

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 11
NR. 4/AUGUSTUS 1993



***Thema:
Lokaal
gezondheids-
beleid***

HIV-geïnfekteerden hebben geen waarschuwing splicht

De guerrilla van de medische specialisten

Homeopathie schrappen is verkeerd bezuinigen

Afkickcentrum voor allochtone drugsverslaafden

WE GELOVEN IN IDEALISME, WANT DAT IS HET ENIGE
WAT WERKT • VAN GEITEWOL GAAN WE NIEZEN.
VAN NOG MEER BRUINE KINDERTJES MET VLIEGEN IN
DE OOGJES WORDEN WE HELEMAAL SIMPEL., • WE
HEBBEN PARTNERS IN AFRIKA, LATIJNS-AMERIKA
EN AZIË, GEEN CLIËNTEN.



WIL JE WETEN HOE WE WERKEN? Kijk op onze website.

 AAN AMATEURISME HEBBEN WE EEN BROERTJE
DOOD, BUREAUCRATIE MAAKT ONS WOEST. ~ MET
EEN HOUSEPARTY VOOR SENEGAL HEBBEN WE GEEN
PROBLEMEN. ~ VOLGENS ONS HEBBEN ARMOEDE
DAAR EN RIJKDOM HIER ALLES MET ELKAAR TE
MAKEN. VAN BODEMLOZE PUTTEN KRIJGEN WE EEN
HEEL NAAR GEVOEL. **I.I** OP RIGOBERTA MENCHU,
NOBELPRIJSWINNAAR VOOR DE VREDE, ZIJN WE OOK
I.I EEN BEETJE TROTS OMDAT WE HAAR AL JAREN
STEUNEN. **WOMEN EN AKTIE GAAN PRIMA SAMEN.**

ZIJ HEBBEN DE IDEEËN, WIJ HET GELD. • ÉÉN-
RICHTINGSVERKEER VINDEN WE EEN VERGISSING.
VRAAG EENS **I.I** ONZE FOLDER AAN. WE GEVEN DE
WERELD NIET ZOMAAR OP. WE KUNNEN ABSOLUUT
NIET ZONDER EEN GIRONUMMER. **I.I** **BEGINNEN BIJ**
I.I **WERELD WIL ONS NIET ZELF. VASTENAKTIE-**
NEDERLAND. POSTBUS 587. 3800AN AMERSFOORT •
INFO 033 -612957. EN DIT IS ONS GIRONUMMER: 5850.

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 11
MEI 1993

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 Bosma, Luc Klaphake, Annemieke Meinen, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Ingrid van de Vegte,
Joost Visser, Hetty Vlug
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenbergh, Hans Blaauwbroek,
Adri van de Bom, Marien Bouwmans,
Thea Dukkens van Emden, Maarten Evenblij, Maria Hermsen, Joost van der Meer, Bart Lammers, Evelyne de Leeuw, Anko Oderwald, Menno Reijneveld, Lidy Schoon, Hans Spijker, Mareo Strik, Gabriëlle Verbeek, Jannetje van Vliet, Marjon van Weersch, Gooft van de Wijngaart.

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging en adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan de uitgever. Indien twee maanden voor het verstrijken van de abonnementsperiode, geen schriftelijk bericht van opzegging is ontvangen wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.

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

Foto omslag:

Rotterdam, Kralingen
Foto: Joop Reyngoud

Vormgeving:

LO/O Reklame: Ontwerpburo B.Y.
Postbus 631, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

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

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

INHOUD

- 2 Redactioneel
- 3 Ingrid Horstik
Wat moeten gezondheidsprofessionals met onverschillige burgers?
- 6 Kees Fortuin
Gezonde Stad stuit op adoptieproblemen
- 9 M.J. van Lieburg
Rotterdams gezondheidsbeleid in historisch perspectief
- 12 Marleen Goumans, Astrid Kruijff & Harm-Jan Weevers
Vijf wethouders c.s. over hun gezondheidsbeleid
- 15 Lokaal gezondheidsbeleid, betrokken of bekrompen?
Ernst Roscam Abbing, column
- 16 Annemieke Bosma
Regiovisie juridisch bekeken
- 17 Ankie Loonstra
Patiënten kunnen via regiovisie beleid beïnvloeden
- 18 Janne van Wijnen, Joop ten Dam & Josine van den Bogaard
'In Deventer wordt een geit geplant'
Gesprek met opbouwwerker Jan Schepers
- 20 Menno Reijneveld
De WCPV geëvalueerd
- 21 Hans Roozenburg & Maria Reinboud
Als de HIV-geïnfecteerde het zelf niet wil vertellen ...
Waarschuwen van seksuele partners niet zo vanzelfsprekend als het lijkt
- 23 Medisch specialisten
Jos van der Lans, column
- 24 Thea Dukkens van Emden
'De nadagen van het vrije ondernemerschap'
Interview met Jan Landsman, voorzitter van het Nederlands Specialisten Genootschap
- 26 Lex Rutten
Kan de geneeskunde buiten de homeopathie?
- 28 Ingrid van de Vegte
Multicultureel afkickcentrum bereikt allochtone verslaafden
Psychologe Lilien Macnack over het IMC
- 30 Boeken
Constructivisme en migraine
De ziekte van het gangbare
- 32 Signalementen

REDACTIONEEL

Sinds een paar jaar hebben gemeenten nadrukkelijker dan tevoren de taak om lokaal gezondheidsbeleid te maken. Het idee daarachter is, dat problemen lokaal sneller gedefinieerd en opgelost kunnen worden. Het idee is ook dat er plaatselijk betere instrumenten zijn om tot een geïntegreerd beleid te komen. Onder meer door tacetbeleid en intersectoraal werken zou gezondheid als resultante van verschillende determinanten verbeterd moeten worden.

De lijnen naar gemeentelijke politici zijn kort en de burger (U)ij wordt gemakkelijker kleinschalig aangestuurd - beide partijen zijn meer betrokken bij de stad dan bij de staat. Een grote kans voor de lokale politiek om met de gelden die uit Den Haag kwamen, zij het sterk gereduceerd, gezondheid op te nemen in hun pakket waar al zoveel met gezondheid samenhangende zaken in zitten, zoals welzijn, onderwijs, wonen, milieu enzovoorts.

In dit themanummer blijkt dat lokaal gezondheidsbeleid meestal een hol begrip is. Voor politici is het vaak onbelangrijk en GGD'en, die de belangrijkste taken uitvoeren, zijn er nog niet aan gewend dat zij ambtenaren zijn die hun politici moeten aansturen. GGD'en doen vooral dingen die ze al veel langer doen en leveren niet die informatie die de politiek tot de keuze voor een actief lokaal gezondheidsbeleid zou kunnen verleiden.

Opmerkelijk genoeg zijn er wel veel initiatieven, maar op nog kleinschaliger niveau dan lokaal: terug naar de wijken. Hoe kleinschaliger hoe beter de samenwerking tussen verschillende disciplines. Hoe meer goede intenties, des te leuker de initiatieven in de buurt en de betrokkenheid van de burger. Het gemeentelijk beleid is hier vrijwel nooit de stimulerende voedingsbodem en heeft veeleer een remmende werking.

Problemen zijn op lokaal of wijkniveau beter te definiëren, met name als het gaat om het aanbod van voorzieningen. Gezondheidsverschillen legitimeren nauwelijks lokaal beleid; die zijn in Nederland niet groot. De verschillen die er zijn, zijn gekoppeld aan de sociaaleconomische status en culturele achtergrond van mensen. Om daar wat aan te veranderen is geïntegreerd beleid nodig. Dit bestaat echter nog nergens, behalve op papier. Er zijn maar weinig wethouders die de kans op een mooi volksgezondheidsbeleid in hun gemeente te baat nemen. Als de straatverlichting maar blijft werken.

De themaredactie

Josine van den Bogaard

Marleen Goumans

Menno Reijneveld

Ingrid van de Vegte



Foto JooP Reyngoud

WAT MOETEN GEZONDHEIDS- PROFESSIONALS MET ONVERSCHILLIGE BURGERS?

Ingrid Horstik

'Roken schaadt de gezondheid en kan longkanker of hartklachten veroorzaken.' 'Lekker leven, lekker eten, lekker met minder vet.' 'Alcohol maakt meer kapot dan je lief is.' De landelijke overheid steekt veel energie in het beïnvloeden van de leefstijl van individuele burgers. De moderne burger vertrouwt voor zijn leven en welzijn te veel op het medische circuit en te weinig op zichzelf en zijn medeburgers, meent de overheid. Gezien de dreigende onbetaalbaarheid van al deze aanspraken lijkt het beter en op den duur ook lonender burgers gezond gedrag te leren. Niet alle burgers zijn overigens doelwit van dit overheidsoffensief. Het is kennelijk vooral de onverantwoordelijke burger die op zijn plichten gewezen wordt: de stoere bouwvakker die lichtzinnig met lijf en ledematen omgaat, het roekeloze type dat met een glas te veel op toch achter het stuur kruipt, het jonge stel dat denkt zonder voorbehoedmiddelen wel veilig te kunnen vrijen. Hun wordt onmaatschappelijk gedrag, berekenend opportunisme of gebrek aan burgerzin verweten.

Maar laat die onverantwoordelijke burger zich wel opvoeden? Is die burger wel bereid gezond gedrag ten toon te spreiden? We kunnen steeds meer keuzen maken. Ook als het om onze gezondheid gaat. Daar waar de één bereid is meer dan voorheen op zijn leefstijl te letten, reageren anderen recalcitrant. 'Laten ze eerst mijn dak maar eens repareren en iets aan die hondpeep doen'. 'Zit ik zonder werk, sta ik stijf van de stress en dan zou ik ook nog moeten stoppen met roken ook?' 'Wat maakt het uit, je kan tegenwoordig overall kanker van krijgen'; is hun verweer.

De onvoorspelbare levenswandel van de burger bezorgt vooral ook de lokale overheid hoofdbrekens. Omdat deze overheid dichter op de burger zit, heeft het rijk het leeuwedeel van het opvoeden tot gezondheid hier neergelegd. Officieel heet het dat gemeenten een gezondheidsbeleid dienen te voeren dat bijdraagt aan verbetering van de volksgezondheid. Dit beleid is overigens breder dan het veranderen van de leefstijl van burgers omdat men erkent dat ook andere factoren zoals het hebben van werk, goede arbeidsomstandigheden, een veilige buurt of een schoon milieu aan gezondheid kunnen bijdragen. Men erkent dus dat de gezondheid en gezondheidsbeleving van de burger andere dimensies kent dan die van verantwoord gedrag. Dit neemt niet weg dat in de praktijk toch vooral de burger speerpunt is van beleid. De terugtrekkende overheid, deregulering, decentralisatie, sociale vernieuwing door middel van overdracht van verantwoordelijk-

heid voor de eigen (problematische) situatie, het zijn allemaal loten van dezelfde stam: de burger aanspreken op diens verantwoordelijkheid!

OPVOEDERS EN MAKEIAARS

Voor het lokale bestuur is de Gemeentelijke Gezondheids Dienst (de GGD) bij uitstek de instantie die vorm en inhoud moet geven aan het gezondheidsbeleid. Het zijn de bij deze dienst werkzame ambtenaren die de opdracht hebben met preventieve activiteiten te voorkomen dat burgers ziek worden en als het even kan er in gezondheid op vooruitgaan. Aan deze opdracht wordt door de GGD'en op talloze manieren inhoud gegeven: van bevolkingsonderzoeken naar borstkanker tot en met inenting tegen polio of griep en van het doen van metingen naar de luchtverontreiniging tot en met het bestrijden van kakkerlakken en ander ongedierte. Over de vraag hoe de weerspannige burger in het gareel gebracht kan worden, lopen de meningen echter uiteen. Grofweg circuleren er binnen de GGD'en twee opvattingen. De ene opvatting ziet de gezondheidsprofessional als een opvoeder, waarbij het de deskundige is die bepaalt welke programma's er nodig zijn om de gezondheid van burgers te beschermen en te bevorderen. Net als in de campagnes van de landelijke overheid produceert ook deze gezondheidsprofessional normen waaraan de burger dient te voldoen: stoppen met roken, je niet ziek melden maar praten met je baas

als je werk je niet bevalt. Kortom, hier verschijnt de burger wederom als onverantwoordelijk type. Overtuigd van zijn eigen gelijk gaat de opvoeder echter voorbij aan de leefwereld van de burger en het zal dan niet verbazen dat ook de reacties van de burger dezelfde zijn.

De andere opvatting, de gezondheidsprofessional als makelaar, wordt voorgestaan door adepten van de 'gezonde stad'. Zij beschouwen de leefwereld en de betrokkenheid van de burger als uitgangspunt voor de aanpak van gezondheidsproblemen en gezondheidsbevordering. In plaats van de burger een spiegel voor te houden, zegt deze gezondheidsprofessional tegen de burger: 'U heeft gelijk, gezondheid is ook minder auto's voor deur, geen huisvuil op de stoep, veilige speelplaatsen voor kinderen, maar laten we kijken wat u en wij daar samen aan kunnen doen. Hier wordt de burger aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheden én mogelijkheden. In deze opvatting hebben we met een heel andere burger van doen. Hier treedt de burger naar voren als een zelfstandig oordelend subject met een autonome beleving en beoordeling van zijn gezondheid. Kortom, een mondige burger.

APPEL

Dit appèl op de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de burger verandert ook de positie van de gezondheidsprofessional. Hij treedt hier op als makelaar tussen vraag en aanbod. Een makelaar die bovendien van meerdere markten thuis is. Niet alleen bemiddelt hij tussen de vraag van de burger en het aanbod van de GGD, maar ook tussen de burger en andere partijen die een bijdrage kunnen leveren aan een gezondere omgeving van die burger. Bijvoorbeeld door het buurtwerk te betrekken bij het voorkomen van verenzaming van ouderen.

In beide opvattingen spreekt de gezondheidsprofessional de burger aan op zijn verantwoordelijkheid, de manier waarop is echter wezenlijk verschillend. Daar waar de eerste benadering uitgaat van de domme burger en werkt van boven naar beneden, 'herontdekt' men in de tweede benadering burgers als mensen met potenties en mogelijkheden die misschien wel beter dan de gezondheidsprofessional weten waar de schoen wringt.

In Nederland hanteren besturen van een aantal grote en middelgrote steden het concept van de gezonde stad als uitgangspunt voor gezondheidsbeleid. Dit geldt bijvoorbeeld voor de steden Eindhoven, Den Haag, Rotterdam, Flevoland, Groningen. De daar ontwikkelde praktijken brengen een gelaagdheid in de motieven van de weerspannige burger en tonen daarmee de dilemma's waarvoor de gezondheidsprofessional zich geplaatst ziet. Behalve 'ja-maaren' blijken wantrouwen, cynisme maar ook onvermogen de toename van gezond gedrag te frustreren.

GEZOND WANTROUWEN

De inbreng en de verantwoordelijkheid van de burger is voor de gezondheidsprofessional in zijn rol als bemiddelaar tussen vraag en aanbod cruciaal. Hij zal door middel van enquêtes en gesprekken boven tafel moeten krijgen hoe de burger zijn eigen gezondheid ervaart, waardoor deze ervaring gekleurd wordt en wat de eigen mogelijkheden van de burger zijn om zijn gezondheid te verbeteren. Deze plotse aandacht voor zijn 'leven en welzijn' komt menig burger verdacht voor. Hij ziet te veel zaken om zich heen gebeuren die daar niet mee in overeenstemming zijn. Of zoals Roscam Abbing, voormalig directeur van de Rotterdamse GGD, het eens verwoordde: 'Het psychologisch effect van de schitterende torens aan de Maas op de mensen in de niet welvarende buurten, een gevoel van groeiende afstand, mag, lijkt me niet worden onderschat.. Werklozen, al dan niet uit minderheidsgroepen, (bejaarde) mensen met een minimuminkomen, zullen veel moeite hebben al die pracht en praal in schril contrast met hun eigen omstandigheden te begrijpen.'² Die afstand wordt nog groter doordat het de burger vaak niet meer duidelijk is wat hij kan en mag verwachten van de overheid. Waar liggen haar mogelijkheden, wat is haar feitelijke daadkracht, hoever reikt haar invloed? Allerlei bestuurlijke veranderingsprocessen - het instellen van deelraden, het overhevelen van taken van hogere naar lagere overheden, publiek-privé samenwerking - belemmeren het zicht van de burger op wat de overheid kan en vermag.

Met deze afstand tussen de burger en het bestuur wordt de gezondheidsprofessional geconfronteerd. Want waarom, zo vragen burgers zich af, zouden ze hun hele hebben en houden op tafel leggen, wat verandert dat aan het feit dat ze geen werk hebben, aan de verloedering van de buurt. En bovenal, wat kan iemand van de GGD daar nu aan doen? De gezondheidsprofessional zal, wil hij zijn brede opdracht - werken aan een toename van gezond gedrag en een gezondere omgeving - waar kunnen maken, deze signalen elke keer weer onder de politieke aandacht moeten brengen en met het bestuur de discussie aan moeten gaan over de invulling van bestuurlijke verantwoordelijkheden bij het streven naar een

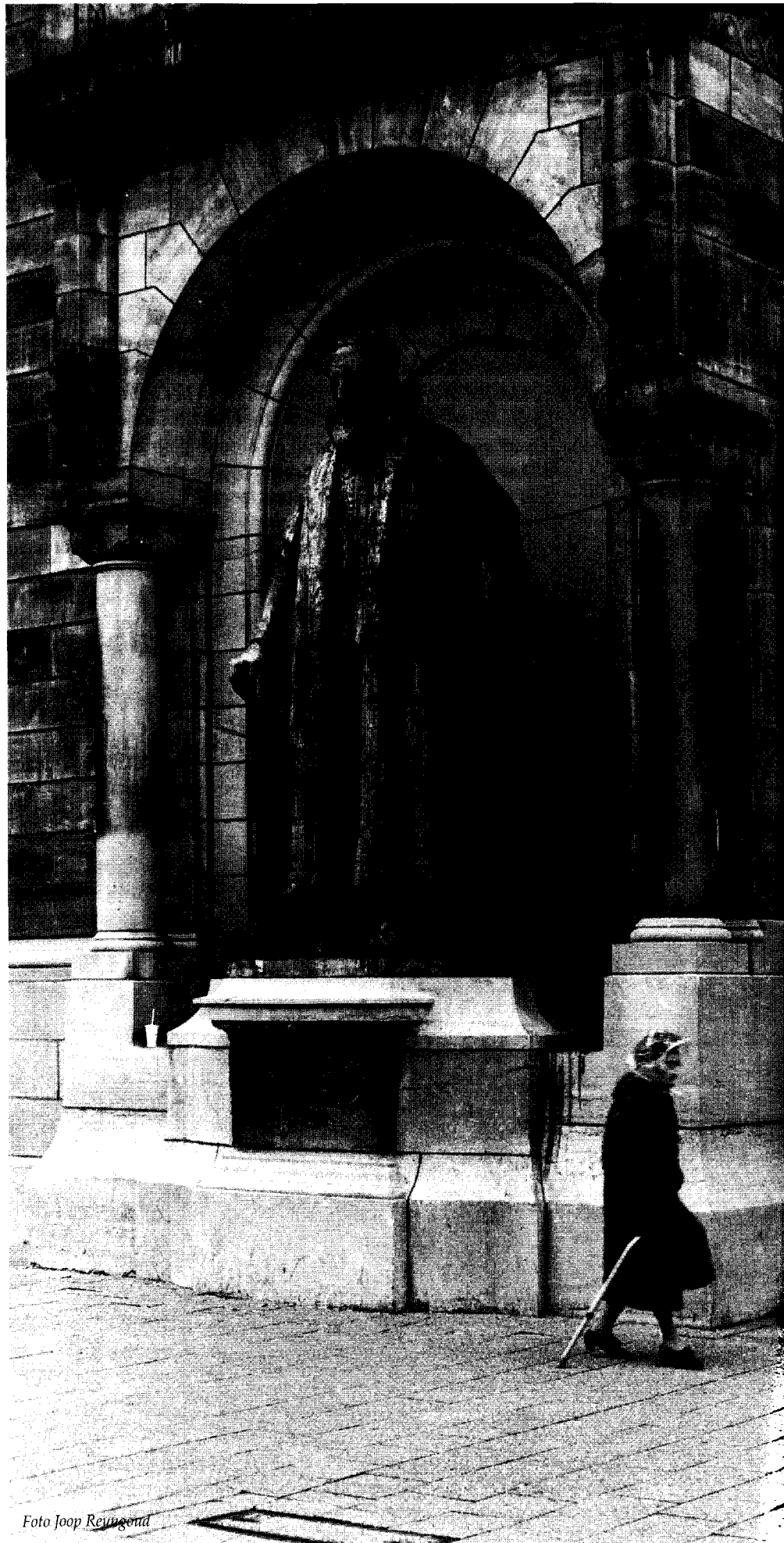


Foto Joop Reijngoud

betere gezondheidssituatie. In de praktijk gebeurt dit ook. De door de GGD Rotterdam georganiseerde conferentie 'Gezonde Stad' voor wethouders en raadsleden is daar een voorbeeld van. Ook op andere manieren probeert men hier de kloof tussen de burger en het bestuur te overbruggen door politici uit te nodigen deel te nemen aan Gezonde-Stadbijeenkomsten in de wijken. Direct contact, het op gang brengen van wederzijdse communicatie, zo is hier de gedachte, kan het vertrouwen van de burger in het gemeentebestuur doen groeien. De politiek op haar beurt zal daadwerkelijk iets met deze signalen moeten doen, wil zij de gezondheidsprofessional niet met een onmogelijke opdracht opzadelen. Juist op dit punt gaat het nogal eens mis. De politieke bereidheid om in bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen rekening te houden met effecten van die beslissingen voor de volksgezondheid is nog zwak ontwikkeld. De gang van zaken rond het Utrechtse Griftpark - in de volksmond het gifpark - vormt daar een aardige illustratie van. De bodemsanering heeft hier jarenlang op zich laten wachten (en wordt uiteindelijk nog niet bevredigend opgelost) omdat het rijk en de gemeente Utrecht het niet eens konden worden over de verdeling van de kosten. Wijzen op de medeverantwoordelijkheid van de burger is prachtig en kan zeker ook een bijdrage leveren, maar is alleen dan effectief als de overheid ook op andere terreinen maatregelen treft en daarin voortvarend te werk gaat. Het wonen op of naast een gifbelt leidt tot onrust onder burgers, tot stress en slapeloosheid en verlangt een daadkrachtig optreden van het lokale bestuur. Mededelingen in de trant van 'er bestaat geen gevaar voor de volksgezondheid' negeren deze onrust en kunnen rekenen op cynische reacties van burgers.

VERLENGDE ARM

De problematische verhouding tussen het lokale bestuur en de burger is niet de enige grond voor wantrouwen bij de burger. Een andere is, de boodschap waarmee de gezondheidsprofessional zich tot de burger richt. De gezondheidsprofessional in dienst van de GGD heeft zich in de afgelopen decennia vooral geprofileerd als de verlengde arm van het medisch bolwerk en zo bijgedragen aan de 'zuigkracht', aan de afhankelijkheid van de burger, van het zorgstelsel. Diezelfde gezondheidsprofessional zegt nu opeens tegen de burger dat hij wel degelijk noties heeft over zijn eigen gezondheid, in staat is tot een beoordeling van factoren die op zijn gezondheid van invloed zijn, en kijkt zelfs niet vreemd op als die burger geen fysieke klachten maar zijn werkloosheid of huisvestings-situatie naar voren brengt. Voor de burger, wie jarenlang voorgehouden is zijn gezondheid te relateren aan het ontbreken van ziekte, komt deze boodschap als een donderslag bij heldere hemel. Het is dan ook niet verwonderlijk dat

niet alle burgers bereid zijn hierin mee te gaan en soms daar ook niet toe in staat zijn. Dit stelt de gezondheidsprofessional voor keuzen. Of terugrijpen naar het beproefde opvoedkundige recept of zoeken naar nieuwe wegen om de burger over de streep te trekken dan wel - wanneer de burger niet in staat is zijn eigen vraag te formuleren - zich via andere kanalen toegang verschaffen tot de leefwereld van de burger. In zijn rol als makelaar opteert de gezondheidsprofessional voor dit laatste, zoekt hij partners die hem daarbij behulpzaam kunnen zijn. Naast nieuwe vormen van communicatie ontstaan nieuwe vormen van samenwerking. Met andere sectoren zoals het maatschappelijk werk of het opbouwwerk, maar ook met (organisaties van) burgers die in staat zijn een brug te slaan tussen burgers en de gezondheidsprofessional - bewonersorganisaties, oudercommissies, migrantengroepen - en burgers die over voor de gezondheidsprofessional relevante informatie beschikken - de *opinion leaders*, sleutelfiguren, netwerkpers. De burger blijkt dus behalve mondig, ook een bruggebouwer en databank te zijn.

BOODSCHAPPENLIJSTJES

Het omgaan met mondige burgers is overigens geen sinecure voor de gezondheidsprofessional. Het in samenspraak met burgers ontwikkelen van gezondheidsactiviteiten vergt een andere houding, flexibiliteit en het kunnen omgaan met onzekerheden. Niet langer staan vooraf de programma's vast, niet langer ook is het aanbod bij voorbaat beperkt tot het werkterrein van de GGD. Doen alsof elke gezondheidsprofessional hiermee zomaar uit de voeten kan, lijkt een te gemakkelijke voorstelling van zaken. De onbeheersbaarheid van het in gang gezette proces aan de ene en de zuigkracht van het opvoedkundige model aan de andere kant, markeren het spanningsveld waarin de gezondheidsprofessional zich bevindt. Wellicht maakt dit spanningsveld dat de voorgestelde maatregelen om de gezondheid te bevorderen nog (te) veel hun aangrijpingspunt vinden in de leefstijl van burgers. Het is althans opmerkelijk dat in het Oude Westen, een vooroorlogse Rotterdamse wijk met alle kenmerken van dien, in het kader van de Gezonde Stad het thema opvoeden een belangrijk aangrijpingspunt vormt om de gezondheid van burgers te verbeteren. Hier wreekt zich waarschijnlijk ook de plaats van het Gezonde-Stadbeleid in de totale organisatie van de GGD. De ontwikkeling van een gezondheidsbeleid dat de gezondheidsbeleving van burgers als vertrekpunt neemt, vergt meer dan het creëren van een nieuwe functie of het toevoegen van een nieuwe afdeling aan de GGD, zoals nu vaak gebeurt. Het naast elkaar bestaan van afdelingen die vraag- dan wel aanbodgericht werken confronteert de burger met gezondheidsprofessionals die verschillende boodschappenlijstjes bij zich hebben. De geloofwaardigheid van de lokale overheid zou

meer gebaat zijn bij een eenduidige benadering van de burger. En mogelijk spelen de bezuinigingen op de GGD'en hier eveneens een rol. Hoewel Den Haag hiervoor verantwoordelijk is (decentralisatie blijkt een synoniem voor bezuinigingen) is het effect wel dat lokale overheden zich 'en masse' bezinnen over de kernfuncties van de GGD en in het verlengde daarvan vraagtekens plaatsen bij praktijken zoals die in het kader van het Gezonde-Stadbeleid ontwikkeld zijn en worden. De algemene tendens om 'af te rekenen op resultaat', op meetbare gezondheidswinst, is daarbij koren op de molen van de gezondheidsprofessional die weet wat goed voor de burger is. Dit zou jammer zijn, want er lijkt meer gezondheidswinst te behalen door de leefwereld en de betrokkenheid van de burger mede als uitgangspunt te nemen. De weerspannige burger maakt daarbij wel het voorbehoud dat het lokale bestuur ook op andere terreinen gezondheid laat meewegen.

Ingrid Horstik is werkzaam bij Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming.

Noten

1. P. Thewissen & H. Klootwijk, *Bestuurlijke vernieuwing: naar een betere relatie tussen burgers en overheid?* Amsterdam/Leiden, 1992.
2. Nieuwjaarstoespraak prof. drs. E.W. Roscam Abbing 1989, GG & GD Rotterdam.

IS GEZONDHEID EEN OVERWEGING BIJ HET MILIEUBELEID VAN GEMEENTEN?

Het hoofd van een gemeentelijke afdeling Milieu daarover: 'In het gemeentelijk beleid voor het buitenmilieu totaal niet. Als er daar een gezondheidsprobleem dreigt, dan is het al veel te extreem. Dat beleid is gebaseerd op landelijke gezondheidsnormen, lokaal is er primair de ecologische invalshoek. De GGD wordt bij incidenten vooral gebruikt om het verhaal geloofwaardiger te maken. Binnenmilieu is wel een groot probleem, het gezondheidsaspect daarvan kan heel belangrijk zijn. U moet dan denken aan asbest, radon, koolmonoxide, enzovoort. Uit wijkgericht werk is duidelijk dat de helft van de klachten hiermee heeft te maken. Wij proberen daar nu de GGD voor te interesseren.'

GEZONDE STAD STUIT OP ADOPTIEPROBLEMEN

Kees Fortuin

Lokaal gezondheidsbeleid heeft een draagvlak onder de bevolking nodig. Dat is een van de uitgangspunten van de Gezonde-Stadaanpak. Een ander is dat gezondheidsbeleid allen kan in samenwerking met andere sectoren, 'intersectorale samenwerking' in het jargon. Daarmee zou gezondheidsbeleid dus niet langer het monopolie van de gezondheidssector moeten zijn. Maar wat nu als beide voorwaarden - een draagvlak en intersectorale samenwerking - op praktisch niveau wel vervuld kunnen worden, maar vervolgens 'het beleid' nog niet klaar is voor zo'n praktijk? Een voorbeeld uit Rotterdam.

In Rotterdam is de GGD de basis voor het Gezonde-Stadbeleid. Gezonde Stad is daar een 'voorbeeldproject' geworden in het kader van sociale vernieuwing. Op zich is dat logisch, want Gezonde Stad en sociale vernieuwing vertonen veel overeenkomsten. Draagvlak onder de burgers en samenwerking zijn ook in de sociale vernieuwing sleutelbegrippen.

Gezonde Stad probeert in een aantal wijken in Rotterdam een buurtgerichte aanpak te ontwikkelen. Een van die wijken is de 'achterstandswijk' Feijenoord. De wijk ligt aan de zuidelijke oever van de Maas - nogal geïsoleerd van de omliggende wijken, zodat de bewoners moeilijk kunnen profiteren van voorzieningen elders. Met name daardoor is het voorzieningenniveau een probleem voor de bewoners. Daarnaast is er van - voor het beleid zichtbare - betrokkenheid van bewoners bij gezondheid nauwelijks sprake.

Toch laat gezondheid de bewoners niet onverschillig. In het buurthuis De Dam behoort een relatief vaste groep vrouwen al jarenlang tot de bezoekersgroep, en deze groep geeft de wens te kennen om meer aandacht aan gezondheid te besteden. Over deze groep vrouwen gaat dit verhaal. Een kleine twintig vrouwen, allemaal met kinderen, veelal alleenstaand, allemaal een minimuminkomen, veelal een bijstandsuitkering, allemaal laag opgeleid, sommigen analfabeet, om er maar even wat etiketten op te plakken. Het verhaal begint eigenlijk niet bij 'gezondheid'. Het begint bij de vier tot acht jaar waarin zij als individuele bewoonsters het buurthuis bezoeken om de vier muren te ontvluchten, waartussen zij zich opgesloten voelen.

SPEELGOEDUITIEN

Het proces van sociale vernieuwing heeft op deze groep een katalyserende werking. De buurthuiswerksters die een vertrouwensrelatie met de vrouwen hebben opgebouwd zien in sociale vernieuwing een aanleiding om met de

groep te praten over hun inbreng in de wijk. Precies in die periode dreigt de speeltheek in de wijk opgeheven te worden: er zijn niet genoeg vrijwilligers meer. De vrouwen denken erover om gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de speeltheek over te nemen. Maar al pratende vinden ze de functie van alleen maar een speeltheek te beperkt. Ze zijn zelf de doelgroep van de speeltheek, ze weten dus heel goed wat de behoeften zijn. En zo wordt de functie van speelgoeduitleen aangevuld met de uitleen van gereedschap, luxe huishoudelijke apparatuur, met een klussenruimte inclusief klussencursussen, met themabijeenkomsten over gezondheid en opvoeding, enzovoort.

Gezondheid als invalshoek neemt dan nog een beperkte plaats in. Vanuit Gezonde Stad wordt door de GGD per 1 januari 1991 een buurtgericht medewerker aangesteld. In de discussies

rond sociale vernieuwing in de wijk wordt een verband gelegd tussen het initiatief van de groep vrouwen en Gezonde Stad. De buurtgericht medewerkster heeft behoefte aan een uitvalsbasis in de wijk, is op zoek naar een draagvlak, en wil aansluiten bij bestaande ontwikkelingen. Ze maakt kennis met de groep vrouwen, en het plan ontstaat om in de voormalige speeltheek - later zal het hele project 'Punt 50' gaan heten - ook een Informatiepunt Gezondheid in te richten, waar bewoners informatie kunnen krijgen op het gebied van gezondheid. Het wordt gerund door de vrijwilligsters zelf, mensen van de GGD helpen hen daarbij.

EXPORT PRODUKT

Na een periode van voorbereiding gaat het project van start. Het blijkt een succes, niet in het minst omdat de vrouwen zelf een stormachtige ontwikkeling doormaken. Voor hen is het project een soort 'grote stap naar buiten', zowel letterlijk als figuurlijk. Ze verlaten de veilige muren van het buurthuis, maar ze moeten ook de samenwerking aangaan met allerlei hoogopgeleide professionals, mensen die zich in hun ogen op een onbereikbare hoogte bewegen. Het project trekt als sociale-vernieuwingsactiviteit nogal de aandacht. De media besteden er ruim aandacht aan, en in beleidskringen wordt het gezien als een succes. Het Informatiepunt

WHO HEALTHY CITIES PROJECT

In 1986 is het Europees kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gestart met het Healthy Cities project, met als doel: 'De gezondheid in steden verbeteren. Dat kan worden bereikt door steden en hun bevolking te ondersteunen bij de ontwikkeling van activiteiten en processen die gezondheidsbevorderend zijn' (WHO/HCPO, 1988).

Het Gezonde-Steden project stimuleert steden om:

- gezondheidsaspecten een integraal onderdeel te laten uitmaken van stedelijk beleid
- te werken volgens de HFA2000 strategie en het Health Promotion programma van de WHO
- projecten te ontwikkelen gericht op gezondheidsbevordering

Kemerkend bij deze werkwijze is:

- participatie van de bevolking
- gegevens als basis
- politieke betrokkenheid
- intersectorale samenwerking

Het Healthy Cities project heeft geleid tot vergelijkbare initiatieven in alle werelddelen. In het Europese project van de WHO participeerden van 1986 tot 1993 35 steden. Voor de periode 1993-1997 worden de projectsteden nog geselecteerd. Daarnaast zijn er in Europa nationale netwerken van gezonde steden. Deze netwerken functioneren volgens de principes van het WHO project. Sinds 1987 heeft ook Nederland een nationaal netwerk gezonde steden. Het Steunpunt van dit netwerk is gehuisvest bij de GGD in Rotterdam.

Gezondheid krijgt zelfs de titel 'exportproduct sociale vernieuwing', zodat ook in andere wijken op dezelfde basis projecten gestart worden.

Punt 50 kan model staan voor de Gezonde-Stadaanpak. Het is een bestaande activiteit die is gestart vanuit het buurthuis. Vanuit de Gezonde-Stadbenadering gezien is de samenwerking die met het buurthuis en met de groep vrouwen wordt aangegaan een voorbeeld van

raakte. Voor de vrouwen had het betekenis als ontmoetingspunt, als ontplooiingsmogelijkheid, als voorziening op het gebied van opvoeding en gezondheid, als uitleenmogelijkheid van speelgoed en apparatuur. Toch blijkt Punt 50 naar buiten toe bijna uitsluitend bekend te zijn als 'gezondheidsproject'.

Anders dan je zou verwachten is die beeldvorming niet zozeer het gevolg van de opstelling van de GGD. Het beeld van de centrale

Wel is het project binnen de wijk ondergebracht bij het werkterrein van de wijkwerkgroep 'Gezonde Stad', en de wijkprojectleider sociale vernieuwing vat het project primair op als een Gezonde-Stadactiviteit. Daardoor krijgt het gezondheidsaspect in contacten 'naar buiten' bijna automatisch een wat zwaarder accent.

Een andere factor is het feit dat de publiciteit, en de externe contacten van het project vooral via de GGD lopen. De GGD heeft uiteraard een apparaat voor het verzorgen van publiciteit, en dat apparaat wordt ook ingezet voor het project. Een wijkgebonden voorziening als het buurthuis, dat minstens zo'n grote rol speelt in het project, heeft dat niet. Bovendien is de GGD ingebed in een nationaal en internationaal Gezonde-Steden netwerk, wat zijn eigen - prestigieuze - contacten met zich meebrengt. Wanneer een stedelijke delegatie in het kader van sociale vernieuwing een rondleiding door Feijenoord krijgt, gebeurt dat onder begeleiding van het Projectbureau Gezonde Stad. Ook de bezoeken van de Tweede-Kamerfractie van de PvdA en een delegatie uit St. Petersburg komen tot stand via contacten van Gezonde Stad. Het stedelijke Projectbureau Sociale Vernieuwing beschouwt Punt 50 primair als een gezondheidsproject. Dat het de wethouder gezondheidszorg is die de opening van Punt 50 verricht, lijkt dan ook niet meer dan logisch.

BEELDVORMING

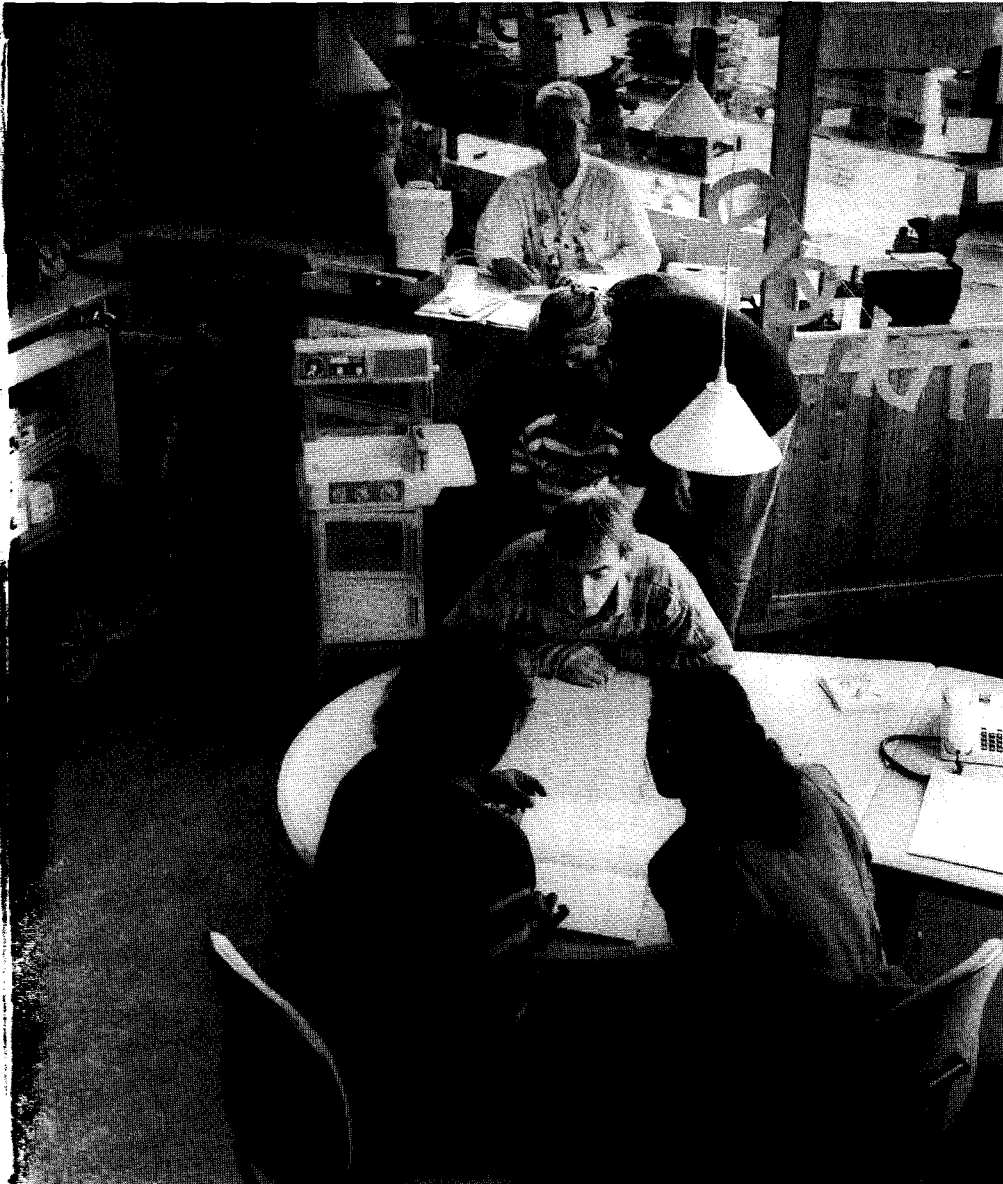
Impliciet ontstaat zo ook in de media een beeld van Punt 50 als een gezondheidsproject. Een van de vrijwilligsters wordt door StadsTV geïnterviewd, en vertelt daarover:

'Het ging ook over de speeltheek, maar het hoofdprogramma ging over de GGD (...). Laten we maar zeggen, van de vijf minuten zendtijd was vier minuten de GGD aan de orde en die ene minuut de rest van speeltheek.'

De beeldvorming in de media en bij beleidsmakers versterken elkaar. Het resultaat is een consensus in beleidskringen en in de publieke opinie over het karakter van Punt 50, die volkomen afwijkt van de betekenis die het project voor de direct betrokkenen heeft. Punt 50 is een 'gezondheidsproject' geworden.

Hoe belangrijk is die beeldvorming in de publieke opinie? Zij heeft gevolgen voor de verhoudingen binnen het project, voor de ondersteuning die het project krijgt van andere werksoorten en voor de beleidsmatige steun voor het project.

De eenzijdige beeldvorming leidt ertoe dat vrijwilligsters die niet meewerken aan het Informatiepunt Gezondheid - de meerderheid - zich miskend voelen. Andere activiteiten, de speeltheek bijvoorbeeld, nemen in het dagelijkse functioneren een zwaardere plaats in. Het is juist de aanloop via die activiteiten die het Informatiepunt zijn meerwaarde geeft.



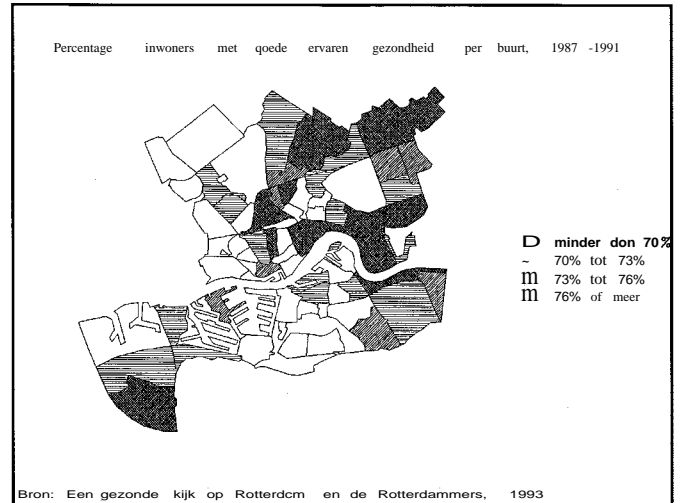
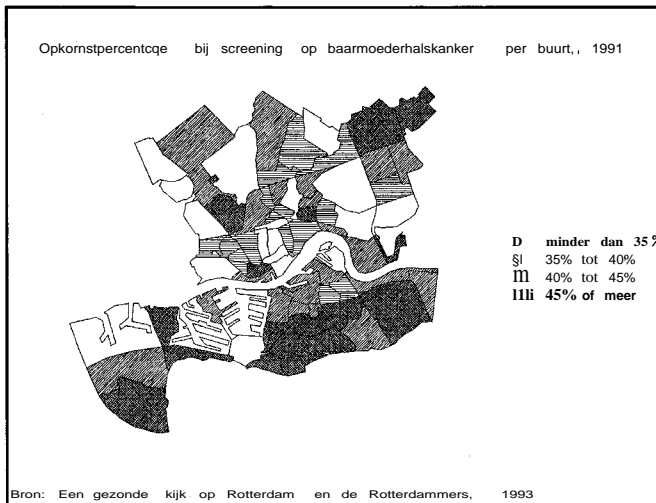
Gezondheidspunt 50
Foto Maarten Laupman

een intersectorale aanpak. Het project wordt bovendien gedragen door een groep bewoners van Feijenoord. Daarmee is een draagvlak voor gezondheidsbeleid ontstaan onder de bevolking in de wijk.

Wat kunnen we vanuit deze praktijkervaring zeggen over Gezonde-Stadbeleid?

We hebben gezien dat het project oorspronkelijk geen gezondheidsproject was, en dat de GGD er pas in een later stadium bij betrokken

gemeentelijke bureaucratie dienst die met plompe machtspolitiek initiatieven van anderen aan de eigen zegekar bindt gaat hier niet op. De direct betrokken medewerkers van de GGD gaan erg precies om met het beschrijven van het project. Ze leggen nadruk op de vrijwilligsters zelf als 'draggers' van het project, en ze spreken zelf niet over het 'gezondheidsproject' Punt 50. Ook op hogere beleidsniveaus binnen de GGD wordt het project niet 'geclaimd' als gezondheidsproject.



Twee geografische kaartjes uit het rapport 'Een gezonde kijk op Rotterdam en de Rotterdammers', GGD Rotterdam 1993

Een deel van de vrijwilligsters krijgt waardering, een ander deel niet.

Ook voor het buurthuis is er reden voor onbehagen. De ondersteuning van het project vraagt om een tijdsinvestering die door het publiek niet waargenomen wordt. Hoezeer het ook investeert in een project als dit, het buurthuis zal er niets van terugzien. Het is de vraag of op termijn de bereidheid om te investeren in Gezonde-Stadactiviteiten daar niet onder zal lijden.

Maar op het niveau van beleid heeft de beeldvorming nog de meest ingrijpende gevolgen. Als de politiek het project steeds meer gaat waarnemen als een gezondheidsproject, wordt het succes van het project ook in toenemende mate afgemeten aan de 'gezondheidswinst' die geboekt wordt, en niet op de andere soorten winst die het project voor de wijk oplevert. Omgekeerd is alleen de bijdrage van de GGD aan die 'gezondheidswinst' beleidsrelevant, en blijft het dus onopgemerkt, dat nu ook andere sectoren investeren in gezondheid. Het voortbestaan van het project wordt afhankelijk van een profilering op het gezondheidsaspect, en van een koppeling aan de GGD.

Het resultaat is dat deze twee pijlers onder het Gezonde-Stadbeleid aangetast raken. Het draagvlak onder de bewoners loopt gevaar, evenals de intersectorale samenwerking.

AFREKENEN

Sociale vernieuwing zowel als Gezonde Stad hebben als inzet een bijdrage te leveren aan de oplossing van maatschappelijke problemen door beleid, zorg, maatschappelijke activiteiten meer in te bedden in de leefwereld van de bevolking. Maar die leefwereld is geordend volgens heel andere lijnen dan de gemeentebegroting. De vanzelfsprekendheid waarmee beleid met dit project omgaat keert zich tegen het project.

De integrale aanpak van de GGD leidt ertoe dat de aandacht voor gezondheid toeneemt in sociale netwerken binnen de wijk en in de

activiteiten van het buurthuis. Het is kenmerkend voor een integrale benadering dat de inzet als gemeentelijke dienst als het ware 'verdamp't terug te vinden is in de inzet van anderen op het gebied van gezondheid.⁶

Maar op die inzet van anderen wordt de GGD niet afgerekend. De politiek, met haar nadruk op meetbare resultaten, eist van de GGD dat die zich terugtrekt op zijn 'kerntaken'. Het is in zekere zin de indeling in de gemeentebegroting, met een aparte paragraaf voor gezondheid, die werken aan 'gezondheid' tot kerntaak maakt van de GGD. Oftewel, niks integraal.. Een gezondheidsdienst krijgt betaald voor gezondheid, een onderwijsdienst voor onderwijs, een welzijnsdienst voor welzijn. Maar niemand betaalt de GGD voor de bijdrage die ze levert op het terrein van welzijn. En dat geldt van twee kanten. Wie betaalt het buurthuis voor de inzet die geleverd is op het terrein van gezondheid? En wie honoreert de inzet van bewoners, die al helemaal niet in een bestaande beleids categorie is onder te brengen?

Ziedaar het probleem. De Gezonde-Stadbenadering werpt vruchten af doordat een bestaand project meer aandacht voor gezondheid gaat opbrengen, gezondheid als het ware als aandachtspunt 'adopteert'. Die adoptie verloopt succesvol. Op het praktische niveau is via een Gezonde-Stadbenadering voorkomen dat gezondheidsbeleid opgesloten raakt in zijn eigen discipline. De zorg voor gezondheid moest een zorg voor iedereen worden, en niet alleen van de gezondheidszorg. Maar in de publieke beeldvorming wordt het 'bestaande project met aandacht voor gezondheid' ingevuld voor een 'gezondheidsproject met een paar aardige bijkomende kenmerken'. Gezonde-Stadbeleid verhoudt zich slecht met de categorieën waarin beleid wordt onderverdeeld.

Sociale vernieuwing en Gezonde Stad liggen in elkaars verlengde, hebben we al gezien. De Projectleider Sociale Vernieuwing in

Rotterdam heeft in zijn jaarrapportage over 1992 (p. 35) de volgende stelling geponeerd: 'Wanneer sociale vernieuwing in Rotterdam echt iets voorstelt, moet je dat kunnen zien aan fundamentele wijzigingen in de gemeentebegroting, de gemeentelijke organisatie en de gemeentelijke cultuur'. Een begrotingsstructuur die ruimte laat voor integrale projecten kunnen zijn. We moeten echter van beleidsmakers geen wonderen verwachten. Sociale vernieuwing wordt welomschreven als een 'Copernicaanse wending in het denken'.⁷ Mogelijk is de omslag in het denken die nodig is nog wat 'Copernicaanser' dan we ons realiseren. Tussen haakjes: de echte Copernicaanse revolutie kostte honderd jaar.

Kees Fortuin is onderzoeker bij het NIMO (Nederlands Instituut voor onderzoek naar Maatschappelijke Opbouw). Het NIMO gaat per 1 juli 1993 op in het Hilda Verwey Jonkerinstituut. Adres: Kromme Nieuwe Gracht 4-6, 3512 HG Utrecht.

Noten

1. Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek naar het verloop van sociale vernieuwing in Rotterdam, in het bijzonder op Kees Fortuin, Renske Hovingh (1992) *Berichten uit de samenleving* 2. NIMO, 's Hertogenbosch. Het gaat om een momentopname. Publicatie van het onderzoeksrapport veranderde ook de manier waarop de buitenwacht over deze kwesties spreekt. Dat is uiteraard ook de bedoeling van een dergelijk rapport.
2. Ik bedoel met de term verdampendus niet dat de inzet volledig verdwijnt, weggegooid is als het ware, maar dat deze het hele gebeuren rond een project doortrekt. Juist dat maakt het rendement moeilijk meetbaar in termen van afzonderlijke beleids categorieën.
3. Zie bijvoorbeeld de titel van een boek over sociale vernieuwing: P.w. Voogt, W. Wiertsema (red.) 1991, *Sociale vernieuwing, een Copernicaanse wending in het denken*. Sdu, 's-Gravenhage.



Een hofje aan de Warmoezierstraat, Rotterdam, omstreeks 1900
Foto H. Berssenbrugge, Collectie Gemeentearchief Rotterdam

ROTTERDAMS GEZONDHEIDSBELEID IN HISTORISCH PERSPECTIEF

M.J. van Lieburg

Eigenlijk is er niets nieuws onder de zon. De grotere steden in Nederland kennen al een eeuwenoude traditie in lokaal gezondheidsbeleid. Prof. M.I. van Lieburg legde tijdens zijn lezing voor de Rotterdamse conferentie Gezonde Stad het beginpunt van lokaal gezondheidsbeleid rond 1750. Hij gaat in op de vraag waarom lokaal gezondheidsbeleid verloren is gegaan en nu, gestoken in een eigentijds gewaad, terugkeert. Het project Gezonde Stad, dat opgevat kan worden als een experimentele invulling van lokaal gezondheidsbeleid, vormt het uitgangspunt van zijn teruggang in de tijd.

Er zijn weinig studies voorhanden over de geschiedenis van de preventieve volksgezondheid in Rotterdam. Wie zich echter in de vergeelde documenten verdiept maakt al snel een aantal aha-erlebnissen door. In het huidige Gezonde-Stadbeleid van Rotterdam is het wijkgerichte werken één van de speerpunten. Wijken die daarbij genoemd worden zijn onder andere Crooswijk, Het Nieuwe en Oude Westen, Hoogvliet en Feijenoord. Dit zijn niet de wijken van de stad Rotterdam in het Ancien Régime, maar benamingen van geografische eenheden die vroeger als zelfstandige gemeenten hebben bestaan en die eind negentiende en begin twintigste eeuw door annexatie onder Rotterdams bestuur zijn gekomen. Of het zijn ingepolderde buitenwijken die door de geweldige expansie van de stad eind negentiende eeuw als nieuwe woongebieden werden ingericht. Waar ze eerst een eigen bestuur kenden, werden het dus stadsdelen onder centraal stadsbestuur. Op dit moment klinkt in de stad weer de roep om decentralisatie van bestuur, ook ten aanzien van gezondheidsbeleid.

In de oudere stadsgeschiedenis ging het vooral om buurten, soms van slechts enkele straten, waar mensen een sociale verbondenheid kenden die in alle onderdelen van het dagelijks leven haar neerslag had. Buurten, deels voortkomend uit de middeleeuwse gilden, waren organische bestanddelen van de stad, gevormd door mensen die zich sociaal-economisch en mentaal-cultureel één voelden. Dit in tegenstelling tot de wijken die meer een administratieve indeling vormden van de sociale-werkers avant-la-lettre: de diakenen, de parochiemeesters en de leden van de pamassim (joodse kerkeraad). De sociale en ook de sociaal-medische verzorging van de Rotterdammers, en dan vooral de behoeftige Rotterdammers uit de zeventiende en achttiende eeuw kan niet los worden gezien van het kerkelijke leven dat toen als een zuurdesem de samenleving doortrok.

Pas aan de vooravond van de achttiende eeuw, in 1697, maakte ook het stadsbestuur een verdeling van de stad in wijken: 24 binnen- en buitenwijken, waar evenzovele 'wijkmeesters'



Foto [loop Reyngoud

onder toezicht van vier commissarissen tot taak kregen om de scheiding tussen stads- en kerkarmen te realiseren. Wanneer men het resultaat van dit systeem van sociale zorg beziet, zoals de verplichting van een 'acte van indemniteit'. (leeg strafblad voor allochtonen - waarmee in die tijd alle niet-Rotterdamers werden aangeduid -, de verplichte melding ten kantore van de passantmeester et cetera, dringt de vergelijking met de huidige discussie over sociale zorg zich op. De aha-erlebnis wordt nog groter wanneer je stukken leest over de worsteling van de stad, midden achttiende eeuw, met de stroom van migranten (deels politieke vluchtelingen) uit de streken rondom Hannover; behoeftige Duitsers die werk zochten in de polders en de droogmakerij en op schepen die vanuit Rotterdam de handel op de Levant onderhielden.

ZEELIEDEN

In het midden van de achttiende eeuw was met deze en gilden, buurten en wijken een infrastructuur ontstaan voor sociale en sociaal-medische zorg. Hier wil ik het markeringspunt van het lokaal gezondheidsbeleid in

Rotterdam leggen. Vanwege het functioneren van die structuur, maar ook vanwege andere belangrijke veranderingen.

In die jaren begon zich de belangstelling ten aanzien van sociale groepen te manifesteren. De eerste grote handboeken over de ziekten van zeelieden, soldaten, kinderen, bejaarden en prostitués verschijnen. In deze tijd staat dan ook de wieg van de scheepsgeneeskunde, de militaire geneeskunde, de kindergeneeskunde, de geriatrie, de venerologie. Deze specialismen rond sociale groepen moeten we in deze tijd zien als differentiaties, niet als specialisaties. Ze dienen wél te worden onderscheiden van de sociale geneeskunde, die zich eveneens voor deze groepen zou gaan interesseren, maar daarbij de sociale factoren in het ziekteproces zou gaan accentueren en bestuderen. We herkennen deze verschillende benaderingen in de aandacht voor sociale groepen van de moderne tijd, zoals verslaafden, psychiatrische patiënten, ouderen.

Een andere verandering is de entree van de preventieve geneeskunde en de belangrijke uitbreiding die dit gaf aan het werkkterrein en de status van de medicus. Behalve de veelbesproken introductie van de variolatie, de voorloper van de vaccinatie, was er de ontdekking van de werking van citrusvruchten in de preventie van scheurbuik op de schepen en van de levertraan tegen rachitis (Engelse ziekte).

KWADE DAMPEN

Deze successen verhoogden de status van de geneesheer enorm. Met de ontwikkeling van de gaschemie kreeg de oude leer van ziekmaakende dampen (miasmata) een belangrijke theoretische, maar ook therapeutische, uitbreiding. Er werd gesproken over genezende en gezondheidsbevorderende lucht, berglucht, zeelucht, stallucht et cetera. Een dergelijke milieuvisie schiep nieuwe verantwoordelijkheden voor de burger die kwade dampen had te vermijden en gezonde lucht had te zoeken. Nieuwe inzichten in gezondheidsbevorderende factoren in de huidige tijd, zoals in de effecten van voeding, beweging, 'sick buildings', geven de burger dezelfde verantwoordelijkheid voor zijn eigen welzijn en vergroten eveneens het werkkterrein van de gezondheidssector enorm.

In het verlengde van het voorgaande - ook in de huidige tijd! - ligt de toenemende belangstelling voor de volksgeneeskunde, die nog tal van effectieve middelen te bieden had waarvan in de officiële geneeskunde nog nauwelijks gebruik werd gemaakt. Zo kwam, door analyse van het middel tegen oedeem van een kruidenvrouwje, het vingerhoedskruid eind achttiende eeuw in de farmacopee terecht en zo werd variolatie vaccinatie.

Een vierde vernieuwing in de achttiende eeuw kun je de popularisering van de kennis noemen. Verschillende 'Aufklärungsärzte' richtten zich op het bijbrengen van de basisprincipes van de medische leefregel en het medische dieet aan het gewone volk. Zo kun je de

tweede helft van de achttiende eeuw de bakermat van de GVO noemen, één van de paradepaarden uit de stal van het huidige project Gezonde Stad. Waar nu voorlichting in de eigen taal aan migranten wordt voorgestaan, was dat toen niet anders. Er werd propaganda gemaakt voor voorlichting in de 'landstaal', waaronder het gebruik van dialect werd verstaan, bijvoorbeeld om de boeren in de polders rond Bleiswijk te bereiken.

Voor Rotterdam valt de verandering in het denken over gezondheid fraai te illustreren aan twee Verlichtings-medici bij uitstek: Salomon de Monchy en Lambertus Bicker. Terwijl vroegere stadsmedici hun optreden beperkten tot het voeren van een uitgebreide geneeskundige praktijk en de adviseering van de overheid over epidemieën, kozen deze beide artsen voor een aanpak waarbij het stadsbestuur geen einddoel van de goedbedoelde adviezen was, maar middel om tot verbetering van de geneeskundige infrastructuur van de stad te komen.

Hun optreden reken ik tot dat van de voorlopers van de hygiënisten, die in het midden van de negentiende eeuw naast de magistraat ook de staat tot onmisbare schakel maakten in het raderwerk dat volksgezondheidszorg heette. Die politieke keuze van De Monchy en Bicker had te maken met hun patriottisch verlangen naar een centralistische aanpak, zoals door de Franse Verlichting gepropageerd. Deze koppeling van een politieke keuze aan de rationele argumentatie van de Verlichtings-geneeskunde was een zoveelste element van de veranderingen die de geneeskunde van de achttiende eeuw introduceerde. En een zoveelste overeenkomst met de kenmerken van het Gezonde-Stadbeleid van vandaag.

EPIDEMIEËN

Begin negentiende eeuw zijn de steden in de ban van maatregelen tegen grote epidemieën als cholera, dysenterie, tyfus. Deze epidemieën overtuigen de medici van de waarde van het nieuwe inzicht dat het in de gezondheidszorg ook gaat om sociale verschillen: niet iedereen wordt in gelijke mate door de cholera, tyfus of dysenterie aangetast. Bovendien vestigt het de aandacht van de stadsbestuurders op verschillen binnen de stedelijke topografie: in de ene wijk heerst wel cholera, in de andere niet. Dan volgt het tijdvak van de al genoemde hygiënisten die onder meer proberen om met verfijnde statistische methoden de sociale en geografische verschillen bij epidemieën te analyseren en de gang van de epidemie in kaart te brengen.

Hun cijfers verstoren ruw het beeld van de stadsbestuurders dat Rotterdam een gezonde stad zou zijn. Dit idee leefde sterk vanwege de ruime en luchtige ligging aan het water. De statistieken wezen echter uit dat Rotterdam, met Dordrecht onderaan stond op de ladder van zestien grote Nederlandse steden. In Zwolle leefde men gemiddeld de helft langer,

in Den Haag éénderde. Het was vooral de Rotterdamse hygiënist Adriaan Marinus Ballot die deze cijfers presenteerde en er bij het stadsbestuur op aandrong iets te doen. Ballot zocht de verklaring voor de Rotterdamse situatie in schadelijke uitwasemingen en het verontreinigde drinkwater, daarbij verwijzend naar de Londense onderzoeken van John Snow. Hij pleit voor een wijkgerichte aanpak van de problematiek. Het is dan 1873.

Hij betoogt dat het probleem in zijn totaliteit te groot is om aan te pakken; door verschillen te zien tussen wijken kan het wel. De indeling in wijken moet dan wel anders zijn dan de bestaande, waarin wijken immers zeer ongelijke gedeelten qua stand, ruimte en bodem kennen en dus voor vergelijking onvatbaar zijn. De ongezonde delen van de stad zouden moeten worden gemerkt met het predikaat 'on gezond'. We mogen stellen dat Ballot de voorvader was van de huidige in zwang zijnde lokale gezondheidsinformatiesystemen!

GEZONDHEIDSCOMMISSIE

De ideeën van Ballot worden in eerste instantie niet opgepakt door het stadsbestuur. Een groep geëerde burgers (geen medici!) biedt zich aan het stadsbestuur aan om als Gezondheidscommissie het bestuur 'van berigt en raad te dienen' over 'alles, wat in het belang van den openbaren gezondheidstoestand zou behooren te worden gedaan'. Zij menen dat dit noodzakelijk is gezien de 'sociale statistiek van den nieuweren tijd' die 'onwederlegbaar' heeft bewezen dat de gezondheid afhankelijk is van bepaalde oorzaken en wetten. Door 'naauwgezette naleving dezer wetten' kan de mens zelf zijn gezondheid bevorderen maar 'niet minder waar is het, dat hij in de maatschappelijke zamenleving aan een aantal invloeden van buiten onderworpen is, die daarop vóór of nadelig kunnen werken, en wier beheersching en regeling buiten het bereik van het enkel individu ligt...'

Deze commissie heeft tachtig jaar de koers van de openbare gezondheidszorg in Rotterdam bepaald. De commissie stelde zeven acties voor. Vijf ervan zijn anno 1993 min of meer uitgevoerd en geslaagd: de verbetering van het drinkwater, de aanleg van riolen, de luchtverversing in openbare gebouwen en scholen, de controle op vervalsing en verontreiniging van levensmiddelen en de inrichting van slachtplaatsen. Een tweetal acties is nog altijd niet geslaagd en als zodanig belangrijk voor het huidige lokale gezondheidsbeleid: 'het gezonder maken der door de minvermogene volksklasse bewoonde buurten' en de advisering over 'fabrieken of inrigtingen van nijverheid, magazijnen en bewaarplaatsen van goederen, met het oog op de openbare gezondheid en op de gezondheid en veiligheid der werklieden'.

In de loop van haar bestaan heeft de Gezondheidscommissie B&W met honderden rapporten bestookt. De politiek van het stadsbestuur kenmerkte zich echter door 'laissez-

faire' (het principe van de klassieke economie) en 'het opportunisme van de praktijk'. Onder invloed van de opkomst van de SDAP, toen Spiekman, het eerste socialistische raadslid in Rotterdam, woordvoerder werd, politiseerde de commissie. Uiteindelijk ontstond een actieve bemoeienis van de lokale overheid, wat leidde tot de instelling van nieuwe raadscommissies. In 1914 werd bijvoorbeeld de raadscommissie voor volkshuisvesting ingesteld. Ook ontstonden gemeentelijke diensten, waaronder in 1914 de Rotterdamse Woningdienst, die op basis van de Woningwet feitelijk een aantal taken van de Gezondheidscommissie overnam, en in 1919 de GGD. Ook de centrale overheid had zich intussen niet onbetuigd gelaten en onder meer het Staatstoezicht, genoemde Woningwet en, in 1901, de Gezondheidswet ingesteld.

Waarom heeft de stad zo lang zo weinig aandacht besteed aan de adviezen van de Gezondheidscommissie? Dit kwam vooral omdat het bestuur gezondheidsbelangen ondergeschikt vond en vanaf 1840 eigenlijk volledig gericht was op de intramurale zorg. In het midden van de negentiende eeuw werd onder bezielende leiding van de burgemeester, de stadsarchitect en de medicus Molenaar het oogverblindende Coolsingelziekenhuis gebouwd. Een ziekenhuis met alle nieuwe technische snufjes - zoals deuren die automatisch opengaan - dat ook internationaal opzien baarde. Een trots van het Rotterdams bestuur dus, dat de aandacht naar zich toe trok zodat allerlei extramurale activiteiten lange tijd op de achtergrond werden gedrongen. In verschillende stadsdelen werden dépendances van het ziekenhuis gebouwd en later werd nog een tweede gemeenteziekenhuis gebouwd.

Inmiddels springt het particulier initiatief, voornamelijk confessionele groeperingen en kerkelijke organisaties, in op deze tekortkomingen van de overheid en begint ziekenhuizen in de armoediger buurten. Zo ontstaat ook het eerste kinderziekenhuis in Rotterdam. In die ziekenhuizen wordt een koppeling gelegd tussen intra- en extramurale zorg. Zusters kregen 's morgens te horen of ze op afdeling moesten werken of in de wijk waarin het ziekenhuis stond.

METAMORFOSE VAN DE ZORG

Begin twintigste eeuw is Rotterdam een indrukwekkend schouwtoneel van tientallen acties van particulieren, wijkkassen, wijkzusterverenigingen, kinderkookcafés-avant -la-lettre: de spijsuitdelingen, et cetera. Ik zou bijna willen spreken over de zegeningen van de verzuiling als het gaat om de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Er was sprake van directe zorg en advisering op wijkniveau. De diacnessen van toen zou je kunnen zien als wandelende gezondheidswijzers, die nu opnieuw (in baksteen) worden opgeëcht.

Dit alles verandert. Na de Tweede Wereld-

oorlog seculariseert en ontzuilt de samenleving in hoog tempo. Voorzieningen die door de kerken of door andere netwerken werden gedragen vallen weg en er komt niet in alle gevallen iets voor in de plaats. Er komt een reorganisatie van de gezondheidszorg met de regeling van de financiële toegankelijkheid door de Ziekenfondswet uit 1943. In 1948 herdefinieert de Wereldgezondheidsorganisatie gezondheid als meer dan de afwezigheid van ziekte en opent daarmee een deur naar welzijn. Nederland ontwikkelt zich voorspoedig op sociaal-economisch gebied, er is sprake van een groeiende welvaart. De stad Rotterdam expandeert enorm. De infrastructuur van de zorg blijft hierbij achter: op centraal niveau worden voorzieningen beter, maar dit vertaalt zich niet in een netwerk van uitvoerende voorzieningen in de wijken. Een van de problemen die aanleiding zijn voor de wijkgerichte aanpak binnen het nieuwe Gezonde-Stadbeleid.

GOLFBEWEGING

Kijkend naar het Gezonde-Stadbeleid van Rotterdam anno 1993, valt op dat er weinig nieuws onder de zon is; wel is er sprake van een eigentijds gewaad. Zo vind ik terug: het denken in doelgroepen, de groeiende aandacht voor preventie (nu vastgelegd in een wet) en voor het leefmilieu, de decentralisatie, de sterfecijfer-analyses, het wijkgericht werken, voorlichting in de eigen taal, de rol van het particulier initiatief, het erbij betrekken van de lokale politiek.

Veel van wat men voorstaat houdt een herstel in van het netwerk van sociale en sociaal-medische zorg dat vóór 1950 door de verzuilde structuren werd gedragen, vervolgens in het 'institutionele en bureaucratische' netwerk van centrale instanties is ondergegaan en nu in gesecculariseerde vorm weerkeert. Dat geeft aanleiding tot opmerkingen over noties die het vroeger goed deden in religieus verband, maar nu een bijna angstig verhuld bestaan leiden, zoals 'eigen verantwoordelijkheid', 'barmhartigheidsbetoon', 'naastenliefde'. De kerk, die vroeger behalve geborgenheid ook de betrokkenheid van de burger garandeerde en faciliteerde, is niet meer. Eenzaamheid van mensen is nu een 'gezondheidszorgprobleem'. Aan de golfbeweging in de geschiedenis van centraal naar decentraal en weer terug komt geen einde. Nu golft het weer naar decentraal en worden de eerdere zegeningen van centrale sturing door het stadsbestuur vooral gezien als belemmeringen om adequate voorzieningen op kleinschalig niveau te verkrijgen.

M.f. van Lieburg is medisch historicus aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Gezonde stad Rotterdam, ontwikkeling van 1750 tot nu', gehouden op 24 maart 1993 te Rotterdam.

VIJF WETHOUDERS C.S. OVER HUN LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

Marleen Goumans
Astrid Kruijff
Harrn-Jan Weevers

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1990) biedt een kader aan de gemeente voor het voeren van lokaal gezondheidsbeleid. De wet hanteert de volgende definitie van collectieve preventie: 'bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter'. Artikel 2 lid 2 van deze wet verplicht de gemeenteraad expliciet om in ieder geval zorg te dragen voor:

- *Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.*
- *Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu (facetbeleid).*
- *Het bevorderen van de hygiëne en de psychohygiëne.*
- *Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.*

Uitlatingen in dit artikel richting de WCPV spreken van een 'onduidelijke en vage wet'. Getuige ook de bevindingen van de evaluatie van de wet die uitgevoerd werd in opdracht van WVC. Maar wij vinden het interessanter om te kijken wat er gebeurt op het gebied van ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, dan om na te gaan 'waarom de wet niet werkt'. Wat is heden ten dage, naast de wettelijke verplichting voor collectieve preventie, de motivatie van een gemeente om lokaal gezondheidsbeleid te voeren? Door middel van interviews met wethouders en beleidsmedewerkers in vijf Nederlandse steden hebben we getracht te achterhalen wat per stad de activiteiten en meningen zijn ten aanzien van lokaal gezondheidsbeleid.

ARNHEM

We spraken hier met mevrouw Van Doorne (wethouder volksgezondheid) en de heer Uithof (sectorhoofd van de dienst welzijn en volksgezondheid).

'In onze gemeente is gezondheid een vanzelfsprekend onderwerp, alleen bij nalatigheid wordt het een politiek punt. Het is in ieder geval het streven om het gezondheidsbeleid aan te laten sluiten bij de wensen, problemen, en behoeften op lokaal niveau.' Inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking is een belangrijk vereiste bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Dit gebeurt in Arnhem op drie manieren. Op de eerste plaats door het verzamelen van epidemiologische gegevens. Zo is er in 1988 een regionale gezondheidsenquête gehouden. Op de tweede plaats wordt informatie verkregen via het contact met uitvoerenden in de gezondheidszorg, zoals jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, en sleutelfiguren op buurtniveau, zoals opbouwwerkers en buurtmeesters. Op de derde plaats wordt ook gesproken met wijkbewoners zelf, bijvoorbeeld via een platform. Aan de hand van deze informatie kan een actieplan worden opgesteld.

Door middel van onderzoek worden activiteiten zo goed mogelijk ingeschat op de hun rendement. De signalen uit de bevolking spelen hierbij een grote rol. Projecten worden opgezet naar aanleiding van onderzoek, of wanneer

de 'noodzaak' duidelijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor het drugsbeleid, daarbij wordt aanvullend geld vrijgemaakt uit de gemeentebegroting.

Acties in de gemeente Arnhem zijn onder andere: een ademhalingsonderzoek van bewoners die bij een vervuild terrein wonen; het aanstellen van een speciale schoolarts voor etnische minderheden, waarbij voor de ouders informatieavonden met tolken werden georganiseerd. 'De WCPV heeft weinig invloed op het lokaal gezondheidsbeleid in Arnhem.' De wet wordt 'vaag' gevonden, aangezien concrete richtlijnen ontbreken en er weinig verplichtingen zijn. Aan de andere kant biedt deze vaagheid mogelijkheden, omdat alles binnen de wet te passen valt. 'De verandering, vooral de vermindering, in financiering heeft bij de invoering van de WCPV de grootste impact gehad op het beleid.' Dit resulteerde in aanpassing van het aanbod, men ging zich afvragen of sommige voorzieningen nog wel nodig waren en er kwamen 'prijkaartjes' aan geleverde diensten. Het Gezonde-Stedenproject heeft geen aandacht, omdat de gemeente op het moment andere prioriteiten heeft. De gemeente heeft gekozen voor meer betrokkenheid bij ontwikkelingen rond de drugsproblematiek. 'Deelname aan het netwerk Gezonde Steden zal alleen dan gebeuren als wij overtuigd zijn van de meerwaarde ten opzichte van de huidige aanpak.'

LELYSTAD

We spraken hier met mevrouw Blom (wethouder volksgezondheid), de heer Lanphen (adjunct-directeur. GGD), de heer Hakvoort (plaatsvervangend hoofd afdeling welzijn) en de heer Klaver (publieks- en beleidsvoorlichter).

Gezondheidsbeleid wordt in deze jonge provinciestad heel breed opgevat. 'Gezondheidsbeleid moet de samenleving in een richting sturen.' Door een aantal voorzieningen

moet voorkomen worden dat mensen zich niet meer thuisvoelen, of zich overbodig gaan voelen en zich daar dan ook naar gaan gedragen. Een voorbeeld hiervan is het 65+ project; ouderen worden opgeleid om andere ouderen te bevragen naar hun welbevinden, ervaringen en problemen. Deelname aan dit project werkt voor hen in vele opzichten stimulerend, onder andere in het leggen van contacten.

Het gemeentelijk gezondheidsbeleidsplan gaat uit van een gezondheidsprofiel van de bevol-

king. Op grond van dit gezondheidsprofiel worden beleidsdoelen gedefinieerd om aan knelpunten te werken. Gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking krijgt men onder andere door een vijfjaarlijkse gezondheidsenquête. Deze wordt samen met gegevens uit instellingen en voorzieningen in een atlas uitgebracht. Een cyclus van meten, prioriteiten bepalen, beleid maken, uitvoeren en weer meten van de resultaten, is de manier waarop in Lelystad gewerkt wordt. De samenwerking tussen verschillende sectoren is hierbij belangrijk voor een bredere draagkracht, zowel inhoudelijk als financieel.

Voor een project moet een duidelijke behoefte of aanleiding zijn. 'Daarbij bepaalt de aard van de activiteit de mate van betrokkenheid van de mensen.' Een voorbeeld van bevolkingsparticipatie is de Gezonde-Stedenprijs. Deze prijs is voor die persoon of organisatie, die op de meest opmerkelijke wijze de gezondheid van een groep mensen in het afgelopen jaar heeft gediend.

De jury is samengesteld uit mensen van verschillende sectoren en de prijs telt elk jaar zo'n dertig inzendingen. Een ander voorbeeld van succesvol lokaal gezondheidsbeleid is volgens de gemeente het bestaan van gezondheidscentra in elke wijk, waar verschillende disciplines uit de gezondheidszorg samenwerken. 'Voor ons komt de WCPV eigenlijk nauwelijks, datgene waar wij bij onze GGD mee bezig waren was eigenlijk al een invulling van die wet.

De wet legt zelfs enige beperkingen op, zoals de mogelijkheid om nieuwe zaken te ontwikkelen.' De gemeente vindt de verminderde financiering niet bezwaarlijk, het stimuleert juist de creativiteit. Een zwak punt van de wet vindt men het ontbreken van een landelijk basisniveau voor een minimumaanbod. Zo wordt de zorg afhankelijk van de plaats waar men woont.

'De ideeën van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over Gezonde Steden zijn gelijk opgegaan met de ontwikkelingen in Lelystad.' Een groot voordeel van een jonge gemeente is dat er vanaf het begin ingehaakt kon worden op nieuwe ideeën op gezondheidsgebied, alle voorzieningen moesten nog vorm krijgen.

Er werd niet gekozen om het aanbod door de vraag te laten bepalen, maar voor zorg gebaseerd op epidemiologisch onderzoek. 'Intersectorale samenwerking en participatie van de bevolking in het gezondheidsbeleid is reeds lang een vanzelfsprekendheid.' In 1988 sloot Lelystad zich aan bij het netwerk Gezonde Steden.

Tekening Anna Trap

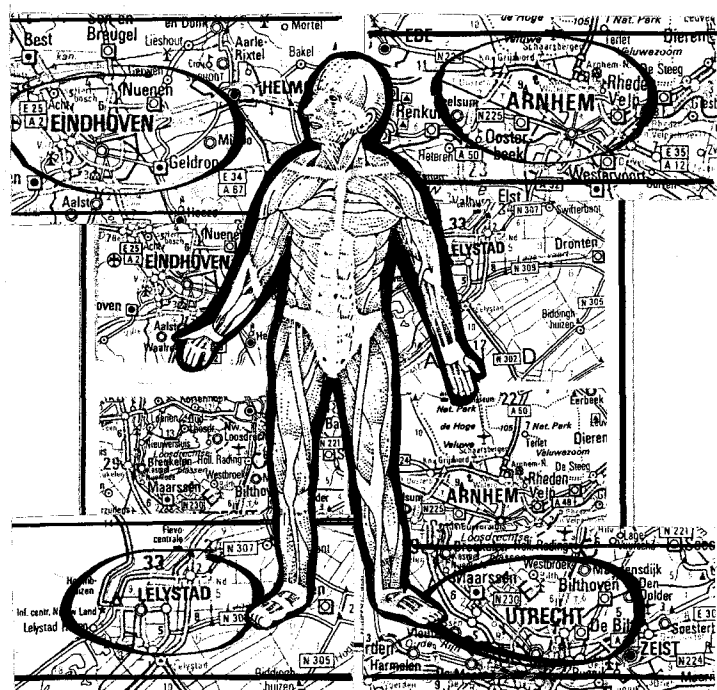
MAASTRICHT

Wij spraken hier met de heer Cremers (wethouder volksgezondheid) en mevrouw Dirx (beleidsmedewerker DGD).

In de zuidelijkste provincie stad, Maastricht, spelen gezondheidsaspecten ook een rol bij het vormen van beleid. 'Al is er nog veel te verbeteren, gezondheid heeft meer aandacht in de stad dan vroeger.' In navolging van de gemeentelijke begroting is de portefeuille volksgezondheid losgekoppeld van welzijn en bij milieu gevoegd. Men streeft ernaar om het gezondheidsbeleid aan te laten sluiten bij de behoeften van mensen en problematiek van de buurt, stad en regio.

Momenteel achten de gemeente en de Districtsgezondheidsdienst (DGD) het opzetten van een gezondheidsenquête niet opportuun. Ten eerste wordt het houden van een gezondheidsenquête als een enorme klus ervaren en ten tweede betwijfelt men of het meer relevante gegevens op zal leveren dan die nu al voorhanden zijn. Men heeft andere informatiebronnen om de gezondheidsproblemen van de stad te achterhalen; stedelijke werkgroepen en een decentrale gezondheidswijzer. Ook wordt er serieus gekeken naar concrete verzoeken of signalen uit de bevolking. Zo is onlangs op verzoek van de bevolking een onderzoek geweest in een Maastrichtse wijk naar de vraag of er een relatie bestaat tussen het voorkomen van CARA en het wonen in die wijk. Efficiëntie en verwacht rendement zijn in grote mate bepalend voor uitvoering van een onderzoek

of acüviteit. Gezien het geringe verwachte rendement had de gemeente veel weerstand tegen het landelijk onderzoek naar baarmoederhalskanker. Een ander voorbeeld zijn de bezuinigingen in de jeugdgezondheidszorg, prioriteit is toen gelegd bij de zorg voor risico-jeugd, waardoor één periodiek geneeskundig onderzoek (van de vier) is vervallen. Alhoewel er veel protest was tegen de voorgenomen maatregel, heeft de gemeente toch gemeend op grond van onderbouwde gegevens en met budgetaire neutraliteit als uitgangspunt deze keuze te moeten maken. Andere voorbeelden van lokaal gezondheidsbeleid zijn een gezondheidswijzer, het vrouwengezondheidscentrum, het spuitomruilproject en de aanpak van gokverslaving in samenwerking met het CAD. 'De WCPV is een raamwet, die slechts globaal een aantal zaken regelt, waardoor de wet in politieke zin als kapstok kan worden gebruikt.' De beleidsnota *Uit Voorzorg*, is mede tot stand gekomen naar aanleiding van de WCPV. Ook heeft de gemeente de DGD verzocht om de dienstverlening meer inzichtelijk te maken. De DGD is derhalve bezig met het definiëren van zijn producten, waarbij bijna de helft van de DGD-producten zijn basis vindt in de WCPV. 'Voor een Gezonde Stad initiatief is een te grootschalige aanpak nodig, wat veel kosten met zich meebrengt.' Men staat wel achter de methodiek, bijvoorbeeld zoals door Maastricht vormgegeven in een decentrale gezondheidswijzer. Echter 'wanneer uit evaluatie blijkt dat het Gezonde-Stedenproject een succes is, heeft Maastricht er weinig tegen om zich ook aan te sluiten bij het netwerk Gezonde Steden.'



EINDHOVEN

We spraken hier met de heer De Leeuw (wethouder volksgezondheid).

De visie die in Eindhoven naar voren kwam was 'mensen hebben veel over voor hun gezondheid, je moet alleen de goede informatie weten te verstrekken, en de goede communicatiekanalen weten te vinden'. Dit vind je terug in veel activiteiten.

Van oudsher heeft een gemeenteraad de neiging om te kijken naar ruimtelijke ordening, huisvesting, straten, wegen, pleinen, het huisje en het boompje. De WCPV heeft in bestuurlijke zin een verandering met zich meegebracht. Dat is een van de redenen dat de Eindhovense gemeenteraad zich voor gezondheid is gaan interesseren, anders was het niet zonder meer gebeurd. De WCPV is voor Eindhoven tevens de aanleiding voor het ontwikkelen van een nieuwe beleidsnota.

Langzamerhand wordt gezondheid een politiek agendapunt. Dit merk je aan het aantal onderwerpen over of gerelateerd aan gezondheid dat door de gemeenteraadscommissie gezondheidszorg wordt behandeld. De GG & GD tracht de politieke betrokkenheid te stimuleren door de gemeenteraad voldoende te informeren.

Onder andere door het vergroten van de zichtbaarheid van de gezondheidsdienst en aan gezondheid gerelateerde activiteiten via de lokale media (zoals krant en teletekst), de geplande GGD infobus die naar de wijken rijdt, het uitschrijven van een prijsvraag en de gezondheidswijzer. Raadsleden worden ook uitgenodigd bij georganiseerde activiteiten door de GGD. Maar de verantwoordelijke portefeuillehouder gezondheid moet er steeds weer voor ijveren dat de gemeenteraad belangstelling krijgt en houdt voor gezondheid. Facetbeleid is het vertrekpunt. De gemeente kent een zogenaamde gezondheidstoets voor

haar beleid. Gezondheidsaspecten worden structureel opgenomen bij toetsing en ontwikkeling van plannen. Het is de verantwoordelijkheid van de politiek om daar een bepaald belang aan te hechten. Dat is het verschil tussen beleidsvoorbereiding en beleidsbeslissing. De GGD heeft een actieve rol in het gemeentelijk beleid, en moet zich niet alleen bezighouden met het uitvoeren van gemeentelijke taakstellingen. Men is van mening dat lokale gegevens een van de belangrijkste componenten zijn van lokaal (gezondheids)beleid.

Intersectorale samenwerking en inspraak van de bevolking zijn belangrijke aspecten in het gezondheidsbeleid van Eindhoven, dit in lijn met het Gezonde-Stedenconcept. Deze zijn terug te vinden in veel projecten en activiteiten op gezondheidsterrein. Bijvoorbeeld het buurtbeheer, de verslavingszorg, migranten, het project Sport/bewegen/gezondheid, en het project zelfredzaamheid (dit laatste in het kader van het sociale-vernieuingsbeleid).

Eindhoven was door de Nota 2000 gestimuleerd om op een 'andere' manier te zorgen voor de gezondheid en om vooral in te spelen op datgene wat mensen zelf weten en aandragen. De WCPV is gebruikt om deze werkwijze een bestuurlijke inkadering te geven. Het WHO healthy cities predicaat is in deze een 'status verhogende bijkomstigheid'. De WHO wordt verder gebruikt als een communicatiemiddel en schakelmechanisme, om gemakkelijk(er) in contact te komen met relevante organisaties en andere steden die ook in dit veld opereren. 'Het Gezonde-Stedenbeleid heeft ervoor gezorgd dat Eindhoven zijn internationale gezicht ook op gezondheidsterrein wat opkleurde, en niet alleen op het gebied van de industrie en sport.' Toch kan men niet duidelijk aangeven of Eindhoven een slechter/ander gezondheidsbeleid zou hebben als men niet in het project participeerde.

Als lokale overheid is men van mening dat men goed op de hoogte is van wat er in de stad leeft. De informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking krijgt men via de GGD en andere (gemeentelijke) diensten en organisaties. In de jeugdgezondheidszorg komt de meeste informatie van de wijkvestigingen, deze hebben al heel lang een contact met de scholen. Eind 1987, begin 1988 is er een gezondheidsenquête geweest, waarin ouderen een specifieke groep vormden. Voorbeelden van lokaal gezondheidsbeleid zijn het inloopcentrum op Hoog Catherijne, een laagdrempelige opvang voor verslaafden en het aidsbeleid. Door mensen uit de gezondheidszorg is een infrastructuur voor aidspreventie en begeleiding van aidspatiënten gecreëerd.

'De WCPV is voor de gemeente Utrecht slechts op financieel gebied een richtinggevende wet. Bij beleidsvorming speelt de WCPV een ondergeschikte rol, maar bij de financiering is op de cent nauwkeurig, per functie omschreven, wat er onder de wet valt.' De WCPV krijgt in Utrecht inhoudelijk weinig aandacht. Dit omdat men in Utrecht verwacht dat de rol van de lokale overheid op gezondheidsterrein weer zal verminderen. Momenteel is de vraag welke positie de overheid zal overhouden in het krachtenveld van de stelselwijzigingen belangrijker. De nota *Kansen voor gezondheid* van de gemeente Utrecht staat los van de invoering van de WCPV. Deze kwam tot stand omdat 'de laatste gezondheidsnota, daterend uit 1976, aan vervanging toe was'.

Er is enige bekendheid met het Gezonde-Stedenproject. Inhoudelijk heeft de gemeente Utrecht de afgelopen jaren in die richting gewerkt. Echter de gemeente is niet aangesloten bij het netwerk Gezonde Steden omdat men niet verwacht 'dat het materiële voordelen met zich meebrengt'.

CONCLUSIES

De WCPV geeft gemeenten veel vrijheid wanneer het gaat om de invulling van hun taak op het gebied van het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. Geen vreemde conclusie als je bedenkt dat de WCPV bedoeld is als kaderwet. Het ontbreken van een 'duidelijk wettelijk instrument' betekent niet dat er niets gebeurt, het betekent wél dat de accenten in vormgeving en concrete invulling per gemeente verschillen.

Van de door ons bezochte steden heeft de WCPV vooral in Eindhoven en Lelystad inhoudelijk bijgedragen aan beleidsontwikkeling. In deze gemeenten worden ook stappen ondernomen richting facetbeleid. Een aardig voorbeeld daarvan is de gezondheidstoets voor beleid in Eindhoven. Opmerkelijk is dat Utrecht verwacht dat de lokale overheid haar

UTRECHT

Wij spraken hier met de heer Vos (directeur GGD) en de heer Van der Sluijs (wethouder volksgezondheid).

De gemeente Utrecht bezit de jongste gezondheidsnota van de vijf steden. De nota *Kansen voor Gezondheid*, uitgekomen in juni 1992, schetst de hoofdlijnen van het nieuwe gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. Afgaande op de stapel nota's en rapporten die daarnaast geproduceerd is over het onderwerp, lijkt gezondheid een rol te spelen in het gemeentelijk beleid. Welzijn en volksgezondheid hebben in

Utrecht veel raakvlakken, zoals de aandacht voor jongeren en allochtonen. Deze verwevenheid maakt het voornamelijk op uitvoerend niveau moeilijk om een scheidslijn aan te brengen tussen de twee sectoren.

Lokaal gezondheidsbeleid in bestuurlijke zin definieert men in Utrecht als 'richting geven aan ontwikkelingen en daar middelen voor ter beschikking stellen'. De gemeente Utrecht vraagt zich echter af of gezondheid wel op lokaal niveau bestuurd kan worden. 'De grote vraag bij lokaal gezondheidsbeleid is op welke schaal bestuurd moet worden: op gemeentelijk, regionaal of provinciaal niveau.'

pas verkregen opdracht voor de ontwikkeling van gezondheidsbeleid weer zal verliezen.

De veranderde financieringsvorm heeft tot gevolg dat de gemeente zich ook op dit beleidsterrein moet bezinnen op efficiëntie en kosten-effectiviteit van diensten en producten. Alleen in Lelystad ervaart men de veranderde financieringsvorm als een uitdaging.

Alle steden onderschrijven het belang van lokale epidemiologische gegevens, maar Maastricht en Utrecht denken daarbij niet in eerste instantie aan grootschalige bevolkingsonderzoeken.

De hoofdzaken van lokaal gezondheidsbeleid bestaan voornamelijk uit het bevorderen van hygiëne (het drugsbeleid), preventie (jeugdgezondheidszorg en verslavingszorg), en voorlichting (aidsvoorlichting en de gezondheidswijzer). Het wijkgebonden werken waarbij de activiteiten zoveel mogelijk bepaald en uitgevoerd worden samen met de buurtbewoners, is een trend die in alle steden te bespeuren valt. Of dit op inhoudelijke dan wel financiële gronden gebeurt, is niet duidelijk.

Ten slotte kan gezegd worden dat er lichte scepsis bestaat ten aanzien van het Gezonde-Stedenconcept. Steden zullen deelnemen wanneer ze verwachten dat het inhoudelijk, maar meer nog politiek of materieel iets op zal leveren. Lokaal gezondheidsbeleid wettelijk bepaald? Ja, in zoverre het de bestuurlijke verantwoordelijkheid betreft. Echter, ons inziens spelen bij de beleidsontwikkeling en implementatie inhoudelijke, financiële en technische overwegingen een grotere rol.

Marleen Goumans is werkzaam aan de RL, vakgroep Gezondsethiek en Wijsbegeerte; onderzoek naar proces lokaal gezondheidsbeleid.

Astrid Kruijff is student GVO, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, RL Maastricht. Harm-Jan Weevers is student Theorie van de Gezondheidswetenschappen, RL Maastricht.

Literatuur:

Bussing, H. (1992). De Wet collectieve preventie volksgezondheid nader bekeken aan de hand van lokale gezondheidsbevordering. (jaarwerkstuk GVO). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Wet van 25 mei 1990, Stb 1990300, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid (WCPV).

c o l u m n

LOKAAL GEZONDHEIDS- BELEID, BETROKKEN OF BEKROMPEN?

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, 1990), die gemeentebesturen in feite opdraagt een lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen, is nog maar nauwelijks van kracht (terugwerkend vanaf 1 januari 1989) of hij wordt al weer geëvalueerd. Toch komt die evaluatie te laat. De Tweede Kamer heeft, anders dan eerst was beloofd, nog voor de evaluatie-uitkomsten ter beschikking kwamen, goed gevonden dat ook de laatste centrale gelden voor collectieve preventie in het Gemeentefonds worden gestort en zonder specifieke bestemming worden verdeeld over de gemeenten in Nederland. Die laatste centrale gelden hadden onder meer betrekking op innovatieprojecten, aidsbestrijding en het samenwerkingsverband van GGD'en.

Bij zo'n decentralisatie-operatie loopt men onvermijdelijk aan tegen de 'lantaarnpaal'. Dat ding staat model voor de andere bestemmingen die gemeentebesturen zouden kunnen geven aan geld dat voor de decentralisatie voor de preventie was bedoeld. Geld dat centraal bedoeld was voor preventie gaat nu zonder oormerk naar de gemeentekas. Zo zou de decentralisatie-impuls van minister Dales een woud van lantaarnpalen kunnen opleveren. Straatverlichting is echter een ongelukkig voorbeeld. Bij mijn weten dragen lampen bij aan de preventie van vallen op straat en van (een gevoel van) onveiligheid.

Er zijn betere voorbeelden van dubieuze gemeentelijke bestedingen buiten de preventieve gezondheidszorg, terwijl op het budget van de GGD wordt bezuinigd. Iedereen kent de van gemeentewege gestimuleerde en mede gefinancierde prestigieuze kantoorbouw.

Daarbij doet zich een eigenaardig verschijnsel voor. Bedrijven die het goed gaat maken plannen voor dure nieuwbouw tijdens de top van de conjunctuur met als gevolg dat men in de val naar het dal zijn veel te ruime en dure behuizing mag gaan betrekken. Gemeentebesturen doen hetzelfde maar met een nog grotere vertraging. Hetzelfde geldt voor de joint-ventures met het bedrijfsleven. Vandaar dat thans te midden van eindeloos veel dure

nieuwbouwprojecten de kantoorleegstand al weer kolossaal is.

Dit alles zou niets met gezondheidszorg en preventie te maken hebben, ware het niet dat gemeenten stevast in armoede leven. Geldverslindende bouwprojecten zuigen de middelen weg bij onder andere preventie. Tegen die redenering kun je inbrengen dat infrastructurele investeringen op termijn bijdragen aan de welvaart en zo indirect ook aan de gezondheid. Toch kan zo'n redenering niet vergoelijken dat de gemeente duur voor zichzelf (bijvoorbeeld stadhuis) bouwt of bijvoorbeeld voor een verkeersvoorziening (brug) de fraaiste, maar ook kostbaarste variant kiest.

Zijn die lokale bestuurders, die beweren voor diep in de komende eeuw te bouwen, in feite niet vooral bezig met de korte termijn: een plaquette met hun naam in het beton? Tegenover Den Haag beroemt de lokale bestuurder zich altijd op zijn persoonlijke betrokkenheid. Hij zou, anders dan die hoge heren in de residentie, steeds de concrete mensen, over wie hij waakt, voor ogen hebben. Zijn horizon mag dan territoriaal beperkt zijn, hij zou wel weten, hier en nu, waarmee hij bezig is. Klopt dat beeld? Is het bestuur dat op preventie en jeugdgezondheidszorg bovenproportioneel bezuinigt, niet in plaats van betrokken gewoon erg bekrompen? Het mist, lijkt me, de kans om bij te dragen aan de gezondheid van mensen, die tot heel ver in de komende eeuw zouden kunnen leven.

Het lucht op om gal te spuwen over een deel van de lokale bestuurders. De nationale overheid met haar veel ruimer territoriale bereik, heeft echter daarom nog niet vanzelf een verderziende blik. De electorale cyclus duurt niet zo lang. Ook daar zijn er alles verpletterende economische belangen en luchtkastelen. Het besef dat het nationaal niet veel beter zit, ontuchtert en stemt tevens wat droef.

*Ernst Roscam Abbing
hoogleraar sociale geneeskunde KUN,
voormalig directeur GGD Rotterdam.*

REGIOVISIE JURIDISCH BEKEKEN

Annemieke Bosma

De stelselherziening in de gezondheidszorg geeft veel meer macht aan de financiers en de aanbieders van zorg. De overheid treedt juist terug. Wat zijn de juridische consequenties van deze stelselherziening voor de lagere overheden en in hoeverre geeft het instrument 'regiovisie' deze overheden mogelijkheden om grip te houden op de kwaliteit van zorg?

De stelselwijziging in de gezondheidszorg heeft grote gevolgen voor de wet- en regelgeving. Oude wetten en regels worden ingetrokken, nieuwe 'moderne' wetgeving komt daarvoor in de plaats. Deze nieuwe wetten kenmerken zich door deregulering (minder door de overheid vastgestelde regels) en een kleinere rol van de rijksoverheid. Partijen in het veld krijgen meer bevoegdheden en door het veld opgestelde regels, overeenkomsten en convenanten vervangen een groot deel van de wet- en regelgeving (zelfregulering). Dit alles gebeurt onder het motto dat de overheid primair verantwoordelijk is voor het scheppen van randvoorwaarden voor een goede gezondheidszorg in Nederland. Partijen in het veld zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van beleid, vooral de financiers en de aanbieders van zorg.

De hierboven omschreven ontwikkeling is duidelijk zichtbaar bij de planning van voorzieningen. Nu wordt deze planning geregeld in een aantal wetten, waarvan de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) de belangrijkste is. De WZV regelt de planning en bouw van, grof gezegd, de intramurale gezondheidszorg. Op basis van richtlijnen van de rijksoverheid stellen de provincies een provinciaal plan op. Individuele bouwaanvragen worden vervolgens aan dit provinciale plan getoetst en mogen uitgevoerd worden na afgifte van een vergunning door de overheid. Daarna is de exploitant van een instelling verzekerd van inkomsten, omdat de ziekenfondsen in de regio verplicht zijn een contract met de instelling af te sluiten. De stelselwijziging leidt tot wijziging van deze wetgeving. In de gemoderniseerde AWBZ verdwijnen de grenzen tussen intra- en extramurale zorg, worden de contractplicht en het erkenningstelsel opgeheven en moet substitutie tussen verschillende zorgvormen mogelijk worden. De 'gemoderniseerde' sectoren (onder andere revalidatie) worden in de AWBZ functioneel omschreven. Dat wil zeggen dat een verstrekking niet meer gebonden is aan een bepaalde zorgaanbieder.

Zorg die voorheen aan een bepaald type instelling gebonden was (bijvoorbeeld verpleging en verzorging door een verpleegtehuis) kan straks door elke bevoegde intra- of extramurale zorgaanbieder geleverd worden. Parallel hieraan wordt de wettelijk geregelde planning van voorzieningen vervangen door een stelsel waarin de aanbieders van zorg en de verzekeraars deze planning regelen. Omdat verzekeraars niet aan elke zorgaanbieder een contract hoeven aan te bieden, zullen vraag en aanbod van zorg door deze contracten op elkaar worden afgestemd. De aanbieder van zorg is immers niet meer van automatische afname van de capaciteit verzekerd en zal met de zorgverzekeraar moeten onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume.

Waarschijnlijk is dit overeenkomstenstelsel alléén onvoldoende om de vraag en aanbod binnen een bepaald gebied adequaat af te stemmen. Zo kan je de behoefte aan gezondheidszorg niet gelijkstellen met de vraag naar gezondheidszorg, omvat het verstrekkingenpakket van de verzekering niet de gehele zorg, en valt de bevolking van een regio niet samen met het verzekeringsbestand van een verzekeraar. Als aanvulling op het overeenkomstenstelsel is daarom de regiovisie geïntroduceerd.

Wat houdt zo'n regiovisie nu precies in?

In het ontwerp tot wijziging van de Gezondheidswet is opgenomen dat de provinciale staten van iedere provincie en het bestuur van de vier grote steden periodiek een visie opstellen op de uit oogpunt van algemeen belang meest gewenste inrichting van het zorgaanbod in hun provincie. Deze visie heeft betrekking op de gehele gezondheidszorg, ongeacht de wijze van financiering en de beroepsuitoefening (dus ook zelfstandige beroepsbeoefenaars' en GGD'en). Wat deze visie precies inhoudt en hoe deze tot stand komt vermeldt het voorstel niet, evenmin heeft de regiovisie een afdwingbare status.

De introductie van het fenomeen regiovisie heeft veel stof doen opwaaien. Partijen in de zorgsector zijn bang voor een te grote bemoeienis van de provincie, wat haaks zou staan op het toekennen van meer bevoegdheden aan hen. De provincies, vertegenwoordigd in het interprovinciaal overleg (IPO), vinden dat de regiovisie een te vrijblijvend document is en pleiten voor een duidelijker juridische status. Daarnaast vrezen zij dat ze de benodigde informatie van het veld voor het opstellen van de regiovisie niet krijgen. Het IPO heeft daarom voorgesteld om de regiovisie afdwingbaar te maken. Tot nu toe heeft de rijksoverheid dit echter niet gedaan.

Wordt door deze losse juridische status de regiovisie een 'papierene tijger'?

In het kabinetsstandpunt over de toekomst van het planning- en bouwbeleid is aan de regiovisie extra waarde gegeven door koppeling aan een toekomstig 'bouwoverzicht'. In dit bouwoverzicht geven financiers en aanbieders van zorg aan welke bouwinitiatieven zij in de komende twee jaar willen en kunnen realiseren. Zij zullen hiervoor verschillende initiatieven tegen elkaar moeten afwegen. Deze afweging zal op lokaal niveau gebeuren, waarbij de regiovisie een bruikbaar document kan zijn. Daarnaast is het kabinet van plan regiovisies te gebruiken om de ontwikkeling van de intramurale capaciteit te schatten zodat kan worden afgeleid welk budget aan de verzekeraars moet worden betaald. Mogelijk geeft dit meer handen en voeten aan het fenomeen regiovisie.

Ook de provinciale overheid kan naar mijn mening bevorderen dat de regiovisie meer wordt dan alleen een papierene tijger. Enerzijds zal het belangrijk zijn om de marktpartijen bij het opstellen van de regiovisie te betrekken, anderzijds is het mogelijk om ook aan de gezondheidszorg grenzende terreinen in de visie te betrekken. Gedacht kan worden aan huisvesting en onderwijs. Bijvoorbeeld is in de zorg voor verstandelijk gehandicapten een afstemming nodig tussen de planning van zorg en van aangepaste onderwijs- en woonvoorzieningen.

Een dergelijke beleidsmatige afstemming zal moeten gebeuren op het niveau van één of enkele gemeenten. Een regiovisie waarin dit wordt geregeld heeft dan ook consequenties voor gemeentelijk beleid en kan zo een grotere waarde krijgen. Onduidelijk is nog of het schaalniveau van de regiovisie, in principe provinciaal, kan leiden tot zo'n afstemming op gemeentelijk niveau. Verder is nog onduidelijk of de gezondheidssituatie in de betreffende gemeenten een rol zal spelen.

Annemieke Bosma, redactielid TGP.

Een regiovisie moet beschrijven hoe de zorg in hierbij de provincies en de vier grote steden afzorg die particulieren (ziekenhuizen, huisartsen GGD'en) aanbieden.

Het doel van de regiovisie is dat zorgvraag en op elkaar. Achterliggende gedachte is dat de co gaan sluiten als de gezondheidszorg een markt afstemming.

Op dit moment is de regiovisie onderdeel van e

PATIËNTEN KUNNEN VIA REGIOVISIE BELEID BËINVLOEDEN

Ankie Loonstra

Wat kunnen de provincie of de regio en patiënten of consumenten aan elkaar hebben als regiovisies zijn ontwikkeld? Ze hebben elkaar nodig in het krachtenveld van de stelselwijziging waarin aanbieders en verzekeraars de sterkste zijn.

Als de lagere overheden een rol gaan spelen in onderhandelingen over het zorgaanbod, moeten de voorkeuren en meningen van patiënten en consumenten mede bepalend worden voor de inhoud en planning van zorg.

Daarmee heeft de overheid een direct belang bij een goed functionerende consumentenbeweging. Daar ligt kennis en ervaring die noodzakelijk is om te komen tot een juiste afstemming van vraag en aanbod. De overheid moet er dus achter zien te komen welke meningen en voorkeuren patiënten en consumenten hebben, ook in het kader van de discussie rond 'Keuzen in de zorg'. Willen zij meer van hetzelfde of zorg op een andere leest geschoeid? Meer care- of juist meer cure-voorzieningen? En wat wordt vanuit een patiënten- en consumentenperspectief onder kwaliteit verstaan? In het politieke afwegingsproces mogen antwoorden op deze vragen niet ontbreken.

In het verleden hebben initiatieven van patiënten- en consumentenorganisaties geleid tot vernieuwingen in de zorg. Initiatieven voor vernieuwing op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn in eerste instantie buiten het reguliere veld ontwikkeld. Illustratief in dat opzicht zijn de ontwikkelingen rond dagstructurering en arbeidsrehabilitatie. Maar ook de 'zorg op maat gedachte' en het denken over kleinschalige, op de vraag afgestemde, voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten passen binnen dit kader.

g in een regio er in de toekomst uitziet. Regio's zijn afzonderlijk. Regiovisies moeten gaan over de rtsen enzovoort) en overheden (bijvoorbeeld

en -aanbod in een gebied goed worden afgestemd e contracten die verzekeraars en zorgaanbieders rkt wordt niet automatisch leiden tot een dergelijke

an een wetsvoorstel.

Ook het autonome aanbod vrouwenhulpverlening is op deze wijze ontstaan. Tot nu toe hadden de lagere overheden niet zoveel mogelijkheden om direct iets met die initiatieven te doen. In de toekomst snijdt het mes aan twee kanten. Door het betrekken van patiënten en consumenten bij nieuw beleid wordt het aantal gezichtspunten vergroot en daarmee de mogelijkheden om creatieve oplossingen te bedenken die ook voor patiënten en consumenten tot verbeteringen leiden.

In de huidige situatie, binnen het kader van de WZV, is het niet mogelijk de voorzieningen op hun kwaliteit, en hun onderlinge samenhang te beschouwen. Facetbeleid komt dan ook nauwelijks van de grond. Om bijvoorbeeld de hulpverlening rond de problematiek van seksueel geweld te verbeteren is het noodzakelijk dat gezondheidszorgvoorzieningen, maatschappelijke opvang en politie het aanbod op elkaar afstemmen dan wel samenwerken.

Om ook daadwerkelijk een samenhangend aanbod te kunnen ontwikkelen zullen geluiden van ervaringsdeskundigen tot het beleid moeten doordringen. Patiënten en consumenten hebben in de loop der jaren een indrukwekkende hoeveelheid ervaringsdeskundigheid opgebouwd. Door het inventariseren van knelpunten en lacunes in de hulpverlening en te wijzen op de noodzakelijke samenhang tussen voorzieningen kan de patiënten- en consumentenbeweging haar invloed op het beleid vergroten. Binnen het kader van de regiovisie kan of moet de provinciale/regionale overheid er ook iets mee doen, in tegenstelling tot nu.

Patiënten- en consumentenorganisaties hebben belang bij de lagere overheden omdat juist op dat niveau facetbeleid ontwikkeld kan worden. Een gehandicapte bijvoorbeeld, heeft niet alleen belang bij meer en betere zorg, maar ook bij een betere toegankelijkheid van gebouwen of adequate huisvesting. Door met name lagere overheden kan in de toekomst beter afgestemd beleid worden gevoerd waar op de verschillende wensen van patiënten en consumenten kan worden ingegaan. Hun geluiden klinken dan niet alleen door in de zorg maar kunnen medebepalend zijn voor een samenhangend beleid waar de planning van de zorg een onderdeel van is.

Verschiedende patiënten- en consumentenorganisaties hebben inmiddels kwaliteitscriteria ontwikkeld. Deze moeten nog worden geoperationaliseerd. Met andere woorden het aan-

bod zal langs de kwaliteitsmaatstaf van patiënten en consumenten moeten worden gelegd. Het door Bakkenist en het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform ontwikkelde instrument naar patiëntvriendelijkheid in algemene ziekenhuizen is een eerste stap in die richting. Patiëntvriendelijkheid wordt hier een dimensie van kwaliteit genoemd. Deze dimensie heeft betrekking op de mate waarin service-aspecten in de hulpverlening aansluiten bij opvattingen van gebruikers. Zaken als bejegening, klachtbehandeling, wachttijden en keuzemogelijkheden horen tot de service. Voor het beleid maakt de maatstaf patiëntvriendelijkheid zichtbaar welke aspecten een rol dienen te spelen in de besluitvorming.

Welke betekenis heeft dit alles nu voor patiënten- en consumentenorganisaties?

Deze organisaties zijn in het verleden vooral ontstaan als klankbord voor hun achterban. Zij vervullen voor die achterban dan ook belangrijke functies als onderlinge steunverlening, voorlichting en belangenbehartiging. Deze laatste functie leidde vaak tot een activistische houding: die van een luis in de pels van de zorg. Vanuit dit activisme zijn, zoals boven genoemd, belangrijke aanzetten gegeven tot vernieuwing van de zorg. Naast deze functie wordt er op dit moment verwacht dat zij een volwaardige rol gaan spelen als derde partij. Patiënten- en consumentenorganisaties zijn echter niet opgericht om het beleid structureel te beïnvloeden. De infrastructuur om de nieuwe rol te vervullen ontbreekt op dit moment nog grotendeels. Om daadwerkelijk uit te kunnen groeien tot een onafhankelijke, goed geïsoleerde organisatie waarin de verschillende functies een plaats hebben, is overheidsondersteuning tijdens de opbouwfase noodzakelijk. Het mag duidelijk zijn uit het voorgaande dat de provinciale overheid alle belang heeft bij patiënten- en consumentenorganisaties die hen voorzien van informatie over de zorg.

Ankie Loonstra is beleidsmedewerker Provinciale Raad Volksgezondheid Zuid-Holland.

Literatuur

Clëntenbond in de GGZ: *Kijk op kwaliteit vanuit patiëntenperspectief* Utrecht, 1992.
LPCP & Bakkenist Management Consultance: *Werken aan patiëntvriendelijkheid in algemene ziekenhuizen*. 1992.

IIN DEVENTER WORDT EEN GEIT GEPLANT

GESPREK MET OPBOUWWERKER JAN SCHEPERS

[arme van Wijnen, [oop ten Dam en Josine van den Bogaard

De ervaringen en methodieken uit het 'ouderwetse' welzijnswerk, vooral het opbouwwerk, zijn van grote waarde bij het opzetten van lokaal gezondheidsbeleid. In Deventer bracht opbouwwerker Jan Schepers meer dan tien organisaties, variërend van peuterspeelzaal, huisarts, wijkagent, buurtmigrantenwerk bij elkaar, ze werken nu samen aan gezondheidsvoorlichting en -opvoedingsverbetering van de buurtbewoners. Een veelbelovend samenwerkingsverband. Toch kun je de methoden van het opbouwwerk niet klakkeloos overnemen, is de ervaring van Jan Schepers.

De Rivierenwijk is een achterstandswijk.. De woningen zijn niet ideaal, veel bewoners zijn al jaren, soms van generatie op generatie, werkloos, veel mensen zitten in de WAO, de toekomst van de wijk is onduidelijk en problemen als kindermishandeling komen relatief vaak aan de oppervlakte. De professioneel geboden zorg en hulp in de buurt is onsamenhangend.

Jan Schepers, opbouwwerker in de wijk, besluit in te grijpen. Hij bezoekt de betrokken instellingen en krijgt ze gezamenlijk aan tafel. Zo ontstond het Samenwerkings Overleg Rivierenwijk en Omgeving (SORO). Deelnemers zijn peuterspeelzalen, buurtmaatschappelijk werk, gezinsverzorging, wijkverpleging/consultatiebureau, RIAGG, huisarts, wijkagent, basisscholen, sociale dienst, reclasering, buurtmigrantenwerk, schoolartsen en buurt- en opbouwwerk..

Deze integrale buurtaanpak op het gebied van gezondheid heeft inmiddels resultaat geboekt.. Schepers somt op: er wordt gewerkt aan de verspreiding van brood en melk op scholen voor al die kinderen die zonder ontbijt naar school kwamen (minstens dertig procent, zo bleek uit onderzoek). Vier Turkse vrouwen zijn opgeleid tot peuteleidster, waarmee de weg voor tientallen Turkse peuters tot voor-schoolse opvang werd geopend. Ouders worden ondersteund bij de opvoeding om het probleem van kindermishandeling aan te kunnen pakken. Er is een taakteam jeugdhulpverlening opgericht waar individuele problemen van kinderen aan de orde komen en waar in crisissituaties snel gereageerd kan worden. En er is een film gemaakt over opvoeding, voor Turkse ouders die vaak lieten weten opvoeden in Nederland veel moeilijker te vinden dan in Turkije.

BUURTGEZONDHEIDSPROFIEL

De werkers die bij SORO betrokken zijn willen de door sommige bewoners gekoesterde 'mythen' over gezondheid in de wijk ('in deze

wijk komt veel CARA voor', 'er is hier veel kanker') wel eens onderbouwd zien met hardere gegevens. Het gezondheidsprofiel zou deel moeten uitmaken van een complete wijk-analyse van de Rivierenwijk, om een eventuele achterstand in gezondheid te signaleren, zicht te krijgen op risicofactoren en zo te ontdekken welke gezondheidsbevorderende activiteiten nodig zijn. Zo'n onderzoek paste ook heel goed in het - nadrukkelijk gevoerde - sociale- vernieuwingsbeleid in Deventer.

Er werd een enquête gehouden met vragen naar gezondheid in het algemeen, gebruik en

bereikbaarheid van zorgvoorzieningen, beleving van gezondheid, de beschikbaarheid van informatie over gezondheid, leefwijzen, vrijetijdsbesteding, opvoeding, wonen en de gezinssituatie.

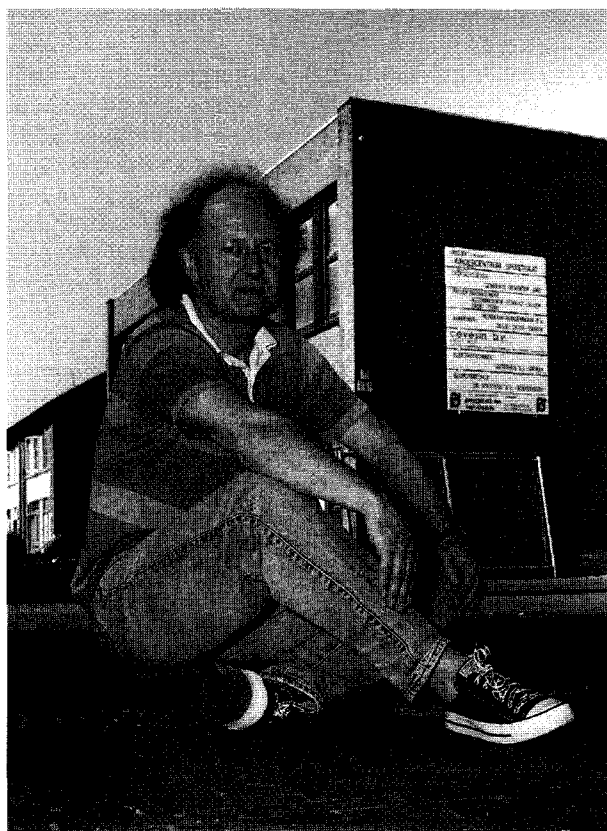
De GGD had eerder een gewestelijk onderzoek naar gezondheid gedaan via een post-enquête. Het buurtonderzoek ging anders: na de steekproef trekking werd de enquête persoonlijk aan de mensen aangeboden. Ze werden uitgenodigd op een bepaald dagdeel naar het buurthuis te komen om daar met een aantal anderen de enquête in te vullen. Dit zou wellicht andere gegevens boven tafel brengen en bovendien nieuwe contacten en nieuwe mensen in het buurthuis opleveren. 'Zo snijdt het mes aan twee kanten,' aldus Schepers.

Van de 600 benaderde bewoners kwamen er 175 naar het buurthuis. Daar vulde men individueel de enquête in, in aanwezigheid van personen die toelichting konden geven. Steeds was een 'notabele' uit de wijk aanwezig: de directeur van de basisschool, de wijkagent, de schoolarts. SORO zoekt de publiciteit door plaatselijke bekendheden bij de activiteiten te

betrekken. De buurt-tv-krant en Radio Oost, de huis-aan-huisbladen en de dagbladen worden ingeschakeld. Zo wordt het draagvlak vergroot en kunnen eventueel onwillige instellingen zich moeilijker onttrekken aan deelname. Deze werkwijze omschrijft Jan Schepers wel als 'het planten van de geit'.

Er is nog 'nagerood': mensen die niet naar het buurthuis waren gekomen kregen de vragenlijst thuis gestuurd. Dit leverde nog eens 150 ingevulde formulieren op.

Binnenkort worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd op een studiedag voor hulpverleners, bestuurders en buurtbewoners. Vooraf worden de uitkomsten gepubliceerd in een wijkkrant; bewoners wordt gevraagd te reageren. Het is de bedoeling wijkdebatten te houden. De gezamenlijke conclusies en aan-



Opbouwwerker Jan Schepers voor het Kindercentrum in aanbouw
Foto Auke Pluim

bevelingen gaan zowel naar lokaal bestuur als naar instellingen en organisaties. Taakgroepen zullen de conclusies omzetten in concrete plannen.

Geïntenseerd wordt onder meer waar preventieve maatregelen genomen moeten worden. De GGD kan er volgens Jan Schepers niet meer omheen dichter bij de burgers te werken: de problematiek is nu met harde gegevens aantoonbaar.

BUURTKINDERCENTRUM

Het buurtkindercentrum is een ander voorbeeld uit de werkplaats van SORO. De peuterspeelzaal barstte uit zijn noodlokalen. Ook de wijkverpleging en de opvoedingsondersteuningsprojecten van het onderwijsvoorrrangsbeleid bleken naar betere ruimte op zoek te zijn. Deze woningzoekenden kwamen in SOROVERBAND bij elkaar. Het idee was snel geboren om een nieuw gebouw gezamenlijk te gaan gebruiken. Een intensieve lobby begon, en deze zomer, twee jaar na het begin, wordt het gloednieuwe gebouw geopend waarin vooral kinderen op allerlei manieren de hoofdrol zullen gaan spelen.

In eerste instantie zullen het peuterspeelzaalwerk, kinderopvang tijdens cursussen, educatieve activiteiten, het consultatiebureau, de speeltheek en allerlei buurtactiviteiten een plaats in het centrum krijgen. Ook wordt gedacht aan een ontbijthoek, een speelplaats/spelstuin, een kinderbibliotheek, naschoolse opvang en een inloopcentrum voor opvoedingsondersteuning. Schepers hoopt dat de jeugdhulpverlening, nu de betrokken hulpverleners zo dicht bij elkaar werken, sneller problemen kan signaleren en oplossen.

Partners rond het buurtkindercentrum zijn de gemeente Deventer, de Stichting Thuiszorg Zuidwest-Overijssel, het Regionaal Instituut Volwasseneneducatie, de Stichting Raster (koepel van sociaal-cultureel werk in Deventer) en de bewoners. Jan Schepers probeert er voor buurtbewoners betaalde arbeidsplaatsen te creëren.

De financiering van het centrum is ook ongewoon 'integraal'. Zo financiert de gemeente uit tien verschillende potjes, wat illustreert dat de ontkoking van de geldstromen nog ver achterloopt bij de praktijk van de uitvoering. Wel kunnen dankzij de sociale vernieuwing deze geldstromen nu worden gebundeld zodat een samenhangend en op de situatie afgestemd aanbod ('maatwerk') kan worden geboden.

De betrokken instanties betalen voor de huisvesting en de normale exploitatie. Daarnaast schrijft Schepers fondsen aan als de Stichting Kinderpostzegels en het Juliana Welzijnsfonds. Verder wordt gedacht aan het verkopen van donateurkaarten, aanschrijving van sponsors (Kluwer: op een steenworp afstand van het buurtkindercentrum gelegen), het verhuren van een huifkar, et cetera. De plannen voor

een minikinderboerderij, zijn inmiddels gerealiseerd en wellicht kan daar met een professioneel fokprogramma geld verdiend worden.

GEZONDHEIDSOPOUWWERK

Het werk en de know-how van de opbouwwerker is nog steeds van onschatbare waarde, vindt Jan Schepers, al is de methode de laatste jaren veranderd. 'Stond ik vroeger mee op de barricaden, nu ben ik meer een koppelaar van verhalen. Verhalen van bestuurders, van bewoners en van werkers in de wijk. Ik ben niet altijd meer het verlengstuk van de bewoners, en dat is natuurlijk wel eens lastig.'

Hoewel hij geenszins plannen heeft om te ver trekken ('het snel wisselen van baan, wat je in dit soort werk veel ziet gebeuren, vind ik iets lafs hebben') legt Schepers zich meer en meer toe op het overdraagbaar maken van zijn kennis. De, overigens onvermijdelijke, ophanging aan personen is gevaarlijk. 'Het gewonnen vertrouwen is in één klap weg wanneer een werker opstapt.' Dus wordt gewerkt aan een systeem dat de ervaringen in de Rivierenwijk vastlegt waardoor ze aan anderen door te geven zijn.

Schepers benadrukt dat de in de Rivierenwijk gehanteerde werkwijze, zoals bijvoorbeeld met het buurtgezondheidsprofiel, geen blauwdruk kan zijn voor andere wijken. Wel is er via de Deventer Wijkaanpak (onderdeel van de sociale vernieuwing) uitwisseling met andere wijken. Schepers merkt dat door het succes in de Rivierenwijk ook elders professionals meer durven vertrouwen op de deskundigheid van buurtbewoners.

De sociale vernieuwing in Deventer betekent een flinke steun in de rug voor de werkers uit de wijk. De lijnen zijn korter geworden: de lijnen naar de verantwoordelijke bestuurders, naar de directies van allerlei instellingen en naar de politiek. De PvdA speelt in Deventer een belangrijke rol. De PvdA-burgemeester hecht veel waarde aan de uitgangspunten van de sociale vernieuwing. Deventer werkt met een bestuudlijk systeem waarbij iedere wijk een eigen wethouder heeft, die aanspreekpunt is voor mensen en instellingen uit de wijk; deze klopt op zijn beurt aan bij de wethouder die verantwoordelijk is voor het produkt of de dienst die door de wijk gevraagd is. Dit bevordert een snelle werkzaamheid. De instellingen willen graag meedoen, 'ze zijn bang de boot te missen'. De sociale vernieuwing brengt een elan mee waardoor mensen niet achter kunnen blijven.

KANSEN EN BARRIERES

Lokaal gezondheidsbeleid kan profiteren van methodieken en ervaringen uit het opbouwwerk. Het lijkt dan ook voor de hand te liggen een groot appèl op het opbouwwerk te doen bij de invulling van lokaal gezondheidsbeleid. Toch heeft dat risico's.

In het verlengde van de eerder genoemde makelaarsdeskundigheid van het opbouwwerk ligt het bemiddelen tussen bewoners, instellingen en politiek. Het 'aan elkaar koppelen van verhalen' zoals Jan Schepers het noemt. Zo'n netwerkbenadering, die start bij de sociale structuur in een wijk of gemeenschap (zie de rol van de 'notabelen' uit Rivierenwijk), blijkt ook bij de aanpak van lokale gezondheidsproblemen zeer bruikbaar.

Een andere bruikbare methodiek uit het opbouwwerk is het maken van een sociale kaart van de wijk. Dit kan een tweeledig doel dienen. Op de eerste plaats geeft het de benodigde informatie over gezondheidsdeterminanten in de wijk (sociale structuur, werk en werkloosheid, samenstelling van de bevolking, woonomgeving, voorzieningen en dergelijke), daarnaast is het proces van het materiaal verzamelen te gebruiken om mensen warm te krijgen voor activiteiten ter verbetering van de woon- en leefomgeving. Het kan zelfs de vorm krijgen van een bewoners-zelfonderzoek. Het buurtgezondheidsprofiel in Deventer is hiervan een moderne variant.

Opbouwwerk zal steeds proberen aan te sluiten bij de eigen leefwereld van mensen. Het kiest voor een integrale benadering: niet alleen werken aan gezondheid, omdat dat toevallig nu op de agenda staat, maar ook aandacht houden voor de andere aspecten van het leven: wonen, werken et cetera. Daardoor is een kleinschalige aanpak onvermijdelijk. 'De buurt' is de maximale grootte. En ook een 'blauwdruk' is niet aan de orde. Het werk is daardoor bijna per definitie innovatief.

Van bovenaf werken heeft weinig zin, de nadruk ligt op het ondersteunen van participatie. Het gaat, zoals Schepers laat zien, niet om het propageren van *de* manier, maar om het laten zien van alternatieven. Aangezien dit van de gezondheidssector een andere vorm van beleid maken vraagt dan gebruikelijk, is de aansluiting tussen het lokaal niveau en de op meer afstand staande gezondheidsprofessional nog moeizaam.

De kracht van het opbouwwerk is het werken aan concrete en zichtbare resultaten. De werksort hanteert vaak een strategie van kleine stappen. De plaatsing van een vluchtheuvel in een gevaarlijke straat in de buurt geeft de burger moed en energie om verder te werken aan een verkeersplan voor de hele buurt. Zichtbare resultaten hebben uitstraling. Bij gezondheid ligt dat anders. Het is vaak moeilijk concrete resultaten te behalen. En wanneer die er zijn, is de zichtbaarheid ervan laag. Schepers probeert hieraan tegemoet te komen door veel aandacht te schenken aan publiciteit.

Een andere sterke kant van het opbouwwerk is het organiseren en activeren van mensen voor

DE WCPV GEËVALUEERD

verbetering van de leef- en woonomgeving. Maar anders dan bij gezondheid gaat het daarbij meestal om externe bedreigende omstandigheden of instanties. Het opbouwwerk steunt de mensen om 'de vijand' gezamenlijk te lijf te gaan. Maar hoe moet dat bij gezondheid? Hier komt de vijand vaak niet van buiten, maar is het de eigen leefwijze die een rol speelt. Het is de vraag of opbouwwerk ook inzetbaar is bij verandering van leefwijzen bij mensen in een buurt. Jan Schepers verwoordt dat probleem als hij zegt: 'Vroeger stonden de buurtbewoners en ik samen op de barricaden. Nu moet ik soms "eigen schuld, dikke bult" zeggen. Dat schendt het vertrouwen.'

Hier stuiten we op een grens van de methodiek van het opbouwwerk. De methodiek is immers niet op individuen gericht aangezien dat zou veronderstellen dat de oorzaak van problemen daar ligt. De benadering van het opbouwwerk legt het accent op structuren en collectieven. Men probeert een 'blaming the victim' te voorkomen.

Maar waren de buurten vroeger redelijk homogeen van samenstelling en vormden ze daardoor een sociaal verband, nu zijn het eerder doorgangshuizen voor een zeer gemêleerd gezelschap. 'De buurt' lijkt een mythe geworden. Het opbouwwerk heeft zich hieraan aangepast: het richt zich op een nog kleinere schaal, of werkt met een concrete doelgroep. De uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid is ook veelal doelgroep- of probleemgericht, maar het buurtgericht werken is in opkomst. Steeds zal de kritische vraag moeten worden gesteld of de buurt de geschikte schaal is om als uitvalsbasis te dienen.

Tot slot moet worden opgemerkt dat het opbouwwerk al op veel gebieden actief is. Gezondheid kan daar niet zomaar even bij. En ook het opbouwwerk is gevoelig voor bezuinigingen. Maar gezien de ervaringen in Deventer lijkt er voor het opbouwwerk zeker een rol weggelegd in het lokaal gezondheidsbeleid. Het is echter nog een open vraag of de gezondheidsdiensten de ruimte krijgen om de samenwerking met het opbouwwerk uit te bouwen aangezien ook zij veelal terug moeten naar hun 'kerntaken'.

Josine van den Bogaard is projectontwikkelaar/-secretaris Gezonde Stad Rotterdam.
Joop ten Dam is universitair docent vakgroep Stad en Staat, RU Utrecht.
Janne van Wijnen is beleidsmedewerker Woonruimtezaken gemeente Utrecht.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) gaat over lokaal beleid dat is gericht op de bevordering van de gezondheid van groepen. Ze vormt daarmee de wettelijke basis van een centraal deel van lokaal gezondheidsbeleid. Vorig jaar, twee jaar na invoering van de wet en voordat deze volledig was ingevuld, gaf staatssecretaris Simons opdracht tot evaluatie van de wet en van de stimuleringsregeling die eraan voorafging. Centraal stond de vraag in hoeverre gemeenten beleid maken op het terrein van de collectieve preventie, artikel 2 en 3 van de wet. Zorgen ze voor afstemming met de curatieve sector? Voeren ze beleid op terreinen buiten de zorg die de volksgezondheid beïnvloeden (facetbeleid)? En verwerven ze zich inzicht in de lokale volksgezondheid? Kort geleden verscheen het eindrapport van deze evaluatie.

De algemene conclusie is 'dat de WCPV voor de collectieve preventie tot nu toe (1992) geen negatieve gevolgen heeft gehad' (p. 97). Geen negatieve gevolgen, maar ook weinig positieve, is de teneur van de evaluatie. Collectieve preventie blijkt vooral te worden gedragen door de gemeentelijke en gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), wat betreft de uitvoering maar ook de voorbereiding van dat beleid. De inhoudelijke rol van gemeenten zelf is zeer beperkt. De invoering van de WCPV heeft daarmee weinig veranderd aan de al bestaande situatie, alleen heeft de centrale overheid de middelen waaruit deze GGD'en worden gefinancierd overgedragen aan de gemeenten. Gemeenten sturen het collectieve preventiebeleid dan ook vooral via de begroting van GGD'en. In de onderzochte periode leidde dit niet tot bezuinigingen maar dat was ook nauwelijks te verwachten: de laatste gelden werden medio 1992 overgeheveld naar de gemeenten, de geëvalueerde periode loopt tot eind 1992.

In hoeverre was de verwachting van de wetgever eigenlijk reëel dat gemeenten zich sterk inhoudelijk met collectieve preventie zouden gaan bemoeien? Is het terrein niet zo complex dat het inhoudelijk aansturen van een professionele organisatie als een GGD onmogelijk is? Het is interessant dat de auteurs die vraag stellen. Ze concluderen dat 'de verwachtingen ten aanzien van de inhoudelijke betrokkenheid van gemeenten te hoog gespannen zijn' (p. 98). Verbetering van de communicatie tussen diensten en gemeenten kan naar hun oordeel de betrokkenheid van gemeenten verbeteren. Facetbeleid is binnen gemeenten nog nauwelijks van de grond gekomen. Zowel gemeenten als GGD'en hebben er geen ervaring mee en weten vaak ook niet wat ze van elkaar kunnen

en mogen verwachten. Het laatste geldt ook voor het epidemiologisch onderzoek. Alle GGD'en voeren dergelijk onderzoek uit maar de vertaling naar beleid maakt de verwachtingen niet waar.

Kortom: de evaluatie laat een aantal forse knelpunten zien; de voorgestelde oplossing is evenzo fors. De auteurs pleiten voor *schaalvergroting* van de diensten om deskundigheid en efficiëntie te verbeteren. Genoemd wordt een aantal van 20 diensten, in plaats van de huidige 63. Daarmee samenhangend pleiten zij ook aan bestuurlijke zijde voor *schaalvergroting*, zodat bestuurders het beleid op het gebied van collectieve preventie inhoudelijk beter kunnen sturen. Dit leidt tot een pleidooi om de verantwoordelijkheid voor het beleid over collectieve preventie te geven aan regio-besturen, als die er tenminste komen. Daaruaast zou een aantal zaken landelijk geregeld moeten worden, bijvoorbeeld de nu sterk versnipperde bestrijding van infectieziekten en de ontwikkeling en evaluatie van preventieprogramma's.

De schaalvergroting waarvoor het rapport zo sterk pleit staat op gespannen voet met de directe betrokkenheid van burgers bij de preventieve zorg voor hun gezondheid. Zoals elders in dit nummer wordt betoogd, kan deze betrokkenheid een belangrijk middel vormen bij de invulling van lokaal gezondheidsbeleid. De auteurs van het rapport gaan hier niet expliciet op in.

Het functioneren van de WCPV komt in het najaar in de Tweede Kamer aan de orde.

Menno Reijneveld

Y.M. van Geenhuizen, W.T.M. Ooijendijk, H.P. Griffioen e.a. De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. S.n.: KPMGINIPG-TNO, 1993.

Het rapport kan worden besteld via de afdeling Publieksvoorlichting en Algemene Zaken van het ministerie van WVC, tel. 070-340.60.15.

ALS DE HIV-GEÏNFECTEERDE HET ZELF NIET WIL VERTELLEN...

WAARSCHUWEN VAN SEKSUELEPARTNERS NIET ZO VANZELFSPREKEND ALS HET LIJKT

Hans Roozenburg
Maria Reinboud

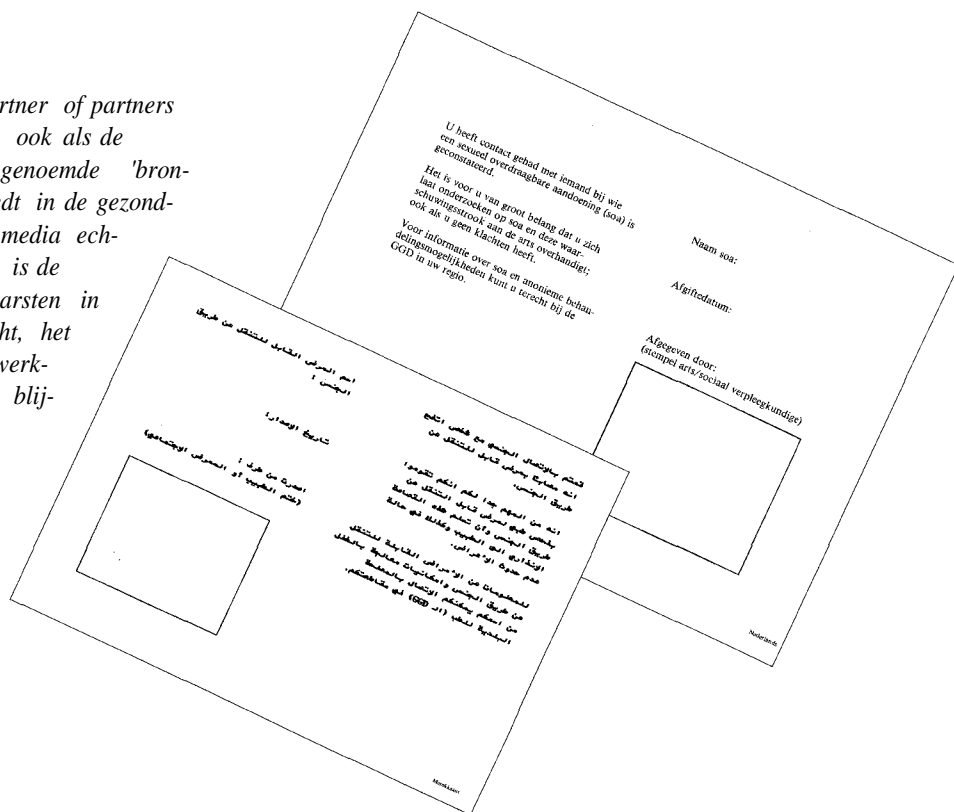
Mogen professionele hulpverleners de partner of partners van een HIV-geïnfekteerde waarschuwen, ook als de patiënt daar zelf op tegen is? Rond die zogenoemde 'bron- en contactopsporing' bij HIV en aids woedt in de gezondheidszorg een hevige discussie, die in de media echter nauwelijks wordt opgepikt.. Dit artikel is de neerslag van de discussie zoals die losgebarsten in het Provinciaal AIDS-SOA Overleg Utrecht, het PASOU, over deze vraag. Verschillende werkgroepen van dit provinciale aids-platform blijken er heel verschillend over te denken.

In het algemeen is de 'bron- en contactopsporing' bij epidemische ziekten erop gericht om de bron van de infectie en de mogelijke verspreidingskanalen op te sporen, om zo de ziekte in te dammen en tijdig te kunnen ingrijpen. Wie in contact is gekomen met een besmette persoon, wordt opgespoord. Bij seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) gaat het om de (ex)partners van de patiënt.. Zij worden geïnformeerd over het gelopen risico, òfwel door de patiënt zelf, òfwel door een sociaal verpleegkundige geslachtsziektenbestrijding. Dit is van belang omdat vroege onderkenning van een SOA zeer ernstige gevolgen kan voorkómen. Er wordt bij SOA dan ook altijd op deze opsporing aangedrongen. Wil de patiënt het zelf niet doen, dan wordt het opsporen en waarschuwen van (ex)partners door een sociaal verpleegkundige gedaan, maar alleen als de patiënt daarmee instemt..

Bij seksueel overdraagbare aandoeningen als gonorrhoe en chlamydia moet aan drie criteria zijn voldaan vóórdát de (ex)partners van de patiënt daadwerkelijk gewaarschuwd mogen worden:

- 1 de aandoening moet bewezen zijn,
- 2 de aandoening moet behandelbaar zijn en
- 3 het niet-onderkennen en behandelen van de aandoening moet belangrijke consequenties hebben voor de patiënt of zijn of haar omgeving.

HIV voldoet niet aan het tweede criterium: het is niet behandelbaar. Ten overvloede maakt de rijksoverheid (Staatscourant van 12 oktober 1992) dan ook expliciet duidelijk dat bij HIV



Deze waarschuwingsstrook, in vijf talen, verstrekt de SOA-Stichting aan sociaal verpleegkundigen

geen opsporing plaats mag vinden. Maar hulpverleners die te maken krijgen met seropositieven of aids-patiënten, worden nogal eens onder druk gezet om toch tot contactopsporing over te gaan.

TWEE VOORBEELDEN

Een huisarts wordt geconfronteerd met een vrouw die besmet is via een buitenechtelijke relatie, waaruit waarschijnlijk ook haar laatste kind is voortgekomen. Haar man is noch van deze relatie, noch van de HIV-infectie op de hoogte. De vrouw kan niet accepteren dat zij seropositief is, en laat zich veelvuldig testen. Wel gebruikt zij inmiddels binnen haar relatie condooms onder het mom dat haar man wel eens zorg mag dragen voor de anticonceptie.

De huisarts dringt aan op het informeren van de echtgenoot.. De vrouw wil dit pertinent niet en wijst de huisarts op zijn geheimhoudingsplicht.. Op aandringen van de huisarts heeft de vrouw gesprekken gehad met een psycholoog

en een maatschappelijk werker. Dit doet haar niet van standpunt veranderen. Inmiddels is zij in toenemende mate ziek en lijkt de diagnose aids dichtbij. Haar man verzorgt haar en is tot op heden niet op de hoogte van haar ziekte.

Tweede voorbeeld: een Marokkaanse jongen wordt op HIV getest en is seropositief. Hij heeft een homoseksuele relatie gehad met een man die later ook seropositief blijkt te zijn. De jongen verlaat zijn partner en gaat in een andere stad bij zijn ouders wonen. Het is niet bekend of deze op de hoogte zijn van zijn seropositiviteit.. Via verschillende kanalen (twee huisartsen en de ex-vriend) is bekend dat de jongen onveilige wisselende contacten heeft met vrouwen. Of de jongen nog homoseksuele contacten heeft, weet niemand. De sociaal verpleegkundige wordt door de moeder van een meisje opgebeld met de mededeling dat deze jongen haar dochter besmet heeft.. Zij vindt dat de jongen gestopt moet worden, voordat er nog meer slachtoffers vallen.

De verpleegkundige heeft twee gesprekken gehad met de jongen, waarin zij nauwelijks tot hem weet door te dringen. Condoomgebruik lijkt hij niet noodzakelijk te vinden. De huisarts wordt ingeschakeld, maar stuit op dezelfde problemen als de sociaal verpleegkundige.

HETEROSEKSUELE PARTNERS

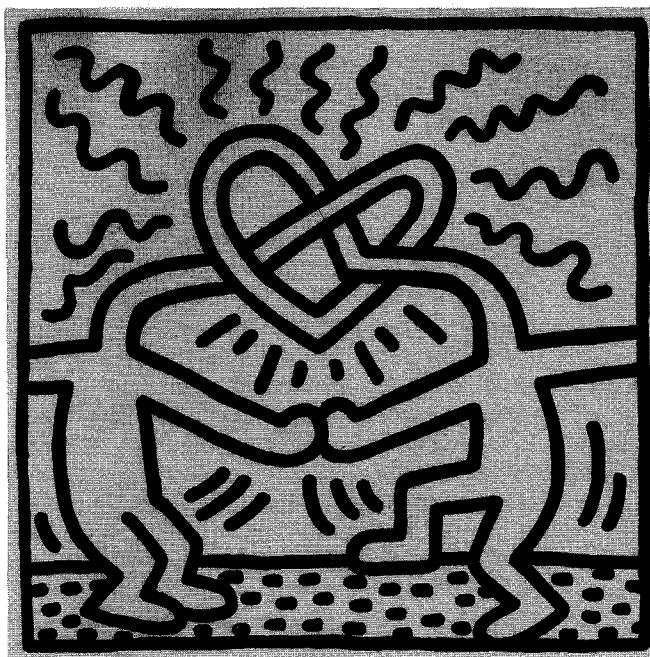
Onlangs hebben medewerkers van de GG & GD Amsterdam een artikel over bron- en contactopsporing bij HIV gepubliceerd* met als subtitel: Is de tijd er rijp voor? In dat artikel pleiten zij voor een actieve waarschuwing van vooral heteroseksuele partners van HIV-geïnficeerde personen. Zij voeren twee redenen aan. Ten eerste is er het belang van de partner(s): door vroegbehandeling (behandeling 'nog voordat de diagnose aids is gesteld') wordt wellicht de levensduur van een geïnficeerde verlengd. Ten tweede is er een collectief belang: het beperken van de verspreiding van HIV binnen de heteroseksuele bevolking. De auteurs pleiten ervoor vooral heteroseksuele partners te waarschuwen, omdat men binnen heteroseksuele relaties veel minder verdacht is op de mogelijkheid dat de partner met HIV besmet is dan binnen homoseksuele relaties.

Ook in Utrecht worden verschillende hulpverleners in de praktijk al langer geconfronteerd met de vraag of (ex)partners van HIV-geïnficeerden gewaarschuwd moeten worden. Dat is de aanleiding geweest tot een discussie binnen het PASOU. Ter voorbereiding van die discussie is de kwestie besproken in de werkgroepen 'psycho-sociale zorg' en 'medisch-technische zaken'. De meningen in de beide groepen lopen sterk uiteen. In de werkgroep 'psycho-sociale zorg', waarin vooral psychiaters, maatschappelijk werkers en psychologen zitten, wordt verwezen naar de regelgeving: bron- en contactopsporing is niet toegestaan, omdat aan één van de gestelde criteria niet wordt voldaan, namelijk dat de aanpak behandelbaar moet zijn. De leden van de werkgroep vinden dat er op het gebied van behandeling nog te weinig aan de te benaderen partner is aan te bieden.

Het argument dat op die manier vroegbehandeling kan plaatsvinden, vinden zij voorlopig nog te weinig door positieve resultaten van vroegbehandeling onderbouwd. De benaderde partner wordt opgezaald met een zware psychische last van mogelijke seropositiviteit, terwijl daaraan weinig gedaan kan worden.

Bovendien kan iemand jarenlang seropositief zijn en staat het zelfs niet vast of iedereen wel aids zal ontwikkelen. Dit is ook altijd een van de redenen geweest om het testen op HIV niet aan te moedigen. Iemand die seropositief is kan anderen besmetten, maar daar staat tegenover dat de voorlichtingsboodschap in Nederland altijd gericht is op de individuele verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag en de daaraan gekoppelde risico's: 'It takes two to tango'. Wie eenmaal is gewaarschuwd, heeft ook geen keus meer: hij kan niet meer kiezen of hij het wel of niet wil weten.

In de werkgroep 'medisch-technische zaken', waarin vooral artsen van ziekenhuizen, laboratoria en de bloedbank zitten, wordt gesteld dat



Tekening Keith Haring

HIV een geslachtsziekte is en daarmee dus onder de gewone regels voor bron- en contactopsporing moet vallen. Men vindt dat de partner(s) wel degelijk gewaarschuwd moeten worden en gaat zelfs zover te stellen dat het onbestaanbaar is om dit niet te doen. De mogelijkheden voor vroegbehandeling zijn een belangrijk argument. Ook haalt men het collectieve belang naar voren: het voorkomen van verdere besmetting door onwetendheid.

INSPECTEUR VOLKSGEZONDHEID

Toen de tegenstelling tussen beide groepen - tussen beide hulpverleningsperspectieven - duidelijk werd, is de kwestie voorgelegd aan de Inspecteur Volksgezondheid voor de provincie Utrecht. De Inspecteur kan geen uitdrukkelijk standpunt innemen vóór of tegen bron- en contactopsporing bij HIV, maar let vooral op de zorgvuldigheid waarmee te werk is gegaan. De Inspecteur benadrukt dat aids in

het beleid van de overheid uitdrukkelijk niet genoemd wordt bij de bron- en contactopsporing. Hij acht dit beleid juist omdat hij geen wetenschappelijke publikaties kent waarin de preventieve werking van bron- en contactopsporing bij HIV wordt aangetoond.

In eerste instantie moet alles in het werk gesteld worden om de patiënt zelf de partner(s) te laten inlichten. De hulpverleners kunnen daarbij een ondersteunende functie hebben. Als de partner moet worden geïnformeerd en de patiënt dit weigert, zal de hulpverlener de afweging moeten maken tussen het beroepsgeheim, het belang van de partner en het maatschappelijk belang. Prevaleren de laatste twee, dan kan de partner worden gewaarschuwd. De patiënt moet hiervan op de hoogte worden gesteld. Deze afweging kan per geval verschillend zijn, zodat vooraf geen verdere richtlijn kan worden gegeven. Klaagt de patiënt de arts aan over schending van het beroepsgeheim, dan zal het Tuchtcollege altijd kijken naar de zorgvuldigheid van de afweging.

In de eerste casus heeft de behandelend arts zijn patiënte geconfronteerd met de onmogelijke situatie waarin hij zelf verkeerde, en waarin hij niet meer verder kon.

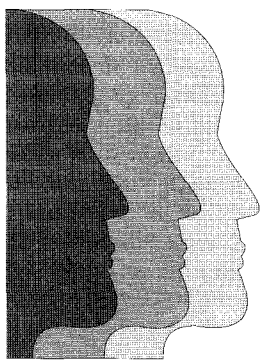
De echtgenoot stelde hem vervolgens vragen over de ziekte van zijn vrouw: hij moest liegen om de privacy van zijn patiënte te waarborgen. Daarom gaf hij haar een termijn waarin zij haar partner zelf kon informeren. Deed zij dit niet, dan zou hij het doen. Daarop heeft de patiënte tenslotte haar echtgenoot zelf geïnformeerd. In de tweede casus zijn geen andere partners van de jongen opgespoord.

De voors en tegens van bron- en contactopsporing moeten zorgvuldig, en van geval tot geval, worden afgewogen. Hulpverleners moeten daarbij ondersteund worden. Zo nodig kunnen zij de inspectie hierover consulteren. Maar altijd moet een open discussie over de verschillende belangen gevoerd kunnen worden.

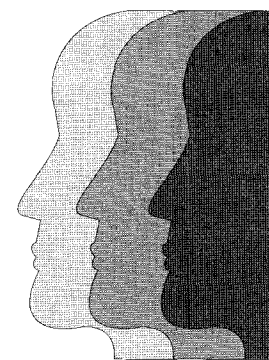
Hans Roozenburg is coördinator Buddyproject Utrecht.

Maria Reinboud is coördinator PASOU.

* P.J.E. Bindels e.a., 'Het waarschuwen van huidige en vroegere seksuele partners van met HIV geïnficeerde personen: is de tijd er rijp voor?' In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136 (1992) 19: 933-937.



c o l u m n



MEDISCH SPECIALISTEN

De gezondheidszorgpolitiek kent zo zijn vaste rituelen. De tweejaarlijkse cao-conflicten over de lonen van het verplegend personeel, waarbij de overheid steevast voorstelt om de uitpuilende PGGM-kas te gebruiken voor een loonstijging, is er een van. De guerrilla die de medisch specialisten voeren tegen verlaging van hun tarieven omdat ze het vastgestelde budget weer eens met enige honderden miljoenen hebben overschreden is een ander voorbeeld.

Trok vorige zomer het verplegend personeel met toeters, bellen en rolstoelen naar Den Haag om heer Simons van hun woede op de hoogte te stellen, dit jaar zijn het de medisch specialisten die Prinsjesdag tot nationale actiedag hebben uitgekozen om het parlement te wijzen op hun dure plicht om Hippocrates te dienen. De actie werd al maanden van tevoren aangekondigd, wat erop wijst dat de actiebereidheid onder de zesduizend specialisten slechts met de nodige organisatorische moeite tot een kookpunt gebracht kan worden.

En dat wekt ook geen verbazing. Als het op Prinsjesdag al tot een massale actie komt, dan kunnen fotografen vermoedelijk historische plaatjes schieten, want alles wijst erop dat we hier voor de laatste maal getuigen mogen zijn van actievoerende doctoren. Het ritueel is, nadat het meer dan tien jaar intensief is gebruikt, ernstig versleten en slechts een slinkend aantal specialisten gelooft er nog in.

De specialisten voeren namelijk een verloren strijd. Zij gedragen zich als de middenstanders van de gezondheidszorg die zich wanhopig verzetten tegen de komst van Albert Heijnachtige grootwinkelbedrijven in de vorm van grote ziekenhuizen met een modern management. En zoals heel wat kleine kruideniertjes het uiteindelijk hebben moeten afleggen tegen de grote supermarkten die op de kleintjes letten, zo zullen op termijn ook de maatschapjes het onderspit delven tegen grote organisaties die veel beter op de centen kunnen letten.

Deze onvermijdelijke modernisering van de gezondheidszorg heeft nu inmiddels al tot diepe verdeeldheid en tot ware crisistaferelen geleid in de gelederen van de specialisten. Jarenlang vormden de specialisten onder de hoede van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) een gesloten front in de strijd met de overheid. Begin van dit jaar bleek hoezeer dit onneembare bolwerk aan erosie onderhevig is. De bom barstte en links en rechts zetten clubjes en organisaties zich tegen de LSV af. Daarbij vormen zich 'duiven' in de vorm van het Nederlands Specialisten Genootschap, dat de kwaliteit van de zorg centraal stelt, en 'haviken' in de vorm van de Nederlandse Specialisten Federatie die van mening is dat de LSV met het beroemde Vijf Partijen Akkoord uit 1989 de portemonnee van de specialisten heeft verkwanseld.

Dit gekrakeel wijst erop dat de specialist van de oude stempel zijn beste tijd gehad heeft. Natuurlijk, er zijn groepen *hardliners* die zich nog stevig zullen roeren en met het draaien van zondagsdiensten en het vergroten van wachtlijsten zullen pogen patiënten voor hun belangen te paaien, maar hun aantal is slinkend en hun strijd hopeloos.

De koppeling tussen vrij ondernemerschap en zorgprofessional is een archaisch restant uit de begindagen van de gezondheidszorg. Specialistenvormden toen winkeltjes waarin zij hun specifieke kennis konden uitbaten. De gezondheidszorg stond nog in de kinderschoenen, de schaal was nog klein, de investeringen navenant, de mogelijkheden beperkt en de technologische revolutie nog in geen velden of wegen te bespeuren.

Dat alles is in drie decennia ingrijpend veranderd. De kennis is enorm gegroeid, de technologische mogelijkheden zijn overweldigend, de investeringen gigantisch, de vraag naar gezondheidszorg is explosief gestegen en dat vraagt om een schaal van bedrijfsvoering die het niveau van winkeltjes en het beschermen

van de eigen portemonnee verre te buiten gaat. Het zijn niet langer de individuele specialisten die het draagvlak van de gezondheidszorg vormen, maar het zijn - naast de huisartsen uiteraard - ziekenhuisorganisaties die de lijnen bepalen, de keuzen maken en het beheer in de hand houden.

Tegen deze ontwikkeling is op den duur geen specialistisch kruid gewassen. Al zeker niet het ondoordringelijk mengsel van vrij ondernemerschap en autonoom professionalisme, waar de medisch specialisten nu al sinds mensenheugenis op teren. Dit wonderdrankje heeft ervoor gezorgd dat we hier te maken hebben met de meest ondoorzichtige beroepsgroep van Nederland.

Gegevens over de praktijkvoering van de medisch specialisten worden vakkundig buiten de openbaarheid gehouden. Welke groepen specialisten er een potje van maken (en dus grotendeels verantwoordelijk zijn voor de kostenstijging) en welke specialisten hun werk verantwoord doen, blijft een angstvallig bewaard beroeps- of beter: ondernemers geheim. Intercollegiale toetsing, verantwoorde protocollen, het toelaten van een *second opinion*, het optimaal begeleiden van cliënten, het zijn allemaal zaken waar de ondernemende specialisten - de goede uiteraard niet te na gesproken - een broetje dood aan hebben.

Een moderne gezondheidszorg is ondenkbaar zonder een groot aantal hooggekwalificeerde en goed verdienende specialisten. Maar dat moeten wel specialisten zijn die het in de eerste plaats te doen is om de professionele kwaliteit van de zorg en minder om de uitkomsten van hun rekenmachines. Daarom is het goed dat een van de eigenschappen van moderniseringsprocessen is dat ze - hoewel ze taai verzet oproepen - onstuitbaar zijn. Daarom is de specialisten hun ritueel tijdens Prinsjesdag gegund. Ze zullen er toch niet beter van worden.

[os van der Lans

IDE NADAGEN VAN HET VRIJE ONDERNEMERSCHAP

INTERVIEW MET JAN LANDSMAN, VOORZITTER VAN HET NEDERLANDS SPECIALISTENGENOOTSCHAP

Thea Dukkers van Emden

De specialisten in ons land rollen vechtend met elkaar over straat. De Landelijke Specialisten Vereniging kalft ter linker- en ter rechterzijde af. Rechts hebben zich de 'hardliners' of 'haviken' verenigd in de Nederlandse Specialisten Federatie. Hun nieuwe voorzitter liet zich onlangs fotograferen met op de achtergrond zijn jachtgeweer. Aan de linkerkant ontstond het Nederlands Specialisten Genootschap. Eengesprek met de voorzitter van dit Genootschap, Jan Landsman, vroeger werkzaam als chirurg in het Slotervaartziekenhuis.

Landsman: 'Op een aantal punten zijn de NSF en wij het roerend met elkaar eens. Allebei vinden wij de maatregel van Simons om de specialistentarieven over de hele linie met twaalf procent te korten onzinnig, een echt *testimonium paupertatis*. Kennelijk is hij niet in staat om aan te tonen door welke specialistengroepen te veel wordt uitgegeven en dan kondigt hij zo'n botte maatregel af. Wij vinden allebei ook dat wij met onze ideeën niet terecht kunnen bij de LSV en dat die organisatie ondemocratisch is. Het NSG is voortgekomen uit Lijn Twee, genoemd naar de Amsterdamse tramlijn die het Slotervaartziekenhuis, het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en het Andreas Ziekenhuis met elkaar verbindt. In deze ziekenhuizen werkten specialisten die zich niet thuisvoelden in de LSV. Die groep voelde veel verwantschap met de ideeën van de Landelijke Vereniging van Basisartsen (LBB), en met elkaar hebben wij in april 1991 het Nederlands Specialisten Genootschap opgericht. Wij vinden de huidige organisatiestructuur waarbij artsen georganiseerd zijn naar wijze van inkomen in plaats van naar beroepsgroep bizar. Zo zijn specialisten die in loondienst werken vertegenwoordigd via de Landelijke Artsen in Dienstverband (LAD), worden collega's die precies hetzelfde vak uitoefenen in vrije vestiging vertegenwoordigd door de LSV, en hebben vakgenoten die hun beroep uitoefenen in een Academisch Ziekenhuis zich weer apart georganiseerd. Wij vinden dat artsen zich primair moeten organiseren op vakinhoudelijke gronden, via de wetenschappelijke verenigingen. Op dit punt hebben wij dezelfde ideeën ingebracht als de NSF bij de Commissie van Wijze Mannen (sic!) die onlangs moest adviseren over de structuur van de LSV. Volgens ons moet de specialistenorganisatie van de grond af opnieuw worden opgebouwd. Er moet een overkoepelende organisatie komen waar alle artsen die als specialist werkzaam zijn - ook

de artsen in opleiding tot specialist - lid van zijn. Iedereen moet daarin zijn politieke kleur tot uitdrukking kunnen brengen en minderheidsstandpunten moeten gehoord worden. Dat is nu absoluut niet zo. De NSF en wij worden door de LSV als kleine jongens behandeld, je kunt er met je verhaal niet terecht.

Wij onderscheiden ons van de NSF door onze maatschappelijke opvattingen. Ons allereerste doel is om de maatschappelijke kant van het vak meer te benadrukken. Dit vereist een tamelijk radicale mentaliteitsverandering van onze beroepsgenoten. Ik zie het zo: je hebt twee soorten verantwoordelijkheden, de professionele, die vooral gericht is op de patiënt, en een tweede verantwoordelijkheid als Nederlandse burger, van waaruit je hebt te reageren op vragen die uit de samenleving op

'In een tijd dat er minder geld beschikbaar is moet je als arts streven naar doelmatigheid, dat is een vorm van sociale rechtvaardigheid.'

je af komen. In de oude opvatting overheerste de eerste verantwoordelijkheid. Vroeger gold dat je een goede arts was als je "alles gedaan had voor je patiënt". Als er niet genoeg geld was voor de gezondheidszorg was dat niet jouw probleem, daar moesten anderen ("de overheid") voor zorgen. Wij vinden dat je in deze tijd als arts een bredere maatschappelijke verantwoordelijkheid hebt. Je moet dus ook nee kunnen zeggen tegen een patiënt en je

mag geen al te hoge verwachtingen scheppen van het medisch kunnen. In een tijd dat er minder geld beschikbaar is moet je als arts streven naar doelmatigheid, dat is een vorm van sociale rechtvaardigheid. De keuzen in de zorg kun je niet overlaten aan anderen, die moeten door de beroepsgroep zelf gemaakt worden.

'Specialisten zijn over het algemeen niet erg geneigd om samen te werken of zich te houden aan door andere gemaakte afspraken.'

Ons tweede belangrijke actiepunt is dat wij een radicale verandering willen van de tarievenstructuur in de gezondheidszorg. Daarvoor moeten de verhoudingen binnen de ziekenhuizen veranderen. Er moet een "troikasysteem" komen waarin management, medische staf en regionale ziektekostenverzekeraars per ziekenhuis budgetafspraken maken. Dat vereist wel dat de specialisten door hun collega's uit de medische staf gemandateerd worden om deze contracten af te sluiten. Tot nu toe is die mandatering een groot probleem. Specialisten zijn over het algemeen niet erg geneigd om samen te werken of zich te houden aan door andere gemaakte afspraken. Zo vallen er van de tweehonderd specialistenmaatschappen in Amsterdam na twee jaar tachtig uit elkaar.

Wij weten toch al twintig jaar dat er iets schort aan de maatschappelijke houding van dokters. Verwacht u nu echt dat uw genootschap een mentaliteitsverandering teweeg kan brengen? Hoe groot is uw draagvlak eigenlijk?

'Met dat eerste ben ik het niet eens. Mijn groep dacht er twintig jaar geleden heel anders over dan nu. Wij waren echte "hardliners" en voelden bepaald geen grote maatschappelijke verantwoordelijkheid. De veranderingen zijn vooral gekomen vanuit de LBB: de basisartsen

zitten overal op halve baantjes en ervaren aan den lijve de onrechtvaardige kanten van het ouderwetse specialistensysteem. Zij hebben nu ook gevestigde artsen, tot hoogleraren aan toe, weten te overtuigen van de nadelen van die structuur: Onze achterban bestaat vooral uit gynaecologen, kinderartsen en psychiaters, en dan vooral de beginnende specialisten. Alle drie zijn dit beroepen waar je met twee benen in de realiteit van de maatschappij staat. Wij hebben op dit moment vijfhonderd leden en driehonderd belangstellenden, voornamelijk afkomstig uit de grote steden. Ik geef toe dat dit niet genoeg is. Wij hebben even gedacht, als wij 1500 leden hebben dan kunnen wij een vuist maken en het alleenvertegenwoordigingsrecht van de LSV aanvechten. De NSF heeft 1500 leden en de LSV naar mijn schatting 5000.'

U bent dus verreweg de kleinste van de drie?
 'Dat klopt. Dat maakt het ook een hachelijke onderneming.

Onlangs hebben wij onze strategie moeten bijstellen. Wij zijn opgehouden met regionale bijeenkomsten, daar kwamen maar zeven tot acht belangstellenden opdaven. Wij werken nu veel meer met werkgroepen en verspreiden dan beleidsvoorstellen via nieuwsbrieven onder onze aanhang. Er gaat erg veel tijd in dit

werk zitten. Daar staat tegenover dat het erg prettig is om met mensen om te gaan die het met je eens zijn en tegenover wie je je kunt uiten, maar ik geef toe dat dit ruim onvoldoende is om de maatschappij te veranderen.

'De keuzen in de zorg kun je niet overlaten aan anderen, die moeten door de beroepsgroep zelf gemaakt worden.'

Het ledenaantal bepaalt tenslotte je invloed als onderhandelingspartner. Wij mogen nu tweemaal per jaar op WVC komen om met Simons over onze ideeën te praten. Wij hebben geen gerichte strategie over hoe wij "andersdenkenden" willen overreden. Toch ben ik ervan overtuigd dat er een verandering komt. Zo als nu gaat het niet langer. De specialisten zijn hopeloos verdeeld. De wilde acties van nu luiden ook de nadagen in van het vrije ondernemerschap. De stakingsacties

in Enschede worden noch door de LSV, noch door de NSF, noch door ons gesteund. De actievoerders zijn vrije ondernemers. Maar dit pure vrije ondernemerschap vind je steeds minder. In een aantal ziekenhuizen, in Amsterdam bijvoorbeeld en in Den Haag, zie je een gemengd dienstverband voor specialisten ontstaan: zij oefenen hun klinische werk uit in dienstverband en hun poliklinische werk in een vrije vestiging. Wij zouden veel verder willen gaan. Het huidige dienstverbandssysteem, zoals bijvoorbeeld in het Slotervaartziekenhuis, werkt niet omdat het een verkappt verrichtingsstelsel is. De ziekenhuisdirectie maakt met de financiers budgetafspraken op basis van het aantal verrichtingen. Als ik als chirurg minder verrichtingen doe krijgt het ziekenhuis minder geld en moet er een chirurg weg. Wij zien veel meer in een gemengd honoreringssysteem, losgekoppeld van verrichtingen, met een vast basissalaris en daarbovenop een inhoudelijke component. Zo zouden er bijvoorbeeld financiële prikkels moeten komen voor protocollair werken. Een contracteersysteem waarin overigens wat ons betreft ook de huisartsen betrokken mogen worden. Dan kun je op regionaal niveau tot betere taakafspraken komen en hef je de kunstmatige scheiding tussen eerste en tweede lijn op.'



Tekening Guido van Driel

KAN DE GENEESKUNDE BUITEN DE HOMEOPATHIE?

Lex Rutten

De vraag of homeopathische geneesmiddelen wel in de basisverzekering thuishoren levert zeer emotionele reacties op bij zowel vóór- als tegenstanders. De voorstanders hebben de ervaring dat het wèl werkt, de tegenstanders weten zeker dat het niet kàn werken.

De Ziekenfondsraad en de Commissie Keuzen in de Zorg oordelen negatief over homeopathie op grond van een door hen verondersteld gebrek aan wetenschappelijk bewijs en op grond van hun mening dat het geen essentiële zorg is. De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) is uitermate geïrriteerd over het gebrek aan deskundigheid waarop deze meningen berusten. Inmiddels wordt homeopathie door miljoenen Nederlanders toegepast, veelal vanwege chronische klachten waarvoor de reguliere behandeling tekortschiet.

De politieke discussie over alternatieve geneeswijzen, waarvan de homeopathie het meest in trek is, begon rond 1980 op gang te komen. Sindsdien hebben de commissie-Muntendam; de Nationale Raad voor de Volksgezondheid; en de Ziekenfondsraad zich op verzoek van de regering in de materie verdiept en hierover advies uitgebracht. De Commissie Keuzen in de Zorg (Dunning) heeft in haar aanbevelingen ook een uitspraak over homeopathie gedaan. In 1983 is aan de Gezondheidsraad advies aangevraagd over methodiek van wetenschappelijk onderzoek, maar dit advies is nog niet uitgebracht (mei 1993).

WETENSCHAPPELIJKE GRONDEN

Sinds de wet op de uitoefening van de geneeskunst is de regering er niet in geslaagd sluitende wetenschappelijke criteria op te stellen voor opname van een geneeskundige methode in de Ziekenfondswet c.q. basisverzekering. Dunning en staatssecretaris Simons proberen na ruim 125 jaar hier vaart in te zetten door de homeopathie als eerste 'op wetenschappelijke gronden' buitenspel te zetten. Gemakshalve zijn hierbij de onderzoekscriteria van de reguliere farmacologische methode als maat genomen en wordt voorbijgegaan aan de twijfels over de waarde van deze gangbare onderzoeksmethoden. Twijfels die gevoed worden door de realiteit van de chronische patiënt die met 'bewezen' middelen niet geneest. De homeopathie verdient, als onorthodoxe geneeskundige methode die door zoveel Nederlanders als essentiële zorg beschouwd wordt, daarom op eigen merites beoordeeld te worden.

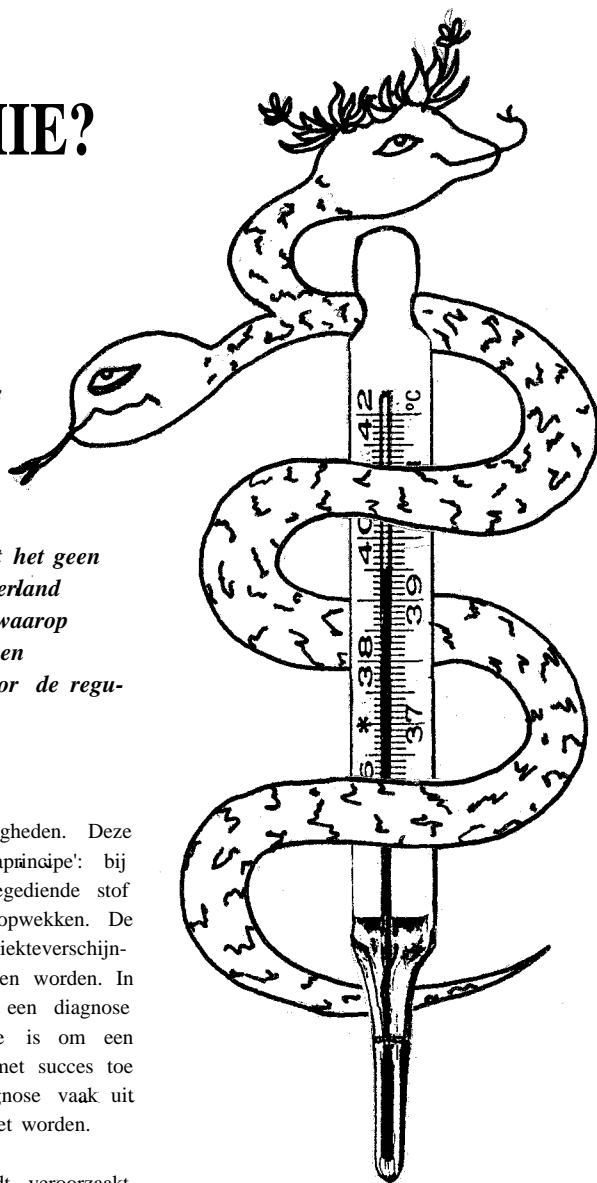
De homeopathische methode berust niet op natuurwetenschappelijk onderzoek maar op

empirisch vastgestelde wetmatigheden. Deze zijn samengevat in het 'similiaprincipe': bij een gezonde mens kan een toegediende stof bepaalde ziekteverschijnselen opwekken. De zieke mens met deze bepaalde ziekteverschijnselen kan door deze stof genezen worden. In de praktijk betekent dit dat een diagnose alléén meestal niet voldoende is om een homeopathisch geneesmiddel met succes toe te passen, en dat bij één diagnose vaak uit tientallen middelen gekozen moet worden.

De grootste controverse wordt veroorzaakt door het feit dat homeopathische middelen verdund en geschud worden (gepotentieerd). De verdunning is vaak zo sterk dat geen molecule van de oorspronkelijke stof meer aanwezig is in de oplossing. Het is dan ook duidelijk dat het werkingsmechanisme chemisch niet verklaarbaar is. Een sluitend werkingsmechanisme is nog niet gevonden.

PLACEBO

Toch is dat volgens de commissie-Muntendam geen reden om de methode bij voorbaat te verwerpen. De vraag naar wetenschappelijk bewijs is natuurlijk wel terecht. In de jaren tachtig werd alom verondersteld dat er nauwelijks effectiviteitsonderzoek verricht was met homeopathische geneesmiddelen. Kleijnen e.a. (Rijksuniversiteit Limburg) hebben aangetoond dat er verrassend veel onderzoek verricht is, in totaal 107 dubbelblind studies. Bij 15 van de 22 goede onderzoeken bleek een statistisch significant verschil met een placebo. Kleijnen e.a. concluderen uit hun meta-analyse van deze onderzoeken dat een reguliere methode op deze basis erkend zou worden, maar hun twijfel blijft bestaan. De belangrijkste



Tekening Anna Trap

ste reden hiervoor is het negatieve resultaat van het meest grootschalige onderzoek. Tegen de verwachting in, gaf dit onderzoek geen verschil te zien tussen de resultaten van de groep die niet en de groep die met placebo behandeld werd. Volgens ons kan dit wijzen op verschillen tussen de onderzoeksgroepen, hetgeen het resultaat in twijfel trekt.

Het is moeilijk te verteren dat zowel de Ziekenfondsraad als de commissie-Dunning na het verschijnen van deze meta-analyse blijven volhouden dat er geen enkel wetenschappelijk bewijs is voor de werking van homeopathische geneesmiddelen.

Effectonderzoek doen in de homeopathie stuit op grotere problemen dan in de reguliere geneeskunde. Het blijkt vooral moeilijk om voldoende patiënten in een onderzoek te betrekken. De medewerking van het reguliere veld is in deze absoluut onvoldoende, maar bovendien blijkt dat veel patiënten niet het

risko willen lopen om in een (placebo)controlegroep terecht te komen. Mogelijk komt dit doordat zij een lange weg gegaan zijn voordat zij kozen voor homeopathie. Toch is de onderzoeksbereidheid bij de homeopathische artsen groot. In een onderzoeksproject van de VHAN doen op dit moment bijna 60 artsen mee, maar liefst veertig procent van de 150 artsen die volgens organisatorische criteria voor deelname in aanmerking komen.

BUITENLAND

Hoeveel onderzoek nodig is voor erkenning blijft een open vraag.

In verschillende landen, bijvoorbeeld Duitsland en Frankrijk, wordt veel minder waarde gehecht aan dubbelblind effectonderzoek dan in Nederland. De waarde van dergelijk onderzoek wordt al sterk gerelativeerd door bezinning op wat het eigenlijk meet, namelijk het feit of een enkel criterium van gezondheid sterker beïnvloed wordt door het middel dan door een placebo. De meting strekt zich dan uit over slechts enkele maanden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de via deze methode 'bewezen' medicijnen in de praktijk toch slecht kunnen voldoen en de patiënt klaagt dat het middel wel werkt maar niet helpt. Een ideale onderzoeksmethode meet de gezondheidstoestand op lange termijn.

Dat ook de interpretatie van onderzoek subjectief is, blijkt uit de recente discussie over het migrainemiddel Imigran: de voorstanders van Imigran zeggen dat nooit bewezen is dat de oude migrainemiddelen beter werken dan een placebo, terwijl dit van Imigran wel bewezen zou zijn. Het ministerie van WVC meent dat 'sumatriptan (Imigran) geen klinisch relevante voordelen heeft boven ergotamine en dihydroergotamine'.

In de toekomst wordt door de overheid ook de eis van doelmatigheid gesteld, dat wil zeggen de baten afgezet tegen de kosten. Nu al kan gesteld worden dat gebruikers van homeopathie tevreden zijn tegen zeer geringe kosten. Deskundig voorgeschreven homeopathie kost slechts enkele tientjes per jaar.

CHRONISCHE ZIEKTEN

Volgens het CBS6 bezoekt 83 procent van de patiënten alternatieve genezers vanwege chronische aandoeningen. Lichtvaardig wordt deze stap zeker niet gezet. Gemiddeld bestaan de klachten langer dan twee jaar voordat een alternatieve genezer wordt geconsulteerd. De (reguliere) medisch specialist wordt gemiddeld binnen twee tot drie maanden na het ontstaan van de klachten geconsulteerd.

Chronische aandoeningen vormen een toemend probleem, waar het huidige onderzoek tekortschiet. De overheid heeft dit ook ingezien en concentreert zich op het ontwikkelen en stimuleren van onderzoek dat meer gericht is op de lange termijn. In de brieven die staatssecretaris Simons over dit aandachtspunt aan

de Tweede Kamer geschreven heeft, wordt met geen woord gerept over alternatieve geneeskunde. Trouwens, bij het ministerie van WVC is daarvoor zo weinig belangstelling dat directeur-generaal Sangster het beleidsterrein 'alternatieve geneeskunde' bij zijn laatste reorganisatie van de hoofddirectie Gezondheidszorg vergat in te delen.

BEZUINIGING

Het uiteindelijke doel is bezuiniging. De homeopathische beroepsgroep heeft zelf al enkele jaren geleden voorgesteld om zelfhulp uit de basisverzekering te schrappen. Ook homeopathische geneesmiddelen kunnen worden verdeeld in zelfhulp- en prescriptiemiddelen. Door alle homeopathische geneesmiddelen als zelfhulpmiddelen te behandelen, wordt nu de botte bijl gehanteerd. Dat zal averechts werken, vooral omdat de homeopathisch opgeleide huisarts in zijn mogelijkheden beperkt wordt.

De homeopathische huisarts is door een aanvullende opleiding van drie jaar in staat om veel gevallen met een homeopathisch geneesmiddel te behandelen. Een dergelijk geneesmiddel kost gemiddeld eenderde van een regulier middel. Nu zal om financiële redenen regelmatig moeten worden uitgeweken naar een duurder regulier middel.

Helaas is een groot deel van de huisartsen die regelmatig homeopathische middelen voorschrijven hierin onvoldoende opgeleid. We moeten twijfels hebben over de doelmatigheid van hun homeopathische voorschriften. Maar ook uit die groep is geen besparing te verwachten. Onderzoek van Post⁷ wijst uit dat deze groep huisartsen ook veel reguliere middelen voorschrijft. Veel voorschrijven blijft goedkoper wanneer homeopathische middelen gebruikt worden.

Wat moet er nu gebeuren met meer dan één miljoen chronische patiënten die tevreden zijn met hun homeopathische behandeling? Waarschijnlijk zullen zij de behandeling niet staken omdat deze, voor hen essentiële, geneesmiddelen slechts enkele tientallen gulden per jaar kosten. Maar het betekent wel een schrijnend onrecht wanneer juist deze groep met een extra eigen risico wordt opgepadeld. De staatssecretaris wil voor hen wel nieuwe reguliere middelen ontwikkelen, maar tegen welke kosten en wanneer?

STAPPENPLAN

Het alternatief van de homeopathische beroepsgroep voor de plannen van Simons omvat méér dan het verwijderen van de zelfhulppreparaten uit het verstrekkingenpakket. In een gefaseerde procedure, het zogenaamde stappenplan, zal na de verwijdering van de zelfhulp-middelen het hele pakket van homeopathische middelen worden beoordeeld. Deze beoordeling is conform de regeling die hier-

voor nu in Duitsland gebruikelijk is en moet leiden tot een verantwoord register van homeopathische geneesmiddelen.

De verwijdering van de zelfhulp-middelen, de eerste stap uit het stappenplan, zal een besparing opleveren van minstens dertig procent. Bovendien is hiermee het voor huisartsen uitermate irriterende voorschrijven op verzoek van homeopathische zelfhulp ingeperkt. De volgende stappen zullen ertoe leiden dat de overheid nu eindelijk zijn grondwettelijke verplichting gaat nakomen om de kwaliteit van de homeopathische geneesmiddelen te bewaken.

KEUZEVRIJHEID

De discussie over homeopathie is er sinds 1981 (Muntendam) en 1991 (Kleijnen e.a.) niet op vooruit gegaan. De notoire tegenstanders onder de reguliere artsen benadrukken - des te meer na het meta-onderzoek van Kleijnen e.a. - dat homeopathie niet kan werken en dat nader onderzoek geen zin heeft. Het aantal artsen en patiënten dat desondanks overgaat op de homeopathische methode neemt nog steeds toe.

Kan iemand een idee geven hoe de geneeskunde er zonder homeopathie uit zou moeten zien? Is het haalbaar om een miljoen chronische patiënten, die zowel de reguliere als de homeopathische aanpak ervaren hebben en baat hebben bij homeopathie, terug te brengen op het reguliere pad? Mag op grond van heersende natuurwetenschappelijke inzichten de vrijheid van therapiekeuze ingeperkt worden? Kan voor de paar honderd gulden die de homeopathische behandeling per jaar kost een regulier alternatief geboden worden?

Het lijkt ons alleszins logisch om eerst het goedkope, veilige, reguliere alternatief voor de homeopathie te ontwikkelen alvorens alle homeopathische geneesmiddelen uit de basisverzekering te schrappen.

Noten

1. Commissie alternatieve geneeswijzen. *Alternatieve geneeswijzen in Nederland*. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1981
2. *Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen*. NRV, Den Haag, 1990
3. *Verstrekking van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen*. Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1991
4. *Kiezen en delen*. Commissie Keuzen in de zorg, Den Haag, 1992
5. Kleijnen, J, P. Knipschild, G. ter Riet. 'Clinical trials of homeopathy'. *British Medical Journal* 302 (1991): 316-323
6. 'Ontwikkelingen in het raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen, 1985-1990'. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* (CBS), 11 (1992) 5: 4-11
7. D. Post, 'Huisarts en prescriptie van alternatieve middelen'. *Medisch Contact* 45 (1990) 48: 1435-1437.

Lex Ruften is arts, afdeling voorlichting Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN).

MULTICULTUREEL AFKICKCENTRUM BEREIKT ALLOCHTONE VERSLAAFDEN

PSYCHOLOGE LILIJEN MACNACK OVER HET IMC

Ingrid van de Vegte

Terwijl in de jaren tachtig in de drugshulpverlening de meeste categoriale instellingen voor allochtonen werden opgeheven, werd drie jaar geleden in Amsterdam juist het Intercultureel Motivatie Centrum (IMC) opgericht. Allochtone druggebruikers kwamen nauwelijks in reguliere klinieken terecht, stelden de oprichters vast. Daarom zou het nieuwe centrum, een onderdeel van de Jellinekkliniek, juist hen de hulpverlening binnen moeten halen. Over de achtergronden van het IMC, de bedoelingen, effecten en het dagelijks werk gaat dit gesprek met de psycholoog Lilien Macnack. Zij is behandelcoördinator van het IMC en maakt deel uit van de tweehoofdige leiding.

Toen we binnen de Jellinekkliniek eenmaal hadden geconstateerd dat de allochtone doelgroep nauwelijks binnenkwam, stelden we onszelf natuurlijk de vraag hoe we die groep wel konden bereiken. We kwamen al snel tot de conclusie dat er een nieuw centrum moest komen, dat multicultureel en laagdrempelig is. Het multiculturele zit in de samenstelling van het team, dat voor zeventig procent van buitenlandse afkomst is. Daardoor ontstaat er 'vanzelf een multiculturele benadering en kunnen de gebruikers zich makkelijker identificeren. Die benadering zit in een open attitude ten

'Hier bij het IMC hoeven cliënten niet verplicht tot nul af te kicken'

opzichte van de cliënten. Hulpverleners zijn zich bewust van hun eigen beperkingen, hun eigen vooroordelen en de socialisatie die zij hebben doorgemaakt. Binnen het team spreken we elkaar aan op vanzelfsprekendheden en



Lilien Macnack

normen en waarden. Hierdoor worden we wel gedwongen anders naar onszelf en naar onze cliënten te kijken. Zo kunnen we de cliënt en zijn gedrag beter begrijpen binnen zijn culturele achtergrond, maar de persoon van de cliënt ook beter van die achtergrond onderscheiden. In instellingen waar vooral autochtonen werken, lukt dat laatste vaak niet. Want hulpverleners zijn vaak te bang om door te vragen en koppelen bepaalde zaken al te makkelijk aan de culturele achtergrond van de cliënt. Wij kunnen elkaar daarop corrigeren en voelen ons tegelijkertijd sterk bij de cliënten betrokken. Overigens lijkt het feit dat iemand migrant is, in een ander land, met alle classificaties vandien, er meer toe te doen dan de specifieke cultuur waar hij of zij uit komt.

Laagdrempeligheid is het andere kenmerk van ons centrum. De meeste intramurale drugshulpverlening is zwaar geprogrammeerd, heeft een sterke structuur en is gericht op volledig afkicken. Hier bij het IMC hoeven cliënten niet verplicht tot nul af te kicken. Ze worden wel direct op methadon gezet, en als het kan wordt dat afgebouwd tot ze clean zijn. Maar er wordt ook wel eens toegewerkt naar een voorlopige stabilisatie op een lage dosis methadon, bijvoorbeeld op medische indicatie. In ons programma werken we met doelgerichte projecten. Er is bijvoorbeeld een fietsreparatiepro-

ject, een computerproject, een klussenproject, er wordt gesport. Dat programma, met vaste onderdelen, heeft, wat wij noemen, een "flexibele structuur". Als het een mooie warme dag is, zoals vandaag, kunnen we ook rustig een dagje naar het strand gaan. Laagdrempeligheid betekent ook dat de afstand tussen staf en cliënten klein is. De medewerkers zijn aanspreekbaar en ook beschikbaar voor niet-therapeutische activiteiten, niet alles staat in het teken van de therapie. Eerst willen we een vertrouwensband met onze cliënten opbouwen, daar gaan we van uit. De meeste cliënten hebben tot nu weinig of slechte ervaringen met de hulpverlening. We laten hen aan ons wennen en we laten zien dat we hen respecteren. Zo kan het gebeuren dat de echte anamnese pas plaatsvindt, weken nadat iemand hier binnen is gekomen. Het is begrijpelijk dat mensen niet onmiddellijk hun hele geschiedenis op tafel leggen. We bieden overigens geen overvol programma. Mensen moeten leren omgaan met de tijd, met verveling.

Vanaf het begin zit het IMC vol. Officieel hebben we twaalf bedden, maar meestal loopt dat uit naar veertien. Ook hadden we al direct een wachtlijst. Dat is natuurlijk heel vervelend.

'We bieden geen overvol programma. Mensen moeten leren omgaan met de tijd, met verveling.'

Het verstoort de laagdrempeligheid als iemand nog drie maanden moet wachten nadat hij zich heeft aangemeld. Toch komen de meeste cliënten uiteindelijk wel binnen. Ze kunnen hier in principe drie maanden blijven, maar dat loopt wel eens uit. Van onze cliënten stroomt dertig tot vijfendertig procent binnen de Jellinek naar een andere afdeling door, ambulante of klinische. Van de rest gaat een deel niet verder en blijft clean, een aantal mensen haakt af, maar komt vaak later nog een keer terug. Meestal krijgen ze een nieuwe kans. Zo'n zeventig procent van de cliënten blijft in beeld van de

hulpverlening, hetzij binnen het IMC, hetzij ergens anders. De gemiddelde leeftijd van onze cliënten, 38 jaar, is hoger dan die van de

'Het is ook onze bedoeling om juist die oudere verslaafden te bereiken.'

doorsnee verslaafde. Ze gebruiken meestal al lange tijd drugs. Het is ook onze bedoeling om juist die oudere verslaafden te bereiken. De meesten zijn weinig tot niet geïntegreerd in de Nederlandse samenleving en zijn door het gebruik vaak in aanraking geweest met justitie. Ze hebben veel persoonlijke problemen, sommigen zijn verloederd, in lichamelijk en geestelijk opzicht.

De meeste cliënten komen hier via justitie, in het kader van het "vroeg-hulpproject". Het gaat dan om mensen die al vier eerdere vergrijpen hebben. Zij worden in de politiecél bezocht, en kunnen kiezen voor opname in de kliniek of een kortdurende straf. Andere cliënten worden verwezen door het streetcornerwerk, het CAD, GG & GD of de Regenboog. Cliënten zijn over het algemeen positief. Als ze weg zijn komen ze vaak terug om te vertellen hoe het gaat. De meesten hebben een sterke band met het IMC, zij vinden de sfeer prettig. Voor een aantal is het de eerste keer dat ze weer eens iets hebben gedaan dat succes heeft. "Geslaagde cliënten" komen ook terug om nieuwe cliënten op te peppen. Zeker leden van dezelfde allochtone groep hebben sterk de behoefte om elkaar te steunen. Als ik een cliënt doorverwijs naar de reguliere drugshulpverlening, probeer ik ervoor te zorgen dat hij niet alleen gaat, maar liefst met een of twee andere cliënten van hier, met wie hij al een band heeft.

In de literatuur over multiculturalisatie vind je het "vijf-fasenmodel", dat is ontwikkeld door Monica Armour. In de eerste fase gebeurt eigenlijk niets, er wordt niet gestreefd naar multicultureel samengestelde teams. In de tweede fase worden de eerste stappen gezet, meestal onder druk van de omstandigheden. Er zijn problemen, en dus vindt men dat er iets moeten gebeuren. Vaak wordt er dan een project gefinancierd. Zo is het IMC ook ontstaan. In de derde fase begint zich een praktijk te vormen met een eigen dynamiek. Het belang van diversificatie wordt onderkend. In de vierde fase worden oude normen en waarden ter discussie gesteld en de nieuwe op grond van ervaring geïnternaliseerd. In een vijfde fase wordt de multiculturalisatie gerealiseerd, maar die fase heb ik nog nooit gezien. Ik denk dat het IMC in de derde fase zit, de Jellinek

als geheel in de tweede. Geïntegreerde hulpverlening is ons doel, maar die bereik je pas als eerst aan een aantal voorwaarden is voldaan, en zo ver is het voorlopig nog niet. Een van die voorwaarden is een personeelsbeleid dat leidt tot een multiculturele samenstelling van het team. En daarnaast moet men verandering aandurven, die vijf fasen willen doorlopen. Integratie bestaat niet zomaar; het is een ingewikkeld proces, dat ook ons tijd heeft gekost. We zijn nu drie jaar bezig en ik zie dat we ons ontwikkelen. Je kunt geen fasen overslaan al zou je dat willen.

Het IMC begon als experiment voor één jaar, zoals de meeste nieuwe projecten. Doel was vooral die mensen met de hulpverlening te laten kennismaken die tot dan toe nauwelijks werden bereikt. Als project had het IMC een

slechte prognose, want juist die mensen zouden geen hulpverlening willen, werd gezegd. De resultaten zijn boven verwachting. Mensen blijven hier veel langer dan verwacht en ook de doorstroom is veel groter. Daardoor komen er ook in de reguliere hulpverlening meer allochtonen, en dat zal op den duur wel gevolgen hebben. Ik ben best trots op wat we hier bereikt hebben. Mensen die als hopeloos werden beschouwd, zie je weer opbloeien. Je hebt ze wat te bieden. De verhalen zijn vaak schrijnend, te erg om te geloven. Toch willen mensen hier afkicken, een nieuw leven beginnen. En een deel van de groep lukt dat ook. Dat is toch prachtig?

Ingrid van de Vegte is redactielid van TGF.

Mijnheer V. is een Surinaamse man van 48, die sinds 1975 in Nederland woont en bijna direct verslaafd raakt. Hij is getrouwd en heeft drie kinderen. Onder meer door zijn verslaving lopen de spanningen thuis hoog op. Hij komt meestal aan zijn geld door te hosselen, door winkeldiefstal of door het van familie te lenen. Hij is een aantal malen opgepakt, kicke dan af, maar viel onmiddellijk daarna weer terug. De contacten met de familie raken steeds erger verstoord. In 1978 gaat hij al eens naar een afkickkliniek, Strefi Densi, en is hij zes maanden clean. Zes maanden later valt hij weer terug. Hij wordt moedeloos en neemt een paar keer een overdosis. Hij laat zich nog twee maal korte tijd in een kliniek opnemen, maar beide keren haakt hij vrij snel af. Inmiddels is hij gaan zwerven.

Vijftien jaar na het begin van zijn verslaving laat V. zich opnemen in het IMC. Hij weet nog niet precies wat hij wil, maar vindt zichzelf onderhand te oud voor een verslaving. Hij wordt binnenkort opa en wil het goede voorbeeld geven. In eerste instantie wordt hij vooral geholpen met materiële zaken. Hij raakt gewend aan een dag-nachtritme en zijn fysieke toestand verbetert. In het begin wil hij niet praten over zijn problemen, want 'praten lost niets op'. Hij raakt gewend in het IMC, gaat langzamerhand meedoen aan groepen. Hij gaat zich thuis voelen. Hij krijgt een goede band met zijn mentor en er vindt een intake plaats. Gaat praten over zijn verleden en een onverwerkte traumatische ervaring. Hij raakt opgelucht. Hij beseft dat de dope-wereld het niet meer voor hem is, maar is bang om terug te vallen als hij buiten komt. Ambulante hulpverlening is dan ook niet haalbaar. Hij kiest voor een vervolgonname en doorloopt daar een behandeling.

Twee jaar later heeft V. huisvesting en woont met begeleiding zelfstandig. Hij heeft een opleiding gedaan via MHV (Maatschappelijke Herstel Voorzieningen) en doet nu administratief werk bij een bank.

S. is een 31-jarige Antilliaanse man. Hij is al veertien jaar poli-drugsverslaafd en heeft chronisch psychiatrische verschijnselen. Hij komt niet in de psychiatrie omdat hij verslaafd is en niet in de drughulpverlening omdat hij psychiatrisch is. Hij zwerft en is lichamelijk verwaarloosd, vaak in de war. Twee broers van hem zijn ook verslaafd. Hij wordt opgevangen door zijn ouders, maar die kunnen het niet meer aan. In het IMC wordt een psychiater geconsulteerd en de medicatie ingesteld.

S. heeft bijna 'hand in hand'-begeleiding nodig: veel structurering en veel correctie. Een deel van de bewoners tolereert zijn afwijkend gedrag niet, een ander deel neemt hem juist in bescherming. Hij is eigenlijk erg aardig. Vindt daardoor toch zijn plek en wordt gewaardeerd om zijn humor. Hij is erg beïnvloedbaar, gebruikt drugs in de drugscene, is crimineel in de criminele scene en bloeit op in een positieve omgeving. Zijn positieve kanten worden gestimuleerd en zijn zwakkere kanten ondersteund. Dat hij psychiatrisch is, heeft meer invloed dan dat hij drugs gebruikt, want daar komt hij wel af. Er wordt toegewerkt naar zelfstandigheid. De methadon wordt in zeven weken afgebouwd. Het gaat goed met hem. Met het predikaat 'clean' gaat hij na vier maanden naar een resocialisatie-afdeling van een psychiatrische inrichting. Na verloop van tijd gaat hij daar weg en valt terug.

BOEKEN

HOOFDBREKENS

Ingrid Dam, *Een onderzoek naar constructivisme en migraine. Doctoraalscriptie Sociologie Katholieke Universiteit Brabant, Augustus 1992.*

De Katholieke Universiteit Brabant kent ieder jaar een prijs toe aan een afstudeerscriptie ter bevordering van onderzoek naar voor vrouwenemancipatie relevante onderwerpen. Eind 1992 is die prijs toegekend aan Ingrid Dam. Zowel onderwerp, benadering, als prijs maakten me nieuwsgierig.

Ingrid Dam keek met een constructivistische bril naar een aantal medische en psychologische tijdschriftartikelen over migraine uit de periode 1980-1989, waarbij vooral de oorzaken en het seksespecifieke karakter aan bod komen.

De scriptie bestaat uit twee delen: het eerste gedeelte behandelt theorieën over constructivisme in de medische sociologie, psychologie en vrouwenstudies in Nederland. Het tweede gedeelte de tijdschriftartikelen over migraine. Van de totale honderd pagina's, beslaat ieder deel de helft.

CONSTRUCTIVISME

Het begrip constructivisme verwijst naar de 'gemaaktheid' van de 'feiten'. Het constructivisme in de psychologie verzet zich tegen individualiserende en statische opvattingen over mensen en zoekt naar begrippen en onderzoeksmethoden die recht doen aan zowel individuele als sociale componenten van psychologische processen. Mensen hebben dan geen eigenschappen meer maar construeren in interactie.

In de medische sociologie gaat het om onderzoek naar andere constructies. Dat kan macht zijn, bijvoorbeeld in een arts-patiëntrelatie. Het kan ook onderzoek naar de constructie van een ziekte zijn, zoals bijvoorbeeld migraine. Het constructivisme in vrouwenstudies voegt daar de vraag naar de constructie van seksverschillen aan toe.

Dam geeft een helder geschreven overzicht van in Nederland bekende theorieën, artikelen en discussies. Voor wie haar licht op wil steken over constructivisme, is haar scriptie aan te bevelen. Jammer is dat zij het gebruikte materiaal niet echt overstijgt. Ze reproduceert daardoor onduidelijkheden en impliciete vooronderstellingen.

Die zijn er legio. Omdat het constructivisme ontkent dat de dingen zoals we ze kennen,

samenvallen met de dingen zoals ze zijn, is het voor velen een beladen manier van denken. Vertrouwde begrippen als 'waarheid', 'objectiviteit' en 'wetenschap' kunnen immers ter discussie komen. Maar ook vertrouwde opvattingen over ziekten, vrouwen en individuen.

De heftigheid waarmee het constructivisme-debat werd gevoerd, verduisterde af en toe het zicht. Onderzoek dat bijvoorbeeld machtsuitoefening van de geneeskunde als object had, werd verweten niet te spreken over individuele klachten.

Foucaultiaanse vertooganalyses werden alleen opgevat als taalanalyses of analyses van wetenschappelijke teksten. Het subject als kruispunt van vertogen zou niet passen bij onderzoek naar gezondheidsproblemen.

Slechts af en toe stipt Ingrid Dam deze spraakverwarring aan, bijvoorbeeld waar zij stelt dat je wetenschap kunt inzetten voor het oplossen van heel verschillende vragen.

MIGRAINE

Het tweede deel van Dams scriptie is een analyse van de tijdschriftartikelen over migraine. Ze gaat in op de oorzaken die in de teksten genoemd worden, op de vraag of er een verklaring voor seksverschillen in het voorkomen van migraine wordt gegeven (migraine komt ongeveer twee maal zoveel voor bij vrouwen als bij mannen) en ze onderzoekt beelden van vrouwelijkheid en de benoeming van individuele verschillen.

Uit de medische teksten komt naar voren dat oorzaak en werking van migraine niet echt bekend is. De laatste jaren is sprake van een verschuiving van een vasculair naar een neuronaal verklaringsmodel. Dacht men vroeger dat vaatverwijding de oorzaak was, tegenwoordig neemt men aan dat het om een neurologische verstoring in de hersenen gaat, Dam concludeert dat het medisch onderzoek eenzijdig gericht is op fysiologische verklaringen en niet ingaat op het seksverschil.

In de psychologische teksten worden verschillende beïnvloedende factoren genoemd: stress, cognitief en copinggedrag, persoonlijkheid, biologische factoren. Multicausaliteit krijgt binnen de psychologie een grote plaats. Maar ook hier wordt weinig ingegaan op seksverschillen.

Dam komt tot de verrassende conclusie dat het psychologische onderzoek meer in overeenstemming is met het constructivisme omdat het toelaat dat er verschillende waarheden naast elkaar bestaan, hetgeen volgens haar een essentieel standpunt is van het constructivisme. Het medisch onderzoek verwijt zij eenzijdigheid. Alle onderzoek verwijt ze geen

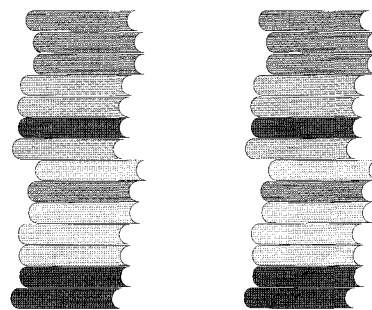
rekening te houden met sociale factoren en persoonlijke betekenisgeving. Ze pleit voor een multicausale theorie waarin meerdere waarheden over migraine een plaats krijgen.

Met constructivisme heeft dat niets van doen. Het constructivisme behelst geen normatieve standpunten of het moet dat ene zijn: feiten worden gemaakt. Dat bij bestudering van hoe ze gemaakt worden vaak (niet altijd!) blijkt dat er meerdere waarheden naast elkaar bestaan, is een uitkomst van het constructivistisch onderzoek, geen uitgangspunt. Dam had helemaal geen constructivisme nodig gehad om de geneeskunde en de psychologie te verwijten dat zij eenzijdig te werk gaan. Dat is gewoon de oude alom geuite kritiek: gezondheidsproblemen hebben zowel biomedische, psychologische en sociale dimensies en die moeten bij onderzoek en behandeling betrokken worden. Maar ook hier geldt dat het menselijk kennen beperkt is; één allesomvattende theorie over migraine lijkt me niet mogelijk. Dus waarom zou fysiologisch onderzoek naar processen in hersenen van migraine lijders de kritiek moeten krijgen dat het eenzijdig is?

Op grond van de uiteenzetting over constructivisme in het eerste deel van Dams scriptie had ik verwacht dat Dam vragen zou stellen als: wie verstaat wat onder migraine, verandert het begrip in de bestudeerde periode, wie zijn daarbij betrokken en waardoor komt dat? Bijvoorbeeld waar zij een verschuiving concludeert van een vasculair naar een neuronaal model in de medische artikelen. Of: hoe verhouden psychologisch en medisch onderzoek zich tot elkaar? Wie heeft waar de overhand? Wie boekt terreinwinst en wat betekent dat voor de behandeling?

Zowel het constructivisme deel als het migraine deel van de scriptie heeft zijn waarde. Maar ze hebben weinig met elkaar te maken. Inderdaad: een onderzoek naar constructivisme en (naar) migraine. De titel *Hoofdbreken* is op allebei de delen van toepassing.

Ingrid Baart



BOEKEN

DE ZIEKTE VAN HET GANGBARE

Raf Janssen en André Bons, *De ziekte van het gangbare*, 140 pagina's, te bestellen door f 24,90 (voor minima f 14,90) over te maken op postbanknummer 2607454 t.n.v. Commissie Oriënteringsdagen te Utrecht.

'Studies over armoede bevatten zelden een hoofdstuk waarin duidelijk wordt gemaakt wat rijkdom is en hoe rijkdom wordt vergaard.' Met die verzuchting begint het boekje *De ziekte van het gangbare* van Raf Janssen en André Bons. De auteurs maken die kennelijke omissie van die andere studies over armoede méér dan goed. Maar of dat een goed boek over armoede oplevert, valt te betwijfelen.

Strikt genomen is *De ziekte van het gangbare* geen studie over armoede. Weliswaar vormt armoede het vertrekpunt, maar vandaaruit stellen de auteurs een enorme waaier van onderwerpen aan de orde: sociaal-economische gezondheidsverschillen, arbeidsmoraal, keuzen in de zorg, concurrentie in de gezondheidszorg, de afbraak van de verzorgingsstaat. Dwars door al die onderwerpen speelt een centraal thema: alleen door een nieuwe combinatie van ecologisch verantwoord en solidair denken kunnen we ontkomen aan de ziekte van het gangbare (ook wel: 'de blinde aanvaarding van de ontwikkelingsweg die door de markteconomie wordt voorgeschreven'). Het perspectief is een 'zonnige' samenleving, en wel op mondiale schaal.

Misschien wel omdat er zo ontzettend veel onderwerpen in het nauwelijks 150 pagina's tellende boekje aan bod komen, bevat het nergens echt nieuwe gedachten. Neem bijvoorbeeld het topic 'concurrentie in de gezondheidszorg', een onderwerp dat lezers van dit blad niet onberoerd zal laten. In een poging het onderwerp inzichtelijk te maken, halen Janssen en Bons de Duitse marktsupporter Biermann van stal. Biermann wil dat de politiek zich terugtrekt uit de gezondheidszorg. Er moet volgens hem een verplichte verzekering komen tegen ziektekosten met een minimaal basispakket; de rest is luxe en daar moeten mensen maar individueel voor betalen. 'De ideeën van de Duitse auteur Biermann stemmen in grote mate overeen met de teneur van recente beleidsnota's in Nederland,' luidt vervolgens de opmerkelijk grove stelling van Janssen en Bons.

Je vraagt je af over welke beleidsnota's ze het hebben. De modernisering van de Nederlandse

gezondheidszorg staat vanaf Wisse Dekkers *Bereidheid tot verandering* in het teken van het meer of minder behoeftzaam introduceren van wat marktelementen in een stelsel dat tot dan toe zelfs nog nauwelijks over zijn kostprijs had nagedacht. Dat is iets heel anders dan een pleidooi voor een volledige terugtrekking van de politiek.

ONGEPAST ONBESCHIEDEN

Nu kun je natuurlijk niet overal veel verstand van hebben. Maar blijf dan wel gepast bescheiden. Die eigenschap is Janssen en Bons echter vreemd. Zo constateren ze in hoofdstuk tien dat armoedeonderzoekers de grotere maatschappelijke context van de markteconomie en de daarbij behorende sociale ordening buiten beschouwing laten. Ze hebben het daarbij onder meer over het onderzoek van De Walle en Kok naar gezondheidsbevordering en armoede. Die erkennen wel dat armoede een maatschappelijke context heeft, maar leggen vervolgens het accent op het veeleisende proces van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. En uit die nadruk vloeit volgens Janssen en Bons 'als vanzelfsprekend' een normaliserende benadering van armen voort. Janssen en Bons oordelen als ware Farizeeërs: 'Als De Walle en Kok de moeite hadden genomen kennis te nemen van de vele kritiek die vanaf het begin is geuit op het begrip "armoedecultuur", hadden ze mogelijk minder exclusief het accent gelegd op de opvoeding van de armen tot een normaler (gezondheids)gedrag.' Ikzelf moet in alle bescheidenheid toegeven dat ik niet weet hoeveel moeite De Walle en Kok hebben genomen om kennis te nemen van de kritiek op het begrip armoedecultuur. Uit het accent op GVO in hun boekje valt dat mijns inziens niet af te leiden; misschien waren ze wel ingehuurd om over GVO te schrijven.

De staat doet het in de ogen van de auteurs evenmin erg goed. Jammer genoeg leidt hun kritiek tot ietwat tegenstrijdige conclusies. Enerzijds deugt de staat niet omdat die zich steeds meer begeeft in het persoonlijk leven van de armen en zich 'bemoeit met consumptie, ontspanning, sport, leefstijl, scholing, tijdsbesteding en gezondheid'. Anderzijds deugt de staat niet zodra hij voorstelt eigen bijdragen te vragen voor medische dienstverlening. Terwijl eigen bijdragen toch in de plaats komen van een verplichte (hogere) premie voor het ziekenfonds.

De staat deugt al evenmin als hij slechts geïnteresseerd is in gezondheid voor zover die functioneel is voor het verrichten van arbeid

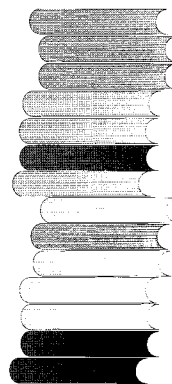
en niet als waarde op zich. 'In de nieuwe consensus verandert gezondheid van doel tot middel,' constateren de auteurs met een ondertoon van spijt. Een licht verwijt klinkt zelfs door als ze Durming aanhalen: 'Gezondheid is het vermogen tot normaal functioneren in de samenleving.' Dat laatste is al heel wat anders dan een beperking tot gezondheid als *earning capacity*; ook het voorkómen van hospitalisatie door ambulante zorg valt eronder.

Een beperking van gezondheid tot de mogelijkheid om je eigen inkomen te verwerven is te strikt, maar beseffen Janssen en Bons wel hoe vervelend het kan worden als de staat gezondheid als morele waarde op zich gaat propageren?

ZONNIG

De wereld is heel verkeerd in de ogen van de schrijvers van *De ziekte van het gangbare*. In plaats van daarbinnen nuances op te sporen om die zieke wereld weer op de been te helpen, is het boekje een lange poging om de staat, andere armoedeonderzoekers en nog vele anderen tot boze bedreigende buitenwereld op te blazen. Het alternatief is daarna voorspelbaar: de omkering van het bestaande. De uitkeringsgerechtigden moeten er drie- tot vierhonderd gulden per maand bij, de afbraak van het milieu moet stoppen en we moeten op weg naar een 'zonnige samenleving' met een natuurlijk ritme (ook wel: 'langzaamheid'), bewarende arbeid, genot en gezondheid. 'Dat is niet in de eerste plaats de gezondheid van de mens, maar de gezondheid van het leven, de gezonde en grote kracht van het leven zelf,' concluderen Janssen en Bons. Heel vroeger heette dat *de hemel*, iets recenter ook wel het *socialisme*. Aangezien we alweer een tijdje weten dat zo iets niet bestaat, is *De ziekte van het gangbare* een overbodig boekje.

Nico de Boer



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

Bijdragen voor de rubriek signalen
moeten gestuurd worden naar
het redactieadres:
Prinsenhofsteeg 10 1012 EE Amsterdam

BIJEENKOMSTEN

Op 7 september 1993 zal in Utrecht het derde nationale NU'91-congres 'De verpleging op de politieke agenda' plaatsvinden. Om de verpleging en verzorging uit zijn marginale positie te halen gaat NU'91 sterker dan voorheen proberen de politieke besluitvormingsprocessen ter discussie te stellen en te beïnvloeden. De verpleging en verzorging wil ook structureel op de politieke agenda staan. Op het congres wordt het woord gevoerd door staatssecretaris Simons, de hoogleraar Fortuyn, CDA-fractievoorzitter Brinkman en commissie-Wemerlid mevrouw le Grand. 's Middags is er een groot debat met politici en functionarissen in de gezondheidszorg.

Informatie bij NU'91, tel. 030-964144.

Een goede gezondheid hangt niet alleen af van goede gezondheidszorg. In de hele wereld bestaat een samenhang tussen gezondheid en armoede- en milieu vraagstukken. Daarover gaat het boek 'Duurzame zorg voor gezondheid', dat op dinsdag 28 september om 14.30 uur wordt gepresenteerd in café Zeezicht, Nobelweg 2 in Utrecht. Onder leiding van medisch antropologe Annemiek Richters wordt er een debat gehouden over de vragen: Kan de gezondheidszorg in Nederland duurzaam worden gemaakt, en welke bijdrage kunnen de verschillende belangengroepen daaraan leveren? De bijeenkomst richt zich op (vrouwen)gezondheidsorganisaties, milieuorganisaties, derde-wereldbeweging, patiënten- en consumentenorganisaties. De panelleden zijn: Riekje Kok (Metis), Bram van der Lek (voorzitter Vereniging Milieudefensie), Fons Dekkers (directeur NP/CF), Jaap Dijkstra (directeur Hivos), Rob Oudkerk (LHV).

Toegang gratis, borrel wordt aangeboden. Opgave: bij Wemos, postbus 1693, 1000 BR Amsterdam, telefoon 020-420222, fax 020-6205094 of bij NCDB, Prinsenhofsteeg 10,

1012 EE Amsterdam, telefoon 020-6245265, fax 020-6200459. Het boek is te bestellen door f17,70 (inclusief porto) over te maken op postbanknummer 4265727 van Wemos, o.v.v. de titel, of op postbanknummer 2032327 van het NCDB, ook o.v.v. de titel.

Vrijdag 15 oktober 1993 vindt in Ede een landelijke congres plaats naar aanleiding van het verschijnen van het boek dat als werktitel heeft 'herkennen, signaleren en bespreekbaar maken van seksueel misbruik van mensen met een lichamelijke handicap'. Dit congres is een initiatief van onder meer de Gehandicaptenraad.

De kosten zijn f75,-; informatie is te verkrijgen bij de Gehandicaptenraad (Hanneke van Ommen), tel. 030-313454.

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW organiseert op donderdag 30 september 1993 in Ede het congres 'Thuis helpt het beter'. Dit congres, dat de afsluiting vormt van het gelijknamige project, biedt een actueel overzicht van ontwikkelingen en discussies die relevant zijn voor de thuishulp aan chronisch zieken en mensen met een handicap. Sprekers zijn onder meer staatssecretaris Simons en de hoogleraren Van den Bos, Van de Ven en Philipsen.

Deelname aan het congres kost f150,-. Informatie: congresbureau NIZW, tel. 030-306398.

PUBLIKATIES

Omlangs heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de achtergrondstudie 'Beleid op maat' uitgebracht. In deze studie stelt de raad dat marktwerking in de gezondheidszorg niet voor alle categorieën patiënten aauvaardbaar is. Concurrentie hoort niet thuis in de langdurige en intensieve verpleging en verzorging van bejaarden, gehandicapten en chronisch zieken. Volgens de raad heeft de kwaliteit van zorg daaronder te lijden. In het nieuwe zorgstelsel moet de zorg voor patiënten die langdurig of intensieve verpleging nodig hebben, beter worden gegarandeerd.

'Beleid op maat' (publikatienummer 20/93) is te bestellen bij de afdeling voorlichting en pr, tel. 079-710300.

Bij het Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO) is het boek 'Buurtgerichte Gezondheidsbevordering; projecten, groepswerk, cursussen' verschenen. Hierin wordt beschreven hoe buurtbewoners samen met beroepskrachten werken aan gezondheidsbevordering via cursussen, groepswerk en projecten. Het gaat hier om een nieuwe aanpak: contextgebonden gezondheidsbevordering. Naast theorie bevat het boek praktijkvoorbeelden.

'Buurtgerichte gezondheidsbevordering' kost f24,50. Informatie: LCD-Zwolle, tel. 038-232112.

Geef uw lokaal gezondheidsbeleid een nieuwe impuls

NEEM EEN ABONNEMENT OP HET TIJDSCHRIFT VOOR
GEZONDHEID EN POLITIEK

Kritisch, helder, recht door zee

Ja, ik wil een abonnement op TGP:

Naam:

Straat:

Postcode en woonplaats:

Deze bon in een gefrankeerde envelop sturen aan:

Louwers Uitgeversorganisatie B.V., Wilhelminasingel 163, 6001 GS WEERT.

Postbus 249, 6000 AE WEERT, tel.: 04950-41203, fax: 04950-21335.

Stichting Prinses Beatrix Fonds

***Nationaal fonds ter bestrijding van onder meer:
polio, spasticiteit, multiple sclerose, spierziekten,
ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson.***

Al deze ziekten hebben gemeen dat de mens in zijn motoriek (d.w.z. zijn beweeglijkheid) wordt gestoord. De in de hersenen en ruggemerg gevormde signalen aan de spieren komen niet, of zeer gebrekkig, over. Het trieste gevolg hiervan is toenemende invaliditeit. In Nederland lijden 80.000 mensen aan de gevolgen van de betrokken ziekten.

De inkomsten van het Fonds worden voor het grootste deel verkregen uit de jaarlijkse collecte (in de derde week van september) en diverse gerichte acties. Verder wordt een niet onbelangrijk deel van de jaarlijkse donaties verkregen uit legaten en erfstellingen. De Stichting is gerangschikt onder de rechtspersonen als bedoeld onder art. 24 lid 4 van de successiewet.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK naar oorzaken, voorkoming en bestrijding van al deze aandoeningen is dan ook uiterst noodzakelijk.

Hiervoor is heel veel geld nodig, vooral nu van overheidswege minder fondsen beschikbaar zijn. Aanvragen voor een subsidie van deze projecten nemen derhalve sterk toe.

INDIVIDUELE SUBSIDIE wordt verstrekt voor o.a. inrichting en woningaanpassing, voermiddelen, technische hulpmiddelen, studie, vakantie en recreatie.

Voorts geeft het Fonds voor specifieke belangenbehartiging aanzienlijke financiële en materiële ondersteuning aan een vijftal patiënten-organisaties.

Deze middelen worden door de betrokken belangenverenigingen gebruikt voor het geven van voorlichting en begeleiding van hun patiënten.

Voor meer informatie:

**PRINSES
BEATRIX
FONDS**



Centraal Bureau
Scheveningseweg 56
2517 KW 's Gravenhage
tel: 070-3503535
fax: 070-3500050
Giro 969
Bankrekening 70.70.70.325
(alle banken)



ALS DEZE ARTS ER NIET WAS GEWEEST ...

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

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

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



ARTSEN ZONDER GRENZEN
MEDECINS SANS FRONTIERES

Uw financiële steun is van levensbelang

GIRO 4054