschappelijke markt de verdere harmonisatie van de sociale stelsels zal bevorderen en ook noodzakelijk is.

Zo'n speech als van Van Velzen was het retourtje Amsterdam-Straatsburg dubbel en dwars waard. Want wat daaruit spreekt is bovennationaal sociaal denken, denken over Wij In Europa. In plaats van ons als tamme schapen angsthazig te klonen tot meer van hetzelfde is het hoog tijd voor nieuw Europees élan. De mens wordt in het EMU-tijdperk vaak afgeschilderd als 'de minst mobiele factor'. Larie. De mens is supermobiel. De mens kan namelijk heel goed Edammer-europeaan zijn, zonder een stap te verzetten. Of Leeuwardse-friese-Nederlandse-wereldburger; of Marrakechi-Rotterdammer die Chinees spreekt. Niet alleen het kapitaal beweegt dus, ook mensen hebben groot dynamisch potentieel. Wat nu nog moet gebeuren is 'cultiveren die hap'. En snel sociaal-politiek vertalen, voor de zaak is dichtgespijkerd.

Godelieve van Heteren

# PHARE IN ALBANIË

A. den Exter en E.H. Hulst

PHARE (ooit *Poland and Hungary: Assistance to the Reconstruction of the Economy*) betreft thans alle programma's van de Europese Unie voor economische herstructurering van voormalige Oostblok-landen. Een phare is ook een vuurtoren, in het Engels en Frans.

PHARE-projecten volgen op concrete verzoeken aan de Europese Unie van voormalige Oostblok-landen om assistentie. Ook de WHO (World Health Organisation) en de Wereldbank begeleiden en financieren gezondheidszorgprojecten.

Het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit mocht vorig jaar in een PHARE project<sup>1</sup> in Albanië de nieuwe gezondheidswetgeving te begeleiden. Een unieke gelegenheid voor een kijkje in de Albanese keuken.

Simpelweg de buitenlandse regelingen en systemen kopiëren zal geen succes hebben; cultuur, historie en lokale omstandigheden zijn een niet mis te verstane factor bij het proces van wetgeving.

Na bijna een halve eeuw van isolatie en relatieve anonimiteit, werd Albanië in 1991 wereldnieuws na het uitbreken van voedselrellen en bootvluchtelingen richting het Italiaanse Bari op zoek naar werk.. Mede door dergelijke 'incidenten' werd het Westen bekend met de armoede en ontredde in Albanië. Sinds het openstellen van de grenzen (1991), is Albanië begonnen met een inhaalrace op nagenoeg alle terreinen van het maatschappelijk leven. Gebruiksgoederen worden en masse binnengesleept.. Albanen reizen thans naar alle delen van de wereld om kennis op te doen van het markteconomisch denken. De ernstig achtergebleven gezondheidszorg wil men liefst morgen nog op westers niveau hebben gebracht.. Niet alleen eerstelijns hulp, maar ook geavanceerde technieken als IVF mogen zich in de belangstelling verheugen. En politiek gezien wordt de democratie met horten en stoten ingevoerd.

Het betreffende PHARE-project liet in feite een project in drie momenten zien. Eerst wordt de in Albanië bestaande wet- en regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg op zijn sterke en zwakke punten geanalyseerd. Dit gebeurt mede aan de hand van gesprekken met beleidsfunctionarissen in de gezondheidszorg. Daarna volgt het opstellen van de gezondheidspolitieke agen-

da. Dit betreft, naast het benoemen van de belangrijkste aandachtspunten, de inventarisatie van voor deze punten relevante overlegpartners en het richting geven aan het proces van wetgeving. Ten slotte moet er concrete regelgeving worden ontworpen voor de thans vastgestelde prioriteiten, alsook een schema worden vastgesteld voor het ontwerpen van regelgeving voor de overige belangrijke geachte thema's.

## METAMORFOSE

Drie Artsen zonder Grenzen deden in 1992 verslag van hun indrukken van het jaar daarvoor.. Zij waren geschokt.. Een straatbeeld van 'muilezelkarren, een enkele roetuitbrakende Chinese vrachtauto' en het haperen van zelfs elementaire voorzieningen als verwarming tekende het mediterrane land. In 1995 bezochten wij Albanië met dit beeld voor ogen. Verrassend was dat Tirana thans een flinke dichtheid aan barren en eenvoudige eethuisjes kent, terwijl in vier jaar tijd het wagenpark van zo'n 300 wrakke wagens gegroeid bleek naar 300.000 voertuigen. Het particulier initiatief was overal op straat aanwezig. Koelkasten, auto-onderdelen, schemerlampen, zelfs laserprinters en pentium computers waren voorradig. Ook Tirana-airport Rinas, waar anno 1995 vier volle vliegtuigen per dag aankomen en vertrekken, was een ervaring apart.. Voorheen ontving Albanië vier

toestellen per week. Geen toerisme, maar voornamelijk mensen die betrokken zijn bij allerhande projecten, variërend van kleinschalige samenwerkingsprojecten tussen een West-Europese gezondheidsinstelling en een Albanese 'counterpart' tot prestigieuze internationale bancaire hulpprogramma's.

## HU LPVERLENI NGSMARKT

Reeds in het vliegtuig naar Albanië maak je gemakkelijk kennis met andere uitgezonden en wissel je ervaringen uit. Je ervaart al onmiddellijk dat jouw project zeker niet uniek is en dat er waarschijnlijk veel overlap bestaat met projecten van andere particuliere, nationale en Europese projecten. Een ware hulpverleningsmarkt ligt aan je voeten. Dit heeft er ook toe geleid, zoals wij op een van onze 'missies' ervoeren, dat er een zekere scepsis en moeheid ontstaan is bij de Albanen jegens de vele hulpverleners.

Een Duitse rechter was hard bezig met het opzetten van een wetboek voor handelsrecht.. Omdat hij uit Duitsland komt zal dat handelsrecht straks vooral van Duitse origine zijn. Zo bedachten wij dat wij op onze beurt Albanië zouden gaan verrijken met Nederlands gezondheidsrecht.. Ook Britten, Fransen, Zwitsers, noem maar op, exporteren allemaal hun stukjes wetboek.. Het Albanese recht van straks zal een lappendeken zijn, gemaakt van coupons die rechtstreeks uit voornamelijk EU-landen zijn ingevlogen.

Niet alleen recht, ook allerhande goederen, voornamelijk afkomstig uit de EU, vinden massaal hun weg naar Albanië. De waarde aan geld en economische goederen die Albanen in den vreemde naar hun in Albanië achtergebleven familieleden sturen vormen een belangrijk deel van het Albanese Bruto Nationaal Produkt, tezamen met de ontwikkelingsgelden uit de westerse wereld. De rest daarvan wordt gevormd door de weer opgekrabbelde maar nog vooral met handkracht uitgeoefende landbouw en de wat beter geoutilleerde bouw van hotels en huizen voor de rap rijker wordende toplaag.

Eenmaal aangekomen in het Ministria e

Shendetesise dhe e Ruarjes se Ambientit, ofwel het Ministerie van Gezondheid en Milieu, leek de jaartelling bij 1991 gestopt. Op een enkele gerenoveerde ruimte na bestond het flatgebouwtje uit vier kale verdiepingen met kamertjes met granieten vloeren en kale blauw-grijswitte wanden en aftandse houten bureaus. De gehele dag hoorde je krakende en piepende deuren gaan. Voornamelijk Albanezen die probeerden iets van gezondheidszorg voor zichzelf of familie te regelen. Wij gingen op bezoek bij de enige(!) juriste die op dat moment bij het Ministerie van Gezondheid en Milieu werkzaam was.

### GEEN MIDDENVELD

Na bijna een halve eeuw een commandostaat te zijn geweest, waarin partijleider Hoxha tot zijn dood in 1985 met ijzeren hand zijn wil aan Albanië dicteerde en tegenspraak tot forse represailles leidde, verbaast het niet dat Albanië nog niet altijd goed raad weet met een situatie waarin ruimte is voor kritiek. Zo was het bijvoorbeeld strikt verboden om een belangenvereniging op te richten. Daarom kent Albanië geen artsenorganisatie, zoals in Nederland de KNMG en zijn er geen wetenschappelijke verenigingen van artsen. Kortom van enig (medisch) middenveld is nog steeds niet echt sprake al zijn er hier en daar thans wel initiatieven. Een deskundig middenveld is als gesprekspartner voor de overheid echter onmisbaar voor het tot stand brengen van goede regelgeving, evenals trouwens de aanwezigheid van deskundigheid bij de overheid zelf over onderwerpen als medicatie, medische specialismen, organisatie van de gezondheidszorg en dergelijke. Dit bleek na meer dan veertig gesprekken met bij het gezondheidsbeleid betrokken ambtenaren, met overigens een enkele zeer goede uitzondering. Het is geen verwijt, want ambtenaren werden jarenlang geacht bevelen op te volgen en geen kritiek te leveren of initiatieven te nemen.

De commandostructuur van het verdwenen regime kwam verder tot uiting in de afwezigheid van regels omtrent besluitvorming door de overheid (wetgever) en de wijze waarop overheid en burger met elkaar communiceren, het bestuursrecht.

Albanië streeft naar een westers niveau en omhelst internationaal aanvaarde normen als mensenrechten en een open economie. Dit betekent onder meer een voor iedereen toegankelijke goede bas Gezondheidszorg, erkenning van pa-

tiëntenrechten en ethische principes. Goede wetgeving vereist een samenhangende visie en maatschappelijke acceptatie. De visie op bepaalde wetgeving wordt (mede) verwoord in een Memorie van Toelichting bij de wet, eventueel vergezeld van (nadere) Memores van Antwoord als gevolg van parlementaire discussie, die op zijn beurt voor een belangrijk deel weer gevoed wordt vanuit maatschappelijke belangengroepen met ieder zijn eigen deskundigheden. Albanië ontbeert echter nog zo'n deskundig en actief middenveld.

### ERBARMELIJK

De zorgkwaliteit stond in 1991 bij de val van het oude regime op erbarmelijk laag peil, zodanig dat de Albanese bevolking liever maar uit handen van de dokter en tandarts bleven - en overigens vaak nog graag blijven. In navolging van de meeste westerse landen werd privatisering van de gezondheidszorg als de beste remedie tot kwaliteitsverhoging gezien. Sinds 1993 staat de wet particuliere gezondheidszorg toe. Dit impliceerde dat de staat niet langer op alle gebieden gratis zorg kon aanbieden. Om de bevolking toch zoveel mogelijk laagdrempelige toegang te blijven bieden werd per 1995 bij wet een soort volksverzekering tegen ziektekosten ingesteld, waarin de verzekerde althans het grootste deel van de kosten vergoed zou krijgen, maar tegelijkertijd werden prikkels ingebouwd tot zuinig en zo zinvol mogelijk gebruik van de gezondheidszorg. De 'verzekeringsbelasting' wordt via de aloude geldophalers (zij halen oorspronkelijk al belastingen op) geïnd bij gebrek aan een landelijk giraal stelsel.

Aansluitend kwam een wet tot stand waarin bepaald is voor welke soorten van medische verrichtingen honderd procent betaald moet worden. Het betreft zaken als (gebits)prothesen, plastische chirurgie die niet op voorschrift van een dokter wordt verricht en therapieën in küroorden. De patiënt betaalt zeventig procent van de kosten voor niet acute thuisbehandeling, tandheelkunde vanaf achttien jaar (jeugd tandzorg is gratis, daarover straks meer) en specialistische behandeling waarbij niet doorverwezen is door de huisarts. Hier weer op aansluitend is een wet inzake de verzekering tegen ziektekosten tot stand gekomen.

### MEDICIJNEN

De nieuwe Geneesmiddelenwet sluit eveneens aan op de geest van de volks-

verzekering tegen ziektekosten. De wet regelt onder meer een vergoedingensysteem, een door de overheid vastgestelde lijst van geneesmiddelen waarvoor de patiënt vergoeding ontvangt. De bij deze wet tevens ingestelde geneesmiddelencommissie heeft een lijst van voorlopig slechts 170 door de volksverzekering vergoede geneesmiddelen opgesteld. Het is een methode om de uiterst schaarse middelen zo rationeel mogelijk te verdelen door in beginsel alleen die geneesmiddelen op de lijst te plaatsen voor de meest voorkomende ziekten en waarvan de werking bewezen is. Verder regelt de wet het experimenteren met medicijnen en het verbod op op het publiek gerichte reclame. Medicijnen mogen alleen met vergunning worden geïmporteerd, maar vanwege het vrijwel geheel ontbreken van een goed vergunningstelsel is dit laatste moeilijk te controleren.

Verder is er een nieuwe Apothekerswet. Sinds 1993 bestaan er vijf gevestigde apothekers, wiens winkel tevens een drogist is. Voorheen vond de verdeling van medicijnen allemaal door de staat zelf plaats. Het lijkt een van de meest succesvolle wetten tot nog toe. De nieuwe apotheken ogen al na twee jaar Zuid-Europees zindelijk en overzichtelijk in goed opgeknapt winkelruimten. De geneesmiddelensoortering is echter nog zeer mager met die circa 170 vergoedbare geneesmiddelen. Maar daarnaast zijn wel allerhande 'drogistmiddeltjes' verkrijgbaar. Problemen zijn er nog met de prijszetting van deze medicijnen. Voorlopig heeft men zijn toevlucht genomen tot het raadplegen van buitenlandse prijslijsten. Ten slotte moet nog vermeld worden een slechts vijftien artikelen tellend wetje op de lijkschouwing, waarin onder meer bepalingen over de bevoegdheid tot lijkschouwing.

### INSPECTIE, TUCHTRECHT

Er is een wet op de gezondheidsinspectie. Deze inspectie moet toezicht gaan houden op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een andere wet beoogt instelling van een landelijke artsenorganisatie; welke eisen mogen aan de arts gesteld worden, wie lid mag worden van deze organisatie. Tevens is vastgelegd de oprichting van een medisch tuchtcollege met sanctionaire bevoegdheden als verplichte bijscholing. Verder is er een wet op de bestrijding van infectieziekten en epidemieën aangenomen. Besmette personen zijn verplicht tot medewerking aan hun genezing en voorkoming van verdere verspreiding.

Verder kent deze wet onder meer regels met betrekking tot sterilisatie van instrumentarium.

Nieuw is ook een nog slechts gedeeltelijk van kracht zijnde wet op de tandheelkunde. De voornaamste bezigheid bestond uit het trekken van pijnlijke tanden en kiezen. Preventieve en helende zorg was er niet. Factoren als het ontbreken van een beroepsvereniging, nascholing, (internationale) congressen en uitwisseling van kennis belemmerden de ontwikkeling van de tandzorg. Onder het oude stelsel was de zorg gratis, maar onder tafel werd wel degelijk betaald, zoals voor zoveel diensten zwart betaald moest worden.

### ZO GAAT WETGEVING

Na de omwenteling riep het Ministerie van Gezondheid en Milieu een groepje van 's lands als best bekend staande tandartsen bijeen en voegde aan de aldus gevormde werkgroep een eigen ambtenaar toe. Zij schreven een eenvoudig ontwerp - vooral een artikelsgewijze neerslag van wensen - dat vervolgens commentaar kreeg van de diensthoofden van het ministerie en andere ministers die het onderwerp aangaan. Ten slotte ging het inmiddels een paar maal aangepaste ontwerp langs een commissie van terzake deskundig geachte personen. Het resultaat passeerde vervolgens zonder veel discussie het parlement. En pas dan ontstaan de problemen. Zo regelt de wet de instelling van een inspectie, maar waar vindt men een deugdelijk opgeleide inspecteur, wat dient de inspectie te controleren, welke zijn de criteria waaraan getoetst moet worden, welke sancties zijn er bij het niet-naleven van de regels, wat zijn de bevoegdheden van een inspecteur?

Verder gingen de tandartsen nu voor eigen rekening werken. Alleen jeugd-tandzorg tot achttien jaar bleef gratis, doch deze wordt in beginsel alleen verstrekt door staatstandartsen. Maar - zo gaf een ambtenaar op het ministerie overigens ruiterslijk toe - veel Albanezen sturen hun kinderen liever naar een door henzelf te bekostigen particuliere tandarts. Deze beschikt al vaker over verouderde maar verder nog goed bruikbare (geschonken) Europese apparatuur. De particuliere tandarts ziet kennelijk in dat hij op deze manier klandizie kan trekken, een prikkel die bij de staatstandartsen ontbreekt. De bevolking voelt dat feilloos aan. In wezen ontstaat er een tweedeling tussen Albanezen die wel een tandarts voor hun

kind kunnen betalen en die dat niet kunnen.

### UITERST SIMPEL

De nieuwe gezondheidswetten zijn uiterst kort. Lovenswaardig wellicht, maar bij nader inzien bieden de wetten zeer weinig houvast. Aspecten als bevoegdheden van de diverse instanties, handhaving, rechtsbescherming, deugdelijke consultatie, objectieve beslissingscriteria en in acht te nemen termijnen zijn niet of nauwelijks geregeld. Ook hebben de wetten nog geen enkel oog voor detailregeling en aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen.

De wetten zijn voor onze begrippen op uiterst simpele wijze tot stand gekomen. Soms was er slechts één enkele ter zake deskundige die samen met de juriste van het Ministerie van Gezondheid en Milieu een regeling ontwierp. De minister nam deze regeling min of meer kritiekloos over en vroeg het parlement de regeling 'even' goed te keuren. Afwezigheid van een georganiseerd middenveld en de schaarste aan deskundigen binnen dit ministerie en bij de parlementaire partijen maken dat iedereen al lang blij is dat er tenminste iets geregeld is. Soms heeft men gewoon stukjes uit buitenlandse wetgeving in het Albanees vertaald. Als begin is hier weinig op aan te merken omdat er aanvankelijk veel terrein braak lag. Bedacht moet echter worden dat hoogwaardige en passende regelgeving moet *groeien* en aangepast moet worden aan de *eigen* economisch en culturele situatie, terwijl verder het besef dient te groeien dat een eenmaal getroffen regeling door nieuwe kennis en ontwikkelingen op geregelde tijden bijstelling behoeft. Zeker in een startfase met snelle ontwikkelingen veroudert regelgeving al gauw.

### DE AGENDA

Zoals reeds opgemerkt moet gezondheidswetgeving groeien. De kunst is het opbouwen van goed samenhangende gezondheidswetgeving en wel op zo'n manier dat eerst die wetten tot stand komen waaraan maatschappelijk gezien op dat moment het meest behoefte is. De vaststelling van wat men kan noemen de gezondheidspolitieke agenda gebeurt echter in nauwe samenspraak met de functionarissen van het ministerie van Gezondheid en Milieu. Uiteindelijk was men het eens dat de psychiatrie nodig regelgeving behoefde. Op welke gronden een patiënt in één van de vijf in Albanië bestaande klinieken werd opgenomen was een raadsel, maar

afwijkend gedrag en lastposterij leken de ongeschreven criteria te zijn. De psychiater, vaak de directeur van de instelling bekeek of hij een aangeboden 'patiënt' wenste op te nemen. Eenmaal ingesloten had de opgenomen weinig meer in de melk te brokkelen. Patiëntenrechten ontbraken geheel, terwijl van echte behandeling geen sprake was.

Verder ontbrak nog steeds wetgeving ter waarborging van de kwaliteit, in de gezondheidszorg. De enige medische faculteit van Albanië, deel uitmakend van de enige universiteit van het land in Tirana, heeft na de val van het regime enige nieuwe regels opgesteld voor de opleiding tot specialist. Elke afgestudeerde arts kan gelijk beginnen als huisarts, specialisatie duurt nu zo'n 5 jaar en speelt zich geheel in Tirana af. Er is echter nog geen wet waarin of op grond waarvan eisen kunnen worden gesteld aan de vaardigheden van artsen en verpleegkundigen en paramedische beroepen. Dit werd het tweede punt waarover overeenstemming is bereikt om als wetsvoorstel voor te bereiden. Andere niet of gebrekkige gebieden bleven liggen, zoals een nadere regeling voor bloedbanken of blijken tot onze verrassing al elders te worden aangepakt. Zo schetste een goed geïnformeerde bij het ministerie werkzame kinderarts de plannen tot een drastische herziening van de bestaande ziekenhuisvoorzieningen met forse bedreducties.

### BLOEDDONA TIE

Het is zinnig om aan te sluiten bij *bestaande* maatschappelijke problemen en niet onmiddellijk door te stomen naar gecompliceerde medische vraagstukken, welke pas spelen bij aanwezigheid van gevanceerde apparatuur en hooggekwalificeerde deskundigheid. Bij veel voormalige Oostblok-landen is de euforie inmiddels omgeslagen in kritiek, zo bleek bijvoorbeeld op het *6th International Conference on System Science in Health Care (SSHC) Barcelona* september 1996. Vraagstukken als gelijke toegang en betaalbare en kwalitatief aanvaardbare zorg blijken niet alleen door het kopiëren van een westers model opgelost te kunnen worden. Lokale omstandigheden mogen nooit uit het oog verloren worden.

Een mooi voorbeeld van frictie tussen de lokale situatie en in het Westen ontwikkelde normen is de bloeddonatie. Bloedbanken bestonden er ook al in Albanië, maar naar in het oude centralistische model van het voormalig Oostblok



waren dit geen aparte instellingen, maar oefenden ziekenhuizen deze taak uit. Om redenen van onafhankelijkheid staat de WHO een aparte bloedbank voor. Verder verwerpt de WHO elke vorm van betaald (bloed)donorschap. Welnu, de Albanese bloeddonor schijnt momenteel de best betaalde bloeddonor ter wereld te zijn met \$ 20,- per bloedgift. In strijd dus met de beginselen die WHO daarover heeft geformuleerd, maar het bloedtekort is schreeuwend nadat het wagenpark van 300 naar 300.000 is gegroeid en velen zich het autorijden zelf maar geleerd hebben. Albanië is daarvoor bekritiseerd, maar zit wel met zijn handen in het haar om voldoende bloed te krijgen. Een overgangperiode van betaald naar onbetaald bloeddonorschap lijkt de enige uitweg. Op kleine schaal werd reeds gepoogd mensen over te halen hun bloed voor niets te geven, maar dat is niet simpel in een land met grote armoede. Helaas ontstond er geen consensus om dit belangrijke onderwerp definitief op de politieke agenda te krijgen. Als 'hulpverlener' zou je dit graag gewild hebben, maar het behoort bij het geven en nemen. Het is in zo'n situatie veelal zinniger om te trachten andere belangwekkende onderwerpen onder de aandacht te krijgen.

#### OVERLEG MET HET VEID

Het Ministerie van Gezondheidszorg en Milieu heeft met het instellen van ministeriële werkgroepen een begin gemaakt met *structureel* overleg tussen de beleidsmakers en de medische wereld. De daarvoor in het leven geroepen werkgroepen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van zowel de overheid als het medische werkveld.

In de werkgroepen wordt vooralsnog niet anders gedaan dan commentaar geleverd bij wetsvoorstellen opgesteld door ambtenaren van het ministerie. Wellicht dat in latere fase de werkgroepen nauwer betrokken worden in het wetgevingsproces en zelfs een eerste aanzet kunnen geven tot nieuwe wetgeving. En hopelijk prikkelt de betrokkenheid van het veld tot oprichting van maatschappelijke organisaties als medisch-wetenschappelijke verenigingen, patiëntenbelangengroepen en andere organisaties, welke gericht zijn op het uitwisselen en vergroten van medische kennis, het opkomen voor groepsbelangen en het adviseren en informeren van het publiek.

Het liep nog niet gesmeerd. Zo werden de deelnemers uit de werkgroep psychiatrie enkele dagen voorafgaande aan

de werkgroepsvergadering pas geïnformeerd over een nieuw wetsvoorstel, opgesteld door het ministerie (het betrof hier de Mental Health Bill, deze werd op 21 maart 1996 door het parlement aanvaard). Gezien het ingrijpende karakter van een dergelijke wetsvoorstel is een (artikelgewijze) schriftelijke toelichting gewenst, echter dit ontbreekt geheel. Eenzelfde situatie deed zich voor bij een congres bedoeld om medewerkers van psychiatrische instellingen te informeren over de op handen zijnde wet. Pas tijdens de openingszitting werden veel mensen voor het eerst geconfronteerd met de inhoud van de (voorlopige) wettekst, terwijl enige toelichting van regeringszijde ontbrak.

Niettemin bestaat er nu voor het eerst een regeling omtrent gedwongen opname in een psychiatrische inrichting, waarbij de voorheen heersende willekeur voor het eerst aan banden lijkt te zijn gelegd. Het is een eerste stap naar kwaliteitsverhoging van de psychiatrische zorg. Wellicht belangrijker dan de nieuwe wetgeving is de constatering dat uit de vele gesprekken met medici, voorafgaande aan de ontwerp-wetsvoorstellen, de oprechte overtuiging klonk dat de eerbiediging van patiëntenrechten een serieus gespreksonderwerp is onder medici, en dat er stappen ondernomen worden ter bevordering van de deskundigheid. Kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg wordt in Albanië, zoals overigens nergens, niet primair bereikt door het eenzijdig uitvoeren van wetgeving, maar door acceptatie bij de betrokken beroepsgroepen zelf. Een goed en permanent overleg tussen wetgever en het veld is daarvoor onontbeerlijk.

#### NO TOP DOWN

Het belangrijkste resultaat van het PHARE-project in kwestie is wellicht het besef dat wetgeving geen top-down proces is, maar veeleer een resultaat is van open overleg met betrokkenen uit de maatschappij. Verder is in elk geval een eerste steen gelegd voor een geheel stelsel van gezondheidswetgeving. Hopelijk is er enig inzicht ontstaan in de wijze waarop regelgeving tot stand komt en is men zich er meer van bewust geworden dat wetgeving zich niet simpel uit andere landen laat kopiëren, maar wetgeving aan dient te sluiten bij de eigen historie, cultuur en maatschappij. Onze inbreng is achteraf gezien niet geweest het meenemen van kant-en-klare wetsteksten, maar het verschaffen van inzicht in het proces van regelgeving in democratische landen.

We hebben veel geleerd in Albanië. We hebben ons verdiept in de wijze waarop regelgeving idealiter tot stand zou moeten komen, namelijk als een interactie tussen degenen voor wie de regelgeving bedoeld is en de wetgever. Aan die communicatie tussen wetgever en veld, of zo men wil tussen overheid en maatschappij schort het nog flink. Niettemin mochten we ons verheugen in het feit dat in elk geval een ministeriële werkgroep met in ziekenhuizen werkzame psychiaters tot stand was gekomen, die met interesse en de bereidheid om de eigen tekortkomingen niet uit de weg te gaan, zich nader is gaan verdiepen in de rechten van psychiatrische patiënten. Naar wij hopen is dit voor de psychiatrie tevens voldoende aanleiding om te komen tot een samenhangende beroepsorganisatie waarin door discussie en vorming de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan worden verhoogd en die op den duur een goede discussiepartner zal zijn wanneer opnieuw wet- en regelgeving in de psychiatrie aan de orde is. Wellicht leidt een en ander tot navolging elders. We beseffen echter terdege dat de nu gestarte discussie binnen de psychiatrie voor een belangrijk deel mogelijk is gemaakt dankzij bilaterale samenwerkingsprojecten met psychiatrische ziekenhuizen uit onder meer Nederland, waardoor Albanese artsen de kans kregen om zelf een kijkje in het westen te nemen en aldus zicht kregen op de noodzaak tot verandering.

#### Noot

1. 'Support for the Definition of a Legislative Framework for the Health Sector in the Republic of Albania, AL9303.04-TOI'. Penvoerder van het project was de NSPH (Netherlands School of Public Health).

*Mr. A. den Exter en mr. E.H. Hulst zijn verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.*

# VROUWENHULPVERLENING EN GGD

Gaby Tuguntke

*De uitgangspunten van vrouwenhulpverlening (VHV) en gezondheidsbevordering, taak van de GGD'en, komen aardig overeen. Beide disciplines geven aan gezondheid een brede maatschappelijke invulling en erkennen dat gezondheid slechts voor een deel afhankelijk is van het gezondheidszorgsysteem. In beide visies spelen maatschappelijke verhoudingen en omgevingsfactoren naast het geneeskundig circuit een belangrijke rol.*

*Voorts, het kan niet op, gaan beiden ervan uit dat er niet één instantie of hulpverlener is die bestaande of dreigende problemen kan opvangen; het gaat beiden om de combinatie van relevante organisaties. Ten slotte delen de vrouwenhulpverlening en de gezondheidsbevordering de mening dat mensen zelf het best kunnen aangeven welke zorg voor hen relevant is. Dus, de uitgangspunten van VHV maken al deel uit van het GGD-beleid. Waarom zou een GGD dan nog apart aandacht moeten besteden aan VHV?*

## WAT ERAAN VOORAF GING

Het ministerie van WVC, nu VWS, voert sinds 1987 een specifiek VHV-beleid. Uitgangspunt is de integratie van VHV in de reguliere hulpverlening, met als doelstelling een kwaliteitsverbetering van die reguliere hulpverlening. Onder VHV wordt verstaan het in de zorgverlening (aan vrouwen) bewust werken vanuit de visie dat gezondheidsproblemen van vrouwen en de manier waarop daar mee omgegaan wordt, samenhangen met de maatschappelijke positie van vrouwen (ministerie van WVC, 1991).

Het gezondheidszorgbeleid van WVC kende de afgelopen jaren een accentverschuiving; waar eerst zorg en dus ziekte centraal stond, staat thans het bewaken en bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekte centraal. Dat moet gebeuren met maatregelen die gericht zijn op de zogenaamde determinanten van gezondheid (biologische eigenschappen, fysieke en sociale omgeving, leefwijze en gedrag van mensen en organisatie van de gezondheidszorg), middels preventie en facetbeleid. Met facetbeleid wordt bedoeld dat ook andere beleidsterreinen dan dat van VWS de gezondheid beïnvloeden, c.q. betrokken moeten worden bij het beoogde gezondheidsbeleid.

De adviesgroep VHV, die WVC-bewindslieden adviseert over de voortgang van het VHV-beleid, wil op lange termijn integratie van VHV-beleid en het beleid rond collectieve preventief gezondheidsbevordering; VHV past immers de accentverschuiving van gezondheidszorg naar gezondheidsbevor-

dering toe. VHV kan zelfs worden opgevat als een specifieke verwoording en praktijk van gezondheidsbevordering. De adviesgroep VHV stelt dat deze beleidsverbinding beiderlei effectiviteit kan vergroten.

## COLLECTIEVE PREVENTIE

Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) heeft de gemeente, met als instrument de GGD, een centrale rol in de collectieve preventie. Voor de GGD betekent de WCPV een grote verandering in de eigen werkwijze. Voorheen waren GGD'en sterk medisch georiënteerde diensten waarbij de kerntaken bestonden uit het opsporen van ziekten en afwijkingen en vervolgens het verwijzen naar de curatieve zorg. De WCPV brengt met zich mee dat determinanten van gezondheid het uitgangspunt dienen te zijn in het GGD-beleid gericht op collectieve preventie, waarin preventie en gezondheidsbevordering gelden als sleutelbegrippen.

De centrale rol die de WCPV aan gemeenten en GGD toekent, dient echter niet te leiden tot een monopoliepositie van de GGD op het terrein van collectieve preventie. Daarom wordt in de Memorie van Toelichting van de WCPV nadrukkelijk gesteld dat andere actoren bij de uitvoering betrokken moeten worden, met de GGD in een spilfunctie.

VHV en GGD begeven zich dus voor een groot deel op hetzelfde terrein, dat van de collectieve preventie. In de praktijk hebben VHV en GGD elkaar

echter nog niet omarmd. Dat blijkt uit mijn onderzoek in 1994 bij GGD'en in Limburg.

Het onderzoek had twee sporen. Ten eerste is onderzocht in hoeverre de GGD bereid is gezondheidsproblemen van vrouwen, dan wel VHV, op te nemen op de beleidsagenda. Daarbij is verondersteld dat deze bereidheid samenhangt met

- de mate van bekendheid met VHV en VHV-instellingen,
- wat al op dit gebied door de GGD gedaan wordt,
- de houding van de GGD ten opzichte van VHV en
- de mogelijkheden, die er feitelijk zijn en ook door de GGD-medewerkers gezien worden.

Ten tweede is het proces van agenda-bouw onderzocht: welke mechanismen selecteren een beleidsterrein of sluiten het uit.

## NAGENOEG ONBEKEND

Het blijkt dat de bereidheid bij de onderzochte diensten om VHV op te nemen in het beleid, gering is. De GGD'en waren nagenoeg onbekend met de visie, de uitgangspunten en de doelstelling van VHV. (VHV profileert zich dan ook niet specifiek naar de GGD'en.)

Er zijn nauwelijks contacten tussen de GGD en instellingen op het gebied van VHV. De contacten die er wel zijn of waren, zijn hoofdzakelijk gericht op het bereiken van doelstellingen van eigen GGD-programma's, zoals de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, waarbij de medewerking van vrouwen-groepen als belangrijke hulp geldt.

De vraag naar mogelijkheden om VHV op de beleidsagenda te krijgen is door de respondenten in eerste instantie beantwoord door het noemen van beperkingen. Gebrek aan kennis van VHV was daar één van. Als tweede beperking geldt dat een onderscheid naar sekse niet zonder meer wenselijk wordt geacht. De argumenten hiervoor kunnen als volgt worden samengevat: emancipatie is geen taak voor de GGD maar voor de centrale overheid omdat het een landelijk probleem betreft. Tevens gaan de GGD'en uit van gelijk-

heid tussen mannen en vrouwen, waarmee een onderscheid niet wenselijk is. En vrouwen maken reeds deel uit van de algemene doelgroep. Wel rechtvaardigen GGD' en een sekse-onderscheid wanneer een gezondheidsprobleem specifiek vrouwen betreft - het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Hierbij gaat het dan om 'maatwerk', waarmee bedoeld wordt dat de interventie moet aansluiten bij de specifieke behoeften van de doelgroep om effectief te kunnen zijn.

Gevraagd naar de mogelijkheden die de respondenten zien om VHV op hun beleidsagenda te plaatsen, verwijzen zij systematisch naar de prioriteitstelling: op basis van de ernst en omvang van een probleem, of als politieke keuze (op vraag van de gemeenten). Directe mogelijkheden zien zij op het gebied van probleemsignalering, op uitvoerend niveau in samenwerking en qua beleid met de GGD in een coördinerende en faciliterende rol.

#### SEKSESPECIFIEK BELEID

Er zou echter sprake moeten zijn van een structureel seksespecifiek gezondheidsbeleid omdat het gelijkheidsprincipe in de gezondheidszorg eenvoudigweg niet opgaat. Vrouwen zitten biologisch nu eenmaal anders in elkaar dan mannen, onder meer door hun reproductieve vermogen. Bovendien zijn de gezondheidsproblemen van vrouwen zijn niet uitsluitend te reduceren tot biologische en epidemiologische gegevens; ook de maatschappelijke positie van vrouwen speelt een rol in het ontwikkelen van gezondheidsproblemen. De sociaal-economische status verschilt, nogal eens, er zijn verschillende rolopvattingen tussen mannen en vrouwen en vrouwen hebben vaker te maken met seksueel geweld.

Tevens zijn er verschillen in de mate van voorkomen van enkele ziekten die wel als sekse-neutraal te boek staan: blaasontsteking, urine-incontinentie, depressie en eetstoornissen. Deze ziekten komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Verschillen zijn ook aanwezig in de medische consumptie, in de wijze van presentatie van klachten, communicatie en de beleving van ziekte. Ten slotte wordt er verschil tussen mannen en vrouwen verondersteld in de uitwerking van medicatie.

Wanneer er geen seksespecifiek beleid gevoerd wordt, is de kans op doeltreffendheid van een GGD-interventie ge-

ring. Ter illustratie een citaat van een GGD-medewerker: 'Bijvoorbeeld eetstoornissen, dat is geen probleem waarvan wij zeggen: daar moeten we als GGD een project voor starten. We zouden dan eerder kiezen voor een project gezonde voeding. Daarin zit dan ook bijvoorbeeld cholesterolvermindering. Zo bereik je de grotere problemen, groter in aantal, want dan gaat het over mannen en vrouwen, het algemene publiek' (Tuguntke, 1995). Zou een vrouw die aan een eetstoornissen lijdt daadwerkelijk baat hebben bij voorlichting over gezonde voeding?

#### MEDISCHE NOODZAAK

Bij het ontbreken van een seksespecifiek beleid bestaat er een reële kans dat risico's op gezondheidsproblemen bij vrouwen verborgen blijven: 'Wat betreft indicering van bijstandsvoorzieningen kloppen ook vaak vrouwen aan die hun probleem vertalen als gezondheidsprobleem, waarbij het voor de mensen die de medische noodzaak moeten inschatten, heel duidelijk is dat het feit dat ze vrouw zijn daarin een rol speelt. Vooral bij alleenstaande moeders die bijvoorbeeld moeten gaan werken. Vooral als je financiële positie ook nog eens betrekkelijk laag is'. '... daar hebben we geen beleid voor. Dat is de inschatting van de artsen zelf. Het komt wel in vergaderingen of discussies voor omdat je het ziet. Sowieso probeer je naar de medische noodzaak te kijken. Als iemand echt werkelijk gezondheidsklachten heeft, waardoor die terecht zo'n bijstandsvoorziening nodig heeft, dan ga je er ook zo mee om' (Tuguntke, 1995).

Hoewel de onderzochte GGD'en geen voorstander zijn van een seksespecifiek beleid, maken ze soms wel sekse-onderscheid.

In het project binnenhuismilieu, dat het luchten van het huis propageert om CARA-klachten te reduceren, wordt de algemene doelgroep via vrouwen bereikt.

'De vrouwen doen het huishouden. Die zetten de ramen open. De folder moet in de huishoudens terecht komen, dus de belangrijkste doelgroep dat zijn vrouwen. In de folder spreek je de vrouw aan, maar een man kan het net zo goed doen en is dus net zo goed doelgroep' (Tuguntke, 1995). De keuze om zich in deze campagne te richten op vrouwen hangt samen met een veronderstelde zorgverantwoordelijkheid die vrouwen hebben voor hun gezin.

#### NOG GEEN FACETBELEID

De belemmeringen voor een toenadering tussen VHV en de GGD reiken echter verder dan de individuele relatie tussen VHV en de GGD. Het betrekken van maatschappelijke factoren in het lokale gezondheidsbeleid, zoals weergegeven in de WCPV, blijkt problematisch. Enerzijds omdat het kan gaan om landelijke problemen waarvoor een lokale aanpak niet toereikend is en anderzijds omdat het problemen betreft die de engere gezondheidsdefinitie overstijgen en dientengevolge komen te liggen op een terrein waar de GGD geen bevoegdheden heeft. Het voorbeeld van een bijstandsmoeder die naast de zorg voor haar kind(eren) werk moet aanvaarden en financieel weinig draagkrachtig is en mede hierdoor gezondheidsklachten ontwikkelt, is hier op zijn plaats. Facetbeleid, dat juist om dit soort problemen te ondervangen wordt voorgesteld in de WCPV, blijkt in de praktijk nog nauwelijks aan de orde te zijn.

#### GEZONDHEIDSWINST METEN

De uitvoering van de WCPV blijkt ook op andere punten problematisch te zijn. In geval van preventieve maatregelen is de oorzaak-gevolg relatie niet of nauwelijks meetbaar. De financiering van projecten geschiedt echter hoofdzakelijk op grond van harde cijfers met betrekking tot de mate van ernst van aandoeningen en op grond van voorspelbaarheid van de gezondheidswinst die met een interventie gehaald kan worden. Ter illustratie het volgende citaat uit het onderzoek: 'Ik denk dat dat voor VHV toch wel wat moeilijker is. Het is heel moeilijk in te schatten hoeveel gezondheidswinst je kunt verwachten wanneer je een bepaald probleem aanpakt. Bij harten vaatziekten (...) kun je berekenen dat over 5 à 16 jaar de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten gaat afnemen. Hetzelfde geldt voor het screeningsonderzoek naar borstkanker. Voor VHV zou je ook zo'n model kunnen maken, maar dan zou je toch maar een hele selecte groep bereiken, waarmee je dan wel een gezondheidswinst creëert, die echter weer in die massa van gezondheidswinst die je wilt maken in het niet valt' (Tuguntke, 1995).

De respondenten in het onderzoek meldden dat ziekte doorgaans geldt als de meest gemakkelijke ingang voor een GGD, vooral door een gebrek aan andere gemakkelijk verkrijgbare indicatoren. Ziekte is eenvoudiger te koppelen aan harde cijfers (met betrekking tot

prevalentie, mortaliteit, en gezondheids-winst), op grond waarvan prioriteiten worden gesteld, dan preventie. Toch onderschrijven de respondenten unaniem de gezondheidsdefinitie van de WHO en refereren zij daarbij aan het determinantenmodel dat ten grondslag ligt aan de verschuiving in het gezondheidsbeleid van een gezondheidszorg-beleid naar een gezondheidsbeleid waarbij het bewaken en bevorderen van gezondheid en het voorkómen van ziekte centraal staat. Er is dus sprake van een frictie tussen het denken over gezondheid en de handelingen in de dagelijkse praktijk. In de dagelijkse praktijk geldt kennelijk nog steeds ziekte en niet gezondheid als uitgangspunt van het lokale gezondheidsbeleid.

#### DUS••

De beschreven overeenkomsten tussen VHV en GGD zijn in zekere zin vooral theoretisch. In de praktijk tellen de verschillen veel zwaarder. De genoemde belemmeringen om als GGD aandacht te besteden aan VHV zijn niet uitsluitend terug te voeren op een geringe bereidheid hiertoe. Het uitvoeren van de WCPV volgens de gezondheidsvisie die in deze wet besloten ligt, is een probleem op zich: het betrekken van maatschappelijke factoren is problematisch, facetbeleid komt nauwelijks van de

grond en ziekte blijft, de meest gemakkelijke ingang voor een GGD. Deels komen deze problemen voort uit het feit dat de GGD met de invoering van de WCPV een ommezwaai in haar werkwijze heeft moeten maken en een nieuwe invulling heeft moeten geven aan haar (nieuwe) taken. In die zin heeft VHV de GGD echter duidelijk iets te bieden. VHV heeft zich haar werkwijze, die sterk overeenkomt met gezondheidsbevordering zoals dat (theoretisch) door de GGD wordt voorgestaan, zelf eigen gemaakt gedurende haar ontwikkeling. De opgedane kennis en ervaring kan voor de GGD zeker waardevol zijn. In die zin kunnen VHV en GGD als partners voor de toekomst van betekenis zijn voor elkaar. Voor VHV betekent dit echter dat men de stap zal moeten nemen om zich duidelijker naar de GGD toe te profileren.

#### VIA DE POLITIEK

Er liggen echter nog een andere mogelijkheden open. In het lokale gezondheidsbeleid spelen de gemeenten een belangrijke rol. Volgens de WCPV is de gemeente gelijktijdig financier, opdrachtgever, bestuurder, klant, uitvoerend partner en beleidsmaker (Vonk, 1992). De gemeenten zijn tevens verantwoordelijk voor de uitvoering van de WCPV. De kans dat een GGD aan-

dacht besteedt aan VHV blijkt groter te zijn wanneer de vraag ernaar afkomstig is van de gemeenten. Gemeenten zijn op hun beurt weer gevoelig voor politieke lobby vanuit vrouwengroepen. In regio's met een sterke vrouwenbeweging wordt meer gedaan aan collectieve preventie op het gebied van VHV dan waar een dergelijke bundeling van krachten ontbreekt.

*Gaby Tugunke is gezondheidswetenschapper.*

#### LITERATUUR

- Weijts, W. & E. de Leeuw. Gezondheidsbevordering en vrouwenhulpverlening: een stap verder dan 'Dekker?', Medisch Contact 43;1407-1410, 1989.
- Definitie VHV: Eindadvies Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, Zorgvernieuwing op het lijf geschreven: kwaliteitsverbetering van de zorg door ontwikkeling en integratie van vrouwenhulpverlening, Ministerie van WVC, Rijswijk, november 1991.
- Citaten van respondenten uit: Tugunke, G., Vrouwegezondheidsproblemen, vrouwenhulpverlening en collectieve preventie: een onderzoek bij Limburgse GGDën, Rijksuniversiteit Limburg, juli 1995.
- Vonk, F.A., Relatieperikelen; een case-studie naar de relatie GGD-Gemeenten, Rijksuniversiteit Limburg, juli 1992.

## MEDISCH CENTRUM INTERNET

Marjo Smit

*'Aansluiten bij de behoeften van de doelgroep', 'democratiseren door informeren', 'community networking' waren de credo's waarmee in de jaren zeventig voorlichtingsstrategen de basis voor hun werk legden.*

*Met de komst van internet is de verspreiding van informatie enorm toegenomen en daarmee het aantal aanbieders van kennis, on-line discussies en nieuws. Via internet bepalen mensen de eigen behoefte, e-mail is de ideale feedback, zo lijkt de gedachtengang.*

*Het beoogde resultaat staat echter ter discussie. Degelijke voorlichtingsteksten nemen het op tegen fantastische aanprijzingen van twijfelachtige middelen. Pakkende titels blijken lege pagina's.*

*Marjo Smit ging op zoek naar sites die zich als platform of informatieve site richten op zowel publiek als professionals in de gezondheidszorg. Wat blijkt: zelfs voor een gevorderde internetter als Smit blijven de medische sites onder de maat - ze bieden gewoonweg geen individuele informatievoorziening en de platforms ontberen redactie en opinie. De discussies, die kunnen interessant zijn.*

Het Digitaal Ziekenhuis Nederland, opgezet door het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag, is een van de eerste initiatie-

ven geweest om een groots opgezet digitaal platform voor de gezondheidszorg te realiseren. De site houdt daarbij

het beeld van het ziekenhuis vast. Het is de plek waar enerzijds patiënten en bezoekers komen, en die anderzijds toegankelijk is voor medisch-specialisten, verpleegkundigen en andere professionals uit de gezondheidszorg. Sponsors kunnen kiezen om hun producten op speciale pagina's aan te bieden, redactionele bijdragen te leveren of hun logo in de gangen van het ziekenhuis op te hangen. Het ziekenhuis kent geen wachtruimtes, wel nieuwslokalen waar patiëntenverenigingen een samenvatting geven van de artikelen uit hun tijdschriften.

#### GEEN COMPLICATIES

Bezoekers en patiënten kunnen via de homepage van Digitaal Ziekenhuis Nederland naar een van de afdelingen van het ziekenhuis zappen. Op de afdeling vindt men informatie over onderzoek, behandeling en ziektebeelden. De omschrijvingen zijn kort en reppen niet over complicaties. Illustraties ontbreken. Na het lezen moet de homepage weer opgeroepen worden om opnieuw te bepalen wat je wilt gaan doen. Je

### Platform: site by site

De idee van een platform is een bekend fenomeen op internet. Vaak is het een site waar informatie rond een bepaald thema of geografische eenheid verzameld wordt. De digitale stad Amsterdam is een van de bekendste digitale platforms. Deze virtuele stad bestaat uit een aantal pleinen (uitgaansplein, kennisplein, gezondheidszorgplein etc.) waar individuen of organisaties een gedeelte kunnen inrichten. Dat gebeurt meestal tegen betaling. De beheerder van het platform zorgt voor de technische faciliteiten, onder andere de server, en levert programma's waarmee de huurder bijvoorbeeld een reactieformulier of interactieve quiz op zijn gedeelte kan aanbieden.

### Nieuws

Naast technische ondersteuning kunnen de beheerders ook redactionele taken op zich nemen. Zelfgeschreven persberichten of artikelen uit andere media (krant, televisie, radio et cetera.) publiceren ze dan onder de kop 'nieuws' op de (platform) site. Men biedt zoekprogramma's aan waarmee de bezoekers van de site naar informatie op onderwerp of datum kunnen zoeken. In sommige sites kunnen bezoekers een inhoudelijke bijdrage aan de site leveren. Hiervan wordt ook gebruik gemaakt door potentiële sponsors. Soms ontstaat er zo een spanningsveld tussen de internetter die naast informatie geïnteresseerd is in interactie en discussie, en de sponsor. De sponsor is gericht op het verhogen van naamsbekendheid en de plaatsing van public relations-teksten.

kunt bijvoorbeeld een adres zoeken van een patiëntenorganisatie, in het medisch woordenboek een omschrijving raadplegen of in de medicijngids een bijsluiter tekst lezen.

Maar een praatje maken of discussie voeren kan ook. Hiervoor klik je de conferentieruimte aan. Daar kan je stellingen lezen en reacties bekijken. Zelf kun je natuurlijk ook reacties geven of een stelling toevoegen. Hiervoor klik je een email formulier aan, typt je reactie of stelling in en verstuurt die een klik. Je reactie wordt automatisch bij de betreffende stelling geplaatst, samen met je naam en email adres. Aan deze relatief kleine discussiegroepen doen alleen mensen mee die de site digitaal ziekenhuis bezoeken (en zijn dus niet toegankelijk via de algemene nieuwsgroepen). Waarschijnlijk volgt en beïnvloedt de redactie de gevoerde discussies. Ten opzichte van de onafhankelijke nieuws/discussiegroepen, waar men naast discussie veel nieuwtjes, roddel en bla-bla kwijt kan, bieden deze aan een site gekoppelde nieuwsgroepen een mogelijkheid om gericht met geïnteresseerden meningen uit te wisselen. Tot nu toe zijn er weinig stellingen ingestuurd en is het ziekenhuis nog kil. Wat dat betreft is het alsof je je in een echt ziekenhuis bevindt met die ellenlange gangen met pas aangekochte kunst..

Professionals, in de site direct al aangesproken als medewerkers, moeten een password aanvragen om bij de voor hen bestemde informatie te komen. In de conferentieruimte voor medewerkers

discussieert men over vakinhoudelijke kwesties of vraagstellingen van ziekenhuiscommissies. Ook is er ruimte vrijgemaakt om impressies van het werk weer te geven. Verder biedt het Digitale Ziekenhuis Nederland een overzicht van openstaande vacatures, van leveranciers oftewel de sponsors, van beroepsorganisaties en er is een eerste hulp post internet.. Informatie uit handboeken en over producten kan via een trefwoordenlijst op een snelle manier opgezocht worden.

### RECLAME & ZUILEN

Het Digitale Ziekenhuis Nederland is gerealiseerd door WoW! webvertextement.. Dit bedrijf heeft haar wortels in reclame en multimedia en specialiseert zich in het realiseren van internetprojecten en sponsorcontracten. In principe kan iedereen inhoudelijke informatie voor het Digitale Ziekenhuis Nederland aanleveren, medewerkers van ziekenhuizen worden speciaal opgeroepen om op deze manier mee te bouwen. Ook kunnen organisaties de site sponsoren. Naast publiciteit krijgen sponsors korting bij digitale opdrachten en kunnen zij deelnemen aan nog te realiseren interactieve quizen, prijsvragen of enquêtes en krijgt de sponsor redactionele inbreng. Of de door de sponsor ingebrachte redactionele bijdragen ook voor de lezer als zodanig te herkennen zijn, blijft vooralsnog onduidelijk.

Een ander initiatief van WoW! webvertextement is het aanbieden van Internet

Informatie Zoulen die in hallen van ziekenhuizen geplaatst kunnen worden. Op deze zuil kan men de site Digitaal Ziekenhuis Nederland raadplegen en kan het ziekenhuis of de organisatie gratis informatie plaatsen. Als tegenprestatie moet het ziekenhuis sponsors zoeken die bereid zijn over een periode van drie jaar f 15.000,- per jaar te investeren.

### PUZZELDIAGNOSE

Een service-provider uit Barneveld beheert de site 'AAA MEDISCHONINTERNET'. Dit bedrijf heeft zich gespecialiseerd in medische informatievoorziening en biedt technische, inhoudelijke en creatieve ondersteuning aan organisaties. De site is gericht op het Nederlandse publiek en oogt als de zaterdageditie van een krant: het informatie aanbod is opgesplitst in verschillende 'katernen', te weten: nieuwsberichten, specials en ingezonden e-mails. Informatie over congressen en organisaties kan men vinden in de interactieve adressengids, de interactieve congresagenda of het interactieve trefwoordenregister. De denksportpagina is gevuld met een prijsvraag. De inhoudsopgave van de site, ook wel navigatie genoemd, blijft op iedere pagina zichtbaar zodat je gemakkelijk door de site kunt zappen.

Aan AAA MEDISCHONINTERNET kunnen krant artikelen gezonden worden. Deze ruimte wordt hoofdzakelijk door De Telegraaf benut met korte berichten als 'Man slaat arts na mislukte operatie'. De forumpagina geeft een indruk van de interesses van de andere bezoekers van de site; mensen die lotgenoten zoeken, een arts die de kwaliteit van bepaalde medicijnen ter discussie stelt en burgers die hun mening geven over het zelf testen op AIDS. Deze forumpagina is zelfregulerend: wie wil kan een vraag stellen of een antwoord of reactie geven. Er is geen deskundige die hulp of advies biedt. Het aantal reacties loopt uiteen: *Het zelf testen op AIDS is een goede ontwikkeling* levert bijvoorbeeld in drie weken vijf reacties op. Vier mensen stuurden hun mening in met betrekking tot de integratie van ambulancediensten en brandweer. 'Specials' geven uitgebreide informatie over een bepaald thema, bijvoorbeeld tandverzorging van 0 tot 100 jaar. Zo'n special is te vergelijken met de Allhande van Albert Heijn; men biedt informatie, maar maakt tussen de bedrijven door reclame voor verschillende bedrijven.

AAA MEDISCHON INTERNET lijkt een

site te zijn waar mensen terugkomen, ondanks de eenzijdige nieuwsberichten en het gebrek aan medische informatie. Blijkbaar richten gebruikers zich op deze site om contact te leggen, meningen uit te wisselen en data of adressen op te zoeken.

#### KEURMERK

Na het intypen van het internet-adres van MedCinMan duurt het even voordat er een beeld op mijn scherm verschijnt.. Ik zie dat er een grote plaat wordt binnengehaald (gedownload) die een knipogend stripfiguurtje voorstelt met het devies: 'Vraag het MEDCINMAN. Dit belooft een vrolijke aanpak te worden ten opzichte van de gangbare, degelijke lay-outstijl van de gezondheidszorg-sites. Toch heeft de maker, een apotheker uit Amsterdam, een serieuze motivatie en waarschuwing: 'MEDCINMAN heeft twijfels over de professionaliteit van enkele verstrekkers van geneesmiddeleninformatie. op Internet.. MEDCINMAN wil jou er op wijzen dat de titels 'apotheker' en 'arts' wettelijk beschermd zijn. Het is dus strafbaar als iemand die beweert arts of apotheker te zijn het diploma arts of apotheker niet heeft...'

Met zijn site wil MEDCINMAN mensen wijzen op volgens hem betrouwbare sites. Daarvoor deelt hij keurmerken aan sites uit waarbij geen verschil gemaakt wordt of het een particulier initiatief is of een gerenommeerde organisatie. Wil je achter de schermen van de apotheek kijken dan kun je een virtuele rondleiding aanklikken. Aan de hand van foto's krijg je inzicht in het apothekersvak. Voor informatie over doseringen van gangbare medicijnen is een archief opgenomen. Aan de MEDCINMAN kun je ook direct vragen stellen. Daarbij kun je kiezen of het antwoord op de site gepubliceerd wordt, of dat MEDCINMAN het antwoord naar je e-mail adres stuurt.

MEDCINMAN heeft een populaire schrijfstijl.. Eigenlijk stelt hij zich op als ombudsman door kwalificaties aan andere sites te geven, en daarnaast geeft hij een praktisch antwoord op uiteenlopende vragen: 'hoe melk de inname van medicijnen kan beïnvloeden, waarom je bij hooikoortsklachten naar de apotheker moet en of Strychnine nu een vergif of medicijn is.'

#### SITE FOR PROS

CARE NET HOLLAND richt zich met haar site op de professionals in de gezondheidszorg. Zij biedt titels van



nieuws en discussiegroepen die je kunt gebruiken als startpunt voor een zoektocht naar discussie over een specifiek onderwerp. Op internet zijn op dit moment in totaal zo'n 25.000 nieuwsgroepen actief. CARE NET HOLLAND heeft hieruit die nieuwsgroepen geselecteerd die met gezondheidszorg te maken hebben en deze vervolgens gerubriceerd naar onderwerp. Hierdoor kun je een overzicht aanklikken van nieuwsgroepen over bijvoorbeeld 'Alternatieve Geneeswijzen' of 'Fysiotherapie'. De nieuwsgroepen hebben meestal Amerikaans als voertaal en deelnemers kunnen uiteenlopende culturele achtergronden hebben. De discussie of nieuwswisseling in deze nieuwsgroepen is daarom moeilijk toepasbaar op de Nederlandse situatie door een verschillende organisatie van de gezondheidszorg en taalbarrières.

CARE NET HOLLAND houdt ook een agenda bij met een overzicht van congressen, symposia, lezingen, beurzen en andere evenementen die zich richten op de Nederlandse gezondheidszorg. Deze agenda wordt samengesteld in samenwerking met een van de beroepsorganisaties voor de verpleging, NU'91, en kan dankzij het gebruik van een database op meerdere manieren geraadpleegd worden.

De techniek, informatietechnologie, maakt het mogelijk om maatwerk te leveren als het gaat om het selecteren van gegevens. Computers zijn zo snel geworden dat je theoretisch door het opgeven van een onderwerp en een aantal persoonsgegevens op het lijf toegespitste informatie kan uitdraaien. 'Aansluiten bij de behoeften van de doelgroep' wordt zodoende vervangen door mogelijkheden om het informatie-aanbod aan te passen aan het individu.

Na het bekijken van de beschreven internet-sites is de vraag: 'klopt die veronderstelling?' Het antwoord moet (nog) ontkennend zijn. De techniek en

informatie-aanbieders blijken zo ver nog niet te zijn. Als internetter moet ik van te voren mijn vraag goed kunnen ontleden in subvragen en categorieën, en goed op de hoogte zijn van (soms verzochte) synoniemen om op de juiste pagina te komen. Eenmaal op die pagina gekomen blijkt de tekst wel erg kort of vertoont hij verdacht veel overeenkomsten met een brochure die geschreven is voor een vermaledijde doelgroep waartoe ik natuurlijk niet behoort. Helemaal niet zo individueel, dus.

Platforms: veel sites bieden adressen, links of data aan, maar besteden geen aandacht aan actuele vraagstukken of geven geen bronvermelding bij gepubliceerde teksten, zodat de betrouwbaarheid ervan niet te controleren is. Ten opzichte van artikelen in tijdschriften en kranten mis ik de opinie van de diverse platformredacties. De beheerders van de platforms blijven anoniem, terwijl hun visie eigenlijk de kracht van een eindredactie heeft. Door die anonimiteit, blijft het duister vanuit welk perspectief de informatie is verzameld en geordend. De wijze van rubriceren -welke categorieën zijn opgenomen, welke niet- is moeilijk te bepalen. Daarbij lopen reclame en informatie nogal eens door elkaar en kunnen kwakzalvers ongestraft hun ongere middeltjes aanprijzen.

Discussie: de meest levendige en interessante aspecten van de bezochte sites vormden de bezoeken aan de discussiegedeelten. Daar lees je wat mensen bezighoudt en vanuit welke invalshoek zij de gezondheidszorg benaderen. En daar merk je de potentiële kracht van Internet; de combinatie van het interactief zoeken naar informatie en de communicatie met andere netgebruikers.

*Marjo Smit is redacteur en conceptontwikkelaar internet-sites.*

*In dit artikel zijn onderwerpen uit discussies verwerkt van de door het Humanistisch Verbond georganiseerde hoorzitting Digitaal, mensentaal?*

*Adressen besproken sites:*

*digitaal ziekenhuis Nederland:*

*www.ziekenhuis.nl*

*AAA medisch on internet:*

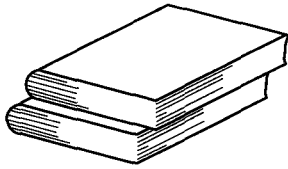
*www.aaa.nl*

*MedCinMan: www.worldaccess.nl/lceratiás*

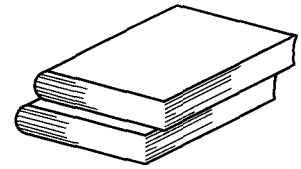
*Care Net Holland: www.cnh.nl*

*Humanistisch Verbond:*

*www.omroep.nlichðs*



# boeken



## ALLES OVER SCHIZOFRENIE

*Zin in waanzin* is een prikkelende verzameling van opstellen over schizofrenie. De flaptekst belooft dat 'Alles wat u wilde weten over schizofrenie maar nooit durfde vragen!' na lezing van dit boek duidelijk is. De meest uiteenlopende gedachten over schizofrenie zijn vertegenwoordigd in dit boek. En wel vanuit zoveel mogelijk denkbare perspectieven: patiënten komen aan het woord, familieleden, wetenschappers met een medische of een sociaal maatschappelijke inspiratie, therapeuten en hulpverleners, en van die laatste weer ongeveer het hele spectrum: psycho-analytici, spel- en muziektherapeuten, revalidanten, psycho-educatoren en nog veel meer.

Suicide, het persoonlijke verhaal, therapie-trouw, religieuze inspiraties voor het begeleiden van psychotische patiënten, duiding van psychotische belevingen, begrip voor het lijden van patiënten en hun omgeving, taal en psychose, cultuur-critiek en historie, het komt allemaal aan de orde. Last but not least volgen beschouwingen over schizofrenie en kunst, inclusief een aantal prachtige illustraties van kunstwerken die geïnspireerd zijn door (of gemaakt zijn ondanks) de schizofrenie van de kunstenaars.

Het boek is uniek doordat het zich richt op een algemeen publiek en opstellen over één ziekte bij elkaar zet. Hoewel, één ziekte ... Hier kom ik nog op terug. De beoogde lezers zijn nagenoeg alle mensen die geïnteresseerd zijn in schizofrenie, en de introductie noemt patiënten, hun familie en omgeving, hulpverleners en het brede publiek'.

### ONVERBIDDELIJK

Wie de uitdaging aangaat om dit boek te lezen, moet proberen een weg te vinden in al die perspectieven, die in verschillende stijlen van schrijven gepresenteerd worden. De redacteurs zijn hierin onverbiddelijk, de lezer krijgt geen handreikingen om een weg door het boek te vinden. De inleiding belooft nog wel vier hoofdthema's, maar die zijn noch in de lay-out, noch in de indeling van het boek als zodanig te herkennen. Een greep uit de bloemlezing.

Er zijn in de bundel heel toegankelijk

geschreven en lezenswaardige verhalen van familie-leden en patiënten te vinden. Het verhaal van Griet de Somer, moeder van een schizofrene zoon, is aangrijpend. Zij beschrijft de lotgevalen van haar gezin en haar zoon, en het wisselende repertoire aan hulpverleningsgedachten dat sinds de aanvang van de problemen in 1968 de revue is gepasseerd. Onbegrip van de omgeving, twijfel en zorgen van de ouders en de broers en zussen, diverse opnamen in klinieken, (waarbij de zoon uit de gesloten inrichtingen nogal eens wegliep), tot de beschermende woonvorm (waaruit hij niet wegliep), het wordt allemaal met een grote openhartigheid en op een niet-sentimentele, invoelbare manier beschreven.

Greet de Laet schrijft een expressieve bijdrage over haar ervaringen als patiënt en haar worsteling om een nieuw leven op te bouwen. Haar bijdrage opent met een tweetal korte zinnen die de lezer bijblijft. Ze gaan over het twee maanden durende verblijf van de schrijfster in de isoleercel: 'Ik was wakker en ik zong. Twee maanden lang'.

Vandenbossche beschrijft hoe zijn paranoia ontstond tijdens een vakantie en hoe die steeds angstaanjager werd vorm aannam. Tijdens de vakantie was het leven nog gewoon. Maar 'gewoon' is het nooit meer geworden. Hij verloor zijn baan, en, zoals hij pijnlijk duidelijk maakt, zijn privacy. Voordat de psychofarmaca er een eind aan maakten, kon hij nooit meer alleen zijn, omdat er altijd de stemmen waren die hem voortdurend toespraken.

### WETENSCHAPPELIJK

Stemmen komen ook aan de orde in de bijdrage van Pennings en Romme. Hoewel stilistisch niet heel fraai, is hun bijdrage interessant. Zij onderzochten het horen van stemmen bij mensen die de diagnose schizofrenie hadden, mensen met een dissociatieve stoornis, en mensen die wel stemmen hoorden, maar daar nooit mee naar de dokter zijn gegaan, en dus nooit patiënt zijn geworden. De auteurs benadrukken dat de plaats die het horen van stemmen inneemt in iemands leven nadrukkelijker uitgangspunt zou moeten zijn van diagnostiek en behandeling. Dat betekent dat de stemmen niet altijd te vuur en te

zwaard moeten worden bestreden, maar dat er gekeken moet worden of er mogelijkheden bestaan patiënten te helpen de stemmen een plek te geven in hun leven. Een mooie poging tot ont-pathologisering van het onvermijdelijke. Hoewel de toch-al-niet-patiënten vooralsnog betere vooruitzichten hebben om de stemmen in te passen in hun leven, omdat hun stemmen minder angstaanjagend zijn dan die van hun zieke lotgenoten.

Het boek opent met een hoofdstuk waarin, heel klassiek, de cijfers, de epidemiologie en de etiologie van schizofrenie worden beschreven (De Hert en Peuskens). Dit stuk is informatief, maar ook weer niet zo toegankelijk geschreven. De psycho-analyticus Vermote schrijft in een ingewikkeld stuk over de psychotische ervaring. De psychoticus betreft alle gebeurtenissen op zichzelf (zoals Vandenbossche uit eigen ervaring schrijft: als het regende, dan was dat omdat de wolken hielden over mijn lot). Door innerlijk kwaad aan de buitenwereld toe te schrijven, ontstaan achtervolgingswanen, aldus Vermote.

Psychoanalytisch jargon maakt de bijdrage voor de leek niet erg toegankelijk, en hoe verder het boek vordert, hoe weerbarstiger de teksten worden.

### HULPVERLENING

De hulpverleners maken het de lezers weer iets makkelijker hen te volgen. Een stuk met een heel persoonlijk en erg fraai gebruik van ironie, is de bijdrage van Hulselmans. Hij beschrijft de ontwikkeling van zijn gedachten en zijn dromen, en begint met een idyllisch beeld van landelijk gelegen psychiatrische ziekenhuizen, waar: alles pais en vree was en de lammeren als het ware dansten in de tuin. Deze lieflijke oorden lagen ver weg van het jachtige bestaan, de snelwegen, en de listen en lagen van de gewone wereld.

De droom werd wreed verstoord door de kritiek op de psychiatrische ziekenhuizen van de laatste decennia. Vriendelijke verplegers werden gevangengehouden, en brave artsen veranderden in sadistische dokters die 'in het beste geval zelf een draadje los hadden'. Zo viel er een bom in de grazige weiden van de psychiatrische ziekenhuizen. Ideeën over het ontruimen van psychiatrie

trische inrichtingen en maatschappelijke rehabilitatie van de patiënten smoorden de laatste landelijke romantiek in de kiem. En wie schets de verbazing van de auteur: het werkt ook nog. Langdurige verblijfspatiënten kunnen zich buiten de instelling handhaven, mits ze daarbij passende ondersteuning krijgen. Hulselmans vertelt hoe het verder gaat, wat men onder (psycho-sociale) rehabilitatie moet verstaan en hoe dat in de praktijk gaat.

#### ETIKET

Tot zover de greep - en nu verder.. Na lezing van het boek vraag je je af of er overeenkomsten zijn in de verschillende bijdragen. Die zijn er, al is de belangrijkste overeenkomst waarschijnlijk het verschil. Schizofrenie wordt over het algemeen gezien als een etiket voor 'verschillende stoornissen die samengebracht worden in één heterogene diagnostische groep' (De Hert en Peuskens). Hierover lijken alle auteurs het eens. Binnen die heterogeniteit strijden optimisme (kunst en artistieke, rehabilitatie) en aandacht voor het verschrikkelijke (het lijden, de ziekte, de ontspoorde gezinnen en gesneuvelde dromen) om de voorrang. Verzoening volgt niet, en is ook niet gezocht.. Het devies van het boek zou kunnen zijn: als er zoveel verschillen zijn, laat dan al die verschillen spreken. Waar alle auteurs het ook over eens zijn is over het gebruik van anti-psychotische medicatie. Dat moet, niemand twijfelt. daaraan. Voor psychoses bestaat geen optimistisch, creatief of sociaal-maatschappelijk antwoord. Daarnaast is *familie* een rode draad in het boek, een draad die het rode oortjesgehalte van de bundel zeker verhoogt.. Biologische verklaringen en onderzoek, die elders aan de macht lijken in de wetenschappelijke 'whodunnit'. over schizofrenie, spelen in deze bundel geen expliciete rol. De focus is vooral het leven met schizofrenie en het omgaan met de ziek(t)e. Hoewel niet expliciet, is het boek wel in debat met de biologische psychiatrie. Voor sociaal-maatschappelijke benaderingen is familie een belangrijke bondgenoot en categorie.

#### SCHULDIGE OUDERS

De auteurs die over familie schrijven halen in vele toonaarden de 'mythe van de schuldige moeder/ouders' onderuit.. Als lezer vraag je je af of dat vandaag de dag echt nog nodig zou moeten zijn. Gegeven de wederkerende tobberijen van familieleden, spelen schuldgevoelens toch nog steeds een grote rol. Met

het afschaffen van de schuldgevoelens is de familie niet uit het verhaal verdwenen.

Familieleden zijn bijvoorbeeld ook doelwit van de hulpverleners en verdienen op hun beurt bijstand. Allereerst als mede-slachtoffers van de schizofrenie van een van de gezinsleden. De noodzaak om de naasten te begeleiden bij het te boven komen van ontwrichtende psychoses, hen te helpen voor de gesneuvelde toekomstdromen andere in de plaats te zetten en hun verdriet te verwerken, wordt algemeen onderschreven.

Naast de begeleiding van familie-leden in verband met hun eigen problemen, komt ook voor de familieleden psycho-educatie en therapie aan de orde. De theorie van de *expressed emotions* speelt daarbij een hoofdrol.. Overmatige kritiek op het schizofrene gezinslid of een overbeschermende houding helpen de patiënt en het gezin van de wal in de sloot en dragen mogelijk bij tot een herhaling van psychoses. De schuldvraag wordt niet meer gesteld, maar er blijft, wel iets in het gezin dat van invloed is op de situatie van de patiënt, en waaraan aandacht wordt besteed.

#### SCHULDIGE HULPVERLENERS

De familie zelf komt, naast in de mooie persoonlijke verhalen, ook als criticus van de hulpverlening aan het woord. De kritische bijdrage van Van Raay en Thewissen-Van Velzen (namens de familie-organisatie Ypsilon) doet de lezer wel even slikken over de agressieve toon.

Voor de familie-organisatie is het wel duidelijk 'wie het heeft, gedaan', en dat zijn de hulpverleners. De auteurs zetten de hulpverleners integraal neer als onnozele, onopgeleide en ondeskundige idioten, die vanuit de loopgraven van de familie moeten worden opgevoed. Het is in dit verhaal niet zozeer de menselijke opstelling waar het de hulpverleners aan ontbreekt, maar hun medische kennis. Iets meer analyse en iets minder boosheid zou het verhaal beslist effectiever hebben gemaakt.. Dan is de bijdrage van Craeymeersch, hoewel ook kritisch, een stuk beter te verteren. Je krijgt als lezer in ieder geval het idee dat je iets meer inzicht krijgt in de muren waar familieleden tegen opbotsen, dan in het eerder genoemde verhaal.. Ook stelt Craeymeersch het lijden van de familie expliciet tegenover een lichamelijke benadering van schizofrenie. De triade patiënt-gezin-hulpverlening ziet zij als de bouwstenen van een geslaagde behandeling en begeleiding.

Familie en schizofrenie blijven dus op een intrigerende manier met elkaar verbonden. Niemand zal de familie nog verantwoordelijk stellen voor schizofrenie, maar het eigen leed van de familie en hun mogelijkheden bij de begeleiding van de patiënt, hebben hun plek in de hulpverlening gekregen.

#### 'VLAAMS'

Een laatste verbindend element in het boek mag triviaal heten: het boek is niet in het Nederlands, maar grotendeels in het Vlaams geschreven. Dat levert soms een iets andere woordkeus op dan een Nederlandse lezer gewend is. Wat hier te lande een terugval wordt genoemd, is in het Belgische 'hervallen'. Artikelen van experts' zijn 'artikels van experten'.

Minder triviaal zijn de sterkere invloeden uit Franse denkradities die voor veel Nederlandse lezers nieuw zullen zijn. Psychoanalyse is in Frankrijk veel belangrijker (en veel meer *bon ton*) dan in Nederland. Psychoanalytisch jargon levert voor Belgische lezers in de betreffende bijdragen mogelijk minder problemen op dan voor Nederlandse.

#### COMPLETE DECONSTRUCTIE

Weet de dappere lezer die de hele bundel doorworstelt nu alles over schizofrenie? Ja en nee. Wat scherp naar voren komt is dat 'het eenduidige verhaal' over schizofrenie niet bestaat.. In die zin is het een postmodern boek, en krijgt de biologische psychiatrie impliciet, als zoeker naar het ultieme, ware verhaal over schizofrenie, eveneens een sneer.. We weten na lezing dat er veel manieren zijn om over schizofrenie na te denken en er mee om te gaan. Zoveel bijdragen, zoveel zinnen.

Het is bijzonder om al die verschillende stemmen in een bundel verenigd te zien. Tel daarbij op de benaderingen die **niet** verhaald worden, en de deconstructie is compleet.. Daarbij kan ik de lezer vooral aanraden het boek ook op een postmoderne manier te lezen: dus niet van kaft tot kaft en als een afgeronde geschiedenis, maar hier en daar een hoofdstuk, naar persoonlijke smaak. En dus: lezen waar je zin in hebt..

*Jeannette Pols, redacteur TGP.*

*Recensie van Zin in waanzin. De wereld van schizofrenie, De Hert, M., Thys, E., Peuskens, J., Petry, D. En Raay, B. van (redactie), Berchem, EPO (voor België), Amsterdam, Babylon De Geus (voor Nederland), 1996.*



# HET ALKMAARS EXPERIMENT

Eddy Haket

*Na alle lovende woorden van prominente personen uit de gezondheidszorg voor het Alkmaarse experiment 'Tijd voor Vernieuwen', is een kritische noot toch op zijn plaats. Bij deze een poging daartoe, zonder afbreuk te doen aan de goede kanten van dit experiment.*

*Waarom zijn 85 vrijgevestigde specialisten bereid om over te stappen op een systeem dat lijkt op het zo verfoeide dienstverband? Omdat er een fiscale constructie mogelijk is en omdat de verzekeraar het gat dicht..*

Diverse staatssecretarissen voor volksgezondheid hebben in het verleden de weerbarstige materie van de specialistenhonoraria trachten te modelleren. Het verrichtingsstelsel zou leiden tot hogere kosten. Niet zozeer door het hiermee gemoeide hogere honorarium voor de specialist (dat bedraagt opgeteld circa f 2 miljard per jaar). De kosten die voor rekening komen voor het ziekenhuis zijn een veelvoud daarvan: inschakelen verplegend personeel, gebruik maken van de OK, voorschrijven geneesmiddelen etcetera. De ziekenhuiskosten komen op f 17 miljard per jaar.

De financiële prikkel in het beloningsstelsel die aanzet tot volumevergroting stond en staat averechts op de politieke doelstelling om de kosten te beheersen. Verzekerden (hogere premies), werkgevers (hogere loonkosten) en patiënten (overbehandeling) hebben in beginsel ook geen belang bij een prikkel om zoveel mogelijk te doen. Uiteindelijk was het staatssecretaris Simons, de wanhoop nabij na alle gestrandde pogingen van zijn voorgangers om wijzigingen aan te brengen in de honoreringsstructuur, die de 'botte bijl van de macrobudgettering' ging hanteren. Simpel gezegd: als de totale omzet voor specialistische hulp in enig jaar stijgt met x procent, de tarieven het jaar daarop ook met x procent worden gekort. In de afgelopen jaren heeft dit systeem tot de volgende tariefmutaties geleid.

Totaal betekent dit een tariefdaling in vijf jaar van bijna 20%. Neem daarbij mee de inflatie over deze periode, ongeveer 12%, dan valt over de afgelopen vijf jaar een reële tariefdaling te constateren van ruim 30%. Met andere woorden: om als vrijgevestigd specialist hetzelfde besteedbaar inkomen te hebben als vijf jaar geleden, moeten nu 30% meer handelingen verricht worden. In diezelfde periode zijn de lonen voor de dienstverband-specialist licht gestegen.

De politieke druk werd onder minister Borst opgevoerd. Als reactie op het door de Commissie Biesheuvel in 1994 uitgebrachte rapport 'Modernisering curatieve zorg' gaf zij het volgende te kennen:

- \* dat het budget voor de medisch specialistische zorg zal worden ondergebracht in het ziekenhuisbudget,
- \* dat het verrichtingsstelsel zal worden afgeschaft,
- \* en dat de grote verschillen tussen de inkomens van de diverse specialisten zullen worden weggewerkt..

Ze gaf daarbij aan dat haar voorkeur uitging naar lokale initiatieven, waarin deze punten nader worden ingevuld. Maar in het uiterste geval zal ze van bovenaf opgelegde maatregelen niet uit de weg gaan.

## INTEGRATIE

Op zich is het dus niet verwonderlijk

dat op diverse plaatsen specialisten een vorm van integratie bij het ziekenhuis overwogen. Immers, verdere tariefdalingen lagen in het verschiep. Meedenken binnen een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, in plaats van het denken overlaten aan de politieke besluitvorming.

Zo ook in Alkmaar. Specialisten, ziekenhuizen en de zorgverzekeraar Univé zijn in 1995 gezamenlijk begonnen aan het experiment 'Tijd voor Vernieuwing'. De kern van dit experiment bestaat uit twee onderdelen, namelijk:

\* de vorming van één stafcollectief in plaats van veertien aparte maatschappen.

† loon naar werken en inkomensharmonisatie, dat wil zeggen de historisch gegroeide verschillen tussen de verschillende specialismen weg werken.

## ///

Via het stafcollectief probeert men te komen tot een collectieve belangenbehartiging via een professioneel bestuur, in de hoop een betere en sterkere gesprekspartner van de ziekenhuisdirectie te worden. Ook hoopt men via schaalvoordelen (gemeenschappelijke inzet van hulppersoneel, apparatuur en administratiebeheer) efficiënter en dus goedkoper te kunnen gaan werken. Bovendien kan de zorgverlening efficiënter door concentratie op kerntaken en meer werk over te laten aan verplegend personeel en assistentes. Voorwaarde hierbij is wel dat er rust is op het tarievenfront.

Via een ingewikkelde fiscale constructie kan inkomensharmonisatie op termijn gerealiseerd worden. In beginsel krijgt elke specialist voortaan een winstaandeel van f 350.000, hetgeen in 1992 gemiddeld verdiend werd. De minderverdiener moet echter volgens een bepaalde formule eenmalig een bedrag storten dat in drie jaar wordt afgelost. De meerverdiener wordt deels uit dit gestorte bedrag financieel gecompenseerd gedurende een aantal jaren. Vanwege de fiscale constructie zal de minderverdiener er gedurende de drie jaar nauwelijks op achteruit gaan, en verdient na die drie jaar het gemiddelde basishonorarium van f 350.000. De meerverdiener kan gedurende ongeveer zes jaar het inkomen op peil houden en valt dan pas terug op het honorarium van f 350.000. Deze Alkmaarse inkomensoperatie liet echter nog een financieel gat van f 4,3 miljoen (= f 50.000 per participierend specialist)

tariefontwikkeling	1992	1993	1994	1995	1996
medisch specialisten					
ziekenfonds	-3,0%	-	-0,2%	5,2%	-2,6%
		10,5%			
particulier	-2,9%	-	-1,0%	-	-2,7%
		11,8%		10,8%	
psychiatrie (AWBZ)		13,7%			

zien, waarvoor Univé de kosten op zich heeft genomen.

Omdat het honorarium uit 1992 de basis vormt en omdat minister Borst de experimenten heeft vrijgesteld van tariefkortingen-wegens-macro-overschrijdingen, betekent dit dat elke specialist gevrijwaard is om harder te moeten werken om hetzelfde inkomen te kunnen blijven genereren. Het is dus niet vreemd dat de Alkmaarse specialisten gekomen zijn tot deze keuze. De minderverdieners weten dat ze op termijn eindelijk een volwaardig inkomen zullen krijgen, en de meerverdieners weten zich zeker dat gedurende een aantal jaren hun inkomen op het oude niveau gehandhaafd blijft. Hun inkomen zou anders door politiek ingrijpen toch gereduceerd worden. De doelstelling om rust te krijgen op het inkomensfront is hiermee dus geslaagd. Bovendien heeft men de regeling zo weten vorm te geven dat er geen sprake is van een echt dienstverband in de vorm van een arbeidsovereenkomst.

Het ziekenhuis is akkoord gegaan met dit experiment, omdat men enerzijds geen extra kosten hoeft te maken voor de regeling (de benodigde f 4,3 miljoen wordt door de verzekeraar gefinancierd), en anderzijds omdat men hoopt in de toekomst meer invloed te krijgen op het totale zorgproces binnen het zie-

kenhuis. Vraag is echter of de verschillende belangen met elkaar zullen sporen. Het is denkbaar dat één stafcollectief, waarvan de leden eenzelfde honorarium hebben, veel sterker komt te staan tegenover de directie van een ziekenhuis, en - zij het indirect - tegenover de verzekeraar.

De verzekeraar is bereid om eenmalig een bedrag van f 4,3 miljoen te investeren, teneinde in de toekomst niet meer apart met de specialisten en het ziekenhuis te hoeven onderhandelen. Immers nu worden nog apart contracten afgesloten met het ziekenhuis en de afzonderlijke specialisten. De verzekeraar zal in de toekomst nog maar één partij te hoeven contracteren, namelijk het ziekenhuis. Dit vereenvoudigt het onderhandelingsproces en kan een aanzienlijke reductie betekenen voor de contracteringskosten.

Minister Borst ziet dit 'meest vergaande experiment' met vertrouwen tegemoet, en kan ogenschijnlijk met een gerust hart terug naar de Tweede Kamer, die op dit dossier de laatste tijd zeer kritisch is.

#### GEAGGREGEERD

Kortom, iedereen lijkt tevreden met het Alkmaarse experiment. Of misschien toch niet? Als het Alkmaarse experi-

ment landelijk ingevoerd zou worden, zou dit op geaggregeerd niveau een forse investering betekenen. Een simpel rekensommetje leert dat het financieringsstekort van f 4,3 miljoen in Alkmaar een bedrag van f 300 miljoen voor heel Nederland zou betekenen. Het achterwege laten van de tariefkortingen van 20% zal een macro-bedrag van f 400 miljoen betekenen. Een totale investering van ongeveer f 700 miljoen.

Het is niet moeilijk te raden wie deze rekening mag betalen: de premiebetaler. Het is de vraag of dit bedrag via eventuele toekomstige efficiency-winst via 'Tijd voor Vernieuwen' terugverdiend kan worden. Het zal in ieder geval iedereen duidelijk moeten zijn dat toekomstige winsten alleen ten goede mogen komen aan diezelfde premiebetalers, hetzij via lagere premies, hetzij door de winsten aan te wenden voor de bestrijding van de wachttijden. Want na jarenlange inspanningen en investeringen teneinde rust te krijgen op het specialistenfront, is het minstens zo noodzakelijk om het belang van de verzekerden en de premiebetalers centraal te stellen.

*Eddy Haket is werkzaam bij de MHP, Vakcentrale voor Middelbaar en Hoger Personeel.*

## Signalementen

### Patiënten belangen in balans

Wat hebben verpleegkundigen te maken met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)? Nogal wat.

Nu '91 heeft een brochure uitgegeven waarin beschreven staat wat de wet precies inhoudt en wat de gevolgen zijn voor het verpleegkundig werk. Er komen vragen aan de orde als:

'Voor welke informatie ben ik als verpleegkundige verantwoordelijk? Moet ik voor alles wat ik doe toestemming vragen aan de patiënt? Ben ik verplicht om aantekeningen te maken in een dos-

sier en zo ja, welke gegevens moet ik minstens vastleggen?

*De Brochure kan besteld worden bij Nu'91. Tel. 030-2964144. Kosten f 17,50 (leden), of f 25,- (niet-leden)*

### Model-privacyreglement voor Verpleeghuizen

De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en de Woonzorg Federatie (WZF) hebben gezamenlijk een brochure met een nieuw model-privacyreglement voor verpleeg- en verzorgingshuizen uitgebracht. In de brochure is ook een uitgebreide toelich-

ting op de Wet Persoonsregistraties opgenomen. Verandering van de privacyreglementen is nodig in verband met de nieuwe wetgeving (WGBO en BOPZ).

*Model-privacyreglement; tekst en toelichting. kosten: f 20,- (voor leden NVVz en WZF) of f 40,- (niet leden). Te bestellen bij: Afdeling Verkoop Publicaties NZj, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht. o.v.v. bestelnummer 596.059, fax: 030-2739495. Of bij de WZF, fax 030-6990322 (ovv bestelnummer 9617.2)*

Nieuw

## Vluchteling en psychotrauma

Centrum' 45 & De Gelderse Roos

Redactie: J.E. Hovens en M. Kooyman

1997, 84 blz. f 25,00 - ISBN 90 232 3271 2

Veel vluchtelingen die in Nederland asiel vragen zijn afkomstig uit oorlogsgebieden en worden geplaagd door traumatische herinneringen. Een grote groep krijgt daardoor psychische on/of lichamelijke klachten, hoewel daan ook een andere oorzaak aan ten grondslag kan liggen, bijvoorbeeld de migratie op zichzelf. De auteurs van dit boek vragen aandacht voor psychische klachten van vluchtelingen en pleiten voor betere diagnostiek ervan. Tevens wordt de behandeling en opvang van getraumatiseerde vluchtelingen aan de orde gesteld. Aangegeven wordt ook hoe de zorg voor deze mensen verbeterd kan worden.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

**VAN GORCUM**

Postbus 43, 9400 AA Assen  
Tel. 0592 379555 / Fax 0592 372064  
E-mail: assen@vgorcum.nl



VLUCHTELING EN PSYCHOTRAUMA



ISBN 90 232 3271 2



### Bestel/Fax-bon

Naam

Organisatie

Adres

Postcode

Plaats

Datum

Handtekening

\_\_\_\_\_ ex Vluchteling en psychotrauma

wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

Deze bon faxen -0592 372064- of in een ongefrankeerde envelop zenden aan: VAN GORCUM, A-B, Industrieweg 38, 9422 VB Assen

## Gedachten en beelden dagen...

studio

zetterij

drukkerij

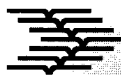
binderij

U kent dat wel: prachtig drukwerk van uw collega's of leveranciers. Zoiets wilt u ook graag, maar hoe gaat dat dan? Wellicht bent u niet volledig op de hoogte van de mogelijkheden van een modern grafisch bedrijf als Van Gorcum. We vertellen u graag wat we allemaal voor u kunnen doen.

Drukkerij

**VAN GORCUM**

Industrieweg 38  
Postbus 43, 9400 AA Assen  
Telefoon (0592) 37 9555, Telefax (0592) 372064



**IK LAAT  
WERKENDE KINDEREN  
OOK HUN  
VERSTAND  
GEBRUIKEN**

GELOOF IN EIGEN KRACHT  Mensen in Nood  
**GIRO 667**  
Tel. 073-6456770

Nieuw

# Wie in tranen zaait...

## *Geschiedenis van de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland*

Eindredactie Renate G. Fuks-Mansfeld en Armand Sunier

Bronnenstudie en eerste samenstelling Francine Püttmann

1997. 210 blz. gebonden f 49,50 - ISBN 90 232 2994 0

Tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de medische wetenschap, de psychiatrie en de Nederlandse samenleving, ontstaat tegen het einde van de vorige eeuw in Nederland een specifieke voorziening voor joodse geestelijke gezondheidszorg. Na een aarzelende start komt de JGG (toen CIK geheten) tussen de beide wereldoorlogen tot bloei. Het 'Apeldoornsche Bosch' wordt een toevluchtsoord voor vele psychiatrische patiënten. In de Tweede Wereldoorlog gaat de Duitse bezetter over tot deportatie van alle patiënten, die vrijwillig worden begeleid door een deel van het personeel. Bijna niemand keert terug.

Na de Tweede Wereldoorlog worden al gauw initiatieven genomen om de JGG weer een eigen plaats te geven in de Nederlandse gezondheidszorg. Het Sinai-Centrum ontstaat en biedt zowel ambulante als klinische psychiatrische zorg. Al spoedig wordt het Sinai-Centrum een van de belangrijkste centra voor behandeling van joden met hun oorlogstrauma's. De joodse geestelijke gezondheidszorg is ook thans niet weg te denken uit onze samenleving.

*Wie in tranen zaait...*, een zeer boeiende geschiedschrijving door auteurs die hun grote betrokkenheid bij deze geschiedenis durven laten doorklinken.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

**VAN GORCUM**

Postbus 43, 9400 AA Assen

Tel. 0592 379555 / Fax 0592 372064

E-mail: assen@vgorcum.nl



### Bestelbon

Naam \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ex. *Wie in tranen zaait....*

Adres \_\_\_\_\_

*wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen*

Postcode \_\_\_\_\_

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

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

VAN GORCUM, Antwoordnummer 3,  
9400 VB Assen

Handtekening \_\_\_\_\_

