

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR.6 /DECEMBER 1996



De GGD als begeleidingsinstrument

Het verzekeringsplan van de FNV

Amerikaans zorgstelsel

Nieuwjaar in Azerbeidjan

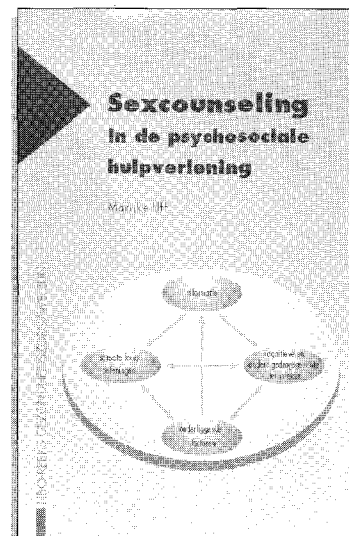
Sexcounseling in de psychosociale hulpverlening

Morijke IJff

1997. 160 blz. j 35,00 - ISBN 90 232 3172 4

HBO-reeks Gezondheidszorg/Welzijn, deel 12

Dit boek leert de hulpverlener hoe op counselingsniveau om te gaan met de meest voorkomende seksuele problemen. Het leert seksualiteit bespreekbaar te maken en het gaat in op de aard en achtergronden van seksuele problematiek. Het geeft aan welke stappen gezet dienen te worden om middels een methode van kortdurende hulpverlening seksuele klachten op te kunnen heffen. Het gaat daarbij vooral om informatie verschaffen, voorschrijven van oefeningen om thuis te doen en psychosociale begeleiding.



Maatschappelijk k werk in de (intramurale) gezondheidszorg

Nora van Riet & Marie-José Mineur (red.)

1997. 112 blz. j 29,50 - ISBN 90 232 3242 9

Een beschrijving van de taak en de functie van het maatschappelijk werk in de huidige (intramurale) gezondheidszorg en waarin de auteurs laten zien wat het specifieke is van maatschappelijk werk in relatie met ziek-zijn of gehandicapt-zijn. Een aanrader voor een ieder die in z'n werk met de psychosociale gevolgen van ziekte en handicap geconfronteerd wordt.



Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus43
9400 AA Assen
Tel. 0592 379555
Fax 0592 372064



Bestelbon

Naam	_____	_____ ex. Sexcounseling in de psychosociale hulpverlening
Adres	_____	_____ ex. Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg
Postcode	_____	
Paats	_____	D wil graag de nieuwe catalogus ontvangen
Datum	_____	Deze bon faxen - 0592372064- of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:
Handtekening	_____	VAN GORCUM.Antwoordnummer 3.9400VBAssen

TIJDSCHEFT
VOOR

GEZONDHEID
&
POLITIEK

JAARGANG 14
NR 6 / december 1996

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

Versijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever

Van Gorcum & Comp. bv.
Postbus 43
9400 AA Assen
Telefoon 0592-379555
Fax. 0592-372064

Redactie

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

Themaredacties

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

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

Interculturele zorg Hans Tenwolde, Indra Boedjarath, Lea Jabaaï, Anke Steinmann, Kristel Logghe.

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

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

Eindredactie

Maarten Dulfer

Redactieraad

Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea Dukkers van Emden, Maria Hermesen, Joost van der Meer, Roei Otten, Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon, Marco Stik, Janneke van Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres

Postbus 17107
1001 JC Amsterdam

Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie

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

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 120,-
Particulieren f 80,-
Los nummer f 17,50

Advertentietarieven

op aanvraag bij de uitgever

foto omslag: Eduard Dolfijn

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

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

Inhoud IGP 6/96

- 2 Redactioneel
- 3 Indra Boedjarath en Hans Tenwolde
Stamppot of Roti met kip
In verpleeghuis de Schildershoek
- 5 Mededeling aan de abonnees
- 6 Lea Jabaaï
Een netwerk voor vernieuwing
Interview over verkeerde bed-problematiek en meer
- 8 Prof. dr. F.J.N. Nijhuis en prof. dr. J.A.M. Maarse
Eigen of collectieve verantwoordelijkheid
De zorg voor de werknemer
- 11 Matthé Ribbens
De aanvullende ziekenfondsverzekering
Interview met J. Stekelenburg, FNV
- 13 Martien Bouwmans
Zorgstelsel met Amerikaanse toestanden
...sluip naderbij
- 16 Bert Meijberg
Partners laten elkaar met rust
De relatie tussen gemeente en GGD
- 18 Josine van den Bogaard en Rascha Thomas
Interviews met vier betrokkenen
bij gemeente en GGD
- 22 Anna Maria Brassé
Brief uit Xhanlar
Nieuwjaar
- 23 Hans Tenwolde
Column
Heer bewaar ons
- 24 Gerard Goudriaan en Martien Bouwmans
Thuiszorg uit het defensief
Op zoek naar de positieve associaties
- 28 Joost van der Meer
Buitenlandse berichten
In de gevangenis
- 30 Boeken
Surinamers en incest; sociale hulp in Manchester
- 32 Signalementen

REDACTIONEEL

MENS EN GEVOELEN

De vergissing was een echte *Fehlleistung*, Dat is een Freudiaanse vergissing. (Als u toevallig weet wat dat is tenminste. Dat staat in boeken. Er is nog geen CD-ROM van). De redactie las dat er een Stichting Vrijwillig Lezen was opgericht door juristen, artsen en ethici. We gingen uit ons dak. De kinderen waren naar bed, de afwas gedaan, het afzegkaartje gepost, de overbelastingskribbigheid was goedgemaakt.. Hadden we maar meer tijd om te lezen, verzuchten we net onder het *scannen* van de krant.. En toen: vrijwillig lezen! Eindelijk weer een pleidooi voor het geschreven woord. En het zou wettelijk moeten worden vastgelegd. Dagdromend over arbeidsomstandigheden en gezondheids-winst en burgerschap haalden we er van alles bij. Leesuren tijdens werktijd, meer kinderopvang (gecombineerd met de inzet van leesouders), ondersteuning van amateur- en broodschrijvers, verplicht tweede-kans lees- en schrijfonderwijs voor managers en bedrijfsadviseurs, literaire kerstpakketten, kantinediscussies over boeken en tijdschriften.

Maar het was Vrijwillig Leven en het ging bij die stichting over zelfdoding. Te snel gelezen zeker.. We zijn weer terug in de realiteit, waar de mensen het sterven soms te moeilijk wordt gemaakt, zodat zij het heft uit de professionele handen willen rukken. De jachtige realiteit ook van werk, werk en nog eens werk voor de gelukkigen met banen en opdrachten - en dus geen tijd voor elkaar..

In die realiteit is er weinig plaats voor lezen. Dat moet tegen de verdrukking in gebeuren. De schrijvers en lezers beginnen zo'n beetje dezelfde bevolkingsgroep te vormen. U bent welkom als schrijver in volgende nummers en als lezer in dit nummer van ons blad. Rustig de tijd voor nemen, deur op slot; een echte professional bezint zich, reflecteert met TGP, desnoods op de Wc..

Jaagt uw baas u op met tijdschrijven. resultaatverantwoordelijkheid en culturomslagen? Laat hem dan dit lezen:

Nu betaemt wel eiken heere,

Die bewaren wille sine eere,

Dat hi scrivers met hem houde,

Vroede liede, jonghe ende oude,

Die scone ende wel connen dichten,

Entie met sconen worden verlichten,

Connen dat sijn heere wille.

Het komt uit de dertiende eeuw: Jacob van Maerlant.. Het is ook actueel, voor de redactie in ieder geval. Van Maerlant schreef biografieën van de groten der aarde, meestal in-opdracht.. Hij deed dat, zoals gebruikelijk, parafaserend uit oudere bronnen. Maar hij was in twee opzichten onconventioneel en dat spreekt de redactie aan. Hij schreef voor het eerst in de volkstaal, had een breed publiek voor ogen. En

hij vergat niet de oude teksten van zijn meesters kritisch te beschouwen. Hij redigeerde met harde hand (veel harder dan de redactie van TGP kan en durft) en was niet te bescheiden om de wereldgeschiedenis van een grondige *update* te voorzien, door er zijn kennis en overtuiging aan toe te voegen. Hij was een klerk, en in dienst van een heer, maar hij vernieuwde de wereld. En zijn werk is in leven gebleven.

Laat u inspireren. Dit tijdschrift wil ook wel *scrivers met hem houde*. Vooral *vroede liede, jonghe ende oude, die scone ende wel connen dichten*. En desnoods 'in fraaie bewoordingen formuleren wat hun heer wil' (de vertaling van de laatste regels).

Of het nu aan de tijd van het jaar ligt? Deze editie staat vol *human interest*. Op onze manier dan. We praten met veel mensen, het lijkt een schilderijtentoonstelling van beleidsmensen en praktijkmensen. Het is alleen al interessant om het taalgebruik te vergelijken: de zorgvuldig gepolijste beleids taal (want o jee, een hogere macht of een tegenstander zou je eens op een fout woord kunnen vastpinnen) en de duidelijke communicatietaal waar het gevoel in doorklinkt.. Verraadt dit niet een kloofje tussen praktijk en beleid?

We zijn voor de wisselwerking. Het leesuurtje voor beleidsmensen moet wat ons betreft gewijd zijn aan de weerbarstigheid van het leven buiten het kantoor en aan de betrekkelijke werkzaamheid van voornemens, aan de praktische werking van de uitgevaardigde modellen en de toepasbaarheid van de intelligente vernieuwingen.

Het zal echt aan de tijd van het jaar liggen, maar we moeten denken aan een buurvrouw wier zoon onlangs zelfmoord pleegde. Met behulp van de aanwijzingen van een instructieboek had hij de plastic-zakmethode met succes toegepast.. Net afgestudeerd, eenzaam. De buurvrouw was niet boos op hem. Wel op zijn baas, zijn uitbuiters en de de harde en kille maatschappij. 'Heeft u nu nog steun van mensen?' 'Wie interesseert dat nou tegenwoordig, de mensen zijn allemaal met zichzelf bezig.' En haar huisarts? Ja, die is gekomen. Hij heeft die avond samen met de buurvrouwen haar man een uur lang zwiwend geluisterd naar een zelf opgenomen bandje gitaarmuziek.. Want die jongen kon zo mooi gitaar spelen.

We mogen er wel eens bij stil staan dat het uiteindelijk op zulke dingen aankomt.. Er zijn geen huisartsgeneeskundige standaarden en geen verzekeringen voor.. Er is geen beleid voor en geen gezondheidsdienst, en geen DNA-test..

We gaan bedachtzaam een hopelijk lees- en leefbaar jaar in. En schrijf ons nog eens terug.

De redactie

STAMPPOT OF ROTI MET KIP

Indra Boedjarath en Hans Tenwolde

De dagelijkse maaltijden zijn ineens dubbel belangrijk wanneer je bent opgenomen in een zorginstelling. Daar wordt naar uitgekeken - althans, wanneer het instellingseten naar je smaak is. Maar hoe regelen de keukens van zorginstellingen een goed menu voor hun allochtone patiënten of bewoners? fen gesprek met twee pioniers van de interculinarisering.

Onze rondleiding door verpleeghuis De Schildershoek eindigt in de keuken. We ruiken dat er vis gefrituurd is vandaag. Ferry Nieuwland, de kok, wijst ons op de vele pannetjes, spatels, lepels en kommen. Veel verschillende gerechten, vandaar.

Zijn er nou speciale eisen aan de apparatuur te stellen?

Ferry: 'Nee, behalve misschien dat we niet zo veel afzetruimte hebben voor de verschillende gerechten.' Het kan aan hem liggen, maar de opzienbarende conclusie van ons interview schijnt te worden, dat intercultureel koken zo gewoon kan zijn. Er wordt nuchter over gepraat. Het lijkt niets bijzonders. 'Alle begin is moeilijk maar later krijg je er handigheid in.'

Eerder hebben we gesproken over het beleidskader. 'Als bij ons meer dan vijf mensen van een bepaalde culturele achtergrond wonen, maken we er speciaal beleid op,' zegt Vincent van Puffelen, hoofd van de huishouding. 'Toen we hier in 1988 begonnen was dit nog een honderd procent autochtoon verpleeghuis. Na 1990 zijn er steeds meer allochtone bewoners gekomen, nu is dat vijftienvijftig procent. Het overgrote deel is van Hindostaanse origine, maar er zijn ook een paar Turkse en Chinese bewoners. In heel Den Haag zie je veel Hindostaanse Surinamers, en die zijn gecentreerd rond de markt en het centrum.'

MUZIEK

Geeft dat nu speciale problemen? 'We hebben hier afdelingen van dertig bewoners, met twee huiskamers per afdeling. Je kunt je voorstellen hoe dat gaat met één TV en één radio. De een hoort graag *Baithak Gana* (traditioneel Hindostaans), de ander *Corrie* en *De Rekels*. Er zijn taalproblemen en cul-

tuurproblemen. Bijvoorbeeld bij sterfensbegeleiding loop je tegen verschillen op. Om een typisch verschil te noemen: als de familie afscheid neemt van een stervende, blijft het personeel uit respect een beetje op afstand. Sommige Hindostaanse bewoners en familieleden waren verbaasd dat de verzorgenden geen afscheid kwamen nemen. Dat werd koud gevonden. Bij hun is het juist gewoon om er het personeel bij te betrekken.

Ook op andere terreinen krijg je de indruk dat er verschillen zijn. Bij revalidatie lijkt het alsof de autochtone revalidant er meer tegenaan gaat, terwijl de Hindostaan meer overgave toont.

En een ander probleem was er natuurlijk met het eten - dat de mensen hun maaltijden lieten staan, maar dan wel 's avonds door de familie werden voorzien. Dat zie je natuurlijk niet graag als je zorgkwaliteit wilt bieden.'

Wat zijn de verschillen in eetgewoonten tussen zeg maar een autochtone en een Hindostaanse Schilderswijk?

Dat kunnen ze moeiteloos aangeven: 'De Hindostaanse bewoners eten liever met de hand. Ze eten meer rijst en het liefst plakrijst, dat is makkelijker vast te pakken. Hollanders willen liever droge rijst. Hindostanen geven minder om een voorafje en toetje. Ook eten ze liever de hele dag door kleine beetjes en hebben ze liever cake dan een koekje bij de koffie. En wat het snoepen betreft; beneden verkopen we bijzondere tussendoortjes, zoals bananenchips, cassavechips, gommakoekjes, fernesdrinks. Iemand uit de linnenkamer heeft ook wel eens schaafsjes gemaakt.'

KHARI

Net als de origine van de bewoners van De Schildershoek divers is, zijn dat ook de eetgewoonten. Zo wenst de ene bewoner stamppot met zuurkool of ha-

chee, de ander roti met kip of bruine bonen met rijst. Het verpleeghuis tracht aan ieders behoeften te voldoen. Ferry draait zijn hand niet om voor het bereiden van de meest ingewikkelde gerechten. 'Khari? gewoon, eerst de pap van gele erwten door een zeef heen halen en in de olie bakken. Het bereiden van pom, daar deed ik eerst meer dan drie uur over, nu ben ik met bakken en al in twee uur klaar.'

Hij is een van de vier koks in de Schildershoek. We denken dat achter zijn bescheiden presentatie een gedreven vakman schuilgaat, een self-made interculturele kok. Ferry: 'Je hebt in de opleiding twee richtingen: instellingskeuken en horeca. In de horeca leer je vooral de Franse keuken, maar de instellingskeuken gaat helemaal van standaardbereidingen uit. Er is totaal geen aandacht voor buitenlandse gerechten.'

Hoe heb je het dan geleerd?

'Uit het Groot Surinaams Kookboek en van Hindostaanse dames die hier werken. Bijvoorbeeld roti, als je dat nog nooit gedaan hebt kun je het beter eerst eens zien. Ik kan het trouwens nog steeds niet zo goed als zij. Dat uitrollen was lastig onder de knie te krijgen. Het was vooral veel kijken hoe zij het doen. Verder ben ik geholpen door Hindostaanse kennissen. Dan maakte ik gerechten en liet hun proeven en beoordelen.'

Omdat de opleiding niet op dit specialisme is toegesneden, is persoonlijke interesse en investering een vereiste. Vincent: 'Het bereiden van Surinaams-Hindostaanse gerechten vraagt ook meer tijd en andere technieken vergeleken met de Hollandse keuken. Er zijn ook meer potten en pannen tegelijk nodig, en daarmee kookpitten bij een gerecht. Je moet ook het eetgedrag kennen. Toen de Hindostaanse doelgroep zich uitbreidde, is er een klankbordgroep samengesteld.'

MENUCYCLUS

Die klankbordgroep is in het leven geroepen voor het ontwikkelen van een menucyclus. Daar zitten familieleden in van Hindostaanse medewerkers, en Hindostaanse koks uit het Willem

Drees zorghuis en verzorgingshuis Transvaal (daar zijn we mee gelieerd), en verder de diëtist, de directeur, en wij tweeën. Die groep bestaat nog steeds. We hebben die ook ingeschakeld bij de ontwikkeling van een hele menucyclus. Een menucyclus beslaat zes weken en bevat wel zestig componenten. Zo'n cyclus moet voldoen aan richtlijnen voor de voeding en is helemaal door-gerekend op de voedingswaarde. Maar hij moet ook voldoen aan cultuureisen. De Surinaamse cyclus is beoordeeld door de klankbordgroep. '

De menucyclus moet ook worden afgestemd op de twee Nederlandse menu's. 'Wanneer die bijvoorbeeld heel bewerkelijk zijn kan er die dag een eenvoudig Hindostaans menu bereid worden, en omgekeerd natuurlijk ook. En als er in een van de Nederlandse menu's een gerecht met aardappels zit is het verstandig om in het Hindostaanse menu ook aardappelen op te nemen - natuurlijk anders klaargemaakt.'

Hoe zijn jullie aan recepten gekomen?

Ferry: 'Een stagiaire heeft receptuur gezocht en aan de groep gevraagd wat ze thuis eten. Toen hebben we ze gevraagd naar de verschillende versies van gerechten. We kiezen hier voor de meest gewaardeerde versie. Die hebben we weer twee maal op proef gekookt voor onze bewoners. Het commentaar hebben we verwerkt. Sommigen wilden wel peper door hun eten, anderen weer niet en weer anderen niet in alle gerechten. Ik heb nu de peper uit de gerechten gelaten en geef chutney erbij.'

Chutneys of chokha's zijn scherpe bijgerechten van vruchten, groenten of vis, met vooral veel peper erin verwerkt. Hij geeft eerlijk toe dat hij soms commentaar krijgt van de Hindostaan-

se bewoners, bijvoorbeeld 'er zit teveel knoflook in'. Dit soort kritiek is in de loop der jaren wel flink gedaald. Ook brengen familieleden minder vaak eten van huis mee voor de bewoners. Dat is een compliment voor de kok.

GEVOEL

Zo leren koken is een proces van creativiteit, inventiviteit, maar vooral nieuwsgierigheid en geduld. Want de Hindostaanse keuken laat zich kenmerken door koken op gevoel. Een Surinaams kookboek kan weliswaar richtsnoeren bieden, de diverse benodigdheden laten zich echter moeilijk bedwingen tot afgestreeken eetpels. De massala bijvoorbeeld wordt in veel gerechten gebruikt. Dit mengsel van specerijen (o.a. kurkuma, zwarte peper, mosterdzaad, kruidnagel en kaneel), wordt door de hand van de samensteller afgestemd op de voorkeur van zijn smaakpapillen. Zo'n individuele samenstelling wordt geprefereerd. De kant en klaar in de handel verkrijgbare massala is vaak aan kritiek onderhevig, want de massala gemaakt door moeder is het lekkerst.

Er zijn natuurlijk ook ingrediënten die bewoners niet mogen eten. Kook je bijvoorbeeld ook vegetarische gerechten?

Ferry: 'Op dinsdag en vrijdag hebben veel Hindostaanse bewoners hun vastendag en dan eten ze vegetarisch. Ze mogen dan ook geen ei, daar houden we rekening mee. We paneren dan met een bloempapje. We hebben voor die mensen ook vegetarische kaas in huis gehaald'.

Naast de grote groep Hindoes zijn er ook Moslims onder de Surinaamse Hindostanen, met hun specifieke voedselwetten. 'Je moet er ook rekening mee

houden dat Hindoes geen rundvlees eten, en soms ook geen varkensvlees en dat Moslims sowieso geen varken eten. Voor de Moslims hebben we *halal* (ritueel geslacht) vlees in huis. Er wordt ook twee keer per week vis gegeten.

Hoe gaat dat eigenlijk met de officiële kwaliteitsnormen, zijn die niet eenzijdig afgestemd op Nederlands voedsel?

Vincent: 'De flexibele aanpassing van de keuken wordt begrensd door de wetgeving waar de instelling zich aan dient te houden. De hygiëne-eisen bijvoorbeeld maken dat er geen chokha van garnalen of gerechten met trassie geserveerd wordt. Garnalen zijn trouwens sowieso taboe in de instelling, vanwege de gezondheidsrisico's. Die normen beperken ook de vrije invoer van *halal* vlees van de slager om de hoek. De gemiddelde slager voldoet namelijk niet aan de strenge eisen die de instelling hanteert'. Een andere norm is die van de maaltijdschijf... 'Als er *anda aloe* met rijst - twee zetmeelproducten - op het menu staat, dan zorgen we dat er wat zoetzuren bij is om de componenten in evenwicht te brengen.'

Maar als wij hier dus zouden wonen, zouden we onze garnalen om de hoek moeten kopen? Is dat eigenlijk niet vreemd, als bewoner moet je toch zelf weten welke risico's je neemt?

Vincent: 'Ik geef toe, daar zit een spanningsveld. Maar als instelling ben je verplicht om veilig voedsel te verstrekken. We zouden toch niet willen dat hier zo'n voedselvergiftiging optreedt? Het geldt trouwens ook voor de rauwe tartaar en het zacht gekookte eitje. Het is niet alleen een punt bij allochtone voedingsgewoonten.'

VERPLEEGHUIS DE SCHILDERSHOEK

'Ook als u uit een ander land komt of een andere culturele achtergrond heeft, houden wij rekening met uw wensen, gewoonten en behoeften. Het kan dan gaan om eetgewoonten, religieuze gebruiken, feestdagen en dergelijke.' De folder van Verpleeghuis De Schildershoek spreekt duidelijke taal. De zorg is niet alleen afgestemd op de autochtone Nederlander.

Verder is De Schildershoek een gewoon verpleeghuis. Er wonen 180 meestal bejaarde mensen op somatische en psychogeriatrische afdelingen, en er is een afdeling voor dagbehandeling. Het gebouw is nog geen tien

jaar oud en staat midden in een echte volksbuurt, die al heel lang multicultureel is.

Interculturele zorg is voor Verpleeghuis De Schildershoek een hoeksteen van het beleid. Al enige jaren wordt hier stelselmatig aan gewerkt door intercultureel management van de kwaliteit en management van de diversiteit. Bij het kwaliteitsmanagement horen bijvoorbeeld de ontwikkeling van een interculturele zorgvisie, een cursus elementair Hindi en een Surinaamse menucyclus. Bij diversiteitsmanagement behoren bijvoorbeeld streefcijfers van allochtoon personeel, arbeidsmarktcommunicatie en de ontwikkeling van een gedragscode.

Zou het ook niet kunnen zijn, dat voor andere volkeren andere dingen gezond zijn? Veel Chinezen worden ziek van melk, dus de voedingsrichtlijnen zijn misschien wel etnocentrisch. Misschien is er voor Chinezen wel een schijf van twaalf nodig in plaats van een schijf van vijf

'Daar is niet zo veel over bekend, en daarom blijven we maar dicht in de buurt van de Nederlandse richtlijnen. Andersom kan de eigen voeding ook ongezond zijn. Er is hier in Den Haag een onderzoek geweest van de GGD en daar bleek bijvoorbeeld suikerziekte significant meer voor te komen onder Hindostanen. Dat herkennen we hier bij onze bewoners: negen op de tien Hindostaanse bewoners hebben diabetes. Misschien houdt dat verband met hun voedingsgewoonten'

Zijn er nu ook gerechten die de autochtone bewoners graag kiezen?

Ferry: 'Ja, bijvoorbeeld kerrie-aardappels met kip en kouseband. En er zijn Hindostaanse bewoners die graag stampot zuurkool lusten.'

Hoe is het eten voor jullie niet-Surinaamse allochtone bewoners?

Vincent: 'We hebben er nog geen beleid voor, want het zijn er nog niet zo veel. Maar als je de bevolkingsopbouw in de buurt ziet weet je dat er veel meer allochtone bewoners in aantocht zijn. Samenwerking met andere huizen kan een oplossing zijn. Ieder huis kan dan Nederlands eten en daarnaast eten uit een andere cultuur gaan bereiden. Het ene bijvoorbeeld Turks eten en het andere Chinees eten. De huizen kunnen dan onderling maaltijden "kopen" van elkaar.'

Zijn er eigenlijk weerstanden geweest?

Vincent: 'Nee, voor wat betreft de voeding niet. Veranderingen gaan altijd geleidelijk. Wat onder bewoners ook meespeelt, is dat deze wijk al zo lang een multiculturele wijk is. De mensen zijn daar zo mee vertrouwd.'

Wat vinden jullie leuk en wat vind je niet leuk aan deze vernieuwing?

Ferry: 'Leuk - dat is toch om al die gerechten te maken, dat ik het kan. En het is ook leuk om ergens mee bezig te zijn vanaf de basis en er steeds beter in te worden. En niet leuk, dat is wanneer ondanks alles toch het eten terugkomt en de familie eten brengt.'

Vincent: 'Leuk is het beter leren kennen van en begrijpen van verschillende culturen. Dat het op de werkvloer ook

leidt tot de nodige problemen is haast niet te verwijderen. Het oplossen daarvan geeft weer erg veel voldoening.'

De Surinaams-Hindostaanse menucyclus wordt volgend jaar gepubliceerd. Ze zal dan te bestellen zijn bij Verpleeghuis De Schildershoek, Jacob Catsstraat 325, 2515 Den Haag, telefoon 070-3894351.

Indra Boedjarath is lid van de thema redactie interculturele zorg en Hans Tenwolde is redacteur van TGP.

Mededeling aan de abonnees

Het zesde nummer van 1996 heeft U niet op tijd ontvangen. De oorzaak daarvan is een gebeurtenis waar iedere redactie wel eens slecht van slaapt: de volledige kopij, inclusief illustratiemateriaal, is zoekgeraakt tussen de brievenbus en de uitgever.

Omdat de teksten bewaard zijn, kunnen we een aan de noodlottige omstandigheid aangepaste TGP nr. 6 uitbrengen. Bij voorbaat vragen wij uw begrip voor het minder evenwichtige uiterlijk van deze editie.

Dit neemt niet weg dat we de abonnees onze verontschuldiging aanbieden.

De redactie.

EEN NETWERK VOOR VERNIEUWING

Lea Jabaaij

Opheffing van de wet op de bejaardenoorden, scheiden van wonen en zorg, verkeerde-bed-problematiek, transmurale zorg en privacy in verpleeghuizen. Onderwerpen die hoog op de agenda staan van beleidsmakers rond verpleeghuizen.

Zo niet op die van de ZOEV, de afkorting voor de werkgroep ZORGvernieuwing En Verpleeghuizen. 'Zorgvernieuwing? Daar hebben we bij de ZOEV een heel eigen kijk op'. Een gesprek met Kiek Bierman, hoofd van een psychogeriatrische dagbehandeling en Tineke van Sprundel, beleidsmedewerker bij de NVVz, de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg.

In 1979 plaatste prof. dr. J.C.M. Hattinga Verschure, hoogleraar Ziekenhuiswetenschappen, een oproep in het tijdschrift *Het Ziekenhuis*. 'Diegenen in het verpleeghuiswezen die een rol willen spelen bij zorgvernieuwingprocessen in verpleeghuizen worden uitgenodigd (tot een maximum van 10 personen) deel te nemen in het werk van de Studiegroep Zorgvernieuwing en Verpleeghuis, afgekort ZOEV.'

Het maximum van tien personen werd al snel overschreden: veertig enthousiaste verpleeghuismedewerkers meldden zich aan om mee te denken en werken aan een nieuwe vormgeving van zorg. Kiek Bierman was er van het begin af aan bij. 'Hattinga Verschure was een bevlogen man. Hij heeft de gezondheidszorg eind jaren zeventig wakker geschud. Hij organiseerde workshops over het verschijnsel zorg en het onderscheid tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Hij wees op de overkill aan zorg, op het betuttelende karakter ervan en hoe dat mensen hun eigenheid afpakte. Dat sloeg in als een bom. Velen vonden het tot dan toe vanzelfsprekend dat opname in het verpleeghuis mensen veroordeelde tot niets doen, met als enig mogelijke tijdbesteding het vlechten van pitrieten mandjes.'

IN BLOKJES

Het mes sneed aan twee kanten. Hattinga Verschure had studenten die veldwerk wilden doen en verpleeghuizen haalden hen met plezier binnen: En zo openden ze elkaar de ogen: studenten leerden de harde realiteit kennen van wonen en werken in het verpleeghuis, zorgverleners begonnen zich te realiseren dat de gangbare wijze van werken niet de enige juiste was. Kiek Bierman vertelt: 'Een van de eerste projecten was het eettafelproject. In die tijd was

het gebruikelijk dat je de bewoner een kant en klaar gesmeerde en in blokjes gesneden boterham gaf. Maar zo eet je thuis ook niet. En met een beetje hulp bleken mensen goed in staat om zelf hun brood te smeren. Studenten onderzochten vervolgens wat het effect was op het eetgedrag en welbevinden van patiënten. Een ander project had als onderwerp: leefregels. Welke geschreven en ongeschreven leefregels bestaan er en hoe belemmerend werken die op de autonomie van bewoners? Het woord autonomie hoorde je niemand zeggen. Nu is het een veel gebruikte term, toen niet.'

Hattinga Verschure is begonnen met het afbreken van de hegemonie van de witte jassen en de organisatie. Dat moet niet iedereen gewaardeerd hebben. 'Degenen die participeerden waren natuurlijk toch de verpleeghuizen en medewerkers die zich aangesproken voelden door het ideeëngoed van Hattinga Verschure. Hij leerde ons bewonergericht te werken, zonder dat het woord was uitgevonden.'

PRIVACY

Maar wat verstaat men daaronder als privacy een illusie is? In de frequent gemaakte vergelijking met delinquenten steekt de zorg aan verpleeghuisbewoners schril af. Tineke van Sprundel reageert geagiteerd.

'Hoe waar dit soort verhalen ook zijn, toch word ik er altijd weer een beetje nijdig van. Niets is makkelijker dan af te geven op een verpleeghuis door te laten zien dat het er niet zo is als thuis. Het is een situatie die niemand voor zichzelf verzint. Niemand wil op die manier oud worden. De maatschappij ontwikkelt zich in ras tempo, alles en iedereen emancipeert. De politiek heeft zijn mond vol van privacy en noemt maar op, maar intussen krijgen we on-

voldoende meters om eenpersoonskamers te bouwen. Dat laat niet onverlet dat je mensen op een kamer met zes bedden ook kunt respecteren in de autonomie die hen nog rest.'

En daar ligt de missie van de ZOEV: attitude en bejegening, aandacht voor het leefklimaat en het recht van bewoners om zelf te kiezen. Wat beleidsmakers in hun vernieuwingsdrift ook mogen besluiten: het gaat om de mens aan het bed die communiceert met wie er in ligt. Of in de woorden van Kiek Bierman: 'Het aardige van attitude is dat het geen geld kost. Een glas water kun je neerzetten op een manier waarbij je denkt: ach mens vlieg op, maar ook op een zorgzame manier, waarbij je de ander met respect benadert.'

FORUM

Toch is de afstand tussen de ZOEVEN beleidsmakers niet zo groot. Meer dan vroeger. In de beginjaren was de ZOEV een studiegroep waarbinnen onderzoek en praktijk werden gecombineerd. Na het emeritaat van Hattinga Verschure zijn de contacten met de NVVz ontstaan die nu het secretariaat voert. Een kwart van de verpleeghuizen is actief betrokken bij de ZOEVEN vaardigt personeelsleden uit het middenkader af naar de contactdagen. De ZOEV is een forum geworden van bevlogen praktijkmensen die bezig zijn met zorgvernieuwing, elkaar stimuleren en informeren. Tineke van Sprundel is blij met deze situatie. 'Het gevaar bij het maken van beleid is de te grote afstand tot de praktijk. De NVVz is de brancheorganisatie van de werkgevers in de verpleeghuizen. Het produkt is het leveren van goede zorg. Zorginhoudelijk gezien komt de zegen lang niet altijd van boven. Dat zou natuurlijk wel moeten. De verpleeghuisorganisatie moet erop gericht zijn goede zorg te realiseren en een goede werkgever te zijn, maar heeft ook een beheerskant. Als brancheorganisatie zitten we in dat spanningsveld. Je maakt je sterk voor de verpleeghuizen en probeert de politiek te beïnvloeden en tegelijkertijd bied je de verpleeghuizen ondersteuning bij hun zorgontwikkeling en bedrijfsvoering. De contacten met de ZOEV stimuleren mij om niet met mijn neus richting Den Haag te staan, maar richting verpleeg-

huizen. En met de ZOEV hebben wij een forum om beleidsontwikkelingen te toetsen aan praktijkmensen.'

WAKKER

De NVV z organiseert samen met de agendacommissie tweemaal per jaar een ZOEV-ontmoetingsdag waar steeds weer een ander projekt centraal staat. Vanaf het begin is het multidisciplinair geweest. Het nalopen van de agenda's van de afgelopen jaren leert dat steeds dezelfde onderwerpen terugkomen: attitude en bejegening, leefklimaat en autonomie. Is het niet treurig dat dat blijkbaar nodig blijft? Kiek Bierman vindt van niet.

'Ik zie de functie van de ZOEV-dagen als wakker schudden en wakker houden. En ook al lijkt het misschien niet zo, er is toch echt het nodige veranderd. In mijn opleidingstijd begin jaren zestig zei je rustig tegen een bewoner: u moet nu opstaan, het is tijd. Ik wil niet zeggen dat dat nu niet meer gezegd wordt, maar toen stoorde niemand zich daar aan. Nu is het toch meer: wat kan ik voor u doen? Een praktisch voorbeeld. Je wilt graag zelfbeschikkingsrecht voor de bewoners. Dat betekent dat iemand de gelegenheid moet krijgen om om drie uur 's nachts naar de Olympische Spelen te kijken. Maar dat betekent wel dat ik duidelijk moet maken dat als hij naar bed wil, ik hem misschien niet direkt kan helpen. Want ik moet dan bellen naar de zwerfwacht voor assistentie.

In het verleden had ik gezegd, nee, daar kunnen we niet aan beginnen, want ik ben 's nachts alleen en bovendien is het niet goed voor u. Nu ga je in onderhandeling. Dat is een essentieel verschil met twintig jaar geleden. De teneur was toen dat men zich moest houden aan de regels van de organisatie.'

Maar het is onmiskenbaar zo dat dezelfde onderwerpen in een iets andere gedaante steeds weer op de agenda staan. Er komen steeds nieuwe mensen van de opleiding af die het vak in de praktijk nog moeten leren. En voor degenen die langer werken is het toch moeilijk om niet in het oude gedrag te vervallen. Het is gemakkelijker en sneller om je eigen wil door te drukken bij de bewoner dan jezelf in een onderhandelingspositie te plaatsen. De ZOEV houdt je alert en ook helpt het je om deze bevlogenheid en dit bewustzijn vol te houden.'

DOORSNEE

Tineke van Sprundel beaamt dat de ZOEV op microniveau werkt. 'Instel-

lingen moeten beschikken over een functioneel kwaliteitssysteem. Dat is vaag en meer iets voor directeuren. Wat merkt de doorsnee werker aan het bed er van? Dus wat zeggen wij op de ZOEV-dagen? Kwaliteitssysteem, wat heeft dat met kwaliteit van zorg te maken? En dan kom je uit op zaken die niet door een systeem te vangen zijn, waarin je mensen niet kunt regelen, maar waarin je ze eigenlijk wel zou willen opvoeden. Een verpleeghuis is een expertisecentrum voor complexe zorg. Van de zorgverlener wordt verwacht dat hij zijn technisch professioneel handelen de juiste menselijke gedaante geeft. De verpleeghuisbewoner is niet een auto waar je aan sleutelt. De ZOEV-dagen stimuleren het bewustwordingsproces van wat er gebeurt als je met de patiënt aan de gang gaat.'

'Maar helaas zijn de regelmatig terugkerende verhalen over de toestanden in de verpleeghuizen soms al te waar,' verzucht Kiek Bierman. 'Maar dan denk ik, jongens, als samenleving hebben we er blijkbaar toch niet meer voor over!? We komen steeds krapper in de middelen en het personeel te zitten. Bovendien neemt de zorgzwaarte toe. Twintig jaar geleden kon je nog leuke kook- en bakactiviteiten doen met bewoners. Bedpatiënten waren toen een uitzondering. Nu niet meer. Mensen zijn langer thuis en verder in hun ziekteproces als ze opgenomen worden.'

Maar Kiek Bierman is ook een optimistisch mens. 'We moeten roeien met de riemen die we hebben. Met een enorme inzet proberen al die werkers in de zorg, dag in dag uit het leefklimaat te optimaliseren. En de ZOEV speelt daar een rol in. Op de ontmoetingsdagen doe je ideeën op. Ik ben optimistisch over al die mensen die ondanks geen tijd, geen ruimte en geen geld nieuwe wegen vinden om het verpleeghuisverblijf leefbaar te maken voor de bewoners in al hun eigenheid.

Kortom, een zorgsysteem waarin patiënten hun stem kunnen laten horen en de ruimte krijgen om hun leven op hun eigen wijze in te richten: dat is waar het volgens de ZOEV bij zorgvernieuwing om moet draaien.

Lea Jabaaij is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut in Utrecht.

EIGEN OF COLLECTIEVE VERANTWOORDELIJKHEID

Prof., dr. F.J.N. Nijhuis
Prof., dr. J.A.M. Maarse

Werk is minder vuil en ook om andere redenen minder zwaar dan vroeger. Dit betekent echter niet dat de arbeidssituatie geen schade meer zou opleveren.

In de afgelopen periode is op het terrein van de arbeidsomstandigheden en de arbeidsongeschiktheid de collectieve zorg afgenomen en de eigen verantwoordelijkheid toegenomen.

Het is de vraag wat dat betekent voor het streven om de werkomgeving veiliger en gezonder te maken.

De kwaliteit van de arbeid is in de afgelopen twintig jaar op veel punten verbeterd. Het werk is relatief minder zwaar, minder eentonig en minder gevaarlijk geworden en mensen hebben meer plezier in hun werk gekregen. Wel steeg het aantal werknemers met klachten over het (hoge) werktempo: van 39 procent in 1974 tot 56 procent in 1993.

LEAN & FLEXIBLE

Naast deze stijging in werktempo zijn twee andere zaken van belang: flexibilisering van het werk en afslanking van de organisatie.

Het arbeidscontract, de omvang en de tijdsindeling van het werk worden steeds vaker bepaald door de eisen van de productie. Recent onderzoek heeft aangetoond dat de huidige flexibilisering ten koste gaat van de veiligheid, gezondheid en het welzijn van de werknemers: naarmate zij minder goed in staat zijn om de flexibiliteit zelf te controleren, rapporteren zij meer gezondheids-, welzijns- en slaapklaarten (Martens e.a., 1995).

Het streven naar zo slank mogelijke organisaties, met zo min mogelijk werknemers, minimale voorraden en dergelijke (Tean' productie), waardoor bedrijven zich sneller aanpassen aan veranderde marktfragen, betekent voor werknemers opnieuw een verhoging van de werkdruk.

Een hoge werkdruk en een hoge mate van flexibiliteit leiden op den duur tot overbelasting en daarmee tot gezondheidsklachten, vermoeidheid en uitputting. Dit blijkt ondermeer uit de toena-

me van het aantal arbeidsongeschikten met de diagnose 'psychische klachten'. Die toename heeft te maken met de toegenomen duur van de arbeidsongeschiktheid.

Tussen 1970 en 1990 blijft het aantal verzuimmeldingen die als 'psychisch' genoteerd worden stabiel: vijf op de honderd. Maar wel stijgt de gemiddelde duur van deze verzuimgevallen, van 55 dagen naar 101 dagen (Schröer, 1993, 1995). Waarschijnlijk komt dit door veranderingen in de arbeidssituatie tijdens de afwezigheid, die het moeilijker maken om daarna de draad weer op te pakken.

DE WETTEN

Om het risico op ziekte en arbeidsongeschiktheid te verminderen, is het overheidsbeleid in Nederland erop gericht de collectieve verantwoordelijkheid te beperken en de eigen verantwoordelijkheid voor werkgever en werknemer te vergroten. Recente wetgeving getuigt daarvan.

Zo is elk bedrijf verplicht om zich aan te sluiten bij een arbo-dienst, die de werkgever moet bijstaan bij het voeren van een op preventie gericht arbeidsomstandighedenbeleid.

De verschuiving van de collectieve zorg naar individuele verantwoordelijkheid blijkt vooral uit:

- een afname van de collectief geregelde zekerheid en vergrote risico's voor de werkgever en de werknemer;
- een heroriëntatie op de arbo-wetgeving;
- de versterking van de positie van de verzekeringsmaatschappijen in de

zorg voor veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers (Nijhuis, 1995).

Na de parlementaire enquête over de sociale zekerheid is de wetgeving in snel tempo veranderd, waardoor de collectiviteit minder belangrijk werd en de eigen verantwoordelijkheid werd vergroot. Dat blijkt vooral uit de veranderingen in de Ziektewet..

Die vormde de grondslag voor het doorbetalen van loon gedurende de eerste 52 weken van de ziekte. De meeste bedrijven betaalden daarvoor een premie (op basis van collectieve afspraken) aan de bedrijfsvereniging, die uitkeerde. De omvang van deze premie werd niet beïnvloed door de hoogte van het verzuim in de organisatie of door de mate waarin het bedrijf aandacht besteedde aan preventieve activiteiten.

Bij de eerste herziening van de Ziektewet kreeg de werkgever een directe verantwoordelijkheid voor de kosten van het verzuim gedurende twee (voor kleine werkgevers) of zes weken.

Bovendien werden verzuimklassen ingevoerd, op basis waarvan de door het bedrijf te betalen premie werd berekend. Bedrijven met een zeer laag verzuim betaalden minder premie dan bedrijven met een zeer hoog verzuim, de zogenoemde premie-differentiatie. Dit moest de werkgever stimuleren om meer aandacht te besteden aan de begeleiding bij en de preventie van het verzuim. Tegelijkertijd werd het door de wetswijzigingen ook mogelijk de werknemer te korten op zijn uitkering.

VERZUIMGEDRAG

Deze maatregelen hebben in eerste instantie geleid tot een aanzienlijke aanscherping: in de meeste organisaties is op basis van deze wijzigingen een gestructureerd verzuimbeleid ontstaan. In de praktijk echter zijn voornamelijk de begeleiding en controle geïntensiveerd; voor preventie is minder aandacht..

Zo heeft het verschijnsel van eerste-dagscontrole weer zijn intrede gedaan,

moeten werknemers zich bij de directe chef ziek melden en moet overmatig of frequent verzuim een onderdeel vormen van functioneringsgesprekken. Hierdoor wordt het verzuimgedrag beïnvloed: de drempel om te verzuimen wordt hoger. Structurele oorzaken van verzuim worden echter niet opgespoord en gerichte interventies om verzuim te voorkomen blijven achterwege. Ook komt de geconstateerde snelle daling van het verzuim voor een deel voor rekening van minder betrouwbare statistieken, omdat bedrijven calculerender omgaan met ziekmeldingen.

Voordat deze herziene wetgeving kon worden geëvalueerd, werd de wet opnieuw gewijzigd - of beter gezegd: buiten werking gesteld. Werkgevers zijn nu alle eerste 52 weken, dus tot het moment dat iemand in de WAO komt, financieel verantwoordelijk voor het verzuim. Zij worden dus direct afgerekend op de kosten van ziekte, onveiligheid en onwelbevinden van de werknemers. Verwacht wordt dat werkgevers zich door deze directe aansprakelijkheid meer zullen inspannen om ook de reïntegratie van (langdurig) zieke werknemers te bevorderen. De kosten, die niet meer door de collectiviteit van de bedrijfsvereniging gedragen worden, kunnen zij herverzekeren. Daardoor zou - zo wordt aangenomen - een marktwerking ontstaan, die moet leiden tot daadwerkelijke preventieve activiteiten in organisaties.

EURO: ARBO

Ook bij de directe bescherming van de veiligheid, gezondheid en het welzijn van werknemers treedt de overheid terug. Op basis van Europese regelgeving worden alle bedrijven verplicht zich aan te sluiten bij en zich te laten ondersteunen door een arbo-dienst. In een adviesaanvraag aan de SER (Adviesaanvraag Heroriëntatie Arbobeleid en Arbowet, 1996) stelt het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid echter een vereenvoudiging van de Arbowet voor, waardoor de omvang van de bestaande regelgeving aanmerkelijk wordt beperkt.

Ook wordt de zorg voor arbeidsomstandigheden in die aanvraag niet langer gezien als een zaak van de centrale regelgever, maar van onderhandelingen tussen werkgever en werknemer. Het arbo-beleid, zoals dat tot nog toe vorm is gegeven, is volgens de adviesaanvraag te weinig effectief gebleken. Belangrijke oorzaken daarvoor zijn het afschuiven van verantwoordelijkheden

van werkgever en werknemer op het collectief en de gedetailleerdheid en onoverzichtelijkheid van de regelgeving. De overheid wil de werkgevers en werknemers meer vrijheid geven bij de invulling van het arbeidsomstandighedenbeleid - en zo meer verantwoordelijkheid.

Door deze beleidsuitgangspunten vindt bij de handhaving van de arbeidsomstandighedenwet een verschuiving plaats van het strafrecht naar het bestuurs- en civielrecht. 'Niet-ernstige' risico's, zoals bepalingen over beeldschermwerk, klimaatbeheersing en saritaire voorzieningen, lenen zich volgens de adviesaanvraag namelijk beter voor handhaving door middel van overleg tussen werkgevers en werknemers. Bij eventuele conflicten hierover kan een beroep gedaan worden op de rechter (civiel recht). Ook de overleg- en informatieverplichtingen van de werkgever in het kader van de Arbowet, zijn object van onderhandeling en afspraken geworden tussen werkgever en werknemer.

FEILE CONCURRENTIE

De overheid legitimeerde haar terugtreden, naast de handhaving van de normering bij zeer ernstige risico's, met de verplichting voor werkgevers om met steun van arbo-diensten voor goede arbeidsomstandigheden te zorgen.

Arbo-zorg is daarmee een markt geworden, waar de concurrentie fel is. Een aantal arbo-diensten ging reeds failliet, vele andere verbonden zich aan verzekeringsmaatschappijen.

Met de nieuwe taken die de verzekeraars kregen wegens de ziekwet en nog krijgen met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, hebben zij een grote invloed op het gehele veld van arbeid en gezondheid. Zij kunnen deze invloed zowel uitoefenen via de werkgevers (door premies telling en dergelijke) als via de arbo-dienst waarvan zij grootaandeelhouder zijn. Het verschuiven van de macht, van de sociale partners, bedrijfsverenigingen en overheid naar de verzekeringsmaatschappijen, brengt gevaren met zich mee, maar biedt ook mogelijkheden.

DREIGING

Zoals ook de Raad voor Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening aangeeft, in het rapport 'Sociale Zekerheid en Zorg' (1996), is de dreiging reëel dat zowel werkgevers als verzekeringsmaatschappijen risico-mijndend gedrag gaan vertonen. De werk-

gever kan hierdoor zijn bedrijfskosten beperken (minder uitval, minder verzekeringspremie), terwijl de verzekeraar door het uitsluiten van slechte risico's (chronische zieken, groepen met een verhoogd verzuim- of ongevalsrisico) zijn winsten kan vergroten. Deze vorm van risico-wering kan plaatshebben door middel van aanstellingskeuringen (een weg die door de wetgever nu afgesloten lijkt te worden) of door een pensioenkeuring. Veel effectiever lijkt de weg te zijn via flexibele arbeidscontracten, waarbij werknemers eerst een tijdelijk contract krijgen en pas later, op basis van hun functioneren en gezondheidsgedrag, al dan niet in vaste dienst worden genomen.

Daarnaast zullen de verzekeraars proberen onnodig medisch verzuim te verkorten, wachtlijsten te vermijden, behandelingen te intensiveren en dergelijke. Hierdoor wordt de toegang tot de gezondheidszorg afhankelijk gemaakt van het bedrijf waar de werknemer werkt en van de verzekeringsmaatschappij waarbij het bedrijf zich voor de kosten van het verzuim heeft verzekerd.

Het gemeenschappelijk belang van werkgever en verzekeraar (verkorten ziekteperiode en verzuim) leidt ertoe dat de verzekeraar daarmee ook invloed krijgt op de keuze van de werkgever voor de arbo-dienst. De liaison tussen verzekeraar en arbo-dienst maakt het mogelijk om verzekerd te zijn van snelle hulp buiten de gewone kanalen om. De verzekeringsmaatschappijen hebben daarmee, waarschijnlijk onbedoeld, een heel belangrijke positie gekregen in de huidige concurrentieslag tussen de arbo-diensten.

KANSEN

Zoals verzekeringsmaatschappijen preventief beleid voeren bij brand- en diefstalverzekering, kunnen zij ook een preventief beleid voeren bij de arbo-zorg. Door variaties aan te brengen in de te betalen premie kunnen zij bedrijven dwingen tot gezondheids-, veiligheids- en welzijnsbevorderende maatregelen. In vergelijkbare constructies in de Verenigde Staten blijken de verzekeringsmaatschappijen de motor te zijn om uitgevallen werknemers weer snel in het arbeidsproces te reintegreren. Werkgevers worden op deze wijze gedwongen, op straffe van een hogere premiestelling, een actief en creatief verzuimbeleid te voeren.

Maar in de eerste slag om de verzekering van de 'ziektewet-periode' lijken

de verzekeringsmaatschappijen nog zozeer in verwarring door hun nieuwe taken, dat daarin geen actief preventief beleid vervat ligt.

INDIVIDUALISERING

De zorg voor gezondheid, veiligheid en welzijn in relatie tot de arbeid is in belangrijke mate de verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer geworden. Deze ontwikkeling loopt parallel aan de individualisering van de zorg op andere terreinen, zoals de wijzigingen in de Algemene Nabestaanden Wet, de wijzigingen in de Bijstandswetgeving en de te verwachten wijzigingen in de Werkloosheidswet.

De wijzigingen moeten leiden tot meer individuele verantwoordelijkheid en besluitvorming over de inrichting van het eigen leven en de sociale zekerheid. Tegelijkertijd wordt de positie van de individuele werknemer door de veranderingen in de arbo-wetgeving zwakker.

Bij deze verandering is er geen aandacht voor de verschillen in macht tussen werkgevers en werknemers. Individualisering veronderstelt dat de individuen aan elkaar gelijk zijn. In de arbeidssituatie is daar geen sprake van. In de praktijk kan een werknemer onmogelijk de eigen werkgever in een civiele procedure aanklagen voor bijvoorbeeld bepalingen met betrekking tot beeldschermwerk. Evenmin kan de werknemer zelf de verantwoordelijkheid dragen voor de omstandigheden waaronder hij werkt. In deze situatie van een - per definitie - ongelijke machtsverhouding dient de overheid een regulerende rol te behouden.

2:

Met de verschuiving naar de private sector, lijkt het erop dat de collectieve sociale zekerheid in hoge mate zal worden uitgevoerd door een beperkt aantal grote verzekeraars, die eveneens een belangrijk deel van de arbo-diensten in hun 'bezit' hebben. Voor de werknemer in vaste dienst, en met een langdurig arbeidscontract, zal - althans na een overgangperiode van enkele jaren - weinig veranderen: de ene collectiviteit wordt vervangen door een andere. Werknemers met een meer flexibel arbeidscontract zullen door deze wijzigingen niet alleen minder zeker zijn van werk, maar ook van sociale zekerheid. Daardoor zal een tweedeling ontstaan tussen de een werknemers elite van mensen met vaste contracten, die vrij zeker kunnen zijn van werk, en een flexibele arbeidspopulatie van mensen

met tijdelijke contracten of uitzendcontracten (Lendfers en Nijhuis, 1989). Ook werknemers met een ziekteverleden of met een chronische aandoening zullen geconfronteerd worden met tijdelijke contracten. Mocht in deze periode een verhoogd ziekterisico blijken, dan zullen zij waarschijnlijk blijvend aangewezen zijn op flexibele arbeidscontracten met weinig sociale zekerheid, relatief slechte arbeidsomstandigheden en weinig mogelijkheden tot groei en ontplooiing.

Het maatschappelijk experiment om in zo'n vijf jaar tijds een belangrijk deel van de collectieve sociale zekerheid om te bouwen naar een privaat georganiseerde sociale zekerheid gaat met een groot aantal risico's gepaard. We mogen hopen - in tegenstelling tot de ervaringen tot nu toe - dat de verzekeringsmaatschappijen uit welbegrepen eigenbelang alles zullen doen om de kwaliteit van de arbeid te beïnvloeden. Zodat zij niet de weg zullen kiezen risico te vermijden door minder valide, chronisch zieke en oudere werknemers uit het arbeidsproces uit te stoten.

Prof dr. N.I.N., Fijhuis is buitengewoon hoogleraar Psychologie van Arbeid en Gezondheid, faculteit Gezondheidswetenschappen, universiteit Maastricht.

Prof dr. J.A.M. Maarse is hoogleraar Beleidswetenschap, faculteit Gezondheidswetenschappen, universiteit Maastricht.

Literatuur

- Heroriëntatie Arbobeleid en Arbowet. Adviesaanvraag aan SER Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1996.
- Lendfers, M.L. en F. Nijhuis. Flexibilisering van de arbeid en gezondheidseffecten. Den Haag, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 1989.
- Martens, M.F.J., M.P.J. van Boxtel, F.J.N. Nijhuis en J.A. Knottnerus. Flexibele arbeidsomstandigheden en gezondheidsklachten. Gedrag en Organisatie, 1995, 8, 1,50-60.
- Nijhuis, F.J.N. De paradoxale gezondheidseffecten van arbeid. Rijksuniversiteit Limburg, Oratie uitgesproken d.d. 28 april 1995.
- Schröer, c.A.P. Ziekteverzuim wegens overspanning. Rijksuniversiteit Limburg, dissertatie, 1993.
- Schröer, c.A.P. Bezwijken wij aan stress? ESB, 1995,261-262.

DE AANVULLENDE ZIEKENFONDSVERZEKERING VAN DE FNV

Interview met J. Stekelenburg

Matthé Ribbens

Afgelopen september, in de auto met de radio aan, hoor ik op Radio 1 dat de FNV het plan heeft gelanceerd om een aanvullende ziekenfondsverzekering voor haar leden in te stellen. Dit in antwoord op besluiten van het kabinet waardoor is gesneden in het ziekenfondspakket. Met name de bezuiniging op tandheelkunde is de vakcentrale een doorn in het oog. Weinig kranten pikken het bericht op. Vreemd, want het zou wel eens verstrekkende gevolgen in zich kunnen bergen. Net als indertijd het landelijk werken van ziekenfondsen onverwachte – en ongewenste – gevolgen met zich bracht, zou dit initiatief van de FNV evenzeer verstrekkende gevolgen kunnen hebben voor de verhoudingen in de gezondheidszorg. Immers: voor de uitvoering van de verzekering heeft de FNV zich niet gericht tot een landelijk opererende particuliere (schade-)verzekeraar, maar heeft zij een twaalftal regionaal optredende voormalig ziekenfondsen ingeschakeld. Wat betekent dat? Komt zo de wens tot uiting terug te keren naar een situatie waarin de Ziekenfondswetgelden weer mede onder het beheer van de werknemers – al dan niet deel uitmakend van het ziekenfondsbestuur – vallen? Of wil de vakcentrale tegenwicht bieden aan de toenemende bemoeienis van werkgevers in de zorg? En: valt de rol van werknemer wel helemaal samen met die van patiënt? Ligt het wel zo voor de hand dat de FNV zich op de markt van verzekeringen begeeft?

Al met al voldoende redenen om de FNV een aantal vragen voor te leggen over dit initiatief en de ideeën die hieraan ten grondslag liggen. Aan het woord is Jan Stekelenburg.

Kunt u kort aangeven wat het aanbod van de FNV op het terrein van aanvullende ziektekosten inhoudt?

We hebben moeten vaststellen dat, zeer tegen onze zin, het ziekenfondspakket in de afgelopen periode flink is ingekrompen (denk aan tandheelkunde, fysiotherapie). De ziekenfondsverzekerde moet zich daar nu aanvullend voor bijverzekeren. Er is een wirwar aan verschillende soorten aanvullende verzekeringen ontstaan, waarbij het soms al een hele klus is precies - vast te stellen, waarvoor je nu precies verzekerd bent.. Via FNV-lidenverzekeringen bieden we nu aan FNV-leden de mogelijkheid een aanvullende ziekenfondsverzekering af te sluiten. Het pakket van die verzekering is ruim en breed opgezet.. Er zijn geen toetredingsvoorwaarden (behalve het FNV-lidmaatschap) en zo weinig mogelijk eigen bijdragen. Het pakket is tot stand gekomen na uitvoerig marktonderzoek onder de FNV-leden. Die zoeken, naar is gebleken, volledige zekerheid en zijn ook bereid de daarbij behorende premie te betalen. Het feit dat de FNV haar naam aan een verzekering verbindt biedt de leden blijkbaar het vertrouwen dat het dan

met die verzekering 'wel goed' zit. Overigens is er voor de particulier verzekerde FNV-leden ook een particuliere polis.

Moet dit aanbod voor de FNV-leden gezien worden als een 'lokkertje' voor FNV-leden en aspirant-leden, of worden ook andere doelen nagestreefd?

Zeker mag deze verzekering als een nieuwe vorm van individuele dienstverlening aan de leden gezien worden. Liever was ons geweest als het ziekenfondspakket in stand was gebleven en deze verzekering überhaupt niet nodig was geweest..

Overigens proberen we om met deze verzekering ook enigszins te sturen in de gezondheidszorg.

Het was verreweg het eenvoudigst geweest om één zorgverzekeraar de opdracht te geven een aanvullende ziekenfondsverzekering te ontwikkelen. Daar hebben we expliciet niet voor gekozen. We zijn in zee gegaan met twaalf regionaal georiënteerde zorgverzekeraars (ziekenfondsen), die de verzekering nu voor ons gaan uitvoeren. Daarmee bevorderen we de regionale opzet van de

gezondheidszorg en zetten we een rem op de concurrentie tussen verzekeraars 'om de verzekerden'. Omdat bij het afsluiten van de aanvullende ziekenfondsverzekering ook, zonodig, overstap voor de ziekenfondsverzekering naar het betrokken regionale fonds nodig is, versterken we de regionale zorgverzekeraars die nu door toedoen van de landelijk werkende zorgverzekeraars alleen maar verzekerden verliezen.

Waarom begeeft de FNV zich op het terrein van zorgverzekeringen? Loopt de FNV dan niet het risico een ander belang dan dat van de leden, dat wil zeggen het belang van de verzekeraars te gaan dienen?

Sinds het ontstaan van de vakbeweging hebben we ons bezig gehouden met het terrein van de ziektekosten. Talloze ziekenfondsen zijn in het verleden door de vakbeweging opgericht.. Op een gegeven moment waren er zoveel fondsen met allemaal eigen regelingen dat het van overheidswege beter gevonden werd één wettelijke ziekenfondswet te organiseren. Doordat nu diezelfde wettelijke regeling van overheidswege afgebroken wordt, ziet de vakbeweging

zich opnieuw genoodzaakt zélf activiteiten te gaan organiseren.

U kunt beter de politici vragen waarom de geschiedenis zich blijkbaar moet herhalen.

Ik heb zojuist aangegeven hoe de belangen van de twaalf betrokken zorgverzekeraars ook gediend worden. Het zijn overigens die zorgverzekeraars die met hun standpunt ten aanzien van (de toekomst) van de ziekenfondsverzekering dichtbij het standpunt dat de FNV staan.

In de plannen wordt aangegeven dat de patiëntenverenigingen een steun in de rug krijgen, doordat het lidmaatschapsgeld voor een patiëntenvereniging voor de periode van een jaar wordt vergoed. Acht u dat een reële bijdrage aan het versterken van de patiëntlbürger als mede beslisser in de gezondheidszorg?

We moeten het niet overdrijven. Via de FNV-verzekering wordt een drempeltje weggenomen om óók lid te worden van een patiëntenvereniging. Dat doen we omdat we het belangrijk vinden dat mensen zich ook in de patiëntenbeweging organiseren. Er worden vanuit de verzekering ook vergoedingen gegeven voor cursussen en therapieën die door de patiëntenverenigingen georganiseerd worden. U mag dat zien als een kwalitatieve waardering van bijvoorbeeld lotgenotencontact of alternatieve vor-

men van zorg door patiënten zélf georganiseerd. Met de NPCF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie) zal verder overlegd worden welke cursussen wel en niet voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Er is immers ook een kostenaspect..

Maar deze inzet geeft aan dat we de patiënt en de patiëntenbeweging wel serieuzer nemen als menig ander..

In het blad van de Ziekenfondsraad, Raadzaam, doet uw bestuurde Muller de uitspraak dat de FNV met dit initiatief de solidariteit tussen ziekenfondsverzekerden wordt versterkt. Ligt het tegengestelde niet meer voor de hand, aangezien de aanvullende verzekering zich richt op -voornamelijk werkende- FNV-leden?

Bijna één-derde van de FNV-leden is uitkeringsgerechtigd of gepensioneerd. Partners en kinderen van de leden kunnen verzekerd worden. Iedereen kan trouwens lid worden van één van de FNV-bonden,

We proberen in de aanvullende verzekering de solidariteit op bescheiden schaal te herstellen. De oudere betaalt, mee voor vergoedingen voor kraamzorg van de jongeren, terwijl de jongere meebetaalt aan het (volledig vergoede!) gebit van de ouderen.

We zouden de solidariteit tussen ziekenfondsverzekerden pas verstoren als we op grote schaal aanvullende regel-

gen in de cao's, in het bedrijfsleven, zouden gaan bedingen. Onderschat wordt wel eens hoeveel (premie)voordelen voor de werknemers we daar zouden kunnen bedingen. Nu de kosten van het ziekteverzuim door de werkgevers betaald moeten worden is er bij hen steeds meer genegenheid om in de sfeer van extra gezondheidszorgvoorzieningen, die zich richten op verbetering of in stand houden van een goede gezondheid van de werknemers, allerlei extra's voor de werknemers mede te financieren. Daar kiezen we vooralsnog niet voor; we maken een collectiviteit, waar in principe iedereen in mee kan doen.

Wat denkt u dat er zal veranderen in de verhouding van de FNV met andere belanghebbenden in de zorgsector, door dit plan?

Ik kan me daar niet veel bij voorstellen. Ik geloof niet dat de hulpverleners erg tegen dit initiatief zullen zijn. Ik vermoed dat de overheid, minister Borst, bepaald niet ongelukkig zal zijn dat de regionale benadering weer wat meer nadruk krijgt.. Vanuit mijn waarneming krijg ik de indruk dat men ook bij de overheid langzaamaan tot de conclusie komt dat landelijk concurrentie tussen ziekenfondsen geen bijdrage aan kostenbeheersing levert.

Matthé Ribbens is lid van de redactie van TGP.

Verzorgingsstaat of verzekeringsstaat

Alhoewel het paarse regeerakkoord een paar hoofdlijnen aangaf van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, is het absoluut onzeker hoe dat systeem er uit komt te zien. De deregulering en het vertrouwen in de marktwerking zijn op hun retour, en er is weer discussie over het stelsel. Moet het ziekenfonds blijven bestaan? Moeten particuliere en fondsverzekeringen naar elkaar toegroeien? Wie betaalt de onverzekerbare kosten? Hoe kan de overheid de kosten beheersen en hoe hoog mogen die kosten eigenlijk in een modern en rijk land zijn?

Dergelijke vragen komen weer aan de orde. Zo heeft de Stichting Toekomstscenario's vier extreme modellen voor de sociale zekerheid op laten stellen, vanuit twee keuzes: markt ('privaat') of overheid ('publiek'), en individueel of collectief. Het eerste model, 'Gelijk Verdeeld', gaat uit van een verplichte basisverzekering tegen ziektekosten voor iedereen, en inkomensafhankelijke premies. Dat is de combinatie van publiek en collectief.

Het tweede, 'Samen Sterk', gaat uit van private, vrijwillige, regelingen tussen collectiviteiten van werknemers, niet-werkenden, werkgevers of consumenten met verzekeraars, soms in samenwerking met aanbieders. De afspraken gaan over het verzekeringspakket, de kring van verzekerden en de premiestelling. Er is door de overheid alléén een wettelijk verplichte verzekering tegen de kosten van langdurige intramurale zorg georganiseerd.

Het derde model heet 'Zelf-Verzekerd'. In dit model is er geen verplichting tot het afsluiten van een verzekering en is er alleen een particuliere verzekering. De Zorgverzekeraars hebben bovendien geen acceptatieplicht. Dit is de combinatie van keuzes voor de uitgangspunten 'privaat' en 'individueel'.

In het vierde model, 'Verzekerde Toegang', is er wel een acceptatieplicht. Voor de hele bevolking is er ook een verplichting om zich bij een zelf te kiezen particuliere verzekeringsmaatschappij tegen ziektekosten te verzekeren, waarbij de premie op de individuele risico's wordt gebaseerd, maar grote premieverschillen door de overheid ingetoomd worden. Slechts sommige zorgvoorzieningen worden echter rechtstreeks uit overheidsmiddelen gefinancierd. In dit model wordt de overheidsverantwoordelijkheid gecombineerd met individuele regelingen.

In het hier volgende artikel vergelijkt Martien Bouwmans het eerste model met de drie andere. Hij laat daarbij geen misverstand bestaan over zijn voorkeur.

'Zicht op Zekerheid' is een door Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg in opdracht van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde analyse van verschillende scenario's voor de toekomst van onder meer het zorgverzekeringsstelsel. Voor bestellingen of inlichtingen wordt de STG graag gebeld: 079-3687312.

ZORGSTELSEL MET AMERIKAANSE KENMERKEN SLUIPT NADERBIJ

Martien Bouwmans

Het voorspellen van belangrijke veranderingen in de gezondheidszorg voor de komende jaren is niet eenvoudig. De paarse coalitie lijkt niet bij machte grote veranderingen te bewerkstelligen, laat staan volgens een vastgesteld scenario te werk te gaan. Het regeer-akkoord is een ingewikkeld compromis, dat bovendien op essentiële onderdelen niet uitgevoerd wordt. Toch staan de ontwikkelingen niet stil: de gezondheidszorg-verzekering wordt, stukje bij beetje, sluipenderwijs geprivatiseerd. Opheffen van het ziekenfonds of 'opting-out' worden openlijk als een reëel alternatief bediscussieerd. Stapje voor stapje komt daarmee, zonder dat iemand het openlijk wil, een gezondheidszorg dichterbij die kenmerken heeft van de Amerikaanse. Er is daarbij geen vastomlijnd scenario, het lijkt eerder alsof een onzichtbare hand ons stuurt.

'De tijd voor grote plannen is voorbij', werd het adagium, hoewel de redenen die decennia aanleiding gaven tot grootsse plannen met betrekking tot de verzekering in het geheel niet weggenomen waren. De 'stap voor stap' benadering werd geïntroduceerd, maar inmiddels is er op dat laatste punt ook sprake van een zekere kentering: het ontbrekende zicht waar dan stap voor stap naar toe gewerkt wordt doet steeds meer politieke partijen aan de minister om een (lange termijn) visie vragen. Om een plan, dus ...

VERLAMDE POLITIEK

De paarse coalitie is op gezondheidszorggebied sterk verdeeld. Dat kon ook niet anders na de tumultueuze Simonsperiode, waarin de PVDA als felste voorstander van een basisverzekering en de VVD als felste tegenstander elkaar hevige bestreden.

De gewapende vrede werd gesloten in het regeerakkoord, dat in hoofdzaak een

pas op de plaats betekende: terugdraaien van een aantal maatregelen van Simons, handhaven van de onderverdeling in verzekeringssegmenten (compartimenten), herstel van de oude AWBZ, handhaven van een particulier en ziekenfondscircuit met vage formuleringen hoe dat (maar vooral niet in deze kabinetsperiode) ooit nog eens met elkaar zou kunnen versmelten.

SLECHTE RISICO'S

In afwachting van of vooruitlopend op definitieve stelselwijzigingen zijn er sinds 1986 regelmatig ingrepen gepleegd in de tot dan toe als werknemersverzekering opgezette ziekenfondsverzekering. Het 'vrijwillige' ziekenfonds werd opgeheven. Grote groepen uitkeringsgerechtigden en ouderen werden onder het verplichte ziekenfonds ge-

bracht.. De gevolgen van deze tijdelijke 'kleine' stelselwijziging (onnissenbaar in afwachting van een definitieve 'grote') waren voor de ziekenfondsverzekering niet gering. Het betrekken van steeds meer groepen 'slechte risico's' in de ziekenfondsverzekering, groepen die bovendien voor de premie-opbrengst door de laagte van hun inkomen niet veel konden betekenen, ondermijnden systematisch het draagvlak van de verzekering. Het aandeel in de totale populatie van de ziekenfondsverzekerden liep terug naar 60 procent van de bevolking, daar waar dat tot dan toe steeds rond de 70 procent geweest was.

De wet van Otterloo hevelde nog eens 200.000 (dure) ouderen over naar het ziekenfonds.

Al deze maatregelen leidden tot een verzwakkend draagvlak. Om de ziekenfondsverzekering betaalbaar te houden nam via Rijksbijdragen het aandeel belastinggeld in de financiering toe. Om koopkracht-motieven werd de premie ook nog feitelijk te laag vastgesteld waardoor kastekorten ontstonden. Zou de ziekenfondsverzekering alléén uit premiegelden gefinancierd moeten worden, -dus zonder overheidsbijdragen- en een premie op het juiste niveau-, dan zou de premie ZFW volgend jaar met ca. 3,5 procent omhoog moeten.

Is het een boude veronderstelling dat dit alleen al niet zal gebeuren omdat dan te duidelijk wordt dat gelet op de inkomenshoogte van betrokkenen de lasten voor de gezondheidszorg tussen particulier en ziekenfondsverzekerden wel erg ongelijk verdeeld zijn?

In het licht van het bovenstaande moeten de huidige kabinetsvoorstellen beoordeeld worden, scenario's ontwikkeld en voorspellingen gedaan.

Gelet op de politieke constellatie kan vastgesteld worden dat het kabinet niet volgens een 'scenario' werkt dat geënt is op heldere vertrekpunten, of dat nu verzekeringsprincipes zijn, sociale of gezondheidszorg-politieke motieven. Het scenario van het paarse kabinet kan eerder 'het pappen en nathouden-scenario' genoemd worden. Zo moet opname van een groep verzekerden in het ziekenfonds 'om de marktverhoudingen niet te verstoren' onmiddellijk gecompenseerd worden met een groep uit het ziekenfonds (studenten). Dat soort scenario's werkt doorgaans slechts zeer tijdelijk; op een gegeven moment komt het behang toch van de muur..

IDEOLOGISCH

Dat laat onverlet dat de richting waarin

het stelsel zich ontwikkelt wel degelijk te duiden valt. Twee zaken spelen voor die richting een hoofdrol.. Allereerst het voornamelijk ideologisch bepaalde maar desalniettemin breed gedragen uitgangspunt dat de collectieve lasten niet mogen groeien. Dat zet scenario's die juist de oplossing zoeken in een breder collectief draagvlak al op voorhand op achterstand.

Ten tweede speelt de veranderde positie van zorgverzekeraars een grote rol. De zorgverzekeraar is onder invloed van marktwerking meer risico-dragend geworden, heeft door fusies en samenwerkingsverbanden een substantieel privaat te verzekeren verzekeringsgebied naast de uitvoering van de wettelijke verzekeringen en heeft door ontwikkelingen in de sociale zekerheid een miljardenmarkt in het bedrijfsleven mogen verkennen. De druk om de ziekenfondsverzekering te privatiseren of uit te voeren als ware het een particuliere verzekering neemt daardoor toe.

BEPERKT

Eén van de mogelijkheden die in de politieke partijen serieus in bespreking is, is die van de beperkte volksverzekering. Een dergelijke (ziekenfonds)verzekering omvat slechts een gering deel van de bevolking. De definitie van de groep die het betreft is doorgaans vaag, 'degenen die zich geen particuliere polis kunnen permitteren', of 'uitsluitend degenen die de bescherming van de overheid nodig hebben'. Ook in de in 'Zicht op Zekerheid' ontwikkelde scenario's voor de toekomst van het verzekeringsstelsel komt de notie terug dat het organiseren van een voorziening voor degenen die buiten de boot vallen aan de overheid toebedeeld is. Inzicht in wie en hoeveel mensen straks onder door de overheid georganiseerde of gegarandeerde regelingen vallen wordt in drie van de vier scenario's niet helder gemaakt.. Dat is natuurlijk ook moeilijk op voorhand in te schatten. De indruk wordt echter gewekt dat het slechts om beperkte groepen gaat..

Dat nu is maar de vraag. Van belang hierbij is het gegeven (het gelijk-verdeeld-scenario uitgezonderd) dat in alle scenario's als uitgangspunt genomen wordt dat degenen die niet onder het overheids-vangnet vallen zich **particulier** tegen ziektekosten zullen moeten verzekeren. De ziektekostenverzekering is derhalve een particuliere verzekering. Dat zal automatisch leiden tot strategisch gedrag van verzekeringsmaatschappijen om eenieder waarop in verzekeringstermen niets te verdienen valt

onder het vangnet te brengen. Op bescheidener schaal hebben we dergelijk gedrag ook bij de nederlandse particuliere verzekeraars gezien, die sinds het bestaan van de (collectief georganiseerde) standaard-pakket-polis alle ouderen en iedereen met een vlekje onder deze polis brachten. Daarmee werd immers het financieel risico op het collectief afgewenteld. Dat, onder concurrentieverhoudingen overigens niet onbegrijpelijke, gedrag geeft een opwaartse druk op de collectieve vangnet-regelingen.

IN HET VANGNET

Degenen die in het vangnet terecht komen zijn, zo kan als vaststaand aangenomen worden-, mensen met hoge tot zeer hoge ziektekosten. De financiële omvang van het collectieve vangnet kan dan ook wel eens groter worden dan men zich aanvankelijk voorstelde. In de Verenigde Staten kent men twee 'vangnet-regelingen', *Medicaid* en *Medicare*, ten behoeve van de allerarmsten en de ouderen. In Nederland beschouwen wij dergelijke regelingen doorgaans als absolute *peanuts*, onvoldoende en te marginaal, zeker gelet op het feit dat er alsnog circa 40 miljoen mensen onverzekerd zijn. Dat laat onverlet dat in beide regelingen in de VS jaarlijks bijna 300 miljard dollar verspijkerd wordt (voor *Medicaid* werd in 1994 122,9 miljard dollar uitgegeven, voor *Medicare* 166 miljard).

Juist omdat degenen die onder de verzekeringen vallen zelf doorgaans weinig premie kunnen inbrengen moeten dergelijke regelingen voornamelijk met behulp van belastingmiddelen gevoed worden. Dat is geen per definitie stabiele financieringsbron. Het vraagt immers een nog hogere mate van solidariteit, dan doorgaans in een (inkomensafhankelijk gefinancierde) verzekering het geval is. De belasting-bijdrage wordt gevraagd van mensen die zelf nooit van de regeling gebruik zullen maken. De bereidheid daartoe is veel geringer dan wanneer een (hoge) bijdrage voor een verzekering gevraagd wordt waaraan men tenminste zelf ook aanspraak aan kan ontnemen.

Het is mede om die reden dat ook in de VS de hoge kosten van de sociale gezondheidszorgregelingen permanent onder (Republikeins) vuur liggen.

AFWENTELLEN

Door te kiezen voor een systeem waarbij naast de collectieve, sociale verzekering een particulier circuit bestaat is er altijd het risico van afwenteling vanuit het particulier circuit op de collectiviteit of

de gemeenschap. Door ook nog de gezondheidszorgkosten zelf op te splitsen over verschillende verzekeringen bestaat het risico van afwenteling van kosten van de ene naar de andere verzekering. Het opsplitsen in drie compartimenten (AWBZ, ziekenfonds- dan wel particuliere polis, aanvullende verzekering), waarbij de uitvoering van de drie verzekeringen verschillende kenmerken heeft (variërend van volledig vrije markt tot van overheidswege gecontroleerd en beheerst), nodigt de zorgverzekeraar als het ware uit om te proberen kosten die normaal gesproken ten laste van het bedrijfsresultaat komen naar de collectieve sociale verzekeringen door te schuiven. Het is de vraag of het toezicht (dat zich niet tot de boeken van de particuliere zorgverzekeringen uitstrekt) hierop adequaat ingericht en afgestemd kan worden.

Scenario's, zoals ook beschreven in 'Zicht op Zekerheid' hebben de neiging een bepaalde, statische, lijn te schetsen. Er wordt in het scenario niet op voorhand betrokken wat de reacties van partijen in het veld op de beschreven scenario's zal zijn. Vanuit de positie van de vakbeweging bezien is er weinig aanleiding veel onderscheid te maken tussen het 'samen-sterk', 'zelf-verzekerd' of 'verzekerde-toegang' scenario. In alle drie deze scenario's zal de vakbeweging zich genoodzaakt zien in het arbeidsvoorwaarden-overleg de regeling op het gebied van ziektekosten te betrekken. In alle drie deze scenario's is er immers sprake van het ontbreken van wettelijke sociale verzekeringen maar gaat het om een particuliere ziektekostenverzekering die collectief afgesloten voor grote groepen veel beter en goedkoper te regelen valt dan individueel..

Het is overigens de vraag waarom in drie van de vier scenario's zo zwaar en kritiekloos geleund wordt op particuliere verzekeringsmaatschappijen als uitvoerders, daar waar er geen voorbeeld ter wereld te vinden is waar dat tot minder kosten, een effectievere uitvoering of gelijke toegang geleid heeft. Zeker, de collectieve lasten dalen wanneer onderdelen van de gezondheidszorg geprivatiseerd worden. Maar wat schieten we daar mee op wanneer de totale maatschappelijke kosten na privatisering telkens hoger blijken te zijn?

GEZOND BESTAND

In het bedrijfsleven bevindt zich het relatief gezonde bestand werknemers dat bovendien via de bonden machtsmiddelen in handen heeft om regelingen (al of

niet met behulp van de werkgever bekostigd) af te dwingen. De toenemende druk vanuit werkgemerszijde om de kosten van het ziekteverzuim te drukken - onder meer door goede gezondheidszorgregelingen - leidt tot de verwachting dat het de vakbeweging niet eens veel moeite zal kosten collectief voor werknemersbestanden goede, goedkope ziektekostenverzekeringen te bedingen. Onverhoopte doorvoering van één van deze drie scenario's brengt ons met andere woorden in alle gevallen dicht bij een Amerikaans georiënteerde gezondheidszorg, waarbij het overheids-'vangnet' of de basale regeling voor de allerarmsten aangevuld wordt met van bedrijf tot bedrijf sterk uiteenlopende ziektekostenregelingen. De evidente nadelen daarvan zijn elders reeds uitvoerig beschreven (zie o.m. M. Bouwmans, De ziektekostenverzekering en de wig, in: *Economisch Statistische Berichten*, no. 4049, 13-3-1996). Het gemeenschappelijk kenmerk van genoemde drie scenario's is dat ze in eerste instantie voor diegenen die de gezondheidszorg-verzekering het hardst nodig hebben weinig 'zicht op zekerheid' bieden. Die zekerheid zal, in een omgeving waar harde marktprincipes dominant zijn, afgedwongen moeten worden. Dat gaat alleen als er ook machtsmiddelen zijn waarmee dat afgedwongen kan worden.

GELIJK VERDEELD

Terug naar de actuele Nederlandse situatie. Hoe zou het huidige systeem dan ingericht moeten worden? Het scenario dat de FNV voorstaat vertrekt vanuit het 'gelijk-verdeeld' -scenario, maar vult dat aan met elementen van de andere drie, zodat het wordt ontdaan van zijn nadelen en gemoderniseerd. Dat betekent dat er een voor iedereen verplichte basis-ziektekostenregeling dient te zijn, door de overheid gecontroleerd. Het basispakket bevat alle essentiële onderdelen van de gezondheidszorg, maar is ontdaan van niet-werkzame en niet-effectieve zorg. Het is daarbij alleen maar handig en efficiënt om de *care* en *cure* in één verzekering en financieringscircuit onder te brengen.

De toegankelijkheid voor de gehele bevolking op een elementair basispakket dient het uitgangspunt van de gezondheidszorg-politiek te zijn. Dat laat onverlet dat er in het bedrijfsleven en in de aanvullende, private sfeer dan nog voldoende ruimte is om aanvullende arrangementen te regelen.

De basis-ziektekostenregeling dient als een sociale verzekering gedefinieerd te worden. De gezondheidszorg wordt re-

gionaal georganiseerd, uitgevoerd door aangewezen regionale zorgverzekeraars; waarbij regio's elkaar overlappen. De ziekenfondsverzekerde kan zodoende altijd uit enkele zorgverzekeraars kiezen. Ook in de uitvoering van de verzekering is (gereguleerde) marktwerking geïntroduceerd, met name in de relatie tussen zorgverzekeraar en hulpverleners. De overheid creëert in het basispakket voldoende ruimte en mogelijkheden voor alternatieve vormen van zorg (substitutie). De zorgverzekeraars zijn gebudgetteerd en lopen risico; er is een in omvang beperkte nominale premie.

Het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering wordt opgeheven. Convergentie gaat ook op het gebied van de premie's plaatsvinden. Als eerste stap naar meer uniforme premieheffing worden de huidige (wettelijke, en voor particulier verzekerden verplichte) omslagbijdragen MOOZ en WTZ via de belastingen (dus inkomensafhankelijk) geheven. Verdeling van de daarmee geïnde gelden gebeurt (voor zover niet aan de ziekenfondskas overgemaakt: MOOZ) op dezelfde wijze als nu het ziekenfonds zijn budget krijgt toebedeeld. Na verdere gelijktrekking van de wijze van premieheffing tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden kan het inkomensafhankelijk deel van de premie volledig gefiscaliseerd worden.

Het voorgestelde scenario is niet revolutionair; de meeste ingrediënten ervan zijn allemaal eerder eens bedacht. Het is wel een in veel opzichten evenwichtig scenario. Evenwicht tussen een adequate sociale zekerheidsregeling als basis voor iedereen, op moderne wijze uitgevoerd (gereguleerde marktwerking) en met toch voldoende mogelijkheden voor 'zorg op maat' binnen de sociale regeling, maar ook (keuzewijheid) voor op maat gesneden aanvullende regelingen; een zeker evenwicht ook tussen financiering naar draagkracht en in vaste guldens.

Het is dit evenwicht dat in alle vier scenario's van 'Zicht op Zekerheid' ontbreekt. Door de keuze voor óf volledig overheidsgestuurde uitvoering ('gelijk verdeeld') óf nagenoeg volledige particuliere uitvoering (de overige drie scenario's) zit als het ware het gebrek aan maatschappelijk draagvlak op voorhand ingebakken.

Martien Bouwmans is beleidsmedewerker gezondheidszorg van de FNV en lid van de redactieraad van RGP. Dit artikel verscheen eerder in Health Management Forum 1996 nr. 3.

LOCAAL GEZONDHEIDSBELEID

Geconfronteerd met het rapport van de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid over de zeer matige invulling van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) uit 1990 door gemeenten, ondernam minister Borst actie. Ze riep een nationale commissie 'Versterking Collectieve Preventie' in het leven – door insiders wel de 'Commissie Lemstra' genoemd, naar de voorzitter, burgemeester Lemstra van Hengelo. Deze commissie moest adviseren over de plaats en de rol van gemeenten en GGD in de openbare gezondheidszorg. Onlangs heeft de commissie haar advies aan de minister aangeboden.

Daarmee is het laatste woord nog niet gezegd.

De redactie van TGP scheidt daarom ruimte voor de discussie over de lokale openbare gezondheidszorg. Met name willen we aandacht geven aan wat de eventueel gemaakte keuzes zullen betekenen voor de gezondheid van de minst bevoorrecht in een gemeente.

In dit nummer geeft eerst de Groningse GGD'er Bert Meijberg een analyse van de ontstane situatie. Hij betoogt dat vooral vluchtgedrag de relatie tussen gemeente en GGD onvruchtbaar houdt. Plaatselijke politici en bij GGD-en werkzame professionals lopen weg voor een taak die ze met hun achtergrond en ervaringen als te bedreigend ervaren. Zij lijken het er over eens te zijn dat ze elkaar buiten de deur moeten houden. Maar gezien de huidige plaatselijke problematiek is scheiden geen acceptabele remedie. Beide partners zullen het er over eens moeten worden dat de huidige relatie inhoud ontbeert en dat het de burger is die daarvoor de rekening betaalt: met name de burger die ook op andere domeinen dan dat van de gezondheid de meeste problemen ondervindt. Dat gezamenlijk voorkomen: dat is letterlijk collectieve preventie.

De daaropvolgende interviews zeggen in welke richting oplossingen kunnen gaan. Zoals: het opstellen van een lokaal gezondheidsbeleidsplan, innovatietaken bij het Rijk neerleggen, zwaartepunten in beleid benoemen (zoals 'terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen') en verandering van de opleidingen

De allesbehalve heftige relatie tussen gemeente en GGD

ALS PARTNERS AFSPREKEN ELKAAR MET RUST TE LATEN

Bert Meijberg

De Hoofdinspectie heeft het onderzocht, de minister heeft er een adviescommissie voor in het leven geroepen en in het land wordt er de ene na de andere studiedag aan gewijd: er schort wat aan de relatie tussen het gemeentebestuur en de GGD. Een probleem van twee partijen die elkaar misverstaan, een heus communicatieprobleem? Nee, er is wat anders dat telt: gemeente en GGD vinden het eigenlijk wel goed zo.

In nogal wat plaatsen in ons land wil het maar niet vlotten met de relatie tussen gemeente en GGD. Door de slordige manier waarop het Rijk hen via de Wet op de Collectieve Preventie tot elkaar veroordeelde, is er zeker grond voor een communicatieprobleem. Het Rijk heeft, met de collectieve preventie een geïsoleerde verantwoordelijkheid gedecentraliseerd, waaraan vorm moet worden gegeven met een onduidelijk gepositioneerd apparaat. Bijzonder is dat niet. Het is te verwachten als decentralisatie vooral bestuurlijk-organisatorische en financiële problemen moet oplossen in plaats van inhoudelijke doelen te dienen.

Maar zomin het Rijk er de oorzaak van is dat het misverstaan door de partijen nog niet uit de weg is geruimd, zomin is het misverstaan zelf de doorslaggevende oorzaak voor de bekritiseerde relatie. Ook het doorgaans magere PR-beleid van GGD-en is niet de hoofdschuldige. Evenmin ligt er een probleem dat terug te voeren is op het ontbreken van zoiets als een productbegroting. Op zulke punten zijn verbeteringen denkbaar, maar die blijven zin ontberen als het niet de bedoeling is dat de relatie werkelijk inhoud krijgt.

En dat is het geval. Alsof er sprake is van een stilzwijgend monsterverbond

kruipen bestuurders weg in de schulp van de kerntaken en verschansen professionals zich achter de waterkering van de eigen deskundigheid. Beide groepen rechtvaardigen zich met een verwijzing naar het gedrag van de ander. Hoewel niet alle bestuurders en professionals zich daaraan bezondigen, wordt de relatie in essentie door dat vluchtgedrag bepaald.

De professional

Kijken we eerst naar de professional. Deze GGD-deskundige heeft van oudsher een opleiding gehad die hem vooral geschikt maakt voor curatieve contacten met individuele zieken. Hoewel de GGD eer door andere trefwoorden wordt gekenmerkt - preventief, collectief, gezondheid - kan de geneeskundig vakman er genoeg van zijn gading vinden. *Screeningen* bijvoorbeeld vormen een instrument om nog met aspecten

van het 'echte' patiëntenwerk bezig te zijn. De screening lijkt bovendien een prachtig collectief-preventief instrument: risico's signaleren bij gezonde mensen en wel bij alle mensen (of alle schoolgaande kinderen). Inmiddels is duidelijk dat veel van die screenings weinig echt preventief nut hebben. Ook voor de epidemioloog vormen gegevens over *iedereen* eerder een belemmering voor het maken van een goede analyse dan dat ze helpen om tendensen in onze gezondheidstoestand op te sporen.

Kritiek op het ongericht hanteren van het screeningsinstrument is vooral op zijn plaats in de jeugdgezondheidszorg. De landelijke GGD-vereniging heeft er een hele werkgroep voor nodig om enigszins in rust de discussie te kunnen voeren over andere werkwijzen, die niet goed zouden zijn voor 'het vak'. Ook de breder opgeleide epidemiologen en GVO-ers neigen er te zeer naar hun agenda meer door het vak dan door de problematiek te laten bepalen. In de agenda domineren zo de traditionele medische thema's. Een illustratie levert het recente advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek over de prioriteiten voor het preventie-onderzoek. Gericht onderzoek naar problemen die niet door de professie maar door bestuurders en burgers worden geformuleerd, scoren op die hitlijst niet.

Het past in die traditie dat in de discussies over de toekomst van de *Public Health* wordt betoogd dat preventie zich op de hele bevolking moet richten in plaats van op specifieke groepen met gezondheidsachterstand. Het is, zegt men, de beste manier om wat te doen aan de problemen die er zijn met een meer op risico's gerichte benadering. Door iedereen in gelijke mate onderwerp van preventieve programma's te laten zijn, zal de gemiddelde gezondheid verbeteren en dus ook, in deze opvatting, die van mensen die meer risico's lopen. Door deze statistische, administratieve 'oplossing' van de problemen van de mensen aan de onderkant wordt het keuze-element in de inzet van middelen geëlimineerd. Daarmee wordt het werk van de professional onttrokken aan de sturende aandacht van bestuurders en dat sluit aan bij een ander thema dat in het debat de bovenaan voerde: de vraag wie bepaalt welke gezondheidsproblemen aandacht verdienen. Lemstra, burgemeester en voorzitter van de commissie die de minister on-

langs adviseerde over het gemeentelijk gezondheidsbeleid, eist terecht van professionals dat ze hem in staat stellen de goede keuzes te maken, zodat hij het politieke primaat kan waarmaken. Maar nogal wat GGD-professionals willen zulke aanspraken van de plaatselijke politiek inperken door professionele normen, landelijke protocollen of 'desnoods' door centrale sturing door het Rijk.

De roep om rijkssturing is een verschijnsel dat we vaker zien na decentralisatie. Met een selectief geheugen verlangt de sector terug naar de tijd dat men nog onder de vleugels zat van de op afstand regerende centrale overheid. Serieuzer is de roep om professionele normen en landelijke protocollen. Nimmer lijkt de roep om professionals de keuzes te laten maken legitiemer dan wanneer het om kwesties gaat van leven en dood. En dokters associëren we daar nu eenmaal mee. Dokters zelf doen dat misschien nog wel het meest, ook GGD-dokters. Ze brengen gretig de noodzaak van professionele autonomie onder de aandacht. Daarmee wordt een *plicht* op een beperkt terrein van het professionele handelen verheven tot een universeel *recht*.

Het is het maximale buitensluiten van de bestuurder. Die interesseert het niet, die snapt het niet, die kan het niet, die zou het zelfs niet moeten willen, maar bovenal: hij mag het niet.

De bestuurder

De bestuurder is geen gezondheidsprofessional. De praktijk van het GGD-werk zal daarom geen onderwerp zijn van zijn directe bemoeienis. Eerst waar beleidskeuzes in het geding zijn, is de bestuurder aan, zet. En waar het maken van die keuzes professionele kennis vereist is het de vakman die de keuzes moet voorbereiden en voorleggen. Dat is Lemstra's gelijk, dat overigens ook geldt voor bijvoorbeeld de dienst Grondzaken. Maar wat als die bestuurder het maken van keuzes uit de weg gaat?

Daar zijn wel wat redenen voor. Zoals de professional zijn zekerheden wil beschermen zo zal de bestuurder zich niet graag begeven op een terrein waarop hij zich welhaast per definitie onzeker voelt. Het resultaat van zijn handelen zal er vrijwel nooit, zichtbaar zijn. De legitimiteit van zijn handelen is boven-

dien aan discussie onderhevig. Waar houdt - zeker voor een terugtrekkende overheid - de zorg voor ons aller welzijn op en begint de bemoeizucht, de betutteling? In de derde plaats zal het sectorale belang waar hij voor staat het op de korte termijn snel afleggen tegen andere prioriteiten. Er moet immers gebouwd worden en overlast is niet een probleem dat nog wel even aangezien kan worden. Tenslotte is er het probleem dat er meestal samenwerking met andere gemeenten nodig is. Echter, voor gemeenschappelijke taakuitoefening door gemeenten kwamen de handen nooit echt op elkaar en in de huidige discussies over het binnenlands bestuur staat de samenwerkingsvorm 'gemeenschappelijke regeling' helemaal zwaar onder vuur.

Dat vormt alles bij elkaar geen goed vertrekpunt. Het vluchtgedrag dat daaruit voortkomt neemt verschillende vormen aan. Zo is er het soort kerntakendiscussie dat er op uit is van gemeentelijke diensten louter beleidsapparaten te maken. Die kan gepaard gaan met een roep om privatisering. Een variant daarop vormt het voorstel om de taken af te stoten naar het provinciebestuur of - ook in trek bij de professionals - grotendeels weer bij het rijk te leggen. Tenslotte is er een variant die we in de praktijk nu nog het meest aantreffen: de bestuurder laat het over aan de professionals van de GGD.

Hoewel het tegendeel waar lijkt, wordt met de laatstgenoemde variant de GGD pas echt de deur uitgedaan. Het is de bedrieglijke keerzijde van de door de professional begeerde medaille van zijn autonomie. Bedrieglijk, omdat zolang de professional doet alsof Vadertje gemeenteraad er enkel voor de centen is (en de rest is flauwekul) de bestuurder er *daadwerkelijk* enkel voor de centen wil zijn. De professional kan dan wat hem betreft net zo goed een Franse zanger zijn of iemand uit Den Haag.

Om de burger

Om te voorkomen dat de burger het kind van de rekening wordt, dienen bestuurder en professional elkaar allesbehalve met rust te kunnen laten. Dan zal ondermeer de feitelijke relatie tussen GGD en gemeente moeten samenvallen met de formele relatie: die tussen een politiek bestuur en zijn ambtelijk apparaat. Er is behoefte aan zo'n relatie, omdat er na een jarenlange fixatie op

het fysieke beleid, een versterking nodig is van de sociale politiek in en door de gemeenten. GGD-en kunnen daar een belangrijke, onmisbare bijdrage aan leveren. Wie anders moet binnen het gemeentelijk apparaat handen en voeten geven aan de plicht om groepen waarvan sommigen overlast bezorgen niet eenzijdig repressief te benaderen. Wie anders kan er wat met het inzicht dat een cumulatie van problemen bij mensen samenhangt met een clustering aan risico gedragingen. Als we bedenken dat het juist die clustering is die tot gezondheidsschade leidt dan zal de GGD de risicogroepenbenadering, juist met al zijn problemen, serieus moeten toepassen. Dat kan, bijvoorbeeld door minder te richten op de groepen en meer op de risico's. De GGD zal bovendien werkbare, werkzame alternatieven moeten ontwikkelen voor het feilen van het

preventieve middelenarsenaal dat nu te weinig adequaat is voor de bestrijding van problemen van mensen aan de onderkant. Daarmee stelt de professional zich een opdracht, door het probleem te erkennen in plaats van er voor weg te lopen.

Van de bestuurder mag verlangd worden dat gemeenten op democratisch verantwoorde wijze samenwerken. Gemeenten zullen daar de instrumenten voor op moeten eisen. Ook zal de lokale overheid antwoord moeten leren geven op het probleem dat mensen soms zorg nodig hebben waar ze niet zelf om vragen. Het helpt niet om zulke problemen te ontkennen. Ook een statistische oplossing zal binnen de kortste keren weersproken worden door een straatbeeld waarin de onderkant van de samenleving steeds zichtbaarder wordt.

Het is een uitdaging die juist gemeentebestuurder en GGD-professional zou moeten samenbrengen. Dat moet voorkomen dat het de burger is die de rekening betaalt, in het bijzonder de meest kwetsbare burgers, zij die ook op andere domeinen dan dat van de gezondheid de meeste problemen ondervinden. Als beiden de opdracht aanvaardden om dat *gezamenlijk te voorkomen* dan doen ze echt aan - in een wat andere dan de gebruikelijke betekenis - collectieve preventie.

Bert Meijberg is andragoog en werkt als directiesecretaris bij de Hulpverleningsdienst in Groningen, waartoe ondermeer behoort: de GGD Groningen Stad en Ommelanden. Hij is betrokken geweest bij de opstelling van het advies van de Commissie Lemstra.

INTERVIEWS MET VIER BETROKKENEN

Josine van de Bogaard en Rascha Thomas

Is een gezondheidsbeleidsplan een goed instrument om duidelijkheid te brengen in de relatie tussen GGD en gemeenten? Zou dit een verplicht plan moeten zijn?

René van Diessen, Wethouder Gezondheidszorg Tilburg

Gezondheidsbeleid staat niet hoog op de politieke agenda omdat het vrij geruisloos goed verloopt. Iets komt vaak op de agenda omdat er aandacht voor gevraagd wordt vanuit het niet functioneren van beleid. Zoals rond armoedebestrijding. Ik hoor nooit, dat mensen door het (falend) overheidsbeleid in gezondheidsproblemen komen. Dus voordat we gaan roepen dat er een lokaal gezondheidsbeleidsplan komt moeten we ons afvragen: wat gaat er dan mis? Drugsoverlast, geïsoleerde ouderen, zorgen rondom opgroeiende jeugd zijn belangrijke problemen maar dat zijn geen specifieke gezondheidsproblemen! Ze kunnen niet door een gezondheidsbeleidsplan bestreden worden, dat moeten we met andere middelen doen. Als het om de overlast gaat bijvoorbeeld door methadonverstrekking, drang-opmaat projecten, goede verlichting etc.

Dat is meer het terrein van openbare orde en veiligheid. En als je het gezondheidsbeleid wil noemen dan moeten we misschien eerst eens definiëren wat we onder lokaal gezondheidsbeleid verstaan. En als we het er onder verstaan dan hoeft, het voor mij niet in een plan, dat doen we zo ook. Misschien doen we wel veel meer aan gezondheidsbeleid dan we denken, wat gewoon gebeurt zonder dat het in een totaal-conceptplan wordt gepresenteerd. Mijn taak als Wethouder Gezondheidszorg is voor een belangrijk deel ingevuld via de GGD. En sie doet zijn werk goed, we hebben nauwelijks tot geen klachten. Je verandert het niet door het in een plan bij elkaar te brengen. Veranderingen in een takenpakket verdedig ik naar mijn collega's als ik denk dat het mogelijk is. Bijvoorbeeld: over OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) wordt de laatste tijd meer gepraat. Daarvan zeg ik dan: wat is de bijdrage van de extra uitgaven van dit terrein aan het hele niveau van de openbare gezondheidszorg. Dat moet je politiek afwegen. Afwegen tegen armoedeproblematiek, tegen de inrichting van de parken, de straatverlichting, dat alles concurreert mee. Dat hoort niet tot mijn portefeuille.

Ie, maar ik denk niet verkokerd, ik kijk naar het hele gemeentelijk beleid en als ik denk dat er hogere gemeentelijk prioriteiten zijn dan ga ik die OGGZ-taken niet eens bij mijn collega's voorstellen. Zo doen we dat in het Tilburgs College.

Samenvattend dus: geen verplichtingen tot een beleidsplan, eerst definiëren wat het is en dan zullen we eens kijken of we het in onze gemeente wel nodig vinden. Ik vind bovendien dat we veel te snel met zijn allen roepen dat de gemeenten te weinig aandacht voor de openbare gezondheidszorg zouden hebben. Onze GGD roept dat voorzichtig binnenskamers, maar gaat daar niet de boer mee op.

Marianne Schrijver, plaatsvervangend hoofd Volksgezondheid/Maatschappelijke Aangelegenheden VNG

Een gezondheidsbeleidsplan zou zeker geen verplichting van het Rijk aan gemeenten moeten zijn. De ervaring leert dat gemeenten het verplicht opstellen van plannen vaak als een vervelende bureaucratistische bezigheid zien. Wel is het goed om aan gemeenten te suggereren dat zij hun beleid vast leggen, dit stimuleert tot nadenken en discussie waaruit, nieuwe inzichten kunne voort-

vloeien. Dit bewustmakingsproces kan gestuurd worden door het Ministerie van VWS en de VNG.

Frans Backhuijs, wethouder Welzijn en Gezondheidszorg Eindhoven
Voor een verplicht plan ben ik als bestuurder huiverig, en zo'n plan is maar een stuk papier.. Er zou een handreiking moeten zijn waarmee bestuurders makkelijk een lokaal plan kunnen opstellen. De handreiking moet geen blauwdruk worden maar wel een duwtje geven tot het maken van een echt concreet actieplan dat zuiver lokaal gericht is. Ik vertrouw het maken van zo'n handreiking toe aan de VNG en de LV-GGD, een combinatie dus van bestuurders en GGD-ambtenaren. Ik ben er van overtuigd dat als die handreiking zodanig vorm krijgt dat het mij een concreter beeld geeft van wat mogelijk is, ik ertoe over zal gaan het voor mijn gemeente toe te passen. Het is geen onwil bij bestuurders dat er geen beleidslijnen zijn, het is meer de ingewikkeldheid van de materie, dus daar moet je iets aan doen.

Harry Nijhuis, hoofd AGZ, Den Haag

In het debat naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Lemstra wordt veel gesproken over de bilaterale relatie tussen GGD en gemeente. Het gaat hierbij vooral over de onderlinge machtsverhoudingen. Rotterdam hoor je bijvoorbeeld zeggen dat wel tachtig procent van het beleid bepaald moet worden op basis van professionele standaarden en dat er dus maar twintig procent overblijft voor de lokale overheid om te beïnvloeden. Enschede stelt daarentegen dat deze verhouding juist andersom is. Zo'n discussie wordt een benauwende machtsstrijd. Er komt veel meer lucht en ruimte in de relatie politiek-professie als samenwerking met veel verschillende partijen gerealiseerd wordt op grote gezondheidsthema's die echt spelen in de stad.

Ik vind dat het slecht is om één partij (de gemeente) opdracht te geven om een dergelijk plan te schrijven. Het moet juist in samenspraak met andere regionale partijen dus ook met verzekeraars en aanbieders worden gehouden. Wel is het goed om een dergelijk plan of visie elk jaar vanwege de rijksoverheid te vragen. Wil zo'n plan meer dan een ambtelijk stuk zijn dan moet het voldoende maatschappelijke lading en draagvlak hebben. Dit wordt alleen bereikt in goede samenspraak met alle partijen. Het moet verder een activitei-

tenplan zijn, dus concreet, en niet een verzameling uitspraken over schone intenties.

Hoe breed moet gezondheid opgevat worden in een dergelijk plan?

Frans Backhuijs, wethouder Welzijn en Gezondheidszorg Eindhoven

Als je gezondheid breed maakt help je mij niet om gezondheid op de politieke agenda te krijgen. Om het zo concreet mogelijk te maken moet ik de opvatting van gezondheid beperkt houden. Wel zou ik de relatie met andere beleidsvelden zoals milieu, volkshuisvesting, onderwijs aanstippen om de complexiteit inzichtelijk te maken. Een gemeente kan zelf zijn prioriteiten leggen. Een verband leggen met ruimtelijke ordening gaat hier nog net, maar veel breder niet.

Harry Nijhuis, hoofd AGZ, Den Haag

Een dergelijk plan moet groeien. In Den Haag wordt op dit moment bijvoorbeeld gewerkt aan een huisartsenactiviteitenplan waaraan Thuiszorg, RIAGGs, Kruiswerk en GGD ook gaan meewerken. Dit levert een lijst van concrete projecten rond huisartsen in achterstandswijken op. Dit plan kan een eerste begin voor een breder gezondheidsplan voor achterstandswijken worden. Later kan de versterking van de huisartsenzorg worden uitgebreid tot andere onderwerpen, maar altijd in samenwerking. Op die manier kan er op basis van de praktijk een visie groeien. Uiteindelijk moet alles wat met gezondheid te maken heeft meegenomen worden, maar dat moet zich kunnen ontwikkelen. Facetbeleid valt niet in één keer vanachter bureaus op te schrijven, laat staan daadwerkelijk in praktijk brengen.

René van Diessen, Wethouder Gezondheidszorg Tilburg

Ik zie gezondheid niet smal. Als er specifieke zaken naar voren komen, bijvoorbeeld gezondheidsklachten naar aanleiding van te sterke isolatie van woningen, dan zal ik stedenbouwkundigen zeggen dat ze daar op moeten letten. Maar ik ga ervan uit dat diegene die dat als vak hebben daar zelf aandacht aan besteden. Ik weet dat dat niet vanzelf gaat, maar in ieder geval hebben we daar geen gezondheidsbeleidsplan voor nodig. Ik ga ook niet controleren of ze de straten wel breed ge-

noeg maken. Ja, als iemand zou voorzien waar er op gezondheidsaspecten gelet moet worden dan zouden we van te voren kunnen ingrijpen en zouden zulke fouten niet gebeuren, maar meestal komen de effecten pas achteraf naar voren en heeft niemand er aan gedacht er vooraf naar te kijken.

Ik ben er nog niet aan toe om zelf nieuwe initiatieven te nemen om zaken aan te pakken. Ik houd mijn ogen en oren open voor de landelijke ontwikkelingen af en reageer ad hoc op urgente Tilburgse problemen. Op het terrein van drugsverslaving probeer ik wel voorop te lopen omdat ik daar een belangrijk probleem zie. Andere zaken acht ik nog niet zo urgent dat ik daar zelf het voortouw moet nemen. Niettemin als de GGD van mening is dat een bepaald onderwerp belangrijk is dan zijn ze welkom met adviezen hoor..

Marianne Schrijver, plaatsvervangend hoofd Maatschappelijke Aangelegenheden VNG

Het is niet verstandig om bij voorbaat uitspraken te doen over hoe breed het begrip gezondheid moet zijn. Gemeenten kunnen dit zelf bepalen op basis van de problemen zoals die lokaal worden ervaren. Verder is het aan de specifieke beroepsgroepen om het minimale basispakket van preventie en volksgezondheidsbeleid te formuleren. Gemeenten kunnen vervolgens kiezen of ze dit pakket overnemen en welke uitbreidingen of aanpassingen ze wensen te maken. Dit is voor infectieziekten nu al aardig gebeurd maar voor bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg moet dit nog vorm krijgen.

Dient innoveren juist landelijk of per gemeente georganiseerd te worden, zowel wat de verdeling van middelen betreft als wat de inhoud betreft. ?

René van Diessen, Wethouder Gezondheidszorg Tilburg

Op beide fronten dient aan innovatie gewerkt te worden. Niet iedereen hoeft het wiel opnieuw uit te vinden, dus er mag best iets collectiefs gebeuren. Ik wil wel ook op een Tilburgs probleem in kunnen spelen. Als het urgent is moeten hier in de gemeente de middelen gevonden kunnen worden. Maar als ik daarvoor uit een landelijk potje kan putten wil ik vervolgens best de in Tilburg ontwikkelde know-how ter beschikking stellen.

Harry Nijhuis, hoofd AGZ, Den Haag

Innovatie: gemeenten en zeker GGD' en lijken af en toe wel het wiel opnieuw uit te vinden. Echte vernieuwing zou het beste plaats kunnen vinden in interactie tussen landelijke expertise en gemeenten. Er zou meer gekeken moeten worden naar methodieken om beweging te creëren. Het landelijk netwerk gezonde steden lijkt niet echt vooruitgang te boeken op dit gebied. Centrale fondsen (zoals grote steden pot, huisartsen in achterstandswijken etc.) vormen wel vaak een stimulans om samenwerking op het gebied van innovaties te bewerkstelligen. Aan deze fondsen moet dan wel landelijke regelgeving gekoppeld worden die samenwerking tussen expliciete partijen als noodzakelijke voorwaarde stelt.

Marianne Schrijver, plaatsvervangend hoofd Maatschappelijke Aangelegenheden VNG

Het zou goed zijn als gemeenten ook bij VWS kunnen aankloppen voor financiële ondersteuning van nieuwe initiatieven. Als het Rijk echter stelt dat bepaalde innovatieve activiteiten door gemeenten uitgevoerd moeten worden dan stellen gemeenten daar terecht tegenover dat de innovaties bij gebleken resultaat ook structureel voortgezet worden. Hiervoor zou het rijk dan ook middelen beschikbaar moeten stellen. Wat betreft de innovaties kan de VNG met het Landelijk Netwerk Gezonde Steden de groep koplopers op dit gebied ondersteunen en gemeenten die hier nog niet aan toe zijn de mogelijkheid beiden om de nieuwe ontwikkelingen te volgen en met de tijd, naar keuze over te nemen.

Frans Backhuijs, wethouder Welzijn en Gezondheidszorg Eindhoven
Eigenlijk hebben gemeenten best geld om op het gebied van gezondheid te innoveren maar het geld wordt aan andere zaken besteed of andere bezuinigingen binnen de GGD worden er mee gedekt. De landelijke instituten die zich bezig houden met de gezondheidszorg moeten zich meer richten op de informatie waar gemeenten iets aan hebben. Gemeentebesturen moeten dan wel concrete vragen op dit gebied formuleren. Hun GGD kan daarin behulpzaam zijn.

Daarnaast moet kritisch gekeken worden naar de opleidingen. Werken in de openbare gezondheidszorg vraagt heel andere vaardigheden en kennis dan bij gewone artsen. Mensen worden echter

traditioneel opgeleid. En blijken onvoldoende in staat om lokaal gezondheidsbeleid te kunnen maken en lokaal innovaties vorm te geven.

In Eindhoven, maar het geldt voor het hele land, zou dringend geïnnoveerd moeten worden op het gebied van de OGGZ. Ik als bestuurder zie me voor grote vraagstukken staan met een relatie naar gezondheid zoals verslaving, armoede, schulden. Ik heb daar te weinig antwoord op. Het zou plezierig zijn als niet iedere gemeente zelf het wiel hoeft uit te vinden, maar als daar landelijk iets voor ontwikkeld en aangereikt wordt. Een voorbeeld is de veranderingen binnen de jeugdgezondheidszorg, dat is vanuit de LV-GGD ontwikkeld. Dat we het vervolgens moeilijk implementeren heeft met een heel scala van lokale factoren te maken. Wijzigingen in de organisatie zijn nooit de makkelijkste... Dus het denken kan landelijk plaatsvinden, de keuze voor toepassing wordt lokaal gemaakt. Implementatie kan niet opgelegd worden, er moet wel politiek draagvlak voor zijn. En een knappe innovatie zo vormgeven dat ik hem kan overnemen. Dus die is niet te abstract wetenschappelijk, maar ook niet te concreet.

Wat is de primaire taak van gemeenten ten aanzien van gezondheidsbeleid? Gaat het erom de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen, of is het een kwestie van het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de algehele bevolking?

Marianne Schrijver, plaatsvervangend hoofd Maatschappelijke Aangelegenheden VNG

Waarschijnlijk zullen meer gemeenten zich richten op de bevordering van de algehele gezondheid van de bewoners en niet alleen op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen omdat anders kleine homogene gemeenten geen reden hebben tot gezondheidsbeleid. Een belangrijke doelstelling van gezondheidsbeleid is het waarborgen van de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen en ook tot de preventieve gezondheidszorg. Het mogelijke probleem van gemeenten die niet happig zijn om zich te bemoeien met de persoonlijke levenssfeer en in te spelen op gedragsdeterminanten van gezondheid bestaat niet zo. Veel gemeenten zijn al op dit terrein bezig, alleen is het nog niet structureel,

formeel ingekaderd in het volksgezondheidsbeleid van de gemeente.

René van Diessen, Wethouder Gezondheidszorg Tilburg

Ik ben nog niet zover dat ik kies voor beleid dat is gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen. In feite doen we het, via onderwijs, zuigelinenzorg, die terreinen zijn belangrijker voor achterstand. Ik verwacht niet veel van ook nog eens lokaal beleid om de gezondheidsverschillen voor volwassenen te verkleinen. Die verschillen ontstaan immers vaak door de leefgewoonten van mensen. Daar worden ze op allerlei wijzen, 'minder roken', 'matig drinken' enz. al op geattendeerd. Ik zie het niet zitten om daar als lokale overheid nog iets aan toe te voegen.

We hebben geen beleid om het leed door middel van secundaire preventie te verzachten. We proberen de Tilburgse bevolking in het algemeen bescherming van gezondheid te bieden, niveau handhaven. Daarnaast voeren we specifiek beleid voor gehandicapten, vorig jaar zijn we genomineerd voor 'Zorgstad'. Uit ons 'Armoede-Rapport' blijkt dat de behoefte meer ligt op het terrein van sociale participatie en weghalen van isolement dan op het terrein van het corrigeren van gezondheidsachterstanden. De gezondheidsproblemen van de armen zijn niet dringend genoeg in vergelijking met hun inkomensproblemen en dergelijke

Door te bezuinigen op zorg bij groepen waar het niet nodig is en dat geld in te zetten bij groepen die het keihard nodig hebben zou je wel iets kunnen bijdragen aan het tegengaan van achterstand. Dat is efficiency-verbetering en daar ben ik altijd voor. Bijvoorbeeld bij jeugdgezondheidszorg doen wij dat.

Frans Backhuijs, wethouder Welzijn en Gezondheidszorg Eindhoven
Gezondheid beschermen is een traditionele taak en doen we al aardig. Het is meer een kwestie van facetbeleid, veiligheid bouw- en woningtoezicht. SEGV worden steeds belangrijker. Een stad waar weinig SEGV's zijn is een stad waar minder sociale spanningen zijn. Dat is mijn motivatie om daaraan te werken. In Eindhoven probeer ik daarom het terugdringen van SEGV langzaam als uitgangspunt in de beleidsplannen op te nemen, maar het roept nog veel discussies op. Gezondheid gaat mensen zo aan het hart, ze voelen zich snel te kort gedaan. Waarom bepaalde groepen anders behandelen dan anderen? En voor welke func-

ties dan? Ik moet dus steeds afwegen wanneer ik daar wel en niet op aandring. Op andere terreinen zoals onderwijsbeleid gebeurt het wel al, het gezondheidsbeleid hobbelt er achteraan.

Ik durf niet te zeggen dat in een gemeente zonder gezondheidsbeleid de groepen aan de onderkant van de samenleving het steeds slechter krijgen. Maar zonder gezondheidsbeleid blijft de openbare gezondheidszorg een ondergeschoven kindje en dat is voor een Wethouder Gezondheidszorg geen goede zaak.

Het ontbreken van een planmatig gezondheidsbeleid zal pas op de lange termijn merkbaar worden voor de mensen. Ik mis dan de mogelijkheid op kansen in te springen om wat aan de situatie te veranderen.

Harry Nijhuis, hoofd AGZ, Den Haag

Of gemeentelijk gezondheidsbeleid zich moet richten op terugdringen van SEGV's of op algemene gezondheidsbevordering is niet echt een interessante discussie. Grote gemeenten met achterstandswijken zullen zich in de regel al snel op terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen toelagen door achterstandsbeleid te voeren. Waar dit minder speelt, vanwege homogene sociaal-economische samenstelling zal algehele gezondheidsbevordering de voorkeur hebben.

Komt het ooit nog goed tussen gemeenten en GGD'en?

Harry Nijhuis, hoofd AGZ, Den Haag

Ja natuurlijk. Maar alleen als de lokale overheid ook instrumenten krijgt om haar deuntje mee te fluiten op het gebied van de *public health*. Alleen met een WCPV in de hand is het moeilijk voor politici om in de volle breedte betrokkenheid bij het onderwerp gezondheid te blijven houden. Veel van de instrumenten worden momenteel door de lokale overheid weer afgenomen in het kader van een terugtrekkende overheid, ten gunste van marktwerking. Bijvoorbeeld ouderenbeleid gaat nu naar AWBZ. Ik geloof niet dat bijscholing van ambtenaren en politici prioriteit nummer één is. Wel is het nodig om methoden van aanpak te ontwikkelen om gezondheidsbeleid goed gedaan te krijgen. Vorming hierin en het ontwik-

kelen van bereidheid tot dialoog tussen politici en professionals is wel een noodzakelijke voorwaarde. Op dit moment is het zo dat je als gemeente blij mag zijn als het lukt om met de lokale zorgverzekeraar om de tafel te zitten. De landelijke overheid zou op het gebied van de regionale regievorming meer moeten regelen - dat wil zeggen de voorwaarden en het instrumentarium voor lokale bestuurders om gezondheidsbeleid te formuleren in samenspraak met alle betrokkenen bijvoorbeeld door landelijke innovatiefondsen met bijbehorende regelgeving. De relatie tussen GGD en gemeente is niet de meest essentiële bij dit probleem.

Het gaat er meer om hoe je alle partijen, dus ook verzekeraars, aanbieders en gebruikers, met elkaar om de tafel krijgt om concrete plannen te maken. Een ontwikkelingsmaatschappij, zoals STIOM in Den Haag, is hiervoor een noodzakelijk en bruikbaar instrument. Het feit dat hiervoor nog steeds geen structurele financiering is gevonden geeft blijk van gebrekkige aandacht voor dit ontwikkelingsinstrumentarium. Ontwikkeling kost nu drie jaar.

Marianne Schrijver, plaatsvervangend hoofd JMaaatschappelijke Aangelegenheden VNG

Ja, het kost alleen tijd. Veel gemeenten moeten hun apparaat in het kader van de decentralisatie nog omvormen van een uitvoerend naar een beleidsvormend apparaat. Gemeenten moeten op allerlei punten integraal beleid gaan voeren, samenhang gaan zien. Gezondheid kan een belangrijk onderdeel gaan vormen van bijvoorbeeld het jeugdbeleid, ouderenbeleid, werkgelegenheidsbeleid en veiligheidsbeleid. Toch zou het geen kwaad kunnen de discussie over gezondheidsbeleid van de gemeenten te stimuleren door bestuurd met name ambtenaren bij te scholen over de determinanten van gezondheid en hoe zij daar in hun beleidsvorming mee kunnen werken. Wat dat betreft zou de NSPH (Netherlands School of Public Health) een beter, goedkoper, simpeler aanbod moeten ontwikkelen juist voor gemeenteamttenaren.

René van Diessen, Wethouder Gezondheidszorg Tilburg

Ik heb geen klachten over onze GGD wat betreft aanstuurbaarheid. Ik heb wel eens het gevoel dat men elkaars wereld niet zo goed begrijpt. Door de GGD wordt de absoluteheid van de gezondheid te veel naar voren gebracht. Door de lokale overheid worden de

kosten te veel naar voren gebracht. Het zou helpen als meer gezondheidsdeskundigen uit GGD'en op pad zouden gaan, met concrete onderwerpen. Het is vaak zo vaag. De GGD'en moeten meer moeite nemen uit te leggen in de taal van de politicus. Door zo met elkaar over beleid te praten stem je elkaar tot nadenken.

Frans Backhuijs, wethouder Welzijn en Gezondheidszorg Eindhoven
Het komt zeker nog wel goed tussen de gemeenten en de GGD'en. Ik ben een optimist. Het is een kwestie van tijd. En van dat gemeentebestuurders de verantwoordelijkheid voelen en hun GGD' en gaan aanspreken.

Josine van den Bogaard en Rascha Thomas maken deel uit van de themaredactie 'Public Health & Onderkant' van TGP.

NIEUWJAAR

Brief uit Xhanlar

Toen de Sowjet-unie uitelli:aa,r.jv,jewerd Azerbeidjan onafhankelijk. Het grenst aan de Russische Federatie, aan Georgië, aan Perzië en aan Armenië, waa~rnee het acht jaar in oorlog isovi!r Nélgorno Karabach. Het land is er slecht aan toe en er zijn hondefduizenden vluchtelingen. Artsen Zonder Grenzen helpt bij de (he,r,ICl,Ibl()UW de gezondheidszorg. fen van die helpers iSxdeNederlandse verpleegkundige Anna Maria Brassé.

Onlangs was ik op bezoek bij Victor Klein. Hij is een van de laatste afstammelingen van de Duitse gemeenschap in Xhanlar. Zijn ouders en hijzelf werden niet gedeporteerd in 1941, omdat zijn vader goede connecties had met invloedrijke mensen in Georgia. Maar alle andere Duitsers werden door Stalin op transport gezet naar Kazachstan en Siberië.

Victor is zestig jaar en woont alleen in een kast van een huis dat een rijk verleden oproept en een West-Europese inrichting heeft. Prachtige meubels die allemaal zelf gemaakt zijn, in Azerbeidjan. Een schuur als wijnkelder, waar vroeger de reusachtige vaten tot aan de nok opeengestapeld stonden. De foto's, de Duitstalige boeken en de tijdschriften uit de eerste helft van deze eeuw getuigen van culturele rijkdom. Alles ligt er bij of het gisteren nog gelezen werd, ware het niet dat er een geweldige laag stof op ligt.

Er staat een piano en Victor bespeelt die virtuoos met eigen jazz-achtige improvisaties, waarbij zijn hond hem al jankend begeleidt. Het huis is steenkoud, het is er onvoorstelbaar vuil en ik hoop innig dat me niets aangeboden zal worden. Victor is teleurgesteld door het leven, de staat, de communisten en nu door de vele Azerbeidjaanse vluchtelingen in het dorp die uit Armenië komen en door hem als wilden worden betiteld. Hij wil niets liever dan emigreren naar Duitsland, waarvan hij een paradijselijk beeld heeft. Van mij verwacht hij dat ik hem zal helpen; ik moet hem uitleggen dat hij absoluut geen kans maakt, daar hij zo arm is 'wie eine Kirchemaus'.

Thuis gekomen met half bevroren tenen en triest over zoveel bitterheid, eenzaamheid en vergane glorie. Hoe kan een regering het toch verantwoorden mensen in de kou de laten zitten, zonder water en stroom en met een salaris waar je niet van kunt overleven met brood en thee?

Nu is het oudejaarsavond en morgen is het dus Nieuwjaar: Novruz. Dat valt dit jaar, in de islamische tijdrekening, op 21 maart. Novruz is de belangrijkste nationale feestdag in Azerbeidjan.

Regelmatig wordt er op de poort gebonsd door kinderen en als je openmaakt tref je alleen hun mutsen en petten op de drempel aan die klaarblijkelijk gevuld dienen te worden met zochtigheden.

Aan ons die ver van huis zijn wordt ook gedacht. Onze huisbewaarder Faramaz en zijn vrouw brachten ons een warme maaltijd bestaande uit de traditionele kefirsoep, pilaw en dolma en een stuk napoleon als dessert. De twee oude mensen kwamen met pannen en schalen in tassen het halve dorp

doorgelopen om ons te laten delen in hun feest. Praktische Ruth, die hollander is dan ik, riep meteen uit: 'vanavond hoeven we dus al niet te koken!'

Vanavond, zullen de laatste vuren aangestoken worden na een perioafvân '61jna tweeltaanden waarop elke dinsdagavond in de straten vuren brand4~ri. IfêraaS'zijnh'~!x@t{}b<lnJ. denkwîj gebrek aan hout, en dat stinkt dus ontzettend. Maar alles went en dan ga ik de sfeer van zo'n samenzijn rond het vuur ervaren die ondanks alles tevredenheid en vriendelijkheid uitsaalt, waar je altijd weer welkom bent en opgenomen wordt..

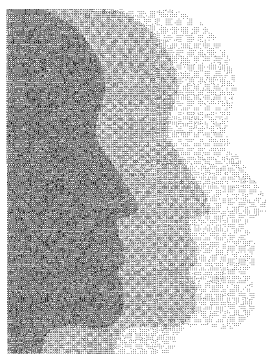
Het dorp is zoalstneestal aardedonker en nu gevuld met vuren. Het l~t daarvan zet de mensen in een prachtige gloed. Meestarde vrouwen aan een kant en de mannen aan de andere kant; kinderen zijn overal en als het vuur kleiner wordt springen ze er overheen.

Gisteravond was het bijzonder mooi buiten met een dieuwe laag sneeuw. Gezellig kuierend op onze weg naar huis stonden we bij verschillende groepen rond het vuur en bij-t 'U'~E'~vuur aangekomen was er zelfs muziek. Na.aanXCle.. gastheer te zijn voorgesteld nodigde deze me ten dans - Azeri dans wel te verstaanjan de rest van het gezelschap keek~gE:annSreëlt~F1Hier wordt bij iedere gelegenq.éidgè: danst, halfts.to(~mètl:lkJenbeheerst tegelijkertijd. D~ paren dansen altijd los van elkaar en de mannen, die hiél:do(J~ gaans zee~~~~ zijn, on~ppen zich als koning,eJl~d lijken ineenis aw~moo~ een halve kop groter dan voorheen. De vrouwen dansen sierlijk en ingehouden. Net als bij de mannen zijn de armen altijd op schouderhoogte en de handen on~XIR~oo.. als vogels in de lucht. Ze lijken een beetje op Turkse buikdanseressen, maar dan minder gefixeerd op de buik.

Enkele minuten nadat desdans ten einde was vloog de eerste sneeuwbal door de lucht en trof onze gastheer.. Dit ontketen~.gensneeuwballengevecht tussen hem, de kinderen, enkele jongeren en ons. Dolle pret tussen de ene straatzijde en de andere. In een flits dacht ik aan onze sneeuwballengevechten van vroeger waar mijn praktisch ingestelde broers mij altijd de functie van sneeuwballenmaakster toebedeelden. Nu, dat verleden speelt, me nog steeds parten bij het treffen van mijn doelwit.. meestal ver ernaast, maar gisteravond in elk geval niet..

Snovum Godum!!!! Happy new year!

Anna Maria Brassé



c o l u m n



HEER BEWAAR ONS

Is er ook collectieve preventie tegen ongewenste kennis? In de krant lezen we dat Myriad Genetics, een Amerikaans bedrijf, voor 2400 dollar een DNA-test op de markt brengt waarmee mutaties in de genen BRCA 1 en 2 kunnen worden opgespoord. Deze houden verband met erfelijke eierstok- en borstkanker.

Wat een uitkomst! Vrouwen met erfelijke vormen van deze kanker in de familie kunnen nu te weten komen of ze ook meer risico op deze vormen van kanker lopen. Dan kunnen ze daar maatregelen tegen nemen.

Maatregelen nemen? Nu ja, intensieve controles, of het preventief wegnemen van eierstokken of borsten.

Goeiemorgen, preventieve amputatie van nog gezonde lichaamsdelen! Dat gebeurt dus al. Of is het nog maar alleen een nachtmerrie?

Is er ook preventie tegen dit soort preventie?

Tot voor kort was behandeling een term voor het tegengaan van een aanwézige gezondheidskwaal. Bij preventie hadden we het voorkomen van schade aan lijf en leden in gedachten. We kunnen dat toch wel eenvoudig houden? Preventie is voorlichten en inenten, en misschien wel een beetje medicatie. Behandelen is desnoods amputatie van een ziek orgaan. Je wordt al pissig van die exploitatie van menselijke angsten. Het irriteert al zo dat die kanker als monocausaal wordt voorgesteld doordat er voor de erfelijke factor testen zijn te ontwerpen. Maar dit...

In de Amerikaans-Vietnamese oorlog werd een dorp weggebombardeerd om het te redden van het communisme. Daár doet 'preventieve amputatie' aan denken. Geneeskunde is oorlog en dit is de tactiek van verschroeiende aarde.

Zouden de vrouwen die in defamilie deze kanker hebben, echt geholpen zijn met de test, vraag je je, weer rustig geworden, af. Misschien moet je wel een beetje wennen aan de verdere medische ontginning van de lichaamsmarkt. Niet gelijk zo misprijzend reageren. Nuchter nadenken, rationeel analyseren:

1. Niet alle van de honderden mutaties in deze genen kunnen de kans verhogen. Er zijn dus vrouwen die 'mutatie-

positief' worden bevonden en niettemin nodeloos ongerust worden.

2. De mutaties die wel in verband staan met de tumoren leiden niet altijd tot kanker. Dus van de vrouwen die positief op gevaarlijke mutaties worden bevonden en zich aan de chirurgische preventie onterwerpen, had een aantal ongeopereerd kunnen blijven.
3. De afwezigheid van mutaties zegt nog niet dat geteste vrouwen geen eierstok- of borstkanker krijgen. Er zijn dus vrouwen die uiteindelijk onterecht gerustgesteld worden en daardoor wellicht te laat naar een dokter stappen met kanker en als gevolg daarvan te maken krijgen met curatieve verwijdering van een borst of eierstok.
4. Voorts is het zo, dat deze test, evenals iedere andere, een zekere mate van onbetrouwbaarheid moet hebben. Een percentage van de resultaten is vals-positief. De test geeft aan dat er mutaties zijn, terwijl die er niet zijn. Nodeloze ongerustheid kan dan helaas tot nodeloze amputatie leiden.
5. Een percentage andere testresultaten is vals-negatief. De test geeft dan ten onrechte aan dat er geen mutaties zijn. Een deel van de opgeluchte vrouwen ontwikkelt helaas toch de betreffende kanker, merken het misschien te laat, enzovoort.

Bij deze optelling komen natuurlijk nog de toevallige slachtoffers van complicaties van de test en van de mogelijk onnodige operatie.

Nu stellen we ons een controlegroep voor van vrouwen uit dezelfde families. Ze weten van geen test, en laten zich dus regelmatig nakijken. Als bij hen een tumor wordt gevonden, dan zal dat in een deel van de gevallen (maar niet alle, want er zijn ook sparende behandelingen) een amputatie opleveren.

Zou het aantal geopereerde vrouwen in deze controlegroep nu hoger zijn dan in de eerste?

Je weet het niet.

Maar ik zou er geen lichaamsdeel onder willen verwerpen.

Hans Tenwolde

THUISZORG UIT HET DEFENSIEF

Gerard Goudriaan en Martien Bouwmans

Thuiszorg? Dat is treurnis, problemen, onderwaardering, stress, zorgelijke ontwikkeling. Dat is bedrijfskundige nieuwspraak van zorgvreemde managers. Waar zijn de positieve associaties gebleven die we bij dit begrip hadden? Wat is er over van het elan waarmee tien jaar geleden nog invulling werd gezocht van het idee om mensen zo lang en goed mogelijk thuis zorg te verlenen?

De balans opmakend is er in ieder geval deze conclusie: het is hoog tijd dat de thuiszorg uit de verdediging komt. Niet meer tobben over het verkeerde beeld, externe prioriteiten stellen.

Thuiszorg is een begrip dat regelmatig van betekenis verandert. Op het eind van de jaren tachtig stond thuiszorg voor alle zorg die nodig is om mensen in staat te stellen zo lang en zo goed mogelijk thuis te kunnen wonen. Nu is het begrip thuiszorg verengd tot een voorziening: de zorg die verleend wordt door instellingen voor gezinsverzorging, al dan niet gefuseerd met het kraaiwerk.

De associatie die met het begrip gelegd wordt is (hierdoor?) ook veranderd. Thuiszorg was jarenlang een mobiliserend concept dat de associatie opriep van een dynamische beweging van waaruit, op een creatieve wijze het zwaartepunt van de gezondheidszorg werd verlegd van intra- naar extramuraal. Met de introductie van het begrip thuiszorg kreeg de substitutiedachte een andere inhoud. Het was niet alleen meer het remmen van de verwijzing van huisarts naar specialist, het ging nu ook om het creëren van opvangmogelijkheden thuis om intramurale opname te voorkomen of uit te stellen. Bevordering van de thuiszorg werd de nieuwe substitutielokroep. De inzet werd om 'instellingsvervangende zorg' mogelijk te maken. Kortom, er hing om thuiszorg een prettige geur van emancipatie en vernieuwing.

Het zou interessant zijn te onderzoeken hoe het gekomen is dat het brede en vernieuwing-implicerende begrip thuiszorg zo snel en bijna zo vanzelfsprekend is ingeruild voor thuiszorg als voorziening voor thuiszorg. Bij deze nieuwe betekenis heeft thuiszorg zijn positieve associaties met vernieuwing en creativiteit ingeruild voor overwegend gevoelens van ellende en treurnis. De thuiszorg komt over als een proble-

matische sector die in het defensief is gedrongen, die uit geldgebrek geen enkele vernieuwing kan entameren en zich niet kan bevrijden van het 'gebrekig-management -en-sterre-bureaucratie-imago'.

Illustratief hiervoor is het lijstje van op de thuiszorg geprojecteerde kwalen dat Klein, manager zorginkoop van NUTS Verzekeringen, in 1995 presenteerde (1):

-
- bureaucratisch: veel formularia en trage besluitvorming;
- intern gericht: niet de klant, maar de organisatie staat centraal;
- veel overhead;
- een *black box*, die slechts met veel moeite zichtbaar kan maken, hoe er gewerkt wordt;
- duur - je kunt de thuiszorg maar beter niet afrekenen op de geleverde prestaties;
- te weinig ondernemingszin - de kansen die er voor de thuiszorginstellingen liggen worden niet of te weinig gepakt;
- slecht imago - 'thuiszorgorganisaties die wachtlijsten aanleggen en hun klanten slecht informeren over de wachttijd en de wijze, waarop prioriteiten worden gesteld verliezen het vertrouwen van klanten en zorgverzekeraars'.

lobben

Klein constateert terecht dat de defensieve en vaak verongelijkte reacties van de koepel van de thuiszorg (LVT) en van thuiszorgdirecteuren vaak contra-productief werken. Berichten over wachtlijsten en bezuinigingen hebben het beeld van de thuiszorg de afgelopen jaren volledig bepaald: een sector die met de gegeven middelen niet toe kan

komen en een beeld oproept dat 'verheffing van de sector' alleen via extra financiële injecties mogelijk is.

De vraag die binnen de thuiszorg veel gesteld wordt, maar die het zorgelijke imago alleen maar versterkt, is in hoeverre deze beelden en projecties terecht zijn. De vraag zou veel meer moeten zijn, hoe je van dat tobberige image afkomt. Voordat we antwoord op deze vraag geven, ontkomen we er toch niet aan te kijken wat de sector de afgelopen jaren over zich heen heeft gekregen.

Allereerst is er veel energie gaan zitten in het door de landelijke overheid in 1990 in gang gezette fusieproces. In ongeveer 75 procent van de werkgebieden is dit gerealiseerd. Maar fusie en integratie zijn niet hetzelfde. Na de 'juridische' fusie kan het jaren duren voordat integratie op de werkvloer daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Het is zonder meer waar dat hierin veel tijd en moeite is gaan zitten.

Wat veel kwaad bloed bij de thuiszorg heeft gezet is het bij voorbaat door de overheid weghalen van een deel van de financiële integratiewinst (een bedrag van f 100 miljoen). Uit een in 1993 gehouden evaluatie bleek dat er tot dat jaar geen integratiewinst geboekt werd, noch inhoudelijk, noch in de kosten (2).

De fusieperikelen en de door de overheid toegeëigende voorschotjes op fusiewinsten hebben de thuiszorg duidelijk onder druk gezet. Ook de door de overheid geëntameerde marktwerking in de thuiszorg heeft hieraan bijgedragen. Uitermate frustrerend voor de reguliere thuiszorg was de oneigenlijke concurrentie van particuliere thuiszorgbureaus. De CAO omzeilend haalden die 'de krenten uit de pap' van de zorgvraag.

Ten slotte is er de stijgende vraag naar thuiszorg. De vergrijzing is hier debet aan, maar ook de verdergaande verkorting van de ligduur in ziekenhuizen en de tanende belangstelling voor verzorgingshuizen (3). Volgens het in oktober 1996 verschenen rapport *Gezondheidszorg in tel* is de komende jaren f 140 miljoen nodig om de vraag naar thuiszorg op te vangen. Het bedrag van f 75 miljoen, dat door het kabinet extra voor

1997 is uitgetrokken schiet daarvoor te kort.

Het lijkt geen twijfel dat deze maatregelen en factoren het de thuiszorgdirecteuren er niet gemakkelijker op hebben gemaakt. Toch blijft het allesoverheersende beeld van de thuiszorg dat van interne gerichtheid, stuuloosheid en het mede daardoor niet stellen van extern gerichte, inhoudelijke prioriteiten. Om van dit beeld af te komen is een meer inhoudelijke houding van de thuiszorg gewenst, die ook meer aansluit bij het enthousiasmerende en vernieuwende imago dat de thuiszorgbeweging een aantal jaren geleden had. Om met Klein (1) te spreken: 'Niet blijven ontkijken en verkondigen dat de thuiszorg zulk onmisbaar werk aflevert en daarmee verongelijkt vanuit het defensief reageren op overheidsmaatregelen en prikkels die zorgverzekeraars uitdelen'.

Vraaggericht

Er zijn veel zaken die om een alerte, inhoudelijke, extern gerichte opstelling van de thuiszorg vragen.

Vermoedelijk de belangrijkste uitdaging voor de thuiszorg van de toekomst is het vormgeven aan de steeds luider wordende roep om vraaggerichte zorg van een groter wordende groep van mondige cliënten. Deze groep zal tegenover het aanbod van thuiszorg een krachtige positie innemen. Beter opgeleid dan vroeger, kritischer en met eigen financieringsmogelijkheden zullen zij de zorg vragen die past bij hun specifieke wensen en behoeften.

Iedereen lijkt het erover eens dat de thuiszorg meer vraaggericht moet worden. Hoe deze mooie woorden werkelijkheid moeten worden is echter de grote vraag. Het slechts op papier uitspreken van de intentie om vraaggericht te gaan werken, om zorg op maat te geven, om vraaggestuurde zorg te leveren, zal snel als optisch bedrog doorzien worden. Wat nodig is, is het starten van een invoeringstraject waarin op goed doordachte en systematische wijze gewerkt wordt aan het omsmeden van het bestaande, veelal op de interne logica van de organisatie gebaseerde aanbod tot een op de behoeften van de cliënt afgestemd aanbod.

Daar is allemaal niet gemakkelijk. Daarvoor is een omvangrijk vernieuwingsproces nodig en zal er nog diepgaand en systematisch nagedacht moeten worden over de vraag hoe de thuiszorg dat op de zorgvraag afgestemd aanbod kan creëren en leveren. Interessante eerste gedachten hierover brengt Dokter in

haar artikel 'Ontwikkelingen in het aanbod' naar voren (4). Zij noemt een aantal punten dat minimaal nodig is om dat vernieuwingsproces richting vraaggerichtheid gestalte te geven.

Allereerst moet er zowel een positieve grondhouding bij de zorgverlener zijn als een systematisch motiverend managementconcept bij de organisatie. Is er de juiste sfeer, cultuur, identiteit in de organisatie en bestaat er een juiste houding en mentaliteit bij de medewerkers? Dokter komt tot de harde conclusie dat als medewerkers niet in de bevordering van vraaggerichtheid geïnteresseerd zijn, het onrealistisch is een goed resultaat te verwachten.

Een ander vereiste is dat het vernieuwingsproces een permanent proces is waarvoor structurele aandacht moet zijn binnen de organisatie. 'Het sorteert dan vaak meer effect om cultuur en attitudes te veranderen dan om kant en klare nieuwe werkmethodieken te introduceren' (pag.25).

Een belangrijke factor is natuurlijk ook het raadplegen van de klant. Her en der vinden nu al cliëntenraadplegingen plaats. Het grote probleem daarbij is echter de aansluiting van de resultaten van de raadpleging op het primaire proces. Het is dan ook nodig om de cliëntenraadpleging in te bedden in het bovengenoemde permanente proces van motivering en vernieuwing. Dan is het ook pas mogelijk en zinvol om op basis van de op te zetten cliëntenraadplegingen verbeterprogramma's te formuleren.

Een ander belangrijk en ingrijpend punt is het aanpassen van de organisatie. Om tot implementatie van vraaggerichtheid te komen is volgens Dokter verandering van de werkzaamheden in de gehele organisatie en aanpassing van de organisatiestructuur nodig. Deze zou vooral gezocht moeten worden in een decentralisatieproces, waarin het management veel overlaat aan 'productie-eenheden' aan de basis. Hieraan zou toegevoegd kunnen worden de noodzaak van een 'management-developmentprogramma' gericht op het recruterend van nieuw management uit de eigen organisatie. Veel van de huidige managers zijn van buitenaf aangetrokken en hebben te weinig aansluiting op en voeling met de werkvloer.

Een laatste punt is het werken aan het benodigde 'human capita!'. Het personeel van hoog tot laag moet bereid en in staat zijn de ingrijpende veranderingen die bij vraaggericht werken horen, aan te gaan. Algemene programma's voor deskundigheidsbevordering, ge-

richt op het toepassen van vraaggerichtheid zijn daarom van essentieel belang.

Mantelzorg

Een ander uitdagend en onontgonnen terrein is het werken met de mantelzorg (5). Ook op dit gebied is een 'cultuuromslag' (met excuses aan Van Kooten en De Bie) binnen de thuiszorg vereist. Bij het werken met de mantelzorg gaat het om twee zaken: het hanteren van een ander hulpverleningsconcept en het inzicht hebben in de complexe processen die zich rond de mantelzorg af kunnen spelen.

In het hulpverleningsconcept van veel zorgverleners en instellingen overheerst de patiëntgerichte benadering. Binnen dat model ziet men zelden de problemen en vragen van mantelzorgers als een belangrijk onderdeel van de hulpverlening. Toch zijn die waarschijnlijk net zo belangrijk als die van de zorgvrager. De patiëntgerichte benadering moet plaats maken voor een benadering waarbij niet alleen de behoeften van de zorgvrager, maar ook die van zijn mantelzorg worden betrokken. Deze benadering kan men systeemgericht noemen: zowel de zorgvrager als de mantelzorg en eventuele anderen zijn daarbij het object van interventie. Het behoort dan tot het takenpakket van de beroepskracht om ondersteuning te bieden bij de problemen die mantelzorgers ervaren. De activiteiten van de beroepskracht zijn er op gericht om te voorkomen dat de mantelzorg vastloopt. In dat kader is de beroepskracht alert op signalen die kunnen wijzen op problemen bij de mantelzorg. In het ideale geval wordt dan met de mantelzorg gezocht naar oplossingen voor de problemen, waaraan eventueel de beroepskracht ook een bijdrage kan leveren (Van der Pas, pag.10) (6).

Het inzicht hebben in de complexe processen die zich rond de mantelzorg af kunnen spelen, is een ander aspect van de cultuuromslag. Auteurs als De Been e.a., Van der Pas en Morée hebben laten zien hoe ingrijpend in het zorgproces de driehoeksrelatie tussen zorgvrager, mantelzorg en beroepskracht kan zijn (6). De beroepskracht moet hierbij kunnen laveren tussen de verschillende belangen.

Gezien het belang van de mantelzorg in het geheel van de zorg aan huis, zou het voor instellingen voor thuiszorg een uitdaging moeten betekenen om een adequaat mantelzorgbeleid op te zetten. Een instellingsbeleid dat het belang van de mantelzorg erkent en hier voor de zorgverlening consequenties aan ver-

bindt, is vanzelfsprekend binnen de huidige mogelijkheden niet gemakkelijk te realiseren. Toch is het noodzakelijk.

Persoonsgebonden budget

Van meet af aan heeft de LVT zich vere gehouden van het persoonsgebonden budget (PGB). Bij het opstellen van de regeling in de Ziekenfondsraad eisten men voor de thuiszorg geen enkele rol op. Dat paste in het toberlige imago: het PGB was immers uitsluitend ontstaan als gevolg van kritiek op het functioneren van de reguliere thuiszorg! Er is echter geen reden om deze nieuwe ontwikkeling links te laten liggen. Nu de eerste ervaringen met de regeling uitwijzen dat op het gebied van het kwaliteitsniveau van de in het kader van het PGB werkende hulpverleners nogal wat af te dingen valt, zou dat alleen al aanleiding kunnen zijn tot een actievere opstelling. Een op toekomstige ontwikkelingen inspelende thuiszorg kan bijvoorbeeld een 'pool' creëren van werknemers die in het kader van het PGB hulp willen verlenen en waaruit cliënten vrijelijk kunnen putten. Ook kunnen eenvoudige kwaliteitsbevorderende cursussen aangeboden worden voor hulpverleners van PGB-cliënten. Er zijn ook verderstreckende, andere taken voor de thuiszorg denkbaar; daarvoor zou de huidige regeling PGB echter ingrijpend gewijzigd moeten worden. Daar is reden toe, want de bureaucratische rompslomp wordt algemeen als fnuikend ervaren. Onder handhaving van de belangrijkste elementen van consumenten-sovereiniteit (de cliënt zoekt zijn eigen hulpverlener uit, maakt daarmee afspraken over aantal uren en werktijdstoppen) zou de thuiszorgorganisatie zich op het gebied van de administratie een rol kunnen toemeten. Denkbaar is dat een door een budget-cliënt uitgezochte hulpverlener zich aan kan melden bij een thuiszorgorganisatie om daar vervolgens in de salarisadministratie te worden opgenomen. Daarmee is de 'werkgeversfunctie' afgehandeld, en de bescherming van de hulpverlener (de salarisadministratie werkt binnen de CAO-thuiszorg) geregeld. Het betreft hier pure administratie; aparte 'verenigingen' worden overbodig, de cliënt houdt de volledige zeggenschap. Het is zaak daarvoor vanuit de thuiszorg voorstellen te ontwikkelen en steun onder andere betrokken partijen (patiënten, vakbonden) te mobiliseren.

Verzorgen is een vak

Een volgend programmapunt is het opkrikken van het deskundigheidsniveau voor de werknemers van thuiszorgorganisaties, met name verzorgenden.

De financiële problemen waarin de instellingen verkeren, worden vaak 'opgelost' door duurdere arbeidskrachten te vervangen door goedkopere en door weinig of geen inhoudelijke ondersteuning en scholing aan hun werknemers te verstrekken. Feit is dat een aantal ontwikkelingen er toe leidt dat de onderkant van de zorg naar beneden wordt bijgesteld, waardoor er een beroepsomschrijving zou kunnen komen die nauwelijks of geen kwaliteitseisen aan verzorgenden stelt. Zo kunnen door de financiële problemen in de thuiszorg instellingen gemakkelijk in de verleiding komen om het minimumniveau van de beroepsuitoefening te verlagen. Het inzetten in de thuiszorg van langdurige werklozen zonder opleiding (Melkert-banen) versterkt de suggestie dat iedereen dit werk kan uitvoeren.

In dit soort ontwikkelingen schuilt een miskenning van het minimumniveau dat vereist is om een behoorlijke versterking van de zorg aan huis te kunnen leveren. Gelukkig dringt het besef in steeds sterkere mate door dat het bieden van deze zorg op een kwalitatief verantwoord niveau een belangrijke uitdaging is, die door de thuiszorgorganisaties niet genegeerd kan en mag worden. Deze opvatting wordt ondersteund door een tweetal rapporten (7). Het rapport van de Commissie Verzorging, 'Zorg voor zorg', stelt dat verzorgen een beroep is met specifieke kenmerken dat eisen stelt aan beroepsbeoefenaren en neemt afstand van de opvatting dat verzorging iets is dat iedereen zomaar kan doen.

De beroepsvereniging Sting en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn ontwikkelden in het basisdocument 'Een dringend beroep; vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverzorging' een referentiekader, waarin de beroepsinhoud van de thuisverzorging is geformuleerd. Met dit document kunnen voorstellen over de toekomst van de thuisverzorging en keuzes binnen de thuiszorgorganisaties beter worden getoetst.

Ondersteuning dagelijks leven

Een laatste terrein waarop de thuiszorg de handschoen op kan nemen, is dat van de lokale ondersteuning van mensen, met name ouderen, die zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen wonen. De kansen tot nu toe zijn echter onvol-

doende benut. Van oudsher is dit een terrein voor de thuiszorg geweest, maar sinds een aantal jaren is hier een domeinstrijd ontstaan, waarin - om het voorzichtige uit te drukken - de thuiszorg niet aan de winnende hand is en waarin verzorgingshuizen het gat hebben gevuld dat de thuiszorg liet vallen.

'Intramurale zorg' blijkt ook heel goed extramuraal te kunnen worden verleend. 'Extramurale zorg' blijkt ook heel goed door verzorgingshuizen te kunnen worden verleend. Het onderscheid intramuraal-extramuraal blijkt minder hard te zijn dan altijd gedacht. De voorlopige uitkomst van dit proces is een tamelijk onontwarbare kluwen van voorzieningen waarbij het extramuraal en het intramuraal domein steeds meer in elkaar zijn opgegaan. Om deze domeinstrijd niet bij voorbaat te verliezen is een heldere visie en positionering van de thuiszorg, waarbij een sterk punt van de thuiszorg -gerichtheid op de zelfstandigheid(-sbevordering) van de cliënt- meer naar voren gebracht kan worden.

In het verlengde van deze domeinstrijd is er nog iets anders aan de hand. Het bevorderen van zelfstandig wonen van mensen met beperkingen vraagt meer dan zorg alleen. Zoals een van ons in 1988 schreef: 'Thuiszorg als oriëntatie is erop gericht dat mensen zich zo lang en zo goed mogelijk in hun eigen leef-situatie kunnen handhaven. Dit kan vanzelfsprekend een vraag om professionele zorgvoorzieningen betekenen, dit kan ook meer inhouden: vrijstelling voor en facilitering van informele zorg, thuishandhaving via niet-zorgvoorzieningen (buurtconciërge, maaltijdvoorziening, woningaanpassing) en een maatschappelijke infrastructuur die het thuisleven zo draaglijk mogelijk maakt (buurtwinkel, voorzieningen voor een basisgevoel van veiligheid, mogelijkheid van vervoer)' (8). Nu, acht jaar later zien we een enorme bloei en groei van deze gedachte in bijvoorbeeld Wonen-Plusprojecten (9).

De gedachte van bredere ondersteuning dan alleen vanuit de zorg begint gelukkig steeds meer ingang te vinden. Dat hier echter meer voor nodig is, laten Van Lieshout en Cremers zien in hun missionaire NRC-Handelsbladartikel 'Zonder koerscorrectie loopt de zorg vast' (16-9-1996). 'Aan elk betrokken individu moet een goed gedoseerd, samenhangend pakket van ondersteuning worden geboden. Het kan dan gaan om steun in de vorm van (aangepast) wonen, zorg dienstverlening (eten, aangepast vervoer, alarmering) en sociaal-

culturele activiteiten. Op al deze terreinen zijn nu weliswaar voorzieningen, maar ze zijn versnipperd en veelal nauwelijks gecoördineerd. De ondersteuning zal bovendien gegarandeerd moeten worden: wie aan een aantal criteria voldoet, moet erop kunnen rekenen'. Van Lieshout en Cremers komen onder meer om deze reden tot de conclusie dat in het realiseren van een *care-sector* die is opgericht vanuit het ondersteuningsmotief, een belangrijke opdracht ligt voor de bewindslieden. Maar, willen wij eraan toevoegen, niet voor hen alléén. Hier ligt een nieuwe creatieve taak - het ontwikkelen van nieuwe vormen van dienstverlening - voor extern en op de toekomst gerichte thuiszorginstellingen.

Gemotiveerd personeel

Voorstellen opschrijven is gemakkelijk. Ze ter hand nemen, binnen de toch al krappe marges is dat minder. Toch is dat nodig.

Onder politici is een pril begin gemaakt met (financiële) erkenning van de problemen van de thuiszorg. Beter laat dan nooit; ook in Den Haag heeft men te lang gedreven op holle frases over versterking van en substitutie naar de thuiszorg.

Het is zaak dat besef vast te houden. De bereidheid in de politiek om middelen ter beschikking te stellen zou wel eens groter kunnen zijn naarmate financiën gevraagd worden om nieuwe creatieve en zorgvernieuwendende activiteiten op te zetten dan om 'achterstanden weg te werken'.

Om de marktwerking in de thuiszorg in betere banen te leiden, heeft minister Borst aan de particuliere thuiszorgbureaus inmiddels de verplichting opgelegd om de 'volledige hulp' te leveren en de CAO na te leven. Voor de werkgevers in de reguliere thuiszorg zou dat aanleiding moeten zijn nu het defensieve en voor het personeel uiterst demotiverende concept van 'vergaande flexibilisering van de CAO' en de daarmee gepaard gaande verslechtering van de arbeidsomstandigheden en voorwaarden, te verlaten. Veel van de voorstellen die hier gedaan zijn, zijn immers alleen te realiseren met volledige inzet van gemotiveerd personeel. Personeel dat zich betrokken voelt en actief meedenkt over de toekomst die er zonder enige twijfel voor de thuiszorg te winnen valt.

Noten:

1. A.G.R. Klein, Beeldvorming en werkelijkheid in de thuiszorg, in: *Gezondheidszorg en Management*, 1995 nr.5, pag.4.
2. Zie ook R. Huijsman, Integratie in de thuiszorg, vijf jaar fusies tussen gezinsverzorging en kruiswerk, in: *Gezondheidszorg en Management*, 1995 nr.7/8.
3. G. Buijs, Thuiszorg is uit de vuurlinie, in: *Senior*, 1996 nr.11.
4. H. Dokter, Ontwikkelingen in het aanbod, in: H. Dokter, P. van Lieshout en B. Schadée *Zorg aan huis; een stand van zaken*, pag. 13-30, De Tijdstroom, Utrecht, 1996.
5. Het rapport *'Partners in de zorg; thuiszorgorganisaties in gesprek over mantelzorg en vrijwilligers'* van M. Steen-

voorden en M.M. Govaart (NIZW, Utrecht, 1996) laat zien dat mantelzorg een levend thema is voor medewerkers in de thuiszorg, maar dat bij weinig organisaties sprake is van een systematisch beleid op dit punt.

6. Zie:
 - M. de Been e.a., *Professionele zorg en mantelzorg: ondersteuning en samenwerking*, Leiden, 1996.
 - F. van der Pas, *Handleiding themabijeenkomst mantelzorg en thuiszorg*, NIZW, Utrecht, 1995.
 - M. Morée, De januskop van de mantelzorg, in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1996 nr. 4.
7. Commissie Verzorging, *Zorg voor Zorg*, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht, 1995.
 - F. van Amelsvoort en G. Goudriaan, *Een dringend beroep; vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverzorging*, in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, Utrecht 1996. (Te bestellen bij NIZW 030-2306607).
8. G. Goudriaan, *Thuiszorg tussen de lijnen*, Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Den Haag, 1988, pag. 46-47.
9. Zie voor een beschrijving van een dergelijk project in Amsterdam: B. Lammers, Wonen-Plus, *Zelfstandig wonen met eenvoudige middelen*, In: *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 1996 nr. 3.

Gerard Goudriaan is werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn NIZWen bij het adviesbureau Public Health Consultants.

Martien Bouwmans is beleidsmedewerker gezondheidszorg bij de FNV

BUITENLANDSE BERICHTEN

Joost van der Meer



DE COC EN DE GEVANGENE

Van januari tot maart 1993 waarde de meningococ, de verwekker van nekkramp (hersenvliesontsteking) rond in Los Angeles County, Californië. Nekkramp is een ernstige en besmettelijke ziekte, die niet zelden restverschijnselen na genezing geeft -doofheid bijvoorbeeld- en in zo'n 14% van de gevallen tot de dood leidt. 54 gevallen werden er in deze relatief korte periode geconstateerd waarvan 9 onder gedetineerden in één van de 9 gevangenissen die LA rijk is. 9 gevallen van nekkramp is bijzonder veel op een bevolking van ruim 22.000 (voornamelijk) mannen; in de rest van de miljoenstad waren immers 'slechts' 45 gevallen geconstateerd, terwijl bovendien in voorgaande jaren nekkramp in de gevangenis niet of nauwelijks voorkwam.

Los Angeles -de naam ten spijt- is niet de hemel op aarde, zo weten we inmiddels uit de kranten. Er zijn veel problemen, waarvan de criminaliteit zeker niet de minste is. De gevangenissen zitten dan ook overvol. Het aantal gedetineerden is in 10 jaar tijd verdubbeld en de capaciteit van de gevangenissen was in 1993 met zo'n 40 procent overschreden. Hoewel nekkramp wel vaker voorkwam in Los Angeles tijdens de winter en het vroege voorjaar, was het cijfer in 1993 hoger dan in voorgaande jaren.

Een aantal specialisten op het gebied van infectieziekten combineerde dit gegeven met het uitzonderlijk hoge aantal gevallen in de gevangenissen, en vroeg zich af of er geen link was tussen de hersenvliesontsteking in de algemene bevolking en de hersenvliesontsteking in de gevangenis. Overigens waren de onderzoekers mede op het spoor gezet doordat 12 patiënten zelf hadden aangegeven de ziekte te hebben opgelopen kort nadat ze contact hadden gehad met iemand die net uit de gevangenis was vrijgekomen.

De onderzoekers gingen op meningococcenjacht en trokken de wijken in voor nader onderzoek. Daarvoor zochten ze contact met alle niet-gedetioneerde patiënten. Ze ondervroegen de patiënten over direct of indirect contact met personen uit de gevangenis, waaronder ook het bewakend personeel werd verstaan. Verder werd naar een aantal bekende risicofactoren voor het oplopen van nekkramp gevraagd, zoals roken, verkoudheid en 'crowding' (met veel mensen één woonruimte delen). Iedere patiënt werd op de genoemde aspecten vergeleken met twee controlepersonen uit dezelfde buurt van dezelfde leeftijd en ethnische achtergrond. De bevindingen waren verbluffend. De bekende risicofactoren bleken weliswaar een iets verhoogde kans op hersenvliesontsteking te geven, maar dit was een lachertje in vergelijking met indirect contact met iemand uit de gevangenis als risicofactor: 45% van de patiënten rapporteerden dit, tegen slechts 7% van de controlepersonen.

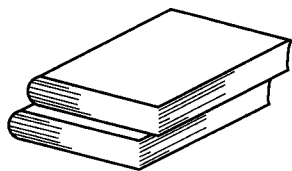
In een apart onderzoek keken de infectiespecialisten nog naar dragerschap van de meningococ: er moesten immers mensen geweest zijn die niet ziek waren, maar die wel de verwekker bij zich hadden gehad en deze hadden verspreid. Het dragerschap werd onderzocht onder ontslagen gedetineerden, nieuw binnengekomen gedetineerden, gevangenispersonnel en de algemene bevolking. Ook hier waren de resultaten glashelder: het percentage dragerschap was het grootst onder de ontslagen gedetineerden, 19%. Daarna volgden de nieuw binnengekomen gedetineerden met een percentage van 17% (van wie degenen die eerder hadden gezeten een grotere kans op dragerschap hadden, namelijk 21%). De bewaarders (3%) en de algemene bevolking (1%) sloten de rij.

De ziekte werd dus overgedragen van

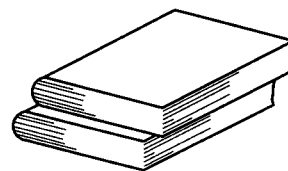
uit de gevangenis naar buiten. De onderzoekers wijten de grote kans om de meningococ in de nor op te lopen aan de gevangenis zelf, en niet aan andere risicofactoren die in grotere mate aanwezig kunnen zijn onder gedetineerden dan onder de algemene bevolking, zoals de al eerder genoemde te krappe huisvesting of roken. Zij baseren zich hierbij op de grote percentages dragers onder degenen die net ontslagen waren uit de gevangenis, alsmede onder degenen die ooit al een straf hadden uitgezeten. De slechte leefomstandigheden van de gevangenen zijn de boosdoener; bewaarders hebben weliswaar een licht verhoogde kans om drager te worden, maar dat haalt het niet bij het risico dat een gedetineerde loopt. Door de overbezetting zitten gedetineerden dicht op elkaars lip. Nauwkeurig napluizen van alle ziektegeschiedenissen leerde dat tenminste twee gevallen ontstonden bij mannen die in dezelfde slaapzaal van 70 man sliepen. Als dat geen crowding is...

Omdat gedetineerden arm en laag opgeleid zijn, hebben zij naast een verhoogde kans om een ziekte op te lopen ook onvoldoende toegang tot de gezondheidszorg als zij hun straf erop heben zitten. Zo blijven zij dus, besmet en al, doorlopen. Het uitbreken van een ernstige infectieziekte onder gevangenen met gevolgen voor de algemene bevolking is dan ook geen incident; het is de laatste jaren vaker voorgekomen in de VS, onder andere met betrekking tot tbc.

De onderzoekers bevelen aan om maatregelen te nemen tegen de overbezetting van gevangenissen. Dat kan heel effectief zijn: uit eerdere ervaringen in het leger bleek dat bij een bed-afstand van 15 cm hersenvliesontsteking uitbrak, terwijl het vergroten van die afstand tot 90 cm de besmetting al tegenging. Ook houden de onderzoekers een pleidooi voor het verbeteren van de ge-



boeken



SURINAMERS EN INCEST

Usha Mahré is een jonge vrouw van Surinaams-Hindostaanse afkomst. In 1990 vluchtte ze naar Nederland toen ze in gevaar kwam door haar werk als journaliste tijdens de militaire overheersing. Na haar gedwongen verhuizing zette ze haar carrière in de journalistiek voort. *Tapu sjén, Bedek je schande* is haar eerste boek en gaat over Surinamers en incest. Ze is zelf aan incest onderworpen geweest en onthult in haar 'Aanleiding' dat incestpraktijken al zeventig jaar in haar familie gaande waren. Ze maakte dit bekend in 1993 in een interview in *Vrij Nederland*. Over dit interview schreef ze: '...ik besepte dat ik de eerste was die na zeventig jaar wel had durven praten. Dat het niet meer mijn verhaal is, maar ook hun verhaal'. Volgens haar zou dit niet gebeurd zijn als vrouwen hierover durven te praten. Door het schrijven van dit boek wil ze de *Tapu-sjen-code* doorbreken. 'Er zal pas een eind aan komen als de beschermende muur van stilzwijgen rondom de verkrachter steen voor steen afgebroken wordt.'

Het eerste deel van het boek is een raamwerk waarin de relatie tussen seksueel geweld en machtsmisbruik wordt uiteengezet. Vervolgens toont ze aan hoe door een geschiedenis van kolonialisatie, slavernij en contractarbeid de Surinaamse vrouw 'gewend' is geraakt aan onderdrukking en uitbuiting. De beknopte geschiedenis spant een doek waarop ze de gruwelijkheden van haar eigen geschiedenis schildert. Vrij snel wordt het je duidelijk dat deze vrouw geen doekjes om de zaken windt. Ze voert je in alledaagse taal mee naar haar fysieke en psychologische werelden die ze haarscherp ziet en analyseert, pijnlijk ondergaat en liefdevol herordent.

Zo vertelt ze op nuchtere toon over een zus van haar moeder: 'Deze tante was zo bang van haar vader en zijn broertje, dat ze soms 's nachts op de begraafplaats Jacobsrust op een grafsteen ging slapen, de enige plek waar *nana* (de opa van Usha, V.B.) te bang was om te komen. Ze was pas zeven jaar toen ze haar toevlucht tot deze methode zocht.'

Ze ging op haar zestiende het huis uit en kreeg op die leeftijd haar eerste kind van een niet-hindoestaanse man, wat toen in mijn familie ongehoord was. Ze heeft geen van haar beide kinderen zelf grootgebracht, daar was ze geestelijk niet toe in staat, omdat ze innerlijk nog zelf een kind was en de verantwoordelijkheid niet kon dragen.'

Usha houdt geen veilige afstand van zichzelf door te theoretiseren over incest. Ik besepte pas veel later waarom ik dit boek aan één stuk door had kunnen uitlezen. Bij het lezen van een persoonlijke geschiedenis van zo een pijnlijke aard, zet ik me meestal schrap. Maar door de kracht van Usha's moed en kwetsbaarheid weet je vanaf de eerste pagina's dat je te maken krijgt met een vrouw die haar pijn draaglijk heeft gemaakt, dus ook voor de lezer.

'Hoe kan ik mijn mond houden? Als ik dat zou doen, zou ik ook mezelf ontkennen ... Het zou makkelijker zijn geweest (...) om het destructieve patroon voort te zetten, om niet na te denken over de kwaliteit van mijn leven. Maar ik kan dat niet.'

Usha was vastbesloten om, zoals ze zelf zegt, haar '*ondrafeni*' (ondervinding, ervaring) met '*sabiso*' (kennis) te verenigen. Ik werd niet geconfronteerd met de knagende machteloosheid die ik vaak voel als onverwerkte pijn vorm krijgt in opgeheven vingers of agressie naar de agressor. En toch merkte ik dat ik het goed vond om wakker geschud te worden door de verhalen van acht andere vrouwen. Nadat Usha haar verhaal in vergiffenis eindigt, komen meteen daarna vrouwen aan het woord die allemaal in verschillende stadia van een incestverwerkingproces verkeren. Hierdoor werd ik herinnerd aan de hoeveelheid werk die nog te verzetten is in de voorlichting over, de preventie en behandeling van incest-traumata.

Voor mij ligt de kracht van *Tapu sjén, Bedek je schande* in het persoonlijke van het boek. Usha maakt gebruik van de orale traditie waaraan de culturen van haar land rijk zijn. Op verhalende wijze beschrijft ze openhartig haar ei-

gen leven thuis, de sociale, economische en familiegeschiedenis van haar voorouders en de incestpraktijken die daarin voorkwamen. Ze voert haar scherpe sociaal-culturele analyses uit, en zonder omhaal of jargon brengt ze incestsymptomen en individuele levensomstandigheden van incestslactoffers met elkaar in verband. Ze vertelt over de tijd waarin een geliefde terug ging naar Nederland: 'Ik voelde me in de steek gelaten ... mijn moeder stotte zich na zijn vertrek op mij en vervloekte mij en al mijn toekomstige kinderen en kleinkinderen regelmatig. Ik had haar schande gegeven ... Dat ik vriendjes had en omging met Creoolse mensen, beviel de meeste mannelijke familieleden niet. Ik vond ze vooringenomen en hypocriet....Vanaf toen kreeg ik enorme concentratieproblemen op school... Ik voelde me van binnen leeg en hol... Met mijn huidige kennis van zaken kan ik stellen dat ik die twee jaren erg depressief was ... toen omschreef ik het voor mezelf als: "de energie had me verlaten."' '

Volgens mij is dit de eerste keer dat een Surinaamse vrouw van Hindostaanse afkomst over haar incestervaringen schrijft. Er komen acht andere vrouwen aan het woord die wat betreft etnische achtergrond een goede afspiegeling zijn van de Surinaamse cultuur. Behalve Creoolse vrouwen vertellen een andere Hindostaanse vrouw, een Javaanse en een Chinese vrouw hun verhaal. Vooral deze laatste twee maken deel uit van de meer gesloten gemeenschappen die niet vaak gezien worden in de geestelijke gezondheidszorg. Het boek is ook in dit opzicht een grote doorbraak. In Oosterse culturen, waar loyaliteit, aan en bescherming van de familie-eer vaker de prioriteit genieten boven het persoonlijke welzijn van het slachtoffer, hebben deze vrouwen het heft in eigen handen genomen. Ze stonden zichzelf het spreken toe om zo steen voor steen de *Tapu-sjen-code* rondom hun incestervaringen af te breken en hun persoonlijke kracht terug te vorderen.

Om verschillende redenen is het boek een grote aanwinst in de literatuur. Het

boek is geschreven op een manier en in een stijl die het makkelijk toegankelijk maken. Ik kan het dus aan wie dan ook aanraden, onafhankelijk van hun haar of zijn opleidingsniveau. Ook voor transculturele therapeuten die zich bezighouden met incestverwerking, is het boek een grote aanwinst. Het geeft een intiem beeld van de individuele belevingswereld van incestslachtoffers uit vier verschillende etnische groepen, en van hun culturele achtergrond, van hun familiesystemen en -structuren, hun normen en ongeschreven culturele codes.

Vanessa Baksh, arbeids- en organisatiepsycholoog.

Usha Mahré, *Tapu Sjén, Bedek je schande - Surinamers en incest*, Van Gennep, Amsterdam 1996, f 36,90

SOCIALE HULP ALS KERNTAAK

In twee achterstandswijken in Manchester werden werkers uit het welzijnswerk en de gezondheidszorg geïnterviewd over en gevolgd bij hun werk. Het resultaat staat in *Health & Social Care 2*, tien interessante pagina's onder de kop *Contradictions of support and self-help*. Hoe zien werkers hun rol ten opzichte van gezinnen met kleine kinderen en hoe analyseren zij de situatie? De meeste werkers geven aan dat armoede als structureel probleem het welzijn van de kinderen negatief beïnvloedt. De armoede zelf is echter niet hun werkterrein en hun aanpak van problemen is vaak gericht op de individuele cliënt. Het kiezen van oplossingen op dat niveau mag voor de hand liggen, het leidt er ook toe dat de analyse van de oorzaak gaat schuiven. 'Armoede, slechte huisvesting, gebrek aan opleiding; als ik het woord opleiding gebruik bedoel ik het in relatie tot de opvoeding, ontwikkeling van kinderen, koken, budgettering. Gebrek aan kennis eigenlijk.'

Armoede op zich is dan niet langer het probleem, maar 'money-management'. Budgetteren is een individuele kunst, weinig geld een structureel gegeven. Werkers beginnen te mopperen over hoe hun cliënten geld verpillen aan sigaretten, taxi's, televisie, video's, en junkfood. Dit is misschien wel de kern van de onderkende problemen van deze gezinnen. Veel nadruk op het budgetteren als oplossing.

ning in algemene zin gaat het om: materiële en praktische hulp, verwijzingen, advies en informatie en het bieden van een luisterend oor. Dat laatste, gekoppeld aan vriendelijke bejegening en beschikbaarheid als vertrouweling, wordt verstaan onder sociale steun. In de interviews vertellen de werkers dat deze steun, hoe belangrijk die ook zij, als eerste geschrapt wordt bij toenemende werkdruk. Sociale steun is het zout in de pap, maar niet beschikbaar in tijden van schaarste. Voor sommigen is dit zeer frustrerend, vooral de verloskundigen ervaren dat, maar velen benadrukken dat het bieden van sociale steun niet echt tot hun taken behoort. Uit de veldwerkaantekeningen blijkt echter dat de werkers voortdurend sociale steun bieden. Ze luisteren naar verhalen waar ze niet voor kwamen, bemiddelen tussen instanties en cliënten, bellen met de huiseigenaar over achterstallige reparaties en zijn beschikbaar voor vertrouwelijkheid. Geen 'werk', gewoon je betrokkenheid tonen noemen de werkers dat. Het besef de enige te zijn die bij een gezin over de vloer komt, doet werkers zich extra verantwoordelijk voelen.

Het lijkt erop dat werkers hun eigen rol devalueren als gevolg van managementbeslissingen. Discussies over kerntaken - het zal de welzijnssector in Nederland bekend voorkomen - dwingen tot afbakening en specialisatie. De professionalisering van beroepen leidt tot een rationalisering van zorgtaken. Bij het zorgen is de interactie tussen hulpverlener en cliënt van oudsher van wezenlijk belang. Ook in Nederland hoor je een pleidooi voor het erkennen van de harttaken van de gezinszorg en jeaardenhulp. Het dagelijks wassen van iemand leidt tot een intiem contact waarin vertrouwelijke informatie makkelijk wordt uitgewisseld. Doen alsof die uitwisseling niet minstens zo belangrijk is als de wasbeurt is onzinnig. Met strenge registratie en een krappe beschrijving van taken ontkennen werkers eigenlijk een deel van hun werk. Managers moeten beseffen dat ze zo niet de gewenste managementinformatie krijgen.

Ook werkers zelf rationaliseren hun werk. Het nalaten van sociale steun vinden ze om professionele redenen juist. Clinten moeten niet afhankelijk worden van professionals als het gaat om contacten. Helpen is mensen helpen zichzelf te helpen. Professionals kunnen dit doen door cliënten te organiseren of een sociale netwerk te mobiliseren. Omdat ze zelf niet de enige betrokkenen zijn

Tegelijkertijd zeggen werkers zelf veel behoefte te hebben aan sociale steun van collega's en vrienden. Gek genoeg leidt dat niet tot afhankelijkheid maar juist tot beter functioneren. Het blijft de vraag waarom mensen, met een grote behoefte aan hulp, met het zwakste sociale netwerk, self-supportive zouden moeten zijn. Is afhankelijkheid van professionals erger dan van bekenden?

De resultaten van het onderzoek in Manchester zijn ook voor Nederlandse managers en beleidsmakers interessant. Misschien krabben ze nog eens achter hun oren als ze voor de zoveelste keer definiëren wat hun kerntaken en producten zijn.

Ook de uitvoerders kunnen er wat mee, voor hun is het van belang zich te blijven realiseren dat een individuele aanpak niet de analyse van het structurele probleem armoede moet vertroebelen. Niet goed met je geld omgaan is immers een probleem van alle standen; je hebt er meer last van als je maar weinig hebt. Een luisterend oor af en toe is dan wel het minste.

Ingrid van de Vegte, beleidsmedewerker GG & GD Utrecht

Contradictions of support and self-help: views from providers of community health and social services to families with young children, door J. Edwards, BA, Phd en J. Popay, BA, MA verscheen in *Health & Social Care 2*: pp 31 - 40.

Signalementen

Mantelzorg

Zorgen voor mantelzorgers is de titel van een nieuwe brochure van de stichting Dienstverleners Gehandicapten (sDG), het landelijk netwerk van dienstverlenende organisaties voor mensen met functiebeperkingen. De brochure gaat in op ondersteuning van mantelzorg vanuit verschillende invalshoeken (patiëntenorganisatie, organisatie van mantelzorgers, praktische thuiszorg, revalidatie, verpleeghuis, zorgverzekeraar) en knelpunten die daarbij een rol spelen. Daarnaast geeft de brochure concrete handreikingen, die zowel dienstverleners als mantelzorgers in hun dagelijks werk kunnen gebruiken om de mantelzorger te ondersteunen.

Zorgen voor mantelzorgers, handreikingen om mantelzorgers te ondersteunen (55 pagina's); N. Heinsbroek en H. van Tilburg; stichting Dienstverleners Gehandicapten Utrecht. Te bestellen bij de sDG, Postbus 222; 3500 AE Utrecht; tel: 030-2769970, fax: 030-2712892 o.v.v. bestelnummer 96.56. Prijs: f 7,50 (excl. administratie- en verzendkosten).

Herbeoordeling

In het kader van de wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) worden alle mensen die op 1 augustus 1993 een uitkering hadden volgens de WAO of aanverwante wetten en die op dat moment nog geen 50 jaar oud waren, opnieuw beoordeeld volgens nieuwe regels. Het rapport *Het zwaard van Damocles* gaat over de gang van zaken tijdens de herbeoordeling en de mening van verzekeren hierover, de inkomens- en werkpositie van de herbeoordeelden, en de beroepszaken die aangespannen zijn.

Het zwaard van Damocles kan schriftelijk of telefonisch besteld worden bij het Verweij-lonker Instituut, Kromme Nieuwegracht 6, 3512 HG Utrecht, tel: 030-2300799, fax: 030-2300683. Prijs: f 20,00 (excl. verzendkosten).

Trimbos Instituut

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het Neder-

lands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) zijn gefuseerd tot het Trimbos Instituut. De nieuwe organisatie zal in het buitenland de Engelse ondertitel 'Netherlands Institute of Mental Health and Addiction' dragen. Het LOP (Landelijke Ondersteuning Preventie in de geestelijke gezondheidszorg) is ook onderdeel van de nieuwe organisatie. Het Trimbos Instituut is gespecialiseerd in het alom geven van informatie en advies, het doen van onderzoek en het helpen bij verhoging van het peil van het werk en de deskundigheid in de genoemde sectoren.

Het postadres van het Trimbos Instituut wordt: Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel: 030-2971100, fax: 030-2971111.

Werknemers met psychische klachten

De bedrijfsgezondheidszorg kent roerige tijden. Arbodiensten hebben een centrale plaats gekregen in de beoordeling en begeleiding van zieke werknemers. De bedrijfsarts speelt hierin een belangrijke rol: een vroegtijdige en adequate begeleiding van het ziekteproces kan de gevolgen hiervan voor de werknemer beperken. Voor kwaliteitsverbetering in de bedrijfsgezondheidszorg is meer eenheid in handelen van bedrijfsartsen een vereiste. Met name over de begeleiding van werknemers met psychische klachten, zoals overspannenheid, stress en depressiviteit is nog weinig bekend. Het Trimbos Instituut heeft richtlijnen ontwikkeld voor bedrijfsartsen om de sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten te verbeteren. Het geheel is verwerkt in een rapport.

Het rapport Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten omvat 79 pagina's en kost f 24,50. Het is te bestellen bij mw. N. Iansen van het Trimbos Instituut. Tel: 030-2971100.

Geschillencommissie Ziekenhuizen

1 Oktober jl. is het experiment Geschillencommissie Ziekenhuizen van start gegaan. Doel van het experiment is het versterken van de positie van de patiënt

in de gezondheidszorg. Een patiënt zal een schadeclaim altijd eerst met het ziekenhuis moeten bespreken. Pas als men er samen niet uitkomt, kan de zaak aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen worden voorgelegd. De commissie behandelt geschillen over zaak- en persoonschade tot f 7500,- en doet daar een bindende uitspraak over: patiënt en ziekenhuis kunnen dan ook niet in beroep gaan. Zaakschade ontstaat wanneer buiten de schuld van de patiënt in het ziekenhuis persoonlijke bezittingen zoals een bril of een kunstgebit, beschadigen of zoekraken. Persoonschade ontstaat door fouten tijdens de medische behandeling of door bijvoorbeeld falende apparatuur.

Voor meer informatie: Ministerie van VWS, Sir W. Chuchillaan 368, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk, tel: 070-3407911.

Preventie en ouderen

Het preventiebeleid voor ouderen stelt zich ten doel de lichamelijke, geestelijke en sociale vermogens van ouderen te optimaliseren om hen zo lang mogelijk zelfstandig en gezond in het leven te laten staan. Daarvoor zijn interventies nodig zoals vaccinatie, leefstijlbeïnvloeding en vroege opsporing. De NRV heeft voor de twintig belangrijkste gezondheidsproblemen van ouderen na laten gaan wat er aan preventie wordt gedaan, in hoeverre deze systematisch ('programmatisch') kan worden genoemd en hoe men waar nodig tot programmatische preventie kan komen. Op grond daarvan wordt de overheid een aantal adviezen gegeven.

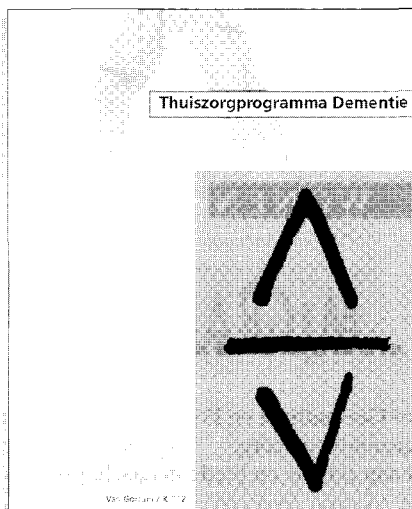
Preventie en ouderen; advies van de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer 1996. Het advies is te bestellen door overmaking van f 25 op girorekening 4062654 t.n.v. de NRV te Zoetermeer onder vermelding van publicatienummer 96/07. Meer informatie: telefoon 079-3687306

Transmurale thuiszorg voor verstandelijk gehandicapten

Bob van Zijderveld, Hillebrand van Zijderveld, Irene de Lange

120 blz. j 29,90 - ISBN 90 232 3234 8
verschijnt maart 1997

Dit boek laat zien hoe het met transmurale thuiszorg voor verstandelijk gehandicapten in ons land gesteld is. Het levert daarmee een bijdrage aan de actuele discussie over de wijze waarop zorg op maat in het gezin verleend kan worden.



Thuiszorgprogramma dementie

Kwaliteits-Instituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing

1997.250 blz. j 99.00 - ISBN 90 232 32542

Deze uitgave biedt praktische uitgangspunten voor de zorg aan tr, Jis:'.Jre'ide dementerenden. In dit programma staat beschreven welke taken en r:~ce-lingen thuis te verwachten zijn. hoe deze moeten worden uitgeve:c e~ cc welk deskundigheidsniveau. Het biedt handvatten om de zorgber,ce"re Te bepalen van de individuele patiënt en de centrale verzorger(s), Tevers ;;;ee~ het achtergrondinformatie over problemen en interventies en besluit "e~ e~ handreikingen over de multidisciplinaire aanpak en organisatie van de zorg.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 0592379555
Fax 0592372064



Bestelbon

W

Naam
Adres
Postcode
Poets
Datum

_____ ex. **Transmurale thuiszorg voor verstandelijk gehandicapten**

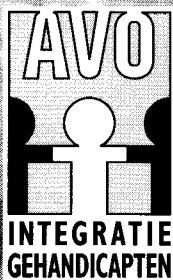
_____ ex. **Thuiszorgprogramma dementie**

D wil graag de nieuwe ccto.çq??. c-fuanger

Deze bon foxen - 0592 37206Ä - : - : - : ongefro- , ~"!"!"!"
envelop zenden aan
VAN GORCUMÄr-.....:jr ~~~"!"! :ç=C VB ~,"r



**DIT ZEGT
NIETS OVER
GEZOND
VERSTAND**



033-753344

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

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID

&

POLITIEK



AIDS

MIGRANTEN

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

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

PROFITEER NU VAN DE KENNISMAKINGSKORTING

wie zich nu met de bestelbon abonneert, ontvangt een korting op het abonnementsgeld, particulieren betalen nu slechts f 70,- (normaal f 80,-) en instellingen f 110,- (normaal f 120,-)

Bestelbon

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

Ja, ik abonneer mij tot wederopzegging op TGP

Naam:

Adres:

Postcode: Woonpl.:

particulier f 80,- NU f 70,-

instelling f 120,- NU f 110,-

Datum: Handtek.: