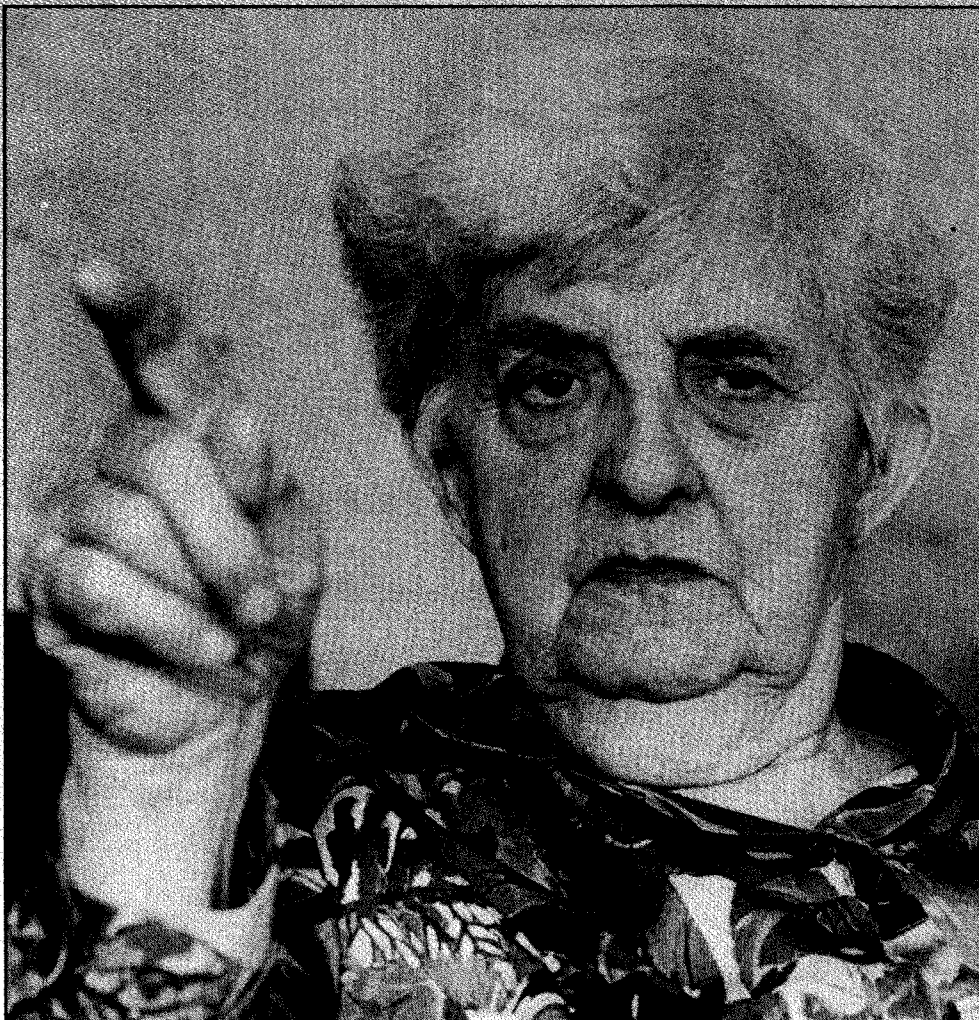


TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 10
NR. 5 / OKTOBER 1992



**Thema:
Ouderen**

Gezondheids- en voorlichtingscampagne voor migranten

Parlementaire enquête onderzoekt het verkeerde

Keuzen in de zorg worden in de spreekkamer gemaakt

Demente bejaarden in een woonproject - een fotoreportage

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 16
NR. 5 / OKT. 1992

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

Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:

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

Redactie:

Annemieke Bosrna, Thea Dukkers van
Emden, Luc Klaphake, Annemiek Meinen,
Frans van der Pas, Aase Riemann, Sonja
Schmidt, Ingrid van de Vegte, Joost
Visser, Hetty Vlug
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenberg, Hans Blaauwbroek,
Adri van de Bom, Martien Bouwmans,
Maarten Evenblij, Maria Hensen, Joost
van der Meer, Bart Lammers, Evelyne de
Leeuw, Arko Oderwald, Sigrid Sijthoff,
Hans Spijker, Richard Stammers, Marco
Strik, Gabriëlle Verbeek, Janneke van Vliet,
Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

Alle bijdragen zenden aan het redactie-
adres. Aanwijzingen voor auteurs op
aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging
en adreswijzigingen uitsluitend schriftel-
ijk doorgeven aan: de uitgever.

Indien twee maanden voor het verstrijken
van de abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen
wordt het abonnement automatisch met
een jaar verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-

Foto omslag:

Mieke Schlaman

Vormgeving:

LORO - Reklame- Ontwerpburo . B.Y.,
Postbus 631,, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax . 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:

De uitgever,

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

INHOUD

Thema: Ouderen

- 2 Redactioneel
- 3 Rob Routepen
De toekomst van de vergrijzing
- 6 Marcel Bullinga
Individuele Zorgsubsidie in Rotterdam
'Zonder dat project zou ik in een verzorgingstehuis zitten'
- 9 Oudere vrouwen en hun gezondheid
Anke Westerveld, column
- 10 Frans van der Pas
Waar blijft het verzorgingsverlof?
- 12 Henk Verhoeven & Eelco Bosma
Technologie in de thuiszorg vergroot de zelfredzaamheid
- 14 Nederland stabiliseertverandert*
Nico de Boer, column
- 15 De Gooyer, een woonproject voor demente ouderen
Foto's Marlies Rekkers
- 18 Margreet van Oostrom
Nooit te oud voor politieke macht
- 20 Ingrid van de Vegte
Het blijft pionieren in de gezondheidsvoorlichting
aan migranten
- 23 **UIT DE KAST**
'Pedagogie van de onderdrukten'
Herman van Aaideren
- 24 Geert van der Laan
Keuzen in de spreekkamer
- 27 Parlementaire enquête
Jos van der Lans, column
- 28 Arko Oderwald
Kritische wetenschap nieuwe stijl
'De medische antropoloog als verteller en vertaler'
- 30 Boeken
Drugs Looking for Diseases
- 31 Signalementen

OUDEREN

REDACTIONEEL

Oudere mensen zijn duur voor de samenleving (onder meer) omdat ze een groot beroep doen op de voorzieningen in de gezondheidszorg. Bovendien worden de ouderen steeds ouder (in 1979 werden vrouwen gemiddeld 76,6 en mannen 70,8 jaar, in 1988 al 80,5 respectievelijk 73,7). Met zorg praat men dan ook over de *babyboom* van na de oorlog die in het begin van de eenentwintigste eeuw toe zal zijn aart haar oude dag.

Deze redematies roepen beelden op van een samenleving vol behoeftige en kreupel bejaarden. Maar ouderen zijn heden ten dage vitaler dan ooit. Het zou dan ook wel eens mee kunnen vallen met die sombere voorspellingen over de kosten die de samenleving aan de grote groep ouderen in het jaar 2005 moet uitgeven, zegt de Scenariocommissie Eerstelijnsgezondheidszorg.* De ouderen worden wel ouder maar dat gaat gepaard met een betere (of als beter ervaren) gezondheid, onder meer omdat ouderen steeds hoger opgeleid zullen zijn en uit onderzoek blijkt dat die twee dingen met elkaar samenhangen. Ouderen worden gemiddeld op een steeds latere leeftijd ziek. En bovendien: er is geen sprake van vergrijzing maar van ontgroening, zegt Rob Houtepen in het openingsartikel 'De toekomst van de vergrijzing'. Er komt een interessante nieuwe doelgroep bij: de vitale oudere met een eigen leefstijl van 'niet meer hoeven maar des te beter kunnen'.

In dit nummer over ouderen (waarvoor wij de magische grens van 65 jaar hanteren) zult u weinig verhalen aantreffen over de hulpbehoevende oudere die onder zware lasten en pijnen de laatste dagen van het leven slijt. Wij willen het juist hebben over de zelfstandigheid van de ouderen, in gezondheidsjargon ook wel de zelfredzaamheid genoemd.

Er bestaan veel verschillende theorieën over het ouder worden. Sinds de jaren zestig is de theorie in zwang dat de gezondheid van ouderen samenhangt met sociale activiteiten. Zodra ouderen zich gaan terugtrekken uit het sociale leven zou het lichamelijk en psychisch verval toeslaan. Vanuit deze visie gedacht zou de vut mensen en masse in de verzorgingstehuizen hebben doen belanden. Maar dat gebeurde niet precies. Er kwamen wel veel meer ouderen terecht in verzorgingstehuizen maar dat bleek eerder samen te hangen met de woningnood (ouderen moesten plaats maken voor jonge gezinnen). Zo kwamen er ook andere theorieën en zienswijzen in omloop. De 'disengagement'-theorie, bijvoorbeeld, waarvan de aanhangers betoogden dat het in de genen vastligt dat het voortschrijden der jaren samengaat met terugtrekking uit het sociale leven. Het zou dus averechts werken om ouderen te stimuleren met beide benen in de maatschappij te blijven staan. Het feit dat oudere mensen relatief minder contacten hebben en een teruggetrokken bestaan leiden dan de werkende en rondrennende veertigers kon niemand ontkennen. Maar over de redenen en de gevolgen daarvan worden hevige twisten gevoerd. Er is immers ook een maatschappelijke oorzaak aan te wijzen voor het isolement van ouderen: de maatschappij is ingericht op het jeugdige deel der mensheid en maakt het voor de oudere die graag nog een aardige partij in de kakofonie van de samenleving wil meeblazen vaak nodeloos moeilijk. In Amerika is daar zelfs een term voor bedacht: 'ageism'. En ook bij ons worden al de eerste processen gevoerd om discriminatie van ouderen rechtmatig te kunnen straffen.

Maar uiteindelijk gaat het erom dat de ouderen zelf keuzen kunnen maken. Dat wordt duidelijk als we kennismaken van de resultaten uit het onderzoek van de Zweedse sociaal gerontoloog Tornstam. Hij deed een grootscheeps eenzaamheidsonderzoek onder de gehele bevolking van vijftien- tot tachtigjarigen. En wat bleek: ouderen voelen zich veel minder eenzaam dan jongeren! Terwijl ouderen tegelijkertijd minder contacten hadden dan de jongere generatie. De uitdrukking 'eenzaam maar niet alleen' heeft dus een spiegelbeeldige tegenhanger. Het geluk en de gezondheid van de oudere (en wellicht van elke generatie) hangt niet zonder meer samen met arbeid en activiteit.

Kortom: de oudere moet zelf kunnen uitmaken hoe hij of zij de oude dag wil slijten. Iemand kan ervoor kiezen om die in de leunstoel door te brengen maar het moet ook kunnen dat de oudere als actief en productief lid aan de samenleving blijft deelnemen.

In de beleidsnota *Ouderen in tel* die het beleid van de regering tussen 1990 en 1994 vastlegt, hanteert men het uitgangspunt dat ouderen 'volwaardig aan de samenleving moeten kunnen deelnemen'. Prioriteiten van het ouderenbeleid liggen derhalve bij educatie van ouderen, het tegengaan van vroegtijdige uittreding uit arbeid en het scheppen van condities om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het is de vraag of met deze mooie beleidsvoornemens wel recht wordt gedaan aan de ouderen die het liefst in hun eentje boswandelingen maken of in hun leunstoel alsnog het gehele oeuvre van hun lievelingsauteur doornemen. Creëert deze nota niet weer een nieuwe norm: zolang je nog redelijk vitaal bent dien je je ten volle in de woelwateren van de maatschappij te begeven...? Ook is het nog maar de vraag of ouderen coûte que coûte zo lang mogelijk thuis willen wonen. Voor de kostenbeheersing lijkt dit misschien een goed uitgangspunt (hoewel lang niet zeker is dat thuiszorg goedkoper is); maar het gaat er wel stilzwijgend van uit dat er een leger van vrijwilligsters klaarstaat die de inmiddels hulpbehoevende oudere met de meest simpele zorgen omringen. Frans van der Pas laat in het artikel 'Zorgen voor je vader of moeder' zien hoe dit scenario over de thuiszorg danig in de knel zal komen als werkelijk alle 'meiden op hun toekomst voorbereid' zullen zijn.

En bovendien, waarom treffen we in de nota die - nemen we aan - vanuit de beste bedoelingen geschreven is, geen voorstellen aan om de inkomenspositie van ouderen te verbeteren? Want als we het over sociale misstanden hebben is dit wel een heel pregnante. Margreet van Oostrom gaat in haar artikel 'Macht en onmacht van ouderen' in op de slechte financiële positie van oudere vrouwen en de gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg. Een inkrimping van het basispakket (waarbij men er bijvoorbeeld serieus over discussieert om bepaalde vormen van gezinszorg uit het pakket te halen) heeft rampzalige gevolgen voor de vrouw die op haar 85ste nog graag haar eigen potje zou willen koken. De oudere vrouw zal op die manier het werkelijke 'kind van de rekening' worden van de problemen met de kostenstijging in de gezondheidszorg.

Annemiek Meinen
Aase Riemann
Hetty Vlugg

* Nivel, *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg*, Rijswijk, 1991.

DE TOEKOMST VAN DE VERGRIJZING

Rob Houtepen

Dat juist het afgelopen decennium vergrijzing een 'issue' is geworden, duidt erop dat 'vergrijzing' niet simpelweg een gegeven is. En inderdaad, de constatering dat 'Nederland vergrijst' wordt meestal gevolgd door de problemen die daarmee gepaard gaan. Vooral als het over ouderen in de gezondheidszorg gaat is 'vergrijzing' is meestal synoniem met 'vergrijzingsproblematiek'. Vergrijzing staat voor toenemende lasten. Vergrijzing betekent dat er meer voor ouderen gezorgd moet worden, dat er voorzieningen moeten worden getroffen en geld uitgegeven aan ouderen.

Maar als we kijken naar de ontwikkeling van de Nederlandse bevolkingspiramide in deze eeuw, worden we niet getroffen door de toename van het aantal ouderen aan de 'top', maar door de verschuiving van de verdikking (het grootste bevolkingsaandeel) van de jeugd naar de volwassenheid: de bevolkingspiramide is een soort raket geworden'. Als weergave van een ontwikkeling in de bevolkingssamenstelling is de term vergrijzing dus nogal selectief: ontgroening is beter. Dit geldt des te sterker als we kijken naar de ontwikkeling in de komende decennia: dan vlakt de toename van het aantal ouderen, die al lang bezig is, juist af.'

Toch heeft de visie dat Nederland vergrijst en dat dat vooral lasten met zich meebrengt, stevig postgevat. Op deze manier wordt het begrip vergrijzing bijvoorbeeld gebruikt in een van de belangrijkste studies over de positie van ouderen in de gezondheidszorg: het rapport *Ouder worden in de toekomst* van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg uit 1985. Dit rapport is opgesteld door een 'Scenariocommissie Vergrijzing' ten behoeve van de *Nota 2000*. De regering liet zich voorrekenen wat de (financiële) consequenties voor de gezondheidszorg zouden kunnen zijn van het toenemend aantal ouderen. De publiciteit, rond dit soort rapporten maakt dat ouderen vooral als potentiële probleemgevallen worden gezien en ouder worden als een vorm van tot last worden. Zo'n effect heeft bijvoorbeeld ook de demografische appendix 'Nederland vergrijst; de vergrijzing van Nederland in beeld gebracht (1990-2015)' bij de laatste regeringsnota over het ouderenbeleid: op kaartjes is, met kleurverschillen per gezondheidsregio en per provincie in beeld gebracht hoe de vergrijzing zich als een soort enge ziekte over Nederland verspreidt.^{1,3}

EMANCIPATIE

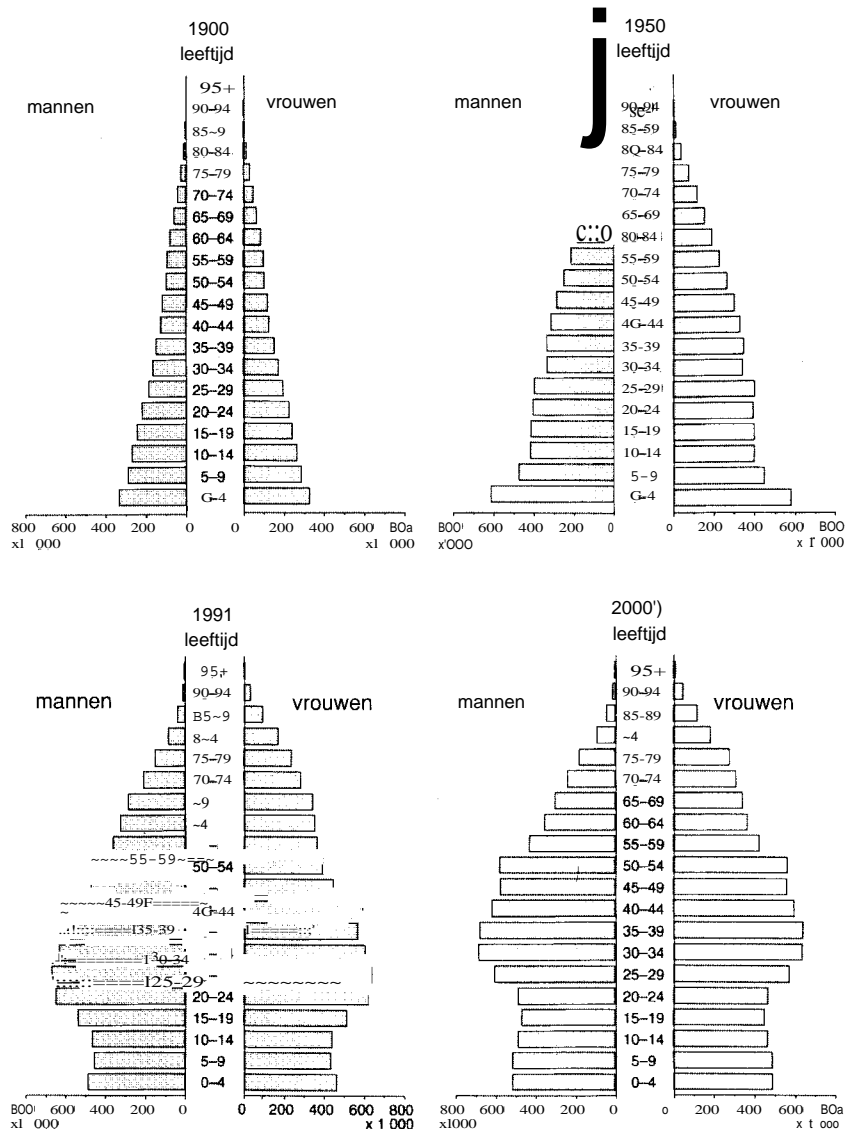
Tegen die visie op ouderen als een soort kostenpost wordt bezwaar gemaakt door ouderenbonden en anderen die opkomen voor de

emancipatie van ouderen. Zij leggen er de nadruk op dat ouderen in onze samenleving tot een probleemgroep worden gemaakt. De voorzitter van het Cosbo, de samenwerkende ouderenbonden, heeft bijvoorbeeld gezegd dat 'voor de ouder wordende mens het moment, waarop hij met vut of pensioen gaat, verschrikkelijk duidelijk maakt dat hij maatschappelijk dood wordt verklaard. De cadeaus wijzen er al op: een fiets om weg te gaan, een horloge om de uren te tellen, een luie stoel om te rusten of een hengel om stil aan het water te zitten.' Op de belangrijkste plaatsen in onze samenleving zie je geen ouderen: in het bedrijfsleven en de politiek, bij de overheid en de media enzovoorts. Ook lager op de arbeidsmarkt zijn ouderen steeds meer uit beeld verdwenen vanwege de opkomst van de vut. In het algemeen worden

ouderen niet voor vol aangezien en tellen ze niet mee. Hier is sprake van een vicieuze cirkel en een zichzelf versterkende negatieve spiraal: een negatief beeld van ouderen vormt de voedingsbodem om hen uit maatschappelijke posities te stoten en het maatschappelijke isolement waarin ze verkeren vormt weer een voedingsbodem voor negatieve stereotypen. Met andere woorden, ouderenbonden en anderen klagen over discriminatie. Daartegenover pleiten zij voor emancipatie, integratie en participatie van ouderen."

Nu is het opvallend dat ook de regering, vanaf de eerste bejaardennota in 1970, het overheidsbeleid ten aanzien van ouderen steeds in het teken heeft gezet van het streven naar emancipatie, participatie en integratie. In alle nota's levert de regering ook zelf de ge-

Leeftijdsofbouw naar geslacht, 1 januari



¹⁾ Volgens Bevolkingsprognose 1990 Midden Variant

Uit: Statistisch Jaarboek 1992, van het Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 1992

gevens op grond waarvan we van een duidelijke achterstandspositie van ouderen kunnen spreken: ouderen hebben relatief lagere inkomens, een slechtere huisvesting, ze zijn ondervertegenwoordigd in de meeste maatschappelijke organisaties en ze nemen minder deel aan allerlei belangrijke maatschappelijke activiteiten, zoals sport, cultuur en educatie.' In het kader van de laatste nota heeft de regering zelf onderzoek laten doen naar leeftijdsdiscriminatie van ouderen en naar de negatieve beeldvorming over ouderen. Ook wordt het bevorderen van flexibele pensioering naar voren gebracht als middel om de uitstoot van ouderen uit de arbeidsmarkt te keren. Uit de commentaren van de ouderenbonden op het ouderenbeleid van de regering blijkt dat zij het eens zijn met de strekking van het beleid. Zij hebben vooral bezwaar tegen de te geringe middelen die ervoor worden uitgetrokken en het gebrek aan een werkelijk geïntegreerde aanpak.' De gemeenschappelijke noemer is dat ouderen geen achterstandspositie mogen innemen: zij moeten zo veel mogelijk aan het 'normale' maatschappelijke verkeer deelnemen. Ouderen moeten net zo veel rechten en kansen hebben als ieder ander. De nadruk ligt op de gelijkwaardigheid van ouderen, zonder dat een fundamenteel andere inrichting van de samenleving wordt bepleit. Men streeft voor ouderen naar een groter deel van de koek en

niet naar \eran,j-nn-... Het beeld van ouderen ca; h:~A:~... gaat is dal van individuen die l:~... alleen door hun leeftijd \ all... onderscheiden. Idealiter ZIJn c'lje:~... bijzondere mensen en is vergrijzing oot; met... bijzonders. Voor deze visie zijn goede HISTORISCHE aanknopingspunten. In de geschiedschrijving komen ouderen als zodanig vóór de negentiende eeuw zelden voor. Dit komt niet doordat 60-plussers zo'n zeldzaamheid waren, want wie eenmaal dertig was geworden had een redelijke kans om ook de zestig te halen. De grote sterftelgolven waren tijdens de baby- en kindertijd en voor vrouwen bij het baren. Voor zover bekend hebben 60-plussers in de westerse geschiedenis als regel vijf tot tien procent van de bevolking uitgemaakt. Maar ouderen vielen niet op, omdat er geen scherpe scheiding tussen de volwassenheid en de ouderdom bestond. Wie arm was werkte tot hij of zij erbij neerviel. Wie bezit had kon zelf het moment bepalen waarop hij dit aan de volgende generatie overdroeg, en desgewenst tot zijn dood zelf het beheer voeren. Stereotiepe uiterlijke ouderdomsverschijnselen (kromme houding, tandeloosheid, grijze haren, enzovoorts) vertoonden sommigen al vóór hun veertigste en velen vóór hun vijftigste. Er bestond in ieder geval geen algemeen aanvaarde en in acht genomen leeftijdsgrens, precies of ongeveer,

... 65 als een magische ... Pas na de industrialisering ... sociale groep. ... de productie wer... De uitstoot ... van vakbonden en ... gereguleerd worden ... ningsregelingenNog ... over tot algeme... met vaste leeftijds... 'bejaarden': gepensioneerde 65-plussers. Als flexibele pensioering \all de grond komt, is het dus Uilhistorisch oogpunt helemaal niet zo'n onrealistisch idee dal ouderen en vergrijzing 'niets bijzonders' zijn. Ook de afgelopen decennia is het streven om ouderen niet meer te identificeren met eenzame en gebrekkige bejaarden waarschijnlijk erg bevorderd doordat de vut en dergelijke de 65-jaar-grens doorbroken hebben. Als straks alle vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt na hun vijftigste geleidelijk 'vergrijzen', zal dat etiket allicht veel van zijn negatieve lading verliezen.

OUD EN WIJS...
 Moeten we echter wel tevreden zijn met gelijkwaardigheid voor ouderen? Er is wat dat betreft een parallel met het feminisme en andere emancipatiebewegingen. Veel feministen streven niet alleen naar een sterkere maatschappelijke positie voor vrouwen, maar



17de-eeuwse kopergravure uit de collectie van de Atlas van Stolk, Rotterdam

ook naar erkenning van specifiek 'vrouwelijke' kwaliteiten en naar een 'feminisering' van de hele samenleving. Hoe stereotiep en discriminerend ideeën over 'vrouwelijkheid' ook kunnen zijn, zoiets als een vrouwelijke identiteit is voor velen de moeite van het verdedigen en versterken waard.

Dergelijke geluiden zijn er ook ten aanzien van ouderen.¹⁰ Snelheid, verandering, produktiviteit en flexibiliteit, overheersen het beeld in de media, in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Zolang dit de overheersende waarden zijn in onze samenleving, valt moeilijk in te zien hoe ouderen als volwaardige burgers mee kunnen tellen. Is het voor ouderen ook niet belangrijk om hiertegenover een eigen identiteit te ontwikkelen en benadrukken? Kan 'vergrijzing' niet gezien worden als een verworvenheid, een wenselijke ontwikkeling: rijper worden, wijzer worden, enzovoorts? De Amerikaan Daniel Callahan stelt dat ouderen aan jongeren een perspectief kunnen bieden op de zin van het leven.¹¹ Ook de Nederlandse psychogerontoloog Joep Munnichs pleitte in zijn afscheidsrede als hoogleraar voor een soort mentorschap van ouderen over jongeren.¹²

De zin van het oud-zijn en speciale rollen voor ouderen zijn echter geen dingen die je zomaar uit een hoge hoed tovert. Zijn er voorbeelden en aanknopingspunten voor? De pleitbezorgers voor een eigen culturele identiteit van ouderen verwijzen hiervoor nogal eens naar de vooraanstaande rol die ouderen in andere culturen zouden spelen of in ons eigen westerse verleden gespeeld zouden hebben. In traditionele culturen zouden ouderen het dikwijls voor het zeggen hebben op religieus, politiek en sociaal gebied. Het probleem is hierbij dat de sociale rol van ouderen bij de meeste culturen gebonden is aan een zeer gesloten wereldbeeld en een strak kader van sociale mogelijkheden en verplichtingen. De ouderdom is ingebed in een samenhangend systeem van religieuze overtuigingen, familiebanden en regels over wie precies welke sociale functies mag vervullen. Het prestige van ouderen hangt samen met een religieuze cultuur van voorouderverering en een sociale cultuur van strikte plichtsbetrachting.

Het is echter moeilijk om zomaar iets van andere culturen te lenen. In het algemeen geldt dat culturele waarden en praktijken nu eenmaal niet getransplanteerd kunnen worden van de ene samenleving op de andere. Aan andere culturen kunnen we bruikbare ideeën ontleen, voor zover die aansluiten bij de reeds aanwezige voedingsbodem. Zeker in het geval van traditionele samenlevingen geldt echter dat de sociale omgeving dermate verschilt van de onze dat vergelijking zinloos is. Neem de rol die ouderen vervullen als erfgenamen en doorgevers van de cultuur van een volk. Die specifieke rol is ondenkbaar in een samenleving als de onze, met zijn onderwijsstelsel en zijn aanbod van allerlei media. Over de positie van ouderen in traditionele culturen valt veel positiefs te zeggen, maar die is onverenigbaar met onze cultuur van individuele vrijheid en levensbeschouwelijk pluralisme.

In de westerse geschiedenis wordt voor de zin van de ouderdom vaak verwezen naar de traditie om de levensloop te verbeelden als een

parcours van levensfasen, waarin elk stadium een eigen karakter heeft.¹³ Hierin zou ook de 'vergrijzing' een kwestie van persoonlijke groei zijn. Uit de illustraties en de bijbehorende tekst blijkt echter dat het meestal gaat om variaties op het aloude levensboog-thema: de middelbare leeftijd geldt als hoogtepunt van het leven en daarna volgt gestage achteruitgang. Dit blijkt erg plasisch uit de populairste illustraties in deze levensfasen-traditie, namelijk de levenstrappen. Na de top in het vijfzigste levensjaar is ieder decennium een nieuwe trede omlaag. Ook de bijbehorende teksten zijn vaak onbarmhartig. In het Frans is zestig jaar de 'age déclinante' (achteruitgang), zeventig jaar een 'age de décadence' (verval), tachtig jaar een 'age caduc' (afgeleefd), en negentig de 'age de décrépitude' (onttakeling). Ook de levensfasen-traditie biedt ons dus weinig aanknopingspunten voor een zinvolle ouderdom.

DE NIEUWE OUDEREN

Een eventuele eigen identiteit van ouderen kunnen we naar mijn idee beter niet zoeken in de sfeer van de wijsheid en de zin van het leven. Ik zie meer in de opkomst van de zogenaamde 'nieuwe ouderen' ofte wel senioren: mensen van 55 tot 75 jaar met meer inkomen, meer opleiding en meer mondigheid dan de gemiddelde oudere van nu." Dit is een interessante doelgroep aan het worden voor onderwijsinstellingen, reisbureaus, bladenmakers, producenten van luxe-goederen, zelfstandige ondernemers in de gezondheidszorg, enzovoorts. Ze hebben de tijd, het geld en de vitaliteit, om leuke dingen te doen. Zij zouden een herkenbare en gewaardeerde groep van consumenten, vrijwilligers en cultuurdragers kunnen gaan vormen: eigen clubs, cursussen, reizen, bladen, enzovoorts. Er ontstaat dan een eigen, positief gewaardeerde leefstijl, gekoppeld aan een houding van 'niet meer hoeven maar des te beter kunnen'.

Volgens mij bestaat er dus maar een beperkte speelruimte om het begrip vergrijzing te koppelen aan een eigen en gewaardeerde identiteit van ouderen. Het gaat dan om een bepaalde levensstijl van vitale ouderen. Deze wijkt relatief weinig af van die van jongeren en is ook niet weggelegd voor de meeste hoogbejaarden. In elk geval kan een positief beeld van 'vergrijzing' pas ontstaan als die is gekoppeld aan bepaalde praktijken en levensstijlen van ouderen. Om hiervoor ruimte te creëren moeten we ons eerst maar eens concentreren op het streven naar gelijkwaardigheid.

Ten opzichte van de zogenaamde 'vergrijzingsproblematiek' past naar mijn idee een drievoudige strategie. Ten eerste een relativering. Een ouder wordende bevolking kost niet alleen maar geld, maar bespaart ook geld en levert ook geld op: minder criminaliteit, minder verkeersslachtoffers en voorzieningengebruik op daluur-tijden.¹⁴ In veel opzichten vergen ouderen veel minder voorzieningen dan jongeren. Ten tweede is vastgesteld dat de groei van het aantal ouderen maar in beperkte mate verantwoordelijk is voor de groei van de kosten in de gezondheidszorg. Het is tendentieus om ouderen impliciet tot zondebok te maken. Maar in welke mate de vergrijzing verantwoordelijk is

voor de kostenstijging, is onduidelijk, zeker voor de toekomst (zie het eerder genoemde scenarioreport en noot 2). Ten derde moeten we gewoon een fatsoenlijke verzorgingsstaat in stand houden. Niet speciaal voor ouderen, maar net zo goed voor ouderen.

Rob Houtepen is verbonden aan de vakgroep Gezondheidsethiek van de Rijksuniversiteit Limburg Maastricht.

Hij doet onderzoek naar het verband tussen het beeld van ouderen en ouderdom enerzijds en argumentatie-strategieën om de maatschappelijke positie van ouderen te verbeteren anderzijds.

Noten

1. Dit valt bijvoorbeeld te zien in: W. van Hoom, 'Bevolkingsamenstelling'. In: *Maandstatistiek bevolking*, 1989, nr. 10, p. 12 en in het Statistisch Jaarboek, CBS 1990, p.43.
2. P. van der Maas, 'Mythen over vergrijzing eli volksgezondheid'. In: *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 60 (1982), nr. 23, p. 711-721.
3. Nota *Ouderen in tel*, Tweede Kamer, zitting ~ 1990-1991, 21814, nrs. 1-2, 's-Gravenhage, p. 67-73. Overigens staat in deze nota (en in de daarbij horende deelstudies) veel nuttige informatie over bijvoorbeeld oudere vrouwen, de sociale participatie van ouderen en de positie van ouderen op de arbeidsmarkt.
4. L. van der Meer, 'Richtlijnen ouderenbeleid'. In: *Senior* 1989, nr. 19, p. 413.
5. Dit wordt bijvoorbeeld betoogd in: Karel Reestman, *Over de oudere mens en zijn maatschappij*, Nederlands Instituut voor Gerontologie, Nijmegen 1983.
6. *Richtlijnen Ouderenbeleid*. Cosbo, Utrecht 1989.
7. Zie de eerdergenoemde nota *Ouderen in tel*.
8. Zie de eerdergenoemde Cosbo-nota.
9. Zie voor deze ontwikkeling: Carol Habar, *Beyond Sixty-Five*, Cambridge 1983. In Nederland: Willem Winters, *Die staatshulp wenschen wij... Pensioenstrijd in Nederland*, SDU, 's-Gravenhage 1990.
10. Bijvoorbeeld in: A. Herzberg & R. Kwant, *Hoezo te oud?* Amersfoort 1984. A. Marcoen, 'Ouder worden en ouderdom, beeld en tegenbeeld' p. 37-48 in: *Acta Hospitalia*, 1988. G. van der Wal, 'Ouder worden: erkenning of ontkenning' p. 27-50 in: M. Verkerk, *De mythe van de leeftijd*, 's Gravenhage 1990.
11. D. Callahan, *Setting Limits*, New York 1987, p.41-48.
12. J. Munnichs, *Gerontologie, levensloop en biografie*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1990.
13. In het Nederlands over deze traditie: H. Peeters (1986) 'De levensloop in het begin van de Moderne Tijd' p. 59-83 in: H. Peeters & F. Mönks, *De menselijke levensloop in historisch perspectief*, Assen/Maastricht.
14. Deze groep wordt geportretteerd in een van de voorstudies van *Ouderen in tel*, namelijk: Jongbejaarden, grenzen en reserves.
15. L. Klaassen & J. van der Vlist, 'De economie van de oudere Nederlander'. In: *ESB* 28-20-1987, p. 1018-1021.

'ZONDER DAT PROJECTZOU IK NU IN EEN VERZORGINGSTEHUIS ZITTEN'

Marcel Bullinga

Het Rotterdamse project Individuele Zorgsubsidie (IZS), bestemd voor ouderen met een indicatie voor het verzorgingstehuis, is in meerdere opzichten uniek. Het bespaart de gemeenschap geld, de rijksoverheid is blij dat haar beleid van 'zorgsubstitutie' haalbaar blijkt. En de deelnemende ouderen zijn dik tevreden over de extra mogelijkheden die met de zorgsubsidie kunnen worden gerealiseerd. IZS biedt ouderen de mogelijkheid langer zelfstandig te blijven wonen. Zo wordt plaatsing in een verzorgingstehuis voorkomen of op zijn minst uitgesteld.

In drie Rotterdamse wijken kregen 75 huishoudens (62 alleenstaanden en dertien (echt)paren) de beschikking over een *zorgbemiddelaar* en een *individuele zorgsubsidie*. De ouderen stonden allen op de wachtlijst voor een verzorgingstehuis.

De *zorgbemiddelaar* - het Rotterdamse equivalent voor 'case-manager' - bezoekt de oudere eens in de drie tot vier weken. Zij heeft maximaal dertig huishoudens 'in beheer'. Samen met de oudere bekijkt ze wat deze nodig heeft aan zorg- en dienstverlening, én hoe dat wordt betaald: door de oudere zelf of uit de (izs). De *zorgbemiddelaar* fungeert als 'ver-trouwenspersoon' en treedt zo nodig op namens de oudere naar zorg- en dienstverleners. Daarbij hoort ook het bemiddelen bij klachten. Uniek in hulpverleningsland is de onafhankelijke positie die de *zorgbemiddelaar* bekleedt ten opzichte van de zorgaanbieders.

De *individuele zorgsubsidie* is niet precies vergelijkbaar met een 'cliënt-gebonden budget' (dat wil zeggen, een geldsom voor de totale inkoop van zorg in plaats van zorg in natura). Het is een bedrag voor *aanvullende, boven-reguliere* zorg op maat. Als reguliere organisaties bepaalde hulp niet kunnen bieden (bijvoorbeeld door capaciteitsproblemen) of als de mantelzorg tijdelijk ontlast moet worden, is er geld voor de inkoop van hulp en zorg op de commerciële markt. Per oudere was er een jaarlijks budget van gemiddeld f7020,-. Ze gebruikten echter veel minder: de alleenstaanden zo'n f1900,-, de (echt)paren f2500,-.

De inkomenspositie van de doelgroep varieerde. De meerderheid (54%) had AOW

plus een bescheiden pensioen van tussen de f100,- en f300,-; 25% had AOW + een pensioen van f300,- of meer, en 21% had alleen AOW. 22% van alle huishoudens deed een beroep op bijzondere bijstand. De doelgroep is kwetsbaar. Zo werd 34% van de deelnemende ouderen minimaal één keer in het ziekenhuis opgenomen.

Het beoogde substitutie-effect werd inderdaad bereikt. In januari 1991 woonde iets meer dan de helft van de ouderen die aan het begin meededen, nog zelfstandig. De overigen konden opname in een verzorgingstehuis of verpleegtehuis niet langer vermijden, of waren overleden. Tijdens de experimentele fase van het project, van 1988 tot 1991, werd maar liefst f716.000,- op de collectieve middelen bespaard.

Het projectbureau IZS concludeert dan ook in zijn eindverslag van december 1991 dat 'zorgbemiddeling en zorgsubsidie als regulier aanbod ter beschikking moeten komen'. In Rotterdam alleen al, zo is de schatting, komen 1000 tot 1500 ouderen in aanmerking voor het project.

GELD

De *zorgbemiddelaars* boren allereerst de aanwezige reguliere zorg en dienstverlening aan. Vervolgens is de *individuele zorgsubsidie* beschikbaar voor *boven-reguliere* zorg. De gelden worden beheerd door het projectbureau, niet door de ouderen zelf. In de experimenteerfase vloeide het bedrag dat niet werd besteed, terug naar de subsidiegevers.

De izs kan niet alleen worden aangesproken voor de kosten van zorg en dienstverlening, maar ook voor sociale en recreatieve activiteiten. Bijvoorbeeld een tegemoetkoming in de kosten van dagtochten en vakanties, vergoeding van de kosten van de vrijwilliger die eens met de oudere gaat wandelen, winkelen of een kaartje leggen, maar ook zoiets als een bijdrage voor een nieuwe televisie. Uitgangspunt is dat de ouderen na aftrek van alle kosten een vrij besteedbaar inkomen moeten overhouden dat minstens gelijk is aan dat van ouderen in een verzorgingstehuis, f300,- voor een alleenstaande. Is dat niet het geval, dan kan de izs gebruikt worden.

De izs werd in de experimentele fase voor bijna de helft besteed aan hulp voor de huishoudelijke dagelijkse levensbehoeften (hdl) en voor de algemene dagelijkse levensbehoeften (adl), merendeels commerciële huishoudelijke en verpleegkundige hulp, kosten

van informele (familie, vrienden, burenen) en vrijwillige hulp. De tweede en derde grote post waren reiskosten (167c) en hulpmiddelen (10%). De rest werd besteed aan zeer diverse uitgaven: elektrische huisraad, 'maatschappelijk verkeer', kapper en kleding, alarmering, paramedische kosten, woningonderhoud en -aanpassing, opvang buitenshuis. Zo betekende de aanschaf van een magnetron dat de oudere in het vervolg zelf kon koken, en geen wanne maaltijden meer hoefde te betrekken van Tafeltje Dek je.

Sommige uitgaven kwamen in principe in aanmerking voor financiering door derde instanties. Ging het om kleine bedragen, dan was het eenvoudiger én plezieriger deze uit de izs te betalen, dan door de vaak bureaucratische molen van deze instanties te moeten gaan. Deze procedures brengen ouderen onzekerheid en onrust. Ook maakt de *zorgsubsidie* het mogelijk om tijdelijke opname in een verzorgingstehuis tijdens de kerstdagen te vervangen door een bootreis met het Rode Kruis. De kosten van de bootreis zijn lager dan die van tijdelijke opname en de oudere beleeft er beslist meer plezier aan.

Kosten waarop reeds subsidie wordt gegeven (zoals het lidmaatschap van de Kruisvereniging) worden niet uit de izs vergoed. Commerciële huishoudelijke en verpleegkundige hulp, tijdelijk van aard (vervangende van de reguliere hulp bij ziekte of vakantie, of bij extra hulp vanwege een ziekteperiode) komt als *boven-reguliere* zorg wel in aanmerking voor IZS.

EIGEN BAAS

De deelnemende ouderen zijn zeer positief over het project. Het project verkleint de afhankelijkheid van ouderen van de reguliere instellingen, door de mogelijkheid om uit te wijken naar andere vormen van hulp. Het blijkt dat zij makkelijker eisen stellen aan mensen uit het particuliere circuit - iets wat de izs immers mogelijk maakt - dan aan medewerkers van thuiszorgorganisaties. Ze weten zich dan namelijk 'eigen baas' en voelen zich minder afhankelijk. Een probleem is dat deze particulieren vaak zwart werken. Ouderen vragen informele zorgverleners makkelijker om een dienst als deze een onkostenvergoeding krijgen. Verder doen ouderen met behulp van izs uitgaven die ze anders niet voor zichzelf zouden hebben gemaakt, zoals een verre taxirit naar een familielid dat in een verpleegtehuis verblijft.

IZS was een van de zes 'demonstratieprojecten substitutie ouderenzorg' van het ministerie van WVC. Het ging van start in 1988 en

werd voor twee-derde gefinancierd door het ministerie, voor een-derde door de gemeente Rotterdam. De gemeente vond het project dermate succesvol, dat ze de financiering vanaf 1992 heeft voortgezet. Uniek is dat met de gemeente bij aanvang van het project was overeengekomen dat het projectbureau mocht 'sparen' voor de post-experimentele periode. Die is nu aangebroken. Het spaarpotje plus de door de gemeente voortgezette bijdrage zijn voldoende om het voorlopig uit te zingen. Uitbreiding zit er op dit moment echter niet in. Momenteel zijn er drie zorgbemiddelaars die maximaal 65 ouderen bedienen. Kortom, izz is nog geen reguliere voorziening met open aanmelding. Als te zijner tijd de ziektekostenverzekeraar het roer (en het budget) overneemt van de gemeente, staat dat misschien wel te gebeuren. Het Rotterdamse ziekenfonds vindt IZS in ieder geval een 'interessant produkt', meldt Liesbeth Immink, projectleider van IZS Rotterdam.

KRITISCHE GELUIDEN

Je zou verwachten dat het Rotterdamse model, gezien het succes, gretig is overgenomen elders in het land. Dat blijkt niet het geval. Volgens Liesbeth Immink is dat voor een deel te wijten aan de onduidelijkheid rond de stelselherziening, voor een ander deel aan de houding van de bestaande instellingen in de ouderenzorg. 'In ons model staat de onafhankelijke zorgbemiddelaar centraal. De thuiszorg-organisaties hebben daar grote moeite mee. Dat vinden ze een overbodige schakel in de hulpverlening. Daarmee ontkennen zij de wrijving tussen het zorgaanbod en de zorg-vraag. De ziektekostenverzekeraars daarentegen zien wel het nut van de zorgbemiddelaar in.' Wat opvalt is dat de toekenning van de zorg-subsidie niet afhangt van het inkomen van de oudere. Toch lijkt dat redelijk; de oudere die van uitsluitend AOW leeft, zal immers meer behoefte hebben aan financiële steun dan degene met een redelijk pensioen. Immink: 'In de experimenteerfase is er niet voor gekozen om rekening te houden met de inkomenspositie. Wordt izz een reguliere voorziening, dan zullen we naar alle waarschijnlijkheid wel moeten van de staatssecretaris.' In de *aanwending* van de izz wordt echter wel rekening gehouden met de verschillen in besteedbaar inkomen tussen de deelnemers, ook nu al.

Zijn er vaak conflicten over de besteding van de izz? De oudere wil iets wat de zorgbemiddelaar afwijst? Immink: 'Nauwelijks. Slechts twee keer was er sprake van verschil van mening. In het ene geval wilde de cliënt een tv aanschaffen en wees de zorgbemiddelaar dat af. Het projectbureau willigde toen het verzoek van de oudere alsnog in. In het andere geval wilde de cliënt een videorecorder en een waterbed hebben; het projectbureau was het ditmaal eens met de afwijzing door de zorgbemiddelaar.'

Het roept overigens wel de vraag op of de izz in sommige gevallen niet een verkapte vorm van inkomensverhoging is. Wat heeft bijvoorbeeld de aanschaf van een televisie met 'zorg' te maken? Hoort dat niet tot de gewone kosten van levensonderhoud? Im-

mink: 'Er is altijd een relatie met het welzijn van de oudere, in die zin dat het zelfstandig blijven wonen wordt bevorderd. Welke aanschaf daartoe bijdraagt, varieert per individu.'

Kritische geluiden worden gehoord over de veronderstelde afhankelijkheid van de cliënt tegenover de zorgbemiddelaar. Uit de verhalen van mevrouw Jongsma en Van der Sluis blijkt daar echter niets van. Immink: 'Klachten krijgen we nauwelijks. De ouderen zijn erg tevreden over de zorgbemiddelaar. In feite blijkt zelfs dat de steun en toeverlaat die

de zorgbemiddelaar vormt, voor de meeste ouderen belangrijker is dan het geld. Dat kan ik me ook heel goed voorstellen. Stel, je wordt wat langzamer, wat dover, je hoort verschillende meningen van verschillende professionals - dan valt het niet mee om eigen baas te blijven. Zo'n vertrouwenspersoon is dan van groot belang. Wat die afhankelijkheid betreft: in de hulpverlening is *altijd* sprake van een machtsverschil tussen cliënt en hulpverlener, zeker bij zulke kwetsbare mensen als deze ouderen. Het is een kwestie van professionaliteit - om daar op een goede manier mee om te gaan.'

MEVROUW JONGSMA: 'HET IS ZO'N ZEGEN!'

Serviceflat Te Hoge Brugge aan de uiterste rand van Rotterdam lijkt inwisselbaar met De Burcht.. Hetzelfde wat eenvormige uiterlijk, dezelfde opzet.. Het enige verschil is, volgens de taxichauffeur, de buurt: voor de wat meer gefortuneerden. 'Prijzig, meneer, prijzig, om in zo'n flatje te zitten,' zegt hij, met zijn duim over twee vingers wrijvend. De huur van het appartement van mevrouw T. Jongsma (90) bedraagt dan ook bijna duizend gulden per maand, inclusief uitzicht op grasgroene weilanden en wat schaarse bebouwing. Mevrouw Jongsma's man is in 1983 gestorven. Hij was de enige die een baan had. Ze heeft nu AOW en, naar eigen zeggen, 'een goed pensioen'.

'Toen ik hier kwam, in 1976, kon ik nog alles. Ik had geen hulp nodig, niks. Nu niet meer.' Ze staat op uit de zitstoel, bedekt met ettelijke kussens ter verlichting van haar breekbare lichaam, en leunt op haar stok. 'Ik heb botontkalking. Hebben ze me vroeger nooit over verteld, ik moest er in de krant over lezen. Ik moet eigenlijk veel lopen en bewegen om de ontkalking tegen te gaan maar voel me daar te moe voor. Het hoeft voor mij soms niet meer. Ik ben blij dat mijn man me zo niet meer ziet. We waren gelukkig getrouwd.'

De zeven kinderen van mevrouw Jongsma komen haar vaak opzoeken. 'Daar ben ik zo rijk mee! Als ze komen, willen ze altijd voor me opruimen, maar dat wil ik niet. Als zij komen moet het feest zijn. Boodschappen mogen ze wel doen. Laatst hadden ze me mee uit genomen naar de plassen. Ik zag er wel tegenop - het is zo vermoeiend - maar de zon scheen en ze waren allemaal zo lief, heerlijk was het. Ik hoor wel eens dat de kinderen van anderen hun ouders niet komen opzoeken. Ik kan me dat niet voorstellen.'

Mevrouw Jongsma ruimt nog wel zelf op, maar haar eten krijgt ze van het restaurant van de serviceflat. 'Dat komen ze brengen. Een kaart voor twintig dagen kost f280,-. Dat betaal ik zelf. Het is niet goedkoop,

maar het is fantastisch dat het er is.' Daarnaast heeft mevrouw Jongsma een vaste hulp, eens in de veertien dagen een ochtend. 'Dat gaat van de Kerk, eigenlijk doen ze het voor niks, maar dat wil ik niet. Ik geef haar een tientje per uur. Of ik dat terugkrijg van het project? Welnee. Ik kan het zelf betalen, dus dat doe ik dan ook.'

'Sociale medewerkers van het servicecentrum komen af en toe kijken hoe het ermee staat, en reageren direct als het alarm gaat. Laatst viel ik en brak mijn heup. Verschrikkelijk, die pijn. Het was vrijdag; zonder alarm had ik er wel een nacht kunnen liggen. Dat alarm is mijn redding geweest.'

Ook mevrouw Jongsma maakt deel uit van het project maar, zegt ze er meteen bij, 'als het project niet was opgezet had ik zelf wel zorgmaatregelen getroffen. Niet in een verzorgingstehuis, dat nooit! Mijn schoonzoon zei vorige week nog: desnoods komen we elke dag bij u! Dat mijn kinderen er zijn, is belangrijker dan het project.' Toch is ze er blij mee dat de reiskosten van de dochter die haar het vaakst bezoekt, worden vergoed, evenals de taxi naar het ziekenhuis, en het alarm (f10,50 per maand). En dat Toos elke veertien dagen komt, 'dat is zo'n zegen! Ik kan haar altijd bellen. Ze geeft me vooral veel raad. Nee, de dokter bellen of zo dat doe ik zelf, dat hoeft zij niet te doen. Als ik een klacht heb, geef ik die door aan Toos. Zij heeft geregeld dat er twee keer per week een wijkverpleegster komt.. Die stopt me in bad. Zo heerlijk, dat warme water over mijn rug... Vorig jaar had ik bij een val mijn heup gebroken. Na terugkeer uit het ziekenhuis heeft Toos me geholpen met de thuiszorg. De tijdelijke huishoudelijke hulp die ze me gestuurd hadden vond ik te druk. Toos heeft ervoor gezorgd dat ik een andere kreeg. Ik heb meer aan Toos dan aan een arts. Een arts is er alleen voor de buitenkant, het lichaam, begrijpt u wel?'



Mevrouw E. van der Sluis
Foto: [loop Reyngoud]

MEVROUW VAN DER SLUIS: 'ALS IK MET IETS ZIT, GAAT TOOS EROP AF'

Mevrouw E. van der Sluis ('De zusters wilden dat ik alleen mijn meisjesnaam zou gebruiken, maar ik blijf de naam van mijn man d-agen, tot mijn dood') is geboren in 1900. Ze heeft 25 jaar als kostuumnaaister gewerkt in de zaak van haar zuster. 'Mijn leven lang ben ik gezond geweest.. Pas op mijn tachtigste ben ik gaan sukkelen. Mijn maag, mijn hart.' Tien jaar al bewoont ze een zelfstandige woning in servicecentrum De Burcht in Rotterdam. Negende verdieping, krappe lift. Het doet enigszins denken aan een ziekenhuiszaal. Bij de rondleiding door de woning wijst mevrouw Van der Sluis op het gerenoveerde keukenblok: 'van Bruynzeel', zegt ze trots. Het alarm zit in de slaapkamer, binnen handbereik van het bed. De woning staat vol met foto's van familieleden. Veel zijn overleden, andere wekken geen onverdeeld plezierige herinneringen op. 'Maar ik ga niet bij de pakken neerzitten. Ik ben een vechtster, een doorzetter.'

Tot haar tachtigste heeft ze gewerkt, maar een pensioen heeft ze er niet aan overgehouden. Ze moet rondkomen van alleen AOW, zo'n f1200,-, met een huur van f371,-. Geen vetpot.. 'Daarom ben ik zo blij met de individuele zorgsubsidie,' zegt mevrouw Van der Sluis. 'Zonder dat zou ik nu in een verzor-

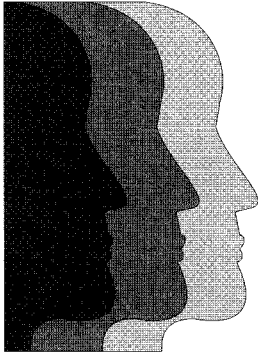
gingstehuis zitten; ik stond op de wachtlijst.. Dan was mijn hele AOW in beslag genomen en ik kreeg ik alleen nog maar f270,- zakgeld, voor schoenen en kleren.'

Het project, dat Is Toos Duits, haar zorgbemiddelaar.. 'Toos praat veel met me, over de gezinshulp, over de dokters. Als ik met iets zit, bel ik Toos, en dan gaat zij erop af. Praten bijvoorbeeld met hierbeneden,' duidt mevrouw Van der Sluis op het servicecentrum. Over 'hierbeneden' kan ze veel vertellen, en maar weinig goeds. Er zijn vaak conflicten met de zusters, die haar zelfs een keer mishandeld zouden hebben, gedwongen een pil te nemen, en brood met korsten te eten hadden gegeven, iets waar haar maag niet tegen kan. Maar over Toos niets dan goeds. 'We zijn het nooit, ergens over oneens.' Op haar maandelijkse bezoeken, overzichtelijk opgetekend op een kaart van het project, gaat Toos met mevrouw Van der Sluis na wat haar inkomsten en uitgaven zijn, en wat ze eventueel terugkrijgt. Ze krijgt een vast bedrag van het project, f120,- per maand als bijdrage aan het GEB (f80,-) en het telefoonabonnement (f40,-). Verder krijgt mevrouw Van der Sluis bijzondere bijstand om haar hulp te betalen, de pedicure en sommige reiskosten. En dan is er nog, één keer per

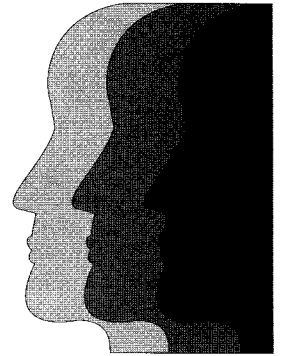
jaar, die schitterende reis van het Rode Kruis: vijf dagen in het Henri Dunant Huis in Rhenen, mét dokter en verzorger. Geheel vergoed door het project.. 'Er is ook een dagje uit van de Kerk, f60,-, maar dat moet ik zelf betalen omdat het anders te veel wordt.. Dat vind ik logisch.'

Bukken en rekken gaat niet meer, daarom heeft mevrouw Van der Sluis gezinshulp, elke vrijdag. Ze laat een computeruitdraai zien. De bedragen staan keurig per week gespecificeerd: f12,- per maand. Voor de rest doet ze bijna alles nog zelf. Het huishouden, koken, de boodschappen. Aan het plein waar de flat op neerkijkt, zitten een slager en twee groentewinkels. Albert Heijn zit wat verder weg. Als ze daarnaar toe wil, belt ze de buurtbus op. Die haalt en brengt haar. Dat kost f1,50 heen en f1,50 terug. 'Dat schrijf ik op en dan krijg ik dat geld later terug van het project.'

Marcel Bullinga is medewerker van het NCDB.



c o l u m n



OUDERE VROUWEN EN HUN GEZONDHEID

Als ik nadenk over de gezondheid en oudere vrouwen dan schiet me van alles te binnen wat er ogenschijnlijk niets mee te maken heeft.. In welke tijd zijn-we opgegroeid, hoe zijn we opgevoed, wat voor opleiding hebben we gehad, hoe is onze woonsituatie nu en wat is onze financiële positie. Ik denk ook aan karaktertrekken. Is iemand zelfbewust, afhankelijk, strijdbaar, zorgvuldig, precies, slordig enzovoort. Ik heb niet één beeld over 'de oudere vrouw', maar vele beelden. Dit betekent dat oudere vrouwen ook op zeer verschillende wijze met hun gezondheid omgaan en zeer verschillende vragen naar zorg kunnen hebben.

De generatie ouderen was nog nooit zo talrijk, nog nooit bereikten vooral oudere vrouwen een zo hoge leeftijd. We hebben geen voorbeelden hoe we daarmee om moeten gaan. Wijzelf weten dat niet en ook de gezondheidszorginstellingen niet. Wij moeten daarover nadenken en aangeven wat we willen zodat er maatregelen genomen worden waarin met onze mening rekening wordt gehouden.

- Wil ik bij mijn kinderen in huis, zoals mijn moeder bij mij?
- Wil ik in een verpleeghuis in leven gehouden worden zonder uitzicht op een menswaardige toekomst?

In het algemeen is de huidige generatie 60-75-jarigen gezonder dan de vorige generatie van die leeftijd. Wij beschikken over betere voeding, een betere opleiding, meer huishoudelijke apparatuur, hebben minder kinderen en een betere financiële situatie. Dit laatste geldt overigens niet voor vele alleenstaande oudere vrouwen. De laatste levensjaren vormen een groter probleem. Vaak wordt deze fase onnodig gerekend en wordt er niet gekeken naar iets als 'de kwaliteit van leven', wat dat ook precies moge zijn. De gemiddelde leeftijd blijft wel stijgen maar ook het aantal mensen dat met ziekte te maken krijgt.

Kritiek valt er ook te geven op de grootschalige bevolkingsonderzoeken die steeds meer in zwang lijken te raken en waarvan een aantal specifiek op vrouwen is gericht. Bij dergelijke

onderzoeken wordt vaak de emotionele belasting niet meegeteld bij het bepalen van het resultaat. De onderzoeken bieden vaak een positieve indruk omdat alleen de uitkomsten in mortaliteitscijfers worden meegeteld. Er wordt niet gekeken naar de gevolgen van foute diagnoses. Wat betekenen die voor zowel de onderzochte als de familie? Ook tellen de extra jaren van angst en verdriet bij de vroege ontdekking van een toch niet te genezen ziekte niet mee.

In de voorlichtingscampagnes worden de bevolkingsonderzoeken veel positiever voorgesteld dan ze in werkelijkheid zijn. Het is immers de bedoeling dat zoveel mogelijk mensen aan de onderzoeken mee zullen doen. Maar moet dat wel de bedoeling zijn? Is het eigenlijk in deze tijd van schaarste aan medische zorg niet onverantwoord en misschien zelfs sociaal om beslag te leggen op die zorg als het gaat om mensen zonder klachten?

Gelukkig vertrouwen steeds meer ouderen op het zelfherstellend vermogen van hun lichaam. Zij weten dat veel klachten vanzelf overgaan en dat medicijnen mogelijk wel de klacht verhelpen maar dat bijwerkingen maken dat andere lichaamsfuncties worden ontregeld. Schade door geneesmiddelen, berichten over vergissingen en fouten in de zorg, onnodige of niet-effectieve behandelingen versterken dit beeld. Ook ervaringen met onvolledige voorlichting en het teveel aan onderzoeken werken hieraan mee. (Consumentengids, februari 1992)

Ouderen staan in de belangstelling als het gaat om keuzen in de zorg. Als er gesproken wordt over het maken van keuzen ten gunste van jongeren of mensen die gezond leven, wordt er moord en brand geschreeuwd. Iedereen heeft, ongeacht zijn of haar leeftijd, recht op zorg. Maar is het niet zo dat jongeren beter zullen reageren op ingrepen als transplantaties? Een gedegen discussie over selectiecriteria is moreel van het grootste belang.

Een echte bedreiging voor de gezondheid van veel oudere vrouwen is de mantelzorg. De

groeïende groep 80-plussers moet een beroep doen op de zorg van 60-plussers, soms zelfs van vrouwen boven de 70. Velen nemen deze zorg op zich uit liefde, verantwoordelijkheidsgevoel, schuldgevoel of als gevolg van sociale controle. Dat dit leidt tot overbelasting hoeft geen betoog. Het is dringend gewenst mantelzorgsters te beschermen en te ondersteunen. In Engeland hebben mantelzorgsters zich verenigd in een soort vakbond waarin ze aan elkaar doorgeven welke rechten men heeft.

Maar er is meer nodig, want de bezuinigingen in de zorgsector leggen een zware druk op de 'onderkant van de zorgsector' die vrijwel uitsluitend door vrouwen wordt bevolkt. Uit de behoefte aan sociale contacten en/of uit medelijden met de cliënten geven vrijwilligsters nogal eens toe aan de vraag om meer en zwaarder werk te doen wat door de bezuinigingen en enorme werkdruk in de zorgsector blijft liggen.

De commissie Keuzen in de zorg heeft in haar advies *Kiezen en delen* de discussie over het bovenstaande op de politieke agenda gezet. Wij zullen ons schrap moeten zetten en een actieve inbreng moeten leveren, willen de verslechteringen zich niet voortzetten en wil er recht gedaan worden aan de verschillende wensen en behoeften van oudere vrouwen.

Anke Westerveld,
actief in de WOUW (*Wijze Oudere Vrouwen*).

WAAR BLIJFT HET VERZORGINGSVERLOF ?

Frans van der Pas

Is het zo gek dat je voor je vader of moeder zorgt als het nodig is? Nee, maar je moet er wel de tijd en energie voor hebben. Een baan is nauwelijks te combineren met dagelijkse zorg voor iemand waar je veel voor wilt en moet doen. Mantelzorg wordt vooral door vrouwen gedaan, ondanks de roep van vrouwenorganisaties aan mannen om er meer werk van te maken. Als meer vrouwen betaald werk gaan doen, zullen zij zeker met de problemen van zorgen en werken te maken krijgen. Juist nu sociaal-economisch het uitgangspunt is geformuleerd dat iedere volwassene voor een eigen inkomen moet zorgen, onafhankelijk van wie of wat dan ook, is het noodzakelijk dat werkgevers- en werknemersorganisaties de ontbrekende schakel tussen werk en zorgen in de arbeidsvoorwaarden opnemen. De werkgevers zullen ook wel moeten als het werven en behouden van personeel moeilijker wordt. Uit een onderzoek naar de mogelijkheden voor werknemers in de Europese Gemeenschap om werken met zorgen te combineren, blijkt dat Nederland niet voorop loopt in het aanpassen van de arbeidsvoorwaarden.

Het Deense onderzoeksinstituut 'Danage' bracht in opdracht van 'the European Foundation for the improvement of working and living conditions' in kaart wat de problemen zijn als werken en zorgen wordt gecombineerd en ging bovendien op zoek naar voorbeelden van bedrijven in de Europese Gemeenschap die hun werknemers steunen bij het verlenen van mantelzorg. De onderzoekers konden in Europa nauwelijks cijfers vinden over het aantal werknemers dat aan mantelzorg voor ouderen doet. Alleen in Engeland vonden zij meer systematische onderzoeksgegevens. Een landelijk mantelzorg onderzoek in 1990 onder Engelse werknemers liet zien dat 32% voor ouderen zorgt, meestal voor ouders. Amerikaanse cijfers geven eenzelfde beeld. Uit onderzoek onder zes grote Amerikaanse bedrijven bleek dat 23 tot 32% van de werknemers aan 'mantelzorg voor ouderen' doet. Het waren vooral vrouwen: 69 tot 84% van de vrouwelijke werknemers zorgt voor ouders, echtgenoot of een ander familielid.

SANDWICH-GENERATIE

Thé Travelers Corporation, een bankinstelling met 11.000 werknemers, pakte in 1985 als eerste in Amerika het probleem van werk en zorgen aan. Het bedrijf werd geconfronteerd met de problemen van, zoals de Amerikanen dat noemen, 'de Sandwich generation': eerst draaien vrouwen tot pakweg hun dertigste op voor de opvoeding van de kinderen en als deze zorg afneemt, dan gaan de ouders, die oud en behoeftig zijn geworden, de zorg en aandacht opeisen. Deze bedrijfstak is voor zijn personeel op vrouwen aangewezen en om een dienstverband voor hen aantrekkelijk te maken, verbeterde hij de arbeidsomstandigheden. Andere bedrijven, als Johnson and Johnson, IBM, Kodak en Pepsi Coke volgden. De maatregelen om het werk met het zorgen voor ouderen of kinderen te combineren zijn divers: onbetaald zorgverlof (IBM zelfs drie jaar) met behoud van ziektekostenverzekering en pensioenopbouw en de keuze om meer vrije dagen op te nemen in plaats van loonsverhoging; voorlichtingsbijeenkomsten over zorg en werk en de mogelijkheid om individueel naar oplossingen te zoeken; informatiemateriaal over de mogelijkheden om de zorg te verlichten en aanwijzingen voor afdelin-

gen personeelszaken om een goed sociaal beleid te voeren inclusief onderzoeksmodellen. Typisch Amerikaans is dat de bedrijven ook in toenemende mate doen aan sponsoring van zorgverlening doen, zoals dagopvang voor kinderen en voor ouderen. De Deense onderzoekers plaatsen terecht wel de kantekening dat de mogelijkheden voor onbetaald verlof weer niet zo flexibel zijn dat daarmee de hele zorgperiode kan worden gedekt. Zij stellen dat mantelzorg aan ouders gemiddeld zo'n vijf jaar in beslag neemt. Zelfs de drie jaar van IBM is dus nog niet voldoende.

In hun speurtocht door de Europese Gemeenschap vonden zij in Engeland en Duitsland voorbeelden van bedrijven die werknemers steun bieden om werken met mantelzorg aan ouderen te combineren. Onderzoek onder de werknemers van Barclays in Londen onthulde dat meer dan 50% van hun aan mantelzorg doet. De werknemers mogen nu de werktijd flexibel indelen en als zij twee jaar in dienst zijn kunnen zij een halfjaar met zorgverlof of part-time gaan werken. Mochten zij na een halfjaar nog niet aan het werk kunnen, dan komen zij op een lijst te staan, die hen voorrang geeft bij het hervatten van het werk als de tijd daar is. Bovendien worden de zorgende werknemers verwezen naar de National Carers Association (een bond van mantelzorgers) voor informatie en begeleiding.

De BBC heeft sinds twee jaar de regelingen voor het zorgen voor kinderen uitgebreid naar de zorg voor ouderen. Behalve verzorgingsverlof en het zonder veel uitleg kunnen opnemen van vrije dagen, organiseert de BBC ook gespreksgroepen voor werknemers die aan mantelzorg doen. Ook Ford en Marks & Spencer in Engeland, en Mercedes-Benz, Bayer en Siemens in Duitsland bieden dit soort regelingen. Siemens biedt bovendien de werknemers een financiële compensatie als ouderen gebruik maken van dagopvang. BASF heeft waarschijnlijk als eerste in Europa een zorgverzekering voor zijn werknemers, waarmee het verlies van loon gedeeltelijk kan worden gecompenseerd. Geen van de geïnterviewde bedrijven sponsorde, zoals in Amerika meer gebruikelijk, instellingen voor zorg en dienstverlening.

MANTEIZORG IN NEDERLAND

De Deense onderzoekers benaderden ook Philips in Eindhoven. De woordvoerder meldde dat er geen specifiek onderzoek of beleid is, maar verwachtte dat door demografische veranderingen er meer aandacht voor zal komen. Ook aan het CNV vroegen zij naar hun beleid. Volgens een woordvoerder doen niet zoveel werknemers aan mantelzorg voor ouderen. De maatschappelijke dienstverlening geeft in de meeste gevallen voldoende steun. Bovendien is het geen politiek onderwerp. Wel geven de vakbonden aandacht aan het verbeteren van de arbeidspositie en arbeidsmogelijkheden van vrouwen. De woordvoerder van het CNV verwacht dat werkgevers vooral de goed opgeleide vrouwen met zorgverantwoordelijkheden willen steunen, mocht er sprake zijn van een structureel personeelstekort.

De ondersteuning van werknemers om werk met zorg te kunnen combineren, lijkt vooral ingegeven te worden door arbeidsmarktproblematiek. Maar er is ook een andere invalshoek en dat zijn de ouderen zelf. De dertigers en veertigers van nu zullen met enige 'zorg' naar hun toekomst kijken. Zal er voldoende hulp voorhanden zijn? Er zullen meer ouderen komen en minder jongeren. Ook de zo geroemde medische wetenschap zal haar steentje bijdragen: snel weer een operatie en dan thuis maar weer opknappen en revalideren. De overheid en ziektekostenverzekeraars propageren de thuiszorg, maar maken nog geen aanstalten om bijvoorbeeld de dagopvang voor ouderen sterk te vergroten. De bezuinigingen in de verzorgingshuizen en verpleeghuizen zorgen daarentegen voor toenemende wachtlijsten. Door de ontgroening zal de vraag naar personeel flink aantrekken en dus zullen ongetwijfeld meer vrouwen aan het werk gaan. Ook de ouderen zullen weer aan het werk mogen gaan. Dus zal er netto minder tijd beschikbaar zijn om aan mantelzorg te doen. De vraag naar zorg en mantelzorg zal daarentegen toenemen. Zal het in de toekomst thuis nog wel zo prettig en veilig zijn, zal de geëmancipeerde burger zich afvragen. De eerste verzekeraar heeft zich al op deze zorg gestort door het aanbieden van een verzekering die geld uitkeert om verzorging te kunnen betalen als het straks nodig is.

ONTSLAG

Als het probleem van werken en zorgen voor ouderen nog geen politiek en arbeidsmarktprobleem is, kan een verhaal uit de praktijk meer licht werpen op de problemen voor de werknemer. Een kennis van mij werkte als verpleegster. Haar vader raakte verlamd en zij besloot naast haar werk hem thuis te helpen. Het ontlastte haar moeder ook. Toen deze echter ook niet goed meer kon lopen, werd de dochter geconfronteerd met een dilemma: zij vond het te gek voor woorden dat zij voor haar inkomen voor andere mensen in het ziekenhuis moest zorgen, terwijl haar ouders geen verzorging kregen, op de wachtlijst voor een verpleeghuis terechtwamen en het zeker nog wel een poos



Foto: Marleen Schippers

moesten zien te redden. Zij overlegde met de afdeling personeelszaken en die ging akkoord met tijdelijke werkvermindering. Maar dat bood niet voldoende soelaas. Zij heeft uiteindelijk vrijwillig ontslag genomen en is voor haar ouders gaan zorgen. Het arbeidsbureau heeft het haar nog even flink lastig gemaakt, omdat zij als verpleegster toch zo weer aan het werk kon en gegeven de burgerplicht om voor een eigen economisch onafhankelijk bestaan te zorgen, parasiteerde ze toch wel op uitkeringsgelden. Zij heeft uiteindelijk van de sociale dienst een bijstandsuitkering gekregen. Na het overlijden van eerst haar vader en een jaar later haar moeder, heeft het nog driekwart jaar geduurd voor zij weer aan het werk ging. Eerst via een uitzendbureau en nu part-time in een ziekenhuis. Toen ik haar vroeg waarom zij niet naar haar oude werkgever terug is gegaan, zei zij dat zij dat liever niet wilde doen. Zij wilde niet gezien worden als iemand die met hangende pootjes terugkomt en vraagt of ze weer mag komen werken. Vijf jaar van haar leven heeft zij gezorgd en na deze vijf jaar merkte ze dat ze een achterstand van evenzoveel jaar had opgelopen op haar leeftijdgenoten. Zij had geen huis gekocht, zoals de anderen dat wel konden. Zij had geen ervaringsjaren opgebouwd, haar pensioenopbouw was gebroken, zij had geen scholing of opleiding gevolgd. Vijf jaar had zij een inkomen op bijstandsniveau. Het arbeidsbureau negeerde in eerste instantie de bijzondere redenen voor haar ontslag, haar oude werkgever had alle initiatief bij haar gelaten.

BELEID IN NEDERLAND ZOEK

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn sluit aan bij het Deense onderzoek door na te gaan wat er in Nederland aan initiatieven op dit vlak liggen.' Een eerste verkennend onderzoek

leverde niet veel op. Nederland houdt zorgen voor ouderen en werk nog gescheiden, hoewel een verandering in zicht is. In het advies Ondersteuning mantelzorg signaleert de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een eerste doorbraak. De werkgeversorganisatie Unie van Waterschappen adviseert de bij haar aangesloten waterschappen een verzorgingsverlof in te stellen. Het gaat hierbij om een regeling waarbij aan een ambtenaar van een waterschap voor ten hoogste twee weken verlof verleid kan worden voor 50% van de normale werktijd om een ziek familielid te verzorgen. Gedurende het verlof krijgt hij 75% van het loon doorbetaald. Hij mag van deze regeling maximaal tweemaal per jaar gebruik maken en in totaal niet meer dan twee weken vrijaf nemen. Volgens een woordvoerder van de Unie is er veel belangstelling voor deze regeling en hebben onder meer de gemeente Hilversum en de gemeentepolitie in Rotterdam interesse getoond om

deze regeling over te nemen. Het ministerie van Sociale Zaken heeft op een aanbeveling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid

(streven naar adequate regelingen voor verzorgingsverlof) de Stichting van de Arbeid om advies gevraagd en de NRV laten weten dat zij het eigenlijk vooral een zaak vindt van de sociale partners. Ondertussen is de loontechische dienst van het ministerie bezig te inventariseren wat er zoal is aan verlofregelingen in cao's.

EEN VROUWENZAAK?

Mantelzorg is een onderwerp dat vrouwenorganisaties op de politieke agenda willen krijgen. Dat is begrijpelijk, want het zijn groten-deels vrouwen die opdraaien voor het verlenen van mantelzorg. Zo blijken mannen - terwijl ze de mogelijkheid daartoe hebben - vrijwel geen gebruik te maken van ouderschapsverloven. Terwijl vrouwen dit wel in hoge mate doen. Eenzelfde tendens zou ook kunnen ontstaan bij het invoeren van verzorgingsverloven. Vrouwenorganisaties zoals de vrouwenbond FNV, het comité Vrouwen blijven Eisen en de Associatie voor Herverdeling van Betaalde en Onbetaalde Arbeid benadrukken dat bij het invoeren van nieuwe regelingen vrouwen niet bevestigd moeten worden in een financieel en maatschappelijk ondergewaardeerde rol. Mantelzorg heeft immers alle trekjes van exploitatie van vrouwen: onbetaald, ondergewaardeerd, vanzelfsprekend en rechteloos. Hoewel in principe dit soort regelingen voor alle werknemers zijn, dus zowel mannen als vrouwen, lijken ze toch vooral gemaakt te worden om vrouwen aan de werkgever te binden. Vrouwenorganisaties zullen voorstellen voor een verzorgingsverlof dan ook kritisch

doorlichten en blijven benadrukken dat mannen óók mantelzorg kunnen verrichten.

De sociale partners en overheid in Nederland lijken nog niet doordrongen van het probleem van werken en zorgen.

Gericht onderzoek naar de inzet van mannelijke en vrouwelijke werknemers in de mantelzorg aan ouderen kan het probleem meer zichtbaar maken. Het traditionele onderzoek naar onbetaald werk door vrouwen' kan aanvullende informatie opleveren op de vraag hoeveel vrouwen ontslag hebben genomen om te kunnen zorgen en hoeveel vrouwen weerhouden worden om een baan te nemen. Het zou aardig zijn dit soort onderzoek ook naar mannen uit te breiden. Want de tegenhanger van de verzorgende rol van vrouwen is de man, in de rol van geldverdiener. Als mannen meer aan mantelzorg gaan doen, zouden dan vrouwen meer voor het inkomen gaan zorgen, of gebeurt dit juist niet en zakt het inkomen van het huishouden? De oplossingen zullen in de cao-onderhandelingen gevonden moeten worden. Part-time werken, zorgverlof, het compenseren van loonverlies bij mantelzorg lijken de belangrijkste items. Overheid en zorgverzekeraars zullen van hun kant dagopvang meer mogelijk moeten maken. Verlichting van de mantelzorg is onmiskenbaar het antwoord op de zorgproblemen van ouderen nu en later.

Frans van der Pas, projectmedewerker Ondersteuning Mantelzorg bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW..

Noten

1. M. Hoffmann, *Family Care of the Older Elderly - Company Policies and Initiatives to Support Workers who are Carers*, (draft report), DanAge Foundation, Copenhagen, augustus 1992.
2. Voor nadere informatie kunt u zich tot het NIZW wenden. (030-316638).
3. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies ondersteuning mantelzorg*, pub.no.20/91, NRV, Zoetermeer, oktober 1991
4. De Associatie voor Herverdeling van Betaalde en Onbetaalde Arbeid (Utrecht) hield ter gelegenheid van de Internationale vrouwen-dag op 8 maart 1990 een enquête naar onbetaalde arbeid door vrouwen. De resultaten werden gepubliceerd in *BetOn-berichten*, nummer 1/2, mei/juni 1990.

TECHNOLOGIE IN DE THUISZORG' VERGROOT DE ZELFREDZAAMHEID

Henk Verhoeven en
Eelco Bosma

Technologie schept nieuwe mogelijkheden in de thuiszorg. Zo kan opname in een zieken- of verpleegtehuis worden uitgesteld, bekort of voorkomen. Maar bij experimenten met de toepassing van thuiszorgtechnologie bij ouderen bleek dat het gebruik van alledaagse technologie in de huishouding en zelfverzorging niet optimaal is. Een technologiebeleid gericht op de zelfredzaamheid van ouderen staat nog in de kinderschoenen. Trouwens, wat is zelfredzaamheid eigenlijk en welke rol spelen technische producten daarin? En hoe kan de markt voor producten voor ouderen verder worden ontwikkeld?

Zelfredzaamheidsproblemen van ouderen worden vaak beschreven in termen van de lichamelijke beperkingen waar ouderen mee te maken krijgen. Het leven met praktische beperkingen is natuurlijk niet specifiek voor ouderen. Niemand heeft onbeperkte lichaamskracht. Iedereen moet zich aan de wet houden en slechts zeer weinigen hebben onbeperkte financiële aanslag. We zijn gewend met beperkingen om te gaan. Zelfredzaamheid is het vermogen om om te gaan met praktische beperkingen. Enerzijds door aanpassing aan de omstandigheden en anderzijds door een creatief en zinnig gebruik van mogelijkheden en hulpbronnen om het eigen leven vorm en inhoud geven. Bij hulpbronnen kun je denken aan 'economische' zaken, bijvoorbeeld voedsel, een woning of een betaalde dienst. Het kunnen echter ook 'sociale' hulpbronnen zijn, als gezelligheid, een advies of een vriendendienst. Ook zijn er 'collectieve' hulpbronnen als gezondheidszorg, openbaar vervoer of 'de rechtsorde'.

Problemen met de zelfredzaamheid treden op als het aanpassingsvermogen, het probleemoplossend vermogen en de praktisch bruikbare hulpbronnen te kort schieten. Normaal gesproken hebben we genoeg alternatieven en is er genoeg ruimte voor improvisaties om onze beperkingen en hulpbronnen in een bevredigende mate tot een zinvol geheel te combineren. Maar als de zelfredzaamheid afneemt, neemt de afhankelijkheid van allerlei hulpbronnen toen. Het gebruik van hulpbronnen stelt eisen aan de inrichting van ons leven. Deze eisen zijn soms heel concreet, bijvoorbeeld geen drempels en brede deuren in de woning als iemand een rolstoel gebruikt. Soms zijn de eisen minder tastbaar, maar daarom niet minder ingrijpend. Zo moet iemand die niet meer alleen op kan staan steeds van tevoren afspreken hoe

laat hij/zij uit bed wil. Op een druilerige dag lekker nog een uurtje blijven liggen is dan niet meer zo gemakkelijk. De eisen die het gebruik van hulpbronnen stelt, kunnen het gecombineerd gebruiken van hulpbronnen moeilijk maken. Daardoor wordt bij een toenemend gebruik van hulpbronnen de improvisatieruimte minder en neemt de keuzevrijheid af. Dit kan ertoe leiden dat de overblijvende keuzes zich niet meer met elkaar laten combineren en hulpbronnen uitgeput raken. Daarom is het juist voor mensen met functiebeperkingen, voor mensen die meer dan anderen afhankelijk zijn, van belang dat hun keuzevrijheid wordt gerespecteerd en indien nodig bevorderd. Hulpverleners die stellen dat de hulpvrager zich moet aanpassen aan de organisatie van de zorg zijn niet alleen weinig klantvriendelijk, ze houden evenmin rekening met de zelfredzaamheid van de aanvrager.

SUBSTITUTIE

Opname in een instelling voor intramurale zorg betekent dat geen beroep meer gedaan wordt op de zelfredzaamheid: de maaltijden, het wassen en de huishouding worden uit handen genomen. Veel dagelijkse bezigheden kunnen om praktische redenen niet meer doorgaan of lijken buiten de eigen huislijke omgeving ineens zinloos. Het netwerk van sociale relaties kan verstoord worden: weliswaar komen veel mensen op bezoek, maar het ontbreken van de eigen dagelijkse beslommeringen betekent toch een verarming van de gespreksinhoud en ondergraaft het evenwicht en de wederkerigheid in de omgang.

Om deze reden wordt de laatste jaren in de gezondheidszorg gestreefd naar 'substitutie': het vervangen van intramurale zorg door thuiszorg. Daartoe worden de mogelijkheden van de thuiszorg uitgebreid. Intensieve thuiszorg en 24-uurs bereikbaarheid van kruisorganisaties zijn hier voorbeelden van. De introductie van thuiszorgtechnologie is een logische volgende stap. Zo kan het gebruik van een anti-decubitusmatras voorkomen dat een langdurig bedlegerige patiënt moet worden opgenomen vanwege doorliggen. Of biedt de toepassing van een infuuspompje met een pijnstillend middel aan mensen met kanker de mogelijkheid om de laatste maanden van hun leven zonder extreme pijn thuis door te brengen. In het kader van het programma 'thuiszorgtechnologie 2000' van de Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis' zijn de laatste jaren verscheidene technologieën in de thuiszorg geïntroduceerd.

Thuiszorgtechnologie stelt eisen aan de thuissituatie van de cliënt. Deze eisen betreffen de beschikbaarheid van mantelzorg, de bekendheid van de patiënt met de toegepaste behandeling en technologie en geschiktheid van

de woning en inrichting. De woning moet voldoende ruimte bieden voor de apparatuur en de behandeling en er dienen goede hygiënische omstandigheden te zijn. Verder moet de patiënt beschikken over de noodzakelijke huishoudelijke apparatuur en hulpmiddelen om ondanks de verminderde zelfstandigheid zichzelf te kunnen blijven redden.

Meestal voldoet de woonsituatie wel aan de minimum-eisen voor de toepassing van thuiszorgtechnologie. Maar vanuit het oogpunt van de zelfredzaamheid blijkt de situatie vaak voor verbetering vatbaar; om het leven van de bewoner gemakkelijker en veiliger te maken. Toen men in Almelo de woningen van ouderen hierop ging inspecteren resulteerde dit in vele verbeteringen.'

RAAMOPENER

Niet alle technologie stelt echter zulke hoge eisen aan de inrichting van het leven van de gebruiker. Voor praktische problemen in de huis-, tuin en keukensituatie van ouderen zijn ook allerlei technische hulpmiddelen op de markt. Deze producten hoeven overigens niet speciaal 'high tech' te zijn. Heel handig zijn gewone dingen als een raamopener of een anti-slip vloermat. De marktwerking zou in principe voor voldoende keus in bruikbare producten moeten zorgen. Dat ouderen evenwel niet optimaal gebruik maken van de beschikbare apparaten, doet vermoeden dat deze markt niet goed functioneert.

Om dat te verbeteren is er allereerst inzicht nodig in de behoeften van ouderen. Het meest bekend zijn de behoeften van ouderen die samenhangen met lichamelijke eigenschappen. Uit het onderzoek dat de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden (SWOKA) in 1985 uitvoerde naar de mogelijkheden voor productinnovatie ten behoeve van ouderen komt naar voren dat vermindering van spierkracht en uithoudingsvermogen ertoe leidt dat ouderen vaak moeite hebben met het openen van verpakkingen, boodschappen doen, stofzuigen en strijken. De last en, niet minder belangrijk, de ergernis die ouderen kunnen ondervinden van allerlei trapjes, opstapjes en ongelijke stoepen zijn algemeen bekend. Minder lenigheid leidt daarnaast tot ongemak bij het gebruik van lage planken in de koelkast, in keukenkastjes en in de suppenmarkt. Hoge planken, hoge (keuken)kastjes en bovenraampjes kunnen voor nog meer problemen zorgen, daar hoog reiken soms eenvoudigweg niet lukt en keukentrapjes et cetera hoog in de top-tien staan als oorzaak van ongevallen in huis. Het beeld van de kwetsbare, hulpbehoevende oudere is echter eenzijdig. De meeste ouderen wonen zelfstandig en worden niet door de gevolgen van de ouderdom in hun functioneren belemmerd. Het is opvallend welk een ander beeld er ont-



Tekening: Guido van Driel

staat als men gaat kijken naar de voorkeuren en wensen van ouderen als consument. In een uitgave van de Algemene Bank Nederland wordt een beeld geschetst van de oudere consument als kritisch, kwaliteitsbewust en prijsbewust." Ouderen, zo stelt men, hechten veel waarde aan degelijkheid, duurzaamheid en bedieningsgemak van producten die zij kopen. Ze zijn behoudend en 'merktrouw' en laten zich niet snel door reclame overreden tot een bepaalde keuze. Het is echter niet waar dat ouderen niet open zouden staan voor veranderingen: als er goede argumenten voor zijn, worden nieuwe producten wel degelijk geaccepteerd.

Bijzonder aardig van het ABN-rapport is dat men ook suggesties doet over de wijze waarop de leverancier de oudere consument het best kan benaderen: als zelfstandige en zelfbewuste consument en vooral niet als gebrekkige en afhankelijke bejaarde. Producten moeten bij voorkeur dicht bij huis of anders in goed bereikbare winkels te krijgen zijn. Een toegankelijke winkel (automatische deur, geen drempel, brede gangpaden) met bereikbare schappen wordt door ouderen gewaardeerd, evenals persoonlijke bediening en service. Op ouderen gerichte reclame dient vooral informatief te zijn ten aanzien van de geboden kwaliteit, bruikbaarheid en prijs-kwaliteitverhouding.

PRODUKTONTWIKKELING

Er komen steeds meer producten speciaal voor ouderen. Voorbeelden zijn de seniorenkaart van de NS, reisarrangementen en tijdschriften voor ouderen. Maar dat is pas een begin. Uit het eerder vermelde SWOKA-onderzoek kwamen tientallen ongemakken naar voren waar ouderen in het dagelijks leven mee te maken

krijgen en waarvoor de markt geen adequate oplossing biedt.

Een overzicht van hoe het ervoor staat met de ontwikkeling van producten en diensten voor ouderen bestaat niet. Niet alleen zijn leveranciers en fabrikanten uit concurrentie-overwegingen terughoudend met informatie, tot voor kort was er geen organisatie die zich bezighield met productinnovatie ten behoeve van ouderen. Noch de innovatiecentra noch de verschillende ministeries hebben een op ouderen toespitst programma voor productinnovatie. Wel heeft de EG een programma onder de schone naam "Technology for the socio-economy Integration of Disabled and Elderly people" (TIDE), maar daarin overheerst toch sterk de aandacht voor gehandicapten.

In augustus vorig jaar werd in Eindhoven 'The First International Conference on Technology and Ageing', gehouden. Op dit congres werd zowel het gebruik als de ontwikkeling van technologie belicht. Vooral de psychologie en de ergonomie bleken belangrijke bijdragen te kunnen leveren aan de technische produktontwikkeling. Uit onderzoek bleek namelijk dat ouderen vaak moeite hebben met het bedienen van ingewikkelde apparaten als televisies, wasmachines en ovens. Daarom moet men bij het ontwerpen rekening houden met de psychologische en ergonomische eigenschappen van ouderen. Inmiddels is aan de Technische Universiteit Eindhoven het Gerontechnologisch expertisecentrum opgericht, dat zich richt op het bevorderen van de ontwikkeling en toepassing van technologie voor ouderen. Men verzamelt kennis en informatie over ouderen, producten en produktontwikkeling, begeleidt de opzet en de uitvoering van

projecten en onderhoudt internationale contacten. Wellicht komt hiermee een infrastructuur tot stand die het gemakkelijker maakt om de ideeën (die wel degelijk bestaan!) op het gebied van technologie voor ouderen in de praktijk te brengen.

ACCEPTATIE VAN TECHNOLOGIE

Het gebruik van technische producten door ouderen ook bevorderd worden via directe benaderingen. In het eerder genoemde project in Almelo werden mogelijke verbeteringen in de woonsituatie bij ouderen geïntroduceerd in een persoonlijk contact. Dit was wel effectief, maar zeer arbeidsintensief. Door dit soort projecten specifiek te richten op - qua zelfredzaamheid - kwetsbare groepen ouderen, kunnen wellicht de kosten in de hand worden gehouden. Wijkverpleegkundigen, ziekenverzorgeren en gezinsverzorgsters zouden hier een rol in kunnen gaan spelen door met de cliënten de mogelijkheid te bespreken van technische producten om de zorgafhankelijkheid te verminderen.

Het nadeel van een selectieve benadering is echter dat de verbeteringen veelal pas worden geïntroduceerd als de zelfredzaamheid reeds is verminderd en de zorgbehoefte al is ontstaan. Vanuit de volkshuisvesting kan een meer preventieve benadering worden gerealiseerd. Woningbouwverenigingen onderhouden direct contact met bewoners via de onderhoudsdienst en via huismeesters. Wellicht kunnen zij ouderen informeren over de technologische mogelijkheden in de woning die de zelfredzaamheid ten goede komen.

Uit een onderzoek aan de RU Groningen bleek dat ouderen relatief minder kennis hebben van techniek. Zij zullen dus meer moeite hebben met de interpretatie van produktinformatie. Daar komt nog bij dat het inschakelen van vrienden en familie veelal de erkenning inhoudt dat men iets niet meer kan, of zelfs als regelrechte hulpvraag wordt geïnterpreteerd. Daarom is het juist voor ouderen van belang dat kennis over het nut en het gebruik van technische producten goed verkrijgbaar is. Met name consumentenorganisaties doen op dit vlak goed werk, dat bovendien de marktwerking bevordert.

Helaas is het niet bekend hoe ouderen zoeken naar oplossingen voor zelfredzaamheidsproblemen. Welke rol spelen kennis en informatie over technische producten hierbij? Hoe komen ouderen aan deze kennis en informatie? Is dat anders voor verschillende groepen ouderen? De beantwoording van deze vragen zou het mogelijk maken de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis en informatie over technische producten voor ouderen meer gericht te bevorderen.

MARKETING

De zelfredzaamheid van ouderen effectief bevorderen via technologie vereist nog heel wat wetenschappelijke onderbouwing. Het beschikbare behoeftenonderzoek is vrij oud (1985-SWOKA) of niet van wetenschappelijke kwaliteit (ABN). Gegevens uit ergonomisch onderzoek met betrekking tot ouderen zijn wel beschikbaar, maar ten aanzien van de bruikbaarheid van (nieuwe) producten moet nog veel onderzoek worden gedaan. Over het gedrag van ouderen bij de aanschaf en het ge-

bruik van technische produkten bestaan alleen oppervlakkige gegevens. Onbekend is hoe en of ouderen hun zelfredzaamheidsproblemen vertalen in het aanschaffen van technische produkten, hoe zij zoeken naar die produkten, welke rol produktinformatie speelt en hoe zij aan deze informatie komen. Op de onderzoeksresultaten naar deze onderwerpen kan niet alleen een technologiebeleid worden gebaseerd dat de zelfredzaamheid van ouderen bevordert, ook de verschillende partijen op de markt voor technische produkten voor ouderen kunnen er hun voordeel mee doen. Gezien de tentoongespreide interesse van de marktpartijen voor ouderen als doelgroep zou je denken dat toch voldoende draagvlak te vinden moet zijn voor dergelijk onderzoek. Of zouden marketing-mensen niet gewend zijn om zich te verdiepen in vraagstukken waar hun cliënten voor staan?

Henk Verhoeven en Eelco Bosma zijn project-medewerker thuiszorgtechnieken en directeur van Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis'.

Noten

1. Voor informatie over de verschillende technologieën die toegepast worden in de thuiszorg zie: Bosma E.S., Verhoeven H., Voorthuis I, *Technologie en thuiszorg, consequenties voor de verpleging, Handboek Thuiszorg C 4.2, aanvulling 8/92*, 1992. Hoeveel waarde patiënten hechten aan het leven in de eigen thuissituatie werd treffend geïllustreerd door de reportage in Veronica's *Nieuwslijn* dd. 10-2-1992, waarin een patiënt aan het woord kwam die epidurale pijnbestrijding kreeg in het kader van een deelproject van thuiszorgtechnologie 2000.
2. SEV, Almelo, *Kleine aanpassingen meer veiligheid*, Stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), Rotterdam, 1991.
3. K.A. Gorter, *Thuishulp gewogen, een onderzoek naar de behoefte van lichamelijk gehandicapte mensen aan hulp thuis*, NI-MAWO, Den Haag, 1989.
4. De woning zal voldoen aan de richtlijnen voor aanpasbaar bouwen van de Nationale Woningraad.
5. C. Stephan, Ch. Bloos, *Innovatie voor bejaarden: vernieuwing verouderd*, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumenten-aangelegenheden (SWOKA), Onderzoeksrapport nr. 31, Den Haag, 1985.
6. ABN, Senioren, de doelgroep van de toekomst, Algemene Bank Nederland NV, brachaset, 1990.
7. Er zijn wel sectorspecifieke innovatieprogramma's: Het programma thuiszorgtechnologie van WVC voor de sector gezondheidszorg en het programma ouderenhuisvesting van de Stuurgroep Experimenten volkshuisvesting die gefinancierd wordt door Vrom.
8. Blom-Fuhri Snethlage, *Techniek voor ouderen*, Stichting Toekomstbeeld Techniek, Den Haag, 1986.

COLUJNIN

NEDERLAND STABILISEERT JVERAN DERT*

Wie alles van Nederland wil weten, heeft momenteel de keuze tussen een boekje van 125 pagina's en een pil van dik vijfhonderd bladzijden die elk ongeveer tweemaal zoveel letters bevatten als het kleine boekje. Van welk boek kom je nu het meest aan de weet?

Het dunne boekje heet *Nederland verandert, sociale problemen in de jaren tachtig en negentig*. Het is voor de inmiddels opgedoekte stichting Zorg en Wetenschap geschreven door de Amsterdamse socioloog Geert de Vries. De Vries' kracht - zo schrijft professor Abram de Swaan in het voorwoord - schuilt niet zozeer in de statistiek, als wel in de karakteristiek. 'Hij biedt geen nieuwe feiten, de meeste staan de lezer wel vaag bij, maar hij plaatst de veelheid en verscheidenheid van gegevens in een bevattelijk en helder geordend verband.' En, zoals wel vaker: De Swaan heeft gelijk. De Vries gaat bij zijn beschrijving van hedendaagse sociale problemen uit van door verzorgingsarrangementen gedempte belangtengstellingen tussen sociale klassen en groeperingen. Niet erg origineel, vindt hij ook zelf, maar daar staat tegenover dat hij die belangen tegenstellingen niet simpel tweezijdig voorstelt, maar als complexe belangenfiguraties op verschillende niveaus, die behalve een materiële inzet ook een symbolische betekenis hebben, die de dynamiek van het probleem soms zelfs overheersen.

Die wijsheden past De Vries toe in acht hoofdstukken die telkens een andere tegenstelling aansnijden met telkens een ander stel actoren. Werkgevers, werknemers en werklozen vormen zo'n stel, zieken en gezonden een ander, en jongeren, volwassenen en ouderen een derde.

Dat laatste stel levert een mooi voorbeeld van wat De Vries het 'actuele drama van de sociale kwestie' noemt. In negen pagina's laat hij het naoorlogse Nederland aan ons oog voorbijtrekken. Demografische gegevens, cultuurstudies en actuële prognoses over de betaalbaarheid van de vergrijzing worden in ijtempo gemixt tot een beeld van een samenleving waarin de generaties elkaar misschien niet naar het leven staan, maar toch minstens met argusogen bezien. Dat beeld is indringend genoeg, meeslepend bijna, maar wat moet je met een zin als: 'In het algemeen is onder ouderen wat meer elan en actiebereidheid te constateren dan voorheen.' Het zou best kunnen, maar na zo'n zin snak je naar feitenmateriaal.

En dat is meer dan genoeg te vinden in de dik-

ke pil die *Sociaal en Cultureel Rapport 1992* heet. 'Ondanks ingrijpende economische en demografische veranderingen zijn de jaren tachtig voor de Nederlandse bevolking in sociaal en cultureel opzicht vooral een stabiliserende geweest,' zo begint het rapport, waarvan het Sociaal en Cultureel Planbureau er elke twee jaar een uitbrengt..

Stabilisering? Dat is weer eens wat anders dan 'Nederland verandert', zo lijkt het op het eerste gezicht. Toch ontlopen het SCR en De Vries' boekje elkaar niet zo. Ook het SCR loopt in een tiental hoofdstukken de strijdtonen van de Nederlandse samenleving even langs. Soms moet je wat meer zoeken. Zo meldt het rapport in een paragraaf over tijdsgebruik dat ouderen de laatste vijftien jaar steeds minder om handen hebben gekregen en in een hoofdstuk over arbeidsparticipatie dat '...een wat langer verblijf van ouderen op de arbeidsmarkt in de toekomst stellig zal worden gestimuleerd'. Heel fijntjes wordt daarmee eenzelfde beeld geschetst als De Vries in zijn boekje oproept: de strijd om een plekje onder de zon gaat onverminderd door, ook in een stabiliserend Nederland. En dat het SCR een empirische cijferbrij zou zijn zonder conclusies, blijkt met die opmerking over arbeidsparticipatie van ouderen een vooroordeel..

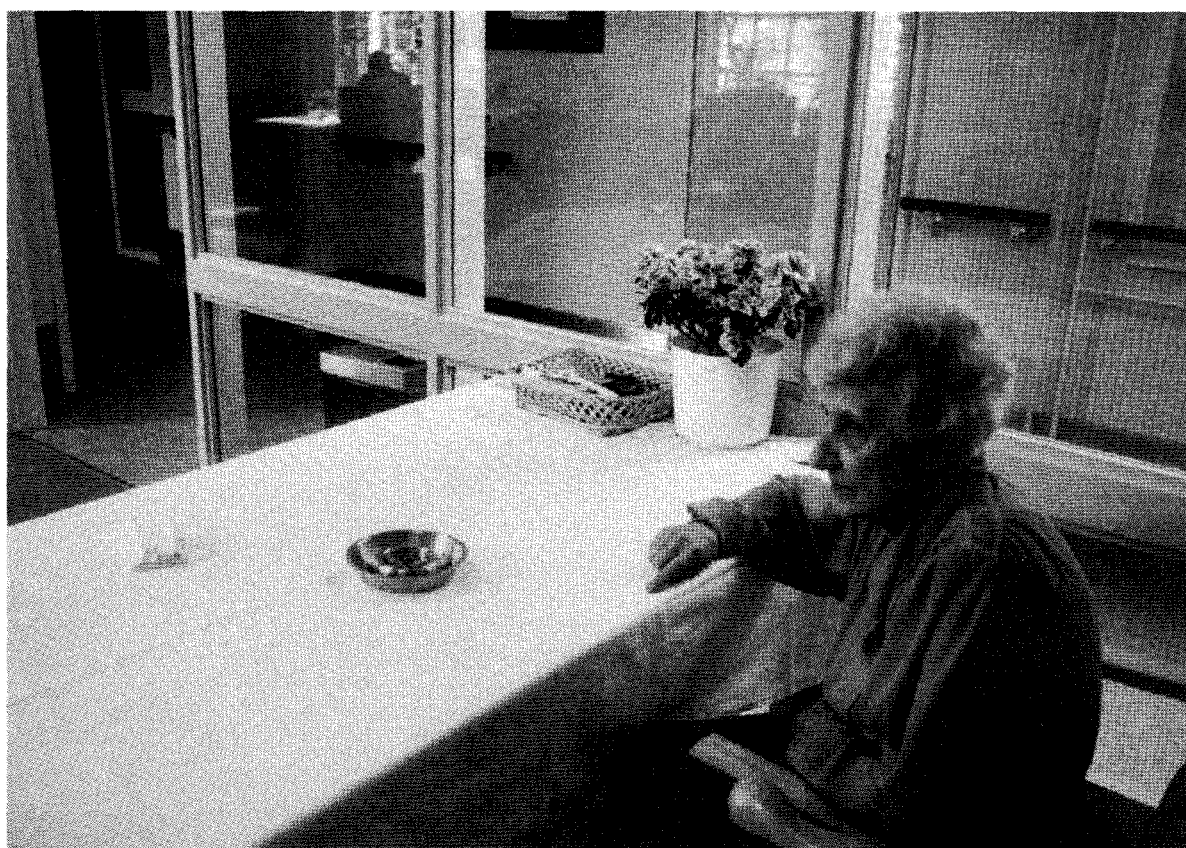
Nico de Boer

*doorhalen wat niet van toepassing is

Geert de Vries, *Nederland verandert, sociale problemen in de jaren tachtig en negentig*, Amsterdam (Het Spinhuis) 1992. 125 pagina's, f29,50. *Sociaal en Cultureel rapport 1992*, Rijswijk (Sociaal en Cultureel Planbureau) 1992, 540 pagina's, f75,-.

DE GOOVER EEN WOONPROJECT VOOR DEMENTE OUDEREN

FOTO'S MARLIES REKKERS



Opname in een verpleeghuis is vaak een dramatische ervaring. Je voelt je verlaten en je hebt niets meer van jezelf

Dementie is een sluipende maar zeer 'ingrijpende' ziekte. Verschijnselen van de ziekte zijn in de beginperiode moeilijk te ontdekken want ze worden vaak afgedaan met: 'ach, je wordt alleen maar een beetje ouder'.

Demente mensen worden steeds vergeetachtiger. De meeste ouderen die dement worden, kunnen daardoor op den duur niet meer zelfstandig functioneren. Familie en kennissen geven veel hulp maar op een bepaald moment wordt het te veel, en lijkt een opname in een verpleeghuis de enige mogelijkheid.

In verschillende plaatsen ontwikkelt men alternatieven voor het verpleeghuis voor dementen. Verzorgingshuis De Gooyer in de Dapperbuurt in Amsterdam nam als eerste het

initiatief voor een project om demente ouderen zoveel mogelijk zelfstandig in de eigen buurt te laten wonen. In samenwerking met Verpleeghuis Wittenberg en Stichting Thuishulp Amsterdam kwam het project in 1989 tot stand.

Elf ouderen uit de Dapperbuurt wonen nu gezamenlijk in twee gewone woningen in de buurt. Enkelan kwamen uit het verpleeghuis, anderen woonden voor de verhuizing nog thuis maar stonden op de wachtlijst voor een verpleeghuis. De ouderen doen met hulp van verzorgenden het huishouden en het koken. De begeleiders zijn 24 uur aanwezig en hebben als voornaamste taak de ouderen te activeren en steunen in het dagelijkse leven.

Dat betekent dat de verzorgenden de ouderen helpen met opstaan, wassen en aankleden, ze gaan met hen boodschappen doen, helpen met strijken of wassen en doen vaak gezellig mee met een spelletje of naar het luisteren van muziek.

De foto's die wij hier laten zien werden voor, tijdens en na de verhuizing van de eerste bewoners naar het woonproject De Gooyer gemaakt door Marlies Rekkers. Met toestemming van de ouderen zelf en hun familie zijn ze in dit themanummer geplaatst.



Veel demente bejaarden wachten en ver-eenzamen thuis

Al weet je het niet zo goed meer, met el-kaar zijn geeft veilig-heid, warmte en gezelligheid



In De Gooyer zijn huis-dieren toegestaan



Samen koken en tafeldekken



'Wij hebben het goed hier, we willen hier blijven,' zeggen de bewoners

NOOIT TE OUD VOOR POLITIEKE'MACHT

Margreet van Oostrom

Krijgen ouderen meer greep op hun eigen levenssituatie of neemt de macht van ouderen af? In dit artikel schetst Margreet van Oostrom de marginale positie van ouderen en heeft speciaal oog voor de problemen van oudere vrouwen. Vanuit haar kennis van de ouderenbonden analyseert zij de mogelijkheden waarmee ouderen hun macht kunnen vergroten.

De manier waarop men het ouder worden beleeft heeft veel te maken met het leven dat daaraan is voorafgegaan. Wie eerder het leven als zinvol heeft ervaren zal hiermee ook op latere leeftijd weinig moeite hebben, omdat deze persoon heeft geleerd zin aan het leven te geven.'

Van groot belang is de mate waarin ouderen in het sociale en maatschappelijke bestel kunnen blijven participeren. Mensen worden, veelal ongewild, steeds jonger uit het arbeidsproces gestoten. Slechts een derde van de mensen boven de vijftig heeft nog een betaalde baan; van de 60-65-jarigen neemt nog maar twaalf procent deel aan de arbeidsmarkt. Ouderen verrichten wel steeds meer uitvoerend vrijwilligerswerk; ook in besturen van verenigingen en in de politiek zijn veel ouderen actief.

OUDERENBONDEN

Ruim 400.000 (ongeveer 12%) van alle 55-plussers hebben zich aangesloten bij een van de drie ouderenbonden: de algemene ANBO, de protestants christelijke PCOB en de katholieke KBO. Op landelijk niveau werkten de drie bonden samen in Cosbo Nederland, het Centraal orgaan samenwerkende bonden van 'ouderen. Sinds 1 januari 1992 doen de pensioenorganisaties OVGO en CSPO mee in de belangenbehartiging en hebben de vijf organisaties het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) opgericht, dat in de plaats is gekomen van het Cosbo.

De ouderenbeweging ontstond vlak na de Tweede Wereldoorlog. De ouderen hadden een direct belang bij het verbeteren van de levensomstandigheden van de niet-werkenden en bij het organiseren van allerlei activiteiten op het sociaal-culturele en recreatieve vlak. Een ouderenorganisatie is in zekere zin een emancipatiebeweging gericht op volwaardige acceptatie, integratie en gelijkheid van kansen van ouderen. Al worden ze soms nog vereenzelvigd met een soos voor gezelligheid - veel kaarten of biljarten en af en toe een reisje -, de ouderenbonden ontwikkelen zich meer en meer tot organisaties voor politieke belangenbehartiging.

De ouderenbonden behartigen de belangen van mensen boven de vijftig, omdat zich rond die leeftijd vaak grote veranderingen voordoen, zoals:

- verlies van functies in het betaalde arbeidsbestel: niet meer in aanmerking komen voor

een betaalde baan als men werkloos is geworden; of men wordt als een probleem ervaren wanneer men als oudere nog wel een baan heeft;

- het verminderen, soms zelfs geheel verdwijnen van mogelijkheden om besluitvormingsprocessen die voor de ouderen zelf van groot belang zijn te beïnvloeden. Zo hebben sommige verpleeghuizen een leeftijdsgrens voor bestuursleden: die mogen niet ouder zijn dan 65 jaar; terwijl de verpleeghuispopulatie voor ongeveer negentig procent bestaat uit 65-plussers!
- vaak drastische vermindering van inkomen als men geen baan heeft en het verdwijnen van sociale zekerheid als men na pensionering toch blijft werken;
- voor vrouwen geldt het bovenstaande gewoonlijk in versterkte mate.

OUDERE VROUWEN

In het algemeen kan worden gesteld dat de inkomenssituatie van veel ouderen problematisch is.' Maar' die van vrouwen nog eens extra. De huidige generatie oudere vrouwen heeft veelal geen betaalde werkkring gehad. Veel vrouwen stopten met werken voor het huwelijk of bij de komst van het eerste kind en hebben geen of slechts een zeer beperkte eigen pensioenopbouw. Met name de alleenstaande oudere vrouwen verkeren vaak in ongunstige financiële omstandigheden. 41% van de alleenstaande oudere vrouwen moet rondkomen van alleen een AOW-uitkering. Bovendien is het AOW-pensioen lange tijd niet gekoppeld geweest aan de loonontwikkeling met als gevolg dat deze uitkering in de periode 1979-1987 een achterstand heeft opgelopen van meer dan dertien procent.

Vrouwen van 75 jaar en ouder zijn merendeels alleenstaand en kunnen niet terugvallen op directe hulp en zorg van de partner. Veel oudere alleenstaanden raken in een isolement doordat zij minder mobiel zijn en minder bezoek ontvangen van vrienden en kennissen, ook al omdat de kennissenkring sterk is uitgedund op deze leeftijd. Onvoldoende inkomen kan een oudere ervan weerhouden deel te nemen aan sociale activiteiten. Geldgebrek beperkt vaak de mobiliteit en kan de toegang tot adequate medisch-maatschappelijke hulp moeilijker maken.

Het is met name de optelsom van negatieve factoren, die oudere vrouwen in een nadelige positie brengt. Deze negatieve factoren zijn:

- onvoldoende inkomen door te weinig of geen pensioenopbouw;
- slechte huisvesting, materieel omdat de kwaliteit van de huisvesting vaak te wensen overlaat en immaterieel omdat zij vaak alleen wonen en daardoor een relatief grote kans hebben op sociale isolatie;
- een relatief slechte gezondheid. Omdat vrouwen langer leven hebben ze meer kans op ouderdomsziekten en anderzijds moeten zij vaak de rol van verzorgster op zich nemen wat soms ten koste van eigen gezond-

heid en welzijn kan gaan;

- een grotere kans op sociale isolatie door minder educatie en participatie.

Sinds 1989 is het Landelijk Platform Vrouwen 50+ actief om de positie van oudere vrouwen te verbeteren. Het platform heeft een aantal actiepunten geformuleerd op de terreinen inkomen, huisvesting, educatie en gezondheid van oudere vrouwen.' Op het gebied van de gezondheidszorg zijn dit de volgende punten:

- verbetering van de zorg en hulp- en dienstverlening voor de oudste categorie vrouwen (70+);
- vergroting van het inzicht in de problemen die het ouder worden met zich mee kan brengen (gericht op preventie);
- onderzoek stimuleren naar de ontwikkeling van de Nederlandse zelfhulporganisatie van vrouwen in de overgangsjaren.

GEZONDHEIDSZORG

Vele studies hebben inmiddels aangetoond dat ook in Nederland gezondheid ongelijk verdeeld is over de sociaal-economische groepen. Van de ouderen boven de 65 jaar (gezinnen en alleenstaanden) moet 35% rondkomen van vrijwel alleen AOW. Hoewel niet precies bekend is op welke wijze een slechte sociaal-economische positie tot een slechtere gezondheid leidt, spelen leefomstandigheden, woonomgeving en voedingspatronen in ieder geval een rol.

Voor ouderen geldt bovendien dat de gezondheidszorg hun minder te bieden heeft. Voor verpleegzorg en thuiszorg is te weinig geld beschikbaar. In sommige regio's hebben verpleeghuizen en thuiszorginstellingen lange wachtlijsten. Het is helaas al geen uitzondering meer wanneer iemand een jaar moet wachten op opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Met de discussie over keuzen in de zorg is weer meer aandacht voor de vraag of er niet veel meer geld aan de basiszorg voor chronisch zieken en ouderen besteed moet worden en minder aan topklinische zorg. De commissie-Dunning heeft in haar rapport *Kiezen en delen* een voor ouderen ander heikel punt aangesneden, een punt waar ook de ouderenbonden in hun nota's en bij de politiek op hebben gewezen: mag leeftijd een selectie criterium vormen om in aanmerking te komen voor een behandeling of voorziening in de gezondheidszorg? Gelukkig wijst de commissie-Dunning, met de ouderenbonden, leeftijd als selectie criterium af."

RECHTEN VAN PATIENTEN

Dat patiënten over rechten beschikken, is één, maar er effectief gebruik van maken is twee. Ouderen kennen vaak de inhoud van de rechten niet of zijn niet gewend om ervoor op te komen. En dat terwijl ze als groep juist zo veel met de gezondheidszorg in aanraking komen. Het fundamentele recht op zelfbeschikking betekent in de gezondheidszorg dat geen enkele

te behandeling tegen de wil van de patiënt mag plaatsvinden. Oudere patiënten blijken vaak nog erg veel ontzag voor de arts te koesteren. Dit bemoeilijkt het maken van een goede afweging van de voor- en nadelen van een voorgestelde behandeling. Ook komt het daardoor nogal eens voor dat ouderen tegen hun zin te lang in het ziekenhuis of verpleeghuis verblijven of een bepaalde therapie of behandeling laten voortduren.

Het recht op informatie is inmiddels vrij vanzelfsprekend. Toch is het principe dat een beslissing pas kan worden genomen als de patiënt volledig is geïnformeerd over onderzoek, diagnose, behandelplan en alternatieven, niet eenvoudig te realiseren. Niet alleen moet de patiënt weten wat de mogelijke gevolgen zijn van het niet opvolgen van een advies, maar vooral moet hij of zij de consequenties van een beslissing goed kunnen overzien. Alleen als een patiënt uitdrukkelijk te kennen geeft geen prijs te stellen op informatie, is het niet verstrekken van die informatie geoorloofd. In alle gevallen is het belangrijk dat hulpverleners zich verplaatsen in de oudere die ze voor zich hebben. Dit betekent dat ze soms meer aandacht moeten geven aan het verschaffen van informatie. Ze moeten zich rekenschap geven van het (opleidings)niveau van de oudere en zijn of haar houding inschatten. Wanneer een patiënt niet meer voor zichzelf kan spreken (mensen in coma of zwaar psychogeriatrische patiënten) kan het gewenst of noodzakelijk zijn dat iemand voor hen spreekt. Met name voor mensen die rondom zaken van leven en dood een uitgesproken mening hebben, is het aan te bevelen zich van een levensdocil te voorzien en eventueel een vertrouwenspersoon te benoemen. Hier kunnen hulpverleners hun patiënten in een vroeg stadium op attenderen. Maar ook andere rechten als het recht op het inzien van het dossier en er desgewenst een kopie van kunnen maken, is aan veel ouderen niet bekend. Wel bekend is het recht op privacy, klachten over een gebrek daaraan komen regelmatig naar buiten. Onderzoek en behandeling blijken zich bijvoorbeeld lang niet altijd aan het gehoor en het gezichtsveld van anderen te onttrekken. Voor ouderen in verpleeghuizen betekent het recht op privacy dat ieder die dit wenst recht heeft op een eigen kamer. Mensen die langdurig in een verpleeghuis verblijven moeten hun eigenwaarde kunnen behouden, zich niet ver-vreemd gaan voelen op vier- of meerpersoonskamers. Ook hebben ouderen recht op vrije keuze van een hulpverlener. In de praktijk kan de keuze beperkt zijn, omdat in een instelling een beperkt aantal artsen werken. Maar ook de geringere mobiliteit van veel ouderen maakt dat zij eerder een hulpverlener in de buurt moeten kiezen.

OUDEREN ACTIEF

In 1989 werd de nota *Richtlijnen Ouderenbeleid* gepresenteerd, een belangrijk werkstuk van het Cosbo. Ouderen hadden nog niet eerder een dergelijk wensenpakket te berde gebracht op de terreinen inkomen, wonen, welzijn, zorg en educatie:

De ouderenbonden vinden een categoriaal beleid, alleen op de doelgroep ouderen gericht, alleen wenselijk om bestaande achterstanden weg te werken; categoriaal beleid moet zo mo-

gelijk een tijdelijk karakter hebben. Het wordt steeds duidelijker dat de huidige en toekomstige generaties van ouderen niet meer over en voor zich laten beslissen, maar dat zelf willen doen. Dat past nog niet zo goed in het beeld dat nu in de samenleving leeft over ouderen. Het is onder meer een taak van een emancipatiebeweging om dat beeld te veranderen.

Zo hebben tien jaar geleden enkele ontevreden oudere vrouwen het initiatief genomen tot oprichting van de Landelijke Organisatie van Bewonerscommissies van Bejaardenoorden (LOBB). Deze dames werden in het bejaardenhuis behandeld als tieners die zich moesten houden aan regels voor (heren)bezoek en bezoektijden. Inmiddels zijn in 1991 duizend bewonerscommissies van bejaardenoorden aangesloten bij de LOBB. Nu geldt als een van de kwaliteitseisen van een verzorgingshuis dat er een bewonerscommissie aanwezig is met inspraak in de gang van zaken. Maar doordat de populatie van het verzorgingshuis sterk is verouderd en veel hulpbehoevender en zeker is geworden, is het inspraakproces van de bewonerscommissie steeds moeilijker te realiseren. Met behulp van (administratieve) ondersteuning van provinciale consultants, veelal door de provincies gefinancierd, wordt de inspraak zoveel mogelijk gerealiseerd.

PARTICIPATIE IN BEIJD

Veel voorzieningen worden op lokaal niveau gerealiseerd, zoals huisvesting, vervoer, thuiszorg en flankerend ouderenbeleid. Gemeenten en provinciale overheden betrekken ouderen echter nog weinig bij hun beleidsvoorbereiding. Toch laten ouderen op verschillende manieren hun stem horen. Ze bezoeken commissie- of gemeenteraadsvergaderingen en maken gebruik van het spreekrecht. Voorts kunnen ze gemeenteraadsleden, ambtenaren en gemeentebestuurders benaderen; in sommige gemeenten houden wethouders daarvoor een speciaal spreekuur. Participatie in bestaande algemene adviesraden, zoals de culturele raad, de sportraad of de emancipatieraad, is vaak een mogelijkheid om het belang van ouderen op de agenda te krijgen. Voorts kan de gemeente speciale werkgroepen in het leven roepen rondom bepaalde thema's, waaraan behalve ouderen ook vertegenwoordigers van instellingen deelnemen; bij nieuwbouw van een verzorgingshuis of aanleunwoningen wordt dit vaak gedaan. Daarnaast kunnen ouderen in een seniorenraad participeren, een aparte adviesraad voor het gemeentelijk ouderenbeleid. In 1990 beschik-ten nog slechts veertig gemeenten over een seniorenraad. Zo'n raad kan op hoofdlijnen gevraagd en ongevraagd adviseren over het gemeentelijk beleid. Hij moet in een vroeg stadium over de plannen van het gemeentebestuur worden geïnformeerd, zodat er voldoende tijd is voor informatie-uitwisseling en inspraak. Tenslotte moet de seniorenraad over toereikende faciliteiten beschikken, zoals ambtelijke ondersteuning, vergaderruimte en overhead. Een nadeel van de structuur van een seniorenraad is dat hij alleen zaken ter beoordeling krijgen die uitdrukkelijk tot het ouderenbeleid gerekend worden, terwijl veel algemene beleidsaspecten, zoals bijvoorbeeld de toegankelijkheid van het openbaar vervoer, met name ook voor ouderen van belang zijn.



Met deze prent van Opland voert de ANBO actie tegen leeftijdsdiscriminatie.

De conclusie moet zijn dat de positie van een grote groep ouderen eerder is verslechterd dan verbeterd. Vooral voor de ouderen die geen aanvullend pensioen hebben opgebouwd en alleen van de AOW moeten leven is het moeilijk om rond te komen vanwege de relatieve inkomensdaling van de laatste jaren. Ook voor de zorgbehoevende ouderen is de situatie niet verbeterd; door bezuinigingen in de verzorgingshuizen kunnen minder ouderen adequaat worden verzorgd. De omvang van de thuiszorg en verpleeghuiszorg is onvoldoende om aan de vraag van de groeiende groep ouderen te voldoen. Wel is er een groei te zien in de belangbehartiging; de LOBB is gegroeid, het Platform Vrouwen 50+ is opgericht en heeft goed lopende projecten en de ouderenorganisaties worden steeds meer erkend op lokaal, provinciaal en landelijk niveau. Ouderen kunnen hun positie verbeteren door zich actief in te zetten in de, vooral lokale, politiek en ook op individueel niveau door bijvoorbeeld in de gezondheidszorg stevig voor hun eigen belangen op te komen.

Margreet van Oostrom was tot 1 januari 1992 beleidsmedewerker gezondheidszorg bij Cosbo Nederland

Noten

1. A.J. Herzberg, R.e. Kwant, I. Roegiers e.a. *Hoezo te oud? Over ouder worden en zingeving*. Amersfoort, De Horstink, 1984.
2. Cosbo Nederland, *Richtlijnen Ouderenbeleid*. Utrecht, augustus 1989.
3. *Oudere vrouwen in Nederland; volop in beweging*. Beknopt verslag van het project Landelijk Platform Vrouwen 50+. Utrecht, mei 1991.
4. De drie ouderenbonden nemen ieder met een project deel aan de publieksdiscussie rondom keuzen in de zorg.
5. Cosbo Nederland, *Gezondheidszorg*. Utrecht, september 1989.
6. *Lokaal ouderenbeleid*, uitgave door VNG ism Cosbo, 1991.
7. Cosbo Nederland, *Seniorenraden*. Utrecht, 1988.

HET BLIJFT PIONIEREN IN DE GEZONDHEIDSVOORLICHTING AAN MIGRANTEN

Ingrid van de Vegte

Op 1 oktober begint de landelijke voorlichtingscampagne 'Gezondheid!', voor Turken en Marokkanen. Waarom begint het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (BVGB) zo'n campagne, juist nu er de laatste tijd veel twijfel rijst over de effectiviteit van dit soort acties? Is het een poging van het bureau om aan de weg te timmeren als categorale voorziening? Is dat noodzakelijk om te blijven bestaan nu integratie het credo is? En hoe is het met de gezondheidsvoorlichting aan migranten gesteld? Voor een antwoord geven we een blik op de geschiedenis van de gezondheidsvoorlichting aan migranten in Nederland, een toelichting bij de werkwijze van het BVGB en een enkele opmerking over het recente beleidsplan van het bureau.

Kort na 1960 kwamen de eerste arbeiders naar Nederland om hier tijdelijk te werken. Zij waren medisch gekeurd, hun fysieke gesteldheid moest ze in staat stellen lichamelijke arbeid te verrichten. Daarnaast kregen ze vanaf 1966 als 'onderdanen van niet EEG-landen' een tuberculose-onderzoek. De gezondheid van het Nederlandse volk mocht niet door infectieziekten in gevaar komen. Dat waren in het begin de enige contacten van de zorg met buitenlandse arbeiders. Er werden weinig problemen gemeld op het terrein van gezondheid in die jaren. De eerste perikelen betroffen vooral bedrijfsongevallen, het waren dan ook voornamelijk keuzingsartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en vervolgens de huisartsen die te maken kregen met buitenlandse mannen. De zorgverlening verliep moeizaam, het taalverschil werd als grootste moeilijkheid in de contacten met buitenlandse werknemers ervaren. Dit werd des te duidelijker bij de behandeling van psychische problemen die veel voorkwamen en vaak met heimwee en aanpassingsproblemen te maken hadden.

GEZINSHERENIGING

Door de gezinshereniging, die halverwege de jaren zeventig op gang kwam, veranderde het beeld van de migratie drastisch. Tienduizenden vrouwen en kinderen uit landen rond de Middellandse Zee voegden zich bij hun mannen en vaders in Nederland. Gastarbeiders in pensions werden buitenlandse gezinnen in de buurt. Na de herenigingen kwamen er vragen van vrouwen en kinderen en van organisaties die met migranten in aanraking kwamen, zoals

de kraamverzorging.

Pas ver na 1970 kwam er bredere en officiële aandacht voor de gezondheid van en de zorg voor migranten, mede door het instellen van een interdepartementaal overleg ten behoeve van de gezondheidszorg voor groepen buitenlanders. Toen werd pas echt duidelijk dat er - tijdelijk - aparte voorzieningen moesten komen om de problemen op te lossen die door taal- en cultuurverschillen ontstonden. Hulpverleners in de gezondheidszorg moesten geschoold worden in het omgaan met hun buitenlandse patiënten, maar tevens moesten migranten kennis krijgen van de gezondheidszorg in Nederland.

In die sfeer van serieuzere aandacht werd in 1976 het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders opgericht. Eerste doelstelling was de bevordering van een optimale gezondheidszorg voor buitenlanders met als prioriteit de mediterrane nationaliteiten. Dit doel zou bereikt worden door de inventarisatie van problemen, ontwikkeling van materiaal en adviseren en verwijzen in probleemsituaties op diverse niveaus. Hierbij stond 'de ontmoeting tussen de buitenlander en de hulpverlener' centraal. In de loop der jaren veranderde het doel naar het bevorderen van de toegankelijkheid van de zorg door middel van advisering, voorlichting en educatie.

Het bureau kreeg vooral bekendheid bij hulpverleners door de ontwikkeling van specifiek voorlichtingsmateriaal over voeding, zwangerschap en bevalling, veiligheid, seksualiteit, medicijnen en verzorging en opvoeding van kinderen. De medewerkers begonnen met het ontwikkelen van een eenvoudig losbladig systeem voor wijkverpleegkundigen, zodat die de informatie konden doseren voor hun buitenlandse cliënt.

ANALFABETEN

Van meet af aan is rekening gehouden met het vrij hoge percentage analfabeten. Vertalen van bestaand Nederlands materiaal was niet voldoende, er werd in het voorlichtingsmateriaal vooral gewerkt met tekeningen en symbolen. Ook was het zaak aandacht te besteden aan culturele verschillen, andere manieren om met gezondheid en ziekte om te gaan en specifieke taboes (met name rond opvoeding en geboortenregeling).

Bewerken en vertalen van het Nederlandse groeiboekje was een van de belangrijke projecten van het bureau. Hierbij werd uitgegaan van bestaand materiaal voor Nederlandse ouders. Later ging men over op mondelinge voorlichting, vooral vanwege het hoge percentage analfabeten, in de vorm van hoorspelen op cassettebandjes. Het meer verpakken van de boodschap en informatie was succesvol gebleken in andere landen, onder andere in Duitsland.

Deze vorm maakte het soms noodzakelijk concessies te doen aan de inhoud van de voorlichting. Dit sloot niet aan bij het idee van de wijkverpleegkundigen die de bandjes bij de moeders moesten 'brengen'. Zij vonden dat voorlichting compleet moest zijn en hadden kritiek op de bandjes, terwijl het bureau zeker wist een goede vorm te hebben gevonden. Dit was de eerste aanleiding om op mogelijkheden te zinnen het materiaal zonder tussenkomst van hulpverleners bij de buitenlanders te krijgen - de kern van de nu ontwikkelde publieks-campagne.

STOKPAARDJES

De ontwikkeling van specifiek materiaal is vaak bemoeilijkt door de concreetheid van de adviezen die voor de doelgroep gewenst is. Concreet, niet mis te verstane, adviezen zijn landelijk nauwelijks te geven en er verandert nogal eens wat. Elk consultatiebureau, een belangrijke intermediair naar migranten, kent zijn eigen stokpaardjes en ideeën, zeker nu de Nationale Kruisvereniging niet meer bestaat om landelijke adviezen te geven. Maar ook de onderwerpen zelf, kinderen wel of niet op hun buik laten slapen, adviezen rond vitaminegebruik en opvoedingsadviezen rond een nieuw item als bedplassen, leveren veel geharrewar op. Bij Nederlandse ouders kunnen hulpverleners zelf hun informatie mondeling overbrengen. Bij migrantenouders moet het worden overgelaten aan anderen die materiaal ontwikkelen.

Al loopt de voorlichting via consultatiebureaus en wijkverpleegkundigen niet vlekkeloos, er wordt in ieder geval wel veel gedaan. Dit kan van ziekenhuizen niet gezegd worden. De patiëntenvoorlichting aan Nederlandse patiënten is de laatste jaren op gang gekomen, maar de aandacht voor de buitenlandse patiënt is nog minimaal.

Het blijkt moeilijk voor een nationale organisatie als het BVGB met ziekenhuizen (via het Nationaal Ziekenhuis Instituut) op één lijn te komen. Ziekenhuizen ontwikkelen vaak hun eigen voorlichtingsbeleid en ook materialen; zij laten zich niet makkelijk sturen door een landelijke categorale voorziening. Dit soort problemen vormt een tweede reden waarom directe voorlichting, bijvoorbeeld via grootschalige campagnes, aantrekkelijk wordt.

Vijf jaar geleden werd op diverse plaatsen het eerste project voor directe voorlichting aan migranten opgezet. In dit project zijn Marokkaanse (Arabisch en Berber) en Turkse vrouwen in twee jaar opgeleid tot gezondheidsvoorlichtsters in de eigen taal, de zogenaamde 'kadervrouwen'. Zij geven free-lance bij organisaties in het welzijnswerk, de gezondheidszorg of onderwijs gezondheidsvoorlichting aan andere vrouwen, of zijn in

dienst bij bijvoorbeeld GGD'en. Dit project is een groot succes, het scoort hoge waardering bij de vrouwen die worden voorgelicht..

Dit was de eerste stap om voorlichting van hulpverlening los te koppelen. Het voeren van een publiekscampagne was een volgende stap voor het BVGB. Hulpverleners moeten geen belemmering vormen, het bureau vindt dat migranten toegang moeten hebben tot materiaal. Het gaat om 'het recht op informatie', vinden de medewerkers. De publiekscampagne als middel in het emancipatieproces. Dit is de belangrijkste reden voor het BVGB om de campagne te beginnen.

POSTBUS 8

Van oktober 1992 tot en met mei 1993 zal de NOS televisiespotjes uitzenden over de verschillende thema's en de aandacht vestigen op de activiteiten van de campagne. Op een kalender worden de gezondheidsthema's uitgewerkt en er zit een bestelformulier op voor de materialen van het BVGB. De NOS zal ook enige thema-televisieprogramma's verzorgen. Verder worden er op lokaal niveau, via gemeenten en GVO'ers, contacten gelegd met

organisaties waar migranten komen (vooral moskeeën, apotheken, bibliotheken).

Een belangrijk doel van de campagne is het bereiken van vrouwen die alleen Berber - een ongeschreven taal - spreken en dus analfabeet zijn. Zij komen moeilijk uit huis. Om hen toch te bereiken zet men, in wijken waar veel migranten wonen, geluidsbusjes in met Berbersprekende tolken/voorlichters.

Het verkopen van materialen is een ander belangrijk doel van het experiment. Want deze campagne is een experiment, zo stelt het BVGB nadrukkelijk. Willen migranten kleine bedragen betalen voor informatie over gezondheid met een preventieve strekking? Met name dat preventieve maakt het lastig. Het vertaalde en aangepaste groeiboekje wordt vooral gebruikt om iets in op te zoeken als er iets aan de hand is. Hoe groot is de behoefte aan gezondheidsinformatie als er niet 'iets aan de hand' is?

Na afloop blijft 'Postbus 8' bestaan; een Postbus 51 waar migranten gezondheidsinformatie kunnen bestellen. De campagne wordt geslaagd genoemd als het bureau ('Postbus 8' moet een begrip worden) en het kunnen kopen van materiaal bekend raakt.

Hulpverleners die het materiaal van het bureau niet doorspelen, te kort schietend beleid in instellingen en een recht op informatie: de campagne lijkt een logische stap. Maar het lijkt er ook op dat de hoop op structurele verbetering van de voorlichting via algemene voorzieningen niet zo groot meer is bij het BVGB, ondanks de immer voortgaande inzet van het bureau in die richting.

De experimentele status van de campagne maakt het moeilijk kritische vragen te stellen over de behoefte van migranten en de effecten van zo'n campagne. 'Wie niet waagt die niet wint' lijkt het motto, zoals 'al doende leert men' dat eerder was voor het bureau. Het BVGB ziet zichzelf nog steeds als pionier. Er moet wat gedaan worden, uitprobeerde, geëxperimenteerd en zo rol je van het een in het ander.

REIS NAAR MEKKA

Pionieren in de migrantenvoorlichting, is dat nu nog nodig? Is het wenselijk om migranten in alle opzichten als een aparte groep te beschouwen? Zou een landelijke publiekscampagne op hen zoveel andere effecten hebben dan op witte Nederlanders? Het is waarschijn-



Hakim van Sesamstraat, het boegbeeld van de campagne.

Foto: BVGB

lijk dat er, zoals bij elke publiciteitscampagne, niet meer verwacht kan worden dan een korte opleving van aandacht, voor niet meer dan het kopen van gezondheidsinformatie.

Uit algemene behoeftepeilingen mag dan blijken dat veel buitenlanders gezondheid belangrijk vinden - evenals autochtone Nederlanders trouwens - en dat de informatiebehoefte ook groot is als je ernaar vraagt, maar wat zegt dat? Geld over hebben voor zorg is iets anders dan de portemonnee trekken voor preventieve informatie. De prijzen (een reis naar Turkije, Marokko of Mekka) die bij bestelling van materiaal te winnen zijn, moeten helpen die drempel te slechten. Een marketingdeskundige zou vinden dat je eerst een behoeftepeiling, een marktonderzoek en een kosten-baten- of kosten-effect-analyse zou moeten uitvoeren. Dit zijn zaken die het bureau tijdens en achteraf wil laten plaatsvinden. Maar wat wil men meten, wanneer is het geslaagd en welk koop- en informatie-zoekgedrag vindt men eigenlijk wenselijk? Welk doel wil men op langere termijn bereiken?

De door een aantal heren columnisten ingezette discussie over publiciteitscampagnes, over de effectiviteit, ervan en over de bemoeienis van de overheid met individuen, heeft onlangs geleid tot drastisch bezuinigen op die campagnes.

Ook binnen GVO-kringen is men afhoudender geworden, nadat er de laatste jaren druk is geëxperimenteerd met publiciteitscampagnes rond gezondheidsthema's. Globaal ziet zo'n experiment er altijd zo uit: op landelijk niveau wordt de campagne voorbereid, de materialen worden ontwikkeld, draaiboeken gemaakt en de landelijke media worden ingezet. Op lokaal niveau worden aanvullende activiteiten verwacht en wordt de implementatie van de geplande activiteiten verzorgd. Dat klinkt ideaal, maar het is een samenwerking waar vooral landelijke bureaus tevreden over zijn. Lokale activisten merken vooral dat campagnes vaak minder goed doordacht zijn dan aangekondigd. Zij voelen zich verantwoordelijk voor de continuïteit, ook na de afloop van de campagne. Publiciteitscampagnes zijn geschikt om de aandacht te trekken, maar hebben pas effect als ze worden gecombineerd met activiteiten die direct op groepen of individuen zijn afgestemd. Groepsvoorlichting en individuele voorlichting zijn daarvoor noodzakelijk. Die combinatie is nauwelijks uitgewerkt in deze campagne van het BVGB. Toegang tot informatie als recht en emancipatoir doel klinkt mooier dan het vaak is. Wat te doen met informatie, welke analyse van gezondheidsproblemen wordt er gemaakt? Zullen migranten straks werkelijk meer invloed hebben op hun gezondheidssituatie? De specifieke gezondheidsproblematiek van migranten wordt vooral veroorzaakt door structurele problemen (huisvesting, arbeid, positie in de samenleving, participatie en integratie en toegang tot hulpverlening) die nooit door informatie alleen op te lossen zijn.

NOODVERBAND

Moet er een categoriaal landelijk ondersteunings- en ontwikkelingsbureau blijven voor gezondheidsvoorlichting aan migranten? In de Minderhedennota van 1983 werd door de toenmalige regering al gewezen op de ver-

antwoordelijkheid van algemene voorzieningen om migranten als doelgroep mee te nemen. Categoriele voorzieningen voor migranten zag WVC als een noodverband. Het BVGB is zelf sterk doordrongen van de noodzaak overbodig te worden. In hun nieuwe - nog te verschijnen - beleidsnota wordt de verwachting uitgesproken in 2005 op nog slechts twintig procent van de huidige capaciteit te kunnen draaien. Optimistisch, waarom? Niet omdat er zoveel vertrouwen bestaat dat de landelijke koepelorganisaties structureel en adequaat de taken van het BVGB mee zullen nemen. De resultaten van de afgelopen vijftien jaar stemmen op dat punt zeer somber. Organisaties waar het BVGB vergevorderde afspraken mee had worden gedecentraliseerd (de Nationale Kruisvereniging, waarmee in 1988 een groot samenwerkingsproject was afgesproken) of grotendeels wegbezuinigd (Rutgershuizen), terwijl met andere nog steeds sprake is van een beginstadium (het Nationaal Ziekenhuis Instituut).

Het BVGB ontleent het optimisme ook niet aan de waarborg van een goede toegankelijkheid van de zorg voor migranten, of aan het feit dat er geen sprake meer zou zijn van specifieke problematiek. Zo worden bij Turkse en Marokkaanse kinderen vaker rachitis en bloedarmoede waargenomen. Ook tuberculose komt bij Turken en Marokkanen meer voor. Turkse respondenten (in een Rotterdamse onderzoek onder Turkse en autochtone inwoners van Rotterdam) zijn vaker dan Nederlandse van mening dat hun gezondheid slecht is. Het aantal opnamen in ziekenhuizen was gelijk, de duur van de opnamen was bij Turken wel langer. Ook is geconstateerd dat Turkse en Marokkaanse vrouwen significant minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. In opleidingen bestaat inmiddels een overwegend positieve houding om aandacht te besteden aan de hulpverlening aan allochtonen. Het gaat echter veelal om kortlopende programma-onderdelen over culturele en religieuze achtergrondkennis, communicatie en attitudes. Gezien het aantal opleidingen dat geen gerichte activiteiten ontwikkelt en/of deze aandacht niet wenselijk vindt, blijven stimulerende maatregelen van buitenaf gewenst.

Naast de nog bestaande verschillen doemen er nieuwe problemen op. De eerste generatie migranten is nu tussen de vijftig en zestig jaar. Daarmee komen onderwerpen als chronische ziekten, thuiszorg, veroudering, dementie et cetera naar boven waaraan tot nu door het bureau weinig aandacht is geschenken, evenmin als door de organisaties die daarmee te maken krijgen. Ook de verwachte mondigheid van de patiënt, de ontwikkeling van het bewust-consumentengedrag, zal zich bij grote groepen buitenlanders later voordoen dan bij de autochtone patiënt. En hoe zit het bijvoorbeeld met het uitwerken van 'informed consent'? Binnen het ziekenhuiswezen wordt hieraan pas een eerste voorzichtige gedachten-gang gewijd. De aansluiting bij patiënten en consumentenorganisaties is minimaal. Op een enkele organisatie na (VSOP en BOSK), zijn nog maar weinig organisaties bezig met hun toegankelijkheid voor migranten. Dit wordt dan ook een van de aandachtspunten voor het BVGB in de komende jaren.

De voorspellingen voor 2005 lijken op koffiedikkijkerij. Het BVGB is in dit geval meer principieel dan pragmatisch, terwijl dat juist van oudsher hun kracht is.

DE TOEKOMST

Het BVGB-houdt zich als categoriale organisatie wat afzijdig van de inzichten en ervaringen die in de voorlichtingskundige praktijk zijn opgedaan. Dit heeft te maken met de specificiteit van de informatie en de andere benaderingswijze die de doelgroep migranten vereist. De publiciteitscampagne lijkt echter uit frustratie over het ontwikkelen van beleid in algemene voorzieningen voort te komen en het bureau stelt te veel de verkrijgbaarheid van informatie als einddoel. Van de effectiviteit van de campagne op zich valt weinig te verwachten. Het bureau kan zich wellicht profileren om zodoende andere mogelijkheden te krijgen de bestaande en opdoemende problemen het hoofd te bieden. Wat dat betreft heeft het bureau als categoriale instelling een toekomst en het valt te hopen dat het voorlopig niet de dupe wordt van de integratiegedachte. Het blijft belangrijk specifieke deskundigheid te bundelen om de hulpverlening aan migranten daadwerkelijk te verbeteren. Want daar is nog bedroevend weinig van terechtgekomen en het heeft in roeige tijden van bezuinigingen op algemene voorzieningen niet de prioriteit gekregen die het verdiende. De toekomst van het bureau ligt in een grondige analyse van de oorzaak van gezondheidsproblemen van migranten en het aanjagen van voorzieningen die daarin een rol spelen. De doelstellingen van weleer: de toegankelijkheid van de zorg en de ontmoeting tussen hulpverlener en patiënt kunnen daarbij nog steeds als uitgangspunt dienen. Daar wordt de zorg verleend en die informatie verstrekt, waar de buitenlander als cliënt zeker behoefte aan heeft.

Ingrid van de Vegte

GVO-functionaris en redacteur TGP

Met dank aan Jas Meys en Wil Verhoeven van het BVGB.

Noten

1. De VSOP is de samenwerkende ouder- en patiëntenvereniging, vooral bezig met erfelijkheidsvoorlichting.
2. De BOSK is de vereniging voor motorische gehandicapten en hun ouders.

PEDAGOGIE VAN DE ONDERDRUKTEN

EEN REVOLUTIONAIR LEERBOEK HERLEZEN

Tijdens mijn medische studie moest ik ook op zaterdagochtend om halfacht mijn bed uit om het college over pathologische anatomie te volgen. De collegezaal -as doorgaans verduisterd. Een diaprojector projecteerde plaatjes op een wit scherm. De hoogleraar verklaarde met monotone stem welke abnormale cellen er op de eindeloze rijplaatjes te zien waren. Halverwege het college viel ik doorgaans in slaap. De enige reden waarom ik erheen ging, was om een handtekening op de presentielijst te zetten. Want had ik te weinig handtekeningen gezet, dan kreeg ik problemen op het examen.

Het lezen van *Pedagogie van de onderdrukten* van Paulo Freire was voor mij een soort bevrijding. Eindelijk begreep ik mijn al jaren bestaande onvrede over de steriele manier van leren binnen de medische studie (en niet alleen daar). Het boekje gaf mij inzicht en reikte mij de woorden aan om erover te praten. Voor mij is dit college altijd het schoolvoorbeeld gebleven van *depositair* onderwijs, zoals Freire dat noemt: de hoogleraar was de weter, de student was een leeg vat. De colleges en de dictaten waren de trechters waarlangs de kennis in mijn vat werd gedeponneerd. De medische studie bestond in hoofdzaak uit dit soort onderwijs. Als student had ik geen enkele invloed op het leerprogramma; er waren nauwelijks keuzeprogramma's en er werd niet uitgelegd waarom bepaalde stof moest worden geleerd. Ik voelde mij bij zulke leerprogramma's zelden betrokken. Kritische opmerkingen werden niet gewaardeerd door de docenten (slimme opmerkingen wel).

BEWUSTWORDING

Voor degenen die de jaren zestig niet hebben meegemaakt, is het boek moeilijk toegankelijk door het jargon uit die jaren. 'Conscientização' is het sleutelwoord in het boek. Het is een Portugees woord, dat in het Nederlands is vertaald met 'bewustzijn'. De betekenis is echter dynamischer: het gaat over het proces van bewust worden. Het boek gaat over pedagogie, maar dan in de context van onderdrukking, revolutie, marxisme en christendom. Anno 1992 worden deze begrippen als versleten beschouwd, maar de inhoud van het boek blijft voor mij actueel. Freires leer methode gaat uit van de eigen situatie en ervaringen van mensen en wil inzicht laten ontstaan in het verband tussen deze situatie en de wereld om hen heen. Bij leren gaat het om het veranderen

van het bewustzijn. De leerling moet het geleerde kunnen gebruiken om meer greep te krijgen op zijn eigen situatie. Kennis alleen is onvoldoende. Het gaat erom inzicht te krijgen in alle omstandigheden en feiten die ertoe bijdragen, dat de situatie blijft zoals die is. 'Bevrijdend opvoedingswerk bestaat uit daden van inzicht, niet in het overbrengen van informatie,' zegt Freire. Zo'n zin geeft in onze informatie maatschappij wel stof tot nadenken. Depositair onderwijs zorgt er volgens Freire juist voor dat dit inzicht niet ontstaat en dat mensen in een zogenaamd naïef bewustzijn worden gehouden. Leren moet mensen helpen om een kritisch bewustzijn te krijgen.

DIALOOG

Een leersituatie waarbij de leraar de weter is en de leerling de onwetende toehoorder, staat dit soort leren in de weg. Leren kan alleen plaatsvinden in dialoog. Hierin bestaat geen hiërarchische verhouding. De leraar leert evenzeer als de leerling. De leraar leert over situaties en ervaringen van mensen. De leerling leert over de bredere context van zijn situatie en over de meso- en macroverbanden, die de leraar aanreikt. Leren leidt tot actie. Het gaat om actie en reflectie. Actie zonder reflectie leidt nergens toe en reflectie zonder actie is steriel. Het bevrijdende van de methode van Freire is dat die een open einde heeft. Hij rekent af met de mythe van de jaren zestig over de maakbaarheid van de maatschappij. Deze is niet maakbaar volgens een tevoren vastgesteld concept. Verandering is een proces, dat zich in de dialoog ontwikkelt, en waarbij de uitkomst niet bij voorbaat vaststaat.

Het boek heeft ook een aantal bezwaren. Freire schrijft over zijn ideeën en zijn methode in abstracte termen. Het is bepaald geen handboek over ervaring sieren. Bovendien is zijn methode ontwikkeld voor ongeletterde landarbeiders en boeren op het Braziliaanse platteland en niet zonder meer toe te passen op groepen mensen in de westerse wereld, die allemaal al onderwijs hebben ontvangen.

In Nederland wordt in tal van vormings- en onderwijs situaties met een of andere vorm van ervaring sieren gewerkt. De inzichten van Freire zijn voor deze ontwikkeling van groot belang geweest. Voor het opleiden van kader binnen de patiëntenbeweging, waar ik veel mee van doen heb, zijn de inzichten van Freire bij uitstek geschikt. De patiëntenbeweging is in hoofdzaak ontstaan door onvrede van mensen over de situatie binnen de gezondheidszorg: onvrede over onmondigheid, afhankelijkheid en over de ontkenning van patiënten als zelfstandig denkende mensen. Bij het ontwikkelen van een effectieve patiëntenbeweging is het van belang om die situatie te analyseren. Wat zijn de elementen, die tot on-

mondigheid, afhankelijkheid en ontkenning leiden? Wat zijn de mogelijkheden voor patiënten om zich daaraan te onttrekken? Welke acties moeten zij daarvoor ondernemen? In het kaderwerk binnen de patiëntenbeweging staat het problematiseren van de situatie centraal. Daarbij is het van groter belang om vragen te leren stellen dan om antwoorden te geven. Onderwijs dat op intellectueel niveau hierover uitleg geeft, is niet voldoende. Het gaat bij uitstek om verandering van bewustzijn en een dergelijke verandering is een procesmatig gebeuren.

ACTIE

Tijdens een van de cursussen vertelde een vrouw met een chronische ziekte over haar onvrede over de behandeling door een specialist. Door haar vragen te stellen werkten de cursisten deze situatie uit. Sommige groepsleden vullen de situatie aan vanuit eigen ervaringen. De cursusleider vatte tenslotte de verschillende aspecten van de situatie samen. Vervolgens boog de groep zich over de vraag op welke wijze de vrouw verandering kon aanbrengen in de situatie. Telkens gingen zij na of de aangedragen suggesties pasten in haar specifieke situatie. Op de volgende bijeenkomst deed zij verslag van de resultaten van haar actie. Die was zeer geslaagd. Tenslotte gingen wij als cursisten na tot welke inzichten deze ervaringen leidden. Niet altijd lukt het om reflectie en actie zo snel binnen een cursus op elkaar te laten aansluiten, maar het is de bedoeling dat iedere reflectie tot actie leidt.

De patiëntenbeweging is nu uit de kinderschoenen gegroeid. Patiëntenorganisaties worden steeds vaker uitgenodigd om aan de beleidstafels aan te schuiven. Worden zij daar gedoogd op voorwaarde dat zij het spel van de anderen meespelen of zijn zij in staat om op eigen voorwaarden en met eigen inbreng te werken aan verandering? Zal het lukken om vanuit het patiëntenperspectief en ervaringsdeskundigheid concrete veranderingen in de structuur en de werkwijze van de gezondheidszorg te bewerkstelligen?

Bij het herlezen van dit boek kwam bij mij dit soort vragen boven. Wie het boek van Freire gaat lezen en wie het lukt om door het jargon van de jaren zestig heen te kijken, zal merken dat dit boekje het bewustzijn aanscherpt. Het helpt bij het weerstaan van de verleiding om achter de waan van de dag aan te lopen.

*Herman van Aalderen
coördinator kaderwerk Landelijk
Patiënten/Consumenten Platform*

Paulo Freire, *Pedagogie van de onderdrukten*.
Anthos, Baarn, 1972.

KEUZEN IN DE SPREEKKAMER

Geert van der Laan

In de serie debatten in De Balie in het seizoen '91-'92 over keuzen in de zorg werd de spreekkamer als de 'machinekamer' van de gezondheidszorg voorgesteld. Deze gedachtengang is van belang voor de lokalisering van het probleem van de keuzen in de zorg. Er zijn immers twee kwesties in het geding: de aard van de keuzen en de vraag wie kiest? In de spreekkamer kiezen arts en patiënt in onderling overleg. Gaat het hierbij om een puur medisch-technische aangelegenheid of zijn ook de normatieve aanspraken en de subjectieve behoeften van de patiënt in het geding? Wat blijft er over van de samenhang tussen deze aspecten als men (een deel van) de keuzen uit de spreekkamer haalt?

'Geneeskunde is te belangrijk om uitsluitend aan artsen en hun patiënten over te laten,' stelde de commissie-Dunning' in haar rapport over keuzen in de zorg. Aan de vrijheid en plicht van de arts de individuele patiënt naar eigen inzicht hulp te verlenen, zouden 'bepaalde beperkingen moeten worden opgelegd', omdat er te vaak sprake zou zijn van 'ondoelmatig, nodeeloos of zinloos handelen'.

In hetzelfde rapport wordt erkend dat de belangrijkste keuzen in de zorg dagelijks worden gemaakt in de spreekkamer. Volgens de commissie wendt de patiënt zich 'in vertrouwen tot een deskundige, die in zijn of haar belang handelt en in overleg met de patiënt bepaalt hoe verder met de klacht omgegaan zal worden'. De vraag is wat er gebeurt als we de dynamiek in de spreekkamer proberen te reguleren vanuit het beleid. Wordt het rationaliteitsgehalte van de keuzen dan hoger? En wat blijft er over van het 'vertrouwen', het 'belang van de patiënt' en het 'overleg met de patiënt'?

AANSPRAKEN

We mogen aannemen dat de patiënt in de spreekkamer 'zijn verhaal doet', en dat, waar de commissie-Dunning spreekt van 'in overleg met de patiënt', bedoeld wordt op het gezamenlijk overwegen van de keuzemogelijkheden, in een open dialoog. We mogen ook aannemen dat de aanspraken van de cliënt in de spreekkamer zowel serieus worden genomen als kritisch getoetst. Daaruit bestaat de kern van de professionele verantwoordelijkheid. Als een arts elke aanspraak honoreert is hij geen arts meer maar een winkelier: de klant is koning. Als een arts de aanspraken daarentegen niet serieus neemt en de patiënt de wet voorschrijft, is hij evenmin professioneel bezig. Hij is slechts een radertje in de machinerie van de 'waarheidsmacht', zoals liefhebbers van Foucault het zouden noemen. De medicus dient dus een communicatief kli-

maat te scheppen waarin de aanspraken van de patiënt onderworpen worden aan een zorgvuldige afweging van keuzen. Een dergelijk gesprek 'balanceert tussen intimiteit en receptuur'.² De vraag is in hoeverre de spreekkamer daartoe nog steeds de geëigende plek is. Wat betreft de aanspraken die hier in het geding zijn constateert een rapport van de Gezondheidsraad: 'Waar de patiënt steeds meer tot consument wordt moet de arts kiezen tussen: 'De klant is koning' en: 'Het laatste woord is aan de dokter' - een hachelijke positie'.

De commissie-Dunning karakteriseert deze positie als een keuze tussen een individuele (micro-) en een professionele (meso-) benadering. Omdat beide ontoereikend zijn stelt zij voor een derde benadering te laten prevaleren: een gemeenschapsgerichte (macro-) benadering. Hierin dient vooral te worden gelet op welke zorg 'vanuit het belang van de gemeenschap noodzakelijk moet worden geacht'. Van professionals wordt een verantwoordingsplicht 'in inhoudelijke zin' geëist die 'ingrijpende gevolgen kan hebben voor de wijze waarop de aanspraken van individuele patiënten worden gehonoreerd' (p.62). De commissie-Dunning probeert artsen te stimuleren tot het maken van keuzen in deze hachelijke positie door de invoering van 'specifiek economische prikkels voor individuele beroepsbeoefenaars'.

INGRIJPEN OF NIET

Voor een nadere verkenning van de relatie tussen micro-, meso- en macroniveau in de keuzeproblematiek gaan we eerst de spanning tussen de eerste twee niveaus kort karakteriseren: de spanning tussen de individuele aanspraken en de professionele verantwoordelijkheid. De commissie-Dunning wil de keuzen in de zorg niet meer alleen overlaten aan artsen en hun patiënten, omdat er 'dikwijls sprake is van ondoelmatig, nodeeloos of zinloos handelen'. Er is een overmatig gebruik van diagnostische technieken en de indicaties voor behandeling, vooral bij het voorschrijven van geneesmiddelen, worden 'ongepast uitgebreid'. Nu is een van de belangrijkste motieven voor het inzetten van medische technologie, op het punt van diagnostiek bijvoorbeeld, de neiging van artsen om zich veel inspanningen te getroosten om nalatigheid te vermijden. Dat is de uitdrukking van een norm binnen de medische stand die, onder andere door middel van het medisch tuchtrecht, sterk gecultiveerd wordt. Nalatigheid wordt medici veel sterker aangerekend dan bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. Het verminderen van de kans op deze fout, het ten onrechte niet ingrijpen, leidt echter automatisch tot vergroting van de kans op een andere fout: het ten onrechte ingrijpen, bijvoorbeeld in de vorm van verwijzing naar een specialist.

In een eerstelijns team' waarin ik enige jaren geleden observaties deed ten behoeve van een onderzoek naar de kwaliteit van de samenwer-

king', werd door een van de huisartsen het volgende probleem ingebracht. Er kwam al jaren lang op gezette tijden bij hem op het spreekuur een patiënte met klachten, die te ernstig waren om te negeren of met een poedertje of pilletje te neutraliseren. Specialistisch onderzoek en diagnostiek hadden echter in al die jaren nog nooit iets opgeleverd. Een week voor de teambijeenkomst was ze weer gekomen. Hij twijfelde ernstig aan de gegrondheid van haar klacht maar durfde haar daar niet mee te confronteren. Op de vraag van de teamleden hoe lang dat nu al duurde realiseerde de arts zich na het raadplegen van zijn dossier dat dit patroon zich al sinds 1967 voordeed. Al blade-rend in zijn dossier besefte hij dat ze over alle lichaamsdelen, 'van haar grote teen tot aan haar kruin', al ernstige klachten had geuit.

Aangezien de teamzitting in 1987 plaats had was het team van mening dat dit twintigjarig jubileum niet ongemerkt voorbij mocht gaan. De maatschappelijk werker in het team voelde wel voor een paradoxale benadering: leg de patiënte uit dat ze er ernstig aan toe is en dat de medische wetenschap niets meer voor haar kan doen. De huisarts voelde er niet voor, uit angst om tuchtrechtelijk vervolgd te worden wegens nalatigheid. Hij was tot dusver steeds bang geweest 'iets te missen' en wenste zijn pensioen te halen zonder narigheid.

Uiteindelijk slaagde het team er niet in de arts ervan te overtuigen dat hij een deel van zijn verantwoordelijkheid aan het team zou kunnen overdragen. De arts liet zijn eigen professionele verantwoordelijkheid voorgaan en honoreerde de aanspraken van de patiënt.

NORMEN

Wat kunnen we artsen nu in handen geven om op een verantwoorde en zorgvuldige wijze keuzen te maken? Kunnen ze bij het maken van deze keuzen terugvallen op hun vertrouwensrelatie met de patiënt, op intercollegiale toetsing in mono- of multidisciplinair verband, op normen binnen en buiten de beroepsgroep? In de discussies over keuzen in de zorg bestaat de neiging de keuzeproblematiek te verschuiven naar het macro-niveau.

Uitvoerend werkers willen over het algemeen graag dat ze duidelijke instructies krijgen vanuit het beleid of de politiek over hoe te handelen bij lastige keuzen. De voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging verwoorde dat op een conferentie als volgt: 'Op micro-niveau is er voor specialisten geen rol bij het maken van keuzen. Keuzen moeten collectief worden gemaakt en niet ten koste gaan van een individuele patiënt.'⁶

Vanuit een juridisch standpunt (iedereen gelijke rechten op schaarse middelen) heeft hij gelijk. Vanuit een professioneel oogpunt (gedragen door individualisering en een kritische dialoog met de patiënt over houdbaarheid van de verschillende geldigheidsaanspraken) behoeft zijn standpunt nuancering.

ROLLENSPEL

Zoals gezegd werd in de serie debatten in De Balie over keuzen in de zorg de spreekkamer als de 'machinekamer' van de gezondheidszorg voorgesteld. In het rollenspel dat deze machinekamer uitbeelde werd zichtbaar hoe keuzen tot stand komen. Een van de artsen merkte op: 'Je moet de spanning tussen de keuze van de patiënt en jouw professionele verantwoordelijkheid bespreekbaar maken.' Een ander stelde: 'Het is een onderhandelingskwestie. Je wordt het eens of niet eens over wat op dat moment redelijk is.'

Er is dus sprake van een communicatieve situatie waarin de geldigheid van de aanspraken van de patiënt in het geding is.

Volgens communicatietheoretische inzichten kunnen we deze aanspraken lokaliseren in een objectief, een sociaal en een subjectief domein. Corresponderend daarmee kunnen we een onderscheid maken in medisch-technische, ethisch-morele en subjectief-emotionele aspecten van keuzevraagstukken. De aanspraken van de patiënt kunnen we sorteren in claims met betrekking tot de waarheid van feiten, de juistheid van normen en de waarachtigheid van uitingen.

In het verhaal van de patiënt zijn deze drie aspecten onderling verweven.

Als de patiënt zegt: 'Dokter ik voel me ziek!', dan is het duidelijk dat deze uiting een claim bevat op de waarheid van de uitspraak over de feitelijke situatie, op de normatieve verwachting dat de dokter handelend optreedt en op de waarachtigheid van de geuite gevoelens. De dokter staat vervolgens voor de taak om vast te stellen of deze respectievelijke

aanspraken ingelost dienen te worden. Als de arts het vermoeden heeft dat de patiënt somatiseert, zal hij vaststellen dat de subjectieve ervaring weliswaar als zodanig geldig kan zijn maar dat het niet overeenkomt met een objectief ziektebeeld. De verschillende aanspraken corresponderen niet met elkaar. Als de arts het vermoeden heeft dat de patiënt simuleert, zal hij zelfs de waarachtigheid van het gevoel van ziek-zijn in twijfel trekken. In beide gevallen zal hij zich niet verplicht voelen over te gaan tot medische handelingen, afgezien van eventuele nep-medicijnen om de patiënt gerust te stellen.

De vraag is nu bij welke van deze aspecten van de keuzeproblematiek een medicus terug kan vallen op de resultaten van de discussie over keuzen in de zorg. Het blijkt dat de commissie-Dunning bijvoorbeeld vooral denkt aan ondersteuning op medisch-technisch gebied. De 'scheiding van kaf en koren' moet tot stand komen met behulp van consensusafspraken en protocolontwikkeling. Enigerlei rugdekking op het punt van ethische vraagstukken en de omgang met subjectieve ervaring van de kwaliteit van leven van de patiënt worden nauwelijks geboden. De commissie beperkt zich tot algemene opmerkingen in de trant van: 'Het is in ieders belang (...) dat de zorgverlener heeft geleerd ethisch te denken', en 'Het is van belang dat de zorgverlener heeft geleerd de gevoelens van de patiënt zo goed mogelijk te onderkennen en te hanteren.'

PROTOCOLONTWIKKELING

Het is duidelijk dat protocolontwikkeling het 'onderhandelingsproces' met de patiënt kan vereenvoudigen: de medicus kan de keuze-

problematiek in de trechter van Durming gieten en aan de patiënt duidelijk maken dat hij het ook niet kan helpen, maar dat bij wijze van spreken de 'technische commissie' nu eenmaal zo heeft besloten. Kunneman' zou spreken van een waarheidstrechter. Alleen de objectiveerbare aspecten van de aanspraken van de patiënt worden doorgelaten. In een waarheidstrechter worden allerlei normatieve en subjectieve aspecten als irrationeel uitgefilterd.

Anderzijds is het de vraag in hoeverre de kwaliteit van het gesprek en van de uiteindelijke besluitvorming door protocollering verbeterd wordt. Hoewel Dunning consensusafspraken en protocolontwikkeling nadrukkelijk in verband brengt met kwaliteitszorg, certificatie en dergelijke, is het duidelijk dat hiermee slechts een deel van de kwaliteit van het medisch handelen wordt gedekt. Kwaliteit in de spreekkamer wordt ons inziens gekenmerkt door een soepele overgang tussen medisch-technische, ethisch-morele en subjectief-emotionele aspecten. In die zin is er evenzeer behoefte aan protocollen voor de bespreking van ethische kwesties en vraagstukken van de persoonlijke beleving van de kwaliteit van leven.

Met het concept 'kwaliteit van leven' worden door Musschenga" normatieve en subjectieve overwegingen toegevoegd aan de objectieve invalshoek bij medische beslissingen. In deze gedachtengang dient met name in de gesprekken tussen huisarts en patiënt het 'levensplan' van de patiënt centraal te staan. Musschenga wil duidelijk maken dat 'aan het meten en wegen van lasten en baten in het - statistische, op groepen gerichte - evaluatie-onderzoek een ander regulatief idee ten grondslag ligt, en

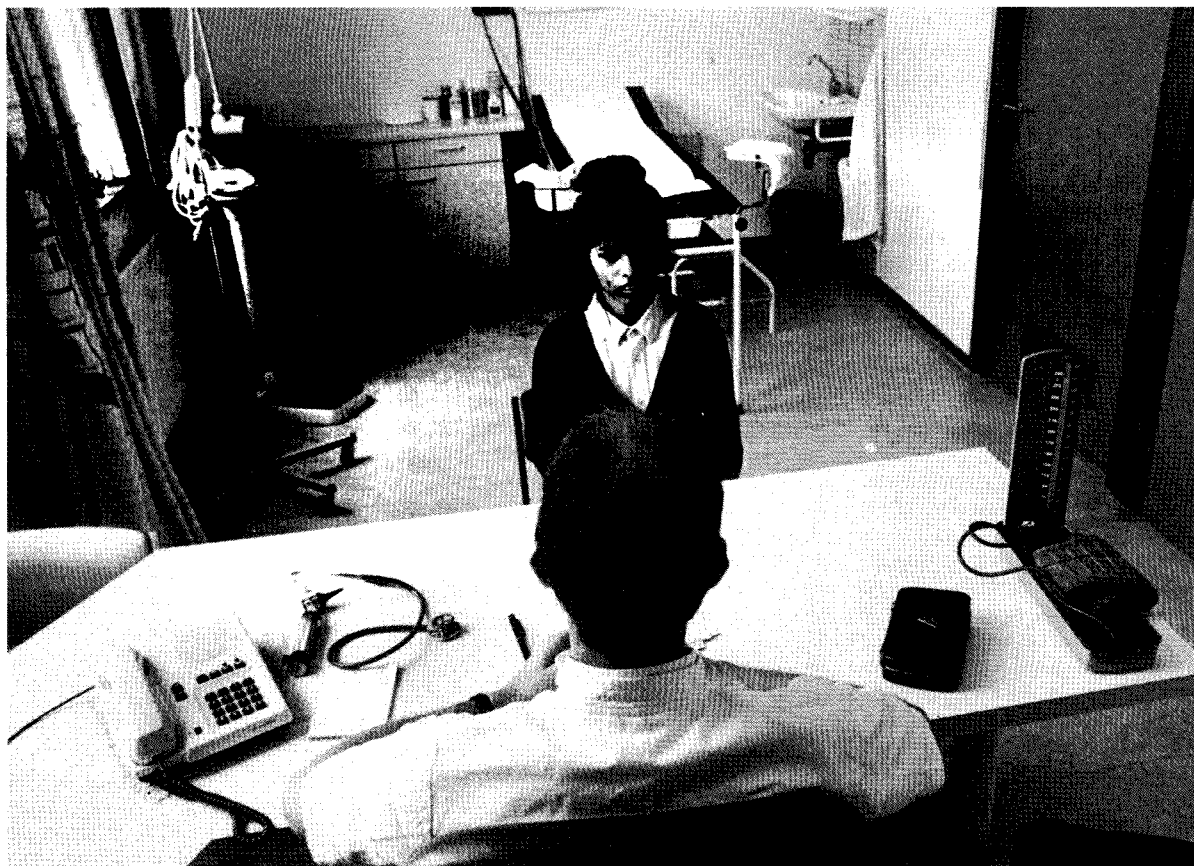


Foto: Mieke Schlaman

moet liggen, dan aan de weging binnen de arts/patiënt relatie.' (p.95)

Het is interessant na te gaan in hoeverre het mogelijk is op micro-niveau, in een spreekkamer of in een multidisciplinair team, de drie genoemde domeinen en de daarbij horende aanspraken op elkaar te betrekken.

We nemen als voorbeeld de keuzeproblematiek rond het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten. Onlangs heeft Pranger¹ een aantal gevallen in de Verenigde Staten en Nederland beschreven en een poging gedaan criteria te formuleren voor zorgvuldige besluitvorming. Een van de gevallen die hij beschrijft is het geval Stinissen, dat de regelmatige krantelezer zich ongetwijfeld zal herinneren. Mevrouw Stinissen lag al vijftien jaar in coma in een verpleeghuis, en haar man stelde alles in het werk om haar naar huis te krijgen om haar daar rustig te laten sterven. De directie van het verpleeghuis wenste daar niet zonder meer aan mee te werken. Dus stelde de heer Stinissen de vraag aan het eerstelijns team in zijn woonplaats of ze bereid waren de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis over te nemen. Dat zou impliceren dat de wijkverpleging en de gezinsverzorging de dagelijkse verzorging van mevrouw Stinissen op zich namen, dat de huisarts medische assistentie verleende in het stervensproces en het maatschappelijk werk aanvullende taken (rouwverwerking, financiën) ten behoeve van het gezin zou uitvoeren. In de tijd dat deze kwestie speelde waren we in het bewuste team aanwezig in het kader van een onderzoek naar teamontwikkeling. In het kader van dit project probeerden we de vraag te beantwoorden: hoe is het mogelijk op professioneel verantwoorde wijze een consensus over dit soort dilemma's te bereiken? Daartoe volgden we de systematiek van het apart agenderen van teamgesprekken op het punt van medisch-technische, ethisch-morele en subjectief-emotionele aspecten van de probleemsituatie.

Een team kan zich in zijn beslissing bijvoorbeeld laten leiden door strikt medisch-technisch onderzoek naar de kans op ontwaken uit een coma na een x aantal jaren, en daarmee het probleem met behulp van technische argumenten oplossen. Het toepassen van een brede rationaliteit betekent echter dat het mogelijk is ook over niet-technische kwesties of georden-de manier consensus (of dissensus) te bereiken.

DRIE TYPEN DISCUSSIE

We kunnen in het geval Stinissen drie typen discussie onderscheiden:

I. Een medisch-technische discussie over de vraag op welk tijdstip na het ontstaan van een coma een aanhoudend vegeterende toestand statistisch gezien onomkeerbaar is geworden. Pranger bijvoorbeeld sluit zich op dit punt aan bij de opstelling van de American Medical Association die ruimte laat voor de formulering dat in sommige gevallen een natuurlijk stervensproces uitzichtloos wordt belemmerd door leveninstandhoudende technologie. De richtlijnen voor een dergelijk teamgesprek zijn af te leiden van de regels voor een wetenschappelijke discussie. Hofstee pleit bijvoorbeeld voor de toepassing

van het wetenschappelijke argumentatiemodel op de diagnostiek. Hij stelt diagnostiek voor als - een doorgaans geweldloos - twistgesprek tussen twee of meer diagnosten, elk met hun eigen mening over wat er met de cliënt of patiënt aan de hand is en wat er moet gebeuren.² Hulpverleners in teamverband vervullen op dat moment dus de rol van wetenschappelijk forum.

Wat betreft de directe confrontatie met de (familie van de) patiënt kunnen we de redenering van Bennema-Sybrandy³ volgen. Zij pleit er in zijn algemeenheid voor de cliënt als 'co-onderzoeker' te beschouwen. Elke cliënt heeft een theorie over zichzelf. De uitspraken die hij over zichzelf doet, moeten verdisconteerd worden in de theorievorming over hem als onderzocht object.

2. Een normatieve discussie over de vraag welke handelingsalternatieven ethisch verantwoord zijn, dat wil zeggen normatief te rechtvaardigen, en voldoen aan de beroepscode van de respectievelijke professionals. Tevens is de vraag in het geding naar de morele status van bijvoorbeeld kunstmatige voeding.

Tegenover de patiënt staan de hulpverleners voor de vraag welke normen de echtgenoot van mevrouw Stinissen hanteert en welke gedragsverwachtingen binnen hun relatie als legitiem te kwalificeren zijn. Pranger wijst bijvoorbeeld op de rol van 'de normen, de waarden en de wijze waarop de patiënt vroeger reageerde op ziekten en ongemakken'. Een dergelijk teamgesprek kan gevoerd worden volgens de regels van een ethische discussie.

3. Een 'identiteitsdiscussie', zoals Kunne-man het noemt, over de vraag in hoeverre bepaalde handelingsalternatieven stroken met de zelfopvatting van de teamleden ('dit zie ik mijzelf niet doen').

Tegenover de patiënt ontkomt men er niet aan de vraag te stellen in hoeverre de behoefte van de echtgenoot om aan haar leven een eind te maken waarachtig is en bijvoorbeeld niet door eigenbelang ingegeven is. Ligt er een testament, bijvoorbeeld, of een laatste wilsbeschikking?

Een dergelijke discussie heeft de kenmerken van een therapeutisch gesprek.

Aangezien het hier delicate kwesties betreft is het aan te bevelen de drie discussietypen afzonderlijk te agenderen en pas naderhand op elkaar te betrekken. Op deze wijze kunnen teams vermijden dat de verschillende aspecten vroegtijdig door elkaar gaan lopen. Uit observaties van dit soort discussies in eerstelijns teams kunnen we niet afleiden dat de kwaliteit ervan per se slechter is dan de kwaliteit van de politieke en publieke discussies over keuzen in de zorg.

Het belangrijke voordeel van de omgang met casuïstiek op micro-niveau is dat het de gelegenheid geeft te individualiseren. Het lastige met het principe van professionele verantwoordelijkheid is immers dat men elk geval moet afwegen op zijn eigen merites. Wat in het ene geval goed handelen is, kan in het andere geval fout uitpakken.

In gesprekken tussen hulpverlener en cliënt worden dagelijks beslissingen genomen over leven en dood. Die gesprekken horen te wor-

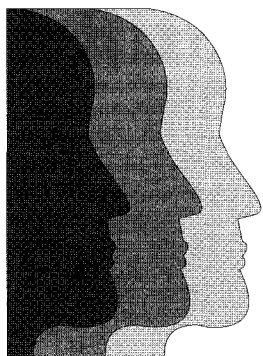
den gevoerd in de spreekkamer of thuis in de kring van naasten.

Wat men in de discussie over keuzen in de zorg dreigt te vergeten is, dat in de spreekkamer steeds weer een unieke situatie ontstaat waarin de gezondheidswerker 'met zijn hele hebben en houden' tot een keuze moet zien te komen. De vraag is in hoeverre deze keuze wordt vergemakkelijkt door standaardisering met behulp van medisch-technische protocollen en door economische prikkels. Een calculerende arts maakt alleen maar veilige keuzen, en daarbij is niemand gebaat.

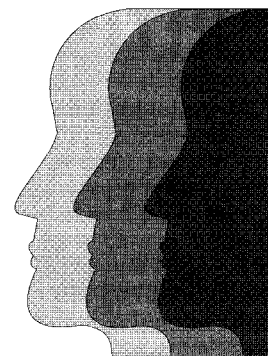
Geert van der Laan is werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Noten

1. *Kiezen en delen*; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (commissie-Dunning), Den Haag, 1991.
2. W.K.B. Hofstee, *Psychologische uitspraken over personen*, Deventer, 1974, 1981.
3. Rapport Gezondheidsraad, Medisch handelen op een tweekoppig. (Samenvatting) *Medisch Contact* 3 jan. 1992.
4. Een eerstelijns team bestaat uit huisartsen, maatschappelijk werkers en vertegenwoordigers van wijkverpleging en gezinsverzorging. Naast deze vier kerndisciplines participeren in sommige teams ook andere lokale functionarissen zoals fysiotherapeuten, pastores en wijkagenten.
5. G. van der Laan, L.A.M. Stoop, *Kwaliteit van samenwerking in de eerste lijn. Een evaluatieonderzoek naar teamontwikkeling*. Uitgever SPEL, Groningen, 1989.
6. *Trefpunt* nr. 48 1991, p.3.
7. G. van der Laan, *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*, Utrecht, 1990.
8. H. Kunne-man, *De waarheidstrichter. Een communicatietheoretisch perspectief op wetenschap en samenleving*, Meppel, 1986.
9. A.w. Musschenga, *Kwaliteit van leven, criterium voor medisch handelen?* Baarn, 1987.
10. D. Pranger, *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten*, Amsterdam, 1992.
11. Zie: J.A. Bennema-Sybrandy, *Het contractmodel in de hulpverlening*, Groningen, 1992.
12. Bennema-Sybrandy, a.W.



c o l u m n



PARLEMENTAIRE ENQUETE

Dit najaar start een commissie uit de Tweede Kamer een parlementaire enquête naar de uitvoering van de sociale zekerheid. De commissie gaat zich buigen over het doen en laten van uitvoeringsorganisaties als de Gemeenschappelijke Medische Dienst, het GAK en de Sociale Verzekeringsraad. Ook ambtenaren en zelfs politici zullen stevig aan de tand gevoeld worden. Dit parlementaire spitwerk zal eens en voor altijd helderheid moeten creëren over het raadsel dat de kosten van de sociale zekerheid en met name de WAO zo onbeheersbaar zijn gebleken.

Voor alle duidelijkheid: ik ben een groot voorstander van zulke parlementaire evenementen. Niet dat het veel helpt, en het is altijd achteraf gepraat, maar toch... het idee dat er zelfs in de politiek nog enige bereidheid tot een grote schoonmaak bestaat, geeft de burger weer even moed.

Voorwaarde is dan wel dat in dit soort enquêtes zaken worden aangepakt die tot nu toe niet of nauwelijks het licht konden verdragen. Het is zeer de vraag of dat met het parlementaire onderzoek naar de sociale zekerheid het geval is. Natuurlijk is in de uitvoering het nodige misgegaan, maar wie de discussies naar aanleiding van de WAO-maatregelen van dit kabinet in de zomer van 1991 ook maar enigszins heeft gevolgd, kan heel nauwkeurig aangeven waar de schoen wringt.

De uitvoering van de sociale zekerheid heeft onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel werkgevers als werknemers een geheel eigen bureaucratische dynamiek gekregen, waarbij tenslotte geen van de betrokken partijen (of dat nu ambtenaren, directeurs, keuringsartsen, of bestuurders uit kringen van de sociale partners waren) er meer belang bij had om de groei van het aantal uitkeringsgerechtigden te temperen.

Duidelijk is daarbij dat de politici jarenlang boter op het hoofd hebben gehad. Er is'daarom - zeker in de Tweede Kamer - langzaam een consensus aan het ontstaan om aan de uitvoering van de sociale zekerheid een andere organisatievorm te geven, waarin de belanghebbenden niet meer de dienst uitmaken, met hogere drempels voor de werkgevers om dumping en oneigenlijk gebruik te voorkomen, waarin een geïntegreerde gevalsbehandeling bij ziekte en arbeidsongeschiktheid regel

is, en met een veel meer verplichtend reïntegratieprogramma voor mensen met langdurig ziekteverzuim en WAO'ers.

Wat een parlementaire commissie daar nog aan kan toevoegen mag een raadsel heten. Van fraude, of het achterhouden van informatie voor de Tweede Kamer door een domme minister is geen sprake. En met het argument dat de sociale zekerheid zo complex en veelomvattend geworden is en het belang van de zaak zo groot dat een breder onderzoek onontbeerlijk is, schieten we ook niet veel op. Dat wisten we al. De hele uitvoering was volgens goed Nederlands gebruik door de overheid gewoon uitbesteed aan belanghebbenden, die daar een ondoorzichtige bureaucratie omheen gebouwd hebben. Wat de politiek te verwijten valt is dat ze daar niet eerder een stokje voor gestoken heeft en de zaak veel te lang op zijn beloop heeft gelaten. De Tweede Kamer zou daar in meerderheid wel verandering in willen brengen, de regering aarzelt en wil de sociale partners niet te zeer voor het hoofd stoten. Een parlementaire enquête is dan wel een heel omslachtige en zelfs oneigenlijke methode om de regering tot wat meer krachtadigheid te bewegen.

Te meer daar er wel degelijk de nodige mistige beleidsterreinen zijn aan te wijzen, waar een beetje parlementaire commissie eeuwige roem kan vergaren. Waarom niet eens de duistere wereld van het gezondheidszorgbeleid onder het parlementaire mes gelegd? Niet alleen gaat het hier om een bedrag dat in omvang zeker niet onderdoet voor wat er in de sociale zekerheid omgaat, erger: de uitgaven zijn hier totaal onbeheersbaar en ondanks bijna twintig jaar politieke discussie en vele pogingen om aan de kostenstijging een halt toe te roepen, smoren de maatregelen stuk voor stuk in een moeras van adviesorganen, belangengroepen, verzekeraars, specialisten, ambtenaren en lobby-circuits die bij elkaar een staat apart vormen waarbij vergeleken de wereld van de sociale zekerheid een hemel van helderheid is.

Staatssecretaris Simons kan daar inmiddels over meepraten, maar ook zijn voorgangers hebben het aan den lijve mogen ervaren. De KVP'er Hendriks zag onder het kabinet-Den Uyl zijn plannen om tot een volksverzekering te komen onder zijn handen wegglijpen, de VVD'ster Veder-Smit. ondernam tijdens het

kabinet-Van Agt-Wiegel al helemaal geen poging om iets structureels te doen, de CDA'ster Gardeniers wilde achtduizend ziekenhuisbedden schrappen, waarvan tot de dag van vandaag niets terechtgekomen is, de CDA'er Van der Reijden ontwikkelde tijdens het eerste kabinet-Lubbers een drietrapsraket voor een beperkte volksverzekering, waarvan hij de lancering nooit meemaakte, de VVD'er Dees zette tijdens Lubbers-U de commissie-Dekker aan het werk, wier rapport al uitgeklaed was toen Dees weer tot de rijen der kamerleden trad en tenslotte de PvdA'er Simons die met veel elan begon maar al snel verstrikt raakte in de netten van een monsterverbond van politici, verzekeraars en ondernemersorganisaties.

Het zegt eigenlijk al genoeg dat de afgelopen twintig jaar geen enkele staatssecretaris na zijn of haar eerste ambtstermijn op zijn post terugkeerde, terwijl iedereen in Den Haag weet dat veranderingen in de gezondheidszorg nooit binnen vier jaar gerealiseerd kunnen worden. Nog veelzeggender is natuurlijk dat in al die jaren geen coalitie het lef heeft gehad om een minister op dit mijnenveld te benoemen. In Den Haag is het immers een ongeschreven wet dat aan Volksgezondheid geen politieke eer te behalen valt.

Redenen genoeg voor een diepgravende parlementaire enquête, lijkt me. Maar zover zal het voorlopig niet komen. In het geval van de sociale zekerheid heeft de Tweede Kamer het instrument van een parlementaire enquête nodig om een wankelmoedige regering, die niet echt het mes durft te zetten in de organisatie van de uitvoering, alsnog aan haar zijde te krijgen. Zo helder is de situatie in de gezondheidszorg bepaald niet. Integendeel zelfs. De deuren in de gezondheidszorg zullen daarom voorlopig nog wel op slot blijven, want aan een echt mijnenveld (of dat nu in Bosnië ligt of in Nederland) brandt de politiek zich liever niet.

[os van der Lans

KRITISCHE WETENSCHAP NIEUWE STIJL

'DE MEDISCH ANTROPOLOOG ALS VERTELLEREN VERTALER'

Arko Oderwald

Onze cultuur is gefixeerd op het onmiddellijk maakbare. Waarschijnlijk heeft het uitblijven van snel resultaat de kritische wetenschap op een zijspoor gezet. Deze stelling poneert Arko Oderwald als hij het proefschrift van medisch antropologe Annemiek Richters bespreekt.. fen rijk boek, waarin Richters laat zien dat politiek-kritische wetenschap in de gezondheidszorg nog steeds een toekomst heeft.

Post-traumatische stress stoornis komt veel voor onder Amerikaanse Vietnam-veteranen. Daarom is in de Verenigde Staten voor hen een hulpverleningsprogramma opgezet. De medisch antropoloog Allan Young doet onderzoek naar de wijze waarop dit hulpverleningsprogramma ten uitvoer wordt gebracht in speciale klinieken. Een van de waarnemingen die Young deed was dat de politieke dimensie van het probleem van de oud-Vietnam-strijders in het hulpverleningsaanbod radicaal ter zijde wordt geschoven. Dat probleem is wel bekend: de gruwelen van de Vietnam-oorlog, die de soldaten niet alleen hebben gezien, maar ook zelf hebben begaan op verzoek van hun regering, werden hen bij terugkomst in de Verenigde Staten persoonlijk aangewreven. Dat heeft bij vele soldaten een diepe frustratie teweeggebracht. De houding, maar ook de theorie van de hulpverleners wordt gekenmerkt door het probleem te beschrijven in termen van een intra-psychisch conflict. Begrip voor de betrokkene op grond van het feit dat deze door dubbelhartige politieke besluiten in dit conflict terecht is gekomen, wordt als voor de therapie gevaarlijke overidentificatie sterk afgewezen. Bovendien is de hulpverlening van mening dat deze politieke oorsprong voor de betrokkene alleen dient om de eigen verantwoordelijkheid te ontlopen en niet bijdraagt tot genezing.

POLITIEKE WORTELS

Bij deze situatie kan een vraag gesteld worden die twintig jaar geleden veel meer vanzelf sprak dan in onze tijd: is er zoiets mogelijk en noodzakelijk als politiek-kritische hulpverlening en wetenschap? Dit is een van de centrale vragen in het boek van Annemiek Richters. Haar antwoord is ja, maar dat antwoord is niet meer zo ongecompliceerd eenduidig als twintig jaar geleden. Het voorbeeld van de Vietnam-veteranen maakt onder meer duidelijk dat vanuit therapeutisch perspectief een exclusief politiek-maatschappelijke duiding van het probleem niet toereikend is. Dat verbetert namelijk de situatie van de betrokkenen nauwelijks. Maar betekent deze praktische onbruikbaarheid dan ook dat begrip gevaarlijk is en dat de politieke wortels van het probleem

het vermelden niet waard zijn? Is maatschappijkritiek door hulpverleners zinloos? En hoe staat het met de wetenschapper, in dit geval de medisch antropoloog, die deze praktijk waarneemt en opschrijft? Is engagement daarbij toegestaan, of diskwalificeert het zijn wetenschappelijk werk? Ook voor hem geldt dat gebleken is dat ideologiekritiek geen grote onmiddellijke instrumentele waarde heeft.

Waarschijnlijk is het ontbreken van deze onmiddellijke instrumentele waarde voor een veranderingsproces er mede debet aan geweest dat politiek-kritische wetenschap sterk aan betekenis heeft ingeboet. Zo sterk zelfs, dat het boek van Annemiek Richters, *De medisch antropoloog als vertaler en verteller*; in deze tijd als bijzonder gekenschetst kan worden. Het boek, waarop zij cum laude gepromoveerd is, laat zien dat politiek-kritische wetenschap in de gezondheidszorg, in dit geval uitgewerkt aan de hand van de ontwikkeling van de medische antropologie, nog steeds een toekomst heeft.

Zoals de titel al weergeeft, staat de medische antropologie, de wetenschap van de vergelijking van medische systemen, centraal. Het boek opent met de ervaringen van de auteur als arts op Barbados. Uit deze ervaringen en steunend op de literatuur ontwikkelt zij haar drievoudige vraagstelling: 1. In hoeverre is het mogelijk andere culturen of aspecten daarvan te begrijpen; 2. Kan deze cultuurvergelijkende kennis gebruikt worden voor een analyse van de westerse cultuur en 3. als deze kennis van ideologiekritische oordelen wordt voorzien, op welke wijze kan voorkomen worden dat men vervalt in dogmatisme of subjectivisme?

De weg naar een antwoord wordt geopend door een bespreking van de geschiedenis van de medische antropologie (deel II), gevolgd door een kritische bespreking van de klinisch toegepaste antropologie (deel III) en een soort 'case-study' van vragen in de cross-culturele psychiatrie, toegespitst op depressie bij vrouwen (deel IV). Op de medisch-antropologische inhoud van deze hoofdstukken wil ik hier niet al te veel ingaan. Ik beperk me tot de algemene vraag naar de politiek-kritische dimensie van hulpverlening en wetenschap, met de medische antropologie als voorbeeld.

GRENSWETENSCHAP

In deel II schetst de auteur hoe de medische antropologie als 'grenswetenschap' gestalte heeft gekregen. Als beeld daarvoor gebruikt zij Hermes, de god van de grenssteen tussen het bekende en vreemde, maar ook de god van de uitlegkunde, de bemiddelaar tussen mensen en goden en de schutspatroon van reizigers. Richters beschrijft vijf spanningsvelden die in de ontwikkeling van de medische antropologie een rol spelen, te weten de spanning tussen:

1. natuurwetenschappelijke en sociaalwetenschappelijke thematiseringen van gezond-

heidszorg, en unifactoriële/monocausale en multifactoriële/multicausale opvattingen over ziekte, gezondheid en gezondheidszorg;

2. universalistische en relativistische perspectieven op cultuur en geneeskunde;
3. acceptatie van westerse geneeskunde en het verzet daartegen;
4. de rol van de medische antropologie als dienstverlener namens de westerse geneeskunde en als ideologiekriticus van de westerse geneeskunde;
5. de van de alledaagse realiteit abstraherende, theoretische, ideaaltypische benaderingen van medische systemen en concrete benaderingen die gericht zijn op het plurale karakter van klinische praktijken.

Deze vijf punten zijn ongelijk van aard en de conflicten spelen zich evident op en tussen verschillende niveaus af. Dat zou als een punt van kritiek op het boek kunnen worden aangevoerd, ware het niet dat Richters hiermee recht doet aan de gecompliceerdheid van de vraag naar de zin van hulpverlening en wetenschap die in dit boek behandeld wordt. Een concreet voorbeeld kan dat verduidelijken. Op pagina 329 e.v. beschrijft de auteur het ziektebeeld *Kuru*. *Kuru* komt voor bij vooral vrouwen en kinderen van de Fore-stam in Nieuw-Guinea. Aanvankelijk werd het geïdentificeerd als hysterie, als etnische psychose en als psycho-somatische aandoening ten gevolge van angst voor magie. Kortom: een cultuurgebonden syndroom. Nader onderzoek maakte echter een erfelijke oorzaak, en later een virale oorzaak waarschijnlijk. *Kuru* bleek een virale infectie van het centrale zenuwstelsel te zijn. Maar het probleem is hiermee niet opgelost. Het verklaart niet waarom juist vrouwen en kinderen getroffen werden. Het antwoord daarop was dat vooral zij de hersenen van geïnfecteerde slachtoffers aten. Het waarom daarvan bleek weer geworteld in het feit dat de mannen als eerste hun voedselkeuze mochten bepalen, zodat bij schaarste de vrouwen en jonge kinderen inferieur voedsel en ook (geïnfecteerd) mensenvlees aten. De positie van vrouwen verslechterde verder, omdat de mannen de vrouwen de schuld gaven van het feit dat zij stierven (zij gaven zich volgens de mannen over aan een vorm van magie) en zo het voortbestaan van de stam in gevaar brachten.

Dit voorbeeld geeft aan dat meerdere factoren tegelijkertijd een rol spelen in het ontstaan en bestaan van ziekte. Bovendien geeft het aan dat een klinisch-praktische benadering de lokale culturele (voor)oordelen en waarden van ziekte niet als irrelevant ter zijde kan schuiven.

WOORDEN GEVEN

Dit voorbeeld lijkt niet zo opzienbarend. Het is toch een open deur dat ziekte multifactorieel bepaald is? Het is echter de vraag - en die

wordt in dit boek uitvoerig besproken - of dat niet een holle slogan is. In de praktijk wordt namelijk meestal een van die factoren geïsoleerd en als aangrijpingspunt voor therapie gebruikt. Daarbij spelen niet alleen wetenschappelijke, maar ook ideologische oordelen een rol. Juist in de klinische medische antropologie kan duidelijk worden dat een ideologisch vooroordeel in wetenschappelijke verklaringen adequate hulpverlening in de weg kan staan. Er staan vele case-studies in dit boek die duidelijk maken waarom een kritische medische antropologie in dit opzicht, ook in onze cultuur, noodzakelijk is.

Het voorbeeld van Kuru maakt ook de politieke dimensie van de gezondheidszorg en de problemen die daarmee verbonden zijn, duidelijk. Het is evident dat de maatschappij structuur, en in het bijzonder de man-vrouwverhouding, mede bepalend is voor het bestaan van het ziektebeeld. Toch klagen deze vrouwen niet over de door de mannen toegewezen positie in hun samenleving. Richters merkt in het slotbetog op dat de medisch antropoloog die hierop stuit, aan het 'zwijgen' van deze vrouwen (in het algemeen: de machtelozen en onderdrukten) woorden kan geven. Daarvoor heeft deze goede redenen: de structuur van het sociale draagt immers bij tot het bestaan van de ziekte. Dit oordeel wordt in dit geval echter in de praktijk bemoeilijkt door de tegenstelling tussen het zwijgen van de betrokkenen en de daarin uitgedrukte wens om zich aan de bestaande sociale orde aan te passen, en de opvatting van de onderzoeker die aandringt op de verandering van sociale structuren. Richters is realist als ze stelt: 'In een dergelijke situatie kan de antropoloog op basis van ziekteverhalen niet veel meer doen, dan de in de verhalen verhalde kritiek op de bestaande sociale orde versterken. Zijn ideologie-kritische boodschap zal dikwijls noch bij patiënten noch bij de bestuurders van die sociale orde weerklank vinden.' Toch moet deze boodschap, hoe onwelkom ook, verteld worden. Het is niet zo, aldus Richters, dat het emancipatorische verhaal van de Verlichting niet meer geldig zou zijn, zoals veel postmoderne denkers ons willen doen geloven, maar dat de legitimatie daarvan veel minder vanzelfsprekend is dan we altijd hebben aangenomen. Daarom is juist nu kritische wetenschap, die zich niet aan één wereldvisie bindt, noodzakelijk. Richters noemt een aantal voorbeelden waaruit blijkt dat vooringenomen ideologische standpunten emancipatie in de weg kunnen staan.

RITUELEN

Zo vindt zij het belangrijk om de genezende werking van rituelen te beschrijven om op de therapeutische noodzaak daarvan, ook in onze cultuur, te wijzen, maar het geneest geen ondervoeding of infectieziekten ten gevolge van armoede, slechte behuizing en sociale ongelijkheid (meestal bevestigen deze rituelen dat juist). Dat de WHO lokale geneeswijzen in de derde wereld wil versterken, acht zij ook een goede zaak, maar ook die geneeswijzen zijn geen antwoord op alle problemen en kunnen politieke en sociale problemen versluieren. Ze kunnen zelfs als dekmantel dienen om nutteloze biomedische opvattingen via de achterdeur van de lokale genezer binnen te brengen,

of juist verhinderen dat zinnige biomedische opvattingen de bevolking bereiken. Zo opgevat betekent kritisch dan ook niet 'het is niet ideologie A, maar B', maar een zo inzichtelijk mogelijke afweging op grond van kennis die stamt uit verschillende wetenschapsgebieden, gekoppeld aan een sociaal rechtvaardigheidsgevoel. Uiteraard levert dat maar zelden eenduidige antwoorden op en moet soms een pragmatisch standpunt tijdelijk overheersen over het structurele antwoord. Maar het feit dat antwoorden niet altijd zeker en eenduidig zijn, en een tijdelijk en lokaal karakter kunnen dragen, ontslaat ons nog niet van de plicht naar het beste antwoord te zoeken. De geschiedenis leert ons dat dat op de lange termijn zin heeft en voor een gedeelte van de wereld wel degelijk heeft geleid tot een betere, maar niet perfecte, wereld, al was het dan niet van de ene dag op de andere. Ik vermoed dat vooral dit niet onmiddellijk realiseerbare in onze tijd critici tot cynici heeft gemaakt. Onze cultuur is gefixeerd op het onmiddellijk maakbare. Kritiek wordt dan, zoals György Konrad zo treffend opmerkte, tot langzame opmerkingen in een snelle tijd, waarin mensen niet meer over hun eigen bestaan heen kunnen kijken.

Het boek van Annemiek Richters is een antwoord op het defaitisme en egocentrisme van onze cultuur. Zij toont aan dat het mogelijk is om op een realistische wijze kritisch-idealistische wetenschap te bedrijven. Dat is ook onvermijdelijk en dus noodzakelijk volgens haar, omdat waardevrije wetenschap niet bestaat. In de gezondheidszorg betekent dat, dat de impliciet ingenomen politieke en normatieve standpunten 'bepalen welke vormen van onwelbevinden wel en welke niet voor genezing en preventie in aanmerking komen' (p.452).

Zij slaagt in haar opzet omdat zij twee valkuilen weet te vermijden die mijns inziens veel vroegere politiek-kritische werken, zeker op het gebied van de gezondheidszorg, kenmerkten. Ten eerste zet zij haar eigen biografie, en daarmee de motivatie van de wetenschapper, niet buiten de haakjes van het wetenschappelijke en therapeutisch werk. Ook die motivatie dient kritisch onderzocht te worden. Ten tweede wijst ze een enkelvoudig perspectief op de werkelijkheid af. Daardoor wordt wel de mythe van de onmiddellijke ken- en maakbaarheid van de wereld en de daarmee verbonden behoeftebevrediging van de onderzoeker of therapeut gerelativeerd. Maar wie daardoor niet gefrustreerd raakt heeft tenminste geen oppervlakkig, modieus en eenvoudig uitwis(sel)baar engagement met een betere wereld.

INVALSHOEKEN

Ik heb in het bovenstaande met opzet de politiek-kritische invalshoek gekozen gezien het tijdschrift waarin deze recensie verschijnt en de inzet van het boek. Maar dit is niet de enig mogelijke. Andere invalshoeken zouden kunnen zijn: de geschiedenis, ontwikkeling en waarde van de medische antropologie, waarover de auteur zeer uitgebreid schrijft; de mogelijkheden en grenzen van ontwikkelingssamenwerking, waarover de auteur enkele behartenswaardige uitspra-

ken doet, bijvoorbeeld over de ideologie achter het PIIcVbeleid van de WHO; de positie van vrouwen in de psychiatrie; of de bijdrage die de medische antropologie kan leveren aan het postmodernisme-debat in filosofie en wetenschap. Het is kortom een informatie- en ideeënrijk boek, met een zeer uitgebreid glossarium, dat negen verschillende wetenschapsgebieden bestrijkt, en een zaken-, personen- en literatuurregister. Bovendien heeft de auteur geprobeerd het geheel zo leesbaar mogelijk te houden. De begrippen van de medische antropologie worden helder uiteengezet, van voorbeelden voorzien en vervolgens kritisch besproken. Deze helderheid neemt overigens niet weg dat het een behoorlijke concentratie en inspanning vergt om het boek te lezen. Ik vermoed dat dit voor de medisch-antropologisch geschoolde lezer voor een geringer aantal bladzijden geldt. Toch zou ik ook mensen die kennis willen maken met de medische antropologie, of een specifieke interesse hebben in de vraag onder welke voorwaarden een wetenschap, met als voorbeeld de medische antropologie, politiek-kritisch kan zijn, op dit boek attent willen maken.

Sommigen zullen misschien moeite hebben met de omvang en daarmee de prijs van het boek. Maar gezien het gebodene, dat mij tot lang na de uiterste verkoopdatum houdbaar lijkt, mag dat geen bezwaar zijn.

J.M. Richters, *De medisch antropoloog als verteller en vertaler. Met Hermes op reis in het land van de afgoden*. Eburon, Delft, 1991, f 90,- 587 p.

Abonnees van TGP kunnen bovenstaand boek bestellen met 25% korting. Aanvraag daartoe via het redactieadres.

BOEKEN

MEDICIJN OP ZOEK NAAR ZIEKTEN

Rein Vos, *Drugs Looking for Diseases*
Kluwer Academie Publishers, 1991. fl195,-.

Na een 'stagnatie' in de jaren zeventig en tachtig is de farmaceutische wetenschap nu in een tijdperk beland waarin door ontwikkelingen in de biotechnologie, immunologie en andere biomedische wetenschappen een groot aantal vernieuwingen mogelijk wordt. Wetenschappers en industrie popelen van verlangen om al deze biotechnologische hi-fi toe te passen. Nogal wat wetenschappers omarmen daarbij de klassieke, rechtlijnige kennistheorie omtrent de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen.

Het komt erop neer dat medisch onderzoek een straat is met eenrichtingsverkeer. Ontwikkeling en vernieuwing begint bij de zogenaamde 'basiswetenschappen', bijvoorbeeld celbiologie of biochemie. Via laboratoriumonderzoek ontwikkelen en testen niet-clinici bepaalde toepassingen, zoals geneesmiddelen. Het nieuwe medicijn kan vervolgens klinisch-wetenschappelijk getest worden in een zogenaamd *clinical trial*.

Hierin worden in feite de bestaande kennis en verwachtingen omtrent het nieuwe middel getoetst in de praktijk, door toepassing op een groot aantal patiënten. Als het middel in zo'n trial redelijk veilig en effectief blijkt, is het eindpunt bereikt: het middel kan door de arts in de praktijk worden toegepast.

KETTING

Vroeger ging dat allemaal relatief makkelijk. Een nieuw middel was snel in de kliniek beschikbaar om te worden getest, en het hoefde zodoende de mensheid niet lang onthouden te worden. Maar de ketting van begin- tot eindpunt, van bevindingen in de basiswetenschap tot aan klinisch werkzaam geneesmiddel, heeft in de loop der tijd meer en meer schakels gekregen. Daardoor is de tijd die gemoeid is met het ontwikkelen van een nieuw middel onnodig lang. Het enige dat dus gedaan moet worden is die tijd bekorten, o.a. door informatie-uitwisseling te versnellen. Althans, zo moet het in de denkwereld van een 'rechtlijnige' eruitzien. Al die ingewikkelde regels en normen waaraan onderzoek moet voldoen nemen te veel tijd in beslag.

Zo'n zienswijze is gevaarlijk, aldus Rein Vos in zijn proefschrift *Drugs Looking for Diseases*. Het gevaar is dat het de commerciële drijfveren, die bij de ontwikkeling van geneesmiddelen onvermijdelijk aanwezig zijn, verhuult. Een nieuw geneesmiddel ontwikkelen kost 200-300 miljoen gulden, en de patentduur is beperkt. De producent heeft dus alle belang bij een snelle ontwikkeling. Dat leidt

tot een situatie waarin ernstige, bedreigende aandoeningen worden gebruikt als sluiptwegaan om ingewikkelde ethische en wetenschappelijke regels zoveel mogelijk te omzeilen, ten einde een nieuw geneesmiddel zo snel mogelijk op de markt te krijgen. Aids is hiervan een bekend voorbeeld.

ROMANTISCH VERLANGEN

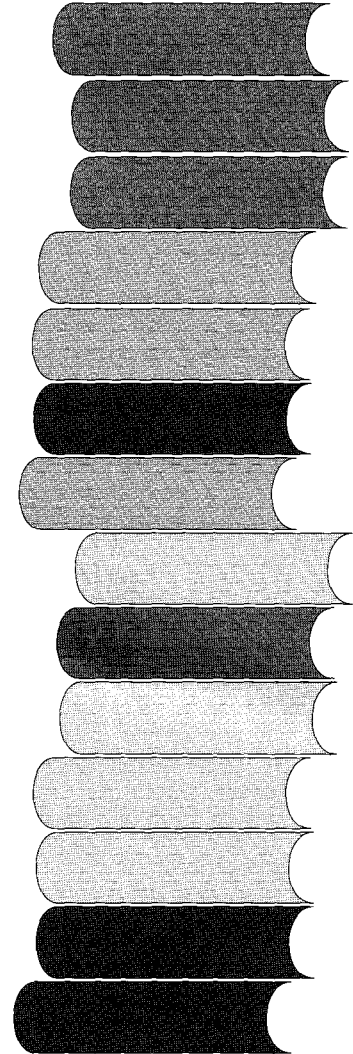
Het verlangen naar de snelheid van vroeger is een romantisch verlangen naar een tijd die nooit weerom komt, maakt Vos duidelijk. Wat de romantici niet zien, is dat er intussen fundamentele veranderingen zijn geweest in de manier waarop kennis wordt vergaard ten behoeve van de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. De afstand van onderzoeker naar de kliniek is groter geworden, informatiestromen hebben gigantische proporties aangenomen en chronische ziekten zijn de hoofdrol gaan spelen in de volksgezondheid van geïndustrialiseerde landen. Dit alles stelt heel andere eisen aan onderzoek: communicatie is ingewikkelder, automatisering stelt andere eisen aan onderzoekers en gegevensverzameling, en onderzoek is heel anders van karakter omdat het beloop van chronische ziekten tientallen jaren in beslag neemt. De romantici hebben dus een totaal verstoord beeld over hoe kennis over nieuwe geneesmiddelen tot stand komt, en dat is slecht voor het vernieuwen van diezelfde kennis.

Met een combinatie van zowel filosofisch, historisch als medisch gereedschap wordt in *Drugs Looking for Diseases* een poging gedaan het proces van de ontdekking van nieuwe geneesmiddelen opnieuw te ontleden en in een nieuw kennistheoretisch jasje te steken. De auteur laat zien dat niet alleen onderzoek de praktijk beïnvloedt, maar de praktijk tevens het onderzoek, en daarmee vernieuwing stimuleert: er is geen sprake van eenrichtingsverkeer maar van wisselwerking.

Dat de (klinische) praktijk een grote rol speelt bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen illustreert Vos aan de hand van de ontwikkeling van twee categorieën geneesmiddelen die beide bij hartklachten worden toegepast, de bèta-blockers en de calcium-antagonisten.

Vooraf in de calcium-antagonisten zagen onderzoekers in het begin nauwelijks enig heil, tot men in de praktijk merkte dat ze werkzaam waren en men daardoor tevens een overtuigend mechanisme ontdekte dat de geconstateerde effectiviteit, aannemelijk maakte: praktijk die de theorie beïnvloedt.

Zowel bètablokkers als calcium-antagonisten werden tegelijkertijd ontwikkeld, zowel in Groot-Brittannië als in Duitsland, maar de ontwikkeling ging in beide landen een hele andere kant op als gevolg van het verschillend denken en handelen van artsen. Dit was weer een gevolg van een cultureel verschil in het denken over de bloedsomloop en de werking van het hart. Duitse artsen stonden huiverig tegenover het fysiologische concept dat de



werking van bètablokkers verklaarde. Hoewel een Duits bedrijf als eerste de beschikking had over de stof die later de eerste 'echte' bètablokker zou worden, (h)erkende men de mogelijkheden niet. Een Engels bedrijf kwam er het eerst mee op de markt.

De ontwikkeling van de bètablokkers en calcium-antagonisten illustreert ook een ander aspect van geneesmiddelenontwikkeling. Hier sneuvelt een populair denkbeeld, namelijk dat men op zoek is naar geneesmiddelen voor een bepaalde ziekte. Veelal is het zo dat men een stof heeft met een bepaald aantal eigenschappen (een profiel), en dat men daarna pas gaat kijken bij welke ziekte zo'n profiel het beste past. Sterker nog: van veel middelen die op de markt komen, ontstaan pas gedurende gebruik in de praktijk nieuwe toepassingen. Geneesmiddelen op zoek naar ziekten.

SPANNING

Hoewel het onderwerp af en toe zeer technisch is, is het allemaal helder opgeschreven. Daarbij put de auteur uit talrijke interviews

die hij met prominente cardiologen en onderzoekers van de diverse farmaceutische bedrijven heeft gehouden. Deze citaten, en het met ingehouden spanning gebruikte Engels, maakten dat er tijdens het lezen van het boek zich een soort BBC-documentaire voor mijn geestesoog ontrolde. Op zichzelf zou dat nog zo'n gek idee niet zijn. Als boek is het betoog van Vos, met z'n grote dichtheid aan gespecialiseerde kennis, theorieën en concepten, het interessantste voor de echte freak.

Het mooie van het boek is wel, dat het goed laat zien dat het ontdekken van geneesmiddelen niet een magisch, onduidelijk proces is. Het is evengoed onderhevig aan allerlei maatschappelijke krachten en ontwikkelingen en wordt daardoor beïnvloed, en omgekeerd hebben nieuwe technologische ontwikkelingen weer consequenties voor het alledaagse denken en handelen. Kortom: technologie is niet maatschappelijk neutraal of inert.

Hoewel een en ander overtuigend is opgeschreven, blij ik wel met een paar praktische problemen zitten die opdoemen wanneer je Vos' uitgangspunten serieus neemt. (Want wie wil nou als rechtlijnig romanticus door het leven?).

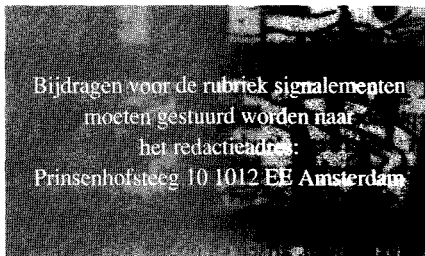
De klinische praktijk en de individuele waarneming is evenzeer een bron van kennis als de 'basis'wetenschap of kennis die tot stand komt door groepen patiënten te bestuderen, betoogt Vos. Dit is wel voorstelbaar, bijvoorbeeld omdat individuele waarnemingen voor de in de praktijk werkende arts tot een idee over bijvoorbeeld een bijwerking kunnen leiden. Maar deze gedachte zal dan wel op de een of andere manier getoetst moeten worden. Al die eigenwijze dokters die op grond van hun individuele waarneming doorgaan met het voorschrijven van een middel met veel bijwerkingen 'omdat ik er geen slechte ervaringen mee heb' kunnen in het boek een rechtvaardiging van hun kortzichtig handelen vinden.

Het gebruik van geneesmiddelen en het voorschrijven ervan is onderhevig aan de invloed van de (medische) cultuur, zo is al betoogd. Ook deze redenering is in de praktijk soms problematisch. Maar al te vaak beroepen farmaceutische bedrijven zich op zo'n cultuurverschil, wanneer het bedrijf door critici gewezen wordt op het hanteren van wel érg ruime toepassingen - bijvoorbeeld in ontwikkelingslanden, waar de overheid niet veel mogelijkheden heeft tot regelgeving op het gebied van geneesmiddelen en controle op grote concerns. In zo'n geval is niet zozeer sprake van geneesmiddelen op zoek naar ziekten, maar van de industrie op zoek naar indicaties (en omzet).

Zowel aanhangers van de rechtlijnige theorie als die van de theorie van wederzijdse beïnvloeding kunnen dus voort met verhullende argumenten wanneer commerciële belangen in het geding zijn. De auteur geejt blijk van veel inzicht in het ontdekkingsproces van geneesmiddelen en de cultuur in de farmaceutische industrie. Daarom is het extra teleurstellend dat hij aan bovenstaande ongewenste bijwerkingen van z'n theorie wat meer aandacht heeft besteed. Ook feministen hebben daar recht op.

Joost rail der Meer

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



BIJEENKOMSTEN

In samenwerking met vijf Europese instituten die zich bezighouden met arbeidsomstandigheden, organiseren de psychologische en medische faculteiten van de Universiteit van Amsterdam in januari 1993 een driedaags symposium met de titel *Work & Aging*. Het symposium is bedoeld voor wetenschappers en mensen uit de praktijk. Het hoofdthema van het symposium is het welbevinden en de gezondheid van de oudere werknemer, waarbij men in het bijzonder aandacht wil schenken aan de mentale druk van het werk die veel ouderen met het stijgen van de leeftijd ervaren. Ook wordt aandacht gegeven aan preventieprogramma's, en aan de voorwaarden die nodig zijn om de problemen op te lossen, die in de toekomst bij een toename van oudere werknemers zullen ontstaan.

Het symposium vindt plaats in het gebouw van de psychologische faculteit van de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, Amsterdam, van 27 tot 29 januari 1993. De toegangsprijs is f750,-. Het adres voor het aanmelden en het opsturen van abstracts is: Study Center on 'Work & Health', t.a.v. drs. R. Cremer, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, telefoon: 020-5662831 of 020-5665253.

Tussen 9 en 14 november vinden een aantal bijeenkomsten plaats op de terreinen van de vrouwen hulpverlening, vrouwengezondheidszorg en seksueel geweld. Op twee uitzonderingen na worden ze alle gehouden in Utrecht. Instellingen als Metis, Medusa en de Schorerstichting zijn verantwoordelijk voor de organisatie van een of meer activiteiten.

Maandag 9 november:

Twee kanten van de medaille. Een studiedag over het leiden door vrouwen van innovatieprocessen. Inf.: 070-3614547.

= Werken met incestslachtoffers. Workshop onder leiding van Sandra Butler (VS). Inf.: 031-368148.

Dinsdag 10 november:

Een paar apart. Openbare workshop vrouwenhulpverlening en oudere lesbische vrouwen onder leiding van Sandra Butler. Plaats: Amsterdam. Inf.: 020-6624206 (Riek Stienstra).

Is regionale ondersteuning een bedreiging voor autonome VHV-organisaties tegen seksueel geweld? Een debat. Inf.: 030-368748.

Woensdag 11 november:

Informele zorg, de vanzelfsprekende buffer? Congres in het kader van 'vrouwen en keuzen in de zorg'. Inf.: 070-3614547.

Borstkanker en preventief onderzoek. Openbare lezing door Sandra Butler en een Nederlandse deskundige over de stand van zaken in de Verenigde Staten en Nederland. Inf.: 070-3614547.

Donderdag 12 november:

Kijkduin 2. Congres over de stand van zaken en toekomstig beleid seksueel geweld. Inf.: 030-368748.

Donderdag 12 en vrijdag 13 november:

Vrouwenhulpverlening aan vrouwen met trauma's ten gevolge seksuele kindermishandeling. Een tweedaags congres. Plaats: Delft. Inf.: 010-4367577.

Zaterdag 14 november:

Presentatie cursusaanbod 1993. Informatiedag Leergangen vrouwenhulpverlening. Inf.: 030-340933.

T I J D S T O O N S T E L L I N G E N

Honderd jaar geleden organiseerden jonkvrouw Jeltje de Bosch Kemper en verpleegster Anne Reynvaan het eerste verpleegkundige congres in Nederland. Met de tentoonstelling 'Steekhoudend vakwerk, honderd jaar professionele verpleging in Nederland' in het Amsterdams Historisch Museum, georganiseerd door de stichting Manifestatie Verpleegkunde in samenwerking met het museum, wordt die eeuw in beeld gebracht. Er worden archiefstukken, foto's, leerboeken, affiches, verpleegkundige instrumenten en uniformen geëxposeerd. Tevens wordt aandacht besteed aan de veelzijdige praktijk en de persoonlijke invulling van het beroep.

Bij de tentoonstelling verschijnt een uitgebreide brochure met een groot aantal afbeeldingen van geëxposeerde voorwerpen.

Het adres van het museum is Kalverstraat 92, Amsterdam.

De tentoonstelling duurt van 6 oktober t/m 10 januari 1993.

Openingstijden: ma t/m vrij van 10.00-17.00, za en zo van 11.00-17.00.

Tel.: 020-5231822.

Hans van der Meer heeft mensen met een verstandelijke handicap gefotografeerd, zoals ze zijn. De foto's zijn opgenomen in een mobiele tentoonstelling onder de titel *Gewoon in beeld*. In de begeleidende brochure zijn ook de rechten van mensen met een verstandelijke handicap opgenomen. De tentoonstelling is bestemd voor leerlingen en studenten. Als zij naar deze tentoonstelling gaan kijken, kunnen vooroordelen en verkeerde stereotypen worden vervangen door een reëel beeld van mensen met een verstandelijke handicap. Een juiste beeldvorming zorgt ook voor betere discussies over euthanasie, integratie e.d. Het project 'Gewoon in beeld' is een gezamenlijk project van de landelijke organisaties voor mensen met een verstandelijke handicap (Soloz).

Informatie en verhuur (f25,- + kosten brochures): JAA. ter Haar, Federatie van Ouderverenigen, 030-363767.

PUBLIKATIES

Onlangs is het kabinetsstandpunt verschenen op het rapport van de commissie-Dunning over keuzen in de zorg en het rapport van de Gezondheidsraad *Medisch handelen op een tweesprong*. Door onder meer de samenvatting van dit standpunt breed en gratis te verspreiden probeert het ministerie van WVC een zo groot mogelijk publiek te bereiken en te betrekken bij de publieksdiscussie over de keuzen in de zorg.

Belangstellenden kunnen exemplaren van de samenvatting 'Gepast gebruik' schriftelijk aanvragen bij de afdeling Publieksvoorlichting van het ministerie van WVC, postbus 5406,2280 HK Rijswijk.

Het eerste nummer van *Rheactie*, een bulletin over (on)vruchtbaarheid en technologie is verschenen. Dit nummer behandelt de reageerbuisbevruchting. Aan de orde komen de medische risico's en de ethische aspecten van ivf. Ook vertellen vrouwen zelf over hun ervaringen.

Rheactie is te bestellen door f5,65 te storten op giro 310569 t.n.v. Stichting Rhea, Utrecht, onder vermelding van Rheactie 1.

Het Netwerk Gezonde Steden is begonnen met de uitgave van de Gezonde Steden Reeks. De reeks heeft tot doel zo praktisch mogelijke adviezen, en voorbeelden van lokaal gezondheidsbeleid aan te bieden. De eerste twee publikaties van de serie zijn verschenen. In het eerste deel, *Het Gezonde Steden Project, Achtergronden en praktijk*, worden de uitgangspunten en de ontwikkeling van het project weergegeven. In het bijzonder staat Nederland in de aandacht. Het tweede deel gaat over *Vormgeven aan gemeentelijk*

gezondheidsbeleid.

J. Cosijn, 'Het Gezonde Steden Project, Achtergronden en praktijk', (92 blz.) f19,- en G. van der West, 'Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid, Een kijkje in de keuken', (92 blz.) f8,- worden uitgegeven door Van Gorcum en zijn verkrijgbaar in de boekhandel.

Het tijdschrift *Kind en Ziekenhuis* heeft in september een themanummer uitgebracht over het onderwerp 'ouders'. Hierin worden de voor- en nadelen geschetst van het inschakelen van ouders bij de verzorging en verpleging van hun kind in ziekenhuizen. Indien verpleegkundigen, artsen en ouders samenwerken kan de zorg veel meer worden afgestemd op het individuele kind en kan de kwaliteit van zorg verbeteren. Ook kan in veel gevallen een kind eerder naar huis als een van zijn ouders zich bepaalde verpleegkundige handelingen heeft eigen gemaakt. Maar het betrekken van ouders in de zorg, zo blijkt uit het themanummer, brengt ook problemen met zich mee.

Het themanummer van Kind en Ziekenhuis is te bestellen door overmaking van f15,- op giro 6131073 t.n.v. Kind en Ziekenhuis te Dordrecht onder vermelding van 'ouders'.

De Stichting Burgerschapskunde (SBK) heeft een actuele publikatie over de gezondheidszorg uitgebracht. Gezondheidszorg aan banden, geschreven door Pety de Vries, geeft informatie over en voorbeelden van de problemen in de gezondheidszorg. Veel aandacht gaat naar het plan-Simons en de adviezen van de commissie-Dunning en de Gezondheidsraad over de keuzen in de zorg.

P. de Vries, 'Gezondheidszorg aan banden', kost f17,90 en is verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de SBK, tel. 071-121841. ISBN 90 6473 271 X.

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid heeft de publikatie *Samenwerking op niveau* uitgebracht. Hierin komen deskundigen, zowel hulpverleners en beleidsfunctionarissen als vrouwelijke ex-cliënten van de hulpverlening, aan het woord. Zij zijn gevraagd naar hun ideeën en meningen over geslaagde samenwerking en goede hulpverlening. In het rapport wordt er een aantal oplossingen aangedragen om valkuilen bij samenwerking in de hulpverlening bij kindermishandeling te voorkomen en is een begin gemaakt met de formulering van eisen aan de hulpverlening door cliënten zelf.

'Samenwerking op niveau, naar betere afstemming in de hulpverlening bij kindermishandeling' van Ineke Kok e.a. is uitgebracht door het NcGv (tel. 030-935141) en kost f21,50.

Bij de Stichting Centrum voor Onderwijsonderzoek (SCO) is onlangs verschenen het boek *De invoering van het Amster-*

damse model in Oud-West. Het Amsterdamse model staat voor een nieuw psychiatrieplan dat acht geleden werd vastgesteld. Het Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum (SPDC) dat in 1988 van start ging vormt een belangrijke hoeksteen van het model. In het boek staan de vragen centraal naar hoe het staat met de realisering van het model en hoe het SPDC functioneert.

'De invoering van het Amsterdamse model in Oud-West' van Rally Rijkschroeff e.a. is te bestellen bij het SCO-Kohnstamm instituut, tel. 020-5550357 en kost f30,-.



***Al eens bij een pinguin in het water gedoken?
Ook dan is:***

SCHOON WATER BROODNODIG

Er zijn ook veel ernstiger feiten rondom "ons water".
Zonder schoon water kan geen mens leven:

- slecht water veroorzaakt 80% van alle ziekten in ontwikkelingslanden;
- jaarlijks sterven 4 miljoen kinderen onder de vijf jaar aan een diarree-besmetting;
- in India en Afrika dreigen miljoenen mensen door watergebrek te sterven.

Simavi heeft daar direct mee te maken. Dagelijks.

Uw hulp en belangstelling is écht noodzakelijk.

Graag sturen wij u ons Wereld Water-boekje. Over wat water betekent in ontwikkelingslanden. water in Nederland, de vele raadsels rondom oerstof water etc. Zend de bon, een kaartje of brief naar ons adres.

Ja. Ik wil méér weten.

: Stuur mij het Wereld Water-boekje van Simavi.

: Naam: _____

: Adres: _____

: Postcode: _____

: Plaats: _____



VOOR MEDISCHE HULP IN ONTWIKKELINGS-NDEN

Telefoon: (023) 31 8055 - Giro 300100 - Spruitenbosstraat 6.2012 LK Haarlem

ACCEPTEREN WE EEN WERELD WAARIN WE ALS DE DOOD VOOR DE LIEFDE MOETEN ZIJN?

Zolang er geen medicijn is, blijft aids als een zwaard van Damocles boven de liefde hangen.

Daarom mogen we niet rusten voor we de race tegen aids gewonnen hebben. En dat kost tijd. Maar ook geld. Hoe meer hoe beter. En hoe eerder hoe beter.



AIDS FONDS GIRO 8957

STORTING OP BANKREKENING 70.70.70.228 KAN OOK.