

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR. 2 / APRIL 1996



Sanadome, Shanzrila

Limburgse ~s2chting-bekken omver

Gezon dheicis? :foie~ Amsterdam ~ vvirit prijs

Stijging sterfte in:èG_je:ehen in \S

Nieuw

Facetten van traumabehandeling

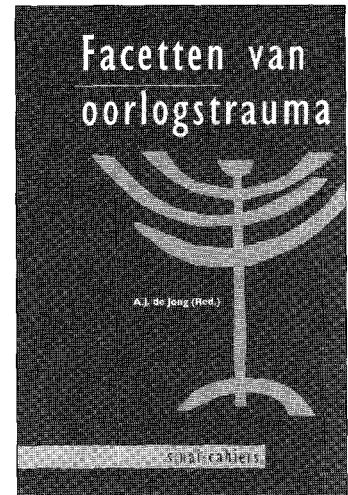
A.J. de Jong (red.)

1996. 104 blz. f 29,50 - ISBN 90 232 3116 3
Sinai-cahiers

Het Sinai-Centrum, het Europees centrum voor joodse geestelijke gezondheidszorg en psychotrauma behandeling kent in haar benadering van de zorg een aantal bijzondere kenmerken.

Die kenmerken hebben vooral te maken met het behandelklimaat en de specifieke betrokkenheid. Over deze facetten van traumabehandeling vertellen medewerkers van het centrum in dit boek. Zij verhalen over verpleegkundige attitudes en psychotherapie, over overlevenden en de na-oorlogse generatie, over joodse en Indische oorlogservaringen.

Het boek gaat over al die facetten die het Sinai-Centrum maken tot een zorg- en behandel centrum voor diegenen die door oorlog of georganiseerd geweld in psychische nood zijn geraakt.



Nieuw

Het medisch kunnen

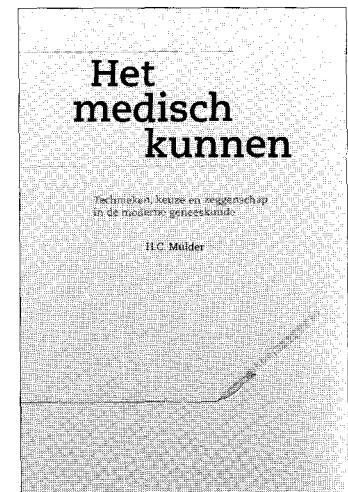
Technieken, keuzen en zeggenschap in de moderne geneeskunde

H.C. Mulder

1996.236 blz. f 49,50 - ISBN 9023231465

Dankzij de ontwikkeling van de geneeskunde zijn er veel mogelijkheden om ziekte te voorkomen en ziekten te behandelen. Aan de moderne geneeswijzen zijn echter goede en kwade kansen, onzekerheden en keuzeproblemen verbonden. Medische kennis en kunde zijn onlosmakelijk verbonden met de noodzaak tot oordelen en kiezen.

De nauwe relatie tussen kunnen en kiezen staat centraal in dit boek, dat een nuchter perspectief biedt op de moderne geneeskunde voor eenieder die is betrokken bij de gezondheidszorg.



Se druk

Inleiding in de medische sociologie

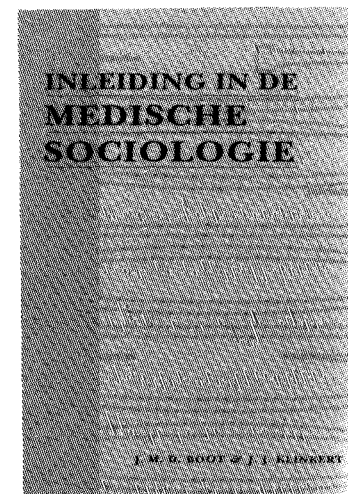
J.M.D. Boot, J.J. Klinkert

1994. 216 blz. f 48,50 - ISBN 902322888 X

Al sedert 1977 neemt deze inleiding in de medische sociologie een belangrijke plaats binnen het onderwijs in. Deel I, waarin de (medische) sociologie als wetenschappelijke discipline wordt geïntroduceerd, is geheel herschreven.

Deel II, over sociologische begrippen in hun toepassing op gezondheid, ziekte en (gezondheids)zorg is volledig herzien.

Deel III, waarin gezondheid, ziekte en (gezondheids)zorg bezien worden is deels herschreven en aangevuld.



Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Tel. 0592379555/ Fax 0592 372064



TJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR 2 / APRIL 1996

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

Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

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

Redactie
Luk Klaphake, Saskia van der Lyke, Matthé
Ribbens, Albert Schoenmaker, Hans Tenwolde,
Ingrid van de Vegte, Joost Visser..

Themaredacties
Arbeid & Gezondheid Joost Visser, Ingrid Hale-
wijn, Eijmert, Mudde, Peter ten Cate, Yolant
Vermeulen, Agnes Meershoek.
Public Health & Onderkant Ingrid van de Vegte,
Josine van den Bogaard, Anja Koorstra, Rascha
Thomas.
Interculturele zorg Hans Tenwolde, Indra Boedja-
rath, Lea Jabaaï, Anke Steinmann.
Lichaam & Technologie Saskia van der Lyke,
Antoinette de Bont, Wies Weijs.
Markt & Macht Matthé Ribbens, Roei Otten,
Martien Bouwmans, Capi Wevers, Luc Klaphake,
Loek Stokx.

Eindredactie
Maarten Dulfer

Redactieraad
Antoinette de Bont, Marlien Bouwmans, Anita
Driessen, Thea Dukkens van Emden, Maria
Hermsen, Joost van der Meer, Roei Otten, Frans
van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk,
Lidy Schoon, Marco Strik, Janneke van Vliet,
Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Telefoon redactie: 0570-562289
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redac-
tieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag
aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie
Opgave van abonnementen, opzegging en adreswij-
zigingen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan de
uitgever. Indien twee maanden voor het verstrijken
van de abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen wordt het
abonnement automatisch met een jaar verlengd.
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijveninstellingen f 120,-
Particulieren f 80,-
Los nummer f 17,50

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

Foto omslag: Sanadome

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

Inhoud

- 2 Redactioneel
- 3 Martien Bouwmans, Gerard Goudriaan
Zorgvernieuwing bedreigd
Initiatieven concurreren onderling
- 5 Ingrid van de Vegte
Nederlandse man, 38 jaar
- 6 Karin de Greef
Nix autonomie
Maar zorg
- 9 Arjen Stoop
Sanadome
Gelukkig onder de gezondheidskoepel
- 12 Ingrid van de Vegte
Turkse vrouw, 46 jaar
- 13 Luc Klaphake
Van het middenveld
Positie derde partij zwak
- 15 Gerard Nass
Zorg op straat
De verdunning van verstandelijk gehandicapten
- 18 Hans Tenwolde
Column
Verzekeringsneurose
- 19 Aart Eliens, Arie Rot
Om trots op te zijn
Het aanzien van verpleging en verzorging
- 21 Ingrid van de Vegte
Nederlandse vrouw, 62 jaar
- 22 Joost van der Meer en Anko Oderwald
Buitenlandse berichten
Infecties in Amerika, zelfmoord in Rusland
- 25 Indra Boedjarath
Lessen van de vrouwenhulpverlening
...helpen alloctonen de psychiatrie in
- 28 Boeken
Prijswinnende public health publicatie; Sisyphus
- 30 Signalementen
- 31 Index TGP jaargang 13,1995

REDACTIONEEL

Privatisering, concurrentie, marktontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor de minder bedeelden: het lééft bij onze auteurs.

Hoewel er wettelijk nog steeds nauwelijks iets is geregeld om marktwerking en functionele indeling van de zorg te realiseren, anticiperen zorgaanbieders en zorginkopers er al op en zoeken nieuwe marktsegmenten en vernieuwing.

Die zorgvernieuwing kreeg zeker een impuls van het plan Simons, zo betogen Bouwmans en Goudriaan in het openingsartikel, maar heeft het nu al moeilijk omdat de verschillende initiatieven onderling moeten concurreren om het slijk der aarde. In afwachting van een definitieve financieringsregeling verdelen momenteel de zorgverzekeraars het subsidiegeld onder de vernieuwingsinitiatieven.

Is dat erg? Nou, bij subsidies geldt 'op is op' en als je pech hebt woon je in een gebied met een passieve zorgverzekeraar, die het niet belangrijk vindt om een behandeling 'buiten de muren' mogelijk te maken. Naar een andere regio verhuizen, dat kan wel.

Wat ideologie in vorige decennia niet vermocht, geschiedt onder druk van de naderende marktwerking: inrichtingen voor zwakzinnigen sluiten hun poorten, omdat grote instellingen te duur zijn. Meer zorg op straat, heet het in Limburg en de begrippen die worden gebruikt lijken direct afkomstig uit de Dennendal-tijd. Nass schrijft dat de, op zich goede, ontwikkelingen wel erg top-down zijn ingezet, en dat ze voornamelijk gebaseerd zijn op managementargumenten.

Het draagvlak bij gebruikers van zorg en de maatschappelijke omgeving waar zij terecht komen, is nu nog groot en behoeft meer zorg en aandacht. De vraag blijft of deze verdunningstactiek leidt tot andere zorg.

Marktwerking leidt tot ook tot iets moois als Sanadome, een gezondheidscentrum als een strandpaviljoen, waar je na een diagnostische verrichting zonder wachttijd kan genieten van een uurtje working-out en een verkwikkend bronnenbad. Stoop beschrijft het conglomeraat van activiteiten, gegroeid in de gunstige atmosfeer van onduidelijke wetgeving. Patiënten hebben het in het centrum zeer prettig en voelen zich minder gauw ongerust, zegt een directeur. Dat is toch muziek in de oren van ongeruste zorgwatchers?

Echter, Sanadome staat ook voor enkele onheilspellende ontwikkelingen. Zo'n centrum past in de groeiende markt van aanvullende verzekeringen, zo'n centrum kan de werkgevers bedienen die om snelle keuring en behandeling van zieke werknemers vragen. Sanadome zou zelfs, aantrekkelijk als het is, tot overconsumptie leiden. Wat krijg je dan, medicalisering van levensgenieters?

De overheid kan het gewoon niet maken om zich terug te trekken zolang de derde partij, lees de burger, geen bal kan

raken op het middenveld. Deze stelling, schrijft Klaphake, ging eerder op voor Volkshuisvesting en gaat nu op voor Volksgezondheid. Sociale geprivatiseerde verzekeraars zijn mooi voor wie door de overheid in de steek gelaten wordt, totdat ze failliet gaan in de concurrentiestrijd met de echte commerciëlen. Een voorspelling over de strijd op dat middenveld in het artikel van Klaphake. Den Haag blijft echter kwalitatief en financieel heil verwachten van de markt. We moeten dit tijdschrift opsturen - uit meer artikelen blijkt dat terugtrekken nog niet aan de orde kan zijn.

Hoe zien mensen die zich volgens beleidmakers in een achterstandspositie bevinden, zelf hun gezondheid? Enkele beeldhouwwerkjes van Van de Vegte uiten die kijk op gezondheid en leefsituatie.

De terugtrekkende overheid laat ook het persoonsgebonden budget achter. Met veel mooie citaten relativeert De Greef het belang van autonomie inzake dementerenden en hun verzorgers. Mantelzorgers - het ideologisch correcte 'centraal verzorgenden' bekt helaas van geen kanten - voelen zich niet aangesproken, zij zien zich eerder afhankelijk dan autonoom.

Boedjarath overweegt wat allochtone zorgvragers in de psychiatrie kunnen hebben aan praktijk en discours van de vrouwenhulpverlening. Uitgangspunt van het artikel is het opvallend lage 'bereik' dat RIAGG's hebben bij allochtone vrouwen. Er zijn redenen om toch niet te denken 'houden zo'.

Rot en Eliens willen aanzetten tot discussie. Dat schreven zij in de begeleidende brief bij hun artikel, een lijst van factoren die bepalen hoe trots verplegenden kunnen zijn op hun beroep.

Prikkelend is de bijdrage zeker. Professionalisering staat gelijk aan het voldoen aan de smaak van de gevestigde maatschappelijke orde, zo stellen de auteurs impliciet. Zij menen dat een vakgebied pas volwaardig is als er voldoende technische know-how is, als mannen er de scepter zwaaien en als er een gelijknamige wetenschap bestaat. Verpleegkundigen mogen trots zijn vanwege economisch nut, meetbare kwaliteit, en voldoende opgedane kennis.

Het is opvallend dat de factoren die zowel beroepstrots belemmeren als die het mogelijk maken, door Eliens en Rot gezocht worden in een vergelijking met andere professies. Maar een echte professie mag toch trots zijn op de interne waarden van het vak? Die kun je vinden in een reflectie op de kern van de beroepsuitoefening. Is er dan iets mis met de kern van het verpleegkundig werk, met het feminine hart van de zorg, dat dat zo door de auteurs terzijde wordt geschoven?

De redactie.

ZORGVERNIEUWING BEDREIGD

Martien Bouwmans, Gerard Goudriaan

Op 1 januari van dit jaar zijn zorgvernieuwingsfondsen ingesteld in drie AWBZ-gefinancierde sectoren.

De fondsen voor geestelijke gezondheidszorg, zorg voor verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging bevatten flinke sommen geld voor experimenten en projecten, waarvoor tot dan toe afzonderlijke en versnipperde subsidieregelingen bestonden.

Of deze organisatorische vernieuwing ook goed voor de zorgvernieuwing is, valt sterk te betwijfelen. De verzekeraars mogen nu de subsidie uitdelen, terwijl ze geen financieel belang hebben bij zorg op maat en extramuralisering.

Het historisch kader laat zien hoe al bij de invoering van de AWBZ, 19 jaar geleden, onder druk van het middenveld het vraaggericht perspectief werd verlaten.

De AWBZ wordt, nu het plan Simons definitief van de baan is, weer een 'klassieke' AWBZ: een volksverzekering voor langdurige, in verzekerings-termen onverzekerbare, zorg. In de AWBZ is geen concurrentie: de zorgverzekeraars lopen geen risico, ze declareren de gemaakte kosten voor hun verzekerden weer gewoon bij de AWBZ-kassen te Amstelveen.

Daarmee zijn we feitelijk terug in 1967/68. Bij de parlementaire discussie die destijds over de invoering van de AWBZ plaatsvond, stond slechts één persoon afwijzend ten opzichte van de wet, namelijk prof. A. Querido, eerste-kamerlid voor de PvdA. Hij legde toen de vinger op de wond: het wezenlijke probleem dat de AWBZ slechts intramurale voorzieningen vergoedt. (Zie kader voor de toenmalige discussie over de AWBZ.)

Het verschil met negentien jaar geleden is de marktwerking, maar dan vooral tussen hulpverleners onderling.

Om die te stimuleren zijn de zorgvernieuwingsfondsen ingesteld, met de gelden van de verschillende soorten subsidie-regelingen die ten tijde van Simons gecreëerd waren om zorgvernieuwing mogelijk te maken.

IMPULS

Zorgvernieuwing heeft de laatste jaren een flinke impuls gekregen. Alleen al de dreiging van invoering van het plan Simons schudde de verschillende sectoren wakker. Op tal van terreinen ontstonden experimenten die dure intramurale zorg substitueerden voor zorg buiten de muren en meer 'zorg op maat'

voor de cliënt. De subsidie-regelingen waren tijdelijk. Ze zouden later, als het plan Simons voltooid was, weer ingetrokken worden en ter beschikking komen van de zorgverzekeraars om de basisverzekering uit te voeren.

Zover is het nooit gekomen. De oude overheidsplanning in de AWBZ is weer hervat: de overheid bepaalt door middel van het 'erkennen' van bedden de capaciteit van de intra-murale zorg. Vervolgens rollen daar budgetten uit voor de intra-murale instellingen die de aangevoerde zorgverzekeraars klakkeloos moeten betalen.

Dat betekent nog niet helemaal het einde van de zorgvernieuwing. Wel heeft nu de zorgverzekeraar de regie waar dat volgens Simons de overheid was. Zo kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld gericht projecten financieren die beogen dure zorg te vervangen door goedkopere.

ZWAKZINNIGENZORG

Laten we om de problematiek inzichtelijk te maken de 'zorg voor verstandelijk gehandicapten' (zwakzinnigenzorg) verder als voorbeeld nemen.

In het betreffende zorgvernieuwingsfonds zijn nu de verschillende subsidie-regelingen samengevoegd, onder andere gelden voor logeerhuizen, dagbesteding, begeleid zelfstandig wonen. Daaraan toegevoegd is het geld dat grote inrichtingen van hun budget voor substitutie mochten aanwenden (de zgn 'wijze-marge-regeling', dat is 2-4% van het budget).

Alles tezamen ontstaat een fonds van 133 miljoen, dat regionaal over de

zorgverzekeraars verdeeld wordt. De zorgverzekeraar kan nu beslissen om bijvoorbeeld niet langer veel geld aan 'dagbestedings-projecten' te besteden maar vooral aan 'logeerhuizen'. Alle hulpverleners en instellingen kunnen meedingen naar de gelden, de zorgverzekeraar beslist welk project hij wil financieren. Zo ontstaat concurrentie tussen de hulpverleners.

RECHT OP OPNAME

Met het creëren van één fonds is de vreemde situatie ontstaan dat wat er al aan zorgvernieuwing gerealiseerd was, onderling gaat concurreren.

De grote instellingen zitten redelijk safe. Sterker nog, terwijl ze verzekerd zijn van hun instellingsbudget mogen zij ook meedingen naar gelden uit het zorgvernieuwingsfonds.

Alle ambulante verstandelijk gehandicaptenzorg wordt nu uit het fonds gefinancierd. Dat fonds is een subsidie-pot, als de pot leeg is ie leeg.

De verzekerde kan er dan ook geen rechten aan ontlenen, maar is ervan afhankelijk of hij in een regio woont waarin een actieve zorgverzekeraar het fonds beheert.

In de AWBZ wetteksten staan de rechten van de verzekerde omschreven. In die wetteksten staat nu alleen nog het recht om intramuraal behandeld te worden expliciet geformuleerd. Er bestaat geen recht om 'buiten de muren' behandeld te worden. Dat is immers in een subsidie-fonds ondergebracht, waaraan geen rechten zijn te ontlenen.

Sinds 1 januari '96 is er ook voor verstandelijk gehandicapten de mogelijkheid om een persoons-gebonden budget (PGB) aan te vragen om zelf zijn/haar benodigde zorg te regelen.

Ook de persoons-gebonden budgetten moeten uit het zorgvernieuwingsfonds betaald worden. Nu nog is een bedrag in het fonds (42 miljoen van de 133) uitsluitend bestemd voor het PGB. Niet uitgesloten is dat in de toekomst dit oormerken van geld verlaten wordt. Dan kan de zorgverzekeraar vrijelijk de gelden aan óf aan PGB's óf aan andere zorgvernieuwendende projecten te besteden. In dat geval wordt de verdere in-

In 1966 diende minister Veldkamp, belast met de portefeuille Sociale Zaken, een Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's in ten behoeve van mensen met ernstige aangeboren gebreken, chronisch zieken en geesteszieken met een langdurige behoefte aan verpleging of verzorging. Veldkamp wilde hun vanuit een 'vraaggericht perspectief' aanspraak geven op een integrale voorziening, die zowel intra- als extramurale zorg inhield en speciale voorzieningen zoals woningaanpassing, liften en aangepaste auto's.

Door adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad en de Sociaal Economische Raad - het maatschappelijke middenveld- werd het wetsvoorstel ingrijpend gewijzigd. De naam werd veranderd in Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en het perspectief werd aanbodgericht in plaats van vraaggericht. Niet de aard van ziekte of gebrek, maar de kosten verbonden aan bepaalde intramurale verstrekkingen werden de grondslag van de verzekering.

Een belangrijke reden hiervoor was dat aanbieders en verzekeraars om bedrijfsmatige en uitvoeringstechnische redenen een duidelijke scheiding wilden tussen het pakket van de ziekenfondsverzekering en het pakket van de AWBZ. Ook was het maatschappelijke klimaat in die tijd, direct na de opheffing van de bestedingsbeperking, erg pro intramurale zorg. Minister Veldkamp gaf duidelijk aan wat hiervan de gevolgen zouden zijn. De bekostiging van een langdurig zorgproces zou over twee verzekeringen worden verdeeld met alle afstemmingsproblemen van dien. En de intramurale voorzieningen zouden de extramurale domineren.

BETOOG QUERIDO

Bij de parlementaire behandeling stelde prof. A. Querido, eerste-kamerlid voor de PvdA, zich achter de oorspronkelijke visie van Veldkamp. 'Een van de ernstigste bezwaren vormt het verbroken evenwicht, de niet gecompenseerde aanzuigingskracht, welke van de inrichtingen uitgaat, wanneer de wet een recht tot opening schept. Hierop is bij verschillende gelegenheden door de bewindslieden geantwoord dat controle en goede indicatiestelling hier een passende rem zullen opleveren. Maar wat geeft controle, als de arts die deze uitvoert, geen alternatieven heeft? De zwakzinnigheid, de seniele stoornissen of de lichamelijke hulpbehoevendheid zijn in eerste aanleg niet moeilijk te diagnosticeren; maar als er geen dagverblijf is, geen extra hulp verschafte kan

worden en er geen andere middelen beschikbaar zijn om het gezin of de verzorgers te ontlasten, zal ook de controle-arts als enige mogelijkheid de inrichting moeten kiezen'.

Querido vreesde dat er een ontwikkeling in gang zou worden gezet, die de balans steeds verder naar de kant van de inrichtingen doet doorslaan. 'Gegeven het plaatsgebrek en de druk die op het inrichtingsapparaat zal worden uitgeoefend, zullen de beschikbare fondsen in de eerste plaats worden besteed aan uitbreiding en nieuwbouw van inrichtingen, zodat voor extramurale activiteiten in het geheel niets zal overblijven. De conclusie kan niet anders zijn dat ons een wet wordt aangeboden ten behoeve van bepaalde groepen patiënten, die zich in feite beperkt tot de voorziening van inrichtingsverpleging. Zonder het woord opbergsysteem te willen gebruiken, impliceert dit een ontkenning van de bij deze patiënten aanwezige mogelijkheden tot verbetering van aanpassing en tot herstel. Tegen een dergelijke grondslag van een wettelijke regeling heb ik zeer ernstige bezwaren...Ik ben van mening dat deze regeling strijdig zal blijken te zijn met het belang van de patiënten, strijdig met de ontwikkeling van de geneeskundige inzichten, strijdig ook met het belang van de gemeenschap'.

EVENWICHT VERBROKEN

Het bewogen betoog van Querido had verder geen invloed. De AWBZ werd aangenomen en het evenwicht werd verbroken. Vele pogingen werden nog gedaan om het evenwicht te herstellen. De laatste poging was het voorstel van de commissie-Dekker: de uitbreiding van de AWBZ tot brede basisverzekering. Ook dit voorstel heeft het niet gehaald. 'De AWBZ wordt weer de oude AWBZ. De Ziekenfondswet blijft voorlopig wat zij is met perspectief op een toekomstige harmonisatie met de particuliere ziektekostenverzekeringen.' (Kasdorp). De problematiek van de afstemming die Querido eerder signaleerde en nu ook door organisaties van gehandicapten en chronisch zieken wordt genoemd, blijft aanwezig.

Bovenstaande is gebaseerd op hoofdstuk 3 - Een oude kwestie opnieuw actueel - van de notitie *Zorg op maat* van J. Kasdorp van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (Zoetermeer, juli 1995) en de bijdrage van Querido aan het AWBZ-debat van 12 december 1967 in de Eerste Kamer. Deze bijdrage is te vinden in het boek *Werk in uitvoering: Een keuze uit de geschriften van prof. dr. A. Querido*.

voering van het POB ten koste van andere zorgvernieuwing gefinancierd.

ZORGVERNIEUWING?

Verstonden we onder zorgvernieuwing niet altijd een ontwikkeling om langzaam maar gestaag opname in grote inrichtingen te vervangen door zorg in een 'normale' woon en leef-omgeving, buiten de bossen en 'op maat'?

Had het in dat verband dan niet meer voor de hand gelegen om juist de instellingsbudgetten te flexibiliseren en de ambulante hulp stevig in de wet te verankeren?

De nu gekozen constructie vergroot de macht van de instellingen alleen maar. Zeker zal ook vanuit de instellingen de 'ontbossing' ter hand genomen worden. Dat wordt zelfs gemakkelijker nu de instellingen uit het fonds extra gelden kunnen bedingen. Hun projecten hebben een voorsprong: moeten ambulante hulpverleners alle kosten van een project opvoeren. de instelling heeft veel grotere mogelijkheden een deel van de kosten (overhead) via het instellingsbudget te versluieren.

De totale kosten van een instelling zijn voor 96% gegarandeerd; slechts 4 procent van het budget is geflexibiliseerd en in het zorgvernieuwingsfonds opgenomen. Pas wanneer een aanzienlijk

groter deel van het instellingsbudget in het fonds en onder de regie van de zorgverzekeraar zou vallen, kan er werkelijk druk gezet worden om grote instellingen snel te doen veranderen. Maar zelfs het flexibiliseren van die 4% heeft al op heftige tegenstand van de instellingen (koepels) mogen rekenen.

Had de zorgverzekeraar (het regionale contactkantoor) nu maar een direct financieel belang om de zorg in hoog tempo te decentraliseren en te substitueren, dan lag er ook vanuit die kant druk op zorgvernieuwing.

De gezamenlijk zorgverzekeraars hebben echter met succes de AWBZ-zorg juist buiten Simons's basisverzekering en buiten de concurrentie weten te houden (althans buiten het financiële risico voor de zorgverzekeraar). Moet nu verwacht worden dat zorgverzekeraars die er geen winst én geen verlies mee behalen hard gaan lopen voor zorgvernieuwing in de AWBZ? Gevreesd moet worden dat hun aandacht en energie méér zal uitgaan naar die zorgsectoren waarop ze wél financiële risico's gaan lopen,

Toch wil iedere zorgverzekeraar graag bevoerdigd worden een fonds worden. In deze functie kan hij verpleeghuizen uitdrukkelijk verzoeken projecten in te

dienen die ten laste komen van het zorgvernieuwingsfonds om zo de kosten voor de zorgverzekeraar zelf te verlagen.

FIAT

In de Tweede Kamer lijkt langzaam het besef door te dringen dat er iets mis is met een op deze wijze georganiseerde AWBZ. Men heeft inmiddels de zorgvernieuwingsfondsen met tegenzin haar fiat gegeven. Maar niet zonder de nadrukkelijke wens aan de minister om nog dit jaar nu met een gedegen visie te komen op de 'aansturing' van de toekomstige AWBZ.

Zolang de grote instellingen vanuit een financieel stevige en autonome positie de kern van de zorg voor verstandelijk gehandicapten blijven vormen, voeren zij feitelijk ook in hoge mate de regie over zorgvernieuwing in die sector. Dat biedt doorgaans weinig perspectief voor zorg waarbij vanuit het perspectief van de patiënt de hulp verleend wordt.

Martien Bouwmans is beleidsmedewerker gezondheidszorg FNV, Gerard Goudriaan werkt bij Public Health Consultants en bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Ik woon met mijn vrouwen twee zoons, van 8 en 9, nu negen jaar in dit huis. Ik heb gewerkt als timmerman, maar ben nou afgekeurd en zit in de WAO. Ik heb een longziekte. Ze zeggen dat het moeilijk te genezen is. Ik slik nu Prednison, dus ik word steeds dikker.. Vanaf oktober '92 loop ik thuis. Toen was het voor rugklachten van mijn werk. Ze hebben mijn hernia eruit gehaald en mijn rug vastgezet.. Dat is zes weken platliggen en zes weken in het gips. Sinds februari '94 weet ik dat ik deze ziekte heb, waardoor ik nu in de WAO loop. Ik ben benauwd, ik loop wel maar ben altijd ontzettend gauw moe.

Alleen je ziet het niet aan me. Dat is het punt juist.. Als je een gebroken arm hebt zeggen ze: "O, je hebt een gebroken arm", maar als je last van je longen hebt, zien ze dat niet.. Met de jongens is het moeilijk, ik kan moeilijk met de jongens een stukje lopen. Er is toevallig een speeltuin in de buurt, anders zou je ze moeten brengen. Nou, dat is al veel te ver voor mij. Fietsen gaat redelijk. Ik krijg weer een beetje meer lucht.. Van die medicijnen krijg je dikke wangen, dus je lijkt net een hamster.. En overal vlekken op mijn lichaam. De ene keer gaat het beter dan de andere keer.. Als het mistig is, hoef ik niet naar buiten toe, dan kom ik niet vooruit.. Als het vriest of het is heel mooi weer, echt droog, helder weer, dan valt het 100% mee. Ik voel me niet gehandicapt, doordat ik die ziekte heb, helemaal niet. Ja, je moet doorgaan met het leven. Ik heb twee kinderen en een vrouw, dus je kan moeilijk op de bank gaan zitten en denken nou ben ik invalide.

In het algemeen maak ik me weinig zorgen. We hebben alles wat ons hartje begeert: ik heb twee jongens.

Ik zou het liefste een andere woning willen. Vanwege mijn longen. Ik moet nu veel trappen lopen, dus elke keer als ik beneden ben moet ik weer naar boven. Verhuizen zie ik tegenop. Eerst een heel eind fietsen, dan moet je daar nog een formulier invullen en alles. Ik krijg alleen een huis tegen de f 900.-- de maand, nou dat hoeft voor mij niet.. Nu zit ik aan de f 450.-. Een heel groot balkon, 's zomers kunnen de jongens lekker op het dak zitten. Altijd zon, altijd bruin. Mooier kan je niet hebben.

Voor een heel huis ga ik weg, anders blijf ik zitten. Een rustige buurt, weinig last, wel te weinig winkels. Een speelplaats voor de jongens heb je ook hier.. Je zit vlakbij de stad, vijf minuten lopen normaal..

Ik probeer veel te fietsen. Liefst zou ik natuurlijk wel iets meer willen bewegen. Je moet dan wel een beetje begeleiding erbij hebben. Stel dat je zuurstof tekort hebt, dat zeggen ze daar, ga maar liggen. Dat helpt natuurlijk ook niet.. Ik rook niet meer, heb wel gerookt tot ik de uitslag kreeg dat ik een longziekte had. Ik heb daarvoor gewoon nog lekker doorgepaft.. Nou, een pakje zware shag in 14 dagen. Dat viel nog wel mee. In de bouw heb je weinig tijd om te roken. Ik drink niet veel, drie flesjes, vier hooguit, op een avond. Ligt eraan, als er voetballen is dan drink ik iets meer.. 's Ochtends eet ik niks, daar kan ik niet tegen. Dan neem ik mijn medicijnen in met een bakkie koffie en dan 's middags met de jongens eten. 's Middags een sneetje of twee brood, 's avonds een beetje warm eten. Van die medicijnen ging ik eerst vreselijk snoepen. Daar ben ik vanaf..

Ik heb wel wat contacten hier in de straat.. Ik praat niet over mijn problemen met mensen hier.. Als ze komen dan is het hoe is het met je? Dan zeg ik goed hoor.. Ze hoeven niet de ellende van mij, als je zegt het is slecht

dan zeggen ze ja, je moet dit eens doen en dat eens. Ik maak het zelf wel uit.. Ja, oppas kan ik hier altijd krijgen, vervoer niet.. Ik heb nou ook geen auto meer.. Er is nog één iemand met een auto in het trappenhuis, maar dat is een oud baasje, dus. Ik ga veel op bezoek bij mijn ouders. Daar praat ik wel over mijn gezondheidsproblemen. Ik ben de jongste en ik heb al zoveel meegemaakt..

Als ik het benauwd krijg dan stop ik waar ik mee bezig ben, dan laat ik het liggen.

Ik verveel me nu wel.. 's Ochtends een beetje boodschappen halen en een beetje fietsen, verder zitten en tv-kijken. Ja, een beetje biljarten bij de oude van dagen, in het diensten-centrum. Ik heb wel hobbies maar die kan ik niet uitvoeren.

Ik ben wel tevreden over mijn huisarts. Die arts die ik nu heb, als je wat vraagt, krijg je rechtsreeks antwoord. Daarvoor hadden we er eentje die draaide eromheen als je wat vroeg. Dat hoeft voor mij niet.. Het meest vervelende vind ik de onderzoeken. Ze moeten altijd weer je longen in en alles. Je moet weer fietsen en blazen. Het kan niet anders, dus. Dat zou ik het liefste willen laten.

Ik kijk op tv wel graag naar chirurgienwerk. Dat vind ik wel interessant of operaties erover. maar zo'n tv-dokter hoeft voor mij niet.. Ik vind het wel belangrijk van die alternatieve tips van de huisarts te krijgen. Als de jongens verkouden zijn, leggen we een halve ui onder hun bed. Het helpt echt..

Omdat ikzelf vaak met die medicijnen zit heb ik liever niet dat zij zo jong al aan de medicijnen beginnen.. Ik heb zelf nog nooit zo veel problemen geslikt als het laatste half jaar.. Het is alleen maar dleml-...-he... wat jes likt. Ik zou het net... hoeven.

chdYI

NIX AUTONOMIE

Karin de Greef

Het grote voordeel van een persoonsgebonden budget is het ingebouwde respect voor de autonomie van de zorgvrager. Dat hoor je in de discussies en dat lees je in de voorlichtingsteksten over de nieuwe aanpak.

In de thuiszorg blijkt echter dat de verzorgende partners en kinderen van dementerende ouderen hele andere waarden voorop stellen. Zorg, om maar iets te noemen. De doelgroep voor het cliëntgebonden budget spreekt een andere taal dan beleidmakers en professionals.

En op die andere taal neemt De Greef alvast een voorschot: hoezo mantelzorgers, het zijn toch de centrale verzorgers.

Het persoonsgebonden budget is een nieuwe financieringsvorm in de thuiszorg waarbij cliënten die langdurig hulpbehoevend zijn, in plaats van zorg in natura een geldbedrag krijgen waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen. Na een experiment waaraan driehonderd thuiszorgcliënten hebben meegedaan, is besloten deze financieringsvorm met ingang van 1 juli 1995 op grotere schaal mogelijk te maken door middel van een subsidieregeling.

Het debat en de voorlichting over het persoonsgebonden budget voor verzorging en verpleging dat vooraf is gegaan aan de invoering van de subsidieregeling, waren sterk gericht op autonomie in de zin van keuzevrijheid, zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Keuzevrijheid en verantwoordelijkheid vormen sleutelwoorden voor haast iedere tekst; in een evaluatierapport van het experiment:.

'Eén van de centrale ideeën achter het cliëntgebonden budget is, dat het inbouwen van keuzevrijheid en het geven van verantwoordelijkheden aan cliënten om gelden naar eigen inzichten te besteden, door hen zal worden gewaardeerd en dat knelpunten die bij de verlening van zorg in natura worden gesignaleerd, kunnen worden weggenomen. (...) Er zou op deze manier meer keuzevrijheid ontstaan bij het bepalen van zowel de aard en intensiteit van zorg, als ook meer keuze in met wie de cliënt zelf zijn of haar persoonlijke leefwereld wil delen.'

LIBERAAL

De gebezigde termen sluiten aan bij het contemporaine ideaal van de individuele vrijheid. Invoering van het persoonsgebonden budget is deel van het individualiseringsproces in de liberale samenleving.

Maar als we anders kijken, sluit dan het

praten in termen van vrijheid en eigen verantwoordelijkheid wel aan bij de praktijk van de zorg, bijvoorbeeld die van de centrale verzorgers voor een dementerende ouder of partner? Deze verzorgers kunnen immers ook aanspraak maken op een persoonsgebonden budget om de zorg te organiseren, als de patiënt daar zelf niet toe in staat is. In het debat over het persoonsgebonden budget komen de mantelzorgers echter niet voor. Dat is opmerkelijk gezien de toenemende belangstelling die de laatste jaren uitgaat naar de groep mantelzorgers.

In het debat over het persoonsgebonden budget komen de mantelzorgers niet voor.

In mijn onderzoek' sprak ik met tien mensen die voor hun dementerende ouder of partner zorgen over hun motivatie en hun visie op mantelzorg. De zorg van deze centrale verzorgers is in de meeste gevallen min of meer vanzelfsprekend begonnen en breidt zich langzaam en soms onbewust steeds verder uit.

'Die zorg daar ga je zo..., daar begin je mee en daar heb je geen idee van (...) Daar ga je automatisch in, iedere dag komt daar wat bij. En dat wordt steeds meer, dat zie je nu pas in en nu nog iedere dag wordt het meer en meer. En daar gaje zo langzaam met beetjes in mee.'

Deze vanzelfsprekendheid resulteert in

een vergaande betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de centrale verzorgers in die zorg. Vaneen keuzemoment van de centrale verzorgers om de zorg op zich te nemen is vaak geen sprake. Plichtgevoelens, kwaliteit van de relatie en voorgeschiedenis spelen een rol in de vanzelfsprekendheid van die zorg.

SLUIPEND EN SLOPEND

Toch zijn dat niet de enige redenen van die vergaande betrokkenheid en verantwoordelijkheid. Het sluipend en slopend karakter van het dementeringsproces en de gedachte aan een verpleeghuisopname spelen ook mee, en kunnen grote invloed hebben op de motivatie van de centrale verzorgers om meer en meer zorg op zich te nemen.

'Er is eigenlijk geen weg meer terug. Dan zou ik nu moeten zeggen "het lukt me niet, je moet naar een verpleeghuis." Dat kan niet, dat is hun dood. Nee, dat kan niet.'

Vanzelfsprekende zorg betekent enerzijds een automatisch en ongecompliceerd tegemoetkomen aan de verantwoordelijkheid die men ervaart, maar kan ook onvrijwilligheid, opoffering en grensverlegging betekenen. Sommige verzorgers gaan erg ver in het opgeven van eigen behoeften en zijn bereid zichzelf weg te cijferen.

'Ik schuif mezelf helemaal opzij. Ik doe het gewoon met mijn wil. Je denkt niet verder wat er van jezelf terecht zou komen, omdat je dat gewoon wilt (...) Ik kan de pijn [aan heup en rug] goed verbergen. Ik loop niet te zeuren. Ik verberg alles, omdat ik dit wil. Ik doe dit mezelf aan, daar moet ik niet mee bij een ander komen. Met mij kunnen ze later doen wat ze willen, als ze aan pa maar niet komen.'

De tijdspanne van de intensieve zorg, meestal enkele jaren, lijkt in eerste instantie te overzien en is een ondersteunende factor in het steeds verleggen van gestelde grenzen.

'Mijn arts zei: "Ze heeft nog drie, vier jaar te leven."' Dan zeg ik, hoor eens hier, ik kan makkelijk vier jaar

van mijn leven opbrengen, om je eigen leven dus op een gegeven moment te vergeten en je dus helemaal te concentreren op haar. (...) Ik denk dat niemand zich dat kan indenken, die dat niet mee heeft gemaakt. De put waarin je aan het verzuipen bent op het moment dat je er aan begint. Het water staat je dus tot hier en het water komt ook niet hoger, want daar heb je schijnbaar een ingebouwd mechanisme voor, om daar mee om te gaan. Dat dat water niet hoger komt. Die grenzen blijf je ook steeds verleggen.'

HULP VRAGEN

Deze vanzelfsprekendheid speelt in de zorgmotivatie van centrale verzorgers een grote rol, maar is in het vragen om hulp van familie en kennissen niet terug te vinden. Daar is eerder sprake van een grote terughoudendheid:

'Daar kun je je kinderen niet mee belasten vind ik. Ze hebben hun eigen leven. Als ze er zijn dan zijn ze er de volle honderd procent, maar als ze weg zijn dan moeten ze hun eigen leven kunnen leiden.'

Centrale verzorgers zijn terughoudend omdat ze de relatie met de ander niet op het spel willen zetten, maar ook omdat ze niet verwachten dat de ander een bijdrage kan leveren in de zorg. Dit laatste heeft te maken met het persoonlijke en diffuse karakter van de zorg voor dementerenden en met de gedachte dat familie en kennissen de situatie niet op een juiste manier kunnen inschatten. De centrale verzorgers ervaren onbegrip vanuit de omgeving en anticiperen daarop door van hulp af te zien.

'En dan lijkt het dus voor een ander: "Dat gaat best wel goed." Maar ik merk ook, mensen die niet met een dementerende omgaan, die kan je ook niet duidelijk maken wat er aan de hand is. Want als je haar zo ziet dan denken mensen 'Er is weinig nog maar aan de hand', maar er is heel veel aan de hand. Als ze kwaad wordt en ze gaat schelden en zo, dat is echt heel akelig. (...) En je moet dat ook naar je familie duidelijk proberen te maken. Want in het begin heeft mijn zusje tegen mijn dochter gezegd - ik probeerde dus te vertellen dat het allemaal best wel erg was en best wel ingrijpend voor mij ook - en toen zei mijn zus tegen T.[dochter] dus: "Luister eens, jouw moeder gaat helemaal over d'r toe-

ren hoor." Zij dacht "Die praat wartaal, die is niet goed." Maar je moet er de hele dag mee bezig zijn, om te beseffen wat er aan de hand is. En familie ziet in eerste instantie dingen niet. (...) Ik weet dat mijn zus zegt "Ja, ze kunnen ook wel bij mij komen." Maar ik weet dat mijn zus dat eigenlijk niet aan kan. En stel dat ik nou zeg: "akkoord", en ze is dan straks overstuur? Dat wil ik dan ook niet op mijn geweten hebben. Dus je houdt dan toch weer met anderen rekening (...) Ik heb altijd zoiets 'Die kunnen dat niet.'

Een groot deel van de kennissen- en vriendenkring valt vaak in de loop der tijd weg als gevolg van de hulpbehoevendheid en de dementie. Tevens komt de verzorger in de rol van hulpvrager terecht, een rol die de centrale verzorgers vreemd is en die niet past binnen de bestaande vriendschaps- en familie-relaties.

'Ik vraag het niet rechtstreeks - "Wil je komen oppassen?" - maar ze weten allemaal hoe de situatie is. (...) Ik ben geen bedelaar. Dan doe ik het zo lang mogelijk toch maar zelf. Ik vraag het zelfs aan mijn kinderen niet. Als ik ergens naar toe wil gaan, dan gaat mijn man maar mee en dan bel ik gewoon de taxi. Moeilijk is het. Ik heb wel eens iemand horen zeggen: "Hulp krijgen is moeilijker, dan hulp geven." En ik geloof het, als je hulp moet aanvragen, dat dat moeilijk is.'

Terughoudendheid in het vragen van hulp is ook terug te zien in de houding ten opzichte van gezinszorg en wijkverpleging, hoewel daar andere overwegingen en waarden aan ten grondslag liggen dan wanneer het familie of kennissen betreft. In de eerste plaats speelt de ervaringsdeskundigheid van centrale verzorgers mee. Gezinszorg en wijkverpleging sluiten vaak niet aan bij deze specifieke verzorging door de centrale verzorgers. Dat maakt dat centrale verzorgers vaak van hulp afzien.

'Die hebben er ook allemaal geen tijd voor om die haren goed te doen en haar op te maken. Het is vandaag hier en morgen daar. En de ene doet het leuk en de andere doet het minder.'

STARRE PROFESSIONALS

Het beeld dat men heeft van professionele organisaties speelt mee in deze

overweging. Daarin blijken drie elementen steeds terug te keren: de wisseling in hulp, de starheid van de organisaties en de ongeregelde tijden waarop de hulp wordt verleend. Voor een aantal centrale verzorgers komt daar nog de overweging bij dat het ontvangen van hulp juist extra werk voor hen betekent. Om dat te voorkomen zien ze af van hulp.

'Dan zit hij hier om acht uur al met zijn kamerjas aan. En dan vraagt hij: "Waarom zit ik hier zo?" - "Ze komen je wassen." "Ja, dat kan ik toch ook wel zelf." - "Nee, dat mag niet van de dokter." "Jawel, dat kan ik toch wel!" Etcetera. Daar moeten we over discussiëren. En dan zegt hij na een kwartier "Waarom zit ik hier zo?" En dan begint dat weer helemaal van voren af aan. En toen kwamen ze toch voorbij half twaalf. En dan zit je daar zo van acht uur en ik kan niet ergens naar toe.'

Soms speelt mee dat de dementerende geen hulp wil ontvangen en dat naar voren brengt. Dit betekent een impliciete of expliciete claim op de hulp van de centrale verzorger.

'Ze vindt dat helemaal niet nodig, ze vindt dat grote onzin. Ze vindt dat ze dat zelf nog heel goed kan. "Waarom moeten die mensen hier komen?"'

In de zorg van hulpverleners wordt een aantal aspecten hoog aangeschreven, namelijk aandacht voor de dementerende en de centrale verzorger, en flexibili-

De nadruk op autonomie, onafhankelijkheid en vrijheid spreekt chronisch zieken, ouderen en hun centrale verzorgers niet aan.

teit en bem. (...) Het beeld dat men heeft van professionele organisaties speelt mee in deze

AUTONOMIE NIET TERZAKE

In het begin van dit artikel is erop gewezen dat het debat over het persoonsgebonden budget sterk gericht is op autonomie in de zin van keuzevrijheid, onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid. Wanneer men echter de praktijk van het zorgen nader bekijkt blijken deze waarden van ondergeschikt belang te zijn. Er komen juist tegenovergestelde waarden naar voren in de manier waarop centrale verzorgers praten over hun motivatie en visie, namelijk gebondenheid, afhankelijkheid en zorgverantwoordelijkheid. De taal waarin gesproken wordt sluit niet aan bij de begrippen die in het debat en de voorlichting over het budget centraal staan.

De tegenstrijdige terminologie heeft tot gevolg dat maar een deel van de doelgroep van het persoonsgebonden budget wordt bereikt..

De nadruk op autonomie, onafhanke-

lijkheid en vrijheid spreekt chronisch zieken, ouderen en hun centrale verzorgers niet aan en doet tevens geen recht aan de situatie waarin zij zich bevinden. Sterker nog, de situatie van chronisch zieken, waarvan afhankelijkheid een wezenlijk onderdeel is, wordt hiermee zelfs ontkend.

Om het persoonsgebonden budget aantrekkelijk te maken voor de gehele doelgroep is het nodig het begrip 'zorg' centraal te stellen in het debat en de voorlichting, in plaats van 'onafhankelijkheid'. Op deze manier worden ook mantelzorgers aangesproken.

Tevens is het nodig zorg breed te interpreteren, zodat het niet alleen persoonlijke zorg en zorg voor het huishouden omvat, maar ook zorg voor woonomgeving, vrije tijd en dergelijke. Een dergelijke regeling bestaat al in de gehandicaptenzorg. Voor de ouderenzorg zou dit betekenen dat allerlei losstaande regelingen op het gebied van woonzorg,

dagopvang en dergelijke moeten worden geïntegreerd in één regeling, bijvoorbeeld in het persoonsgebonden budget..

Tot slot valt op te merken dat centrale verzorgers van dementerenden gebaat zijn bij een flexibele opstelling van hulpverleners of zorgverzekeraars. Ontwikkelingen rondom het persoonsgebonden budget wijzen in de richting van verdergaande bureaucrativering van de regeling, door allerlei regels van toezicht en verantwoording. Dit past niet bij het perspectief van deze verzorgers.

Karin de Greef is wijkverpleegkundige en gezondheidswetenschapper.

1 Geciteerd in Miltenburg, T., Ramakers, C.) *Experiment cliëntgebonden budget verzorging en verpleging. Budget- en Naturacliënten vergeleken (II)*, Nijmegen ITS 1994 (pag 57).



Foto: Pavel Stecha

Na de sollicitatiefase is de vorm van het arbeidscontract een belangrijk instrument om de ziektekosten laag te houden. Versterkt door de algemene trend tot flexibilisering van werk, worden vaste contracten minder vaak en minder snel aangeboden. Het is immers relatief moeilijk om een vaste kracht wegens ziekteverzuim te ontslaan, bij tijdelijke en flexibele contracten gaat dit veel makkelijker. Het gebruik van deze risico-mijdende wegen zal toenemen; de kans op werk voor ouderen, minder valide en/of mensen met een ziektegeschiedenis, daalt navenant.

KRITIEK ARTSEN

Kritiek op de afschaffing van de Ziekte-wet komt onder andere van de artsenorganisatie KNMG. Ook de artsenorganisatie is van mening dat groepen werknemers, zoals chronisch zieken, die vanwege hun gezondheid een zwakke plaats op de arbeidsmarkt innemen, nog meer in de knel komen. Hiernaast komt volgens de KNMG, onder andere vanwege de veranderde rol van de bedrijfsarts, een aantal belangrijke uitgangspunten van de gezondheidszorg in gevaar, zoals het recht op vrije

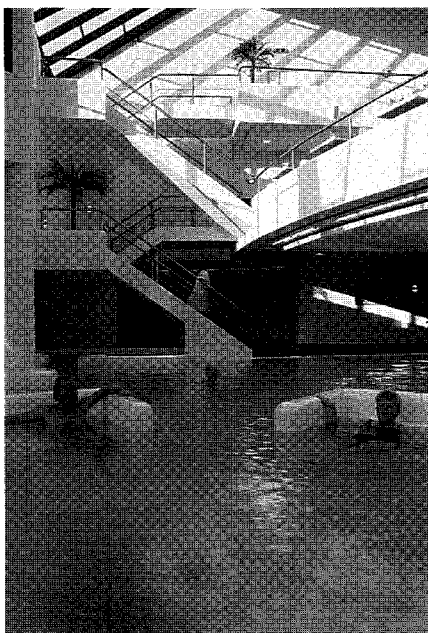


Foto: Sanadome

artsenkeuze en de centrale functie van de huisarts bij verwijzing naar de tweedelijnszorg.

Zorgverzekeraars varen wel bij privatisering van collectieve voorzieningen. Zowel verzekeringen voor ziekteverzuim als voorzieningen die de overheid (deels) uit het ziekenfondspakket schrapt (fysiotherapie, tandheelkunde), passen in de commercieel interessante

aanvullende pakketten. Zorgverzekeraars, die vooruitlopend op de invoering van het plan Simons de afgelopen jaren op grote schaal fusies en samenwerkingsverbanden aangegaan zijn, zijn hierbij steeds grotere concurrenten van elkaar geworden. In de vorm van collectieve contracten kunnen zij nu zowel particulier als ziekenfondsverzekerden een (identiek) pakket aanbieden.

WACHTLIJSTOMZEILEND

Deze concurrentie tussen zorgverzekeraars, in combinatie met het bestaan van lange wachtlijsten binnen ziekenhuizen en het belang van werkgevers om hun werknemers bij verzuim zo snel mogelijk geholpen te zien worden, leidt ertoe dat zorgverzekeraars zogenaamde 'wachtlijstomzeilende initiatieven' ontwikkelen. Zo heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening in oktober 1995 het rapport *De wachtende werknemer, achtergrondstudie over snellere hulpverlening in de gezondheidszorg* uitgebracht. Daarin valt te lezen hoe zorgverzekeraars, om bij werkgevers in de gunst te komen, snelle(re) hulp voor werknemers willen bieden.

Zorgverzekeraars regelen zorg, door telefonische wachtlijstbemiddeling, reservering van capaciteit, binnen ziekenhuizen en aankoop van extra zorg op niet-benutte uren.

Een ander initiatief om wachttijden te bekorten is de stichting Bedrijvenpoli. In de Bedrijvenpoli(-kliniek) kunnen werkgevers, om het ziekteverzuim van hun personeel te bekorten, op korte termijn zieke werknemers specialistisch laten onderzoeken en behandelen.

Hoewel gelijke toegankelijkheid in de zorg nooit volledig bestaan heeft (een minister of burgemeester zal niet op een wachtlijst terecht komen), is het de vraag in hoeverre een ongelijke toegankelijkheid nog acceptabel is. Een andere vraag is of de wachtlijstproblematiek niet meer gebaat is bij een structurele oplossing.

WELDADIGE ZORG

Terug naar Sanadome, dat voorbeeld van marktwerking. 'Sanadome, een omgeving waar patiënten gasten wor-

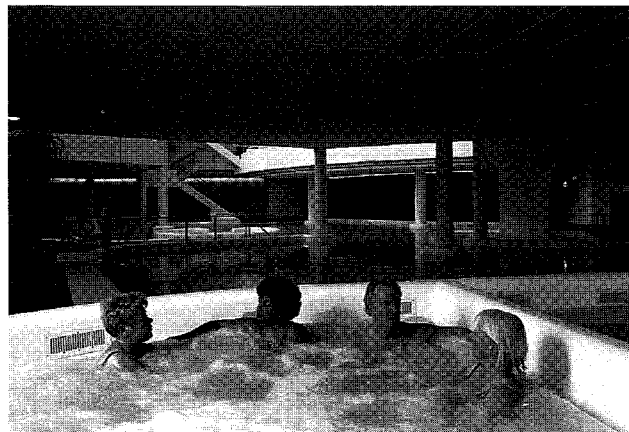


Foto: Sanadome

den. Waar gasten genieten van een weldadige zorg' - advertentie van Sanadome.

Op het eerste gezicht is er voor patiënten met de komst van Sanadome weinig veranderd. Zij vervoegen zich nu voor enkele onderzoeken bij Sanadome, in plaats van het ziekenhuis. Zij vinden de ambiance prettig en de kans dat patiënten onnodig in de tweede lijn verzeild raken, lijkt met de komst van Sanadome verkleind.

De reguliere zorg wordt vergoed, net als in ziekenhuizen. Het 'medisch recreatieve gedeelte' (de baden, het hotel en de sportfaciliteiten) staat hen wel ten dienste, als ze ervoor betalen.

Desondanks zijn naast de bovenstaande positieve aspecten een aantal kritische opmerkingen te maken. Deze betreffen de werving van klanten voor Sanadome en de geboden combinatie van voorzieningen.

OVERCONSUMPTIE

Ten eerste leidt de wervende taal, duidelijk op commerciële motieven gebaseerd, tot overconsumptie. Terwijl de gezondheidszorg gebaat is bij kostenbewust en niet-medicaliserend beleid, wordt door werving van mensen voor profit activiteiten zoals Sanatherm, gepoogd het tegenovergestelde te bereiken: toename van consumptie door behoefte-creërend beleid.

Ten tweede: de combinatie van voorzieningen schept een onduidelijk beeld. Reguliere basiszorg, zoals diagnostische verrichtingen, wordt gecombineerd aangeboden met luxe zorg, zoals thermale baden. De onduidelijkheid voor de patiënt/klant (wat valt nou wel en wat niet onder gezondheidszorg), wordt nog eens versterkt door de ligging van Sanadome: naast het CWZ. Dit psychologische effect, aldus P. Giesen, huisarts te Nijmegen, leidt ertoe dat Sanadome met het ziekenhuis geas-

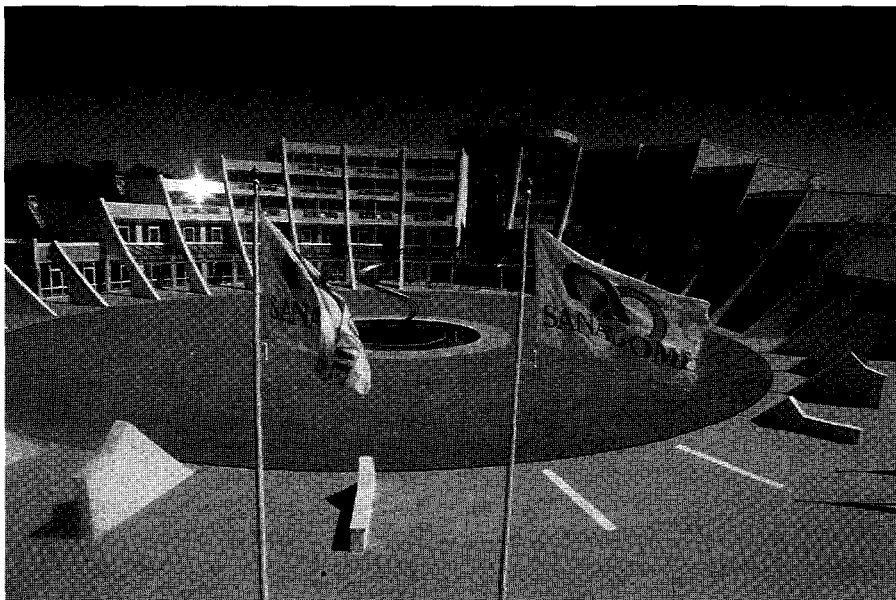


Foto: Sanadome.

socieerd wordt, wat drempelverlagend werkt.. 'Het feit dat het naast het ziekenhuis ligt en zonder enige drempel te benaderen is, maakt dat consumptie eerder toe- dan afneemt'.

Tevens zou, aldus Giesen, reguliere zorg niet met een voorziening als Sanatel (de hotel-functie) gecombineerd moeten worden. 'Sanatel is een dure, onnodige voorziening, die je buiten de gezondheidszorg moet houden. Het is beter en goedkoper om zorg naar de eerste lijn te substitueren. Daar zit zowel financieel als kwalitatief de winst, dit blijkt ook uit onderzoek'. Hiernaast is op luxe motieven gebaseerde zorg een gevaar voor het medisch budget en hiermee voor de kwaliteit van zorg, zoals ook minister Borst al stelde in een toespraak die zij vorig voorjaar hield.

SOBERE KWALITEIT

En hier ligt, uiteindelijk, het grootste probleem. Patiënten zijn gebaat bij een sobere, maar kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg. Commercialisering van de gezondheidszorg brengt deze aspecten in gevaar. Er wordt, zoals in Sanadome, veel geld in bijvoorbeeld het uiterlijk van een instelling gepompt. .Tevens wordt geld en energie gestoken in werving van klanten. Zo is in het herfstnummer 1995 van het VGZ magazine bijvoorbeeld te lezen hoe alleen VGZ-verzekerden 'te-

gen een aantrekkelijke prijs kennis kunnen maken met Sanadome'. Al deze aandacht, inclusief de kosten die hiermee gepaard gaan, is gericht op toename van consumptie.

Initiatieven ter verbetering van zorg, die kostbaar en qua resultaat moeilijk te voorspellen kunnen zijn, worden hierdoor steeds minder interessant. Ook de toegankelijkheid van zorg is in gevaar. Aangezien zorgverzekeraars steeds grotere concurrenten van elkaar worden, zijn zij zich steeds meer bewust van de kosten die zij maken en eventueel kunnen besparen.

BEDRIJVENPOLI

Gezien de faciliteiten voor screening, de aanwezigheid van een Arbodienst en gezondheidsbevorderende activiteiten op één plaats, lijkt VGZ (of een andere zorgverzekeraar) ideale mogelijkheden te hebben om collectieve contracten af te sluiten met bedrijven. Werknemers kunnen op locatie Sanadome, sneller dan via het normale circuit, onderzocht, gecontroleerd en (summer) behandeld worden.

Ondanks dat er, volgens directeur Hermsen van de medisch-diagnostische tak, nog geen sprake is van dergelijke afspraken en hij hier zelf ook zeker geen voorstander van is, is dit in de toekomst wellicht niet te voorkomen. 'Snellere behandeling van patiënten die

door collectieve contracten verbonden zijn aan Sanadome is niet uit te sluiten (...) Het kan in sommige gevallen verdedigbaar zijn en in de toekomst zal je misschien, vanwege de kosten van ziekteverzuim, gedwongen worden werkenden eerder hulp te verlenen dan het niet werkende deel van de bevolking', aldus Hermsen.

Wanneer dergelijke afspraken, waar Hermsen zelf overigens niet bij betrokken is, alsnog gemaakt gaan worden, krijgt de tweedeling in de samenleving aldus nog verder gestalte.

ZWARTBOUW

De marktwerking op het gebied van gezondheid blijkt tevens andere onduidelijke en ongewenste effecten te hebben. De voorlichter van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) kon desgevraagd niet verklaren of de overheid inderdaad mede-financier is van Sanadome, laat staan, wanneer dit het geval is, waar dat geld vandaan gekomen is.

En een aantal ziekenhuizen, aldus een onderzoek van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), heeft in 1994 ten onrechte en opzettelijk te veel geld ontvangen. Dit geld blijkt onder andere gebruikt te zijn voor vernieuwing van zorg, oplossing van financiële problemen en 'zwartbouw': nieuwbouw of uitbreiding zonder toestemming. Dergelijke praktijken zijn, hoewel afkeurenswaardig, niet verwonderlijk gezien de lijn van meer marktwerking - een lijn die Simons inzette, een lijn die Borst door trekt.

Vooralsnog moet gevreesd worden dat de verschillen tussen kansarmen en kansrijken, zowel op het gebied van gezondheid als op het gebied van de arbeidsmarkt, alleen maar groter zullen worden. Noch individuen noch de samenleving hebben hier, uiteindelijk, baat bij.

Arjen Stoop is gezondheidswetenschapper.

Dank aan Roel Otten voor het commentaar.

We wonen met zijn vieren in dit huis, mijn man en mijn twee zonen van 17 en 14.

Ik ben huisvrouw, mijn man zit in de WAO, hij is voor 80/100% afgekeurd. Onze zonen zitten op de hogere school, ze vragen natuurlijk veel zakgeld. Met dit inkomen komen we amper rond.

Ik heb overal pijn, ik ben gauw moe, ik kan moeilijk lopen, de pijn aan mijn knieën kan ik soms niet verdragen. Ik voel me al jaren hetzelfde. Ik voel dat ik oud word, teveel zorgen om mijn man heb. Wat zal er van mijn zonen terecht komen. Ik heb nog één dochter in Turkije. Ik mis haar, maar veel kan ik niet doen, ze is getrouwd.

Ik heb suikerziekte. Ik hoef nog geen insuline te spuiten maar moet wel tabletten gebruiken en dieet houden, Dit lukt niet altijd. Wij zijn gewend om veel en vet te eten. Aan de pijn aan mijn schouders en knieën is niets te doen. De dokter zegt dat ik niets mankeer, dat ik moet afvallen, veel moet bewegen en afleiding moet zoeken. Ik geloof dit niet.. Ik denk soms dat ik zal sterven van de pijn. Mijn huisarts zegt dat dit een geestelijk probleem is. Waarom voel ik me dan futloos, moe en die pijn? Soms kan ik thuis nog niet eens afwassen of strijken.

Mijn man en ik, we maken ons zorgen om elkaar, Mijn man zit in de WAO, hij heeft hernia gehad en hij heeft astmatische bronchitis. Hij is al over de 50 jaar. Hij heeft verzorging

nodig. Onze zoons proberen ook mee te helpen in de huishouding. Maar ja als ze meisjes waren was het anders. Ik kan toch de jongens niet aan de afwas zetten.

Onze geldzorgen zullen niet meer zo lang duren. Als mijn zoon 18 is kan hij werken en meehelpen met bepaalde uitgaven. Gezondheidsproblemen kunnen we toch niet meer oplossen. We proberen toch de moed erin te houden en toch gelukkig te blijven door veel naar familie en vrienden te gaan en over onze problemen te praten.

Ik gebruik tabletten voor mijn suikerziekte. Drie keer 1 tablet per dag. Ik gebruik ook vaak pijnstillers, paracetamol.. Soms voel ik me een lopende apotheek. Ik vind het heel erg dat ik ze gebruik, maar ja wat moet dat moet.. Ik weet hoe ik ze moet gebruiken.

Ik heb nooit, gerookt of gesport maar ik ga binnenkort op zwemles. Het is goed voor een mens om te sporten. Wij zijn moslims, wij drinken geen alcohol.. Wij wonen al 15 jaar in Nederland in deze wijk. In dit huis zitten we pas vier jaar. We zijn tevreden over het huis. We hebben bijna geen contact met onze burens. Alleen hallo of dat.. We spreken bijna geen Nederlands. Onze zoons tolken meestal voor ons. Het is een stille buurt, geen last van drukte. We zouden er ook niet echt tegen kunnen als het zo was.

We bespreken vaak alles met vrienden of familie. We hebben niets om ons over te schamen. We helpen elkaar altijd bij geldnood of zorgen. In mijn vrije tijd ga ik vaak met andere Turkse vrouwen in het park zitten of thee

drinken. Meestal ben ik met het huishouden bezig. Soms ga ik naar de koffieochtend in het buurthuis. Ik weet niet wat voor voorzieningen er precies zijn. Soms vervel ik me maar dat duurt niet lang.

Onze huisarts is echt een onvermoeibare man. Ik ga bijna om de twee à drie weken naar hem toe. Hij is geduldig en probeert mij te helpen maar ik begrijp hem niet zo goed. Mijn Nederlands is niet zo best.. Ik ga altijd met één van mijn zoons naar de dokter.. Soms komt er een tolk naar het ziekenhuis. Soms denk ik dat de dokters hier te goed zijn, hele dagen aanhoren wat anderen zeggen. We gaan alleen naar de tandarts als we last krijgen. Mijn zoons gaan elke keer naar controle. Eén keer per drie jaar ga ik naar het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Tot nu toe ben ik één keer voor het borstkankeronderzoek geweest. Een aantal keren ben ik ook naar fysiotherapie geweest voor de pijn in mijn knie. Maar dat heeft niet veel geholpen. Ik ben altijd tevreden geweest over deze instanties. Ze behandelen je hier goed. Soms zijn ze bot maar ja de hele dag door komen er mensen met klachten dat is ook geen pretje. Ik kan wel meer informatie gebruiken, je kan altijd leren over allerlei soorten onderwerpen. Veel kennis is goed maar in Nederlands luisteren is moeilijk en op deze leeftijd kan ik moeilijk Nederlands leren.

(IvdV)

VAN HET MIDDENVELD

Luk Klaphake

Het maatschappelijk middenveld moet het weer overnemen. Deze slogan hoor je in allerlei maatschappelijke sectoren.

Volkshuisvesting ging de gezondheidszorg hierin voor. De ervaringen met de terugtrekkende overheid zijn in die sector niet onverdeelde positief, zo bleek tijdens de discussiebijeenkomst in de Balie te Amsterdam ter gelegenheid van de nieuwjaarsreceptie van het ZAO - de zorgverzekeraar. Twee debatten, over volkshuisvesting en over de gezondheidszorg, leveren één constatering op: de overheid mag zich nog niet terugtrekken.

Een terugtrekkende overheid betekent minder overheidsregels, minder directe bemoeienis met de uitvoerende sectoren en dus meer vrijheid voor het middenveld. De sector volkshuisvesting is al een aantal jaren bezig de nieuwe posities te beproeven die de nieuwe situatie biedt. Er ontstaat een onderhandelingsituatie tussen -vooral gemeentelijke- overheden en woningaanbieders als de woningcorporaties.

KARTELVORMING

Volgens de tegenstanders van deze nieuwe situatie zijn de huurders, als zwakste groep, hiervan de dupe, stijgen de huren onverantwoord en vindt er kartelvorming plaats onder de woningbouwcorporaties.

Even daargelaten of dit zo is gaat het hier om de lessen die de gezondheidszorg kan trekken uit de situatie binnen de volkshuisvesting. In Nederland moet iedereen kunnen wonen en heeft ieder recht op gezondheidszorg. In beide sectoren gaan veel geld en middelen om. In beide sectoren is sprake van een historisch middenveld. Kan en moet de gezondheidszorg het pad van de volkshuisvesting volgen? En welke consequenties heeft de toenemende onderhandelingsvrijheid voor de zorgverzekeraars, met name de 'sociale verzekeraars', te vergelijken met de sociale woningbouwverenigingen?

NIET GROOTS

Minister Borst, als laatste aan het woord tijdens de bijeenkomst in De Balie, besprak een aantal voorwaarden die moeten worden geregeld voordat de politiek de zorg aan het middenveld kan overlaten. De zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen. Oplossingen moeten niet gezocht worden in 'grand designs' (een verwijzing naar de grootste plannen van het vorige kabinet) maar stapje voor stapje vooruitgang boeken. De

kosten moeten beheersbaar blijven en de drie partijen (aanbieders, verzekeraars en patiënten/cliënten) moeten gezamenlijk overleggen. Voor dit laatste is het noodzakelijk dat de positie van patiënten en cliënten in de onderhandelingen wordt versterkt.

De zaal viel stil, overtuigd als zij leek door deze voorwaarden. De minister vertrok snel naar Den Haag, er moest politiek nog heel wat geregeld worden.

DE DISCUSSIE

Vreeken, namens de verzekeraar Anova en Bouwmans vanuit de FNV stonden in hun discussie over het middenveld in de gezondheidszorg en de zorg voor patiënten lijnrecht tegenover elkaar. Onbegrip voor elkaars standpunten, wel of geen marktwerking en hoe zit het met de zorg voor onverzekerden, overheerste.

De strategie die de directeur Van der Veen van ZAO Zorgverzekeringen voorlegde, leek een poging om de kloof te overbruggen. Hij gaf enerzijds een voorbeeld van mogelijke marktwerking in de zorg, anderzijds voorbeelden van een sociale opstelling van de verzekeraar in de gezondheidszorg.

Zorgverzekeraar en zorgaanbieders onderhandelen over het effectiever en goedkoper maken van de zorg en komen tot een aantal experimenten. Zo is er sinds kort is een Röntgen-bus in Amsterdam actief. De bus is een samenwerkingsproject van het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG) en ZAO en rijdt rond in Amsterdam-Oost. Hij is bedoeld voor mensen thuis of in het verpleeghuis die niet of nauwelijks mobiel zijn. De noodzakelijke röntgenfoto kan bij mensen thuis gemaakt worden en zodoende hoeft de patiënt niet per ambulance naar het ziekenhuis. Dit leidt tot kostenbesparing en is patiëntvriendelijk. Een simpele oplossing die mogelijk is geworden door gebruik te

maken van de mogelijkheden die door de 'marktwerking' zijn ontstaan.

WACHTLIJSTEN

Iets anders wat tot kostenbesparing en verbetering van kwaliteit moet leiden, is de aanpak van wachtlijsten in ziekenhuizen en de afstemming van voorzieningen in de regio. Verzekeraars en aanbieders van zorg moeten deze wachtlijsten als een gezamenlijk probleem aanpakken en zoeken naar oplossingen, dat zou een adequaat antwoord zijn op de reeds lang bestaande kritiek van patiënten en die van - sinds het verscheiden van de Ziektewet - de werkgevers. Zo kan een verzekeraar gaan onderhandelen met instellingen over een aspect van de zorg en lijkt de marktwerking positieve effecten voor patiënten te hebben.

SOCIALE VERZEKERAAR

ZAO zorgverzekeringen stelt zich op als een regionale zorgverzekeraar en voor het gezondheidszorgbeleid lijkt dit een goede zaak. Als onderdeel van dit beleid beweegt de verzekeraar zich ook binnen het regionale netwerk van de gezondheidszorg. als voorbeeld noemde Van der Veen de zorg voor illegalen in de regio; door de recente wetswijzigingen een groep die letterlijk in de kou staat en voor wie het steeds moeilijker wordt noodzakelijke zorg te verkrijgen. Strikt genomen kan een verzekeraar zeggen dat de illegalen niet meer de zorg zijn van de verzekeraar. Toch vindt ZAO dat ze samen met anderen naar oplossingen moet zoeken en registreert men de ontstane knelpunt. Door een dergelijke opstelling als zorgverzekeraar in brede zin geeft een verzekeraar aan zich niet alleen bezig te houden met het verzekeren van gezondheidsrisico's maar ook aandacht te hebben voor de totale gezondheidszorg in een regio.

Dit is een sympathiek streven en wordt door ZAO gepropageerd onder de naam Sociaal Zorgverzekeraarschap. De vraag is of en onder welke condities dit een levensvatbaar streven zal blijken te zijn in de concurrentie met 'niet-sociale verzekeraars' die binnen het nieuwe marktsysteem immers dezelfde positie innemen. De 'niet-sociale verzekeraar' is eigenlijk een schadeverzekeraar en

heeft een simpele strategie. Dat is de strategie van het binnenhalen van zoveel mogelijk gezonde klanten door middel van reclame met veel extra's in het vooruitzicht waar een mens niet echt gezond van wordt. Ze beiden veel extra's in pakketten en doen koppelverkoop aan bedrijven met een pakketje ziekwet en een pakketje ziektekostenverzekering voor de werknemer.

Lukt het om met een regionale zorgvisie zoveel geld te besparen, qat je kan concurreren met de particuliere verzekeraars?

SLAAGT SOCIAAL?

Twee verschillende manieren om tegen je taak als verzekeraar aan te kijken binnen de context van de terugtrekkende overheid en toenemende marktwerking. De vraag blijkt in hoeverre de strategie van de sociale zorgverzekeraar zal slaan in dit krachtenveld.

Lukt het om met een regionale zorgvisie zoveel geld te besparen dat je kan concurreren met de particuliere verzekeraars? Alleen principes en idealen zullen niet voldoende blijken om als sociale verzekeraar te overleven in de vrije markt. Een verzekeraar heeft, op langere termijn een gespreid gezondheidsrisico onder zijn verzekerden nodig.

Ook ZAO Zorgverzekeringen zal moeten concurreren in het binnenhalen van gezonde verzekerden. Ook zij zullen zich bedienen van Plus- en Extra-pakketten om het voor die groep aantrekkelijk te maken zich bij de sociale zorgverzekeraar te verzekeren. Daarnaast kan ook ZAO in de regio via koppelverkoop van Ziekwet en Ziektekostenverzekering bedrijven aan zich binnen om zo de risico's te spreiden.

VOLKSHUISVESTING

In het debat over de toekomst van de Volkshuisvesting stond de strategie van sociale woningbouwverenigingen ter discussie. Wat hebben deze socialen gedaan in de concurrentie met de particulieren en is het hen gelukt het sociale te koppelen aan een goede positie in de markt?

Tijdens de discussie kloak vooral het verwijt dat de woningbouwverenigingen alleen in woorden nog een sociaal

beleid voeren maar dat de praktijk anders is. De meeste verenigingen potten het geld op dat ze verdienen, in plaats van bijvoorbeeld te investeren in nieuwe sociale woningbouw voor zwakke groepen. En dat dan terwijl de huren maximaal worden verhoogd.

Daarnaast zie je een kartelvorming in de volkshuisvesting die volgens critici heeft geleid tot een onaanvaardbare concentratie van macht bij één groepering in het veld, wat leidt tot een grote ongelijkheid met de andere partijen aan de onderhandelingstafel.

Deze ontwikkeling zien we ook binnen de gezondheidszorg waar kartelvorming al in heel korte tijd zijn beslag kreeg en er allerlei samenwerkingsverbanden tussen verzekeraars zijn ontstaan. De sociale verzekeraar kan hierin moeilijk het hoofd boven water en loopt het risico om net als een woningbouwvereniging alleen nog sociaal beleid te kunnen belijden, maar is niet in staat om dat op eigen houtje te blijven uitvoeren. Ook verzwakt de kartelvorming door verzekeraars de positie van de derde partij, de patiënten en consumenten, nog meer.

DERDE PARTIJ

Onze terugtrekkende overheid zal moeten erkennen dat er op dit moment een zeer onevenwichtige situatie aan de onderhandelingstafel is ontstaan. De minister geeft, telkens als reactie dat 'de derde partij' versterkt zal moeten worden om tot verantwoorde afspraken in de zorg te komen.

Ook tijdens de onderhavige discussiebijeenkomst is iedereen het daar - vanzelfsprekend - mee eens. Tegelijkertijd is er het besef dat die derde partij zeer heterogeen is, niet krachtig genoeg en zeker in vergelijking tot de verzekeraar een dwerg.

De politiek heeft nu nog de mogelijkheid om via wetgeving mensen die buiten de boot vallen binnenboord te houden. Dat lijkt ook voor de toekomst het meest geschikte instrument. En uiteindelijk is dat ook het enige wat de politiek te bieden heeft.

Het is dan ook zeer curieus dat de minister een wetsontwerp voor de versterking van de positie van de derde partij heeft ingetrokken op advies van de Ziekenfondsraad. De versterking van de derde partij wordt blijkbaar op de lange baan geschoven, hoe noodzakelijk het elke keer ook wordt genoemd. Ook hier dringt de vergelijking met volkshuisvesting zich weer op. Ook daar is tot op heden nog geen wettelijke regeling in de maak om de positie van de derde

partij in die sector te versterken. Pas onlangs is vanuit de Tweede Kamer door Duyvestein (PvdA) een initiatief wetsontwerp hiertoe ingediend.

NOG GEEN AFTOCHT

Moet de overheid eigenlijk wel terugtreden, blaast zij niet veel te snel de aftocht? Moet niet eerst beoordeeld worden of het evenwicht tussen schade- en sociale verzekeraars in balans is en ook op langere termijn een gewenst perspectief heeft? Moet niet eerst een wettelijke regeling tot stand komen voor het legitimeren en versterken van de derde partij voor je gerust kunt zijn op de kwaliteit van de vrije onderhandeling? En zouden ze in Den Haag de ontwikkelingen bij volkshuisvesting niet eens goed moeten bekijken voor verdergaande beslissingen op het gebied van de gezondheidszorg te nemen?

Naar aanleiding van deze discussiebijeenkomst luiden de antwoorden bevestigend. Ja, er moet eerst nog veel geregeld worden en de politiek heeft daarbij nog een belangrijke taak. Het lijkt paradoxaal. Enerzijds is er een groot maatschappelijk draagvlak voor de politiek van de terugtrekkende overheid terwijl anderzijds dezelfde overheid nog veel te regelen heeft, voordat een goede en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg gegarandeerd blijft.

DE SOCIALEN

Als het basispakket verder wordt uitgedund wordt de tweedeling in de zorg steeds zichtbaarder. Een kleine doch kwetsbare groep verzekerden heeft, via het basispakket nog wel recht op huisartsenhulp, krijgt maximaal negen keer fysiotherapie en gaat niet naar de tandarts. Het beeld van de gebochelde van de Notre Dame doemt voor ons op. Zeker is kostenreductie op deze manier mogelijk, maar wel tegen een hoge prijs.

Het effect van een terugtrekkende overheid kan een verzekeringsstelsel zijn, waarin de chronisch zieke, de verslaafde, de niet werkende en niet bij een groot bedrijf aangesloten werknemer verzekerd is bij de sociale verzekeraar en de gezonden bij de schadeverzekeraar. De sociale verzekeraar die alleen hoge- en laagrisico-patiënten verzekert zal een verzekeraar in armoede worden en kan zijn faillissement gaan aanvragen. Ondersteuning van de overheid blijft gewenst om dit soort effecten tegen te gaan.

Luk Klaphake is redacteur van TGP.

ZORG OP STRAAT

Gerard Nass

Overall in Nederland halen de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten hun hekken omver. Italiaanse toestanden uit de dagen van de democratische psychiatrie?

Maria Roepaan en de Augustinusstichting, samen goed voor twaalfhonderd bewoners, wil/en onder het vaandel 'zorg op straat' de helft van hun bewoners verhuizen naar kleine wooneenheden in de regio.

Nu is er in het hele gehandicaptenveld geen onderdeel meer te vinden waar vernieuwing en verbetering geen onderwerp van discussie zijn. De jiltgangspunten zelf liggen onder vuur, het geslacht bestaat uit de-categorialisering, kleinschaligheid, transmurale zorg, cliëntgebonden budgetten, vraaggericht werken en substitutie.

Sinds 'Dennendal', dat in 1974 landelijke bekendheid verwierf met haar verdunning, is er wel wat veranderd. Het aanbod is meer gedifferentieerd en ook binnen de inrichtingen kwam er meer aandacht voor privacy en eigenheid. In de begeleiding werd het medische denken ingeruild voor de orthopedagogiek en die, op haar beurt, weer voor een sociologisch model met aandacht voor interactie en integratie. Het beeld van de verstandelijk gehandicapte is mee veranderd. Van malloten zijn het 'mensen met mogelijkheden' geworden, die rechten en plichten hebben en in staat gesteld moeten worden tot een zo normaal mogelijk bestaan.

KANARIEGEEL

De inrichting is een kunstmatige leefomgeving, waardoor ideeën meer dan elders belangrijk zijn als rechtvaardiging van handelen en bestaansrecht. Ideeën als grondslag voor telkens weer nieuwe, vaak visionaire masterplannen - waaraan in de praktijk weer een mouw moet worden gepast. Bij de twee Limburgse instellingen Maria Roepaan en Augustinusstichting werd begin 1994 middels een kanariegeel kaartje de beginselverklaring 'Zorg op straat' massaal verspreid:

'De taak van de St. Augustinusstichting en de Stichting Maria Roepaan en hun medewerkers is om, samen met anderen in de samenleving, de voorwaarden te creëren waardoor mensen met een verstandelijke handicap:

- kunnen leven in hun eigen netwerk, temidden van anderen;
- kansen krijgen op zelf keuzes te ma-

- ken;
- kansen krijgen op persoonlijke groei;
- gerespecteerd worden in wederkerige en gelijkwaardige relaties,
- in het besef van het hebben van rechten en plichten als ieder ander.'

Aan deze prachtige uitgangspunten gingen praktische overwegingen vooraf. Sinds de overheid wil terugtreden ten gunste van meer marktwerking, maakt ze werk van herverdeling.

In de zwakzinnigenzorg gaat acht procent van de totale gezondheidskosten om, te weten 3,7 miljard gulden. Tweederde daarvan gaat naar de 30.000 inrichtingsbewoners - op een totaal van 100.000 mensen met een verstandelijke handicap. Dat moet anders. Hetzelfde budget dient ten goede te komen aan meer mensen, zodat ook de lange wachtlijsten kunnen worden weggewerkt.

Zo staat het begrip 'zorg op maat' voor minder inrichtingszorg, alleen ingezet waar nodig, aansluitend op de vraag en de reguliere dienstverlening.

Ouders spelen in dit proces een sleutelrol. Voorheen vroegen ze alleen méér, maar inmiddels is er verzet gegroeid tegen het klassieke zorgmodel. Ouders willen ondersteuning thuis, dus 'gewoon wat kan' en alleen 'speciaal wat moet.' De nota's *Mensen met mogelijkheden* (1989) en *Gewoon Doen* (1994) van de Federatie van Ouderverenigingen spelen dan ook een belangrijk rol in het parse overheidsbeleid.

AANVAL

Geconfronteerd met al deze externe druk gaan de instellingen massaal in de aanval. Ze ontschotten, ze verbreden. Alle sectoren formuleren een gezamenlijk zogenaamd functie gericht en transmurale aanbod. Naast meer, moeten de gehandicapten ook anders gebruik gaan maken van de voorzieningen.

Dan is er schaalvergroting. Niet alleen de zorgkoepels, maar ook de instellingen fuseren. Zoals Klik (maandblad over mensen met een verstandelijke handicap) onder de titel 'Groot, groter, grootst.' schreef: 'Ben je ergens een jaar niet geweest, grote kans dat er een nieuw naambordje voor de ingang staat'.

Een ander speerpunt in die aanval zijn de kwaliteitssystemen waarin doelmatigheid, kostenbeheersing en meer individueel gerichte zorg een belangrijke rol spelen. Waar goede bedoelingen lang voldoende waren, komt nu proto-



Foto: Jan van Deursen

collisering. En zo is er voor het persoonsgebonden budget, waannee ouders zelf het zorgpakket kunnen samenstellen, inmiddels voorzien in case management...

De praktijk toont aan dat ouders dit prima zelf kunnen regelen, maar de functie is landelijk al zo goed als vergeven aan het gespecialiseerd maatschappelijk werk.

NOORDWAARTS

Een van de maatregelen waannee de overheid de afbouw van inrichtingen afdwingt is de zogenaamde bouwstop. Zo kon het gebeuren dat de Stichting Maria Roepaan en de Augustinusstichting in een 'levensbedreigende' situatie terecht kwamen toen in 1993 het geld-voor-onderhoud van de gebouwen werd geweigerd.

Over wat er daarna gebeurde lopen de meningen uiteen. Feit is wel dat een hoge ambtenaar van VWS in de zomer van 1993 een nu al beroemde toespraak hield over een grote optocht van verstandelijk gehandicapten, de maatschappij in. Daarna nodigde hij een vertegenwoordiging van staf, werkers en ouders uit voor een bezoek aan Noorwegen.

In Noorwegen is de zorg voor verstandelijk gehandicapten al tien jaar prioriteit nummer één, wat heeft geleid tot de opheffing van alle inrichtingen. Hierbij dient vermeld dat de verhoudingsgewijs riante verzorgingsstaat daar nog intact is en er niet op een kroon werd gekeken. Van deze reis verscheen het bevlogen verslag *De Poolster als baken*. Voorjaar 1994 lag daar een beginselverklaring naast, waarin beide, inmiddels nauw samenwerkende inrichtingen, zich vastlegden op opdeling in vijf of zes zorgcentra - waarvan er inmiddels een in de steigers staat. De Limburgse instellingen ontvingen zestien miljoen gulden om te fuseren, de capaciteit voor 2005 met de helft terug te brengen en transmurale zorg te ontwikkelen - met twaalf partners, in zeven gezondheidsregio's, in drie provincies.

PRADIGMASHIFT

Als bestuursmodel voor dit proces is de 'lerende organisatie' genomen. Medio 1994 vormden veertien, door de directie aangewezen, werknemers de projectgroep 'Zorg op straat'. Ze werden geschoold in het nieuwe denken, waarin 'de dialoog als circulaire energiebron in een relatieontwikkelende omgeving' moest leiden tot meer mens- en wilsgericht werken. Beter weten, begrijpen, maar vooral kunnen, durven en willen

zal het resultaat zijn van een paradigmashift. die recht moet doen aan de, in de beginselverklaring, geformuleerde nieuwe zijswijze van de verstandelijk gehandicapte.

Via deze uitverkorenen moet de verandering zich als een 'olievlek' over de organisatie gaan verspreiden en de formalisering, bureaucratie en cultuurverschil te lijf gaan. Dat laatste is een zorg omdat zowel de zorgvisie als de begeleidingscultuur van de twee instellingen enorm verschillen.

Er gaat een bijna religieuze werking uit van die aanpak. Ook maakt de projectgroep veel werk van het contact met de direct betrokkenen. En ze leert snel. In haar advies *Zorg op Straat 2* legt ze de vinger op de zere plekken en constateert dat de wisselwerking met betrokkenen veel te wensen over laat. Ze pleit voor meer communicatie, scholing, betrokkenheid van bewoners, garanties voor veiligheid, maar vooral bezinning en rust zodat 'kwaliteit boven snelheid' kan gaan.

DE WERKERS

Voor het gros van de werkers leeft de verandering niet. Communicatie blijft het grootste probleem, ook nu weer. 'Niemand weet wat, maar dat past blijkbaar in de strategie.', aldus een functionaris, die verder denkt 'dat het de mensen pas gaat raken wanneer het persoonlijke consequenties heeft.'

Een groepsleider constateert dat 'momenteel elke stuiver wordt omgedraaid en men het systeem rond wil krijgen door het inzetten van lager opgeleiden. En voor een wandje van tweeduizend gulden in de groep, voor de privacy, is geen geld!'

Hij ergert zich aan alle pretenties. 'De

zorg verbetert hier nog met de dag en dat zit vooral in simpele dingen als mogelijkheid om met bewoners te zwemmen. Nu doen ze boven ineens alsof ze het wiel opnieuw hebben uitgevonden en de hemel om de hoek staat.'

De ondernemingsraden zien de aanvankelijke bedreiging inmiddels als een uitdaging. De voorzitter: 'Alles is een open verhaal geworden en veel staat onder druk. Je hebt weinig keuze, want al loopt Limburg nu eens een keer voorop, landelijk komt het er sowieso aan.'

Voor de groepsleiding is het de zoveelste onvermijdelijke reorganisatie. Professionaler werken en tegelijk betrokken blijven bij je bewoners is moeilijk en de 'omslag zorg-eremancipator' wordt ook geen gemakkelijke. Het afdelingshoofd:

'De groepsleiding blijft wel de centrale schakel. Het is hun motivatie en integriteit die het emancipatieproces aan de gang moet houden en dat veronderstelt zelfbewustzijn en onafhankelijkheid'.

ANGSTIGE OUDERS

Vijfenzeventig procent van de bewoners van de instellingen is ouder dan dertig jaar. Hun ouders zijn dus op leeftijd en zitten niet echt te wachten op (weer) een grote verandering. In de loop der jaren opgelopen teleurstelling rond stigmatisering en plaatsgebrek maakt hen angstig. Ze beschouwen het idee van integratie als naïef en maken zich grote zorgen over de veiligheid, en, na de recente perikelen rond de Wet Voorzieningen Gehandicapten, het geld.

Het beroep op het eigen netwerk ervaren sommigen als een morele dwang. 'Wanneer ik eerlijk ben ik wil ik mijn

BLUF UW WEG DOOR DE ZWAKZINNIGENZORG

Categoriaal - speciaal voorzieningsstelsel voor mensen met een verstandelijke handicap.

Intramuraal - 24-uurs zorg binnen inrichtingen en *sociowoningen* inclusief *dagbesteding*.

Semimuraal - 24-uurs zorg binnen gezinsvervangende tehuizen (*GVT's*) inclusief dagverblijven voor **ouderen (DVO's)**, kinderen (*DVK's*) en begeleid werken.

Extramuraal - ambulante zorg, waaronder Sociaal-Pedagogische Diensten, begeleid zelfstandig wonen, **gezinsbegeleiding** en gespecialiseerd jeugd- en volwassenenwerk.

Transmuraal - combinatie van bovenstaande voorzieningen naar functie (wonen, dagbesteding, vrije tijd).

Decategorialisering - afbouw van die voorzieningen middels samenwerking met reguliere hulp- en dienstverlening.

Clieengebonden budget - persoonlijke uitkering voor cliënten of ouders om (gedeeltelijk) zelf zorgpakket ('*arrangement*') samen te stellen.

Substitutie - vervangen van dure door goedkopere zorg - eventueel in samenwerking met andere dienstverlening.

Flankerend beleid - voorzieningen die dat mogelijk moeten maken.

Vraaggericht werken - het beschikbare aanbod bepaalt niet langer (alleen) de dienstverlening die men krijgt.

Transformatie - verandering.

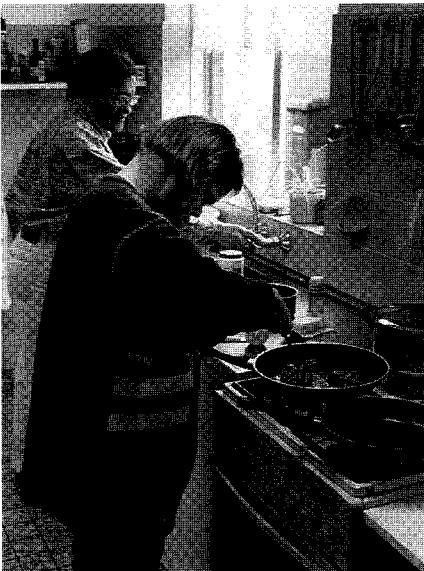


Foto: Jan van Deursen

zoon niet in mijn eigen dorp want dan kan hij net zo goed thuis blijven. De krant staat vol met advertenties voor vrijwilligers om de vereenzaming van de mensen tegen te gaan. Ik ben bang dat wanneer hij drie blokken verder woont, van mij verwacht wordt dat ik uiteindelijk de zorg weer ga overnemen.'

DE BEWONERS

Er is voorzien in wooneenheden van een tot vier personen voor alle categorieën bewoners en dat is, in vergelijking met groepen van gemiddeld twaalf, een grote verbetering. Voor de bewoners zijn die concrete veranderingen het belangrijkste: met minder mensen gaan wonen en een eigen keuken, of een 'Persoonlijk Toekomst Plan' maken met wensen en mogelijkheden. Ook na alle kant-en-klaar-oplossingen uit het verleden blijken bewoners prima in staat daar serieus over na te denken. Het hoofd buitenprojecten: 'Leren kiezen begint bij eenvoudige dingen, je eten, vakanties, inrichting van je huis en je vrienden. Dat worden verworvenheden die niet meer teruggedraaid kunnen worden.'

De bewonersraad van Maria Roepaan heeft in tien jaar tijd een respectabele staat van dienst opgebouwd en wordt gehoord bij alle belangrijke beleidsbeslissingen. Aan de oprichting is geen hulpverlener te pas gekomen. Die mogen alleen notuleren en faciliteren. Daartegenover is de recent opgerichte cliëntenraad van de zusterstichting weer bedacht en gekozen door personeel. De fusie ligt voor de bewoners heel simpel: 'Ze ervaren een vanzelfspre-

kende band zonder dat dit iets met een fusie te maken heeft.'

DE ILLUSIE

De emancipatie van verstandelijk gehandicapten komt langzaam op gang. Naast een landelijke belangenvereniging wordt ook cliënteninbreng binnen voorzieningen steeds meer gangbaar. Niettemin blijft de afhankelijkheid van de omgeving groot. Naarmate het niveau lager is wordt ook de interpretatieruimte groter. Het risico dat zij willen wat hun omgeving wil, en dat aanvankelijke rechten tot plichten worden, neemt navenant toe.

Zo is het met de arbeid, productie en training die nu weer als wenselijk geldt. De cliënt moet eigenlijk normaler worden, dus minder zwakzinnig. Een ideologie die sociale gelijkheid baseert op de ontkenning van verschillen maakt dat daarbij behorende waardeoordelen een eigen leven blijven leiden. Het wegverklaren van verschillen is ontkenning van hun bestaansrecht en erkenning dat zij niet kunnen bestaan zonder discriminatie.

De soep wordt niet zo heet gegeten als hij wordt opgediend. Fysieke integratie is al heel wat, en dat men voor het dagelijkse leven en sociale contacten aangewezen blijft op de instellingen neemt men op die koop toe. Dit soort realisme vergroot echter de kans dat alles blijft steken in een louter organisatorische decentralisatie, waarbij het algemeen belang toch het belangrijkste blijft.

DE SLEUTEL

Leven in een eigen netwerk, kansen op eigen keuzen, persoonlijke groei, stond er op het gele kaartje. Dat vraagt een veilige en stimulerende omgeving waarbinnen zelfstandig keuzen kunnen worden gemaakt. De sleutel voor emancipatie ligt daarmee in de dagelijkse praktijk. Die moet de basis leggen voor respectvolle en gelijkwaardige relaties. De omslag en de betrokkenheid die dit van begeleiders vraagt kan niet per decreet worden opgelegd. Zeker niet wanneer door voortdurende protocollisering het 'hart' in de begeleiding wordt weggeprofessionaliseerd.

Zorg is mensenwerk, maar wordt daarnaast steeds meer een zaak van doelmatige bedrijfsvoering. Dat wringt. De Limburgse instellingen zijn, als pilotproject, uitverkoren om aan te tonen dat kleinschalige zorg goedkoop kan. Maar de fusie van het kader heeft, vooralsnog geen extra middelen opgeleverd. Hope-

lijk wordt die rekening niet naar beneden doorgeschoven. Want juist daar is namelijk juist meer en betere begeleiding nodig.

DE VRAAG

Het is de vraag of alle veranderingen met het huidige besturingsmodel te realiseren zijn. Informatieachterstand is weg te werken, maar zal een echte mentale omslag uiteindelijk niet botsen met een grote, centraal aangestuurde, organisatie die nu eenmaal mensen alleen ziet als taak of probleem?

Leren middels kunnen, durven en willen is zo gek nog niet. Het biedt, mits gestuurd door voldoende reflectie en analyse, goede aanknopingspunten voor de 'zachte' sector. Het bevordert de oriëntatie op de buitenwereld en voorkomt dat gewenste veranderingen vastlopen door wantzouwen en passiviteit van direct betrokkenen.

Daarvoor zullen wel garanties nodig zijn voor werkelijk tweerichtingsverkeer tussen bestuurders en gebruikers. Structurele inbreng bij de planning van een volgend zorgcentrum, inclusief de financiële besluitvorming, is daarvoor een mogelijkheid.

Dat het einde van de inrichtingen in zicht komt is een grote verworvenheid, waar ouders, en begeleiders, mee moeten leren leven. Confrontatie met alleen voldongen feiten, verpakt in hoogdravende en suikerzoete boodschappen, brengen het willen en kunnen niet dicht bij elkaar. En draagt evenmin bij tot de nodige vergroting van het maatschappelijk draagvlak.

Want tot nu toe blijven de overheid en de directies de vaandeldragers van de veranderingen. Geen revolutie vanuit de basis maar implementatie van bovenaf. Met behulp van een flinke dosis communicatiemanagement worden nu groepsleiding en verstandelijk gehandicapten meegenomen de maatschappij in. De mogelijkheden voor verstandelijk gehandicapten in die samenleving lijken slechter dan ooit, met scholen en een arbeidsmarkt waar geen plaats voor ze is. Kortom: wordt het nu echt andere zorg of alleen verdunning van inrichtingen in een ontwikkeling van schaarsgroting en toenemende machtsconcentratie?

Gerard Xass is beëeideider. *zorgende en St...*

column

VERZEKERI NGSN EUROSE

De term verzekeringsneurose hoorde ik lang geleden voor het eerst in de psychiatriecolleges. Er schenen mensen te zijn die zich zo vastbeten in hun conflicten met keuringsinstanties, dat ze een monomane levensvervulling gingen vinden in de procedures, briefwisselingen en beroepszaken waarmee ze hun gelijk zochten. Zulk verzet was volgens de dokters, geheel in overeenstemming met hun toenmalige mensbeeld, op zich wel weer pathologisch en daarmee een diagnostische classificatie waard, al betwijfel ik of de consumenten van toen via die secundaire medische erkenning toch de begeerde afkeuring wegens arbeidsongeschiktheid binnenhaalden.

Ook al heb je in contacten met WAO-ers en patiëntenorganisaties wel eens je twijfels, tot nu toe ging ik er van uit dat deze diagnose berustte op de arrogantie van de medische macht.

Tot ik de eerste symptomen van de ziekte bij mezelf heb moeten constateren. Overgevoeligheid en ergernis waar ik ook weer van geniet. Het gevoel van ik pik niks meer!

Door vervelende lotgevallen, ziekte en werkeloosheid, deed ik ervaringen op met diverse verzekeringsinstanties. Mijn leven werd verrijkt met bizarre ontmoetingen, reizen in de verleden tijd en surrealistische conversaties die door mijn ziekelijke fixatie nog weken goed waren voor woedeaanvallen, lach- en huilbuien.

Al die ervaringen lijken me amusant voor een breder publiek, maar ook dat is een van de symptomen.

Het GAK is mijn favoriete projectiepartner, temidden van vier of vijf rivalen. Je hoeft alleen maar te weten hoe het begon. Daarin lag eigenlijk al onze hele latere relatie besloten:

'Met Annelies'

'Spreek ik met het GAK?'

'Spreekt u mee'

'Ja, eh, wie moet ik hebben om informa ...'

'Belt u voor een WW-uitkering?'

'Nou, dat is te zeggen, ik word over twee maanden ...'

'Bent u werkeloos?'

'Over twee maanden en ik wou alvast een afspraak ...'

'Wilt u terug bellen als u binnen zes weken werkeloos wordt?'

'Waarom?'

'Omdat we momenteel afspraken maken met de mensen die nu binnen zes weken werkeloos zijn'

Dit oppervlakkige eerste contact was de voorbode van meer en heviger uitwisselingen die mij niet onberoerd lieten (het GAK wel, ben ik bang). Het zusje van de afdeling WW, de afdeling ziektewet, was intussen in de eerste confrontatie even veelzeggend:

'Ehum ... Is hier de afdeling van de ziektewet?'

'Heeft u een afspraak?'

'Om tien uur ... Ja, ik ben laat, maar dat komt omdat u in een ander gebouw zit dan op de brief stond en omdat er geen bordjes ...'

'Waar komt u vandaan?'

'Uit Driebergen, maar wat ..'

'Bent u met de auto?'

'Nee, hoezo?'

'Eens kijken ..., dan ontvangt u vijf gulden zeventig, wilt u hier even tekenen?'

'Maar ik heb een NS-kaart van mijn werk en ik kom zo van kantoor'

'Neemt u het nou maar, anders wordt het zo'n administratie. Als u daar op de grijze stoelen wilt plaatsnemen en hier is uw nummertje'

Het lijkt niet veel, zo'n contact, maar de beampte had er iedere keer een onderbreking van zijn lectuur voor over en met hun geldelijke opbrengst hadden deze gesprekken toch nog meer praktische gevolgen dan die met de verzekeringsartsen. Want dan ging het bijvoorbeeld zo:

'Hallo'

'Dag, hoe.. eens even kijken .. hoe is het met de ogen?'

'Ja, eh, wel goed, de laatste operatie is goed gegaan en ik werk al weer halve dagen. Maar ik kwam toch om verder te praten over de gevolgen voor mijn loopbaan? Ik word binnenkort werkeloos en moet ik me nou richten op lees- en schrijfbanen?'

'O ja. Nou u moet het zo zien dat u daarvoor, het klinkt gek, eigenlijk nog te kort ziek bent gemeld. Pas na drie maanden valt u onder de GMD, en daar wordt ook gekeken naar de arbeidskundige kant. Wij hebben daar geen mensen voor.'

'Maar dat vind ik wel raar. Die deskundigen zitten hier gewoon twee deuren verder op de gang, en ik dacht trouwens dat jullie gingen fuseren?'

'U heeft helemaal gelijk, maar ik werk hier ook maar tijdelijk, er is nogal leegloop, het is eigenlijk een beetje een sterfhuis ...'

'Maar kunt u dan niet door die bureaucratie heen komen ... 't is toch in ieders belang dat ik niet afhankelijk word van uitkeringen?'

'Dat ziet u goed, maar om eerlijk te zijn, ik heb hier niets te vertellen. Ik heb te maken met een hoofd en als die het niet goed vindt gebeurt het niet'

Ach, er is voor een ander waarschijnlijk niets aan. De instanties moeten je eerst sensibiliseren voor je het volle allergische genot smaakt van de inschrijvingssessie bij een arbeidsbureau (een geautomatiseerd zoekendbestand voor de werkgevers, met honderdtien beroepen), de telefonische rekenpartijen met een wachtgeldadministrateur, de maandelijkse werkeloosheidsbriefjes (vraag 1: bent u van plan te verhuizen?), een aanstellingskeuring bij een GGD, de maandenlange pogingen tot inschrijving bij een ziekenfonds, de tekstanalyse van een schriftelijke berisping, het opstellen van een dodelijke antwoordbrief. Als je er eenmaal alert op bent, zijn ze overal, de kleinerende instanties. De 06-nummers die je tegen betaling laten wachten, de krant die me thuis laat bellen of ik een abonnement wil, de PTT die mijn adres verkoopt aan derden. Er is nog zo veel werk te doen.

Maar overdrijf ik niet een beetje? Iederéén die drieduizend gulden aan lenzen uitgeeft om te kunnen blijven zien zou natuurlijk boos worden als de zorgverzekeraar na veel gesoebat honderdvijftig gulden vergoedt. Ik maak de kinderen aan het schrikken met vreemd gelach bij het televisiespotje van de verzekeraar, maar kan dat niet nog gewoon duiden op kleinzieligheid in geldzaken?

Nee, die ongezonde hartkloppingen bij het schrijven van deze column, dat is pas een teken van verzekeringsneurose. Help, ik moet weer ageren!

Hans Tenwolde, redacteur TGP.

OM TROTS OP TE ZIJN

Aart Eliens, Arie Rot

Verpleegkundigen zijn niet vaak trots op hun vak. Dat is opvallend, omdat er wel voldoende redenen voor zijn.

Beroepstrots is een belangrijke voorwaarde om het proces van professionalisering dat verpleegkundigen doormaken te doen slagen.

'Als mensen mij op een feestje vragen wat ik doe, zeg ik dat ik de opleiding tot verpleegkundige volg op een hogeschool. En als ik dan ook nog vertel dat het een opleiding is net zoals de HEAO bijvoorbeeld, dan hebben ze er wel respect voor.'

'Om mijn vak van verpleegkundige wat aanzien te geven, vertel ik vaak over de medisch-technische handelingen.'

'Soms had ik liever gezegd dat ik wat anders deed.'

Uitspraken van verpleegkundigen laten zien dat verpleegkundigen niet trots zijn op hun vak. Ze trachten respect voor hun beroep te verwerven door de opleidingsstatus of hoogstandjes te benadrukken.

In het *Verpleegkundig Beroepsprofiel* staan de volgende taakgebieden voor de verpleegkundige: preventieve en voorlichtende taken, verzorgende en begeleidende taken, diagnostische en therapeutische taken, coördinerende taken, rapportage, registratie en administratieve taken en de huishoudelijke taken.

De medisch-technische handelingen, genoemd om de status van het vak op te vijzelen, zijn dus maar een klein onderdeel van het werk.

Beroepstrots hangt nauw samen met de inhoud van het vak en de maatschappelijke waardering daarvan.

Negatieve invloeden op de beroepstrots onderscheiden we in de interne factoren, zoals onvoldoende functiedifferentiatie, geringe autonomie, gebrekkige public relations en de externe factoren: matige maatschappelijke waardering, onzichtbare resultaten en de koppeling van het vak aan sekse en sociale klasse.

DE OPLEIDING

Het verpleegkundig beroep werd lang op MBO-niveau uitgeoefend. Een groeiende behoefte aan hoger opgeleid verpleegkundigen resulteerde in 1972 in de komst van de HBO-V. De komst van de HBO-Ven de studie Verplegingswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg, die in 1980 startte.

hebben het maatschappelijk imago van de professie goedgegaan.

In april 1995 verscheen het rapport *Het lopend vuur*, waarin een drastische herziening van het onderwijsstelsel wordt beschreven. De voorstellen in dit rapport moeten een oplossing bieden voor de versnippering in het huidige opleidingsstelsel.

Eén van de kernpunten in 'het lopend vuur' is een beroepsstructuur met drie functieniveaus: verplegend, verzorgend assisterend.

De assisterende beroepsbeoefenaar op het derde functieniveau behoort niet tot het domein van de verpleging. De kernactiviteiten van de functie betreffen huishoudelijke taken en ondersteuning bij ADL (algemeen dagelijks leven). Huishoudelijke taken (overigens ook in het Verpleegkundig Beroepsprofiel naar ons oordeel ten onrechte tot de verpleegkunde gerekend) hebben weinig te maken met verpleegkundige beroepsuitoefening.

Voor het maatschappelijk aanzien, een factor die speelt bij de beroepstrots, is de koppeling tussen huishoudelijk werk en verpleging ongunstig.

Functiedifferentiatie kan echter ook een positieve rol spelen, als je het ziet als erkenning van de complexiteit van verplegen en de noodzaak van deskundigheid op het eerste niveau. Werken met meer functieniveaus stelt verpleegkundigen op het eerste niveau in staat te doen waarvoor zij zijn opgeleid.

AUTONOMIE

De verpleegkundige beroepsgroep is nog niet erg autonoom. Ondanks het feit dat verpleegkundigen al jaren professionaliseren, plaatsen velen het beroep binnen het geneeskundig kader. De verpleegkundige is dan de 'verlengde arm' van de arts. Dit beeld belemmert het afbakenen van een echt eigen werkerrein.

MATIGE PR

Verpleegkundigen verzorgen de public relations voor hun eigen professie vaak matig. Bij acties, gevoerd om het sala-

ris en de arbeidsomstandigheden te verbeteren, komt geen zelfbewuste professie in beeld. De bedpannen en uniformen op de foto's maken wellicht leuke plaatjes voor de media, maar het is ons inziens niet de manier waarop verpleegkundigen zich moeten laten portretteren.

De discipline is beter af met een goed doortimmerd maatschappelijk verhaal, dat in een niet al te ludieke omgeving wordt gepresenteerd en waar de gehele beroepsgroep achter staat.

De komst van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) in oktober 1993, kan de PR van de verpleging ten goede komen. De doelstelling van het LCVV is verbetering en versterking van de positie van verplegenden en verzorgenden; het LCVV plant de ontwikkeling van een positief imago van verplegen en verzorgen.

IMAGO

In de afgelopen jaren is het gebruik van dwangmiddelen en -maatregelen door verpleegkundigen in bepaalde sectoren van de gezondheidszorg regelmatig aan de orde geweest.

Sexueel misbruik van verstandelijk gehandicapten door groepsleiders komt breeduit in de pers.

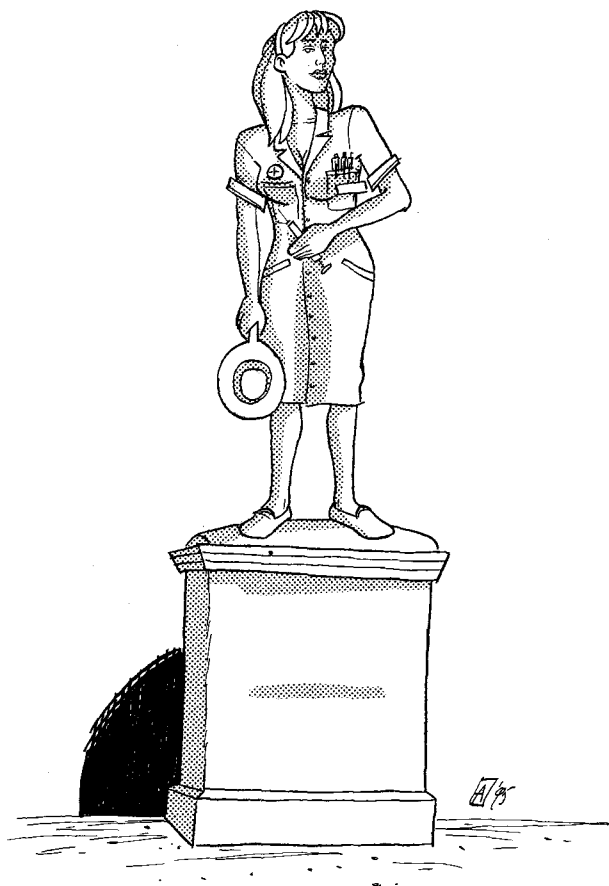
Zowel de geconstateerde feiten als de publiciteit eromheen hebben het aanzien van het verpleegkundig beroep geen goed gedaan. Zeker niet omdat de tegenstelling, tussen deze misstanden en het uitgangspunt van de verpleegkundige dat het belang van de patiënt voorop staat, schrijnend is.

Bovendien is het moeilijk te verteren dat collega's tegen de ethische normen handelen. Het beïnvloedt de beroepstrots direct negatief.

WAARDERING

Een externe belemmering van beroepstrots is de relatief lage maatschappelijke waardering. Die staat uiteraard niet los van de inhoud van het beroep en het beeld dat ervan bestaat in 'de' maatschappij.

Verplegen wordt meestal in verband gebracht met zorgen. Dit raakt de discussie over care en cure. In onze technologische samenleving dwingt de geneeskunde respect af voor de resulta-



Tekening: Aart Cornelissen

ten die zij weet te boeken op basis van de medische technologie. In vergelijking daarmee komt de verpleegkunde er slecht af, behalve als het gaat om bijvoorbeeld de intensive care met alle techniek vandien.

Verplegen levert op het eerste gezicht geen duidelijke resultaten op. Effecten van de verpleegkunde zijn wetenschappelijk moeilijk aan te tonen, omdat die bijdrage aan het multi-disciplinaire team-work rond de patiënt of cliënt niet exact valt te omlijnen. Artsen claimen gemakkelijker het succes bij een operatieve ingreep dan de verpleegkundigen. Daarin schuilt, met name het probleem: de verpleegkundige zorg blijft onzichtbaar, terwijl deze onmisbaar is voor het herstel of behoud van gezondheid van zorgontvangers. Het wordt dan voor verpleegkundigen heel moeilijk om te zeggen: 'kijk eens wat een mooi resultaat ons werk oplevert'.

☞

Verplegen werd als beroep vanaf de vorige eeuw veelal door vrouwen uitgeoefend. Vrouwen zouden het zorgen voor

de ander 'in zich hebben'. Deze vermeende geschiktheid van vrouwen voor de zorg droeg lange tijd bij aan de lage maatschappelijke waardering. Het feit dat het aantal mannen in de verpleging is toegenomen, heeft het beroep nog niet van dit imago ontdaan.

De verschillen tussen de seksen zijn in het beroep ook terug te vinden: mannen zijn sterker vertegenwoordigd in de 'technische' specialisaties en in de leidinggevende posities.

De lage status van het werk, de magere salariëring en de ondergeschikte machtspositie zijn deels gevolg van deze beeldvorming.

KLASSE

Tussen de sociale klasse van individuen en het hebben van macht, bezit, sociale waarde-

ring en psychische bevrediging bestaat een relatie.

De beroepsbeoefenaren waar verpleegkundigen mee samenwerken, zoals artsen en fysiotherapeuten, zijn veelal afkomstig uit de hogere sociale klasse. Daar zijn de mensen eerder trots op wie zij zijn en tevreden over hun maatschappelijke status.

Verpleegkundigen zijn veelal afkomstig uit de lagere- en middenklasse. De veronderstelling is, dat zij minder dan andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in staat zijn sociale waardering te krijgen voor en psychische bevrediging te ontfangen aan hun beroep.

Bovendien maakt het ontbreken van een maatschappelijke machtspositie het voor verpleegkundigen moeilijk hun beroep een hogere maatschappelijke waardering te verlenen. De situatie is niet bevorderlijk voor het ontstaan van beroepstrots.

PLUSPUNTEN

Tot nu toe hebben we alleen negatieve invloeden op beroepstrots genoemd.

Toch menen wij dat verpleegkundigen trots kunnen zijn op hun vak. Daarvoor noemen we hier een aantal argumenten.

De professionalisering van het verpleegkundig handelen heeft veel goed gedaan aan het beroep. De bekwaamheid en vaardigheden van verpleegkundigen zijn toegenomen, en daarmee de kwaliteit van de zorg. Kwaliteitscontrole en planning van de zorg zijn verbeterd. De gecreëerde wetenschappelijke invalshoek geeft de professie status en mogelijkheden tot verdere ontwikkeling.

De kwaliteit van het werk uitdragen werkt positief op het maatschappelijk imago. En dat heeft een gunstig effect op de ontwikkeling van beroepstrots.

DE PATIËNTEN

De vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken zorgt voor meer verpleegkundig werk.

Er is meer sprake van multi-pathologie en een sterke behoefte aan verpleegkundige zorg, met name omdat de medische mogelijkheden voor deze patiënten beperkt zijn. Deze zorgontvangers hebben vooral behoefte aan ondersteuning bij zingevingsvraagstukken en behoud van zelfzorg en zelfredzaamheid. Het gaat om grote groepen zorgontvangers in verpleeghuizen, instituten voor verstandelijke gehandicapten, de thuiszorg en de chronische sector van de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg.

In de zorg voor chronisch zieken spelen ook specialistische verpleegkundigen een prominente rol. Het zijn in het bijzonder verpleegkundigen en verzorgenden die op deze gebieden grote deskundigheden bezitten en een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan behoud van kwaliteit van leven van deze groeiende groep patiënten.

Het economisch nut van verpleegkundige zorg, tot slot, gaat ook zwaarder wegen. Adequate zorg versnelt het herstel van zorgontvangers die in het arbeidsproces en andere maatschappelijk geëerde rollen node gemist worden. Die zorg is geld waard, wat het aanzien ervan versterkt.

Aart Eliens en Arie Rot werken beide bij de Hogeschool Holland, sector HGZO.

Ik woon hier met mijn man en zoon van 26. Ik heb van alles gedaan, vooral schoonmaken. We leven van de AOW van mijn man met een klein pensioentje erbij, dus dat gaat wel. Mijn gezondheid is op het ogenblik redelijk. Ik ben niet zoveel ziek. Ik ben wel vaak nerveus, spanningen over de ziekte van mijn man. Hij is de hele dag thuis en hij kan niet meer zo als hij gewend is. Dus dan zijn er vaak momenten dat het jou, ook parten gaat spelen. Dan pak ik mijn jas en fiets en ga ik weg. Ga ik even boodschappen doen en dan gaat het weer. Als ik dan terugkom, ben ik het kwijt. Gewoon zenuwen.

Ik heb wel wat met mijn voeten. Ik heb speciale schoenen. Ben een keer van de trap afgevallen. Toen hebben ze me verkeerd behandeld, hier in het ziekenhuis. Zodoende heb ik nu orthopedische schoenen. Niet goed in het gips gezet. Dat was een paar jaar geleden. Die schoenen moeten speciaal gemaakt worden. Die spieren bij de enkel, die trekken af en toe. Als ik dan een poosje mijn pantoffels aan heb, dan gaan ze zeer doen. Maar trek ik dan mijn schoenen weer aan, dan zakt het af omdat daar steunen inzitten. Ik kan wel goed lopen, maar ik moet de hele dag die schoenen aan hebben. Ik moest zelf f 200.-- voor die schoenen betalen en de rest uit het ziekenfonds.

Ik probeer op mijn eten te letten. Gewoon regelmaat proberen. 's Morgens 1 boterham, 's middags 2 en 's avonds warm eten. Ik ben er al drie jaar mee bezig, omdat ik te zwaar was. Maar het is geen speciaal dieet, gewoon om regelmatig te eten. De ene keer lukt het je wel, de andere keer lukt het je weer niet. Het is een kwestie van aanwennen. Alcohol drink ik niet meer, sinds mijn man het niet meer mag hebben. Ik dronk nooit veel hoor, alleen als we uitgingen. Toen mocht mijn man het

niet meer en automatisch doe ik het ook niet. Ik beweeg weinig, wel fietsen en hier naar de kruidenier lopen. Je bent de hele dag toch wel bezig, je was doen, strijken en zo.

Ik woon elf jaar in deze buurt. Op het ogenblik, met die drugs hier allemaal, is het moeilijk. Wij zijn in overleg met de politie, maar die heeft ook niet genoeg mankrachten. Ik maak me wel zorgen over de buurt. Ik zie ze hier dagelijks dealen, dat is heel gewoon hier. Ze worden wel gepakt, maar ja, ze worden na een uur of twee weer losgelaten. Helpen doet het niet. Er is hier veel buurtpreventie, maar aan de noordkant zijn al die huizen weggebroken, daar kunnen ze overal vluchten. Bij een school in de buurt hebben ze al een aantal keren spuiten gevonden en 5 weken geleden hebben ze 30 heroïne-bolletjes gevonden. Daar lopen kinderen.

De buurt is veilig en onveilig tegelijk. Er is nu meer politie in de straten. Kijk, dan voel je je veiliger. Met inbraken valt het wel mee. We hebben hier geen achterom, dat scheelt. Er zou wat meer groen moeten komen in de wijk. Daar praten we dan ook over met het wijkbureau. Ja, vroeger was het heel anders als tegenwoordig. Het is gewoon zo dat je er zelf iets aan moet doen. Ik zit in het comité voor nieuwbouwen in een project voor het vegen. Eén keer in de drie weken vegen we hier de straten met een reinigingswagen. Ik zou willen dat de mensen is een beetje meer begrip voor mekaar hadden in de buurt. Ze doen alleen mee als je het vraagt.

Ik heb een leuk huis, alleen een kleine tuin. Verder is het huis naar mijn zin. Sinds het gerenoveerd is het beter, maar ik heb nog steeds last van vocht en schimmel. Ze hebben het van de gemeente wel een keer aangesmeerd, maar dat hielp niet. Toen hebben we zelf de schrootjes er tegenaan gemaakt. Twee, drie keer per jaar kon je het behangen.

Ik praat nooit met mijn burens over gezondheidsproblemen, over ziektes en zo. Een hoop mensen werken nog, dus die zie je weinig. Ik heb heus goede contacten met mijn burens, hoor. En ze vragen ook wel als er wat is hoor. Maar je wilt niet altijd afhankelijk zijn, he. Als je gaat klagen dan is het net of je met je problemen te koop loopt. Vragen ze er zelf naar, dan is het wat anders. Ik kom ook nooit bij mijn burens om wat te lenen. Als er iets met mijn man zou gebeuren, dan zouden ze mij echt bijstaan. Ik ga zelf wel eens op bezoek bij een vrouwtje van 82, even d'r haar doen.

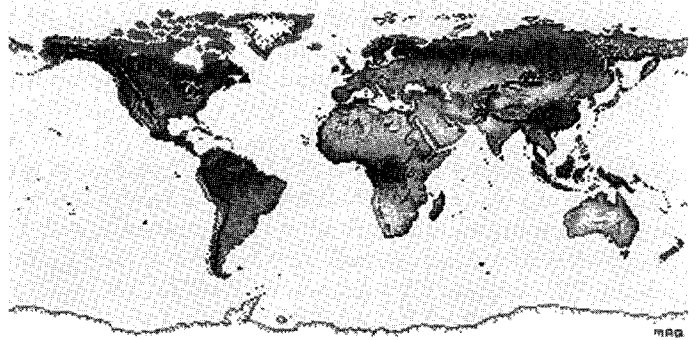
Overdag doe ik mijn boodschappen en ga ik wel eens overdag naar het buurthuis. Ik heb de slankclub en een naaclub. De slankclub is een stelletje vrouwen onder elkaar, die hebben we zo zelf opgericht. Dinsdagsavonds is dat een uurtje, bijvoorbeeld recepten uitwisselen. En dan even wegen. Mijn huisarts woont aan de overkant, dat is wel makkelijk. Mijn man moet er drie keer in de week heen. Hij krijgt ook tabletten, speciale tabletten, die moet ik bijbetalen. Het ene tablet niet, en het andere wel! Het komt van dezelfde dokter af. Ik zelf was er vorige week nog voor de zenuwuitslag. Ik heb een crème gekregen om in te smeren. Het komt door de zenuwen. Ik kon zenuwtabletten krijgen maar die hoefde ik niet. Ik slik geen medicijnen. Met het ziekenhuis hier zijn we ontevreden, er zijn teveel dingen fout gedaan, net zoals met mijn voeten. maar ook andere dingen. We gaan nu als het kan naar het Academisch ziekenhuis. Ik vind het belangrijk dat een specialist je goede uitleg geeft. Wat er precies aan de hand is. Dus ik zelf ook weet wat er met mijn man aan de hand is. Dan weet je wat voor komt te staan.

(IvdV)

BUITENLANDSE BERICHTEN

redactie: loost van der Meer

bijdragen: loost van der Meer, Arko
Oderwald



De derde doodsoorzaak (1)

Wie dacht dat infectieziekten in de geïndustrialiseerde landen allang van de lijst van belangrijkste doodsoorzaken waren afgevoerd om er nooit meer op terug te keren, heeft onze kleinste leefvormen schromelijk onderschat. In de VS vormen alle infectieziekten nu samen de derde doodsoorzaak, na kanker en hartziekten zoals het hartinfarct. In het Journal of the American Medical Association (JAMA) zet een groep onderzoekers de gegevens op een rijtje. Allereerst signaleren zij epidemieën van nieuwe, tot dusver ongebruikelijke infectieziekten in hun land. Zo was er een uitbraak van dodelijke luchtweginfecties met het zogenaamde *Hantavirus* in het zuidwesten van de VS in de zomer van 1993. De parasiet *cryptosporidium* besmette het waterleiding systeem in de staat Wisconsin en zorgde voor 400.000 diarree gevallen en 4000 ziekenhuisopnamen in de hoofdstad Milwaukee.

Niet alleen deze relatief onbekende beestjes zorgden voor consternatie. Huis- tuin- en keukenbacteriën raken door een te ruimhartig antibioticagebruik zó resistent dat dit af en toe tot serieuze problemen leidt. Door deze en andere problemen was er behoefte aan een goed overzicht van problemen met infectieziekten. Een dergelijk overzicht ontbrak omdat de gangbare classificatie van ziekten, de International Classification of Diseases Ninth Revision (ICD-9), ondanks een apart hoofdstuk 'infectieziekten' in hoofdzaak op een indeling van ziekten naar organen leunt. Daarmee raakt de oorzaak van ziekten wel eens ondergesneeuwd: middenoorontsteking is voor de ICD-9 een oorziekte en hersenvliesontsteking is een ziekte van het centraal zenuwstelsel, maar beiden zijn duidelijk ook infectieziekten. Daarom hebben de auteurs van het JAMA-artikel alle 8437 ICD-9 diagnoses opnieuw beoordeeld op hun infectieuze oorzaak. 1131 daarvan bleken infectieziekten te zijn en van deze 1131 bleken er slechts 754 (67%) in het oorspronkelijke hoofdstuk

'infectieziekten' aanwezig.

De onderzoekers zijn bij hun indelingsarbeid tamelijk streng geweest: alleen wanneer zeker was dat een infectie in alle of bijna alle gevallen de oorzaak van een ziekte was, mocht het ook een infectieziekte heten. Een aandoening als levercirrose viel daarom af: voor een flink deel is dit het gevolg van het door een virus veroorzaakte Hepatitis B, maar zoals bekend ligt alcoholmisbruik eveneens ten grondslag aan veel gevallen van levercirrose.

Met hun nieuwe 1131 infectieziekten bekeken de auteurs opnieuw van alle sterfgevallen in de VS tussen 1980 en 1992 de onderliggende doodsoorzaak (zeg maar de voornaamste doodsoorzaak). Daarbij vonden zij een toename van infectieziekten als doodsoorzaak van 41 per 100.000 in 1980 tot 65 per 100.000 in 1992. In 1992 waren deze ziekten verantwoordelijk voor 8% van de doodsoorzaken. De stijging was te zien in alle leeftijdsgroepen behalve onder kinderen jonger dan 5 jaar; het meest dramatisch steeg het sterftecijfer aan infectieziekten onder de leeftijdsgroep van 25-44 jaar: van 6 naar 38 per 100.000. Onder mannen was de stijging van de sterfte aan infecties hoger dan onder vrouwen, en onder zwarten hoger dan in de rest van de bevolking. In 1980 was de sterfte aan infecties onder de zwarte inwoners van Amerika 46 per 100.000 (13% hoger dan het totaal), terwijl dit aantal in 1992 88 per 100.000 bedroeg (36% hoger dan het totaal).

Oorzaak van de stijgende sterftecijfers is in de eerste plaats het HIV-virus, dat een groot deel van de dramatische stijging onder de 25-44-jarigen verklaart. Maar ook als iedere sterfgeval met vermelding van HIV waar dan ook op het doodsoorzakenformulier wordt weggeglaten stijgt de sterfte aan infectieziekten nog altijd met 22% tussen 1980 en 1992. De sterftestijging aan infecties van 25Ca onder de ouderen in de VS komt voornamelijk op het conto van luchtweginfecties. Verder is algehele bloedvergiftiging (sepsis) belangrijk

toegenomen als doodsoorzaak.

Dat infectieziekten nu van de vijfde plaats in 1980 zijn gepromoveerd naar de derde doodsoorzaak wordt door de auteurs zwaar aangezet. Het kopt natuurlijk leuk, maar bij nader inzien blijkt de sterfte aan ongevallen en vaatziekten (de vroegere nummers 3 en 4) in de onderzoeksperiode ook wat gedaald te zijn. Logisch dus, zo lijkt het, dat infectieziekten zijn opgeschoven. Toch blijft de absolute sterftestijging aan infecties zorgwekkend, te meer omdat het hier om sterfte gaat die door het bestaan van krachtige en effectieve geneesmiddelen althans in theorie deels vermijdbaar is. Maar wanneer met antibiotica wordt gestrooid alsof het zuurtjes zijn wordt effectiviteit sterk ondergraven.

De auteurs verwijten de volksgezondheidsautoriteiten onoplettendheid door zich te veel te laten meevoeren in de luie limousine van de epidemiologische transitietheorie: de theorie die voorspelt dat met het stijgen van de welvaart infectieziekten plaats zullen maken voor chronische aandoeningen. Zij suggereren dat deze theorie moet worden herzien. Of de welvaart onder zwarten en ouderen, de groepen die behoorlijk worden getroffen door de sterftestijging, de laatste jaren in de VS wel zo gestegen is kun je je echter afvragen. In ieder geval lijken in sommige subgroepen infectieziekten als tbc -zoals bekend een armoede ziekte- weer aan een come-back bezig. Misschien blijkt de epidemiologische transitie niet alleen vier versnellingen te hebben, maar ook gewoon een achteruit.. (JvdM)

Pinner RW et al. Trends in infectious diseases mortality in the United States. LAMA 1996;275:189-193 (17 januari).

De derde doodsoorzaak (2)

Dat oude bekenden als de tuberkelbacterie Heintje Davids-achtige neiging te vertonen en samen met relatief nieuwe infecties als *Cryptosporidium* en het *Hantavirus* langzamerhand steeds mee

aandacht opeisen heeft veel oorzaken. Niet in de laatste plaats is dat menselijk handelen, getuige de rol die uiteenlopende zaken als armoede en resistentie tegen antibiotica spelen bij de terugkeer van een ziekte als tbc. Het milieu, en meer in het bijzonder de wereldwijde temperatuurstijging vanwege het broeikaseffect, heeft eveneens een belangrijke invloed op het opkomen van nieuwe- en de terugkeer van oude infectieziekten, zo blijkt uit een overzichts-artikel in JAMA.

Inmiddels geeft vrijwel iedere zichzelf respecterende meteoroloog het toe: de aarde wordt echt warmer. In de laatste 100 jaar is de gemiddelde temperatuur een halve graad gestegen. Als gevolg daarvan stijgt de zeespiegel met 1-2 cm per jaar. Ook het zeewater op diepzeeniveau is van 1957 tot 1992 belangrijk warmer geworden. De toekomst ziet er niet veel beter uit. Modellen voorspellen een temperatuurstijging in de atmosfeer van 0,5-2 graden Celsius in het jaar 2100, en een stijging van de zeespiegel van 50 cm.

Eén van de belangrijkste bijdragen die klimaat- en temperatuurveranderingen leveren aan de verspreiding van micro-organismen loopt via de grote invloed op de aantallen tussengastheren die drager zijn van ziekteverwekkende microben. De al eerder genoemde Hantavirus-epidemie bleek te ontstaan na een periode van zes jaar droogte, gevolgd door zeer zware lentereregens. Het muisje dat de tussengastheer is voor het Hantavirus voelde zich onder deze omstandigheden zó lekker, dat de populatie zich in korte tijd vertienvoudigde.

De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft de gezondheidseffecten van het opwarmen van de aarde gekenmerkt als de belangrijkste uitdaging voor de volksgezondheid in de volgende eeuw.

De organisatie heeft een lijst opgesteld van ziekten waarvan te verwachten valt dat deze zich door klimaatveranderingen zullen uitbreiden. Tot die lijst behoren malaria, dengue, arbovirusinfecties en cholera. Voor al deze ziekten geldt dat de tussengastheren (behalve bij cholera allemaal muggen) zich beter verspreiden naarmate de temperatuur hoger is. In een aantal landen, waaronder Rwanda en Zimbabwe, is al aangetoond dat een hogere temperatuur verband houdt met de verspreiding van malaria naar hoger gelegen gebieden. Wat dat betekent voor hooggelegen en momenteel malariavrije bevolkingscentra als Nairobi (Kenya) en Harare (Zim-

babwe) laat zich raden. Bepaalde volksgezondheidsmodellen schatten op grond van dergelijke effecten het aantal doden als gevolg van klimaatveranderingen al op een miljoen per jaar tegen het midden van de volgende eeuw.

Van dengue, een koortsende ziekte die onbehandeld in 50% van de gevallen tot de dood leidt, is uitbreiding waargenomen van Zuidoost-Azië naar het Amerikaanse continent. Daar bereikt het dengue-virus inmiddels grote hoogten via zijn tussengastheer, de mug *Aedes aegypti*, getuige het voorkomen van dengue op een hoogte van 1700 meter in Mexico tijdens de warme zomer van 1988. Voor dengue bestaat geen vaccin.

Arbovirussen infecteren het centraal zeenuwstelsel, en verspreiden zich via muggen van de *Culex*-familie. Ook van arbovirus-ziekten zijn in Californië epidemieën beschreven die volgen op een specifiek patroon van natte winters en warme zomers.

De cholera-bacil voelt zich thuis bij plankton en overleeft beter naarmate het (zee)water warmer is. Voor de kust van Zuid-Amerika zijn levensvatbare kolonies cholera-bacillen langdurig in zeewater aangetroffen. Een dergelijk verschijnsel kan hebben bijgedragen aan enkele grote cholera-epidemieën op dit continent.

Ook de bijdrage van extreme klimatologische omstandigheden aan het uitbreken van andere infectieziekten is al aangetoond. Een bijzondere rol speelt hierbij de zogeheten El Niño Southern Oscillation, die extreme neerslag of droogte teweegbrengt en vaker wordt waargenomen naarmate de temperatuur op aarde stijgt.

En dan hebben de auteurs het, zo zeggen ze, het nog niet eens over de indirecte effecten van klimaatveranderingen op de gezondheid zoals via de voedselsituatie en via de invloed van toegenomen straling op het immuunsysteem.

Klimaatveranderingen kunnen ook gunstige effecten hebben op infectieziekten. Zo kan door meer UV-straling de overleving van bepaalde ziekteverwekkende organismen of hun tussengastheren afnemen, en kan een toegenomen CO₂-concentratie als extra 'bemesting' dienen voor de fotosynthese (stofwisseling) van planten.

Het is wel duidelijk dat nog veel onduidelijk is. De auteurs bevelen de medische en volksgezondheidswereld aan om toch vooral maar niet teveel risico's te nemen: de beschreven epidemieën en

hun relatie met weersomstandigheden kunnen al een gevolg zijn van algehele klimaatverandering. De verantwoordelijkheid voor een duurzame goede volksgezondheid en het besef dat het terugdringen van klimaatverandering zeer moeilijk zal zijn, schept de verplichting het verschijnsel zeer serieus nemen door de problemen tijdig en goed gecoördineerd aan te pakken, aldus de auteurs.

Dat laatste zal nog een hele dobber worden. Getuige de stroperigheid die de besluitvorming op diverse klimaat-toppen kenmerkt, is er nog nauwelijks een vermoeden van politieke wil aanwezig om iets aan de bovengenoemde problemen te doen. (JvdM)

Pat; JA et al. Global climate change and emerging infectious diseases. JAMA 1996;275:217-223 (17 Januari)

Rusland

In een vorige aflevering van deze rubriek kwam de situatie van de gezondheidszorg in China aan de orde. Met statistieken van het Chinese ministerie van Volksgezondheid in de hand, werd in een aantal artikelen in *Social Science and Medicine* lovend gesproken over de vooruitgang van de Chinese gezondheidszorg! Ik was zo vrij een vraagteken te zetten bij de cijfers uit een land met zo'n duidelijke ideologische boodschap. Thans ligt voor mij een artikel over de crisis van de gezondheidszorg in de voormalige Sovjetunie.

Het voormalige Sovjet regime, zo blijkt, beschouwde statistieken over de volksgezondheid als staatsgeheimen, omdat de vijand geen inzicht mocht krijgen in de eventuele zwakheid van de inwoners van de staat. De cijfers die wél officieel geproduceerd werden, waren gemanipuleerd en incompleet. Werkelijk juiste cijfers hadden laten zien hoe weinig er terecht kwam van het officiële ideaal van een kosteloze en goede gezondheidszorg van de wieg tot het graf.

Door het verdwijnen van de Sovjet-ideologie is de situatie de laatste tijd iets verbeterd. Van vóór die tijd is maar weinig betrouwbaar materiaal bekend. De auteur maakt melding van een rapport uit 1974, waarin sprake is van een stijging van de kindersterfte met twintig procent. Pas in 1992 gaf de regering-Jeltsin twee rapporten uit, die beiden een grimmig beeld lieten zien van de volksgezondheid in Rusland. Cijfers over andere landen uit het voormalige Sovjet-imperium ontbreken, maar de

auteur schat dat alleen de Baltische staten er beter af komen dan Rusland en dat in alle overige staten de situatie nog slechter is.

Hoe slecht is de situatie in Rusland? Een paar voorbeelden. Sinds 1993 is de balans tussen geboorten en sterfgevallen negatief. De omvang van de Russische bevolking neemt per jaar met 800.000 af, terwijl in 1989 nog een toename was van 500.000. Het geboortecijfer is in deze periode gedaald van 14.6 naar 9.6 per 1000 inwoners, terwijl het kindersterftecijfer steeg van 17.8 naar 22 per 1000 geboorten. De levensverwachting van mannen daalde van 64 naar 59 jaar. Let wel: dit alles in een periode van vijf jaar. Het aantal ziekenhuisbedden daalde van 137.5 naar 121.3 per 10.000 inwoners, het aantal dokters van 46.9 naar 40.0 per 10.000 inwoners.

Als belangrijkste gezondheidsproblemen noemt de auteur de enorme milieuverontreiniging, cardiovasculaire ziekten en kanker en, zie ook elders in deze rubriek, de terugkeer van de infectieziekten die vroeger onder controle waren, zoals difterie (van 1992 tot 1993 in één jaar verviervoudigd), tuberculose (verdienvoudigd), mazelen (verviervoudigd) en allerlei andere infectieziekten zoals hepatitis, syfilis, kinkhoest en dergelijke. Vaccinatie is gevaarlijk vanwege de kans op infectie door het gebruik van smerige naalden. De slechte levensomstandigheden dragen voor minstens de helft bij aan deze dramatische ontwikkelingen.

Rusland is achter geraakt op een flink aantal landen die wij gewoonlijk ontwikkelingslanden noemen. De uitzichtloze levenssituatie van veel Russen valt ook af te lezen aan de stijging van het aantal zelfmoorden: in één jaar werd het aantal van 46.000 met 30 procent overschreden. De auteur stelt dat dergelijke veranderingen in de geschiedenis alleen maar bekend zijn in situaties waarin er sprake is van oorlog. Zijn

conclusie is dan ook dat de koude oorlog wel degelijk slachtoffers heeft gemaakt: wapens hoeven niet gebruikt te worden om dodelijk te zijn. (AO)

Mark G. Field: The health crisis in the former Soviet Union; a report from the 'post-war' zone. In: Social Science and Medicine, vol 41, no 11, pp 1469 - 1478, 1995.

Diagnostiek

Omdat het proces van het stellen van een diagnose mij al lange tijd boeit, viel mijn oog op een artikel in *The New England Journal of Medicine* over de problemen die zich daarbij kunnen voordoen. In het artikel wordt duidelijk dat, ondanks alle kennis die wij thans vergaard hebben over ziekten, het verloop soms merkwaardig a-specifiek en individueel kan zijn. Het gaat hier om een IS-jarig meisje, dat klaagt over extreme moeheid, kortademigheid gedurende inspanning, gewichtsverlies en het stoppen van de menstruatie. Het lichamelijke onderzoek levert geen specifieke bijzonderheden op, evenmin als het laboratoriumonderzoek. Het aantal mogelijke diagnoses is groot: de ziekte van Crohn, een maligniteit, een auto-immun ziekte, tuberculose, verhoogde schildklierwerking en anorexia nervosa zijn enkele mogelijkheden.

De klachten nemen toe en het meisje wordt toenemend misselijk en heeft last van pijn in de bovenbuik. Ze wordt door de gastro-enteroloog geheel binnenstebuiten gekeerd met als enig resultaat dat er in de maag een bacterie wordt gevonden die geassocieerd is met maagzweren. Ze krijgt geneesmiddelen die drie dagen helpen, daarna nemen de klachten weer toe. De dosis blijkt te hoog te zijn. Na toediening van de juiste dosis gaat het weer iets beter. Twee weken later is haar bloeddruk verder gezakt en is haar gewicht weer verder afgenomen. Er wordt een braakmiddel

in haar urine gevonden en nu worden alle krachten gericht op het reservespoor van de geneeskunde: de psychiatrie.

Het van anorexia nervosa of het syndroom van Munchausen verdachte meisje ligt inmiddels aan het voedingsinfuus en is zwaar ziek. Het psychiatrisch consult levert echter niet op. Plotseeling worden er zwaar afwijkende laboratoriumbevindingen geregistreerd. Het blijkt een ziekte van het bijmergen van de nier te zijn, de ziekte van Addison. Terugkijkend vraagt de arts zich af of hij de diagnose niet sneller had kunnen stellen. Alles in overweging nemend komt hij tot de conclusie dat het niet sneller had gekund en dat de diagnose net op tijd als een soort toeval boven water kwam.

Een dergelijk verhaal doet een beetje denken aan een aflevering van Derrick. Eén waarin de moord gepleegd wordt door een toevallige voorbijganger die nergens in het verhaal is voorgekomen. Dat is onbevredigend, omdat de bedoeling van een Krimi is dat je mee kan zoeken naar de dader. Daarvoor moeten in de eerste tien minuten van het verhaal alle mogelijk kandidaten voor de moord duidelijk aan je voorgesteld worden, zodat een overzichtelijk univarium ontstaat. Die overzichtelijkheid is wat wij hopen aan te treffen als we naar een dokter gaan en is natuurlijk ook het ideaal van iedere dokter, die dan ook niet zelden met Sherlock Holmes wordt vergeleken. Die mythe wordt met het aangehaalde verhaal doorbroken. Dat is op zich reeds verfrissend tussen de overdaad aan verhalen die alleen maar van methodologisch succes spreken. (AO)

David J. Keljo, M.D., Ph. D., and Robert H. Squires, jr., M.D.: Just in time, The New England Journal of Medicine, Jan. 4, 1996, 46-48.

LESSEN VAN DE VROUWEN HULPVERLENING

Indra Boedjarath

De afstemming van zorgvoorzieningen op allochtone patiënten is onvoldoende. Hetzelfde is het geval voor veel zorg aan vrouwen. Kan de zorg voor allochtone zorgvragers nu profiteren van de verworvenheden van de vrouwenhulpverlening? Dat zou mooi zijn, maar de ervaring wijst uit, dat de uitgangspunten en methoden niet zonder meer geschikt zijn. Waar wringt de schoen en wat is daar aan te doen? Een reflectie op psychiatrische praktijk.

Relatief weinig allochtone vrouwen worden in psychiatrische voorzieningen opgenomen. Ook het bereik van ambulante voorzieningen is gering. Op het eerste gezicht is dit vreemd; de maatschappelijke positie en levensomstandigheden van allochtone vrouwen lijken niet bepaald bevorderlijk voor hun psychische gezondheid. Er is een vijftal hypothesen om de onderconsumptie te verklaren (Mesch en Van Mens-Verhuist):

1. Allochtonen verkeren in vergelijking met autochtonen in relatief gunstige omstandigheden, want ze hebben een netwerk dat voor opvang zorgt.
2. Het gebrek aan aanbod voor allochtonen houdt de vraag laag. Allochtone vrouwen gaan naar die voorzieningen waar een specifiek aanbod voor hen is.
3. Allochtonen komen minder vaak terecht bij gespecialiseerde hulpverleners omdat ze minder mondig en minder goed geïnformeerd zijn.
4. Allochtonen definiëren hun problemen minder dan de autochtone bevolking als psychisch.
5. Psychische problemen bij allochtonen worden door de hulpverlening minder snel herkend: onjuiste diagnostiek.

ONBEVREDIGEND

Deze hypothesen lijken geen van alle een bevredigend antwoord te geven op het geringe bereik van allochtone vrouwen. Vanuit mijn persoonlijke ervaring met allochtone vrouwen die voor een psychiatrische opname in aanmerking kwamen, dan wel een dergelijke opname achter de rug hadden, kan ik andere drempels opnoemen.

De vrouwen voelden zich niet begrepen, wat zowel een taalprobleem als een cultureel probleem is. Een gemeng-

de afdeling stuit op weerstand, want is oneerlijk. Er is met name voor islamitische vrouwen geen gelegenheid en ruimte om eigen religieuze en voedselwetten na te leven en soms is er sprake van discriminatie.

Daaruit trek ik de conclusie dat indien de reguliere zorg niet kan of wil voldoen aan de specifieke eisen voor de hulpverlening aan allochtone vrouwen, categoriale hulpverlening een onvermijdelijke vereiste is.

AFSTEMMING

Dat de oorzaken aan de aanbodkant moeten worden gezocht, dus dat er een afstemmingsprobleem is, stellen ook de adviesnota's. Het zorgaanbod, inclusief de GGZ zou zich beter moeten aanpassen, zegt de NRV-nota *Gezondheidsbeleid voor migranten*. De afstemming op de zorgvraag van allochtonen is slecht. De aanpassing 'zou zowel betrekking hebben moeten hebben op de individuele behandelrelatie, de setting waarin de behandeling plaatsvindt, de relatie tussen de voorzieningen en migrantengroeperingen, als de relatie van de GGZ met andere voorzieningen en de samenleving.'

Gebrekkige afstemming en een gebrekkig bereik zijn ook conclusies over de hulp aan allochtone vrouwen in een nota van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Vrouwenhulpverlening: van opvattingen tot kwaliteitsprofiel*.

ZO MOEILIJK

Hoe moeten we deze gebrekkige afstemming verklaren? Binnen de reguliere GGZ worden nieuwe doelgroepen of collectieven vaak benaderd met de zogenaamde 'pappen-en-nat-houden'-strategie. Een dergelijke uitsluiting van adequate zorg komt vaker voor bij groeperingen met een andere culturele

achtergrond. 'Ze zijn zo moeilijk' en 'ik kan niets met ze bereiken' zijn veel gehoorde uitspraken van hulpverleners. Allochtone vrouwen ontvangen op die manier te weinig aandacht, worden niet goed gehoord, wordt de kans niet gegund om een vertrouwensband te laten ontstaan. Hierin speelt niet alleen de taalbarrière een rol, maar ook een gebrek aan kennis van wederzijdse culturen en het grote verschil in waarden, normen en gebruiken tussen hulpvragers en hulpverleners.

DSM-IV BEPERKT

Een tweede obstakel is de diagnostiek. De diagnostische middelen zijn immers gestandaardiseerd op de westerse (veelal mannelijke) bevolking en kunnen problemen geven in het gebruik bij andere culturen. De beperkte bruikbaarheid van het DSM-IV classificatiesysteem en van andere beoordelingssystemen wordt steeds duidelijker, vooral bij persoonlijkheidsstoornissen. De gangbare westerse hulpverleningsmethodieken zijn ontstaan en geïnterpreteerd vanuit een blanke, middle class, patriarchale, ik-samenleving. Zo valt te voorspellen dat deze hulpverlening niet altijd zal aanslaan. Zowel in de diagnostiek als in de behandeling zou je rekening moeten houden met alle facetten van het migrant en vrouw-zijn. Hulpverlening dient daar te starten waar de vrouw werkelijk is.

F. is een veertigjarige vrouw uit Somalië, die in haar puberteit als vluchteling naar Nederland kwam. Ze meldt zich zelf aan bij de RIAGG met klachten van depressieve aard, deze klachten bestaan al ruim een jaar. Ze heeft een goede baan in de computerwereld, maar de laatste tijd zijn er veel spanningen op het werk.

Na de intake wordt gesproken van 'depressieve klachten samenhangend met de vroegere traumatische ervaringen bij een Somalische vluchteling'.

F. is hiermee in een hokje geplaatst: ze komt bij een mannelijke hulpverlener terecht die gespecialiseerd is in vluchtelingenhulpverlening. Xa en-

kele gesprekken spreekt F. de voorkeur voor een vrouwelijke hulpverleenster uit. In de explorerende gesprekken komt dan naar voren dat ze een lesbische relatie heeft, hetgeen niet door haar gemeenschap geaccepteerd zal worden. Ze leeft dus als het ware een dubbelleven. Verder blijken er in die relatie seksuele problemen te bestaan als gevolg van de besnijdenis die F. in haar jeugd heeft ondergaan.

VROUWENHULPVERLENING

In de hulpverlening aan allochtone vrouwen kan alleen goed gebruik gemaakt worden van de bestaande methoden wanneer ze gescreend zijn op bruikbaarheid en verrijkt zijn met de inzichten uit de migrantenhulpverlening. Geldt dit ook voor de inzichten en methoden van de vrouwenhulpverlening? Nicolai (1992) definieert vrouwenhulpverlening als:

- 'die hulpverlening aan vrouwen, waarbij aard en oorzaak van de problemen van vrouwen in verband gebracht worden met haar socialisatie en positie in de maatschappij. Centraal staat hierbij het inzicht, dat er bij veel vrouwen een voortdurend conflict is tussen normen die de maatschappij aan hen stelt en die ze zich eigen hebben gemaakt en de identiteit, behoeften en verlangens van vrouwen. De vrouwenhulpverlening heeft methoden ontwikkeld die vrouwen helpen zich bewust te worden van het verband tussen hun problemen en de maatschappelijke rol en positie, zij nodigt vrouwen uit tot verandering in plaats van tot aanpassing.'

Alhoewel deze definitie in principe van toepassing zou moeten zijn voor alle vrouwen, verdient ze een paar kanttekeningen waar het allochtone vrouwen betreft. Ten eerste, kennis van het socialisatieproces, de normen en waarden die er heersen over de vrouwen in hun eigen cultuur, zijn voor een goede hulpverlening onontbeerlijk. Ten tweede, de bijzondere maatschappelijke positie van de allochtone vrouw zowel in haar eigen samenleving als in de Nederlandse gemeenschap mag niet uit het oog verloren worden. Ten derde, is er bij de hulpverleenster een bereidheid en een flexibiliteit nodig om een modificatie te kunnen maken van de bestaande methodieken naar de positie van de allochtone vrouw.

WERKPRINCIPES

De vrouwenhulpverlening kenmerkt zich verder door een aantal werkprincipes: seksespecificiteit; aandacht voor

machtsverschillen, bevordering van autonomie, transparantie en authenticiteit, politisering, cliëntvriendelijkheid en een zelfreflectieve houding van de hulpverleners. Ook bij deze principes vallen kanttekeningen te maken. Het emancipatieproces van autochtone vrouwen is niet gelijk aan dat van allochtone vrouwen. Wat betreft de machtsverschillen gaat het niet alleen om seksisme, maar ook om racisme. Zo slaat de invulling die gegeven wordt aan het zelfhulpprincipe, de zelfredzaamheid en de autonomie, niet altijd aan. Vanuit een groepscultuur zijn vrouwen gewend zekerheid en eigenwaarde aan de groep te ontleen. De politiserende kwaliteit van de vrouwenhulpverlening lijkt de laatste jaren te zijn vervangen door een professionele kwaliteit. Met betrekking tot allochtone vrouwen zou ze veel sterker tot uiting kunnen komen, bijvoorbeeld in het openbaar maken van de samenhang tussen hun slechte levensomstandigheden, hun zwakke juridische positie en hun slechte gezondheidstoestand.

GROEPEN

De opmerkingen bij de definitie van vrouwenhulpverlening betreffen de toepasbaarheid voor allochtone vrouwen. Maar maakt het ene gemeenschappelijke kenmerk hen tot een groep? Binnen en tussen de verschillende nationaliteiten zijn er verschillen. Een duidelijk voorbeeld is Suriname. Het maakt groot verschil of een vrouw een Creoolse, Hindostaanse, Javaanse of andere achtergrond heeft; met name in familiestructuren en rolverdelingen. Verschillen kunnen verder gelegen zijn in taal, religie, etniciteit, leeftijd, eerste of tweede generatie, opleiding, duur van verblijf in Nederland, reden van komst naar Nederland, sociaal-economische positie, en niet te vergeten de verschillen in problematiek.

Toch zijn er naast deze diversiteit ook een groot aantal overeenkomsten te zien, die de hulpverleners aanknopingspunten kunnen bieden. Het betreft vrouwen die in een ander land woonachtig zijn en een migratiegeschiedenis kennen of het betreft de dochters van deze vrouwen. Ze hebben veelal een ander motief om te migreren dan de mannen en in Nederland aangekomen, hebben ze vaak een andere rol dan in het thuisland. Zo kunnen ze in een isolement geraken. Hadden ze in het land van herkomst met een groepscultuur te maken, in Nederland worden ze geconfronteerd met een ik-cultuur. Ze hebben wel te maken met dezelfde maatschap-

pelijke dilemma's, namelijk de maatschappelijke achterstand en maatschappelijke achterstelling. Cultuurshock, aanpassingsproblemen, rolconflicten en heimwee zijn geen onbekende verschijnselen onder migrantenvrouwen.

DYNAMISCH

Kennis van de culturele achtergrond is een vereiste voor een goed hulpverleningscontact. Daarbij zijn kennis van verbale en nonverbale communicatiepatronen, de migratiegeschiedenis, de maatschappelijke dilemma's, de ziektebeleving, de positie van de allochtone vrouw zowel in het thuisland als de veranderde positie in Nederland uitermate belangrijk.

Deze vrouwen van alle leeftijdsklassen, met verschillende opleidingsniveaus en uit alle lagen van de bevolking zijn een groep in ontwikkeling, een dynamische groep. De allochtone bevolking verschild van de autochtone, maar ook van de bevolking in de landen van herkomst. Er is als het ware een nieuwe cultuur in ontwikkeling, een cultuur tussen de samenleving in de herkomstlanden en de samenleving in Nederland ('*condicion migrante*').

Fatima, de jongste uit een arbeidersgezin, heeft een HBO-opleiding gevolgd, werkt en heeft kinderen: 'Mijn Nederlandse collega's verwijten mij dat ik zoveel rekening houd met mijn familie. Toch denk ik mezelf niet tekort te doen. Mijn moeder en zussen zeggen aan de andere kant dat ik juist verwesterd ben, ook dat ik het niet mee eens.' Een aantal andere jonge vrouwen in haar therapiegroep herkennen zich in dit dilemma. Besproken wordt hoe het is om te leven met diverse loyaliteitsbanden, met wensen, fantasieën en de realiteit. De vrouwen komen tot de conclusie dat zij in een tussen-cultuur leven, tussen die van hun gemeenschap en de Nederlandse cultuur. Fatima komt ertoe haar positie niet meer als problematisch te zien. Zo ontstaat er ruimte om trots te zijn op de eigen gevonden tussenweide, binnen twee culturen. (Boedjarati 1994)

METHODISCH

Ook de methodiek behoeft aanpassing. De zorgverlener kan heel goed gebruik maken van de bestaande hulpverleningstechnieken en -principes. Zoals gezegd, niet alle methodieken uit de hulpverlening kunnen zonder meer toegepast worden op andere bevolkingsgroepen. Vaak is een modificatie nodi-

van de bestaande westerse methodieken naar de situatie van allochtone vrouwen. Soms moeten nieuwe methodieken worden ontwikkeld.

In deze modificatie is het verder onontbeerlijk om aandacht te besteden aan racisme. De hulpverleensters moeten kritisch durven kijken naar blank superioriteitsdenken en etnocentrisme, niet alleen in de methodiek maar ook in de attitude. Dit geldt trouwens niet alleen voor autochtone hulpverleensters, maar ook voor allochtone hulpverleensters. Die hebben immers meestal een westerse opleiding genoten.

Met dergelijke aanpassingen zijn de principes en methoden van de vrouwenhulpverlening inspirerend voor de geestelijke gezondheidszorg. In de behandeling kan er heel goed gebruik gemaakt worden van de voorkeur voor lichaamsgericht en themagericht werken, alsook het werken in sekse- en cultuurhomogene groepen. Om een voorbeeld uit te werken: deelname aan groepen biedt allochtone vrouwen herkenningmogelijkheden waardoor het affectieve en sociale isolement doorbroken wordt en een gemeenschappelijke taal en referentiekader gecreëerd wordt voor hun problematiek.

PSYCHO-HYGIËNISCH

De vrouwengroeps cultuur... is een belangrijke psycho-hygiënische pijler voor veel allochtone vrouwen. In de landen van herkomst is die te vinden binnen de familie of in het dorp. In Nederland ontberen de vrouwen vaak de steun van andere vrouwen. Ze voelen zich geïsoleerd en eenzaam. Het is dan raadzaam om vrouwen steun te laten vinden in de eerder genoemde overeenkomsten. Het is dan bovendien van belang dat ze een kans krijgen een sociaal netwerk op te bouwen. Deelname aan een migrantenvrouwengroep kan daarbij helpen. De bekendheid met een vrouwengroeps cultuur... verlaagt de drempel om te participeren in de groep, evenals de nadruk op geheimhoudingsplicht.

ATTITUDE

De kans van slagen van welke methodek dan ook hangt natuurlijk voor een groot deel af van de attitude van de hulpverlener. Het valt menigeen niet mee zich bewust te zijn van de eigen opvattingen en socialisatie. Toch is dit een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen beginnen bij het startpunt van de allochtone vrouw. Wil de hulpverlener een juiste bewerking maken van (vrouwen)hulpverlening en een gunstig klimaat creëren voor de hulp aan voor allochtone vrouwen, dan is vaak een forse attitudeverandering onvermijdelijk. De ervaring leert dat er best vaak sprake is van vooroordelen ten aanzien van migranten of overcompensatie daarvan.

Enkele veel voorkomende valkuilen zijn (Jesserun en Arends, 1990):

* ingebeelde kleurenblindheid - het negeren van de kleur/ethniciteit, waardoor de eigenheid van de cliënt verloren gaat en deze beoordeeld wordt vanuit de witte midden klasse;

* het stempel van de onderdrukking - alle problemen van allochtonen worden verklaard vanuit hun minderheidspositie, een constante conditie van gedeprimeerd zijn

* blanke superioriteit - de hulpverlener meent alles van de cultuur, denken en voelen van de cliënt te begrijpen en hij/zij weet wat het beste voor haar is, zodat iedere ontkenning van de cliënt als weerstand of ondankbaarheid gelabeld wordt;

* 'Ze zijn zo anders!' - de hulpverlener laat zich lam slaan door het idee dat 'anders' en onbenaderbaar... synoniem zijn.

BELIEF SYSTEMS

Hulpverlening aan allochtone vrouwen betekent voor de hulpverlener de moed om een continue confrontatie aan te gaan met de eigen vaardigheden, creativiteit en beperkingen. Het is de kunst om de eigen *belief systems* telkens ter discussie te stellen. De sleutelwoorden voor een geschikte attitude van de hulpverlener zijn: culturele empathie en respect, waarde vrij luisteren en een (conti-

nue) kritische en zelfreflectieve houding tegenover de eigen normen en waarden.

BURGERLIJK

Tot slot zou ik nog een paar opmerkingen van meer algemene aard willen maken over de betekenis van de vrouwenhulpverlening voor migrantenvrouwen. De ontwikkelingen van de laatste tien jaar overziende, lijkt het erop dat de vrouwenhulpverlening haar energie heeft gestopt in overleven en integreren in de reguliere zorgsystemen. Die aanpassing heeft geleid tot een zekere burgerlijkheid en netheid, terwijl voor goede migrantenhulpverlening eerder enige afstand en relativering van ingeburgerde normen en waarden nodig is. Een tweede nadeel van deze integratie is dat de vrouwenhulpverlening de signalen en ervaringen die ze opdoet in het werken met allochtone vrouwen niet systematisch en structureel uitwisselt, terwijl dat voor de ontwikkeling van specifieke kennis en methodieken juist zo nuttig zou kunnen zijn.

Indra Boedjarath is psycholoog en werkt bij een RIAGG. Ze maakt deel uit van de thema redactie interculturele zorg van TGP

Literatuur

Boedjarath, I., Vrouwengroepen: over oude principes en nieuwe doelgroepen.

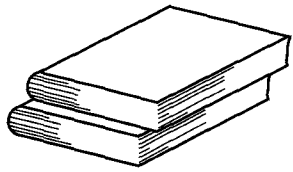
In: Van Mens-Verhulst, J. en L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*, Babylon-De Geus, Amsterdam, 1994.

Gezondheidsbeleid voor migranten; advies over de Nederlandse gezondheidszorg in multicultureel perspectief, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1995

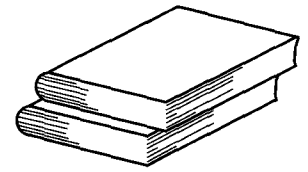
Jesserun, e.M. en Arends, M., Omgaan met verschillen; ethniciteit en hulpverlening, *Systeemtherapie* 3, (2) 1990; pag. 126-143.

Mesch, H. en J. van Mens-Verhulst, *Vrouwenhulpverlening op het transculturele pad*, ISOR, Utrecht, 1993.

Nicolaï, N. *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*, SUA Amsterdam 1992



boeken



BRUIKBARE WETENSCHAP

Eind 1991 startte in Amsterdam het project Gezondheidsprofiel Amsterdam. In het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn gemeenten verplicht de gezondheidstoestand van hun bevolking in kaart te brengen en preventieve maatregelen te nemen ter bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

The measurement of local public health van Menno Reijneveld is min of meer een bloemlezing uit het Gezondheidsprofiel Amsterdam.

In dit proefschrift staan twee vragen centraal. Welke informatie is nodig over lokale volksgezondheid om goed lokaal gezondheidsbeleid te kunnen voeren? Hoe moet deze stroom aan informatie vertaald, geïnterpreteerd en gerapporteerd worden, zodat het daadwerkelijk bruikbaar wordt voor lokaal beleid?

Voor beantwoording van deze vragen is het proefschrift opgedeeld in twee delen, ingeleid door een hoofdstuk waarin kort aandacht wordt geschonken aan de historie en conceptualisering van het begrip volksgezondheid / public health en de taak die gemeenten op dit gebied hebben (gehad).

Het eerste deel gaat in op de vraag welke informatie volgens lokale beleidsmakers nodig is om volksgezondheidsbeleid te voeren. Tevens wordt de vraag gesteld welke bronnen hiervoor bruikbaar zijn. Niet alleen de vraag wat gewenste informatie is wordt gesteld door Reijneveld, maar bovendien wat bruikbare informatie is voor lokaal gezondheidsbeleid. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk drie, waarbij sociaal-economische gezondheidsverschillen centraal staan. In hoofdstuk vier wordt vervolgens de vraag gesteld of informatie over specifieke behoeften van doelgroepen, selectief beleid op lokaal niveau mogelijk maken.

Het tweede deel gaat in op de tweede centrale vraag: hoe kan de verkregen informatie vertaald worden zodat deze praktisch bruikbaar wordt? Hoofdstuk vijf bespreekt vanuit dit thema vooral de correctie voor leeftijd. Hoofdstuk zes tenslotte, gaat nogmaals in op het informatieproces. Het beschrijft het rapportageproces en welke factoren van invloed kunnen zijn geweest bij het gebruik van de aangeboden informatie. Het proefschrift, sluit af met een con-

cluderend hoofdstuk, met daarin enkele aanbevelingen. Zo stelt Reijneveld dat lokaal gezondheidsbeleid in praktijk zich meer zou kunnen richten op specifieke doodsoorzaken en psychische problemen in sociaal-economische achterstandswijken. Voor verder onderzoek stelt Reijneveld dat dit gericht moet worden op problemen die potentieel beïnvloedbaar zijn en op ontwikkeling van instrumenten om onderzoeksresultaten om te kunnen zetten in volksgezondheidsinterventies.

Er is enorm veel werk verzet om het Gezondheidsprofiel Amsterdam tot een goed einde te brengen. Reijneveld heeft, vanaf het begin af aan pogingen ondernomen om onderzoek en praktijk aan elkaar te koppelen. Er is veel energie gestoken in het wetenschappelijke deel van het onderzoek, maar ook in de terugkoppeling van de informatie naar de praktijk. Veel veerkracht heeft Reijneveld nodig gehad om het onderzoek en de resultaten te rapporteren aan, en af te stemmen met, politici en beleidsmakers. Dit werk is in het proefschrift vooral tussen de regels door te lezen. "The measurement of local public health" straalt, meer uit van de 'wetenschapper' dan van de 'practicus' Reijneveld. De verschillende delen in het proefschrift, zijn dan ook vooral voor wetenschappelijk publiek geschreven. Het eindrapport van het project, uitgebracht in 1994 en eveneens geschreven door Reijneveld, geeft misschien een completer en begrijpelijker beeld van het groots opgezette OPA project. Voor een beleidsmedewerker op lokaal niveau biedt het proefschrift minder aanknopingspunten. Het eindrapport OPA daarentegen zou in gelezen en herlezen staat op het bureau moeten liggen.

Anecdotische casussen

Onlogisch is dit natuurlijk niet. Het proefschrift is in essentie een compilatie van geredigeerde, al eerder gepubliceerde en aangeboden, artikelen voor wetenschappelijke tijdschriften. De koppeling van deze stukken is enigszins geforceerd, waardoor het proefschrift, ondanks de inleidingen bij elk deel, een lappendeken is. De casussen lijken, ondanks hun niet te onderschatten belang in het grotere OPA kader, anekdotisch. Waarom bijvoorbeeld is de Bijlmer-ramp interessant als casus en niet chronische aandoeningen, een thema dat volgens het eindrapport van het OPA

project voor de Amsterdamse bevolking eveneens meer aandacht behoeft? Hierdoor worden ook de aanbevelingen in het proefschrift, wat willekeurig.

Aanbevelingen zijn bovendien politiek gevoelig. Wat moet je bijvoorbeeld als je als epidemioloog en sociaal geneeskundige (opnieuw) constateert dat de sociaal-economische status van groepen een belangrijke factor is in de verklaring van gezondheidsverschillen? Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om dan een verandering van sociaal-economische omstandigheden voor te stellen. Makkelijker is het dan om voor te stellen dat er gericht op lagere SES-groepen (Sociaal Economische Status) moet worden geïntervenieerd. De vraag die dit onmiddellijk oproept: is dit niet dweilen met de kraan open? Is het mogelijk om de vicieuze cirkel te doorbreken zonder de wortels van het probleem aan te pakken? En wat doen we met de gezondheidsproblemen die politiek en beleidsmatig onder het tapijt geschoven lijken te worden? Moeten we deze problemen als onderzoeker negeren omdat de 'politieke haalbaarheid' hiervan laag ligt?

En bovendien, wat gebeurt er met de 'politiek haalbare' aanbevelingen? Reijneveld concludeert immers in het zesde hoofdstuk dat vooral die bestuurders die zich het meest bij het project en lokaal gezondheidsbeleid betrokken voelden, dit ook meer in praktijk probeerden te brengen. Uit een eerder uitgevoerde evaluatie van de WCPV kwam naar voren dat gemeenten zich nauwelijks bezig houden met collectieve preventie. Hoe optimistisch kunnen we dan zijn dat een dergelijk onderzoek zal leiden tot concreet beleid?

Het proefschrift laat zien dat Menno Reijneveld zich succesvol gestort heeft op zijn eerste onderzoeksvraag: welke informatie is nodig om de lokale volksgezondheid te beschermen en verbeteren. De tweede vraag: hoe moet deze geïnterpreteerd en gerapporteerd worden zodat het ook echt gebruikt kan worden is misschien politiek gevoeliger dan de epidemioloog Reijneveld zich van te voren bedacht. Bruikbaarheid is in de politiek en het beleid een zeer rekbaar begrip.

Menno Reijneveld ontving onlangs voor zijn proefschrift De Nederlandse Volksgezondheidsprijs, een onderscheiding van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap.

S.A. Reijneveld (1995) *The measurement of local public health studies on the health status of an urban population*. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam. ISBN 90-5348-052-8. Hfl 35,-

S.A. Reijneveld (1994) *De gezondheid van de Amsterdammers. Eindrapport van het project Gezondheidsprofiel Amsterdam*. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam. ISBN 90-5348-035-8. Hfl 25,-

Marco Strik, *Aio public health bij de Universiteit van Amsterdam*.

PSYCHIATRIE, BIO EN SOCIO

In *De mens als speelgoed* beschrijft R.H. van den Hoofdakker, emeritus hoogleraar biologische psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, in een tweetal artikelen welke eenzijdigheid ontstaat als psychiatrische problemen worden gereduceerd tot biologische afwijkingen van de hersenen. Een dergelijke reductie behoort, zo stelt Van den Hoofdakker, reeds sinds Hippocrates tot het medische denken. Het kan niet ontkend worden dat een dergelijke reductie verleidelijk is, omdat op deze manier van een complex probleem een eenvoudig probleem kan worden gemaakt. Althans zo lijkt het.

Trust poetry

Zeker in een tijd waarin het biologische paradigma in de psychiatrie zich weer kracht doet gelden, is het de moeite waard de vraag te stellen wat dit paradigma nu zo overtuigend en aantrekkelijk maakt. Van den Hoofdakker wijst, onder verwijzing naar een stukje van Rudy Kousbroek getiteld 'Trust Poetry', op het feit dat biologische verklaringen aan een aantal metaforen gekoppeld kunnen worden. Die maken het ons, mensen van de westerse cultuur, op een primitieve manier mogelijk deze verklaringen in te voelen. Interessant is dan natuurlijk vooral dat het waarheidskarakter van biologische verklaringen niet in die wetenschappelijke verklaringen zelf, maar door de poëtische verbeelding daarvan tot stand wordt gebracht.

Daarnaast acht ik het niet ondenkbaar dat de aantrekkelijkheid van biologische verklaringen ook is gelegen in het feit dat ze een aantrekkelijke morele boodschap bevatten. Als ontspoorde lichaamsprocessen vreemd gedrag veroorzaken, verlegt dat de schuld van degenen die dat gedrag vertoont (dan wel

mensen in de omgeving) naar onafhankelijk van, maar wel in de persoon verloopende processen. Men hoeft er maar allerlei bekentenis geschriften van mensen met een psychisch probleem op na te lezen om te constateren dat velen de voorkeur hebben dat toe te schrijven aan onafhankelijke chemische stoffen: de patiënt is dan slachtoffer. Dat ze zich daarmee in feite beschrijven als een machine die geheel buiten henzelf om functioneert, wordt blijkbaar op de koop toe genoemd. Verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag en voor het gedrag van anderen wordt zo een leeg, zo niet onmogelijk begrip.

Het probleem met de biologische dimensie van gedrag is niet zozeer gelegen in het feit dat er een biologische dimensie is. Het is evident dat gedrag een biologische dimensie kent. Er wordt echter een onwetenschappelijk en onbewijsbare kwalitatieve sprong genomen door het biologische correlaat van gedrag als een verklaring en oorzaak van gedrag te beschouwen. Hierdoor komt de biologische dimensie te concurreren met de psychologische en sociale correlaties van gedrag en worden deze laatste ten onrechte in diskrediet gebracht. Het blijkt telkens weer moeilijk verteerbaar dat gedrags- of zo men wil psychiatrische problemen multiconditioneel en complex zijn. Hetzelfde geldt voor de constatering dat de psychiatrie als wetenschap multidisciplinair en daarmee onzeker van aard is. De pretentie dat de wereld maakbaar is komt daardoor in het gedrang en de psychiatrische praktijk wordt tot een soort Sisyphus-arbeid. Toch is het van belang om tegen de (biologische) waan van de dag realiteitszin te behouden door ook de betekenis van de psychologische en sociale dimensies van gedrag op de agenda te houden.

Sisyphus

Dit gebeurt in de bundel *Het uitzicht van Sisyphus; maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*, onder redactie van Jan Baars en Doortje Kal. De titel van de bundel is treffend gekozen, omdat Sisyphus bekend is geworden als de man die er in geslaagd is de dood gevangen te houden, zodat iedereen op aarde onsterfelijk werd. De onsterfelijke goden waren misnoegd dat zij hierdoor de mens als concurrent kregen en veroordeelden Sisyphus tot het tegen een berg omhoogrollen van een steen, die altijd vlak voor het bereiken van de top aan hem zou ontglippen. Toch geeft Sisyphus niet op, hetgeen door Camus is geschetst als de groot-

heid van de mens in het licht van het menselijk lot.

Hoog niveau

De redactie heeft een elftal auteurs geselecteerd om vanuit het uitzicht van Sisyphus te schrijven over de in diskrediet geraakte dimensies van geestelijke (on)gezondheid. De bijdragen zijn vrijwel zonder uitzondering goed leesbaar en van een hoog niveau. Naast historische bijdragen over de geestelijke gezondheidszorg en de wisselende voorkeuren voor verklaringen van (afwijkend) gedrag en morele benadering van degene die zich afwijkend gedraagt (Kal en de Groot) wordt er aandacht besteed aan een filosofische doordinking van de verhouding tussen individu en (gezondheidszorg-)professie (Kunne-man) en het gezondheidsideaal van onze cultuur (Mans). De vraag hoe vrouwen in de psychiatrische theorievorming een plaats krijgen wordt gedegen behandeld in artikelen van Richters en Van Lenning. Hieruit wordt duidelijk dat een theorie zonder vooroordeel eigenlijk niet bestaat. De maatschappelijke context van geestelijke (on)gezondheid komt tenslotte nadrukkelijk naar voren in de bijdragen van Hogenboom (over de wijze waarop in onze cultuur over risico's wordt gedacht), van Van Dijk over de invloed van de moderne informatietechnologie op ons geestelijk welbevinden, van de Lange over de invloed van een objectiverende blik, van Hoefnagels over seksueel geweld en van Baars over het gerontologische onderzoek.

Gezien de diversiteit aan onderwerpen is voor een gedetailleerde bespreking op deze plaats geen ruimte, hoewel veel artikelen in positieve zin tot reactie uitdagen. Ik raad het boek van harte aan voor iedereen die zich theoretisch of praktisch interesseert in de geestelijke gezondheidszorg en zich herkent in het realistische Sisyphusbeeld dat de artikelen bij elkaar houdt. Het boek wordt nadrukkelijk afgeraden aan diegenen die met grote stappen snel thuis willen zijn: er is in dit boek geen sprake van *trust poetry*. Nog een laatste opmerking die niet onvermeld mag blijven: het boek is mooi uitgegeven, waarbij de reproducties van de schilderijen van Moniek Meinders in het oog springen.

Jan Baars & Doortje Kal (red.): *Het uitzicht van Sisyphus, Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid*. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1995. ISBN 90.01.05100.6

Arko Oderwald, *medisch filosoof*

Signalementen

De Sympoz-symposia krijgen ieder jaar een groter publiek en ze verdienen dat ook. De dagthema's zijn op het eerste gezicht algemeen, maar ze blijken ieder jaar aan te sluiten bij gedachten en latente ontwikkelingen die de gezondheidszorg op dat moment over de hele breedte bezig houden. En als dat niet zo is, veroorzaakt Sympoz inmiddels wel een dergelijk effect. De onderwerpen worden door middel van uitgebreide deelprogramma's interessant voor mensen in alle sectoren van de gezondheidszorg.

Op 23 april staat 'Zorgen en communiceren' centraal. Begrippen als onderhandelen, ruilen, contracteren, interacteren dringen definitief door in het jargon van de zorg. In het ochtendprogramma zal Hans Wiegel, coryfee van de zorgverzekeraars, spreken over 'macht en nieuwe communicatievormen van de zorgverzekeraar'. De deelprogramma's richten zich ondermeer op de verpleeghuiszorg, de GGZ, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de thuiszorg.

'Zorgvisies en management' staat centraal op 24 april. Leidt een verschuiving in het denken over zorg ook tot andere verhoudingen in de zorg? Op deze dag staat de blik gericht op de toekomst.

Sympos., 23 en 24 april 1996, Vrije Universiteit Amsterdam. Kosten f 160,- per dag. Inschrijven: tel 020-6474776, fax 020-6402296 voor een inschrijfformulier.

Bij gelegenheid van haar 25-jarig bestaan organiseert Stimezo samen met het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) een van 27-29 maart het internationaal congres *Abortion Matters*, over 'reducing the need and improving the quality of abortion services'. Op het congres komt internationale stand van zaken met betrekking tot abortus over het voetlicht. In Nederland blijkt er een licht toename in het aantal abortussen te zijn. Tussen 1991 en 1994 steeg het abortuscijfer van 5,6 tot 6,0 per 100 vrouwen. Volgens Stimezo is de belangrijkste oorzaak voor de stijging de toename van risicogroepen voor ongewenste zwan-

gerschap, met name allochtone meisjes en vrouwen. Het aantal vrouwen dat uit het buitenland komt om in Nederland de zwangerschap te laten onderbreken daalt. De mogelijkheden worden in het buitenland beter. Niettemin werden in 1994 nog ruim 8500 vrouwen uit buitenland in Nederland geaborteerd.

Het rapport Abortus in Nederland is een publikatie van Stimezo Nederland en is telefonisch te bestellen op telefoon: 030-2312531, fax 030-2332111. *Inschrijven voor het congres Abortion Matters: Abortion Matters*, WG Plein 475, 1054 SH Amsterdam. Tel: 020-6165151, fax: 020-6890981.

Het cahier *Van roeping tot beroep* plaatst de verpleging en verzorging in een historisch perspectief. Beide beroepen zijn op dit moment sterk in ontwikkeling. Doel van het cahier is om door deze historische benadering meer inzicht in deze ontwikkelingen te geven. De historische beschrijving begint bij de Samenkomst van Belangstellenden in de Ziekenverpleging in 1892 en eindigt met de ontwikkelingen van de afgelopen jaren. In de beschrijving ligt de nadruk op de verschillende organisatievormen die in de loop van het afgelopen decennium zijn ontstaan.

R. Goelabdien, Van roeping tot beroep. Landelijk Centrum Verzorging en Verpleging (LCVV), 1995. Te bestellen voor f 22,50 bij LCVV, Postbus 3135, 3502 GC Utrecht. tel: 030-2967614, fax: 030-2935882

Gebruikers beoordelen en verbeteren vanaf nu zelf de hulp thuis. De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), de gehandicaptenraad, en de Nederlandse Patiënten Vereniging hebben samen een geïntegreerd kwaliteitssysteem voor de thuiszorg en thuishulp ontwikkeld vanuit het patiëntenperspectief. Althans de fundamentelementen van zo'n systeem, want het is de bedoeling om door de antwoorden op honderden ingevulde vragenlijsten te vergelijken, de kwaliteit van de thuishulp en thuiszorg in verschillende regio's in kaart te brengen. De landelijke belangenorganisaties zetten een werkmaatschappij op de li-

enties uitdeelt aan regionale patiëntenorganisaties om deze informatie bij panels van gebruikers te verzamelen. De uitkomsten worden op landelijk en regionaal niveau gebruikt om te onderhandelen over betere zorg.

In de brochure Kwaliteit in eigen huis staat te lezen hoe het precies in zijn werk gaat. De brochure en meer informatie is te krijgen drie organisaties: NP/CF 030-2341597, Gehandicaptenraad 030-23/3454 of NPV 0318-524818.

Steeds meer mensen met een complexe hulpverleningsproblematiek dreigen als pionnen tussen instellingen heen en weer geschoven te worden om uiteindelijk tussen wal en schip te geraken. Samenwerking is al jaren noodzakelijk gebleken en coördinatie van het geheel van groot belang. Casemanagement is een werkwijze die een antwoord geeft op de onstane complexe hulpverleningssituaties. Een integrale vorm van hulpverlening staat hierbij centraal, waarbij verschillende disciplines samenwerken onder de hoede van een casemanager.

Bij Van Gorcum verscheen onlangs een handzaam leer- en werkboek over de kunst van het casemanagen. Verschillende begrippen van zorgconsulent, zorgmakelaar tot trajectmanager en zorgbemiddelaar krijgen hierin een plaats. Aan de orde komen verder de problematiek van *assessment*, hoe stel je vast wat de zorgbehoeften van een client zijn en van diens omgeving. Er worden steeds oefeningen beschreven om de kunst onder de knie te krijgen. Het laatste deel gaat in op vraagstukken uit de praktijk en neemt onderwerpen als het cliëntgebonden budget, zaakwaarneming en contracten onder de loupe.

Kortom een handig boek voor iedereen die wel eens wil weten wat casemanagement in de praktijk nu eigenlijk is of voor wie er werkzaam in wil worden. *N. van Riet & H. Wouters: Casemanagement. Een leer-werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening. Van Gorcum & Comp. BV, 1996, ISBN 90 232 3069 8, 206 blz., f 49,50.*

Index IGP 1995

- Akveld, Hans
Naar een transplantatiewet
Van toestemming naar geen bezwaar tgp 3, juni 1995, p.26
- Binnenhofje, Het
Rubriek: zonder titel tgp 1, januari 1995, p.25
Zonder titel tgp 3, juni 1995, p.20
Het nota-overleg *Gezond en Wel* tgp 5, oktober 1995, p.23
- Boeken
Over *Het refrain is Hein* tgp 1, januari 1995, p.31
Tips voor zorgende familieleden tgp 2, maart 1995, p. 31
De normen van de gynaecologie tgp 3, juni 1995, p.29
Mooie voorbeelden, magere theorie tgp 4, augustus 1995, p. 30
Klachten over de huisarts; geseksueerde intakes tgp 6, december 1995, p. 31
- Boeije, Hennie en Therese Borghuis-Lub
De richting van care
Scenario's voor verpleging en verzorging tgp 5, oktober 1995, p. 19
- Bont, Antoinette de
Ontwikkeling vaccins stagneert
Effectstudie geen gouden standaard meer tgp 6, december 1995, p. 15
- Bogaard, Josine van den
Vroeger
Van woningwet tot gezondheidsbeleving in huis tgp 4, augustus 1995, p.3
- Bogaard, Josine van den en Ingrid van de Vegte
Vitale steden
...laten het sector-denken los tgp 6, december 1995, p. 28
- Boom, Frans van den
Mensen met aids
Naar een bredere patiëntenbeweging tgp 6, december 1995, p.8
- Borgesius, Els
Een moeizame mars door de straten
Psychiatrie in de buurt tgp 1, januari 1995, p.23
- Bouwmans, Martien
Op de markt aanvullen
Bizarre maatschappelijke meerkosten tgp 6, december 1995, p.18
- Broecheler, Christien
Een kussen van steen
De Iraanse schrijver en vluchteling Nasim Khaksar tgp 3, juni 1995, p.3
- Buitenlandse berichten
(voorheen signalelementen buitenland) tgp 6, december 1995, p.26
- Buijssen, Huub
Zorgen van zorgers
Hulp voor de verwanten tgp 2, maart 1995, p.15
- Cate, Peter ten, en Dorea Ketelaars
Vooruit met een stap achteruit
Arbeidsrehabilitatie in tijden van werkloosheid tgp 1, januari 1995, p.20
- Copius Peereboom, J.W.
Slecht werk voor vrouwen
Schadelijke stoffen in de atmosfeer tgp 1, januari 1995, p.29
- Cuppen, Annemiek
Vroedvrouw met visie
Protest tegen prenatale screening tgp 5, oktober 1995, p.11
- Dahhan, Nordine
Op duidelijke wijze
Informatie-overdracht volgens de WGBO tgp 3, juni 1995, p. 13
- Dam, Joop ten, Chris de Ceuninck van Capelle
Het ergste leed
Gezondheidszorg voor illegalen tgp 2, maart 1995, p.3
- Graaf, Rob de
Tien jaar: beleid
Gebaseerd op consensus tgp 6, december 1995, p.5
- Hart, Joep de
Tussen hemel en aarde
De fragmentatie van het levensbeschouwelijk terrein tgp 5, oktober 1995, p. 3
- Helmond, Frank van
Surrogaat of substituut
Vervangt de zorg de religie? tgp 5, oktober 1995, p. 13
- Heteren, Godelieve van
Column
Niet van de straat tgp 6, december 1995, p. 22
- Höppener-Helmieh, José
Circumstantial evidence
Gezondheid in slecht milieu tgp 3, juni 1995, p.21
- Houwaart, Eddy
Eéndimensionale geschiedschrijving
Over *Gynaecologie als belichaming van vrouwen* tgp 4, augustus 1995, p. 31
- Houtepen, Rob
De pijn van uw partner
Column tgp 2, maart 1995, p. 14
- Huisman, J.
Een moderne epidemie
Aids is van deze tijd tgp 6, december 1995, p.3
- Jabaaij, Lea
Niet om mee te leven
Bestuurslid Ypsilon tgp 2, maart 1995, p. 12
- Jabaaij, Lea
Gereformeerde zorg
Psychiaters verschillen van mening tgp 5, oktober 1995, p. 6
- Klis, Irene van der
Samen een hartinfarct
Verwerking van het trauma tgp 2, maart 1995, p.19
- Koeken, Geert
Opschonen
De 'kostenbeheersing farmaceutische hulp' tgp 5, oktober 1995, p.24
- Koenis, Hans
Brief uit Boedapest! Rubriek
In transition tgp 2, maart 1995, p.6
In volle zee tgp 3, juni 1995, p.24
In de bus tgp 4, augustus 1995, p.22
In de krant tgp 5, oktober 1995, p.22
In het ziekenhuis tgp 6, december 1995, p.23
- Kok, Gerjo
Voordichting: preventief, effectief
En niet stigmatiserend tgp 6, december 1995, p.11
- Kruyswijk, Markus en Jan Hoekstra
Illegaal, onverzekerd tgp 3, juni 1995, p.17
Medische hulp voor illegalen
Hartstocht voor het alledaagse
..en engagement met het dichtbij tgp 1, januari 1995, p.7
- Limburgh, Annechien
Zelfbeheersing
Column tgp 3, juni 1995, p. 13
- Lyke, Saskia van der
Mantelzorg maakt patiënten
Van ideaal naar pragmatisme tgp 2, maart 1995, p. 7
- Lyke, Saskia van der

Ezeltje strek je Column	tgp 5, oktober 1995, p.18	Smit, Ronald B.J. Op straat Gezondheid voor wie niet woont	tgp 5, oktober 1995, p.26
Meinen, Annemiek Lessen uit de praktijk Jobrotation	tgp 1, januari 1995, p. 14	Spaans, Martin Opgebrand Voorkomen dat je opkraakt	tgp 1, januari 1995, p.5
Meinen, Annemiek We moeten vuile handen maken Interview met Madelien Krips: vrouwenhulpverlening	tgp 1, januari 1995, p.26	Tenwolde, Hans Beroepsethiek in de verpleging De begrippen en hoe ze te hanteren	tgp 1, januari 1995, p.10
Meulepas, Matianne 'Beslissen maakt het vak boeiend' Dieleman over doktersassistenten	tgp 6, december 1995, p.24	Tenwolde, Hans Snurken kan dodelijk zijn Over slechte folders	tgp 2, maart 1995, p.25
Meij, Tom de Beschermd Wonen en behandelen gescheiden'.	tgp 4, augustus 1995, p.13	Tenwolde, Hans Het belangrijkste in het leven Column.	tgp 2, maart 1995, p.21
Miltenburg, Theo en Clarie Ramakers Kopen is kiezen Cliëntgebonden budget ook voor familie	tgp 2, maart 1995, p.1?	Vathorst, Suzanne van der Ziekenhuis zorgwinkel? Deregulering voor de consumenten	tgp 3, juni 1995, p.30
Oosterom, Johannes Schoon Microbiologische huishoudkunde	tgp 4, augustus 1995, p.18	Vegte, Ingrid Van de Ik ben er nooit niet mee bezig Migranten-hulpverlener Ronald May	tgp 3, juni 1995, p.10
Pas, Frans van de De WVG is niet normaal Column	tgp 4, augustus 1995, p.21	Vegte, Ingrid van de Lastig Eruit, of woonbegeleiding	tgp 4, augustus 1995, p.9
Polman, Lineke Papa en Mama blijven erbij Kinderen in het ziekenhuis	tgp 2, maart 1995, p.10	Vegte, Ingrid van de Wereld Aids Dag Het programuna in Utrecht e.o.	tgp 6, december 1995, p.17
Reakties Over paternalisme en over Riagg & arbeid	tgp 3, juni 1995, p.25	Verbeek, Gabriëlle Niet naast het bed Bevallen in het ziekenhuis	tgp 4, augustus 1995, p.27
Ribbens, Matthé Na Raad op Maat De woestijnwet.: adviesorganen opdoeken	tgp 1, januari 1995, p.16	Vink, Anita Klachten en vragen van alloctonen over de gezondheidszorg	tgp 3, juni 1995, p.15
Ribbens, Matthé Opvangcentrum Arts & asielzoekers	tgp 3, juni 1995, p.8	Visser, Joost Wat de krant niet gelooft. Column	tgp 1, januari 1995, p.19
Rosink, Imke Culturele verloskunde Praktisch haalbare verloskunde	tgp 6, december 1995, p.20	Visser, Joost Nog altijd niet gewoon Interview met Noud van Poppel: homohulp	tgp 2, maart 1995, p.22
Schoenmaker, Albert Inservisee buiten dienst Naar school en niet meer wonen op het werk	tgp 1, januari 1995, p.3	Visser, Joost We hebben de wind weer een beetje mee Almere revisited: Han van Oosterbos	tgp 5, oktober 1995, p.16
Schoenmaker, Albert De tegenverzekering Op weg naar Pro Life	tgp 5, oktober 1995, p.9	Wersch, Sandra Op je kinderen rekenen .. of op de Nederlandse ouderenzorg	tgp 3, juni 1995, p.5
Signalelementen, rubriek	tgp 1, januari 1995, p.32 tgp 2, maart 1995, p.32 tgp 3, juni 1995, p.32 tgp 4, augustus 1995, p.32 tgp 5, oktober 1995, p.28 tgp 6, december 1995, p.32	Wildt, Gillis de Regionaal beter Public health komt eraan	tgp 4, augustus 1995, p.23
Signalelementen Buitenland Dood, dokter, stalinisme Mensenrechten, proefpersonen	tgp 2, maart 1995, p.28 tgp 3, augustus 1995, p.25	Wildt, Gilles de Aids in Afrika HIV reist per vrachtwagen	tgp 6, december 1995, p.13
Smit, Ronald B.J. Op straat Slechter af dan Job	tgp 4, augustus 1995, p.15	Zwetsloot, Theo Lichaamsafhankelijk Gehandicapt zelfstandig wonen	tgp 4, augustus 1995, p.6

Ondernemend besturen

Nieuw

Ziekenhuismanagement van overmorgen

G.R. Visser e.a.

1996.316 blz. f 45,00 - ISBN 9023231287

De zorgsector is in beweging. De modernisering van de curatieve zorg plaatst ziekenhuisorganisaties voor nieuwe uitdagingen. Het ziekenhuismanagement staat voor de taak hier op in te spelen.

Dit boek laat zien wat dit betekent voor het profiel van het ziekenhuismanagement en voor de besturingsstructuur van de ziekenhuisorganisatie.

De aanbevelingen in het boek zijn niet alleen gericht op het ziekenhuismanagement van overmorgen, maar ook op dat van vandaag en morgen. Aangegeven wordt dat de veranderingen in de gezondheidszorg met zich meebrengen dat het management van ziekenhuizen in handen dient te zijn van ondernemende bestuurders.

Professionele autonomie van de medisch specialist

JA van Oorschot e.a.

1995. 84 blz. f 25,00 - ISBN 90 232 3037 X

Medisch specialisten zijn in hun beroepsuitoefening autonoom. Zelfstandig en onafhankelijk van anderen nemen zij beslissingen in het belang van de patiënt.

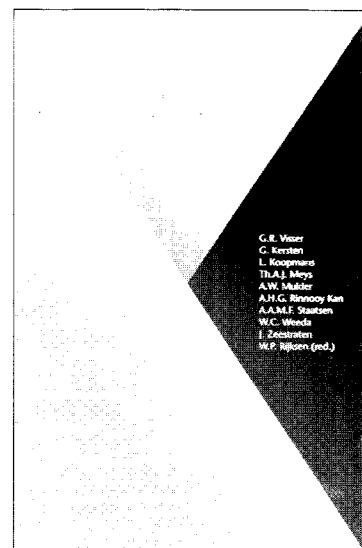
De autonome rechten van de medisch specialisten in het economisch verkeer en in het politieke krachtenveld staan hevig onder druk. Dit boek laat zien dat daardoor ook de autonomie in het klinische domein onder druk komt te staan. Dat is volgens de auteurs niet in het belang van het medisch beroep en derhalve ook niet van de samenleving.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Tel. 0592379555/ Fax 0592 372064



G.R. Visser
C. Kersten
L. Koopmans
Th.H. Meijrs
A.W. Mulder
A.H.C. Rijnbooy van
A.A.M.F. Staatsen
W.C. Wouda
J. Ziekenhuis
M.P. Rijkman (red.)



Professionele
autonomie
van de
medisch
specialist

Bestelbon

Naam

Adres

Postcode

W o O l l p l a a t

Datum

Handte ~ I I L n ~

Verzoekt te zenden:

ex. Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen

ex. Professionele autonomie van de medisch specialist

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

VAN GORCUM, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen

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 van 1996, 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 VB 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.:



GOED GESPREK?
GEHANDICAPTEN DOEN
NET ZO GOED MEE