

TIJDSCHRIFT  
VOOR

# GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 13  
NR. 3 / JUNI 1995



Thema: migranten in de gezondheidszorg

---

Het milieu: hoogspanning, roet & erger

---

Orgaandonatie: politiek van geen bezwaar

---

De gynaecoloog in het medische tuchtrecht

---

## Psychische gezondheid

J.W. Furer, C. König-Zahn & B. Tax,

1995, 264 blz. f 57,50 - ISBN 9023227573

*Serie: Het meten van de gezondheidstoestand, dl. 3*

Dit derde deel in de serie beschrijft en evalueert vragenlijsten voor het meten van de psychische gezondheid. Er worden a-specifieke en eenschalige meetinstrumenten behandeld zoals enkelvoudige vragen over geluk/satisfactie, de vragenlijsten Langner-22, ABS, BIOPRO, NPV, Delfse VL, ABV en de vaak toegepaste VOGEGen General Health Questionnaire (GHQ). De vragenlijsten worden meestal gebruikt als 'thermometer', ze geven bij een verhoging aan dat er iets (meer) aan de hand is, zonder dat het tot een diagnose leidt. Daarnaast zijn drie specifieke, eenschalige vragenlijsten beschreven: de BDI en de SDS voor depressie en de SW voor angst. Tenslotte worden drie veel gebruikte, meerschale meetinstrumenten geanalyseerd: de SCL-90, PERI en RAND-MHI. Zoals alle instrumenten in deze serie zijn ze geschikt voor toepassing in de open populatie en maken het mogelijk psychische profielen te construeren op (deel)populatie niveau.

### DL 1 - Algemene gezondheid

C. König-Zahn, J.W. Furer & B. Tax.

1993. 160 blz. f 39,50 - ISBN 90 232 2756 5

### DL 2 - Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid

C. König-Zahn, J.W. Furer & B. Tax.

1994. 150 blz. f 37,50 - ISBN 90 232 2758 1

### DL 4 - Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen

H.P. Uniken Venema & H.F.L. Garretsen (red.)

1995. 120 blz. f 35,00 - ISBN 90 232 2759 X

## Determinanten van gezondheid

Deze reeks bestaat uit vier boeken geschreven in het kader van het onderzoekprogramma Determinanten van Gezondheid. In deze boeken worden verschillende aspecten belicht van de relatie tussen leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren enerzijds en gezondheid en ziekte anderzijds.

### Deel 1 - Intervenieren in de determinanten van gezondheid: Overwegingen vooraf

H.M. Langeveld, A.H.M. Kerkhoff & H. Emanuel-Vink (red.)

1995. 120 blz. f 29,50 - ISBN 90 232 3025 6

### Deel 2 - Intervenieren in de determinanten van gezondheid: Resultaten van een onderzoeksprogramma

R. Sanderman, W.J.A. van den Heuvel & B. Krol (red.)

1995. 288 blz. f 59,50 - ISBN 90 232 3030 2

### Deel 3 - Het meten van determinanten van gezondheid: Een overzicht van beschikbare meetinstrumenten

R. Sanderman, C.M.H. Hosman & M. Mulder (red.)

ca. 200 blz. ca. f 45,00 - ISBN 90 232 3031 0  
*verschijnt: zomer '95*

### Deel 4 - Intervenieren in de determinanten van gezondheid: Over obstakels en leermomenten

W.J.A. van den Heuvel, L.V. Jonkers-Kuiper, M. Mootz & C. Spreeuwenberg

ca. 100 blz. ca. f 29,50 - ISBN 90 232 3032 9  
*verschijnt: zomer '95*

## Gezondheid en leefomgeving

Van wijken weten

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

1995. ca. 146 blz. ca. f 29,90 - ISBN 90 232 3000 0

*Serie: Gezonde Steden Reeks, dl. 5*

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

### DL 1 - Het gezonde steden project

*Achtergronden en praktijk*

J. Cosijn

1992. 90 blz. f 21,00 - ISBN 90 5218 030 X

### DL 2 - Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid

*Een kijkje in de keuken*

G. van der West (red.)

1992. 104 blz. f 23,50 - ISBN 90 5218 032 6

### DL 3 - Gezonde steden en onderzoek

*Reikwijdte, methoden, toepassingen*

J. ten Dam & E. de Leeuw Ired.)

1993. 100 blz. f 25,00 - ISBN 90 5218 033 4

### DL 4 - Intersectorale actie

*Voor grensbewoners is smokkelen normaal*

H. Saan, J. Ellenkamp & J. van den Bogaard (red.)

1994. 196 blz. f 39,50 - ISBN 90 232 29541

## Rapportage

Gids voor begeleiders, hulp- en dienstverleners

Willemine Regoljin

1995. 96 blz. f 25,00 - ISBN 9023230175

Rapporteren is een kunde, die veel inzicht en vaardigheid vereist en geleerd kan worden. Dit boek is een goed hulpmiddel daarbij. Het is gericht op zowel de rapporteur (in spe) als op het rapporteren; het kan als lesmateriaal in het onderwijs gebruikt worden, maar het is ook bruikbaar in beroepspraktijken waar gerapporteerd wordt. Bij rapportage gaat het om méér dan de taal- en structuuraspecten van het rapport.

*Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever*

Uitgeverij

**VAN GORCUM**

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



TIDSCHRIFT  
VOOR

---

**GEZONDHEID  
&  
POLITIEK**

---

JAARGANG 11  
NR 3 / JUNI 1995

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

Verschijnt 1 x per twee maanden  
ISSN 0167-8647

Uitgever  
Van Gorcum & Comp. bv.  
Postbus 43  
9400 AA Assen  
Telefoon 05920-46846  
Fax 05920-72064

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

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

Redactieadres  
Postbus 17107  
1001 JC Amsterdam  
Telefoon redactie: 05708-2289  
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  
Mieke Schlaman

Advertentietarieven  
op aanvraag bij de uitgever

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

## INHOUD

### Thema: Migranten

- 2 Redactioneel
- 3 Christien Broecheler  
Een kussen van steen  
De Iraanse schrijver en vluchteling Nasim Khaksar
- 5 Sandra Wersch  
Op je kinderen rekenen  
.. of op de Nederlandse ouderenzorg
- 8 Matthé Ribbens  
Opvangcentrum  
Arts & asielzoekers
- 10 Ingrid van de Vegte  
Ik ben er nooit niet mee bezig  
Migranten-hulpverlener Ronald May
- 12 Annechien Limburgh  
Zelfbeheersing  
Column
- 13 Nordine Dahhan  
Op duidelijke wijze  
Informatie-overdracht volgens de WGBO
- 15 Anita Vink  
Klachten en vragen  
van alloctonen over de gezondheidszorg
- 17 Markus Kruyswijk, Jan Hoekstra  
Illegaal, onverzekerd  
Medische hulp voor illegalen
- 20 Het Binnenhofje  
Rubriek
- 21 José Höppener-Helmich  
Circumstantial evidence  
Gezondheid in slecht milieu
- 24 Hans Koenis  
Brief uit Boedapest  
In volle zee
- 25 Reakties  
Over paternalisme en over Riagg & arbeid
- 26 Hans Akveld  
Naar een transplantatiewet  
Van toestemming naar geen bezwaar
- 29 Boeken  
De normen van de gynaecologie
- 30 Suzanne van der Vathorst  
Ziekenhuis zorg winkel ?  
Deregulering voor de consumenten
- 32 Signalementen

—  
•  
MIGRANTEN  
•  
—

## REDACTIONEEL

Migranten kunnen zich momenteel koesteren in een omvangrijke belangstelling van de media. Hoewel, koesteren? Nogal wat aandacht ging en gaat uit naar het asielzoekersvraagstuk, een discussie die mede werd verhevigd door de recente Provinciale Statenverkiezingen. Aandacht die lang niet altijd positief van aard was. Maar de media hadden ook een andersoortige aandacht voor migranten. De migrant als consument bijvoorbeeld. Zo overweegt een grote verzekeringsmaatschappij reclame te maken voor doelgroepen als Turkse en Marokkaanse gezinnen. In hun eigen taal wel te verstaan.

Ook de migrant als producent, "detaillist en werkgever wordt -zij het als aspect van de strijd tegen de werkloosheid- ontdekt. Al te gemakkelijk wordt vaak over het hoofd gezien dat migranten belangrijke bijdragen leveren aan het economisch leven, alleen al via hun koopkracht.

Hoe zit het eigenlijk met de gezondheid van de migranten? Hoe ervaren zij het Nederlandse zorgstelsel? Als patiënt, maar ook als hulpverlener? Is er een relatie tussen gezondheid en migratie? Wordt de zorgvraag van migranten bepaald door hun cultuur? Moeten we hier als redactie een apart nummer aan wijden, is dat een knieval voor de waan van de dag?

In dit themanummer willen we dergelijke vragen aan bod laten komen. Een thema als migratie biedt de lezer de gelegenheid om te kijken naar de beleving van gezondheid en zorg door migranten al dan niet zelf werkzaam binnen de zorgsector. De rode draad die door het thema loopt, wordt gevormd door het begrip 'ontwikkeling'. Ontwikkeling van het verleden, het heden en de toekomst van de migrant. Migranten zijn grofweg te onderscheiden in drie groepen: arbeidsmigranten, migranten uit voormalige koloniën en gedwongen migranten. De laatsten hebben -als asielzoeker of illegaal- te maken met de huidige zorg, terwijl vaak ook problemen uit het verleden worden meegetorst. De groep migranten uit voormalige koloniën levert zelf een aandeel in de zorg als hulpverlener. Met betrekking tot de arbeidsmigranten kan worden opgemerkt, dat zij mede een stempel zullen drukken op de praktijk van de zorg, gegeven de aard en omvang van hun zorgvraag.

Wat is het perspectief van de migrant die net in Nederland is aangekomen? Met welke zorgen komt hij aan? Welke zorg mag hij of zij verwachten? Welke zorg ontvangt een asielzoeker tijdens zijn eerste verblijf? Over de zorg aan illegalen handelt de bijdrage van Kruyswijk en Hoekstra, terwijl het interview met de huisarts Rodrigues een tip van de sluier oplicht van de wereld van het opvangcentrum.

Na de eerste kennismaking met de Nederland en de zorg, komt de migrant meestal in een stationaire toestand terecht. Hij richt zijn leven opnieuw in en probeert dit af te stemmen

op de hem omringende maatschappij. Dat dit laatste geen eenvoudige opgave is, komt naar voren in het interview met de Iraanse schrijver Nasim Khaksar. Zijn stellingname gaat uit van verwantschap, van overeenkomst tussen autochtoon en allochtoon. Ieder mens is een balling.

Desondanks blijven verschillen soms pijnlijk duidelijk en zichtbaar. Ook in de zorg. Daarvan getuigt Ronald May.

Een bijdrage van Anita Vink betreft een aanpalend gebied, namelijk dat van klachtopvang. Op basis van onderzoek komt zij tot de conclusie dat er behoefte is aan een klachtopvang voor allochtonen met vragen over gezondheid en zorg.

Je zou verwachten dat verschillen in de zorg aan migranten zich met name zouden voordoen in de zorg zelf. Het blijkt echter dat verschillen, of zo men wil, problemen in de zorg zich doen voelen in de toegankelijkheid tot de zorg, de begeleiding, de communicatie en de omgang met zorg, in vergelijking met de zorg aan autochtonen. Bovendien vormt het zware werk dat met name illegalen verrichten, vaak aanleiding voor een specifiek beroep op de zorg.

En dan de derde schakel in de ontwikkeling, de toekomst. Binnen afzienbare tijd krijgt Nederland te maken met derde-generatie migranten. Een groep die sterker vergriest dan andere groepen binnen Nederland. Welke wensen en ideeën koesteren zij ten aanzien van zorg en verzorging? Hierover handelt de bijdrage van Sandra van Wersch. Het blijkt dat datgene wat de doorsnee-Nederlander een alternatief acht, namelijk het verzorgingshuis, of meer actueel uitgedrukt, de wo-zo-co (woonzorgcomplex), in de ogen van Turken en Marokkanen niet als zodanig geldt. In de Nederlandse ouderenzorg wordt tot nog toe weinig of geen specifieke aandacht besteed aan deze groep ouderen. Terwijl Marokkaanse mannen het idee koesteren op latere leeftijd terug te keren naar het land van herkomst, is de realiteit dat zij vaak -met achterlaten van vrouwen kinderen- komen te overlijden vóór het realiseren van deze droom. Zij spreken de verwachting uit door hun kinderen later verzorgd te worden. Vraag is of dat een reële optie is. Bijgevolg kan men verwachten dat in de toekomst steeds meer alleenstaande oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen in een kwetsbare positie terechtkomen, vanwege de slechte beheersing van de Nederlandse taal en de beperkte mobiliteit en zelfstandigheid buitenshuis die die kwetsbaarheid verder vergroten.

*De themaredactie:*

*Christien Broecheler,  
Matthé Ribbens,  
Albert Schoenmaker.*

# EEN KUSSEN VAN STEEN

Chris tien Broecheler

*Hoe denken vluchtelingen over het verband tussen hun migratie en hun gezondheid? Weinig huisartsen of Riagg-medewerkers komen ertoe hun cliënt zijn levensverhaal te laten vertellen. De moedertaal van een vluchteling maakt meestal het inschakelen van een tolk nodig; de zo nog kostbaarder tijd wordt dan slechts besteed aan concrete factoren van de hulpvraag.*

*Over 'migratie en gezondheid' in gesprek met de schrijver Nasim Khaksar uit Utrecht. Hij heeft een verrassende kijk op de mogelijkheden voor een gezond leven als vluchteling. fen verteller aan het woord.*

*Wat was de reden om Iran te verlaten?*

'Eenvoudig gezegd ontvluchtte ik mijn land om politieke redenen, maar ik zou er wat meer over willen zeggen. Naast mijn schrijverschap hield ik me met politieke zaken bezig. De overheid was er niet tevreden mee om je om die reden vast te zetten, ze werken aan een ontkenning van je persoonlijkheid, je karakter. Je wordt gedwongen valse verklaringen voor de televisie af te leggen, je vrienden te verraden. Ik realiseerde me dat ik zo niet kon of wilde verder leven, het was mijn eer op het spel zetten. Je kunt namelijk niet voorspellen hoe je op martelingen zult reageren: het is de zweep en jij. De marteling heeft als kern je diep te vernederen tot je daartegen geen verweer meer hebt.'

In het verhaal *Om de liefde van Hadj Agha* beschrijft Khaksar dit proces met een precieze, ingehouden stijl. Hadj Agha is een beul en zij die door hem geselsd worden, ontwikkelen in hun relatie tot hem een onderworpenheid die als liefde wordt aangeduid. Dat kan alleen gebeuren doordat de slachtoffers hun menselijk karakter verliezen en tot honden worden, zoals de verteller dat noemt. Dat is voor vrijwel geen enkele betrokkene te bevatten, het kan dus niet onder woorden gebracht worden, er kan niet over gesproken worden: 'deze stilte dragen alle vluchtelingen met zich mee.....'

De vijftigjarige Iraanse schrijver en dichter Nasim Khaksar ontvluchtte in 1983 zijn vaderland en woont sindsdien als balling in Utrecht. Onder de sjah verbleef hij acht jaar in de gevangenis en onder het bewind van Khomeini werd hij gemarteld en ter dood veroordeeld; opnieuw omdat hij als journalist van zijn voorliefde voor democratie en vrijheid getuigde. Hij heeft 20 publicaties in het Perzisch en Farsi op zijn naam, vooral bundels gedichten, korte verhalen en kinderliteratuur. In een Nederlandse vertaling zijn bij uitgeverij Van Gennep verschenen *De kruidenier van Kharzavil* en *Reis naar Tadzjikistan*.

## EEN NIEUW LEVEN

'Toen ik hier in Holland kwam, duurde het minstens een jaar om de procedure te doorlopen, een jaar vol onzekerheid. Maar het is wel erg simpel gezegd: daarna een nieuw leven beginnen. Ja, je hebt wel een verblijfsstatus, een huis, geld, een educatief programma. Ik vond het tijd te schrijven over mijn ervaringen in gevangenschap. Maar na een paar maanden kwam ik tot de ontdekking dat ik een nieuwe identiteit, had: ik was een balling, en dat was ook iets pijnlijks. Die ervaringen moesten ook beschreven worden. Het nieuwe leven was schrijven over hier. Als je mijn verhaal *De kruidenier van Kharzavil* leest, zie je hoe ik een verbinding probeer aan te gaan met de Nederlandse mensen om me heen.

Ik gebruik de metafoor van het schaken. Het schaakspel is aan een kant een strijd tussen twee, maar wel een erg vriendschappelijke strijd, want niemand wordt gedood er is alleen maar een verliezer en een winnaar. En de asielzoeker is de verliezer vanwege zijn verleden, hij heeft nog meer nodig om te kunnen vechten en op dat moment dacht ik dat er alleen meer tijd nodig was.'

'De literatuur helpt ons te weten wie we zijn. Zij kijkt naar ons op afstand, pro-

beert goed te beoordelen en niet alleen op basis van emoties. Als je wilt schrijven moet je feiten verzamelen, veel materiaal. Creatieve woorden, echte literatuur spreekt de lezer aan, hij kan er niet aan ontsnappen. Door te schrijven over het balling zijn in Nederland verbindt ik de vluchteling met de Nederlander. Twee culturen die elkaar bevruchten, dat levert groei op, ook voor de Nederlandse cultuur. Culturen hebben altijd bloei doorgemaakt in een periode van openstaan voor het andere. Kijk naar de moorse invloeden in het Spanje van Cervantes, kijk naar Marquez en de spaans-indiaanse mixage in Columbia. Mijn taal in Iran is een vermenging van Arabisch en Perzisch.

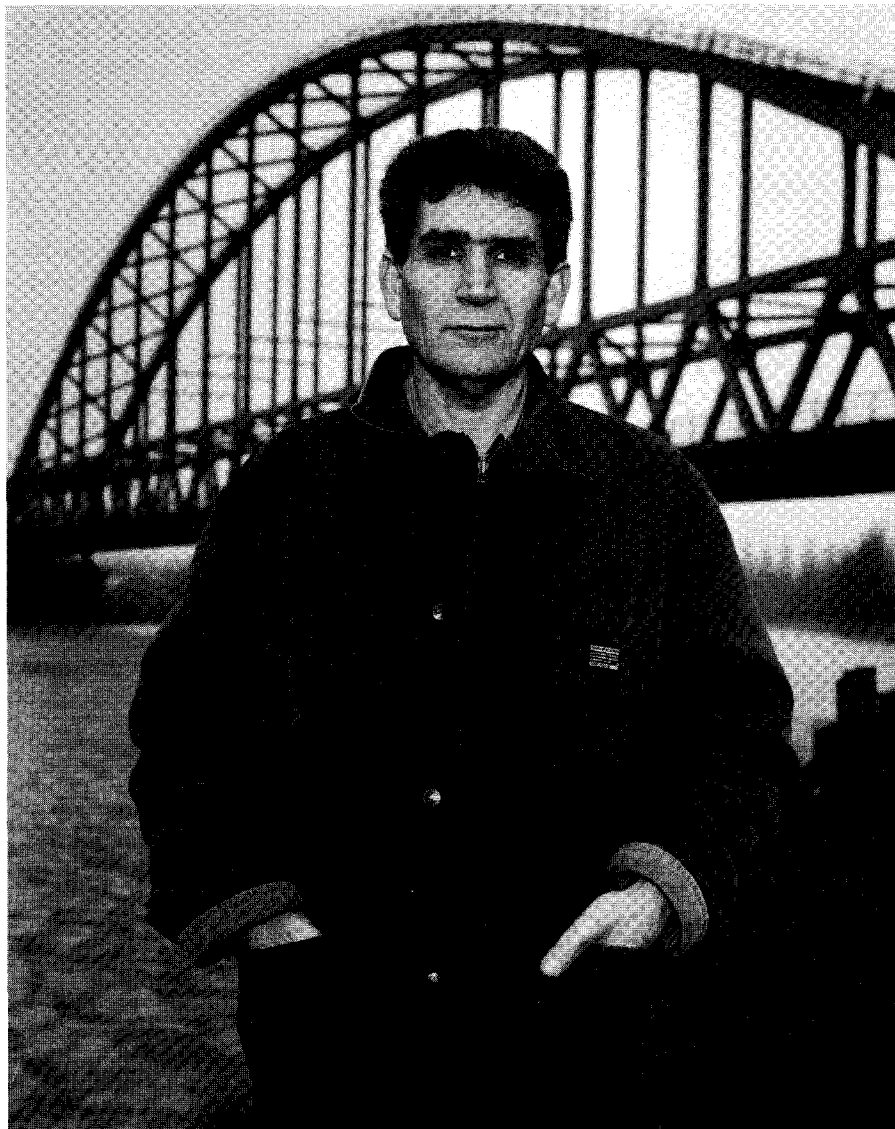
Immigranten moeten in Europa verwelkomd worden als poort naar andere culturen, niet beschouwd als verstorende elementen. Dat verrijkt de samenleving, en niet alleen op het gebied van de exotische keuken. Deze openheid staat haaks op de geslotenheid van het fascisme. De boze reacties vormen niet de voedingsbodem voor fascisme, maar juist wat geheim, afgekeerd en stil is.

*Niet de oorzaak is belangrijk, maar de reactie.*

Literatuur geeft ideeën een stem, stimuleert de verbeelding. De werkelijkheid kan het beste worden waargenomen door degenen die over het grootste taalvermogen beschikken, door dichters en schrijvers.'

*In Reis naar Tadzjikistan citeert U de dichter Hafez: 'Al is mijn kussen van steen, mijn voeten rusten in de schoot der sterren. 'Is er verbeelding nodig om het leven van alledag aan te kunnen?'*

'Ik hou van de realiteit, maar natuurlijk is de confrontatie ermee erg scherp; als een dolk. De fantasie is zacht. Soms heb je de fantasie nodig om te overleven. Maar vluchtelingen kunnen niet blijven dromen. Na een paar jaar ontdekken ze dat er obstakels zijn op hun pad: het vinden van een goede baan, opleiding, een goede relatie opbouwen,



Nasim Khaksar

een goede positie veroveren in de samenleving. De realiteit is: schoonmaker worden op het centraal station. Ze weten dat alle dromen als een luchtbel uiteenspatten. "Al is mijn kussen van steen, mijn voeten rusten in de schoot der sterren" wil voor mij zeggen "ik ken de werkelijkheid volledig, maar er is ook een andere kant, die van de hoop". Hoop is het belangrijkste thema in de literatuur, het is een goede wapenrusting die ons helpt minder kwetsbaar te zijn.'

### LE MALADE IMAGINAIRE

'Vluchtelingen en arbeidsmigranten hebben gemeen dat ze oplopen tegen een nieuwe cultuur, een nieuwe situatie. Ik ken een arbeider die ruim dertig jaar in Nederland woont, hij heeft het hier gemaakt. Hij trouwde een Nederlandse, kreeg kinderen en natuurlijk scheidden ze. En als ik naar hem kijk, krijg ik de

indruk dat hij leeft zoals op de dag dat hij zijn vaderland verliet. Hij houdt vast aan wat hem vertrouwd was, materiële zaken zoals eetgewoonten, boeken, muziek, de inrichting van zijn huis.

En met zijn innerlijk is het hetzelfde gesteld. En als hij je als vriend toe zou laten in zijn privé-leven, zou je ontdekken dat de afwijzing niet eenzijdig is. Dat men hem in het nieuwe land steeds achteruit duwde .... Wat ik er over wil zeggen is dat mensen die in een ander land wonen erg sensitief worden op dit gebied. Zij overdrijven hun minderheidssituatie, ze zien zichzelf als personen op wie altijd wordt gelet, hun kleding, hun gedrag, hun taal en hun ideeën, hun gevoelens. Ze voelen zich gecontroleerd en dat maakt hen overgevoelig. Daardoor krijgen ze de behoefte van hun huis een heiligdom te maken, een schuilplaats.

Natuurlijk proberen ze wel te participe-

ren in het Nederlandse leven, ze hebben Europese vrienden, maar ze beginnen zich te beklagen. En als ik ze erop aanspreek dat dat onterecht is of feitelijk onjuist, als ik probeer hen te corrigeren, dan blijkt het daar niet om te gaan. De filosoof Franz Fanon werkte als arts enkele jaren in een medisch centrum in Algerije en trof daar 'le malade imaginaire' van Molière aan. Hij schetst de angst van mensen voor ziekte en dood, die op zichzelf een ziekte wordt. Het gaat er niet om of hij ziek is, maar dat hij daarin gelooft. Daarom heeft het geen zin om, als ~~imm~~migranten gaan klagen, naar de oorzaak daarvan te zoeken. Nee, de oorzaak is niet belangrijk, maar de reactie. Op dit gebied hebben we veel hulp nodig en daarmee bedoel ik

### *Eris altijd strijd tussen jou en je omgeving.*

de hele samenleving. De verantwoordelijkheid ligt niet op een schouder. Als ik met je praat en we zo bijeen zitten, zal ik bij vertrek iets van jou meenemen, en jij neemt iets van mij. Dat verbindt ons, dat is het samen leven op kleine schaal, de groeikracht van de samenleving. Dát is wat ballingen nodig hebben en zoeken; en elk mens is een balling.'

### ELKMENS EEN BALLING

'Je een balling voelen is het basale gevoel van de mensheid. De meeste inwoners van Utrecht komen toch van buiten de stad? Het normale leven probeert ons in te kaderen. Er is altijd strijd tussen jou en je omgeving. Je breekt uit. Een mens kapt zijn wortels af als hij gaat studeren of werken of trouwen of in de politiek gaat. Ieder mens is een balling.

We kunnen de mensenstromen niet stoppen. Economische of politieke problemen dwingen mensen hun land te verlaten; de ineenstorting van de Sovjet Unie, verschuivingen in Oost Europa, burgeroorlog in Ruanda. We zullen het moeten accepteren dat in de straten hier niet alleen toeristen, maar Afrikanen, Afghanen en Somaliërs lopen. Maar als we naar hen blijven kijken als gasten. als wij vinden dat zij zich altijd gasten moeten blijven voelen, als we naar hen kijken als een minderheid, de ~~imm~~migranten, dan zullen we blijvend een muur optrekken tussen ons als deel dat hier al woonde en de mensen die als

## OP JE KINDEREN REKENEN

Sandra van Wersch

immigranten kwamen. We moeten niet het beleid toestaan dat alle Turken in Lombok wonen en de niet-migranten in Overvecht.. (Lombok en Overvecht zijn, evenals Zuilen, wijken in Utrecht, red.) Dat betekent dat we hen niet naar elkaar laten kijken en met elkaar vertrouwd laten worden. En weet je, sympathie en positieve gevoelens naar elkaar toekomen niet vanzelf. Ze worden gecreëerd door contact, door elkaar te zien, door hallo te zeggen, door elkaar soms met iets te helpen.

In Zuilen woonde ik in een woning met op de begane grond een oude vrouw; je kunt erover in een verhaal lezen. Soms klopte ik bij haar aan en als ze ziek was, vroeg ik of ze iets nodig had. Dit soort contact veranderde haar blik op

*Ik heb niets bij me, welke bronnen kan ik aanboren om te overleven?*

mij. Soms zijn er maar een paar woorden nodig om een poort te openen: een nieuwe wereld voor de immigranten en een nieuwe wereld voor hen. Dit is een reële mogelijkheid om van nare dromen en nachtmerries verlost te worden en om een nieuw leven te beginnen.'

### GEZONDHEID DOOR CONTACT

'Instellingen als Vluchtelingenwerk zijn nodig en kunnen veel zaken voor ons regelen. De gezondheidsvoorzieningen zijn in dit land van hoge kwaliteit; ikzelf ben zeer tevreden met de zorg die ik ontvang. Maar echt gezond kunnen we pas worden door in de samenleving contact te maken. Er is geen Ithaka voor ons, zoals voor Odysseus die zijn vaderland probeerde te vinden. Wij zijn Don Quijotes in de metafoor van Cervantes: hij verlaat zijn vaderland vol van idealen en wordt ontuchtterd door tegenslagen. Zijn paard is niet echt een paard. Als je kijkt naar het leven van vluchtelingen, dan zijn de meesten ook wat naïef.. Maar Don Quijote overleefde, met niets. Ik heb niets bij me, welke bronnen kan ik aanboren om te overleven? Hoop op de toekomst en accepteren dat je alleen bent.. Dit inzicht helpt je om je problemen zelf op te lossen en niet te wachten tot anderen dat voor je doen.'

*Christien Broecheler werkt bij de GG en GD Utrecht, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.*

*Het is opvallend dat de Turkse en Marokkaanse ouderen zich nauwelijks lijken voor te bereiden op het ouder worden. Zij weten niet of zij de oude dag in Nederland zullen doorbrennen of dat ze naar hun herkomstland zullen terugkeren. Ondertussen merken zij wel dat ze meer lichamelijke klachten krijgen. Ze gaan ervan uit hun kinderen hen zullen verzorgen als ze hulp nodig hebben, terwijl het niet duidelijk is of die kinderen ook voor hun ouders zullen en kunnen zorgen in de toekomst. Bovendien zijn velen niet of slecht geïnformeerd over de voorzieningen die hulp kunnen bieden bij het ouder worden.*

*De nederlandse ouderenzorg besteedt tot nog toe bijna geen specifieke aandacht aan deze groep. Sociaal-wetenschappelijke aandacht was er al wel. Het volgende beeld valt te schetsen aan de hand van twee Rotterdamse onderzoeken onder ouderen (nou ja, 50+) van respectievelijk Turkse en Marokkaanse afkomst..*

Veel Turkse en Marokkaanse ouderen hebben gezondheidsklachten. Zij vinden de eigen gezondheid niet goed of zelfs slecht.. De Turkse ouderen vinden hun gezondheid bovendien slechter dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Ook merken de ouderen dat zij meer klachten krijgen naarmate zij ouder worden.

'Ik merk de laatste jaren dat ik ouder word, dat bepaalde dingen minder goed gaan. Hoe ouder je wordt, hoe slechter je wordt.'

'Stukje voor stukje ga je achteruit..

Ik voel dat ik achteruit ga.

Ik ben niet meer zo sterk als vroeger..

Als je jong bent, voel je niets, maar als je ouder wordt, kun je minder.'

Met lichamelijke klachten gaan de Turkse en Marokkaanse ouderen naar de huisarts. In het algemeen is men tevreden over de huisarts. De communicatie verloopt echter niet altijd zonder problemen. De ouderen spreken in het algemeen slecht Nederlands, ook als zij allang in Nederland wonen. Het merendeel van de vrouwen spreekt en

verstaat helemaal geen Nederlands.

Met problemen gaan de mannen vaak naar maatschappelijke hulpverleningsinstanties, zoals de wijkwinkel, het migrantenopbouwwerk en de sociaal raadsman. Een groot voordeel van de meeste wijkwinkels en het migrantenopbouwwerk is de aanwezigheid van Turkse en Marokkaanse medewerkers. De vrouwen zijn echter nauwelijks op de hoogte van andere voorzieningen dan de huisarts. Zij maken ook (vrijwel) geen gebruik van de overige voorzieningen.

### OPBERGEN

Het verzorgingshuis is bij alle Turkse en Marokkaanse ouderen bekend en zij beoordelen de hulpverlening die er geboden wordt positief..

Niemand denkt er echter ooit gebruik van te zullen maken. Veel

Turkse en Marokkaanse ouderen hebben

het idee dat Nederlanders hun ouderen 'opbergen' in verzorgingshuizen en niet meer voor hen willen zorgen. Bovendien hebben zij uit Turkije en Marokko een negatief beeld van hui-

Het lijkt erop dat allochtonen geen contact hebben met voorzieningen die juist van belang zijn bij een verminderende gezondheid en het ouder worden, zoals de thuiszorg en het dienstencentrum. Bovendien zijn de ouderen vaak ook niet op de hoogte van het aanbod van die voorzieningen. Een gevolg van deze onbekendheid en het niet gebruiken van de voorzieningen is, dat de voorzieningen niet geconfronteerd worden met deze ouderen. Zij zijn daarom niet op de hoogte van de zorgbehoefte van deze groep ouderen en ontwikkelen mede om die reden geen aanbod voor hen. En wellicht is het ontbreken van een specifiek aanbod dat allochtone ouderen aanspreekt een reden voor hen om geen beroep te doen op de voorzieningen - waarmee de cirkel rond is.



*foto: Eduard Dolfijn*

zen voor ouderen. Daar wonen ouderen die heel arm zijn en geen familie meer hebben die voor hen zorgt.

De Turkse en Marokkaanse ouderen rekenen op de hulp en zorg van de kinderen. Het eventueel gaan wonen in een verzorgingshuis wordt door hen gezien als laatste redmiddel, als zij geen andere keus meer hebben.

## TOEKOMST

De meeste Turkse en Marokkaanse ouderen weten nog niet of zij in Nederland willen blijven of naar Turkije en Marokko terug willen keren. Voorlopig willen zij nog in Nederland blijven wonen; in ieder geval tot de kinderen groter zijn en het huis uit zijn.

'Wij ouderen van 50, 60 jaar hebben veel meegemaakt in Marokko. Alle familie is daar, we hebben daar een deel van onszelf achtergelaten. We zouden graag terug willen. Waarom blijven we hier? Vanwege de kinderen, die klein hier zijn gekomen, we hebben ze hier heen gehaald, ze kennen niemand daar.

Zij willen daar niet heen. Wij blijven hier tot de kinderen groter zijn.'

Sommige Turkse en Marokkaanse mannen en Turkse vrouwen denken of vrezen dat zij te veel vervreemd zijn van Turkije of Marokko om nog terug te kunnen keren.

Het blijkt niet makkelijk te zijn om te besluiten naar het vaderland terug te gaan of in Nederland te blijven. Het feit dat de kinderen waarschijnlijk in Nederland zullen blijven, maakt zo'n besluit alleen maar nog gecompliceerder. Want hoewel de meeste ondervraagde ouderen momenteel nog geen verzorging nodig hebben, is de kans groot dat als zij over een paar jaar in Turkije of Marokko wonen, zij wel behoefte aan verzorging hebben. En dan zijn er geen kinderen in de buurt om die verzorging te bieden.

## KINDEREN HEIPEN

Wat betreft de hulp en verzorging in de toekomst rekenen de ouderen vrijwel allemaal op de kinderen en vinden zij

het vanzelfsprekend dat zij dit kunnen doen.

'Ik als Marokkaanse vader denk niet snel hulp in huis te halen, ik denk er geen behoefte aan te hebben. Ik denk dat de kinderen de zorg op zich zullen nemen. Maar je weet nooit hoe de toekomst is.'

'Ik reken op mijn kinderen. En als zij het zelf niet kunnen, moeten zij voor ons regelen dat er hulp is.'

'De zorg die je aan je ouders geeft, krijg je zelf weer terug van je kinderen.'

'De kinderen zullen voor mij zorgen. Als ze me niet willen, als ze me weggooien, dan zullen ze dat zelf later ook meemaken en dan zullen ze zelf ervaren hoe dat is.'

Vrouwen zijn er echter niet helemaal zeker van dat de kinderen ook daadwerkelijk voor hen zullen zorgen als dat nodig wordt. Zij realiseren zich dat hun kinderen in de toekomst niet meer altijd voor hen klaar kunnen staan, omdat zij een eigen gezin hebben of zullen begin-



nen. 'De kinderen helpen mij nu wel als ik ziek ben. Maar hoe dat later zal gaan, weet ik niet. Ik weet niet wat Allah voor mij geschreven heeft.' 'Ik weet niet hoe de kinderen zijn als ze ouder zijn en getrouwd en uit huis zijn.'

Momenteel helpen zowel inwonende als uitwonende kinderen de ouders met uiteenlopende zaken. Zij dragen zware boodschappen de trap op, zij helpen in het huishouden (vooral dochters en schoondochters), regelen de correspondentie en plegen telefoontjes. De vrouwen worden vaak door kinderen geassisteerd bij doktersbezoeken en bij het gebruik van het openbaar vervoer. De meerderheid van de Turkse kinderen zegt dat zij de verzorging van hun ouders daadwerkelijk op zich willen nemen in de toekomst. Naar de bereidheid van Marokkaanse kinderen om de zorg voor hun ouders in de toekomst op zich te nemen, is geen onderzoek gedaan.

## OUDE MOEDERS

Er bestaan aanzienlijke leeftijdsverschillen tussen de huwelijkspartners: de mannen zijn (veel) ouder dan hun echtgenote. De hogere leeftijd en lagere levensverwachting van de mannen kunnen tot gevolg hebben dat zij een aanzienlijk aantal jaren eerder overlijden dan hun echtgenotes. De echtgenotes zullen dan alleen achter blijven. Daardoor is het mogelijk dat deze alleenstaande oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen in een kwetsbare positie terecht komen en geheel afhankelijk worden van hun kinderen, mede door de slechte beheersing van de Nederlandse taal. Voor Marokkaanse vrouwen kan de beperkte mobiliteit en zelfstandigheid buitenshuis die kwetsbaarheid nog vergroten. Als de kinderen door onvermogen of onwil hun (oude) moeder niet kunnen of willen verzorgen, is het niet ondenkbaar dat deze vrouwen geïsoleerd raken.

Veel Marokkaanse ouderen staan afwachtend tegenover de toekomst. Zij wachten af wat Allah voor hen beslist heeft. De vrouwen maken zich meer zorgen over de toekomstige gezondheid dan de mannen, maar nemen ook een meer afwachtende houding aan ten opzichte van wat er komen gaat.

## IN ALMELO EN UTRECHT

Om de gebrekkige kennis van allochtone ouderen op het terrein van de Nederlandse ouderenzorg te doorbreken en om hen voor te bereiden op het ouder worden, is het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) gestart

met een voorlichtingsproject voor allochtone ouderen. Tegelijkertijd richt het NIZW zich met methodiekontwikkeling en deskundigheidsbevordering op voorzieningen voor ouderen. Op deze manier kunnen de voorzieningen kennis maken met allochtone ouderen en kan het aanbod beter afgestemd worden op deze groep.

Een start is gemaakt met voorlichting aan Turkse ouderen in Almelo. Tijdens de bijeenkomsten is gewerkt aan de bewustwording van de ouderen ten aanzien van het dilemma rondom de terugkeer, het ouder worden en de mogelijke zorg behoefte. Die bewustwording en het bespreken van de dilemma's die ouderen bezig houden, moeten vooraf gaan aan de uiteindelijke voorlichting. Tijdens de bijeenkomsten kunnen de ouderen soms zeer geëmotioneerd raken.

Ook in Utrecht-West (Lombok) is het Dienstencentrum in samenwerking met het NIZW een project gestart om met name Turkse en Marokkaanse ouderen te bereiken. De voorlichtingsbijeenkomsten van het NIZW hebben al plaatsgevonden voor Turkse mannen, Turkse vrouwen en Marokkaanse mannen. In het najaar worden de bijeenkomsten voor Marokkaanse vrouwen opgezet. Daarnaast is een groot aantal activiteiten gestart voor de allochtone ouderen in de wijk. Met name Turkse oudere vrouwen maken veel gebruik van het aanbod. De Turkse projectmedewerkster heeft via huisbezoeken contact gelegd met Turkse vrouwen in de wijk. Voorbeelden van activiteiten voor Turkse oudere vrouwen zijn bewegingsactiviteit, zwemles, naailes en Turkse les. Voor Turkse en Marokkaanse oudere mannen worden Nederlandse lessen georganiseerd en voorlichtingsbijeenkomsten over een groot aantal onderwerpen als sociale zekerheid, ziekenfonds, studiefinanciering en belastingen. Deze voorlichtingsbijeenkomsten worden bezocht door een groot aantal geïnteresseerden en voorzien duidelijk in een behoefte.

## SUCCESS

De eerste resultaten uit Almelo zijn eveneens bemoedigend: de Turkse ouderen zijn opgelucht om te horen dat ook Nederlandse ouderen (kunnen) rekenen op mantelzorg van de kinderen. Daarnaast is het voor veel Turkse ouderen een hele opluchting om te ontdekken dat er voorzieningen bestaan waarop zij een beroep kunnen doen. In Almelo blijken de Turkse ouderen nu ook

gebruik te maken van het aanbod van bijvoorbeeld de klussendienst en de vervoersdienst voor ouderen. Ook wil een aantal ouderen Nederlands leren en hebben zij behoefte aan contact met Nederlandse leeftijdsgenoten. De eerste stappen naar een ouderenzorg die allochtonen aanspekt worden gezet. Er zijn nog weerstanden te overwinnen, maar de cirkel wordt doorbroken.

*Drs S.F.M. van Wersch is als onderzoekster werkzaam bij het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht (PP/CP Utrecht).*

*De publicaties (auteurs respectievelijk Van Toorn en Van Wersch) waarop dit artikel gebaseerd is, zijn te verkrijgen via de Wetenschapswinkel van de Erasmusuniversiteit te Rotterdam.*

## OPVANGCENTRUM

Matthé Ribbens

*fen opvangcentrum vormt de eerste schakel in het circuit waar asielzoekers mee te maken krijgen. Daarna, na de twee à drie maanden waarin een eerste schifting heeft plaatsgevonden tussen zogenaamde 'kansrijke' en 'kansarme' asielzoekers, vervolgt de eerste groep haar weg naar een asielzoekerscentrum. Daar verblijft men negen à elf maanden. De anderen worden het land uitgezet.*

*fen opvangcentrum kent, evenals een asielzoekerscentrum, een zeer gevarieerde populatie. Overigens heeft een opvangcentrum geen gesloten karakter: de vluchteling kan gaan waar hij wil. Zo kunnen andere instanties als RIAGG en ziekenhuis, ter consultatie of behandeling, bezocht worden.*

De Rijswijkse huisarts Rodrigues heeft samen met een collega de verantwoordelijkheid voor de huisartsenzorg in het Haagse opvangcentrum aan de Junostraat. Daarnaast houdt hij sinds een klein jaar praktijk in Rijswijk. Voorheen werkte hij ondermeer als vluchtelingenarts in een asielzoekerscentrum. Eénmaal heeft Rodrigues te maken gehad met een Brit die politiek asiël zocht, maar doorgaans zijn de patiënten niet afkomstig uit West-Europa. Eigenlijk uit alle landen van de wereld, met een oververtegenwoordiging uit Oost-

*Als je vertelt wat anderen hebben meegemaakt, over hoe het hen vergaan is, dan keert de hoop terug.*

Europa en Afrika. Duits wordt gebruikt door met name de Oost-Europeanen, terwijl Afrikanen zich goed kunnen redden met Engels en Frans. Asielzoekers afkomstig uit Zuid-Amerika, de derde grote groep, bedienen zich van het Spaans en het Portugees.

### DE ORGANISATIE

Voor zijn gewone praktijk houdt Rodrigues 's ochtends inloopspreekuur, 's middags volgens afspraak. Tussendoor werkt hij voor het opvangcentrum, waar hij spreekuur houdt. Dat vindt plaats nadat de asielzoekers 's ochtends al met een verpleegkundige hebben gesproken.

Op het centrum werken verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, een aantal basisartsen en twee huisartsen. Rodrigues:

'De praktijkverpleegkundige maakt een

eerste selectie tussen puur vluchtelingenproblematiek en somatiek. Na die schifting stuurt zij de patiënt door naar een basisarts die begeleiding kan bieden of naar mij, de huisarts. Wat ik in elk geval probeer, is te schiften tussen wat is puur somatiek en wat komt door de spanning, de stress, de vlucht, de ontheemding.'

'De patiënten die ik te zien krijg, zijn door verschillende functionarissen naar mij verwezen: door basisartsen, door praktijkverpleegkundigen, maar ook door maatschappelijk werkers of Vluchtelingenwerk.... Die vragen "er is wat aan de hand, zou je willen kijken?"' en dan kijk ik altijd. Omdat in het opvangcentrum de juridische procedure wordt opgestart, waarbij Vluchtelingenwerk een rol vervult en zo met nogal wat problemen in aanraking komt, is zij vaak intermediair.'

### DE KLACHT

Nogal wat klachten komen bij asielzoekers vaker voor dan gemiddeld. Veel hoofdpijn, slapeloosheid, maagpijn, darmklachten.

'Je ziet natuurlijk ook klachten die je in de gewone populatie ziet, alleen de klachten zijn veel gekleurd door de angst, de spanning. Daardoor ervaren men de klachten anders.

Voeg daarbij het korte verblijf in de centra. In een opvangcentrum gebeurt hetzelfde als in een huisartsenpraktijk, alleen extremer. Als iemand iets ernstigs mankeert, dan maak ik er meer haast bij om iemand verwezen te krijgen. Dat lukt ook wel.'

Huisarts Rodrigues ziet de gevolgen van het feit dat vluchtelingen in afwachting van de toelating vaak niets te doen hebben. 'Het is enerverend om te wachten. Ik denk dat dat heel slecht is. In het centrum in de Junostraat probeert de leiding de mensen zo veel mogelijk te betrekken bij de organisatie van het gebeuren daar, bijvoorbeeld bij het schoonmaken van het gebouw. Er wordt zoveel mogelijk spel en sport georganiseerd. Verder gaat er veel tijd zitten in elkaar helpen, met tolken, met het begeleiden naar het ziekenhuis et cetera.'



Het asielzoekerscentrum in Den Haag

foto: Mieke Schlaman

## HET VERLEDEN

'Iets anders is de ellende waaruit, ze vandaan komen. Men heeft weinig perspectief en weinig zekerheid gezien de procedure. Daaraan iets doen kan, door gelegenheid te bieden om het te verwerken.

Hoe doe je dat? Door hen er veel over te laten praten. Ik heb niet de illusie dat ik ze van alles af kan helpen, maar ik help ze het doorgemaakte te relativëren. Mensen zullen de dingen die ze hebben meegemaakt nooit vergeten, nooit kwijtraken, maar ze kunnen leren die dingen te plaatsen, ze te integreren in hun leven. Men stopt de dingen weg, haalt ze te voorschijn, bekijkt ze en bergt ze weer op.

Als het lukt om hen te helpen, zeker in de korte tijd die mij is toegemeten, als je iets bereikt, dan geeft dat geweldige voldoening.'

## DE HULP

De reguliere hulp die het Riagg biedt, schiet soms tekort bij asielzoekers. Enerzijds vanwege de intensieve problematiek, anderzijds ook door de communicatie- en taalproblemen.

Met asielzoekers met psychosomatische begeleiding gaat de huisarts veel verder dan met de doorsnee-patiënt uit zijn praktijk. Een deel van de zorg bestaat uit de hulp die ex-vluchtelingen bieden aan vluchtelingen; Rodrigues maakt gebruik van zijn contacten met vluchtelingen die geruime tijd verblijven in Nederland, om hen in contact te brengen met recent gearriveerde asielzoekers. Op grond van herkenbaarheid wordt de laatste weer perspectief geboden op de eigen toekomst, hetgeen de behandeling ten goede komt.

Rodrigues hierover: 'Als huisarts heb je altijd de mogelijkheid om acute hulp bij het Riagg te krijgen. Maar als het om langdurige begeleiding gaat, dan is de begeleiding vaak niet intensief genoeg. Vluchtelingen hebben door het cultuurverschil vaak intensieve begeleiding nodig. Het zijn mensen die maximale onzekerheid hebben doorstaan en nog steeds doorstaan. Als ze teruggestuurd worden, staat hen vaak de dood te wachten. Ze hebben geen enkele zekerheid in het leven meer. Dat is een essentieel kenmerk: de totale onzekerheid. De intensieve begeleiding hebben de mensen nodig voor het gevoel van "geschraagd zijn".

Ik maak heel vaak gebruik van de kennis en inzichten uit de wetenschap en de contacten die ik heb met mensen die hier zeven, acht jaar 'geleden zijn' aangekomen. Want eigenlijk doe ik dit

werk al tien jaar. Ik ben begonnen als student in Amsterdam. Zelf heb ik vluchtelingen privé in huis gehad, want de opvang van vluchtelingen was vaak niet goed geregeld. Die hebben dan maanden bij mij in huis gewoond voordat ze toegelaten werden als vluchteling. Als ik nu een vluchteling met deze mensen in contact breng, dan geeft dat veel vertrouwen. Als je vertelt, wat anderen hebben meegemaakt, over hoe het hen vergaan is, dan keert de hoop terug. Dan bied je iemand weer perspectief.'

## DE COMMUNICATIE

Als mensen op de praktijk komen, nemen ze vaak iemand anders mee die wel kan communiceren, een lotgenoot. Het valt de huisarts op hoezeer men zich inspant om zich verstaanbaar te maken.

In de presentatie van de klachten blijken culturele verschillen. Met name mensen uit het Midden-Oosten, mensen uit Iran en Irak vertellen hun klachten vaak theateraam. Met veel gebaren en

---

### *Artsen komen niet naar je toe met een klacht, maar met een diagnose.*

---

veel emoties. Terwijl met name mensen uit Azië, dan denk ik aan Chinezen, zich juist heel bescheiden opstellen. Die verontschuldigen zich.'

Dat verschil leidt volgens Rodrigues niet tot verschil in behandeling: 'De behandeling is op het individu en diens probleem toegesneden. Met andere woorden: de behandeling komt voort uit onze cultuur.'

## HET WERK

De huisarts zegt juist bevrediging van zijn werk te hebben als het hem lukt om zonder medisch ingrijpen mensen zich beter te laten voelen.

'Als ik mensen kan laten zien dat ze uit de ellende en onzekerheid kunnen komen van het moment waarop ze hier binnenkomen, dat ze kunnen bouwen aan een veilig bestaan; daar haal ik een geweldige bevrediging uit. Tegelijkertijd is dat vaak ook het frustrerende, namelijk dat als je heel goed met iemand bezig bent, deze wordt weggehaald. Ook als huisarts weet ik nooit van te voren wanneer iemand wordt teruggestuurd.'

'Mensen proberen via de huisarts de beïnvloeding tot toelating te beïnvloeden,

maar dat probeer ik zo veel mogelijk te voorkomen. Ik probeer zoveel mogelijk arts te blijven, en me niet met de juridische procedure in te laten.'

## DE ASIELZOEKER

'Over het algemeen zijn het jonge mensen, tussen de 20 en 45 jaar oud. Eigenlijk geen ouderen. Vaak hoog ontwikkeld. Bedenk dat een gewone fabrieksarbeider nauwelijks politiek gevaar loopt. Het zijn mensen die nadenken. Mensen met veel initiatief, ondernemers: ze ondernemen een vlucht, ze gaan een onzekere toekomst tegemoet met veel risico's. Het zijn mensen met veel potentie, die veel kunnen.

Als ik het over de periode van 10 jaar dat ik met dit soort mensen bezig ben beschouw, dan zie ik dat bijna allen op een behoorlijke positie terecht zijn gekomen.'

'Het is een aparte ervaring te maken te hebben met artsen die vluchteling zijn. Met name artsen uit andere culturen, omdat zij op een veel somatischer wijze naar het menselijk lichaam en gezondheid kijken. Het westerse onderscheid tussen lichaam en geest maken zij niet zo sterk. Verder: artsen komen niet naar je toe met een klacht, maar met een diagnose. Dat is een ervaring die ik vaak heb met Iraniërs. Maar ook het omgekeerde komt voor. Zo had ik een keer een anaesthesist uit de Filipijnen die zich steeds verontschuldigde voor het feit dat hij arts was. Maar uiteindelijk stel ik als verantwoordelijke arts zelf de diagnose vast.'

## DE ARTS

Het is niet ongebruikelijk dat een basisarts de eerstelijns gezondheidszorg verleent in asielzoekerscentra. Huisarts Rodrigues zegt daarover: 'Het verschil tussen huis- en basisarts is met name gelegen in de contacten die de huisarts heeft met de zorgverleners in zijn omgeving; hij werkt niet geïsoleerd. Een basisarts beschikt veel minder over een netwerk van zorgcontacten. Toen ik zelf basisarts was in een asielzoekerscentrum in een klein dorp in Brabant, merkte ik dat de lokale huisartsen mij heel veel ruimte gaven om mijn werk te doen. Maar als ik belde naar ziekenhuizen om iemand opgenomen te krijgen dan liep ik tegen een muur op. Als huisarts krijg je meer gedaan.'

*Matthé Ribbens is redacteur TGP.*

## IK BEN ER NOOIT NIET MEE BEZIG

Ingrid van de Vegte

*Mar: 'Je moet zorgen dat mensen zich gelukkig voelen, zich thuisvoelen. Eén van de belangrijkste aandachtspunten voor een gezonde samenleving is dat mensen zich veilig voelen. Dat ze zich betrokken voelen bij de omgeving, dat ze deel mogen hebben aan die samenleving. Mensen hebben deel aan de samenleving als ze ook mee mogen besluiten en mee mogen bouwen.'*

'Er is nog weinig nagedacht over Nederland als migratieland. Aan de uitdaging van de multiculturele samenleving wordt nauwelijks aandacht besteed. Er gebeuren veel goede en nieuwe dingen. Toch zie je vooral een karikatuur van minderheden die voor problemen zorgen en een bedreiging vormen voor de samenleving. Natuurlijk is het een bedreiging dat een groot deel van deze samenleving niet voldoende onderwijs heeft, werkeloos is, niet deelneemt aan ontwikkelingen in de samenleving. Je moet echter kijken waar de knelpunten liggen en hoe je daarmee aan de slag kunt.'

'Ik zie in de hulpverlening een ontmenselijking. Mensen worden uit de dynamiek van de samenleving gehaald. Het holistisch denken is taboe hier. Ziekte wordt gedefinieerd in wat je als hulpverlener kan, niet wat je zou moeten doen maar waar je voor bent opgeleid. Je komt er niet als je alleen maar analyseert, als je mensen fileert. Geestelijke volksgezondheid betekent dat je iemand die depressief is probeert het gevoel terug laat krijgen erbij te horen. Het analytisch denken heeft grote gevaren in zich. We analyseren de problemen van migranten voor een groot deel als maatschappelijk of politiek, dus doen we er niets aan en stoten ze af.'

'Bijna iedere dag staat er in de kranten iets negatiefs over migranten. Zo krijgen zowel Nederlanders als migranten het gevoel dat anders zijn een bedreiging vormt. Ik voel me elke week wel een paar keer niet veilig. Eén van de belangrijkste aspecten van het migrant zijn is dat je wordt aangekeken met een blik van 'je hoort hier niet thuis'. Eergisteren fietste ik op een fietspad, tweerichtingsverkeer. Ik las op een bordje dat ik nog 200 meter mocht fietsen voor ik moest oversteken. Een man stopte voor mij en zei dat ik daar niet mocht fietsen. Ik verwees hem naar het bordje. Hij keek me aan en vervolgde met de opmerking: 'misschien wel in jouw

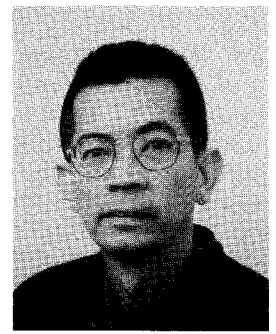
land maar niet hier.'

'Ik ben niet zwart, ik spreek de taal, bijna onherkenbaar als migrant, heb mijn trage tropenpas aangepast aan deze dynamische economie, maar toch zichtbaar genoeg voor opmerkingen. Hoe moet dat zijn voor migranten die zich veel minder kunnen redden? Ik kan de opmerkingen beredeneren, maar krijg toch het gevoel van 'je hoort hier niet' en 'jij bepaalt niet wat je rechten zijn'. Dat is zo basaal, ik voel me in mijn rechtvaardigheidsgevoel aangetaast. Mijn mede-burgers bepalen dat ik hier minder thuishoor dan zij. Terwijl ik het land in me heb opgenomen, al 26 jaar meedoe. Dat blijft altijd pijnlijk. Dat geldt voor ouderen die getutoeyerd worden, voor Marokkanen die in de tuinbouw allemaal Hassan of Mohammed genoemd worden, dat geldt voor volwassen vrouwen die als meisjes worden beschreven in de dossiers van het Riagg.'

'Waar we me bezig zijn duurt generaties. Als ik me vergelijk met tien jaar

geleden, dan sta ik niet meer zo op de barricaden. Ik ben bezadiger, voorzigtiger, maar ook gedecideerder geworden. Het toenemend resultaatgericht denken in de zorg leidt ertoe dat hulpverlening wordt afgemeten aan productie en produktie wordt gemeten aan kwantiteit. Kwaliteit wordt bijna synoniem met kwantiteit. Het gaat vooral om kortdurende programma's en snelle interventies. Mensen in de problematische hoek eisen meer tijd en hebben een langere aanloop nodig. Die vallen er waarschijnlijk uit. Het worden chronische zieken, het worden problematische patiënten.'

'Ik zie ook de tegenkrachten. De mensen roepen laten we meer aan de basis werken, in de eerste lijn, in de buurt. Ik signaleer dingen, discussieer met allerlei mensen, maar kan er binnen mijn werk steeds minder mee. Ik heb als stedelijk coördinator geen bevoegdheden, ook nooit gehad. De eerste jaren kon er desondanks veel; er zijn bergen verzet. De inspanningen van velen waren op-



Ronald May

In enkele jaren is de discussie over een andere gezondheidszorg van toon veranderd. Politieke termen als democratisering, maatschappijkritiek en bewustmaking hebben plaats gemaakt voor nuchtere begrippen als gepast gebruik, patiëntenrecht en kwaliteit.

Toch hebben de jaren zeventig niet het alleenrecht op idealisme. Want gelukkig zijn ze er nog steeds, die bevlogen mensen van toen. Zij maken zich sterk voor echte veranderingen in de zorg of zetten zich in voor een specifieke groep patiënten. TGP spreekt met een aantal van hen over idealen van vroeger en nu, en over de praktijk van alledag. In dit nummer de derde van een reeks: Ronald May.

Ronald May is 47 jaar. Inmiddels langer in Nederland levend dan in het land van zijn jeugd, Suriname. Hij voelt zich Nederlander, maar Nederlanders laten hem dagelijks merken dat hij hier niet thuis hoort. Toch voelt hij zich thuis. Al negen jaar is hij coördinator migrantenhulpverlening voor de drie Riagg's in Den Haag. De eerste vier jaar in een innovatief project met de wind mee. De laatste jaren zoekend naar duurzaamheid van de vernieuwing en nieuwe uitdagingen. Het gezin May maakte in Paramaribo conserven van Surinaamse producten en verkocht die. Na school bracht Ronald verse jam rond en hielp 's avonds na het huiswerk maken mee met het maken van andere inheemse lekkernijen. Het waren goede, vers geconserveerde producten, toch wilden de meeste Surinamers liever jam van Delmonte of van de Betuwe. Jam van Holland was betere jam. Goede producten hebben is niet genoeg leerde Ronald May, macht en sturing zijn noodzakelijk.

timaal.. Nu hulpverleners steeds meer worden afgerekend op hun produktie, is hun vrije ruimte kleiner om innovatie te kunnen inpassen. We hebben de eerste vier jaar fantastisch gewerkt.. Nog steeds zijn er hulpverleners die echt moeite doen om te werken met mensen met een hele andere achtergrond. Mensen die met een andere presentatie van hun ziekte en andere verwachtingen naar de Riagg toekomen.'

'Negen jaar geleden hadden hulpverleners 1 of 2 migranten in hun caseload. Het was interessant daar extra aandacht aan te besteden. Nu ze er 10 of 20 in hun pakket hebben -ook nog van diverse afkomst en problematiek - voelen ze steeds meer de onmacht, de dilemma's. In de aanloopfase moet je meestal meer tijd in migranten investeren. Er zijn nieuwe uitdagingen nodig om hulpverleners nog voor innovatie in de migrantenhulpverlening te motiveren. Zo'n nieuwe uitdaging is om met samenlevingsopbouw kleine ontmoetingsruimten te creëren. Mensen elkaar laten vertellen over hun dagelijks leven. Het is belangrijk mensen weer bij elkaar te brengen, gemeenschapsgevoel te ontwikkelen. Dat mensen verantwoordelijkheid krijgen voor hun eigen veiligheid.'

'We verschuilen ons nog teveel achter instituten. We laten mensen te veel naar ons toe komen. We weten vaak niet eens hoe de Schilderswijk eruit ziet, terwijl onze case-load voor 40% uit mensen uit de Schilderswijk bestaat.. We weten te weinig hoe mensen met elkaar communiceren, omdat we onze boodschappen niet samen met hen doen. Vooral in de zomer als mensen al buiten zijn zie je dat het soms heel goed gaat tussen Wilma en Safia, dat daar ontzettend veel lol is. Dat zou gestimuleerd moeten worden. Dat zou in de krant moeten. Laat mensen elkaar hun verhalen vertellen over waar ze vandaan komen. Wees deelgenoot aan elkaars mooie verhalen. Dat is fundamenteel. Dat geeft de basis om aan deze samenleving mee te werken, dat geeft hechting.'

'We zijn bang voor confrontaties. We denken liever in tweedelingen, maar er ontstaat een interculturele samenleving waarin culturele en etnische confrontaties plaatsvinden. Je moet het beste putten uit het potentiële dat er is.'

'Werken met migranten is leren voor de toekomst.. Leren met diversiteit, en met

ernstige maatschappelijke knelpunten om te gaan. Als we de migrantenhulpverlening goed doen, komen we tot betere definities van de ambulante hulpverlening. Misschien zelfs van een betere volksgezondheid. Omdat je bij migranten alle maatschappelijke problemen in één persoon voor je snuffert krijgt.. Wat voor migranten is ontwikkeld is voor de Nederlandse samenleving als geheel van belang. Door je speciaal op migranten te richten creëer je een dualiteit die er niet is. Er zijn veel gezonde migranten en er zijn hele ongezonde Nederlanders waar we geen aandacht voor hebben. We moeten vooral aandacht hebben voor mensen in slechte omstandigheden.

'Ik klaag niet, ik merk dat er veel kleine succesjes zijn. De witte marktkoopman die zijn interculturele waren aanprijst, de hulpverlener die zich in de Turkse cultuur verdiept, de directeur die zich sterk maakt voor het personeelsbeleid, de buurvrouw die haar Marokkaanse buurvrouw Nederlands leert. Kleine ontwikkelingen waar ik op teer, waar ik mijn energie uithaal.. Ik heb mijn cynisme nodig. Ik ben gefrustreerd geraakt omdat veel maatjes afhaakten of opbrandden. Nederlandse en migrantenvertrouwelingen die me in de steek laten. Mensen van wie ik hoopte dat ze het traject mee zouden gaan. Mensen die het niet volhouden, maar die wel hetzelfde gevoel voor rechtvaardigheid hebben.'

'Er kan veel meer.. Ik geloof in de dynamiek van de menselijke ontmoeting, 21 jaar Suriname hebben me dat geleerd. Mijn ouders hebben mij daarmee rijk gemaakt.. Ik heb contact gehad met veel verschillende mensen, met verschillende manieren van betekenis geven. Voor mij is iets nooit vreemd genoeg om het af te wijzen.'

'Alles waar ik over praat heeft te maken met mijn positie en de positie van migranten in de samenleving. Het lijkt bijna obsessief.. Ik word regelmatig door mijn werk geraakt, ik word er triest van, ga ervan dromen, ik word er kwaad van, ik huil innerlijk om toestanden die ik zie. Ik word ook nooit anders aangesproken dan als deskundige op migrantengebied, nooit als methodisch deskundige of ervaren coördinator; ik hoef nooit mee te denken over het algemene beleid. Ik zou dat wel graag willen. Ik denk dat ik meer talenten heb en veel meer te zeggen heb. Ik voel me beperkt om alleen voor migranten te

moeten werken. Migranten zijn geen aparte diersoort.'

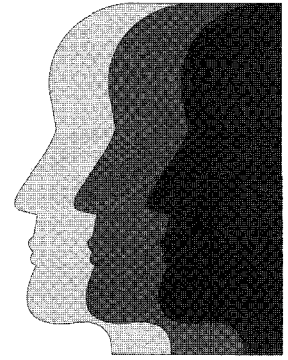
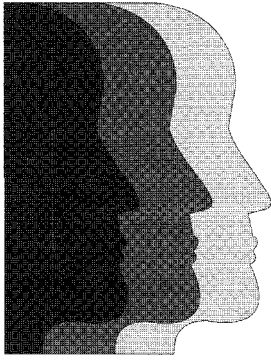
'Met een groot aantal migranten, hoe divers dan ook, gaat het niet goed. Het wordt slechter op alle niveaus. De samenleving kan er niet omheen. Migrantenkinderen zijn ons belangrijkste potentieel in de grote steden, daar moet je in investeren. Migrantenkinderen krijgen vaak op jonge leeftijd hele volwassen taken en kunnen daarmee omgaan. Ik zie kinderen bij de Riagg meekomen met hun ouders om te tolken. Dan moeten ze praten over erbarmelijke problemen van hun gezin, Sommigen kunnen heel goed incasseren. Ik zie ook kinderen die onthecht raken, die schijt hebben aan de samenleving. Het perspectief is nihil, ik hou mijn hart vast.. En ik geef ze geen ongelijk.'

'Ik zie steeds meer aandacht komen voor de hulpverlening aan migranten in bijvoorbeeld opleidingen, van huisartsen etcetera. Ik zie dat er meer aandacht komt voor diversiteit.. Ik zie goede initiatieven in de basisgezondheidszorg, op scholen, in de wijken die de moeite waard zijn.'

'Als coördinatoren migrantenhulpverlening bestookten we af en toe de politiek met signalen, één van de weinige acties van Riaggs op politiek niveau. Er was weinig interesse. Het zal pas interessant worden als de helft van opnames in de psychiatrie uit migranten bestaat, dat zal niet lang meer duren. Nu al is 40% van de sociale psychiatrie migrant, 35% van de jeugdzorg is migrant bij de Riaggs Den Haag. De hele migrantenhulpverlening is projectmatig opgezet door enthousiaste mensen die dat een aantal jaren volhouden. Voor structurele aandacht is hier centrale sturing met bevoegdheden noodzakelijk.'

'Niets is zo erg als zien dat binnen één groep 60% werkeloos is, dat er een groot gebruik van medicijnen is, dat er oververtegenwoordiging is in de jeugdbescherming, dat in de gevangenissen 60% migrant is, dat in de psychiatrie een grote toestroom is van migranten. In een kleine groepering zijn zoveel ziekmakende factoren aanwezig dat een groot deel in de bagger komt.. Je zou een ontploffing verwachten, die is misschien wel nodig. Ik hoop het niet.. Zo cynisch ben ik nog niet.. Maar geduldig afwachten kan ik ook niet.'

*Ingrid van de Vegte is redacteur TGP*



## THEMA

C <> 1-u.. r1"1.. :rt,

### ZELFBEHEERSING

Het went niet..

Het nieuws, de krantenkoppen, op elke pagina wel een bericht over allochtonen. Als probleem, als knelpunt, als onbeheersbaar toestromend, als oprukkend fundamentalistisch, verslaafd, crimineel..

Je zal maar allochtoon zijn in Nederland en de hele dag dit soort nieuwsberichten opgedrongen krijgen. Om gek van te worden.

'Je moet gewoon heel stevig in je schoenen staan', leert Ayse me. 'Als ik de deur uitga en tien keer "goedemorgen" zeg, word ik één keer teruggegroet. Vroeger was het één op drie. Ik maak er elke dag een rekensom van. Het werkt, goed voor de afleiding'.

Farouk kreeg een amulet toegestuurd van zijn moeder uit Marokko, vanwege onbegrepen slaapstoornissen. Het is het klimaat, denkt zijn moeder.. Te koud. (Nachtmerries zijn aan de orde van de dag. Er wordt gevochten met onzichtbare tegenstanders, gevluht uit brandende huizen, geschreeuwd om afgrijselijke taferelen.)

Het amulet kostte veel geld, maar wat geeft dat, als het maar helpt..

'Ik heb een voorraad stop-zinnen', zegt Nadia. Zoals: 'het is niet persoonlijk bedoeld' en 'glimlachen, altijd vriendelijk blijven'.

De leuze van Mustafa is: leven bij de dag. Hij heeft besloten om zijn werk voortaan 's avonds via de kelder te verlaten; niet meer via de hoofduitgang met zijn vermoeide, prikkelbare fabriekscollega's, want dan gaat hij steeds met rotopmerkingen naar huis en die blijven zo hangen. Zo is het beter.. Werk is werk, thuis is thuis.

'Ik ben niet meer zo islamitisch', zegt Rachid, 'maar de Ramadan volbreng ik. Dat leert me zelfbeheersing en dat is tegenwoordig in deze maatschappij echt nodig', zegt hij

schuchter. Ik ben het met hem eens. Het doet me denken aan een telefoongesprek vorige week met Shanil.. Dat ging over de tanende, steeds meer gereserveerd geleverde hulpverlening aan allochtonen.

We werken allebei in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Je zou je er haast voor schamen. Witte bolwerken in multiculturele verzorgingsgebieden, waar één op de drie á vier patiënten allochtoon is. Jammer dat die niet een enkelvoudige fobie hebben of een mooie depressie zonder sociale, juridische, procedurele en andere opgedrongen problemen. Jammer dat het hulpverlenersbestand zo wit is en dat de allochtone personeelsleden vooral schoonmakers zijn. Ook jammer dat bij vacatures toch steeds, bij gelijke geschiktheid, de voorkeur wordt gegeven aan een autochtoon. Dat staat weliswaar niet in de beleidsregels maar er is altijd wel een reden te bedenken waarom een autochtone Nederlander beter is voor deze functie, op dit moment, gezien de teamsamenstelling, de man-vrouwenverdeling, noem maar op. Niet goed voor de gezondheid, zo'n politiek. Van niemand. Het zou normaal zijn als ziekenhuizen, arbeidsbureaus, universiteiten, tijdschriftredacties, scholen en noem maar op qua personeelsbestand een evenredige afspiegeling zouden vormen van de huidige samenleving. Gewoon als maatschappelijk model..

'Binnenkort wordt de eerste grens weer feestelijk gesloten', leert de Loesje-kalender thuis. Ik sluit de deur.. We gaan eten bij vrienden, want de Ramadan is voorbij. Na de afwas kijken we naar het nieuws. We vallen er middenin. 'Migranten moeten weg, aldus een enquête ...' Ik weet niet welke kant ik op moet kijken. Zelfbeheersing. Het went nooit..

*Annechien Limburgh-Okken, psychiater Riagg Stad Utrecht.*

## OP DUIDELIJKE WIJZE

Nordine Dahhan

*Aan een Koerdische patiënte in Twente is een orthopedische operatie geweigerd, omdat zij volgens de behandelend arts de Nederlandse taal niet genoeg beheerst. Hij wilde niet communiceren middels een door de patiënt zelf betaalde tolk. Bij deze weigering om een behandelingsovereenkomst te sluiten, beroept hij zich op de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De omgekeerde wereld: de wet beoogt, ondermeer door de regeling van een goede informatieoverdracht, de rechten van de patiënt te beschermen.*

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, ofwel de WGBO, is op 1 april jl. in werking getreden en bevat artikelen over het recht op informatie, toestemmingsvereisten, geheimhouding, privacy en recht op inzage. Deze verschillende aspecten kunnen beschouwd worden als kwaliteitsdeterminanten in het zorgproces.

De vertaling van de rechten van de patiënt naar kwaliteit van zorg is zeer belangrijk voor groepen die in een achterstandssituatie verkeren wat betreft hun gezondheid, zoals allochtone patiënten. Zij lopen het gevaar hun rechten niet volledig te kunnen gebruiken en dat terwijl zij in het algemeen een zorg van zeer matige kwaliteit krijgen.

### AFHANKELIJK

Veel allochtone patiënten zijn jarenlang ziek en weten toch weinig over hun ziekte, over de aard en de inhoud van medische onderzoeken of behandelingen die ze ondergaan. Deze patiënten zijn totaal afhankelijk van artsen en andere werkers in de gezondheidszorg. Velen klagen dat ze niet genoeg of slecht worden geïnformeerd en dat ze weinig ruimte krijgen om hun behoeften en wensen aan te geven.

In de WGBO staat het recht op informatie als volgt geformuleerd: 'De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk, in over de aard en het doel van het onder-

zoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen.'

De hulpverlener maakt er soms bezwaar tegen dat hij verplicht wordt informatie te verstrekken, met het argument dat de informatie complex is en dat geneeskundige kennis toch moeilijk over te brengen is aan een patiënt. De neiging om deze houding aan te nemen is zeker groter als het gaat om de gemiddelde allochtone patiënt. De formulering 'op duidelijke wijze' beoogt weliswaar een ingewikkelde, onduidelijke informatieverstrekking tegen te gaan, maar kan tekort schieten als hulpverleners een andere interpretatie geven, zoals bij allochtone patiënten die de Nederlandse taal niet goed begrijpen en te weinig weten van complexe medische informatie. Een juiste interpretatie luidt: 'in een voor de patiënt begrijpelijke taal', dus afgestemd op de individuele patiënt voor wie die informatie is bedoeld.

Een verkeerde interpretatie van het recht op informatie kan op twee manieren plaatsvinden. De hulpverlener denkt informatie 'duidelijk' gegeven te hebben, maar dat is wel in een voor de patiënt ontoegankelijke taal. Dit is ook het geval als de hulpverlener moeilijke technische woorden gebruikt bij het informeren van een autochtone patiënt, omdat -deze-daar -recht-op-heeft.

Een andere kwalijke interpretatie van het artikel is van de patiënt te eisen dat deze er zelf voor zorgt dat hij informatie duidelijk kan ontvangen, zoals het geval is, wanneer een arts van een allochtone patiënt gaat eisen dat hij de Nederlandse taal beheerst voordat een behandelingsovereenkomst gesloten kan worden.

### FUNDAMENT

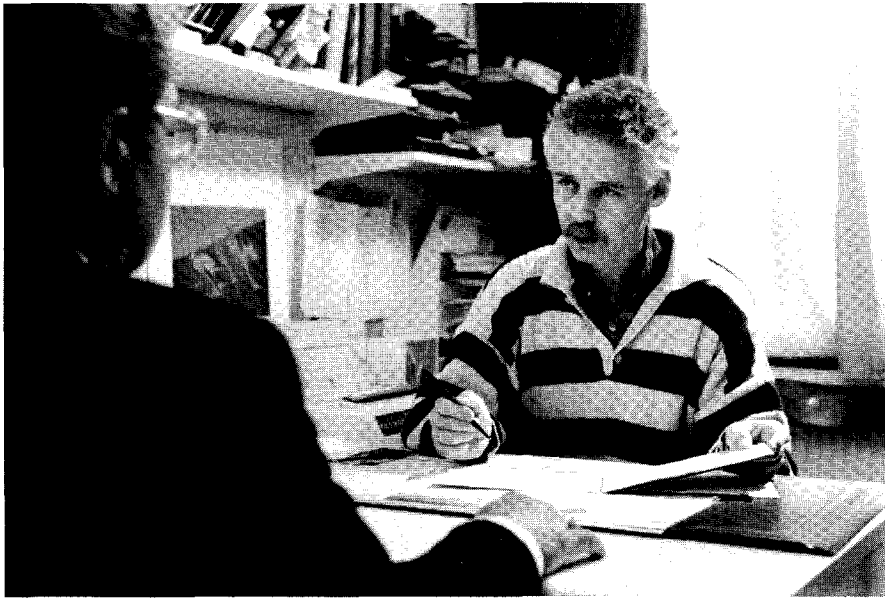
Het verstrekken van informatie, het vragen van toestemming en het delen van plichten en rechten tussen zorgverleners en -gebruikers is een fundament van kwalitatief goede zorg en het is een taak van de hulpverlener. In de Memorie van Toelichting op de WGBO staat: 'de hulpverlener moet zich bij het geven van inlichtingen aan de patiënt zo-

veel mogelijk bedienen van voor deze begrijpelijke bewoordingen. Als de patiënt geen Nederlands spreekt of verstaat, zal de hulpverlener bij het geven van de inlichtingen de hulp kunnen inroepen van iemand die de taal van de patiënt machtig is; daarbij kan desgewenst gebruik worden gemaakt van de gratis diensten van de door de rijksoverheid bekostigde tolkcentra voor minderheden. Een aspect van de verplichting tot het verstrekken van duidelijk en begrijpelijke inlichtingen aan de patiënt is te bevorderen dat deze optimaal kan meewerken aan het herstel of de bevordering van zijn gezondheid.' Wat geldt voor het recht op informatie is identiek voor het vragen van toestemming: de toestemming moet waar nodig in begrijpelijke taal gevraagd worden, op een adequate en zorgvuldige manier.

### ZOMAAR JAKNIKKEN

Het is de verantwoordelijkheid van de zorginstelling om voor voorzieningen te zorgen in de zin van tolken of nieuwe functionarissen zoals de zogenaamde zorgconsulenten, die in ieder geval verkrijgen van toestemming op een juiste wijze mogelijk maken. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener om de nodige deskundigheid en affiniteit te hebben om met alle categorieën patiënten adequaat te kunnen communiceren. De kans is groot dat de hulpverlener de toestemming vraagt op een manier die niet begrijpelijk is voor de patiënt, waarmee de laatste in een positie terecht komt waarin hij of zij zomaar 'ja' knikt. Bovendien mag er geen ruimte gegeven worden aan gemakzuchtig gedrag dat te vaak ruimere interpretaties hanteert van 'stilzwijgende toestemming' of 'veronderstelde toestemming'.

De formulering in de WGBO, dat er zonder toestemming gehandeld mag worden als het 'vragen van de toestemming in redelijkheid niet mogelijk is', mag in geen enkel geval slaan op communicatie- en taalproblemen. Ook in zulke omstandigheden moet de hulpverlener moeite doen om de patiënt in de gelegenheid te stellen vrijwillig toe-



De dokter vertelt

foto vd Beukel & Wientjens

stemming te geven. Daarvoor mogen de nodige voorzieningen geëist worden zoals voldoende tijd, tolkvoorzieningen of het inschakelen van zorgconsulenten. Er mag ook verwacht worden dat de hulpverlener over de nodige deskundigheid beschikt om volgens de medisch-professionele standaard te handelen, hetgeen van toepassing moet zijn op alle patiënten, ongeacht hun culturele, religieuze of sociale afkomst.

## RELATIE

De relationele aspecten van de zorgverlening is een van de belangrijkste determinanten van de kwaliteit van zorg. Geneeskunde valt te beschouwen als een 'kunst en een kunde: een techniek in de context van een intermenselijke relatie'. De relationele aspecten zullen in de toekomst nog centraler staan in de zorgverlening. In die zin kan de WGBO een uitstekend instrument worden in de verbetering van de zorg voor groepen die op dit moment door verschillende factoren niet optimaal worden bediend, met name de allochtone patiënten.

Uit recent onderzoek (van R.F.I., Leeflang, RU Leiden, *Zoeken naar gezondheid, hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst*, 1994) blijkt dat het niet zo goed is gesteld met de relatie arts-allochtone patiënt. Zowel artsen als allochtone patiënten klagen over de kwaliteit van die relatie.

Volgens het onderzoek vinden veel artsen het contact met Turkse patiënten moeilijk vanwege taal- en communicatieproblemen. Diverse artsen geven aan dat het contact met Nederlandse patiën-

ten makkelijker verloopt, hun problemen zijn meer invoelbaar en hun gedrag is herkenbaar. Een arts formuleert in het genoemde onderzoek het probleem als volgt: 'Eigenlijk vallen ze (Nederlanders) me niet op. Doordat je meer in de hand hebt, de taal beter beheerst kan je meer. Je hebt dan fijnere diagnostische methoden. Je kan letten op nuances, intonaties. Er ontgaat je een hoop bij Turken'.

Deze uitspraak maakt duidelijk hoeveel invloed communicatie heeft op de kwaliteit van zorg.

Sommige artsen vinden hun communicatieve vaardigheden onvoldoende; anderen voelen zich onmachtig vanwege het matige inzicht in de aarde en de oorzaak van de problematiek. Een aantal artsen meent dat een inzichtgevend gesprek weinig effectief is omdat de problemen waarmee Turken kampen vrijwel onoplosbaar zouden zijn. Volgens het onderzoek hebben de meeste artsen het gevoel dat zo'n gesprek niet aansluit bij de verwachtingen van Turkse patiënten.

## VICIEUS

De Turkse patiënten ervaren het contact met de huisarts ook problematisch. Zij vinden dat de huisarts hen niet begrijpt en niet gelooft, dat hij te weinig informatie verstrekt. De consequentie hiervan is dat de patiënten minder hun huisarts vertrouwen en dat artsen zich door de verstoorde relatie met deze patiënten meer onzeker voelen. En een ontevreden patiënt bezoekt zijn huisarts juist vaker. Samen kan dit leiden tot

vluhtgedrag bij artsen in onnodig therapeutisch of minder adequaat medisch handelen. Als gevolg daarvan kan het contact met die patiënten verder onder druk komen te staan. De cirkel is rond. Dit gebeurt, terwijl de artsen, volgens het Leidse onderzoek, het belang van goede voorlichting toch zeker inzien.

## COÖPERATIE

Uit diverse bronnen komt naar voren dat allochtone patiënten minder coöperatief lijken te zijn in het zorgproces. Het is zeer aannemelijk dat dit te maken heeft met de boven beschreven vicieuze cirkel. Een goed geïnformeerde patiënt is meestal een coöperatieve patiënt die eerder geneigd is de instructies van de arts te volgen en daardoor zijn genezing bevordert. Op deze manier wordt de wet die bedoeld is om de rechten van de patiënt te beschermen een wet die een flinke bijdrage kan leveren in de positieve beïnvloeding van de kwaliteit van zorg.

*Nordine Dahhan is functionaris gezondheidszorg bij het Nederlands Centrum Buitenlanders.*



## KLACHTEN EN VRAGEN

Anita Vink

*Bij het Informatie en Klachtenbureau voor de Gezondheidszorg Utrecht (IKG Utrecht) komen amper allochtonen. Toch hebben zij wel degelijk wat aan te merken op de gezondheidszorg. Wat blijkt: het bureau is vrijwel onbekend. Eerder praten mensen over hun klachten met vrienden en familie, of ze veranderen van arts en andere zorgverlener als die niet bevallen. Er was onderzoek voor nodig om de klachten van allochtonen boven water te krijgen.*

Informatie & Klachtenbureau  
Gezondheidszorg Utrecht



De klachten betreffen nogal eens medisch-technische zaken als diagnostiek, met name de nadruk op psychosomatiek, en gebrekkige behandeling. Maar ook de communicatie, discriminatie en/of het niet serieus genomen worden zijn aan de orde. Daarnaast hebben allochtonen\*) vragen over de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen, de financiële vergoedingen daarvoor en over patiëntenrechten.

### GEINTERVIEWDEN

Het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform in Utrecht (PP/CP Utrecht) liet het onderzoek uitvoeren waaruit deze klachten naar voren kwamen. (Het IKG Utrecht is onderdeel van dit platform.)

Vier groepen informanten kwamen in interviews aan het woord: allochtone organisaties in de regio, klachtopvangvoorzieningen met allochtone bezoekers, allochtone hulpverleners in de gezondheidszorg en medewerkers bij voorlichtingsprojecten gericht op allochtonen.

Drie actoren zijn er die iets verkeerd of niet kunnen doen: hulpverlener, instelling en organisatie. En er zijn op drie terreinen klachten en vragen te onderscheiden: medisch-technisch, relationeel-communicatief en organisatorisch-financieel.

### SPECIFIEK

Allochtone patiënten/cliënten hebben net als andere Nederlanders in al deze categorieën klachten en vragen. Wel hebben de klachten en vragen van allochtonen een specifieke invulling.

Op medisch-technisch gebied hebben allochtonen bijvoorbeeld relatief veel klachten en vragen over de diagnostiek en de behandeling, met name door de huisarts en de specialist. Een reden hiervoor is dat de huisarts voor veel allochtonen de eerste (en enige) hulpver-

lener is die zij kennen en benaderen. Ook de specialist is goed bekend. Allochtonen vinden dat psychosomatische diagnoses te vaak en te snel worden gesteld en zien dergelijke diagnoses over het algemeen als een te makkelijke verklaring voor gezondheidsklachten. Klachten over een gebrek aan lichamenlijk onderzoek of een verkeerde medisch-technische behandeling zijn ook frequent. Veel voorkomend is bijvoorbeeld de klacht betreffende het nalaten van de huisarts 's avonds de zieke te bezoeken. Verder vindt men dat de huisarts te weinig verwijst naar een specialist en dat men in die zin te afhankelijk is van de huisarts.

---

*Klachten over een gebrek aan lichamenlijk onderzoek of een verkeerde medisch-technische behandeling zijn frequent.*

---

Ook zouden er te weinig (of juist teveel sterke) geneesmiddelen worden voorgeschreven. In het algemeen wordt het voorschrijven van geneesmiddelen door allochtonen echter als positief beoordeeld en gezien als een erkenning van de gezondheidsklacht. Men voelt zich serieus genomen en gerustgesteld, ook tegenover de omgeving.

### NIET SERIEUS

In relationeel-communicatieve klachten komt tot uitdrukking dat men zich niet serieus genomen voelt.

Klachten hierover hangen vaak samen met andere klachten: over geneesmiddelen, (psychosomatische) diagnoses, discriminatie of een onpersoonlijke be-

jegening. De (verstoorde) communicatie tussen hulpverlener en patiënt/cliënt speelt hierin een grote rol, zowel op taalkundig als cultureel gebied.

Allochtonen blijken verder vrijwel niet op de hoogte te zijn van patiëntenrechten als het recht op informatie, het klachtrecht en het recht van vrije keuze van hulpverlener.

### ONBEKEND

Opvallend is dat klachten en vragen van allochtonen' vaak ontstaan uit onbekendheid met de organisatie van de gezondheidszorg. Allochtonen hebben veel vragen over zorgvoorzieningen als de Riagg, de thuiszorg en fysiotherapie. Ze zijn niet op de hoogte van het bestaan van deze voorzieningen en weten vaak niet goed hoe het zit met de financiële kanten (vergoedingen en eigen bijdragen).

Bovendien bestaan er nog al eens misvattingen over de soort hulp. Over de Riagg bestaat vaak een negatief beeld, als zou die alleen voor de opvang van 'gekken' zijn. Allochtonen hebben ook hun twijfels over de effecten van psychotherapeutische hulp, van 'alleen maar praten'.

Hierbij kan worden opgemerkt dat ook autochtonen uit lagere economische klassen een negatief beeld hebben van de hulp die een voorziening als de Riagg biedt.

### DREMPELS

Niet alleen de bekendheid, ook de toegankelijkheid en bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen laat soms te wensen over. Er zijn klachten over onvoldoende verwijzingen en over de algehele 'papierwinkel' van de Nederlandse gezondheidszorg. Overigens wordt het beeld van de toegankelijkheid ook bepaald door factoren aan de kant van de allochtone gebruikers, zoals drempelvrees en onbekendheid met bepaalde voorzieningen.

Organisatorische klachten betreffen het beperkte gebruik van tolken en de tolkentelefoon door hulpverleners in de regio Utrecht en het beleid van ziekenhuizen inzake (Islamitische) voedselvoorziening en bezoeksregeling.

Moge het lijken dat veel mensen met de vragen blijven zitten of de klacht aanvaren en zelfs goed praten: 'dat gebeurt nu eenmaal', de meerderheid onderneemt echter verschillende soorten acties.

---

## *Specifieke klachtopvangvoorzieningen zijn onder allochtonen nauwelijks bekend.*

---

### ACTIES

In eerste instantie raadpleegt men personen in de naaste omgeving om klachten en vragen uit te wisselen en elkaar hierover te adviseren. Een aantal allochtonen verandert van hulpverlener, met name van huisarts, of gaat naar een traditioneel genezer of blijft gewoon weg. Een deel wendt zich met de klacht of vraag tot allochtone intermediairen: een hulpverlener, migrantenvoorlichtster of medewerker van een allochtone organisatie. Weer een ander deel van de klachten en vragen komt terecht bij een wijkwinkel, buurtthuis, anti-discriminatie bureau of inloopspreekuur voor de gezondheid. Slechts bij ernstige medisch-technische klachten gaat men naar de advocaat.

Specifieke klachtopvangvoorzieningen (IKG's zijn er in verscheidene steden) zijn onder allochtonen vrijwel niet bekend. De oorzaken die informanten noemen voor het niet of nauwelijks gebruik maken van deze voorziening zijn: onbekendheid, ook met het klachtrecht; drempelvrees bij formele instanties; taboe op praten over de eigen gezondheid; negatieve associatie bij het begrip 'klacht'.

Omdat allochtonen de regionale klachtopvangvoorzieningen in de gezondheidszorg vrijwel niet inschakelen, is het moeilijk om op basis daarvan knelpunten in deze voorzieningen aan te geven. Ik heb daarom gekeken naar voorzieningen die zich wel op allochtonen,

maar niet specifiek op klachten en vragen over de gezondheidszorg richten, zoals de anti-discriminatie bureaus en inloopsprekuren voor de gezondheid op wijkniveau.

### RISICO'S, ANGST

Uit de informatie van deze voorzieningen blijkt dat allochtone cliënten ondermeer de volgende knelpunten ervaren in het hulpaanbod van deze voorzieningen: de risico's van het indienen van een klacht voor de persoonlijke leefomstandigheden (bijvoorbeeld een vijandige woon- of werkomgeving) en angst voor represailles van de hulpverlener op wie de klacht betrekking heeft. Als knelpunt worden ook de bureaucratische procedures ervaren van de instanties waarmee men via de anti-discriminatie bureaus te maken krijgt (politie, Medisch Tuchtcollege). Ook het niet voldoen aan de (hoge) verwachtingen van de cliënt wordt als knelpunt genoemd, hetgeen weer te maken heeft met knelpunten in de beeldvorming van de voorziening naar buiten toe. Het is van groot belang dat klachtinstellingen hun functie helder maken en voor goede, gerichte doorverwijzing zorgen wanneer dat nodig is.

### TOEGESPITST

De klachtopvangvoorzieningen in de gezondheidszorg krijgen zeer weinig klachten en vragen van allochtonen binnen. Toch blijkt dat allochtonen wel degelijk diverse klachten en vragen over de gezondheidszorg hebben én wel degelijk behoefte hebben aan een klachtopvangvoorziening. Kortom, hoe kan de toegankelijkheid van die voorziening worden bevorderd?

Op basis van de gesprekken met informanten meen ik dat de belangrijkste dienstverlening van die voorziening de opvang in de eigen taal is. Dat zou dan door twee vrouwelijke spreekuurmedewerkers gedaan kunnen worden, één Turkse en één Marokkaanse, om in één moeite door de drempel voor allochtone vrouwen te verlagen.

Daarnaast zouden klachtopvangvoorzieningen zich moeten beraden op hun werkwijze inzake allochtone cliënten. Wat allochtone patiënten/cliënten volgens de informanten van klachtopvang verwachten, is: opvang, structuur brengen in de klacht of vraag, bemiddeling en eventueel klachtenbehandeling. Deze laatste verwachting kan op moeilijkheden stuiten, aangezien klachtenbehandeling geen functie is van de regionale klachtopvangvoorzieningen in de gezondheidszorg. Wel zijn er verschil-

lende manieren waarop bij een klacht of vraag kan worden bemiddeld, afhankelijk van de kenmerken van de klacht en van de cliënt: diens taal- en spreekvaardigheid en bekendheid met het gezondheidszorgsysteem.

### DE WIJK IN

De meeste informanten geven de voorkeur aan uitvoering van de klachtopvang op wijkniveau, eventueel aangesloten bij andere voorzieningen waar allochtonen reeds komen.

Vanuit de gedachte dat verscheidene (gezondheids-)zorgvoorzieningen die bij elkaar zijn ondergebracht, op de patiënt/cliënt een verwarrend effect kunnen hebben, geven andere informanten echter aan dat een klachtenbureau dat zich op allochtonen richt voor potentiële cliënten herkenbaar moet zijn als een aparte instantie met een eigen functie en op een eigen plaats.

Het PP/CP Utrecht wil meer allochtonen met klachten en vragen bereiken. Daartoe is een twee sporenbeleid ingezet. Enerzijds wordt geprobeerd de toegankelijkheid van het IKG Utrecht te vergroten door allochtone spreekuurmedewerkers aan te trekken. Anderzijds is door het PP/CP Utrecht een vervolgtraject opgezet. Hierin richt het platform zich op het ontwikkelen van een voorlichtingsmethodiek voor allochtonen op het gebied van patiëntenrechten en klachtmogelijkheden.

\* Aangezien 'allochtone patiënten/cliënten' een brede en diverse groep zijn, is gekozen voor een meer beperkte onderzoeksgroep, te weten Turkse en Marokkaanse gebruikers van de gezondheidszorg. In dit artikel wordt met de term 'allochtonen' dan ook bedoeld op Turken en Marokkanen.

*Anita. Vink is studente culturele antropologie.*

## ILLEGAAL, ONVERZEKERD

Markus Kruijswijk en Jan Hoekstra

*In een themanummer over migranten hoort een artikel thuis over illegale vreemdelingen - ondanks dat in de vorige rGP al een inleiding op het onderwerp te lezen viel.*

*Een groep waarvan de omvang en de samenstelling slechts bij benadering bekend is. Geen populaire groep vandaag de dag. Vreemdelingen wordt op straat al allerlei onheus voor de voeten geworpen en met gebruik van illegaliteit als verwijtbare eigenschap kunnen ook nette politici op hen afgeven.*

*Onderstaand artikel gaat over de medische hulpverlening aan illegalen.*

Om het aantal illegale vreemdelingen terug te brengen is de laatste jaren een flink aantal maatregelen uitgevaardigd. Zo is het zonder verblijfsvergunning onmogelijk geworden een SoFi-nummer aan te vragen, nodig voor het verkrijgen van wit werk of een uitkering. Verder is er de legitimatieplicht gekomen, uitermate bedreigend voor vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. Invallen bij bedrijven hebben plaatsgevonden om illegale werknemers op te sporen.

Sinds de invoering van de Gemeentelijke Basisadministratie is het niet meer mogelijk zonder verblijfsvergunning ingeschreven te worden in het Bevolkingsregister. Sinds kort kunnen illegaal verblijvende ouders hun pasgeboren kind niet meer aangeven zonder hun adres prijs te geven. Verder staat de Koppelingwet op stapel, die in het kort erop neerkomt dat voor veel meer wettelijke regelingen dan nu het geval is, een verblijfsvergunning getoond zal moeten worden.

### NOODZAKELIJK

Tenslotte heeft het kabinet bij monde van minister Borst de Ziekenfondsraad om advies gevraagd met betrekking tot het uitsluiten van illegalen van verstrekkingen in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In het advies van de Raad wordt aangegeven dat noodzakelijke medische zorg gewaarborgd dient te zijn. Een omschrijving van het begrip 'noodzakelijke zorg' wordt hierbij overigens niet gegeven. Voor zover deze zorg niet door de Basisgezondheidsdiensten geleverd wordt maar via de gebruikelijke zorgkanalen (huisartsen, ziekenhuizen enz.) tot stand komt, zal de Rijksoverheid voor de kosten op moeten draaien, aldus het advies. In hoeverre de minister zich iets aan het

advies gelegen zal laten liggen, moet nog afgewacht worden.

Het valt te bezien of al deze maatregelen het beoogde effect zullen hebben op de migratiestroom.

### DE PROCEDURE

Momenteel is de toelatingsprocedure grofweg als volgt. De eerste selectie vindt meteen na aankomst plaats in een van de aanmeldcentra. Binnen 24 uur moet beslist worden of een asielzoeker tot de procedure toegelaten wordt. Als dat het geval is wordt hij of zij in een Asielzoekerscentrum geplaatst. (De mogelijkheid van hoger beroep is door de vorige minister van justitie Hirsch Ballin, uit de asielwetgeving geschrapt. De Hoge Raad heeft vervolgens in april j.l. bezwaar tegen deze rechtsongelijkheid aangetekend.)

Wie ofwel niet tot de procedure wordt toegelaten ofwel het verzoek tot asiel afgewezen ziet, wordt geacht Nederland eigener beweging te verlaten. Vreemdelingenbewaring, inclusief de feitelijke uitzetting door de Vreemdelingendienst, vindt in het kader van de asielprocedure momenteel nauwelijks plaats. Niet ondenkbaar is dat een aantal van de afgewezen asielzoekers het verzoek tot vrijwillig vertrek naast zich neer legt (voor zover ze al in de gelegenheid zijn op eigen gelegenheid het land te verlaten) en hun verblijf in Nederland illegaal voortzet.

### DE POPULATIE

Om zicht te krijgen op de problematiek van illegale vreemdelingen is het zinnig een onderscheid te maken tussen een drietal hoofdgroepen: afgewezen asielzoekers, illegale arbeidsmigranten en illegale Surinamers. In het gezondheidscentrum voor onverzekerden De Witte Jas in Amsterdam, wordt sinds begin 1994 van alle patiënten een aantal de-

mografische gegevens genoteerd en opgeslagen. Onderstaande getallen zijn afkomstig uit deze registratie.

#### 1. Afgewezen asielzoekers

Dit is gelet op het hierboven besprokene in potentie een grote groep; in De Witte Jas is er nog geen sprake geweest van een toename van het aantal afgewezen asielzoekers. In de eerste helft van 1994 bedroeg hun aantal 5% van de populatie. In de eerste drie maanden van 1995 was dit 3%.

#### 2. Illegale arbeidsmigranten

Naast de groep asielzoekers is er de groep die gemakshalve wordt aangeduid als illegale arbeidsmigranten en, voor zover van toepassing, hun gezinnen. Hun aantal in Nederland wordt ruwweg op 100.000 geschat. Er zijn geen aanwijzingen dat dit aantal de afgelopen jaren aan grote veranderingen onderhevig is geweest.

Het betreft, voornamelijk mannen tussen de 20 en 45 jaar die dan weer hier, dan weer daar in Europa hun kostje bij elkaar scharrelen door zwart werk, bijvoorbeeld in illegale naai-ateliers, de tuinbouw, de horeca enz. Voor een deel betreft dit seizoenarbeid. Zij zijn doorgaans alleenstaand of hebben hun familie in het land van herkomst achtergelaten. Het aandeel van vrouwen en gezinnen is verhoudingsgewijs klein.

Van de illegale arbeidsmigranten die in 1994 De Witte Jas bezochten was 73% minder dan 4 jaar in Nederland. De illegale arbeidsmigranten maakten in de eerste helft van 1994 57% uit van de patiëntenpopulatie van De Witte Jas. In de eerste drie maanden van 1995 was dit 54%. Mogelijk is het aandeel illegale arbeidsmigranten nog groter, bijvoorbeeld omdat patiënten ten onrechte aangeven toerist te zijn, of van plan zijn na het verlopen van hun toeristenvisum in Nederland te blijven.

#### 3. Illegale Surinamers

Een derde groep illegale vreemdelingen is de groep Surinamers zonder verblijfsvergunning. Vaak zijn zij na een familiebezoek in Nederland gebleven. Meer dan de groep illegale arbeidsmigranten telt deze groep ook ouderen, die soms met de hoop op een goede medische behandeling van een chronische ziekte naar Nederland zijn gekomen, al dan niet op instigatie van de behandelaar in Suriname.

In de eerste helft van 1994 kon 2% van de populatie patiënten in De Witte Jas tot deze categorie gerekend worden. In de eerste drie maanden van 1995 was

dit gestegen tot 7%.

#### 4. Restgroep

Hiertoe worden onder meer gerekend vreemdelingen die hun verblijfsvergunning zijn kwijtgeraakt (bijvoorbeeld doordat zij na een periode in de ziekte-wet werden goedgekeurd terwijl zij zich nog te ziek voelden om te werken; ontslag is in een dergelijk geval het gevolg) en vreemdelingen die nog geen verblijfsvergunning hebben aangevraagd (bijvoorbeeld in het kader van gezinshereniging).

#### ONVERZEKERD

Hoezeer de verschillende groepen illegale vreemdelingen ook van elkaar mogen verschillen, er is een belangrijke overeenkomst. Zij kunnen 'zich in het algemeen niet tegen ziektekosten verzekeren. Zij hebben geen recht op een ziekteverzekering omdat zij geen ziekteverzekering (lees: wit) inkomen hebben. Een uitzondering betreft diegenen die gehuwd zijn met iemand met een ziekteverzekering inkomen. Van de particuliere verzekeraars is er slechts één die mensen zonder verblijfsvergunning verzekert, maar deze is extreem duur. Voor de groep onverzekerbaren geldt dat zij formeel weliswaar (nog steeds) toegang hebben tot de gezondheidszorg, maar dat zij de daaraan verbonden kosten zelf dienen op te brengen. Dat dit tot grote financiële problemen kan leiden behoeft geen betoog.

Opgemerkt dient te worden dat de begrippen 'illegaal' en 'onverzekerd' niet congruent zijn. Sommige illegale vreemdelingen zullen een ziektekostenverzekering hebben, bijvoorbeeld door een (al bestaand) huwelijk of doordat hen tussen de mazen door toch een SoFi-nummer is toegekend.

Ook zijn niet alle onverzekerden illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Mensen met een chronische psychiatrische ziekte bijvoorbeeld, zullen wellicht niet steeds aan hun administratieve verplichtingen voldoen. Hetzelfde geldt voor zwervers. Ex-gedetineerden worden bij ontslag uit detentie onverzekerd op straat gezet. Mensen zonder uitkering of loondienstverband hebben soms niet de middelen om zich particulier te verzekeren. Toewisten hebben niet altijd een (goede) reisverzekering afgesloten. Omdat al deze groepen in principe wel verzekeraar zijn, als ze maar de juiste begeleiding krijgen bij hun gang naar de welzijnsinstanties, en omdat de groep illegale vreemdelingen veel groter is dan de overige groepen

onverzekerden tezamen, wordt er verder van uitgegaan dat de cijfers betrekking hebben op illegale vreemdelingen.

#### De Eerste Lijn

##### HUISARTSEN

Circa de helft van de onverzekerde eerstelijns consulten in Amsterdam worden door gevestigde huisartsen verzorgd. Deze consulten zijn verre van gelijkelijk verdeeld over de Amsterdamse huisartsen. In 1991 zou in 6% van de huisartspraktijken vaker dan eenmaal per week een onverzekerd consult zijn verricht, terwijl 80% van de praktijken minder dan één onverzekerd consult per maand rapporteerde. De eerstgenoemde 6% van de huisartspraktijken nam liefst 64% van de door gevestigde huisartsen verrichte consulten voor hun rekening. Van enkele Amsterdamse huisartsen is bekend dat zij zeer grote aantallen onverzekerde patiënten zien. Dit kan ten dele verklaard worden uit de geografische ligging van hun praktijken, maar zal zeker ook te maken hebben met de attitude van deze huisartsen. Gemiddeld werd in 1991 per huisartspraktijk 20 keer een onverzekerde patiënt gezien, ofte wel eens per twee en een halve week.

##### VRIJWILLIGERS

De andere helft van de onverzekerde eerstelijns consulten komt voor rekening van een tweetal vrijwilligersorganisaties. In het oude stadscentrum, op de Wallen, zetelt de Kruispost, die ruim tien jaar geleden vanuit een religieuze leefgemeenschap werd opgericht als medisch-sociale hulppost. Naast een betaalde coördinator en enkele door de leefgemeenschap vrijgestelden werken er vele vrijwillige artsen, die zeven dagen per week tweemaal per dag een spreekuur verzorgen.

In de Staatsliedenbuurt is De Witte Jas gevestigd, die eveneens een tiental jaren bestaat en destijds werd opgericht als voorlichtingscentrum voor gezondheid, gezondheidszorg en alternatieve geneeskunde. Dit centrum is drie dagen en een avond per week geopend. Er werken uitsluitend vrijwilligers. De Witte Jas onderscheidt zich van de Kruispost doordat er naast reguliere eerstelijns zorg ook fysiotherapie en alternatieve geneeskundige zorg wordt aangeboden. De Witte Jas heeft, meer dan de Kruispost, de intentie een bijdrage te leveren aan het medische debat. Zo organiseert De Witte Jas in Juni een symposium over de verschillende kan-

ten van de medische hulp aan illegalen. Beide vrijwilligersinstellingen krijgen veel lof toegezwaaid en De Witte Jas mocht zelfs de Clara Meijer Wichmann penning van de Liga voor de Rechten van de Mens in ontvangst nemen.

Toch kleven er nogal wat bezwaren aan deze vorm van hulpverlening. Van een vrijwilliger kan niet gevraagd worden zich lange tijd aan een instelling te binden. Het verloop onder de vrijwilligers is groot. Het inzetten van basisartsen is bij gebrek aan huisartsen vaak het maximaal haalbare. In tijden van goede werkgelegenheid is het moeilijk voldoende vrijwilligers te vinden voor het vervullen van de spreekuren. Er kunnen geen huisbezoeken worden afgelegd. Een continue bereikbaarheid, inclusief de deelname aan een doktersdienst, is onmogelijk te realiseren in verband met de beperkte openingstijden. Hierbuiten moet een zieke illegaal zelf de weg naar een dokter (i.c. een Eerste Hulp) zien te vinden.

Gezien de gemiddelde werkbelasting die het ontvangen van onverzekerden voor de Amsterdamse huisartspraktijken met zich meebrengt (één consult per twee en een halve week) en gezien het gegeven dat de vrijwilligerscentra de helft van de eerstelijns zorg voor hun rekening nemen, rijst de vraag of de populatie illegale vreemdelingen niet binnen de gevestigde huisartsenzorg ondergebracht kan worden. De gemiddelde werkbelasting zou verdubbelen tot bijna een consult per week. De praktische bezwaren zouden echter groot zijn; het spreiden over 300 praktijken van patiënten die niet te registreren zijn is nu eenmaal geen sinecure. Zoals hiervoor reeds werd aangegeven is ook nu al de spreiding gering.

Van de overige eerstelijns voorzieningen is met name de verloskundige zorg van belang voor illegale vreemdelingen. Deze concentreert zich in een beperkt aantal verloskundige praktijken, verspreid over de stad. Per jaar worden in Amsterdam circa 100 illegale baby's geboren.

Tandheelkundige zorg is nauwelijks beschikbaar voor illegale vreemdelingen.

#### De Basisgezondheidszorg

Vanuit de GG&GD wordt de preventieve Jeugdzorg georganiseerd en verzorgd, evenals de tuberculosebestrijding en de geslachtsziektenbestrijding. Deze drie zorgvormen zijn ook voor onverzekerden vrij toegankelijk, waarbij vaccinaties binnen het jeugd vaccinatieprogramma, en medicamenten te-

gen tuberculose of geslachtsziekten desnoods kosteloos beschikbaar zijn. Zieke onverzekerde patiënten die zich bij de balie van het GG&GD-gebouw melden worden doorgaans verwezen naar de Kruispost of naar De Witte Jas.

## De Tweede Lijn

Met name op de afdelingen voor Eerste Hulp van de grote ziekenhuizen in Amsterdam komen grote aantallen onverzekerden, die in sommige ziekenhuizen in 1991 zo'n 20% uitmaakten van het totaal aantal hulpzoekers. Waarschijnlijk vangen de Eerste Hulp afdelingen een deel van de druk op de eerstelijns zorg weg. In de poliklinieken ging het in zo'n 0,6% van de bezoeken, om onverzekerde patiënten, terwijl 1% van de opnames een onverzekerde betrof (in 1991 een kleine 1000 opnames). Cijfers over de jaren na 1991 zijn niet bekend.

## DUUR

De schade bij de verschillende ziekenhuizen beliep ettelijke miljoenen gulden. Ten behoeve van onverzekerden gemaakte kosten kunnen niet zonder meer elders worden verhaald. Soms blijkt dat een onverzekerde is in te schrijven bij een verzekeraar, bijvoorbeeld wanneer er vergeten rechten bestaan. Vaak lukt dat echter niet. Wanneer er sprake is van een acute levensbedreigende en/of mutilerende aandoening kan ingeval het tot een opname is gekomen een beroep gedaan worden op de Algemene Bijstandswet (ABW, artikel 84 en 10), die door de Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) wordt uitgevoerd. De afgelopen jaren was de GSD in Amsterdam beduidend soepeler bij de interpretatie van wat 'acuut levensbedreigend en/of mutilerend' is dan GSD'en elders in het land. De indruk bestaat dat de toetsing gaandeweg strenger wordt, en dat daarom minder behandelingen dan voorheen vergoed worden. De overheveling van de gelden voor de uitvoering van de ABW van het Rijk naar de gemeenten zal deze ontwikkeling zeker versterken, aangezien de grote groepen illegalen zich vooral in de grote steden bevinden. Bijgevolg zullen ziekenhuizen minder snel overgaan tot opname van een onverzekerde. Veel huisartsen en ook de medewerkers van de Kruispost en De Witte Jas ervaren ook nu al dat de toegankelijkheid van de tweedelijns instellingen afneemt.

## De Toekomst

De aan het begin van dit artikel genoemde veranderingen in de wetgeving hebben zo hun consequenties voor de gezondheidstoestand van illegalen en de zorg waarvan zij gebruik kunnen maken.

Aangezien illegale vreemdelingen zonder SoFi-nummer geen wit werk kunnen krijgen, zijn zij aangewezen op de smerigste en zwaarste baantjes, met de laagste inkomens en hoge gezondheidsrisico's.

Omdat illegale vreemdelingen niet meer ingeschreven kunnen worden in het Bevolkingsregister kunnen zij bijvoorbeeld niet meer in aanmerking komen voor een kosteloze zwangerschapsonderbreking, terwijl ongewenste zwangerschappen in deze populatie veel voorkomen. In 1994 kwamen in De Witte Jas 22 van de 276 vrouwen tussen 15 en 45 jaar in verband met een ongewenste zwangerschap.

Pasgeboren kinderen die niet zijn ingeschreven worden niet automatisch aangemeld voor de hielprik en de preventieve jeugdzorg en krijgen tot overmaat van ramp geen geboortebewijs, wat bij terugkeer naar het land van herkomst tot grote problemen kan leiden. De Amsterdamse vroedvrouwen hebben dit ondervangen door onderling af te spreken de pasgeborenen op het praktijkadres in te laten schrijven.

## AMSTERDAMS FORUM

Binnen de Amsterdamse gezondheidszorg is inmiddels een breed forum ontstaan waaraan de eerste- en tweedelijns zorgaanbieders, de zorgverzekeraar ZAO, de GG&GD en het departement van de wethouder van Sociale Zaken deelnemen. Binnen dit forum worden de problemen die het al dan niet behandelen van onverzekerden met zich meebrengt besproken, en wordt gezocht naar een oplossing voor de verschillende knelpunten.

Tot op heden kreeg het forum weinig weerklank bij de rijksoverheid. In de nota 'Gezond en Wel', waarin minister Borst en staatssecretaris Terpstra het kader van het volksgezondheidsbeleid schetsen voor de jaren 1995-1998, wordt een kort hootstuk gewijd aan illegale vreemdeling. Over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg:

'In bijzondere omstandigheden en onder strikte voorwaarden kunnen vormen van gezondheidszorg toegankelijk zijn

voor illegalen. Dit betreft, dan vooral de bestrijding van sommige infectieziekten (tuberculose) en hulpverlening in acute noodsituaties, als er sprake is van ogenblikkelijk levensgevaar of een acute en vitale hulpeloze toestand.'

Hieraan vooraf gaat de constatering: 'Instellingen als De Witte Jas in Amsterdam, die ambulante zorg verlenen aan illegalen, blijken te voorzien in een behoefte.'

## OPDRAAIEN

De beslissingen ten aanzien van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen moeten op landelijk niveau genomen worden. Dat illegale vreemdelingen zich vooral binnen de grote steden ophouden mag niet betekenen dat de grote steden moeten opdraaien voor de problemen, bijvoorbeeld op het terrein van de gezondheidszorg, die een dergelijke concentratie met zich meebrengt.

In die zin heeft de Ziekenfondsraad klare taal gesproken in zijn advies aan de minister van VWS. Kosten die gemoeid zijn met medische behandeling van illegale vreemdelingen zullen ten laste van de Rijksbegroting moeten komen. Uit het advies:

'Verder wijst de Raad er op dat als er geen adequate regeling wordt getroffen voor de financiering van door onverzekerde vreemdelingen ontvangen medische hulp, het zich zou kunnen gaan voordoen, met name als de groep onverzekerden zal toenemen, dat hulpverleners en hulpverlenende instellingen medische hulp zullen onthouden aan onverzekerden. De raad zou dat een ongewenste ontwikkeling vinden, die door het treffen van een adequate financiële regeling moet worden voorkomen.'

*Markus Kruijswijk en Jan Hoekstra zijn werkzaam als medewerker van De Witte Jas.*



# Het Binnenhofje

Sinds Nederland een paars kabinet kent, laat dit zich alles eraan gelegen liggen te laten zien dat het dag en nacht verschilt van haar, door de christendemocratische traditie gedomineerde, voorgangers.

En toch.

Hoe sterker het zich te weer stelt om de breuk in het beleid te benadrukken, des te sterker krijg je als burger de indruk dat het nieuwe beleid zich in niets onderscheidt van het oude. Die indruk lijkt ook te gelden voor de zorgsector.

Tijdens de behandeling van de begroting van het departement en het Financieel Overzicht Zorg voor 1995 (begin december 1994, vier maanden na het aantreden van het nieuwe kabinet) gaven beide bewindsvrouwen van VWS de Kamer te kennen dat de feitelijke paarse visie op de zorg pas ontvouwen zou worden in het voorjaar van 1995.

Tot die tijd beperkte het duo Borst-Terpstra zich tot het beantwoorden van Kamervragen, het geven van een enkel interview, een globale inleiding bij de departementale begroting en speeches bij officiële gelegenheden en openingen. Kortom, om het zorgbeleid van de overheid te achterhalen, moesten pers en anderen zich bedienen van de methoden van Kremlin-watchers, namelijk een combinatie van interpretatie van schaarse feitelijkheden met hele en halve geruchten.

Wie het regeerakkoord beroepshalve moest doorspitten, had, waar het de zorgsector betreft, allenminst reden om vreugdevol gestemd te raken. De ruimte die de sector geboden werd om te groeien werd beperkt tot een schamele 1,3%, waar men in eerdere jaren op twee procent mocht rekenen. Anders gezegd, bezuinigingen lijken daarom onafwendbaar.

Na de eerste euforie bij de komst van het paarse kabinet, besloot de minister tot het instellen van een ambtelijke taskforce om te onderzoeken hoe in de nabije toekomst de kosten beperkt en de volume beheerst kunnen worden.

Afgelopen maart was het dan zover. De plannen van het kabinet werden bekend gemaakt, en wel met een drietal nota's. De eerste, *Gezond en Wel*, is op te vatten als raamwerk voor het toekomstig kabinetsbeleid en vertoont sterke gelijkenis met de Nota 2000 die indertijd (1986) werd geschreven in antwoord op prangende vragen van de WHO. De persoonlijke interesse van Borst doet zich met name gelden in aandacht voor zaken als sociaal/economische gezondheidsverschillen. Naast deze moedernota is er het rapport met de bevindingen van de task-force, met als onheilsplendende titel *Zuinig met Zorg*. Het trio wordt gecompleteerd door een bestuurlijk-wetgevend programma.

Het heeft er alle schijn van dat ondanks de gewekte schijn,

niet de inhoud van *Gezond en Wel* hoofdmoot van het beleid vormt, maar veeleer de bezuiningsvoorstellen van de taskforce het leidend principe zal zijn. Immers, ruimte voor echt nieuw beleid ontbreekt.

Wat is er nu nieuw?

Niet nieuw is in elk geval de commotie rondom de verplichte eigen bijdrage. Zowel voor ziekenfondsverzekerde als particulier zal een eigen risico van 200 gulden per jaar gaan gelden. Een idee dat de VVD in het regeerakkoord heeft laten opnemen. Coalitiepartners PvdA en D'66 krabben terug. Zij vrezen dat de achterban hen het koopkrachtverlies als gevolg van de eigen bijdrage niet in dank zal afnemen. Een discussie over de achterliggende gedachte, onze zuiderburen spreken in dit opzicht kernachtig over 'remgeld', wordt nauwelijks gevoerd. Wellicht omdat de perikelen rondom specialisten-geeltje en medicijn-knaak nog vers in het geheugen liggen.

Ook niet nieuw, maar wel pijnlijker, is de erkenning van het feit dat de zorgverzekeraars de legitimerende partij in ons zorgbestel vormen. Dat mocht de minister ervaren toen zij voorstelde ziekenfonds- en particuliere verzekering voor wat betreft het verplichte deel naar elkaar toe te laten groeien. Na vier jaar moest deze convergentie wettelijk bekrachtigd worden. Door een veto van de zorgverzekeraars moest Borst bakzeil halen. Een convergentie op vrijwillige basis is het laatste bod. Een poging om de verzekeraars beentje te lichten door de suggestie van VWS dat de declaraties voor hulpmiddelen de WBZ-kas voor de somma 300 miljoen gulden zou benadelen, mislukte. Toen onderzoek van accountants van de Ziekenfondsraad uitwees dat hooguit 1 procent van deze schatting met recht een dubieuze declaratie kon worden genoemd, prees voorzitter Wiegels van Zorgverzekeraars Nederland zich publiekelijk gelukkig met het feit dat men ten onrechte was beticht van fraude.

Wel ni-aar weinig spectaculair is het feit dat minister Borst v: s is eerdere adviezen inzake de ouderenzorg (Welsche de curatieve zorg (Biesheuvel) en adviesorganen gewoon op te volgen.

In elk geval is het laatste woord nog niet gezegd over de plannen van het kabinet. Binnekort volgt behandeling in de Tweede Kamer.

(MR)

# CIRCUMSTANTIAL EVIDENCE

José Höppener-Helmich

*Aannemelijk maken dat luchtvervuiling en andere milieufactoren individuele gezondheidsschade opleveren is moeilijk, omdat het verband veelal niet met zekerheid valt vast te stellen. Wel zijn er vele mogelijke oorzaken, die nog op elkaar inwerken ook.*

*De verdenkingen stapelen zich op, trends worden zichtbaar. De populistische vraag luidt: hoeveel astma-gevallen worden er nog getuigd in de tijd die het kost om een eenduidige oorzaak te vinden?*

Een kinderarts ontdekte dat hij steeds op vrijdagmiddag jonge kinderen met acute benauwdheid op consult kreeg. Dat bleek samen te hangen met het moment waarop de dichtstbijzijnde fabriek de schoorsteenfilters ter reiniging omwisselde.

Een apotheker signaleerde dat sinds de komst van een verbrandingsinstallatie voor huisvuil aan de rand van de stad meer recepten voor schildklierklachten werden uitgeschreven. Er kon geen oorzakelijke relatie worden bevestigd, maar wel een aanleiding voor nader onderzoek.

Wachtende moeders op het schoolplein raakten met elkaar aan de praat. Via een terloopse opmerking ontdekten zij samen dat er meer kinderen met voorhoofdholteontsteking en oorklachten waren dan vóór de uitbreiding van een autospuiterij midden in de wijk.

In de gezondheidszorg is nog weinig aandacht voor de relatie tussen milieufactoren en gezondheidsproblemen. Een causaal verband tussen specifieke milieufactoren en gezondheidsklachten is moeilijk aantoonbaar. Dat wil niet zeggen dat die verbanden er niet zijn. Werkenden in de gezondheidszorg kunnen door alert te zijn, zien wat er aan de hand is.

Het is echter voor werkers in de gezondheidszorg geen routine om te vragen naar een mogelijke blootstelling aan schadelijke stoffen. Zij hebben nooit geleerd om deze verbanden te leggen. Toch is het belangrijk om, afhankelijk van de ziekteverschijnselen, alert te zijn op ziekmakende milieufactoren. Die zijn te vinden op hobby- en werkplek, in de woonsituatie, in recreatie- en voedingsgewoonten. Men kan letten op het verschil tussen vroeger en nu, op

seizoensgebonden klachten, en op de voorgeschiedenis.

Een postbode wist precies te vertellen tussen welke huisnummers in een nieuwbouwwijk zijn ogen 's zomers gingen tranen. Daar bleek een oude slijkvijver te zijn geweest.

Een dame kwam ieder voorjaar met acute neurologische klachten in het ziekenhuis terecht. Na enige jaren ontdekte ze zelf dat de opnames samenhangen met het de dagen dat haar buurman zijn boomgaard spoot.

Een schilder raakte in de WAO en vertelde dat hij al ruim tien jaar bij verschillende specialisten liep zonder dat iemand hem naar zijn beroep had gevraagd.

Eén kind uit een gezin werd ernstig ziek na gebruik van een houtverduurzamend middel in huis. Omdat de andere kinderen nergens last van hadden dacht niemand aan een mogelijk verband.

---

*Een postbode wist precies te vertellen tussen welke huisnummers in een nieuwbouwwijk zijn ogen 's zomers gingen tranen. Daar bleek een oude slijkvijver te zijn geweest.*

---

Een huisvrouw meldde zich vier jaar achter elkaar in de derde week van december met aanvallen van astma. Dankzij een geautomatiseerd huisartsen regi-

stratiesysteem en de oplettendheid van de assistente kwam de boosdoener aan het licht: de kunstsnij op de kerstboom.

Bij gezondheidsklachten die verband houden met milieufactoren gaat het meestal om geleidelijke veranderingen die zorgvuldig geregistreerd moeten worden om bewijswaarde te hebben. Trends worden pas na lange tijd overtuigend zichtbaar.

Het onomstotelijke bewijs is bijna nooit te leveren. Dit geldt des te meer als kostbare maatregelen of schadevergoeding in het geding zijn. Als maatschappij willen we de relatie milieu-gezondheidschade liever niet onder ogen zien omdat de consequenties van dat inzicht te pijnlijk zijn voor onze economie.

## EVIDENT DIOXINE

De Amsterdamse neonatologe prof. dr. J. Koppe doet al jaren lang onderzoek naar de dioxinebelasting van Nederlandse vrouwen en de mogelijke effecten van dioxine op hun baby's. De gemiddelde concentratie van deze zeer moeilijk afbreekbare stof is in Belgische en Nederlandse moeders het hoogste ter wereld. Wij hebben namelijk, als rijke kleine landen, naar verhouding de meeste afvalverbrandingsinstallaties (AVI's). De grootschaligheid van de installaties en de vele proces storingen doen voor een deel het effect van strenge emissierichtlijnen teniet. AVI's produceren nieuwe, zeer moeilijk afbreekbare verbindingen waaronder de 'dirty seventeen' dioxinen en furanen en daarmee vergelijkbare PCB's. Deze stoffen komen na uitstoot, verwaaïing of lozing weer in de voedselketen terecht en liggen vervolgens in de supermarkten voor het uitzoeken. Bij tien procent van de Nederlandse baby's zijn, volgens professor Koppe, de effecten van dioxine nu al meetbaar. Het hormoonstelsel is ontregeld: door remming van de aanmaak van schildklierhormoon ontstaan groeistoornissen. Het afweersysteem functioneert niet goed en er is dus een grotere kans op infecties. Het bloedbeeld is licht veranderd en er is een groter risico op hersenbloedingen vlak na de geboorte. De ontwikkeling van de

hersenen is niet optimaal waardoor de baby later mogelijk een verminderd intelligentiequotiënt heeft, en dus meer leerproblemen. Daarnaast worden ook neurologische afwijkingen gezien.

### ONRUSTBAREND

Dioxine is niet het enige probleem van onze wegwerpmatschappij. Onze mobiliteitsbehoefte, onze energie- en materiaalverspilling, onze goedkope produktiemethoden, onze bioindustrie, het nog haast ongeremd gebruik van bestrijdingsmiddelen dragen allemaal bij aan de almaar toenemende belasting van het milieu. Door de optelsom van heel verschillende, meestal moeilijke afbrekbare verontreinigingen lopen mensen tegenwoordig meer risico dan vroeger, zeker op lange termijn. De blootstelling vindt plaats via lucht, water, huidcontact en voedsel en begint al in de baarmoeder... Wie erop let, kan regelmatig nieuwe verontrustende berichten uit de media opvangen. Een kleine greep:

\* In Amerikaanse industriegebieden krijgt één op de acht vrouwen borstkanker. In 1950 was dat nog één op de veertig. In Nederland is de kans dat een vrouw borstkanker krijgt nu al één op de tien.

\* Uit Amerikaans onderzoek onder 15.000 mannen bleek dat het aantal zaadcellen per milliliter gemiddeld met de helft was afgenomen tussen 1940 en 1990.

\* Bij een registratieproject van Duitse milieuarbeters in het industriestadje Kehl, bij Straatsburg, werd het percentage lokale ziektegevallen vergeleken met het regiogemiddelde. Daarbij bleken patiënten met astma, allergie, diverse soorten kanker en kinderen met aangeboren afwijkingen in Kehl twee keer zo vaak voor te komen. Het aantal sterfgevallen door wiegedood was zelfs zes keer hoger dan het Duitse gemiddelde.

\* In het 'schone lucht gebied' Kempen, in Beieren, verdubbelde het percentage 'hazelippen' na de ingebruikname van een afvalverbrander... Tevens was er toename van kanker bij steeds jongere mensen.

\* Sinds 1980 is het aantal gevallen van nekkramp bij kinderen in Midden-Limburg verviervoudigd. Dit kan samenhangen met een verzwakt afweersysteem. Volgens een Heelense huidarts nam in zijn groepspraktijk het aantal melanomen, een ernstige vorm van huidkanker, dramatisch snel toe: een vertienvoudiging in twintig jaar tijd. Recent onderzoek legt daarbij niet al-

leen een verband met de aantasting van de ozonlaag, maar ook met luchtvervuiling in het algemeen.

\* Duitse longartsen hebben gewaar-schuid dat snelle toename van allergie samen kan hangen met het wonen in de buurt van autowegen. Zij hebben aangetoond dat de pollenkorrels, die hooikoorts veroorzaken, in vervuild gebied beladen zijn met stof, zware metalen en andere schadelijke verbindingen die vaak afkomstig zijn van dieselolie.

---

### *Ze maakten zich minder druk over de theoretische achtergronden, maar schrokken van de zichtbare gevolgen van milieuverontreiniging voor planten en dieren.*

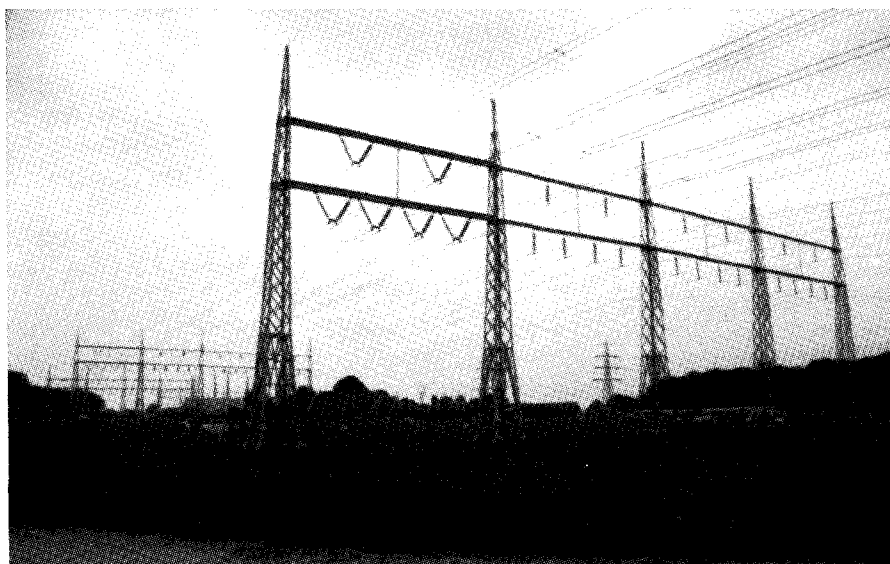
---

Bij bovengenoemde voorbeelden gaat het vooral om gecombineerde uitstoot van schadelijke stoffen met wisselende effecten op de gezondheid. De relatie tussen benzeen en leukemie, tussen cadmium en blaaskanker, kwik en neurologische afwijkingen zijn wel geaccepteerd. Maar hoe zit het met een gecompliceerde blootstelling aan stoffen met een lange termijn-effect? En hoe berekenen je dat effect als er soms een aan-

zienlijk verschil in gevoeligheid bestaat tussen personen onderling, tussen baby's en volwassenen, tussen zieke en gezonde mensen, tussen mannen en vrouwen. Hoe leer je kijken, jezelf vragen stellen?

### LEREN KIJKEN

Een vergelijking met de achteruitgang van de natuur ligt voor de hand. In de jaren zeventig werd ongelooflijk en zelfs wat lacherig gereageerd op de alarmerende boodschap van de veldbiologen. Waar wetenschappelijke instituten getallen publiceerden over zuurequivalenten, ozongaten en nitraatconcentraties wezen de natuurkenners vanuit hun praktijkervaring op de toenemende infectiegevoeligheid van gewassen, op de verarming van flora en fauna, op blaadjes die te vroeg van de bomen vallen, doffere dennenaalden, dunnere slakkehuisjes en minder kikkervisjes. De discussie over het probleem van de zure regen startte. Men werd het niet eens over de vraag welke oorzaak bij welk gevolg moest worden gezet. Maar excursies onder deskundige begeleiding deden méér dan de ingewikkelde mediapolemiek. Veldbiologen leerden kijken, ze leerden waar ze op moesten letten, ze overtuigden zichzelf. Ze maakten zich minder druk over de theoretische achtergronden, maar schrokken van de zichtbare gevolgen van milieuverontreiniging voor planten en dieren. Deze biologen vonden uiteindelijk het gelijk aan hun zijde. Door betrouwbare meetmethoden en geavanceerde technieken op het gebied van registratie en analyse kwamen er harde getallen op tafel. En daarmee strengere emissierichtlijnen, meststoffen, produkt-



Hoogspanning bij Zwolle

foto: Eduard Dolfijn



normen en bedrijfsvoorschriften.

## DE EERSTEN

Hetzelfde zien we nu gebeuren in de gezondheidszorg. De eerste alerte veldwerkers laten hun stem horen omdat ze, vanuit hun praktijkervaring, bezorgd zijn. Het zijn echter nog niet veel: een enkele medische specialist zoals professor Koppe, een paar vroedvrouwen, enkele kinderartsen. Er is een bezorgde huisarts in de buurt van Schiphol, een huisarts in het door industrie omgeven dorp Weurt, een fysiotherapeut onder de rook van een Limburgse kolencentrale, een wijkverpleegkundige in een industriegebied, een schoolarts, een directeur ouderen- en jeugdzorg van een thuiszorgorganisatie, een militaire keuringsarts. Maar ze maken hun zorgen niet altijd openbaar. Er is beslist moed nodig om aan de bel te trekken. Het terrein van gezondheid en milieu kent veel hoge drempels en verboden hoekjes. Het is taboe om een waarschuwend geluid te laten horen. Er moeten eerst harde wetenschappelijke bewijzen worden geproduceerd.

De doorsnee medische specialist of huisarts heeft geen tijd om zich in ingewikkelde milieuproblemen te verdiepen. Zij kunnen de risico-analyses niet beoordelen omdat zij de vooronderstellingen niet kunnen verifiëren. Zij kennen de lozingsvergunningen niet, noch de achtergrondconcentraties van schadelijke stoffen in lucht en water, in bodem en voedsel. Wanneer gezondheidsmedewerkers van een door de overheid gesubsidieerde instelling aandringen op een strenger beleid rond vergunning en handhaving, begeven zij zich op glad ijs. Ook als zij vanuit hun praktijkervaring concluderen dat er iets niet pluis is met de lokale gezondheid.

## VEILIGE NORM

Hoe weeg je de volksgezondheid af tegen behoud van werkgelegenheid? Soms moeten normen om economische overwegingen wijken. En zolang de medewerkers in die gezondheidszorg niet zeker zijn van hun zaak, kunnen ze dus beter maar zwijgen en de discussie aan deskundigen overlaten. Net zoals een ongeluk vaak te verklaren valt uit een samenloop van min of meer toevallige omstandigheden, zo kan ook iemand ziek worden door een combinatie van factoren: erfelijke aanleg, tijdelijke conditie, rook- drink- en eetgewoonten, medicijngebruik en daar bovenop nog de blootstelling aan schadelijke omgevingsfactoren. Radon in bouwmaterialen kan iets te maken hebben met long-

MELDPUNTBEHEERDERS			
Noord-Holland	Marijke Kohinor	020	- 6 13 68 96
Zuid-Holland	Miep Verhevel	010	- 4 55 82 01
Noord-Brabant	Mirjam van Poppel	01640	- 5 59 97
Limburg	Ineke Borkent	08852	- 14 97
Gelderland	Thea van der Wal	03420	- 9 07 34
Overijssel	Stefn Jak	038	- 21 71 66
Groningen	Mirjam Sevinga	050	- 67 25 05
Voor overige provincies:	Miep Verhevel	010	- 4 55 82 01
Voor nadere informatie:	José Höppener	045	- 71 04 20

kanker, straling met schildklierklachten, chloorverbindingen met borstkanker: maar het hoeft niet. Het aantal rapporten dat over allergie en luchtvervuiling is geschreven, is in strekkende meters uit te drukken. En nog is men het niet met elkaar eens. Er bestaat dus een impasse die vraagt om een oplossing. Er is een 'veilige norm theorie' die aan de praktijk getoetst dient te worden en er zijn maatschappelijke keuzes die mogelijk heroverwogen moeten worden. Een milieubewuste gezondheidszorg kan daarvoor argumenten aanleveren.

## MELDEN

Het Ministerie van VROM heeft, als een extra prikkel om milieu en gezondheid dichterbij elkaar te brengen, in mei 1994 een subsidie verleend voor een tweejarig samenwerkingsproject. Het Landelijk Milieu Overleg en de Stichting Gezondheid en Milieu zijn de initiatiefnemers van een landelijk meldpunten netwerk. Mensen die hun gezondheidsklachten om bepaalde redenen zelf in verband brengen met milieufactoren kunnen dat melden bij een provinciaal meldpunt. De gegevens worden op uniforme wijze geregistreerd met behulp van een beperkte vragenlijst. Het gaat daarbij uitsluitend om de zorg of het vermoeden van de melder zelf: 'Wat is uw klacht? Wat is volgens u de vermoedelijke milieufactoor?' De

***Mensen die hun gezondheidsklachten om bepaalde redenen zelf in verband brengen met milieufactoren kunnen dat melden bij een provinciaal meldpunt.***

gegevens worden geanonimiseerd en in een centrale databank verzameld. Omdat zowel de klachten als de milieufactoren gecodeerd worden, kan later op eenvoudige wijze gezocht worden naar trends en verbanden. De gegevens uit de databank worden geanalyseerd en beoordeeld door deskundigen van de Stichting Gezondheid en Milieu en een Adviesraad. Als de signalen serieus genoeg zijn, kan er via de betreffende deskundigen een verzoek om nader onderzoek of om aanscherping van normen worden gedaan. De eerste resultaten zijn er:

\* In september 1994 hebben leden van de Adviesraad, samen met een veertigtal milieuoorganisaties, een beroep gedaan op drie ministeries om de dioxinenorm aan te scherpen.

\* Een groot aantal meldingen uit Weurt bij Nijmegen was mede aanleiding tot nader onderzoek naar het voorkomen van kanker in die g-te, onder de rook van een afvaljfff,rand en een kolencentrale. Er komt nu, naar aanleiding van de eerste bevindingen, een uitgebreider onderzoek naar gezondheidsklachten en de lokale luchtvervuiling.

\* Naar aanleiding van een aantal min of meer gelijklopende meldingen uit het hele land over de effecten die laag frequente trillingen op de gezondheid kunnen hebben, wordt een advies voorbereid. Het probleem moet erkend worden en er moeten normen voor dit soort trillingen worden vastgesteld.

Pas als mensen zelf alert worden, als binnen de gezondheidszorg meer aan milieu en binnen de milieu wereld meer aan gezondheid wordt gedacht kunnen wij, ook op termijn, gezond overleven.

*José Höppener-Helmich is biologe en medewerker van Meldpunt netwerk Gezondheid en Milieu. Voor meer informatie over dit netwerk: Miep Verhevel tel: 010-4558201*

# IN VOLLE ZEE

*Brief uit Boedapest. Op het hongaarse Ministerie van Volksgezondheid is westeuropese expertise ingezet om na decennia verstarring en enkele jaren tumult de eerstelijns gezondheidszorg te vernieuwen.*

*Hans Koenis, organisatie-adviseur bij Mede te Houten en op persoonlijke titel in TGP, schrijft in zijn tweede brief over a-moraliteit en commercie. Met een snuifje bureaucratie, voor de couleur locale.*

Het verhaal gaat dat Franz Joseph, keizer van de Oostenrijks-Hongaarse dubbelmonarchie aan het einde van de vorige eeuw, de chemische fabrieken bij Wenen nogal kwalijk vond ruiken. Hij beval ze te laten verplaatsen naar Hongarije. Die beslissing schijnt de oorzaak te zijn geweest van de bloeiende farmaceutische industrie in dit land.

De laatste jaren zijn veel van deze ondernemingen *joint ventures* met westerse bedrijven aangegaan; en daarmee deden moderne marketingmethoden hun intrede. Zo vertelde een huisarts die ik ontmoette op het seminar bij de start van ons project, dat ze deelnam aan een aantal programma's van de farmaceutische industrie. Als voorbeeld noemde ze een medicijn dat het cholesterolgehalte in het bloed verlaagt – en wie het Hongaarse dieet kent, weet dat daarin gerechten voorkomen die alleen al bij het ernaar kijken de cholesterolspiegel tot gevaarlijke hoogten laten stijgen.

Ten behoeve van het programma selecteert zij een aantal patiënten en meet hun cholesterolspiegel. Als die te hoog is, stelt ze hen voor mee te doen aan het programma. Dat betekent dat ze een maand lang gratis cholesterolverlagende medicijnen krijgen. Gedurende die maand worden de patiënten regelmatig gecontroleerd. Na afloop van deze periode kan de patiënt kiezen: of overstappen op de Hongaarse medicijnen die in het vaste verzekerde basispakket zitten en die volgens de dokter minder goed zijn, of doorgaan met de westerse medicijnen die de patiënt dan verder zelf moet gaan betalen. In alle oprechtheid vertelde ze erbij dat economische draagkracht een van de selectiecriteria is om deel te nemen aan dit 'programma'. Soortgelijke programma's bestaan voor hoge bloeddruk en CARA.

Naast de openingconferentie is een klassieke startactiviteit van projecten de werving van projectmedewerkers. Dat is hier al niet anders. Alleen de manier waarop, die verschilt nogal met wat ik in Nederland gewend was. Hier is het niet ongewoon dat sollicitanten hun brief persoonlijk komen overhandigen. Evenmin is het ongebruikelijk dat deze brief voorzien is van een aantal indrukwekkend ogende aanbevelingsbrieven van aan de stempels te zien belangrijke instellingen en personen. En ook is het niet vreemd dat, wanneer de kandidaat werkzaam is op een andere afdeling van het ministerie, het afdelingshoofd in kwestie persoonlijk een bezoek aan onze *Program Management Unit* (PMU) komt brengen om de kwaliteiten van zijn medewerker nog eens toe te lichten.

De procedures van PHARE (*Poland and Hungary Assistance in Restructuring Economy*) zijn erop gericht gelijke kansen en doorzichtigheid te bevorderen en vriendjespolitiek te vermijden. Dat betekende hier dat de sollicitatiebrieven die we ontvingen door de PMU-directeur persoonlijk tot diep in de nacht werden gefotokopieerd en zijn kamer niet mochten verlaten. In plaats van dat ik thuis op mijn gemak een eerste selectie kon maken, ploegde ik twee dagen lang samen met

vier andere leden van de sollicitatiecommissie en onder het toezien oog van een vertegenwoordiger van de delegatie van de Europese Commissie door vijftenzestig brieven en CV's in het Engels en Hongaars, met behulp van een indrukwekkende lijst waar alles in gescoord kon worden behalve deskundigheid in gezondheidszorg en beleid. Vervolgens interviewden wij, dat wil zeggen drie Hongaarse vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en ministerie en twee westerse adviseurs, in drie dagen vijftientig kandidaten, alweer met behulp van een indrukwekkende scoringslijst en het toezien oog van de Europese Commissie. Gelukkig was de hele commissie flexibel genoeg om de kandidaat te kiezen op vakinhoudelijke gronden en daarna de cijfers dienovereenkomstig in te vullen.

Is er eigenlijk wel sprake van een 'period of transition'? Of is deze bestuurscultuur van minder voorbijgaande aard? Een van de sollicitanten gaf een plastische beschrijving van de huidige situatie: 'we moeten het schip in volle zee verbouwen'. Dat geldt niet alleen voor de gezondheidszorg maar voor Hongarije als geheel. En daarbij stormt het behoorlijk en zijn kapitein, stuurlied en machinisten het volstrekt niet met elkaar eens over de koers en de noodzakelijke reparaties.

Dat heeft de afgelopen maanden tot een ware uittocht van bewindslieden geleid. Nu ik dit schrijf vindt net de afscheidsreceptie van de minister van gezondheidszorg plaats. Hij heeft ontslag genomen vanwege bezuinigingen op de sociale zekerheid. Niet omdat hij het er niet mee eens is, maar omdat hij, als vakminister, niet geraadpleegd werd door de premier en de net aangetreden minister van financiën die het besluit namen.

Het Hongaars kent geen verschillende woorden voor 'politiek' en 'beleid'. Jeder belangrijk vraagstuk wordt hier meteen verpolitiseerd, en er wordt ook bijzonder weinig onderscheid gemaakt tussen de personen en de standpunten die ze innemen of de organisaties die ze vertegenwoordigen. Opvattingen over persoonlijke eigenschappen beïnvloeden opvattingen over standpunten. En het omgekeerde komt ook voor. Een hongaarse kennis merkte dan ook niet ten onrechte op dat professionele argumenten bij veel besluiten op de laatste plaats komen – na persoonlijke belangen, vriendschappen, openstaande rekeningen, financiële afwegingen en soms ook angst.

Een huisarts die ook burgemeester is van een dorp met twaalfhonderd inwoners, vertelde me heel tevreden te zijn over de samenwerking met zijn gemeenteraad van negen leden. Net als hij was geen van hen lid van een politieke partij. En dat was maar goed ook want nu zouden ze tenminste wat ze er zelf van dachten.

*Hans Koenis.*

# Ingezonden

De redactie plaatst reacties op artikelen in TGP op verzoek van de inzenders en behoudt zich het recht voor deze bijdragen in te korten.

## BALLETJES OPWERPEN

In het artikel 'Hartstocht voor het alle-daagse' (TGP februari 1995) heeft Jos van der Lans het onder andere over de kringen die zorgverlenend Nederland runnen, managen of besturen. Het volgende citaat geeft in de van hem bekende taal een voorbeeld van zijn visie. De managementskringen van zorgverlenend Nederland hebben '...de wind in de zeilen van wat ik altijd maar aanduid als het Achterhuis-complex. Dat is een sterk anti-hulpverleningssentiment, een neiging om zorgbetoon als een afzonderlijke en vaak mallotige wereld te zien, een trend die zich hardnekkig in onze samenleving verscholen heeft en wat rondom 1980 zijn intellectuele legitimatie kreeg door het veel aangehaalde, maar nauwelijks gelezen boek *De markt van welzijn en geluk* van Hans Achterhuis.'

Ik geef dit citaat zo weer omdat het een schoolvoorbeeld is van de balletjes-op-werp-stijl van Van der Lans. Hij construeert een heus complex, heeft het over een mallotige wereld en zet de toenmalige bestseller van Achterhuis neer als een nauwelijks gelezen boek. Poneren en niet op feiten gestoeld beweren: van dik hout zaagt men planken.

Met dit artikel doet Van der Lans de discussie, die naar aanleiding van het pamflet *Naar een modern paternalisme* is ontstaan, nog eens dunnetjes over. Hij doet dat overigens met voorbijgaan aan fundamentele tegenwerpingen die daartegen zijn gemaakt. Ik wil er twee noemen: het gebruik van de term paternalisme en het omzeilen van ethische discussies, waartoe moderne ontwikkelingen in het welzijnswerk alle aanleiding geven.

### Paternalisme

Ik heb met eigen ogen kunnen aanschouwen, hoe opgelucht welzijnswerkers waren, toen Kuypers en Van der Lans de term paternalisme hadden gelanceerd. 'Gelukkig, het mag weer', zeiden ze en je hoorde ze denken: zeggen wat goed is voor een ander. Daar zitten kwalijke kanten aan en niet al-

leen vanuit hulpverleningsoogpunt zelf, waar Geert van der Laan het over heeft, als hij vooropstelt, dat hulp aan dient te sluiten bij het desnoods laatste greintje zelfrespect dat mensen in zich hebben. Nee, het gebruik van de term is ook principieel onjuist. De meeste welzijnswerkers worden van uwen mijn belastingcenten betaald en het gaat niet aan de deur ook maar op een kier te zetten voor het ontstaan van een situatie, waarin wij als burgers elkaar gesubsidieerd te les zitten te lezen. Moeten we mensen dan maar in de kou laten staan? Want als paternalisme niet mag, dan is het alternatief toch de wet van ieder voor zich? Ik denk dat het allemaal niet zo simpel ligt. Voor mij is in ieder geval duidelijk, dat de goede bedoelingen, waar welzijnswerk van doortrokken hoort te zijn, het paternalisme van Van der Lans kunnen missen als kiespijn. De term alleen al staat het zinnig nadenken over die goede bedoelingen in de weg.

### Ethische discussies

In het tijdschrift *Ma/Samenlevingsopbouw* (juli/augustus '94) heeft Harry Broekman in een artikel, 'Een grabbelton van paragraafjes' geheten, naar aanleiding van het paternalismepamflet een aantal discussiethema's opgeworpen, waaraan in zijn ogen volstrekt voorbij werd gegaan. Van der Lans gaat daar in dit artikel eens te meer aan voorbij en toont zich dus nogal selectief in het serieus nemen van zijn kritiek. Het activerende welzijnswerk bijvoorbeeld, dat allereerst de klok slaat, staat in het teken van hulp aan langdurig werklozen, voor wie een plek op de arbeidsmarkt een illusie is en voor wie andere, niet betaalde activiteiten, tot een doorbreking van maatschappelijk isolement zouden kunnen leiden. Plannen en ideeën, die in dit kader ontwikkeld worden, staan echter soms in de geur van de werkverschaffing van de jaren dertig. De vraag moet dan zijn, wat het nieuwe aan intiatieven in deze sfeer kan zijn en hoe activerend welzijnswerk kan worden bedreven met inachtneming van respect voor de persoonlijke levenssfeer van mensen en met vermindering van bevoogding. Ook

in deze sfeer kunnen we naar mijn mening het moderne paternalisme van Van der Lans missen als kiespijn.

Terug naar het citaat aan het begin van deze reactie. Ik noemde dit citaat een voorbeeld van een 'balletjes-op-werp'-stijl. Tegen zo'n stijl op zich heb ik niks, maar wel als ze een serieus debat rond thema's, waarvan ik er hierboven twee heb genoemd, in de weg staat. Het zal toch niet zo zijn, dat we de verdere bijdrage van Van der Lans aan dat debat moeten missen, omdat hij inmiddels weer ergens anders een balletje aan het opwerpen is?

*Gui van Hooijdonk,  
werkzaam bij het Verwey-Jonker Instituut.*

## RIAGG BREDA WERKT AAN WERK

(Naar aanleiding van het themanummer 'Werken is gezond' nr 6, 1994 ontving TGP een reactie van de afdeling preventie van de Riagg in Breda. Een deel ervan drukken we hier af.)

Het opmerkelijke in de discussie over Riagg en werk dat 'arbeidswereld' de Riagg nog niet als een serieuze partner in het netwerk accepteert. De contacten tussen de sociaal-geneeskundige sector/Arbodiensten en de Riagg's zijn nog incidenteel en gebrekkig. Wat er met het advies van therapeuten gebeurt, hangt af van de bedrijfsartsen. Gezien de huidige nadruk op commercialisering van de Arbodienst willen deze 'scoren' door werknemers zo snel mogelijk terug te plaatsen in het arbeidsproces, soms in tegenstelling tot het behandelingsproces van de Riagg.

Binnen de Riagg-Breda buigt een werkgroep van therapeuten en preventiewerkers zich over het curatieve aanbod van de Riagg aan cliënten bij wie arbeidsproblemen een rol spelen bij de hulpvraag. Het is zaak goed te onderscheiden in hoeverre psychische problemen op het werk te maken hebben met persoonlijkheidsstoornissen en omgekeerd. Het huidige therapieaanbod is daar niet optimaal voor geschikt. De werkgroep ontwikkelt 'zorgaanbod op maat',

waarin arbeid meer accent krijgt. Gewerkt wordt ook aan een protocol voor een betere samenwerking van de Riagg en de sociaal-geneeskundige sector. Wat betreft de arbeidsrehabilitatie participeert de Riagg Breda in een dagactiviteitencentrum, een arbeidsbemiddelingsbureau voor (ex-)psychiatrische patiënten, beschutte arbeidsplaatsen en voorlichting.

Sinds kort biedt de Riagg Breda bedrijven producten aan als consult en screening van werknemers op problemen in het werk en in de persoonlijkheid, kortdurende interventies gericht op snelle terugkeer in het werk, een cursus 'omgaan met werkstress', een workshop 'signaleren en aanpak van werkstress', een cursus 'met plezier zorgverlenen' en een cursus 'vrouwen: dubbel belast?'. Binnenkort start een onderzoek naar activiteiten om de negatieve spiraal van lichamelijk, psychisch en sociaal disfunctioneren van langdurig werklozen te doorbreken. Ook wordt nagegaan welke mogelijkheden er zijn hulpverleners als huisartsen en maatschappelijk werkenden deskundiger te maken in hun omgang met langdurig werklozen.

*Riagg Breda,  
afd. preventie.*

# NAAR EEN TRANSPLANTATIEWET

Hans Akveld

***Orgaantransplantaties zijn allang routine in de medische praktijk. Dat is vooral de verdienste van de medische beroepsbeoefenaren. Hun inspanningen hebben ertoe bijgedragen dat de transplantatiegeneeskunst de huidige omvang en het huidige niveau bereikt heeft. De overheid hield zich vrijwel afzijdig.***

***Maar de medici konden het niet helemaal zelf. Dat bleek toen gebrek aan organen en weefsels van donoren een verdere uitbouw van de successen belemmerde.***

***De wachtlijsten die ontstonden bestaan tot op de dag van vandaag, ook al werden tal van activiteiten ontplooid om tekorten te verminderen.***

Een drietal oorzaken voor de tekorten zijn te benoemen, te weten de financiën, een gebrekkige organisatie van de donorwerving en voorlichting van het publiek. Op zich, zo zou men denken, oplosbare problemen.

De financiën. In ons ziektekosten-verzekeringstelsel kwamen de kosten van de donor niet voor vergoeding door diens ziektekostenverzekeraar in aanmerking. Een orgaanuitname is immers niet nodig in het belang van de donor. Dit betekende een zekere rem op het aantal uitgevoerde transplantaties.

De invoering van een integrale vergoeding van de donorkosten door het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekeraar van degene die het orgaan ontvangt, betekende niet alleen de slechting van een zekere financiële belemmering, maar leidde bovendien tot een toename van het aantal uitgevoerde transplantaties. Iets dergelijks deed zich ook voor, toen werd overgegaan tot het vergoeden van de donorkosten, onafhankelijk van de vraag of een orgaanuitname ook daadwerkelijk werd gevolgd door een transplantatie.

## ORGANISATIE

De uitvoering van een orgaantransplantatie vergt veel van de organisatie binnen een ziekenhuis. De alledaagse routine wordt verstoord. Dat geldt in zekere zin ook voor de dokters. Uit onderzoek is gebleken, dat het voor hen vaak uitermate moeilijk is om tot de conclusie te moeten komen, dat de geleverde inspanningen ten aanzien van een bepaalde patiënt niet het beoogde resultaat hebben gehad. Omschakelen

en verleggen van het doel van de activiteiten in de richting van een onbekende derde patiënt die een orgaan of weefsel nodig heeft, is dan emotioneel moeilijk.

Bovendien vereist dat bekendheid met de geldende juridische regels en vaardigheid in het omgaan met een aantal uitvoeringsproblemen van meer praktische aard. Eén daarvan is, dat de betrokken arts een gesprek moet aangaan met de nabestaanden van een overledene met het oog op een eventuele orgaanuitname. Een ander probleem is, dat de dood van de betrokken patiënt niet aan de hand van traditionele doodscriteria kan worden vastgesteld, maar dat complexere, niet iedere arts bekende procedures moeten worden gestart. Een en ander heeft remmend gewerkt op het totaal van de uitgevoerde transplantaties.

Onderzoek wees bovendien uit, dat aanzienlijk meer overledenen medisch gezien als donor in aanmerking kwamen dan daadwerkelijk voor transplantatie werden aangemeld. Toen dit vaststond werd in ons land, onder meer op initiatief van de Nier Stichting Nederland, overgegaan tot het aanstellen van een aantal transplantatiecoördinatoren.

Die moesten de organisatie van de donorwerving en de publieksvoorlichting op zich nemen. Daarnaast behoort het tot hun werk de gehele donorprocedure te begeleiden en te vergemakkelijken terwijl het tenslotte mede tot hun taak wordt gerekend om de follow-up na een transplantatie te verzorgen. De follow-up omvat ondermeer een nagesprek met de nabestaanden van de overledene. Het

resultaat van de introductie van transplantatiecoördinatoren was in ieder geval in de beginperiode een belangrijke uitbreiding van het aantal uitgevoerde transplantaties. Ook hier ging het echter wederom slechts om een tijdelijke stijging, die onvoldoende was om de tekorten aan transplantatiemateriaal op te heffen.

### VOORLICHTING

Voorlichting van de bevolking was de derde beleidspeiler waarop een verhoogd donoraanbod zou moeten rusten. Activiteiten op dit terrein werden wederom voornamelijk door particuliere instellingen zoals de Nier Stichting Nederland, het Nederlandse Rode Kruis, Eurotransplant en de Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst verzorgd. De effecten van de voorlichtingsactiviteiten, waarbij pers, radio en t.v. werden ingeschakeld, zijn groot, zoals uit een aantal enquêtes gebleken is. Over het algemeen is de Nederlandse bevolking nu goed op de hoogte van wat de transplantatiechirurgie aan mogelijkheden biedt. Bovendien is komen vast te staan, dat de Nederlandse bevolking in meerderheid uiterst welwillend staat tegenover deze vorm van geneeskunst. In dat opzicht, zo zou men kunnen zeggen, zijn de talrijke voorlichtingscampagnes een succes geweest.

### WEINIG CODICIÏEN

Een groot probleem is echter, dat maar een gering percentage van de bevolking geïnformeerdheid en een positieve attitude heeft omgezet in het invullen en met zich meedragen van een donorcodicil. Vast staat, dat het aantal gedragen codicillen bij benadering niet toereikend is om in de bestaande behoefte aan transplantatiemateriaal te voorzien. Dit achterblijven van het aantal ingevulde codicillen wordt veroorzaakt door een complex geheel van psychologische factoren, die nauwelijks voor beïnvloeding middels voorlichting vatbaar zijn, zoals Hessing al in 1983 in zijn proefschrift *De onsterfelijkheid benaderd* aangaf. Voorlichting zal dan ook als middel om tot een oplossing van het tekort aan organen te komen, slechts van geringe betekenis kunnen zijn. Dat neemt niet weg, dat onder andere het Rode Kruis en Eurotransplant menen dat voortzetting van de voorlichtingsactiviteiten een must is om tenminste de geïnformeerdheid en betrokkenheid van de bevolking op peil te houden.

### TOESTEMMING EN BEZWAAR

Dit is de achtergrond waartegen we de recente politieke discussie over donatiewetgeving moeten zien. Nu is al jaren en van verschillende kanten wetgeving bepleit. Daarvoor werden uiteenlopende motieven gehanteerd. Wetgeving zal moeten leiden tot duidelijkheid en tot rechtszekerheid. Bovendien is wetgeving nodig omdat er zoveel verschillende belangen betrokken zijn bij een transplantatie. Ook wordt wetgeving door sommigen noodzakelijk geacht om commerciële praktijken te voorkomen. Tenslotte wordt vaak een relatie gesuggereerd tussen het ontbreken van wetgeving en de lange wachtlijsten. Wetgeving zou, met andere woorden, iets aan het donortekort kunnen doen. Wat betreft orgaandonatie na overlijden zijn vanaf het begin twee systemen in discussie geweest, een toestemmingssysteem en een bezwaarsysteem.

In het eerste systeem kunnen burgers tijdens hun leven toestemming voor het verwijderen van organen of weefsel na overlijden geven. Als toestemming gegeven is, dan mogen in principe organen worden uitgenomen na overlijden. In het tweede systeem komt aan burgers het recht toe tijdens leven aan te geven of zij bezwaar hebben tegen het verwijderen van organen of weefsel na overlijden. In geval van een kenbaar gemaakt bezwaar dient orgaanuitname na overlijden achterwege te blijven.

### POLITIEK

Politiek bestond er lange tijd een voorkeur voor een toestemmingssysteem. Een van de argumenten daarvoor is altijd geweest, dat in een toestemmingssysteem de zelfbeschikking van de individuele burger beter tot zijn recht zou komen. Bovendien zou een toestemmingssysteem beter aansluiten bij wat de bevolking wenst. Slechts D'66 heeft zich door de jaren heen een vrij constant voorstander van een bezwaarsysteem betoond. De PvdA hield zich lange tijd enigszins op de vlakte. Het CDA had altijd voorkeur voor een toestemmingssysteem. De VVD tenslotte was de meest uitgesproken voorstander van een toestemmingssysteem.

Op 21 februari van dit jaar werd het Wetsvoorstel orgaandonatie in eerste termijn plenair behandeld door de Tweede Kamer. Sinds de aanbidding in 1991 is het wetsvoorstel op een aantal punten gewijzigd. Het voorstel zoals toen besproken, bevatte wat de donatie na overlijden betreft, een toestemmingssysteming. Voor een dergelijk systeem

leek op grond van de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel een politieke meerderheid aanwezig te zijn. Die verwachting werd niet bewaarheid. Voor de grote verrassing zorgde de CDA'er Lansink. Sprekend namens zijn partij vroeg hij de bewindslieden na te gaan of er voldoende draagvlak voor een bezwaarsysteem zou kunnen zijn. En passant diende hij een aantal amendementen in. Eén ervan verwoorde een klinkklaar bezwaarsysteem. De opstelling van het CDA mocht op zijn minst opmerkelijk heten, als men bedenkt hoe lang het CDA een toestemmingssysteem verdedigd heeft. Door zijn niet verwachte actie verraste Lansink de regeringspartijen.

D'66 had uiteraard geen moeite met het gewijzigd standpunt van het CDA. Ook de woordvoerder van de PvdA Rob Oudkerk gaf aan niet overtuigd te zijn van de juistheid van de keuze voor een toestemmingssysteem door de bewindslieden. Met de steun van enkele kleinere fracties behoorde aldus steun voor een bezwaarsysteem tot de mogelijkheden.

### ONAANTASTBAARHEID

Het gedrag van het CDA wekte de woede van de VVD. Deze partij hield vast aan haar keuze voor een toestemmingssysteem. De 'noodzakelijke' keuze werd door de VVD onder meer verklaard vanuit de grondwet. De VVD stelde bij monde van woordvoerder M. Kamp, dat een bezwaarsysteem in strijd is met artikel 11 van de Grondwet. Dit artikel bepaalt, dat iedere burger recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Deze onaantastbaarheid werkt volgens Kamp dus ook door na de dood.

Nu is het recht op integriteit, niet absoluut, zoals direct uit het grondwetsartikel valt af te leiden. Beperkingen zijn mogelijk, mits zij op de wet gebaseerd zijn. De beperkingen kunnen bepaalde groepen burgers betreffen. Dit is bijvoorbeeld bij de militaire dienstplicht het geval. Ook kunnen beperkingen van de integriteit individuele burgers raken. Dat kan zich voordoen bij het treffen van maatregelen tegen een besmettelijke ziekte bij een bepaald persoon. Tenslotte kunnen de beperkingen een algemeen karakter hebben en op alle burgers gericht zijn. Van een beperking van de laatste soort is de orgaandonatiwet naar bezwaarsysteem een voorbeeld. Dat zo'n donatiewet in strijd zou zijn met de Grondwet is dus onzin. Zowel het toestemmingssysteem als het

geen-bezwaar systeem passen binnen onze wetgeving. Beide systemen zijn ook zeker niet in strijd met de Grondwet.

#### EN VERDER

De verrassende ontwikkelingen in de Tweede Kamer waren voor de ministers Borst en Sorgdrager aanleiding het wetsvoorstel van de agenda af te voeren en tijd voor nader beraad te vragen.

De verwachting is dat het kabinet nu meer zal aankruipen tegen het oorspronkelijke wetsvoorstel, zoals dat destijds door staatssecretaris Simons werd ingediend. De vraag is op het moment dat dit geschreven wordt nog altijd, of de Tweede Kamer daarmee zal instemmen. Het voorstel van Simons hield in dat meerderjarige Nederlanders gelegenheid geboden wordt instemming met of bezwaar tegen orgaanverwijdering na overlijden te laten registreren. Ook kan men laten registreren dat men de beslissing aan de nabestaanden wenst over te laten. De vraag bij dit voorstel is, wat er moet gebeuren in al die gevallen dat niets geregistreerd is. Van de VVD moet in gevallen van non-registratie worden afgezien van een orgaanuitname. Daarmee wordt de lijn voortgezet die ooit door staatssecretaris Dees van de VVD werd ingezet. Vervangende toestemming door nabestaanden kan in de ogen van de VVD geen genade vinden.

Van beide andere coalitiepartners lijkt op dit punt meer soepelheid verwacht te mogen worden. Voor hen lijkt aanvaardbaar dat in geval van non-registratie de beslissing wordt overgelaten aan bepaalde, in de wet genoemde categorieën nabestaanden. Gunstiger voor de op een orgaan wachtende patiënten en het lijkt onwaarschijnlijk dat de VVD hiervan een breekpunt zal maken.

#### GESPREK & PROTOCOL

Bekend is dat meer transplantaties mogelijk zouden zijn, wanneer beroepsbeoefenaren altijd mee zouden werken aan orgaandonaties. Bekend is ook, dat het voor een arts bepaald niet eenvoudig is de mogelijkheid van een orgaan-donatie bij de nabestaanden aan de orde te stellen. Het is duidelijk dat geen arts op zo'n gesprek met de nabestaanden zit te wachten. In de afgelopen jaren is veel geld geïnvesteerd in het trainen van beroepsbeoefenaren in het voeren van gesprekken met nabestaanden. Toch lijkt de stelling niet al te gewaagd dat je het voeren van dit soort gesprek-

ken niet echt kunt leren. Een vermijdingsgedrag zal blijven bestaan. Een duwtje in de rug lijkt om die reden gewenst.

In het wetsvoorstel is de verplichting van een protocol opgenomen. Zo'n protocol kan beschouwd worden als een soort 'transplantatie-dienstregeling' voor de instellingen. Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor een fatsoenlijk transplantatieprogramma, maar geen voldoende voorwaarde. Een protocol geeft namelijk wel regels, maar geen verplichtingen voor de arts om nabestaanden te benaderen. Aan een dergelijke verplichting lijkt behoefte te zijn.

Aan de ene kant 'stimuleert' zo'n verplichting de arts tot het praten met nabestaanden. Aan de andere kant geeft zo'n verplichting ook een zekere legitiemering voor een gesprek met die nabestaanden. Een dergelijke verplichting tast de professionele autonomie van de arts niet aan. Uiteindelijk beslist die of in een bepaalde situatie wordt afgezien van het gesprek met de nabestaanden. Dat kan zijn omdat de arts in een concreet geval van oordeel is, dat een dergelijk gesprek volstrekt niet op zijn plaats is. Een andere reden kan zijn dat de arts een bepaalde overledene geen geschikte donor acht.

In al die gevallen moet de arts achteraf wel kunnen uitleggen waarom in bepaalde gevallen nabestaanden niet geconsulteerd werden.

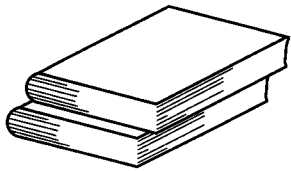
Waar wij zozeer van artsen afhankelijk zijn, zou het zelfs niet logisch zijn van hen geen verantwoording te vragen. Gelet op de discussie in het parlement lijkt er voldoende draagvlak te zijn voor de invoering van een soort verplichte medewerking door artsen en instellingen. Daarmee is transplantatiegeneeskunde niet langer aangewezen op de toevallige bereidheid tot medewerking van artsen en instellingen.

#### NA HET GEpraat

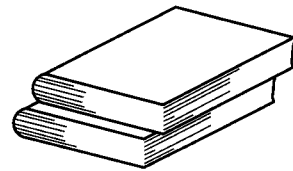
Als er een wettelijke regeling komt, die tevens een zekere verplichte medewerking van de beroepsbeoefenaren inhoudt, kan de orgaanbehoevende patiënt de toekomst met enig vertrouwen tegemoet zien. Nodig is wel, en ook dat is een opvatting die door veel politieke partijen gedeeld wordt, dat de nieuwe wet na enkele jaren op zijn effectiviteit beoordeeld wordt. Dat zijn wij overigens ons zelf na meer dan 25 jaar politiek gepraat verplicht. Ook de patiënten, die vaak al te lang op een transplan-

tatie wachten, hebben daar trouwens meer dan recht op.

*Mr. dr. J.E.M. Akveld werkt op het Centrum voor Gezondheidszorgbeleid en Recht van de Juridische Faculteit van de Erasmusuniversiteit te Rotterdam.*



# boeken



## De gynaecoloog getoetst

Tot voor kort was nauwelijks inzicht te krijgen in de medische tuchtspraak. Uitspraken van medisch tuchtcolleges worden in de regel niet gepubliceerd.

Onderzoek op dit terrein is mogelijk geworden doordat de hoofdinspecteur van volksgezondheid onderzoekers toegang verleent tot zijn archief. Nadat eerder aanklachten tegen psychiaters en anesthesiologen onder de loep zijn genomen, zijn in dit derde deelonderzoek gynaecologen aan de beurt. Het boek *De gynaecoloog in de medische tuchtspraak 1980-1992* geeft een uniek inzicht in de professionele normen binnen de gynaecologie.

Meer dan de helft (58%) van de klachten die mensen indienen over gynaecologen worden zonder nader onderzoek afgewezen. Van de 240 klachten zijn 139 zonder onderzoek afgewezen, 55 klachten (20%) hebben geleid tot een maatregel. Van deze 55 opgelegde straffen betreft het grootste aantal de lichtste straf, namelijk een waarschuwing aan (31 gynaecologen), gevolgd door 17 berispingen, 3 boetes en 4 schorsingen voor een bepaalde tijd. De zwaarste straf, ontzegging van de bevoegdheid om het beroep uit te oefenen, is niet uitgedeeld. Dat medische tuchtcolleges 20% van de klachten over gynaecologen als terecht beoordelen, komt overeen met het percentage maatregelen bij alle medische beroepsuitoefenaren.

Naast kwaliteitsbewaking van het medisch handelen, is een tweede doelstelling van het Medisch Tuchtcollege de bescherming van de patiënt. In hun analyse van de tuchtrechtelijke beslissingen merken de auteurs op dat het maken van fouten niet steeds tuchtrechtelijk verwijtbaar is: indien er met de vereiste zorgvuldigheid is gewerkt, valt de gynaecoloog geen fout te verwijten. Fouten worden beschouwd als inherent aan het gynaecologisch handelen en daartoe behoren eveneens gezondheidsrisico's als de complicatie blaasklachten (o.a. incontinentie) na een baarmoederverwijdering. Hetzelfde geldt voor fouten die buiten de verantwoordelijk-

heid van de gynaecoloog vallen. Dan voldoet de klacht niet aan het schuldvereiste en wordt afgewezen, ook als er sprake is van grote nalatigheid waarvan te verwachten is dat andere patiënten daar in de toekomst eveneens de dupe van zullen worden. In dergelijke situaties, die wijzen op een structurele desorganisatie van de gynaecologische maatschap of het ziekenhuis, ondernemen de tuchtcolleges niet zelf de nodige stappen tot kwaliteitsverbetering. Een voorbeeld daarvan is een klacht dat een arts-assistent zonder degelijk onderzoek vooraf begon met de verwijdering van de baarmoeder en pas tijdens de operatie ontdekte dat de vrouw enige maanden zwanger was. Dit was overigens een klacht die zonder nader onderzoek als ongegrond afgewezen is. Een ander voorbeeld is de klacht van een vrouw bij wie, ondanks regelmatige controle en tien uitstrijkjes gedurende een periode van tien jaar, baarmoederskanker in een zeer laat stadium is gediagnosticeerd en behandeld. Het college stelde vast dat in het cytologisch laboratorium systematisch fouten zijn gemaakt. Toch leidde dit niet tot nader onderzoek of maatregelen die gericht zijn op voorkoming of herhaling.

Bij een aantal klachten kregen gynaecologen geen maatregel opgelegd omdat het gebeurde in overeenstemming was met de toenmalige stand van wetenschap. Zo kwam bij een klacht aan het licht dat voor de baarmoederverwijdering bij een vrouw geen duidelijke indicatie bestond, maar dat deze handwijze ten tijde van de operatie berustte op consensus onder gynaecologen. Dezelfde normverschuiving geldt de informatieplicht die zich vooral de laatste jaren sterk ontwikkeld heeft. Het huidige informed consent vormt geen maatstaf voor beoordeling van klachten over gebeurtenissen die zich enige tijd geleden hebben afgespeeld.

Wat eruit springt is het feit dat het nog steeds schort aan de communicatie tussen gynaecoloog en patiënt. Terecht stellen de auteurs dat het ingrijpende karakter van veel gynaecologische verrichtingen een extra druk legt op een goede communicatie. Een opvatting die blijkbaar niet gedeeld wordt door de

tuchtcolleges, gezien hun milde oordeel bij een aantal klachten over onvoldoende voorlichting die voor de betreffende vrouwen ingrijpende gevolgen hebben gehad. Zo was een vrouw er niet van op de hoogte dat de voorgestelde operatie vanwege buikpijnklachten, namelijk 'excisie van het aangetaste gebied', inhield dat behalve verwijdering van baarmoeder met eierstokken, ook de clitoris verwijderd zou worden. Ter verdediging voerde de gynaecoloog aan dat hij meende dat de patiënte gezien haar leeftijd 'geen samenleving' meer zou hebben. Omdat de gynaecoloog op korte termijn zijn praktijk zou neerleggen, kwam hij er met een berisping vanaf. Het geeft te denken dat veel vrouwen in het verleden zijn geconfronteerd met deze verwerpelijke beroepsattitude.

Verder is het opmerkelijk dat in situaties waarin de feitelijke gang van zaken onduidelijk is, door gebrekkige verslaggeving, de verklaring van de gynaecoloog prevaleert. Ook andere uitspraken roepen de vraag op in hoeverre medisch tuchtcolleges dienen om patiënten te beschermen en de kwaliteit van de gynaecologische zorg te bewaken, dan wel om de aangeklaagde gynaecoloog in bescherming te nemen. Bij verscheidene klachten wordt wel erg lichtvaardig geoordeeld over een schadelijke en soms schandelijke beroepsuitoefening. Uit *De gynaecoloog in de medische tuchtspraak 1980-1992* valt vast te stellen dat het voor een patiënt geen zin heeft om bij een afwijzing in hoger beroep te gaan, want de beslissing in eerste aanleg wordt in alle gevallen bevestigd. Daarentegen loont het voor een gynaecoloog om hoger beroep aan te tekenen: in de helft van de gevallen wijst het Centraal Medisch Tuchtcollege de eerste beslissing af of legt een lichtere straf op.

*Lidy Schoon, politicoloog.*

*M.E.F., Heineman en J.H., Hubben, De gynaecoloog in de medische tuchtspraak 1980-1992. Nijmegen, 1994. 246 pagina's. 125,- ISBN 90 71478 31 9.*

# ZIEKENHUIS ZORGWINKEL?

Suzanne van de Vathorst

*De consument van gezondheidszorg is anno 1995 een goed opgeleide mondige burger die zelf wel uitmaakt waar hij zijn gezondheidszorg koopt en tegen welke prijs. Deze consumenten zijn tevens de onmondige kinderen over wier gezondheid de paternalistische overheid waakt. Deze vaderlijke zorg leidt ertoe dat de consument zelf geen verantwoordelijkheid leert dragen voor zijn handelen op gezondheidszorg gebied, en houdt de afhankelijkheid in stand.*

*Maar ook vaders Staat zal moeten inzien dat kinderen groot worden en op eigen benen moeten gaan staan. De vaderlijke taken dienen zich dan te beperken tot de enkeling wiens benen te zwak zijn.*

Zulks is de strekking van het proefschrift. *Naar een gezondheidsmarkt? Mogelijkheden tot deregulering van geneeskundige verzorging* van Tijn Kool. In dit vlot geschreven en zeer leesbare boek wordt namelijk betoogd dat er een historische ontwikkeling is naar meer individualisme. Dit individualisme heeft geleid tot individuele keuzevrijheid op tal van maatschappelijke gebieden, bijvoorbeeld geloof, beroepskeuze en partnerkeuze. De gezondheidszorg is echter achtergebleven. Het is tijd dat de overheid zich minder met de gezondheidszorg gaat bemoeien, er moet meer keuzevrijheid, dus meer marktwerking in het stelsel komen.

Waarom bemoeit de overheid zich eigenlijk met de gezondheidszorg? Kool beschrijft, vijf historische motieven: de slechte gezondheidstoestand van de bevolking, het lage kennis- en opleidingsniveau van de bevolking, het lage welvaartspeil, de ongelijke inkomensverdeling, en, het meest recente argument, de stijging van de collectieve uitgaven. Wat hem betreft, rechtvaardigen deze historische redenen de overheidsbemoeienis van nu niet meer. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking anno 1994 is immers goed, en het kennis- en opleidingsniveau is aanmerkelijk toegenomen ten opzichte van het begin van deze eeuw, een ontwikkeling die nog verder gesteund wordt door de grote toegankelijkheid van informatie via de massamedia. Verder is volgens Kool het welvaartspeil zover gestegen dat eenieder de inkomensruimte heeft zichzelf te verzekeren. Wat de inkomensongelijkheid betreft, die kan, zo betoogt hij, veel beter op een andere wijze bestreden worden. De stijgende collectieve lasten vormen

nu weliswaar meer dan ooit een probleem, maar volgens Kool is dat zo omdat het *collectieve* lasten betreft. Wanneer echter de gezondheidszorg door burgers privé betaald wordt, dus wanneer ieder zelf zijn verzekering afsluit, zijn het geen collectieve lasten meer en is niet alleen dit probleem opgelost, maar is er zelfs een nieuwe bron van economische groei bijgekomen. Zijn conclusie is daarom dat het de hoogste tijd is dat de gezondheidszorg aan de klauwen van de overheid ontfutselt wordt, en in de zelfbewuste handen van de burger wordt geplaatst.

## WEL MARKT, NIET VRIJ

Hoewel, helemaal los laten mag de overheid de gezondheidszorg niet wat Kool betreft. De overheid heeft, zijns inziens een aantal belangrijke taken, namelijk om de zwakken, die geen keuze kunnen maken, te beschermen, om te zorgen dat een verzekering voor gezondheidszorg betaalbaar is voor iedereen, om te zorgen dat de markt transparant is, dat wil zeggen dat er genoeg informatie beschikbaar is om overwogen en geïnformeerd te kunnen kiezen, en de zorg voor een goede volksgezondheid. Daarom kiest Kool dan ook niet voor een vrije, maar voor een geregleerde markt, een keuze die uiteindelijk meer herregulering dan deregulering van de gezondheidszorg nodig maakt. Hij komt, enerzijds ouderwets, anderzijds verrassend actueel gezien de laatste voornemens van minister Borst, tot een 'drietrapsraket' van zorg, een verplicht basispakket, een verzekering voor onverzekerbare risico's (de AWBZ), en een vrijwillig en vrij aan te vullen extra pakket.

Tot zover de korte inhoud van het boek. En hoewel er ook nog van alles over de economische aannames te zeggen valt, (is decollectivering wel het ei van Columbus), wil ik hier iets over de filosofische aannames zeggen. De kern van het boek is het streven naar vrijheid voor de individuele burger. Een historische ontwikkeling naar meer keuzevrijheid in het algemeen is echter niet genoeg reden om te zeggen dat ook de gezondheidszorg marktgericht moet worden. Ik heb twee kanttekeningen bij zo'n redenering. Ten eerste of het terecht is om overheidsbemoeienis tegenover vrijheid te stellen. Ten tweede of gezondheidszorg inderdaad net zoiets is als kleding, namelijk in economisch termen: een individueel consumptiegoed, een vergelijking die Kool zelf in zijn boek trekt.

In het volgende wil ik iets uitgebreider op deze twee punten ingaan.

## POSITIEVE VRIJHEID

Als je zou stellen dat er om meer individuele vrijheid te krijgen altijd minder overheidsinmenging moet zijn, dan veronderstel je kennelijk een tegenstelling tussen regelgeving door de overheid en vrijheid voor individuen. Het is nog maar zeer de vraag of deze tegenstelling terecht is. Veel hangt af van wat je met vrijheid bedoelt. Soms bedoelt men met vrijheid inderdaad alleen maar vrijheid van overheidsinmenging. Dat is ook de betekenis die vrijheid heeft bij Vrije Universiteit, en Vrije School.

Er is echter een verschil tussen 'vrij zijn van', zoals vrij zijn van overheidsinmenging, en 'vrij zijn om', vrij zijn om te werken bijvoorbeeld. Dit laatste begrip van vrijheid, vrijheid om dingen te kunnen doen, wordt wel positieve vrijheid genoemd. Voor positieve vrijheid is het nodig dat er aan bepaalde basisvoorwaarden is voldaan. Om te werken, bijvoorbeeld, moeten er banen zijn, moet je redelijk gezond zijn, moet je de kans hebben gehad een opleiding te volgen, moet je naar je werk kunnen komen etc. In een situatie van hongersnood, werkeloosheid, armoede, hebben veel mensen erg weinig vrijheid om hun leven zelf vorm te geven, zelfs al



bemoeit de overheid zich niet met hen. In zulke situaties zou overheidsbemoeyenis zelfs tot meer vrijheid kunnen leiden. Wanneer de overheid ervoor zorgt dat bepaald voedsel niet door speculanten wordt opgeslagen, maar terecht komt bij de hongerigen, wanneer de overheid minimum-eisen stelt aan schoon en veilig werk, wanneer de overheid je verplicht premie te betalen zodat je een uitkering hebt als je werkloos zou worden, dan gebeurt dat met het oogmerk om de positieve vrijheid te vergroten.

Ook gezondheidszorg kun je zien als zo'n voorwaarde om iedereen in positieve zin vrij te laten zijn. Gezond zijn is immers een voorwaarde om te werken, naar school te gaan, kortom om die dingen te kunnen doen die iedereen belangrijk vindt. Gezondheid vinden mensen belangrijk ongeacht welk werk zij willen doen, of welke opleiding zij willen volgen, of waarmee ze hun dagen ook door willen brengen. Met andere woorden, gezondheid is een basisvoorwaarde voor andere dingen in het leven. En één van de factoren die in toenemende mate aan de gezondheid bijdraagt is de gezondheidszorg, naast andere belangrijke zaken, zoals schoon drinkwater, goede riolering, fatsoenlijke behuizing, arbeidsvoorwaarden. Daarom zou je kunnen zeggen dat het belangrijk is dat de overheid zich met gezondheidszorg bemoeit, net zoals zij zich met schoon drinkwater en riolering bemoeit, om te zorgen dat alle inwoners de kans krijgen hun leven in te richten zoals zij dat zelf wensen, daarbij zo min mogelijk gehinderd door ziekte.

### BIJZONDER GOED

Als we nu inderdaad zouden vinden dat de overheid voor zo'n minimum zou moeten zorgen, en als puntje bij paaltje komt vindt Tijn Kool dat eigenlijk ook gezien de eerste twee trappen van zijn drietrapsraket, waarom zou zo'n minimum dan niet in een, gereguleerde, markt gegarandeerd kunnen zijn?

Nu komen we bij mijn tweede punt. Kool trekt in zijn boek de vergelijking tussen individuele gezondheidszorg en kleding. Kleding is ook een basisbehoefte, in ons klimaat zeker. Toch wordt het aan de individuele burger overgelaten waar en welke kleding hij koopt. De overheid beperkt zich in haar zorg tot het garanderen van een minimuminkomen, zodat een ieder de noodzakelijke kleding aan kan schaffen, op een vrije markt.

Ik zie echter een aantal belangrijke ver-

schillen tussen kleding en gezondheidszorg.

Als je bijvoorbeeld een kledingstuk koopt, en het bevalt niet bij thuiskomst, dan kun je het ruilen. Gezondheidszorg is echter geen goed dat hetzelfde blijft nadat je het gekocht hebt. Het is een dienst, die eenmaal geleverd, moeilijk weer ongedaan kan worden gemaakt. Maar ook het niet leveren, dan wel het niet kopen, van de deze dienst kan onherroepelijk zijn.

Op een markt hebben aanbieders er bovendien belang bij zoveel mogelijk van hun produkt te verkopen. Als het om kleding gaat, wordt de consument die zich door reclame, aanbiedingen etc. laat verleiden hoogstens in zijn portemonnee getroffen. Gezondheidszorg bergt echter ook andere gevaren in zich. Een overbodige trui ligt onbenut in de kast, maar een overbodige medische handeling is bijna per definitie schadelijk.

Misschien is het verbouwen van een huis dan wel een betere vergelijking dan het kopen van kleding. Op een aantal punten lijkt dat immers op een geneeskundige behandeling, ook een verbouwing is vaak irreversibel of alleen tegen hoge kosten te herstellen, en ook een verbouwing kan gevaarlijk zijn (instorting bijvoorbeeld). Bij een verbouwing die constructief ingrijpt moet dan ook vooraf vergunning worden aangevraagd bij de gemeente. Het grote verschil met de gezondheidszorg is echter dat daar de mogelijke schade je lichaam betreft, aan je persoon is. Dit aspect maakt het voor mij noodzakelijk om gezondheidszorg in ieder geval onder nog strenger toezicht te houden dan woningbouw.

Tenslotte, gezondheidszorg wordt 'gekocht' op momenten van stress. In geval van gezondheidszorg is men patiënt, geen consument. De belangrijkste drijfveer voor mensen om naar de dokter te gaan is angst en ongerustheid. Op zulke momenten verliezen de meeste mensen (een deel van) hun mondigheid. Het is alsof je naakt bij min twintig graden celsius de kou in wordt gejaagd om mondig en weloverwogen een jas uit te kiezen.

Ik zie kortom een aantal belangrijke verschillen tussen individuele consumptiegoederen zoals kleding en diensten zoals verbouwingen, en de gezondheidszorg. Het specifieke en vaak ingrijpende karakter van geneeskundige behandelingen rechtvaardigen wat mij betreft nog steeds een stevige greep van de overheid op de gezondheidszorg.

### WEINIG MONDIGEN

Daarbij komt dat de mondige burger die goed opgeleid, goed geïnformeerd, zelfstandig zijn keuze maakt op het gebied van de gezondheidszorg volgens mij nog steeds een minderheid vormt. Een dwingende, eisende patiënt, is overigens niet hetzelfde als mondige consument. Het is bovendien aangetoond dat het de laagst opgeleiden en de laagst betaalden zijn die de meeste gezondheidszorg nodig hebben, en juist zij zijn de groep met de minste mogelijkheden om weloverwogen geïnformeerd te kiezen. Want ook al is het opleidingspeil nu hoger dan 100 jaar geleden, als je moet kiezen tussen een energie-rekening betalen en anders in de kou zitten, of de maandelijkse premie voor je ziektekostenverzekering betalen, dan laat je die premie het eerste schieten.

Het belang van gezondheidszorg als basisvoorwaarde voor andere belangrijke dingen in het leven, samen met de risico's die zowel aan het doen als aan het laten van een geneeskundige behandeling vast zitten, Plus het feit dat die risico's je persoon betreffen en niet je bezit, maakt gezondheidszorg een bijzonder soort 'goed'. Gezien de aard van het 'goed' vind ik het belangrijk dat iedereen ongeacht opleiding of inkomen toegang heeft tot adequate zorg. Dit rechtvaardigt wat mij betreft nog steeds een grote overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg.

*Suzanne van de Vathorst is arts en werkt bij het Instituut voor Ethiek van de VU Amsterdam, waar zij onderzoek doet naar een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg.*

*uitg. Tinbergen Institute Research Series. nr 91, ISBN 90-5170-325-2*

# Signalementen

Nu de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst na jarenlange voorbereiding toch eindelijk van kracht is en zorgverleners zich haastig naar bijscholingsdagen spoeden om te leren wat ze al lang hadden moeten weten en kunnen, onderscheidt het Provinciaal Patiënten/ConsumentenPlatform Utrecht zich met de uitgave van twee brochures over patiëntenrechten. De brochures zijn professioneel verzorgd en zetten in duidelijke taal en met voorbeelden uiteen hoe het zit met inzage-recht, toestemmingsvereiste, vertegenwoordiging klachtrecht en dergelijke. *'Uw rechten als patiënt (WGBD)' en 'Inzage in uw medisch dossier', deel 1 en 2 uit de Serie Patiëntenrecht, zijn te bestellen bij PCL, telefoon 03405-70072. en zijn ook verkrijgbaar in braille en op cassette.*

Hoe kan het werk van huisartsen er in de toekomst uitzien? Hoe willen we als samenleving de medische zorg ingericht hebben? In een laatste uitgave van Stichting O&O wordt gezocht naar de vernieuwende organisatieconcepten voor de 'huisarts als ondernemer' en naar de noodzakelijke aanpassingen in de beroepsuitoefening voor 'de huisarts

als professional'. Organisatie-adviseurs, innovatiedeskundigen en huisartsen geven hun inspirerende meningen in essays en interviews. Ooit van McDonaldisering gehoord?

*Rob Bakker, Albert Schoenmaker en Hendrik van der Zee (red.), De huisarts in 2010; perspectieven voor medische zorg, De Tijdstroom, Utrecht 1995, ISBN 90-352-1563-X*

Aan een persoonsgebonden budget, zoals staatssecretaris Terpstra nastreeft, moet een integrale, onafhankelijke indicatiestelling voorafgaan. Anders heeft zon'n budget geen zin en raakt de cliënt de weg kwijt naar alle loketten en daarbij behorende regelgeving. Dat is een van de conclusies in het boek *Toegang tot de Zorg*. Hoe toegang tot de zorg in verschillende sectoren in tijden van schaarste vorm moet krijgen, is belangrijk thema in dit boek. Centrale aanmelding, het meten van het dagelijks functioneren, ontkoppeling van indicatiestelling en zorgaanbod en circuitvorming komen in alle sectoren aan de orde. Bijdragen van verschillende auteurs uit negen sectoren beschrijven het traject dat patiënten in de praktijk doorlopen. Zij geven tevens aan dat per sector een loket wenselijk is. Daarnaast

wordt ook het theoretisch kader niet vergeten.

*C. Theeuwes, Toegang tot de Zorg, De Tijdstroom, 153 pp. Verschijnt op 28 april.*

Vws heeft 21 maart jl., haar plannen ontvouwen voor de komende kabinetsperiode (zie ook Het Binnenhofje). Het gaat om een drietal nota's waarbij Gezond en Wel de globale visie van de bewindslieden vertolkt. Gezondheid staat voorop. Om die reden is er veel aandacht voor preventie. De patiënt-consument staat centraal getuige het streven naar persoonsgebonden budgetten.

De nota's *Zorg in Regeerakkoord en Zuinig met zorg* behelzen de financieel-economische en juridische uitwerking en onderbouwing van het overheidsbeleid.

*De drie nota's zijn verkrijgbaar bij de SDU-uitgeverij. Daarnaast is een samenvatting van de nota Gezond en Wel kosteloos aan te vragen bij de afdeling Publieksvoorlichting van VWS, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk, fax 070-3406251.*

Vaker dan verwacht raken gebruikers van geneesmiddelen die het reactievermogen beïnvloeden, gewond door een val. Het aantal verkeersslachtoffers door genoemde middelen is daarentegen vier keer kleiner dan werd aangenomen. Met name ouderen slikken (te) veel waardoor zij een vergroot risico lopen om te vallen met alle gevolgen van dien. In totaal kunnen naar schatting per jaar minstens 100.000 letsel- en niet-letselongevallen worden toegeschreven aan het gebruik van reactievermogen beïnvloedende (PRBG-) middelen. Dit blijkt uit een studie van dr. R.M.C. Herings van de Faculteit, Farmacie van de Universiteit Utrecht. *Het rapport Geneesmiddelen als determinant van ongevallen kost dertig gulden en is te bestellen bij mevr. A. Vee-niga, tel. 030-537324.*



*Winkelende ziekenhuis-klanten*

*Foto uit: Kiezen ... een zorg? uitgegeven door het NCB (Nederlands Centrum Buitenlanders)*

---

## Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek

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

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

### Abonnementsprijs

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

### BESTELBON

Fax of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop naar:

Uitgeverij VAN GORCUM, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen, Tel. 0592046846/Fax 0592072064.

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

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



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

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

### Abonnementsprijs

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

### Faktuuradres

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

### BESTELBON

Graag aankruisen wat van toepassing is:

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

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

*\* als u een kado abonnement geeft dient u ook het factuuradres in te vullen*

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

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

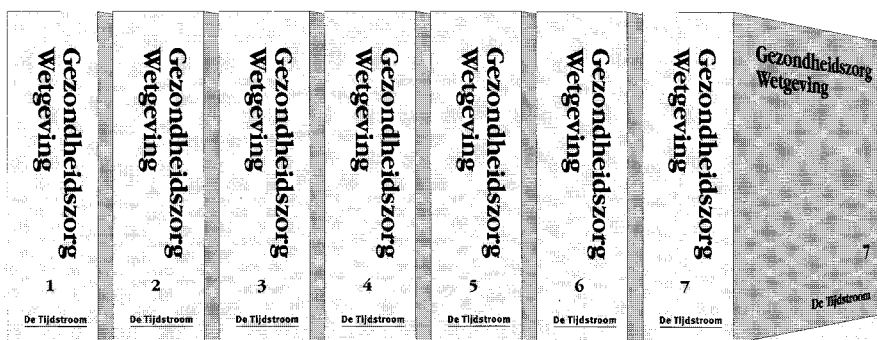
Uitgeverij \_\_\_\_\_

VAN GORCUM

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



maak u meester van de  
**gezondheidszorgwetgeving**

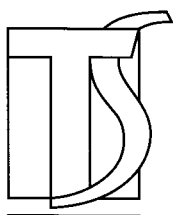


met

- *pure praktijkgerichte wetgeving*
- *alleen geldende wetgeving*
- *de meest actuele & compacte wetgeving*

**Gezondheidszorgwetgeving**

ISBN 90 352 14595, losbladig in 7 banden, 1370,-



De Informatiebon in een envelop *zonder postzegel* sturen naar:

**Uitgeverij De Tijdstroom B.V.**

Antwoordnummer 9092

3500 ZA UTRECHT

Of fax de bon naar 030 -58 69 25

Vul de bon in voor een uitgebreid informatiepakket (kosteloos en vrijblijvend)

**i n f o r m a t i e b o n**

**JA**, stuur mij **gratis en vrijblijvend** het informatiepakket van Gezondheidszorgwetgeving.

Naam \_\_\_\_\_ m/v

Functie \_\_\_\_\_

Organisatie \_\_\_\_\_

Privé-adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ (overdag)

Datum \_\_\_\_\_