

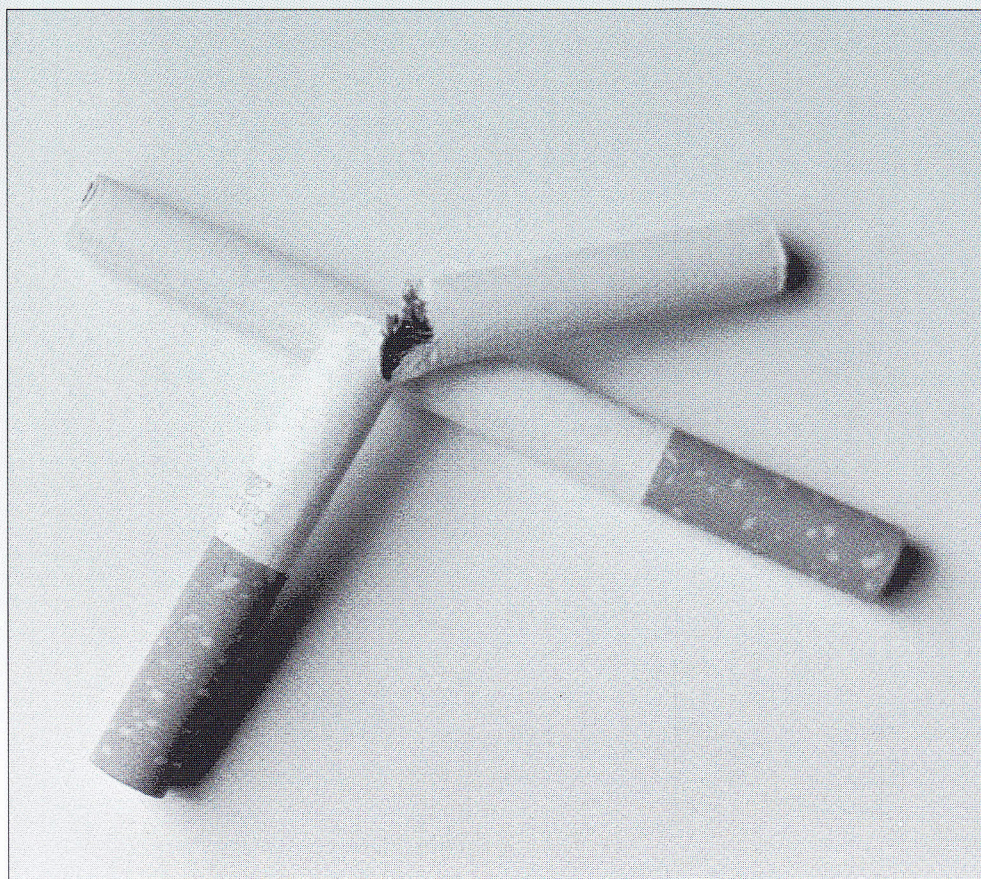
TIJDSCHRIFT  
VOOR

---

# GEZONDHEID & POLITIEK

---

JAARGANG 14  
NR.5 / NOVEMBER 1996



Maatschappelijk gebod: niet roken

---

Luchtvervuiling bij Nijmegen

---

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

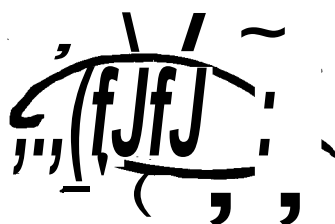
---

Oud is relatief

---



# Geef 's voor diabetes,



## met het oog op de toekomst

Diabetes (suikerziekte) is geen onschuldige ziekte. Het kan leiden tot complicaties als oogaandoeningen, hart- en vaatziekten, of problemen met de nieren. Wist u dat diabetes de belangrijkste oorzaak is van blindheid en slechtziendheid tussen het 20ste en 74ste levensjaar in de westerse wereld?

Dankzij onderzoek komen we steeds meer te weten over diabetes. Onderzoek moet een oplossing brengen voor diabetes en bijkomende complicaties. Het Diabetes Fonds Nederland subsidieert veel diabetes-onderzoek. Geef het onderzoek dat extra zetje in de rug.

**Giro 5766 - Bank 70.70.70.805**



Diabetes Fonds Nederland, Amersfoort, Tel. 033 - 46 22 055

Tijdschrift  
voor

# GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14  
NR 5 / november 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**  
Saskia van der Lyke, Jeannette Pols, Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker, Aajen Stoop, Hans Tenwolde, Joost Visser.

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

**Eindredactie**  
Maarten Duffer

**Redactieraad**  
Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita Dieksen, Thea Dukkens van Emden, Maria Hermen, Joost van der Meer, Roei Otten, Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon, Marco Stuk, Janneke van Vliet, Marion van Weersch, Goof van de Wijngaart.

**Redactieadres**  
Postbus 17107  
1001 JC Amsterdam  
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

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

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

**Advertentietarieven**  
op aanvraag bij de uitgever

foto omslag: Eduard Dolfijn

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

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

## Inhoud

- 2 Redactioneel
- 3 Wil Hoeijmakers  
Een autonoom verplegen  
Zaanse zorg stelt bewoners centraal
- 6 Thea Dukkens van Emden  
Niet mixen met het PGB  
Persoonsgebonden blijkt instellingsgebonden
- 7 Yolant Vermeulen  
Verpleeghuis krijgt ARBO-prijs  
Voor integratie allochtone werknemers
- 9 Matthé Ribbens  
Het Binnenhofje  
Haagse paradoxen
- 10 Marjo Smit  
Gezondheidszorg en Internet  
Om te beginnen
- 12 Capi Wever en Alex Pos  
Amoreel roken  
Gezondheid wordt maatschappelijk gebod
- 16 Josine van den Bogaard en Rascha Thomas  
De spreiding van kennis, inkomen en macht  
Gezondheidsverschillen volgens Mackenbach
- 20 Godelieve van Heteren  
Heldendoktoren  
Column
- 21 J.W. Copius Peereboom  
Gezondheidsschade in Weurt  
Veel kanker onder de rook van Nijmegen
- 23 Anna Maria Brassé  
Brief uit Azerbeïdjan  
Vlees en medicijnen
- 24 Karin de Greef  
Woonzorg voor oudere migranten  
Stand van zaken
- 27 Boeken  
Oud is relatief
- 28 Signalementen

# REDACTIONEEL

Nog geen twintig jaar geleden was gezondheid gewoon een optimale toestand van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden - dus zogezegd voor een ieder met een paar borrels binnen handbereik. We hadden het idee dat het lichaam biologisch ziek werd en de geest door de omgeving werd gek gemaakt. Dat was toen de moderne opvatting. Tegenwoordig ligt het weer ingewikkelder. Je kunt ook ziek worden van de zaak en gek van je genen. Veel mensen geloven weer dat een verkeerde levenswandel chemisch verholpen kan worden.

Kortom, de invloeden van omgeving en aanleg op de gezondheid zijn zo simpel niet en aan trends onderhevig. De gezondheid is weer zowel een product van de mens zelf (*nature*) als van de omgeving (*nurture*) en, uiteraard, van de wisselwerking hiertussen. De pendule van *nature* en *nurture* wordt nog steeds regelmatig opgewonden.

Gezondheidsverschillen zijn deels een gevolg van de sociaal-economische omstandigheden waarin mensen verkeren. Dat vindt Johan Mackenbach, hoogleraar Medische en maatschappelijke determinanten van volksgezondheid aan de Erasmusuniversiteit. Hoe deze relatie precies ligt, daar is moeilijk een wetenschappelijke vinger achter te krijgen. De interpretatie van de onderzoeksresultaten is problematisch en riskant. Sommige resultaten, die er bijvoorbeeld op wijzen dat een egalitair inkomstenbeleid niet tot lagere sterfteverschillen leidt, zijn politiek gezien dynamiet, aldus Mackenbach. De bevoegenheid om het verband aan te tonen is er echter niet minder om, zoals u in dit nummer van TGP kunt lezen.

Media maken het voor mensen mogelijk zich in een andere, nieuwe 'omgeving' te verplaatsen. Neem nu de nieuwe media. In *cyberspace* kun je je geen buil vallen. Neem nu Internet. Met gemak surft de gebruiker van site naar site. Alhoewel, voor de meeste mensen is dat niet weggelegd. Het medium bewaart voor hen nog grote geheimen. In hoeverre is de gezondheidszorg gebaat bij dit nieuwe communicatiemiddel? Marjo Smit begint in deze editie een serie over internet met een eerste bijdrage over deze vraag. Uiteraard staat de redactie open voor suggesties en aanvullingen ....

En hoe zit het met de leefomgeving in een verpleeghuis? Is die eigenlijk wel gezond? Psychisch en sociaal in ieder geval niet, lijkt ons, al is het thuis misschien ook niet alles voor hulpbehoevenden. De waarde van een verpleeghuis zou vooral moeten liggen in de betere aanpassing, als omgeving, aan de hulpbehoevendheid. Dat vereist echter wel een bereidheid tot culturele flexibiliteit, en een open oog voor de kwaliteit, van die omstandigheden in relatie tot bewoners, misschien wel één bewoner. Zo laat Wil Hoeijmakers zien

hoe je in een verpleeghuis de autonomie van een patiënt kunt ondersteunen en waarborgen, zelfs wanneer dit in strijd is met eigen waarden en normen van de afdeling.

Anticiperen op andere omstandigheden is iets dat oudere migranten in Nederland, een groep die snel groeit, zeker gedaan hebben. Anticiperen staat echter nog niet gelijk aan integreren. Veel migranten die de afgelopen decennia naar Nederland zijn gekomen, hebben als doel gehad terug te keren wanneer ze ouder zouden worden. Volledig integreren leek niet nodig, hetgeen dan ook niet gebeurd is. Hun gebondenheid aan Nederland is echter, mede door opgroeiende kinderen hier, groter geworden. Met als gevolg dat veel oudere migranten hier hun oude dag door (gaan) brengen. De vraag is nu, aldus Karin De Greef, of de overheid aparte voorzieningen voor hen moet creëren, of bij de bestaande aan moet sluiten.

Ook de werkomgeving interfereert met de gezondheid. En ook dan is het niet louter een kwestie van fysieke risico's, zoals giftige stoffen en losliggende snoeren. Ook dienstroosters en managementstijl doen ertoe. De Arbeidsomstandighedenwet noemt in één adem veiligheid, gezondheid en welzijn. Yolant Vermeulen bespreekt twee projecten in een verpleeghuis dat de Arboprijs won en die beide vooral op welzijn mikten.

Wat te doen aan een dreigende omgeving? Luchtvervuiling, straling, razende motorvoertuigen en lawaai kunnen verzieken en vergallen. Naar het platteland emigreren? Weurt bijvoorbeeld? Copius Peereboom, milieuverdediger, beschrijft wederwaardigheden in zijn woonplaats die duidelijk maken dat de omgeving overal bedreigend kan zijn.

De anti-rooklobby heeft ook voor een beter milieu gevochten. Meeroken met de rokers om je heen zou niet alleen hinderlijk, maar ook gevaarlijk zijn, werd wel beweerd. De tabaksfabrikant Philip Morris sloeg terug met een advertentie waarop dit gevaar werd vergeleken met het eten van koekjes en het drinken van leidingwater. Daar werd op teruggekomen na veel commotie in de media. Capi Wever en Alex Pos laten zien dat het huidige anti-rook klimaat meer met ethische dan met wetenschappelijke argumenten van doen heeft. Zij vragen zich, gezien de rol die de geneeskunde in de discussie omtrent de schadelijkheid van roken toch speelt, af of de geneeskunde zich voor het karretje van stemmingsmakers mag laten spannen.

**De redactie.**



# EEN AUTONOOM VERPLEGEN

Wil Hoeijmakers

*Zeggenschap over je eigen leven, autonomie, is een belangrijk principe dat ook in de gezondheidszorg gerespecteerd moet worden. In een verpleeghuis is dat lastig. Niet alleen omdat verpleeghuisbewoners behoorlijk afhankelijk zijn in plaats van autonoom, maar ook omdat zorgverleners die het principe in praktijk wil/en brengen, te maken hebben met een bestaande organisatie en afdelingscultuur met de waarden vandien.*

*Dit is het verhaal over een bewoner die grote invloed had op de cultuur van een afdeling en daarmee bijdroeg aan de kwaliteit van de zorg in een verpleeghuis.*

Meneer Piek werd twee jaar geleden op veertigjarige leeftijd opgenomen in een verpleeghuis, op de afdeling voor complex-somatische en terminale zorg. Hij is gehuwd en vader van een zevenjarig dochtertje. Hij heeft multiple sclerose met spasmen over het gehele lichaam. Met name in de schouders en beide benen heeft hij veel pijn. Thuis kan de noodzakelijke hulp niet meer worden geboden.

Al snel na de opname blijkt dat meneer Piek een geheel eigen mening heeft over de wijze waarop hij verzorgd wil worden. Hij wil graag om half acht gewassen worden, dus niet om tien uur of half elf, en daarna wil hij meteen in de rolstoel geplaatst worden waarin hij bijna 24 uur van de dag doorbrengt. Hij wil niet deelnemen aan afdelingsactiviteiten en is overdag veel weg van de afdeling. Hij rookt graag een sigaret in de hal met een aantal relatief jonge medebewoners die ook zijn televisiematjes zijn. Hij is alleen gemotiveerd voor fysiotherapie als hij dat zelf nodig vindt en spreekt zijn voorkeur uit voor een bepaalde fysiotherapeut. Ondanks zijn lichamelijke achteruitgang wenst hij geen specialistische behandeling. Hij houdt niet van het eten uit de instellingskeuken en koopt bij voorkeur een broodje-gezond in het personeelsrestaurant, of laat wat bezorgen door een horeca-bedrijf.

Hij heeft, zo wordt duidelijk, nogal wat moeite met regels en gewoonten van de organisatie en maakt als het ware zijn eigen huisregels.

## SPANNING

De verzorgenden van de afdeling werden dus geconfronteerd met een voor verpleeghuisbegrippen jonge man, die

zijn eigen leven wilde leiden, maar daarbij volledig afhankelijk was van de verzorgenden en dus hun medewerking nodig had om dit te kunnen realiseren. Het is, voor wie het verpleeghuis kent, begrijpelijk dat deze situatie een bepaalde spanning opriep, zowel voor meneer Piek als voor de afdelingsmedewerkers.

Respect voor autonomie van patiënten en bewoners vormt een belangrijk uitgangspunt bij de zorgverlening in verpleeghuizen. De nota 'Eigen leven' van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1996) geeft hier duidelijk blijk van. Respect voor autonomie betekent dat de bewoner waar mogelijk en ondanks de zorgafhankelijkheid het eigen leven kan leiden en eigen keuzen kan maken. Dit dient ook tot uitging te komen in de houding van medewerkers, de bejegening van bewoners en de organisatie van de zorg.

In diezelfde nota worden nogal wat knelpunten en dilemma's aangegeven bij het omgaan met autonomie van bewoners. Er worden drie verschillende soorten oorzaken van knelpunten onderscheiden.

## DE DRIE OORZAKEN

Op de eerste plaats gaat het om mensen die bij het uitoefenen van dit recht op zelfbeschikking hindernissen ondervinden. Ze kunnen beperkt zijn in hun intellectuele vermogens, in het vermogen om eigen keuzen duidelijk te maken, in hun lichamelijke mogelijkheden of gewoon door persoonlijke eigenschappen die los staan van de reden tot opname in een verpleeghuis.

Op de tweede plaats kan het verpleeghuis zelf een hindernis vormen voor de

autonomie. Het verpleeghuis kent beperkingen als het gebouw waarin je moet wonen, als werkorganisatie waar de dagelijkse gang van zaken op een bepaalde manier geregeld wordt en als woonvorm waarin mensen samen moeten wonen.

Als derde groep oorzaken wordt de cultuur aangewezen: de professionele en persoonlijke waarden en normen van de zorgverleners, de werksfeer en de cultuur op een afdeling.

Deze drie spanningsvelden rond autonomie zien we in meer of mindere mate terug in het verhaal van meneer Piek.

Hij is beperkt in zijn lichamelijke mogelijkheden, waardoor hij volledig afhankelijk is van de verzorgenden. Hij is ook een persoon met een sterke eigen wil en niet snel bereid om concessies te doen. Deze eigenschap lijkt positief als het om autonomie gaat, maar een bewoner kan eenvoudigweg niet alleen bepalen hoe het eigen leven wordt ingevuld als hij daarbij afhankelijk is van anderen. Hiervoor is samenspraak nodig. Die was er in de beginsituatie nauwelijks.

Het tweede spanningsveld heeft te maken met het verpleeghuis als woonomgeving. Zoals eerder vermeld had meneer Piek veel moeite met regels en gewoonten van de organisatie, zoals bijvoorbeeld tijden van wassen, aankleden en eten, had hij veel behoefte aan privacy en distantieerde hij zich van het groepsgebeuren.

En ook het derde spanningsveld, betreffende de afdelingscultuur, was overduidelijk aanwezig. Zo hanteerde men als belangrijkste norm op de afdeling van meneer Piek: wij zorgen goed voor de bewoner omdat wij weten wat goed voor hem is.

Nu is rust goed voor een MS-patiënt, maar wat doe je als iemand 's nachts pas om twee uur naar bed wil? Ook goed eten is belangrijk maar wat doe je als iemand de voorkeur geeft aan een hamburger, frieten en milkshake? Als je weet dat specialistische zorg belangrijk zou kunnen zijn evenals fysiotherapie, hoe ga je dan om met de situatie als iemand afziet van verdere behandeling? Met deze vragen werden de verzorgen-



*foto: Jan Boeve*

den vanuit professioneel oogpunt geconfronteerd. Van hen werd een adequate reactie verwacht.

#### **PASSIEF & AKTIEF**

In deze situatie zou je twee vormen van respect voor autonomie kunnen onderscheiden, een actieve en passieve vorm. Je kan zeggen dat meneer Piek voor zelfstandigheid kiest en wij ons als zorgverleners daarom niet mengen in zijn leven. Dit is de passieve kant van respect voor autonomie.

Als de zorg voor meneer Piek beperkt zou zijn gebleven tot deze passieve kant van respect voor autonomie, zou hij min of meer aan zijn lot zijn overgelaten. Want de verzorgenden werden wel geconfronteerd met het feit dat meneer Piek heel erg gehecht was aan zijn dochtertje. Hij was bij vlagen angstig over het ziekteverloop dat misschien wel fataal zou kunnen zijn. Dit uitte zich in de nachtdienst waarin hij frequent om hulp belde.

Deze situatie vraagt om ondersteuning bij het richting geven aan het eigen le-

ven: de actieve kant van respect voor autonomie.

De verzorgenden vonden het moeilijk om met dit soort situaties om te gaan. Ze zorgden vanuit hun perspectief goed voor de bewoners. Ze waren als het ware zodanig emotioneel bij de zorg betrokken dat ze bewoners met emotionele problemen nauwelijks konden helpen. Er werden wel afspraken met elkaar gemaakt over de verzorging en behandeling maar nauwelijks met de bewoners zelf.

Er was geen 'aanspreekcultuur'; men corrigeerde elkaar weinig. Kritiek hoorde je in de wandelgangen. Als het niet liep zoals ze dat graag zouden willen lag het aan de leiding of aan de organisatie.

#### **TEAM GEVANGEN**

Het team zat gevangen in de eigen afdelingscultuur. Het belangrijkste kenmerk hiervan was dat medewerkers de dagstructuur voor de bewoners bepaalden. Als een bewoner hierop invloed

wilde uitoefenen, werd hij als lastig ervaren. De confrontatie met zo'n initiatiefrijke bewoner maakte duidelijk dat in deze cultuur verandering moest komen. Hij eiste namelijk een dagstructuur die naar zijn eigen wens was ingevuld. Zo wilde hij, net als thuis, graag een sigaret roken op het toilet. Een deel van de verzorgenden gaf hem de sigaret en anderen weigerden hieraan mee te werken en probeerden van 'niet roken op het toilet' een beleidsafspraken te maken. Zo zijn er nog een aantal voorbeelden te noemen die een conflict in het team veroorzaakten.

Het afdelingshoofd heeft de visie op bewonersgericht denken en handelen ter discussie gesteld en deze vergeleken met het gedrag van de medewerkers. Heel langzaam drong het tot hen door dat tot dan toe niet de bewoner, maar zichzelf centraal stonden in hun doen en laten.

Een andere belangrijke stap in deze bewustwording vormden de gesprekken die het afdelingshoofd, na het overlijden van bewoners, met alle betrokken



medewerkers organiseerde. In deze gesprekken konden emoties en problemen besproken worden die men had ervaren. In een later stadium werden ook familieleden uitgenodigd om deel te nemen aan deze gesprekken.

Met name deze gesprekken hebben een belangrijke opening gemaakt. Er ontstond bereidheid bij medewerkers om naar hun eigen functioneren te kijken. Ze hoorden bijvoorbeeld van familieleden hoezeer die hun betrokkenheid waardeerden. Dit was het moment waarop het afdelingshoofd zowel de positieve en negatieve keerzijde van betrokkenheid kon bespreken.

#### WAT ER UIT KWAM

Het is natuurlijk duidelijk dat er binnen zo'n team naar oplossingen voor de verschillende dilemma's bij de verpleging van meneer Piek werd gezocht. We zien dat deze op de drie genoemde spanningsvelden - persoon, organisatie, cultuur - inwerken:

- Meneer Piek kreeg een eenpersoonskamer, waardoor hij in een belangrijke mate zijn leefritme op zijn eigen wijze kon invullen.
- Er werden afspraken gemaakt om een werkbaar situatie te creëren. Wensen en mogelijkheden van beide partijen werden op elkaar afgestemd. Dit was voor de afdeling een nieuwe gang van zaken. Deze afspraken werden dan ook wekelijks geëvalueerd.
- In het werkoverleg werd veel tijd besteed aan de situatie. Dat was nodig omdat één deel van het personeel blij was met de gemaakte afspraken, omdat die een houvast boden, terwijl een andere groep er moeite mee had zich aan de gemaakte afspraken te houden.
- Iedere dag was één van de verzorgenden vast aanspreekpunt voor meneer Piek. Daardoor werd er veel duidelijkheid gecreëerd.
- Het afdelingshoofd besteedde veel aandacht aan het doorbreken van de bestaande afdelingscultuur. Dit hing natuurlijk niet alleen maar samen met het respecteren van meneer Piek's autonomie. Hij heeft echter wel een belangrijke rol gespeeld bij de bewustwording van het belang van een goede zorgrelatie en een sfeer van openheid. Hij eiste zijn plaats expliciet op; je kon niet om hem heen.
- Op de afdeling is de werkstructuur veranderd, men is overgegaan naar bewonersgericht werken. Elke ver-

zorgende krijgt een aantal bewoners toegewezen en is verantwoordelijk voor de planning en uitvoering van de zorg. Voor zowel bewoners als zorgverleners betekent dit een toename van duidelijkheid.

- Tijdens het maandelijks werkoverleg is veel aandacht besteed aan die bewonersgerichte benadering. Als medewerkers problemen hadden met de respectvolle bejegening van bewoners, werden met hen individuele gesprekken gevoerd.
- Er is een bijscholing georganiseerd over de waarden en normen van de verzorgende. 'Ik heb geleerd hoe belangrijk non-verbale communicatie is', gaf een medewerker als reactie. Anderen: 'ik ben me meer bewust van mijn eigen houding', 'ik kijk kritischer naar mijzelf', 'ik kan me beter verplaatsen in de situatie van de bewoner'.

#### RESPECT

Het belangrijkste resultaat van al deze acties is dat de verzorgenden niet meer alleen werken vanuit hun eigen perspectief, maar de bewoner daadwerkelijk betrekken in de besluitvorming van het zorgverleningsproces. Ze overleggen tegenwoordig met de bewoner om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan wensen en behoeften. De waarden en normen van zowel de bewoner als de medewerker zijn bespreekbaar, men vertelt elkaar meer wat men vindt in zowel positieve als negatieve zin en komt dan tot afspraken. De verzorgenden delen hun verantwoordelijkheid met bewoners en tonen daarmee hun respect voor de autonomie van de bewoner.

Er is op de afdeling duidelijk meer aandacht voor het woon- en leefklimaat.

Het kan dus gebeuren, zoals in de situatie van meneer Piek, dat de zorgverleners bewonerswensen respecteren tot op de laatste dag.

Hij kon niet meer uit bed komen maar wilde wel een sigaret roken terwijl hij aan de zuurstof lag. De verzorgenden ondersteunden hem hierbij. Hij kreeg, geheel naar wens, koffie, een milkshake en een hamburger. Twee uur later is hij rustig ingeslapen.

En wat de verzorgenden betreft, ze missen hem.

*Wil Hoeijmakers is verpleegkundige en werkt als beleidsmedewerker kwaliteit bij de Stichting Zorg Zaanland, die een drietal verpleeghuizen en een verzorgingshuis beheert.*

# NIET MIXEN MET HET PGB

Thea Dukkens van Emden

***Eenpersoonsgebonden budget krijgen duurt maanden en dan kun je nog niet vrij kiezen ook. In Amsterdam.***

Ooit was er een heel mooi idee. Mensen die langdurig hulpbehoevend zijn, zouden zelf kunnen bepalen wie hen de nodige zorg zou leveren. In plaats van hulp in natura konden ze geld krijgen om de zorg te kopen. Experimenteel was al aangetoond dat dit plan aansloeg en staatssecretaris Erica Terpstra loodste dit Persoonsgebonden Budget (PGB) vervolgens door de Tweede Kamer.

Wel werden er wat concessies gedaan aan het beheer van het budget, want de mens is naast mondig en autonoom ook geneigd tot alle kwaad en met geld al helemaal niet te vertrouwen. Daarom werd er een Vereniging opgericht, Per Saldo geheten, die het geld moest beheeren zodat men het niet kon uitgeven aan frivole zaken zoals een stukje spacecake of een videorecorder. En natuurlijk moest er eerst iemand vaststellen of de betreffende Persoon wel recht had op een Budget en hoe groot dit Budget dan wel mocht zijn. Maar dat is begrijpelijk want het geld moet rechtvaardig verdeeld worden en niet over de balk gesmeten. Met alle beperkingen bleef het toch een mooi idee.

Dus toen mijn moeder na twee ziekenhuisopnames voor respectievelijk een bekken- en een heupfractuur weer thuis was en het duidelijk werd dat zij voor langere tijd hulp nodig zou hebben, dachten wij dat zij als Persoon geknipt zou zijn voor een Budget. Wij vroegen dus een Indicatiestelling aan bij de Stichting Tot en Met, de organisatie die twee jaar geleden in Amsterdam in het leven is geroepen voor een onafuankelijke indicaties telling bij mensen die langdurig zorg nodig hebben. Het duurde ruim twee maanden en vele telefoontjes voordat de afspraak rond was, maar op een dag kwam er waarempel iemand langs voor het Intakegesprek. (Er blijkt dus eerst een Intaker van de uitvoeringsinstantie te komen; deze noteert welke hulp nodig is, rapporteert terug en dan komt een flinke tijd later, - 'rekent u maar op ruim twee maanden' - iemand van de Stichting Tot en Met dit nog eens dunnetjes over doen voor

de feitelijke Indicatiestelling.)

Mijn moeder kreeg inmiddels vier dagen in de week thuiszorg ('gezinszorg') voor boodschappen en wasbeurten, dagelijks wijkverpleging voor wondverzorging en verder eenmaal per week thuiszorg via een particulier bureau. Veel hulp, maar ook veel wisselende gezichten en heel veel wachten, want iedereen wil graag 's morgens vroeg geholpen worden en dat kan nu eenmaal niet. Door de beschikking over een PGB hoopten wij dat mijn moeder de zorg zo zou kunnen inkopen, met een mix van particuliere en reguliere zorg, dat er minder wisseling van personen zou zijn en dat de tijden beter zouden aansluiten bij haar wensen. Maar nee, in Amsterdam hebben ze daar toch iets anders op bedacht. Nix zelf een mix samenstellen: je mag je Eigen Budget of uitsluitend besteden aan de reguliere thuiszorg (wijkverpleging en gezinszorg) of je moet de zorg helemaal particulier inkopen. Deze afspraken zijn door de Amsterdamse zorgverzekeraar ZAO gemaakt met de Thuiszorgorganisaties. De Amsterdamse variant van het Persoonsgebonden Budget is dus een Instellingsgebonden Budget. Verbijsterd over deze invulling van het begrip vrije keuze vroeg ik wat dan nog het voordeel was van het PGB. Het antwoord luidde dat als mijn moeder het PGB zou besteden aan reguliere zorg dat zij dan wel 'zorg op maat' zou kunnen krijgen, bijvoorbeeld een zorggarantie voor wijkverpleegkundige hulp vóór 10 uur 's ochtends en voor zorgverlening door zo min mogelijk verschillende personen. Dezelfde instellingen kunnen dus via de regeling van het PGB betere zorg leveren dan via de gewone financiering. Voor het geld dat het reguliere kruiswerk 'terugverdient' via de subsidieregeling van het PGB, nadat zijn AWBZ budget hier eerst op gekort is (1), kan het blijkbaar mensen in dienst nemen die flexibeler inzetbaar zijn dan het bestaande personeel. De reguliere thuiszorg concurreert dus als het ware met zichzelf via het PGB.

Dat kan toch niet de bedoeling geweest zijn?

Weg vrije keuze voor de cliënt om zelf te bepalen wie ze naast de reguliere wijkverpleging in wil huren voor de boodschappen. Mijn moeder begrijpt er inmiddels nix meer van, en zij is niet de enige. De 'Intaker' is de helft van haar tijd kwijt met het beantwoorden van telefoontjes van oudere mensen die het niet snappen. Daarom duurde het ook zo lang voordat ik een afspraak kon maken. Nog een voordeel dat ik er een beetje voor heb doorgeleerd en dat ik in TGP regelmatig stukjes lees over het PGB (2), anders had ik het ook niet kunnen navertellen, maar ik ben wel mooi een idee(aal) kwijt.

## NOTEN

- 1) Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg; brieven dd 15 april 1996 en 6 mei 1996 van de Minister en de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer;
- 2) Nix Autonomie, Karin de Greef, TGP, 1996, nr 2.

*Thea Dukkens van Emden is werkzaam in de gezondheidszorg en lid van de TGP-redactieraad.*

# VERPLEEGHUIS KRIJGT ARBOPRIJS

Yolant Vermeulen

*De Arboprijs voor de gezondheidszorg is een initiatief van de Nederlandse Zorgfederatie. De NZF wil met deze prijs - die overigens eenmalig is - een impuls geven aan initiatieven gericht op veiligheid, gezondheid en welzijn van werknemers.*

*Het Amsterdamse Dokter Sarphatihuis won. Niet omdat je daar minder hoeft te tillen of dat de lucht er zuiverder is, maar omdat het er ook voor allochtonen goed werken is.*

Het verpleeghuis had twee projecten ingediend. Het ene, 'Intercultureel Management', is gericht op het stimuleren van de instroom en doorstroom van allochtone medewerkers. Het andere project betreft het creëren van aangepaste roosters voor ouderen en zwangeren. De jury kreeg alle inzendingen naamloos onder ogen en nomineerde onder andere beide projecten. Toen duidelijk werd dat beiden uit de koker kwamen van het Sarphatihuis, voegde de jury ze samen en kende zij het verpleeghuis de eerste plaats toe.

De jury heeft bij haar beslissing de volgende criteria gehanteerd. Behalve dat de projecten een duidelijk effect moesten hebben op veiligheid, gezondheid en welzijn, dienden ze ook overdraagbaar en vernieuwend te zijn. Bovendien moesten mensen uit verschillende disciplines eraan gewerkt hebben en moesten de projecten ook zijn uitgevoerd. Bij de ruim vijftig inzendingen bleken vooral de traditionele Arbo-onderwerpen - gekoppeld aan de sector - goed vertegenwoordigd te zijn. Het overgrote deel gaat over de tilproblematiek. Een tweede onderwerp dat hoog scoort, betreft het omgaan met gevaarlijke stoffen.

De keuze van de jury viel echter op twee projecten van geheel andere aard. Over deze projecten en hoe het allemaal zo gekomen is, vertelt Kees Koudijs, Hoofd P&O van het verpleeghuis en motor achter de projecten.

## INTERCULTUREEL MANAGEMENT

Ik spreek Kees twee maanden na de prijsuitreiking. Inmiddels is de eerste roes en publiciteit voorbij. Gemengde gevoelens heeft hij. 'Natuurlijk is het erg leuk dat we de prijs gekregen hebben. De directeur is apetrots en sjouwt al dagen rond met het beeldhouwwerk. De OR roept hard dat we er nog lang

De Nederlandse Zorgfederatie brengt naar aanleiding van de Arboprijs 1996 een bundel uit waarin de genomineerde projecten worden beschreven. Voor meer informatie: Afdeling Voorlichting NZF, tel. 030-2739327.

niet zijn met de arbeidsomstandigheden.' Kees zelf is weer bezig met nieuwe plannen.

Maar laten we het eerst hebben over de winnende projecten. Met name het project Intercultureel Management springt er in het kader van arbeidsomstandigheden uit.

Het project bestaat uit verschillende onderdelen. Een belangrijk onderdeel was het uitvoeren van gerichte wervingsacties om het aantal allochtone medewerkers te vergroten. Kees licht de aanpak toe:

'We hebben in bepaalde wijken van Amsterdam een huis-aan-huis actie gedaan. Via een brief lieten we mensen weten dat we op zoek waren naar allochtone medewerkers. Ook hebben we op de lokale tv een spotje gehad waarin we allochtonen opriepen bij ons te solliciteren. De allochtonen die reeds hier werkten, hebben we gevraagd in hun kennissenkring te kijken of er geschikte kandidaten waren. Deze zoekacties hebben een enorme respons opgeleverd. Toen we hiermee begonnen, zaten we op 4 % allochtone medewerkers, nu is 23 % van ons personeelsbestand allochtoon.'

Zoals dat bij projecten gaat, verliep niet alles vlekkeloos. Al doende leert men. 'Zo waren we aanvankelijk te weinig kritisch waardoor we ook mensen binnen kregen die bij nader inzien toch niet zo geschikt waren voor dit werk.

We zijn steeds strenger geworden. Eerst lieten we mensen toe die nauwelijks Nederlands spraken en die bij ons een cursus mochten volgen. Nu zeggen we, ga eerst een cursus volgen en als je daarna nog gemotiveerd bent, kom dan terug.'

## LUNCH

Naast de wervingsacties zijn er ook interne activiteiten gestart. De werkgroep Multicultureel werd in het leven geroepen, die een boekje maakte met informatie over de verschillende culturele achtergronden van medewerkers. Ook zijn er lunch-bijeenkomsten georganiseerd waarbij steeds een land centraal stond. Tijdens de lunchpauze konden mensen kennismaken met muziek en eten uit een bepaald land. Er werden verhalen verteld en mensen konden vragen stellen.

Een ander initiatief van de werkgroep was het inventariseren van werkervaringen van allochtone en autochtone medewerkers. 'Via vragenlijsten en gesprekken is in kaart gebracht wat medewerkers tegenkomen in het werk, hoe zij dat ervaren en wat zij anders zouden willen. Daar rolden dan weer actiepunten uit waar we mee verder zijn gegaan. Het middenkader heeft een cursus Intercultureel Management gevolgd om meer inzicht te krijgen in specifieke zaken waar je in het leiding geven aan allochtone medewerkers mee te maken kunt krijgen. Om een concreet voorbeeld te geven, het kwam voor dat een patiënt zei: "ik wil niet gewassen worden door zo'n zwarte". De betreffende medewerker bleef daar eigenlijk in haar eentje mee rond lopen, soms werd Personeelszaken erbij gehaald. Nu is het zo dat als zoiets gebeurt, dan wordt dit gemeld aan het hoofd van de afdeling en die pakt de zaak op.'

## POOL

'Dit klinkt misschien allemaal prachtig maar natuurlijk lukt niet alles. Van de 10 ideeën mislukken er 8. Een idee dat bijvoorbeeld direct van tafel werd gevergd, is het opzetten van een pool van allochtone medewerkers die begeleid worden om door te groeien naar een leidinggevende functie. Het gaat er mijns



inziens niet alleen om dat je mensen binnen krijgt maar ook dat mensen door kunnen stromen. Een van de concrete manieren waarop je dat kunt realiseren, is het opzetten van zo'n management-development traject.. Ik had dat idee ondermeer gedropt in een interview voor het gemeentelijk personeelsblad. Nou de hele tent viel over me heen, met name de autochtonen die zeiden: "ja dat wil ik ook wel". Ook de OR was boos, maar sindsdien willen ze precies weten wat er gebeurt en volgen ze alles op de voet.. Dat plan is in de ijskast gezet.. We zijn nu aan het kijken of we een management-development traject voor allochtone en autochtone medewerkers op kunnen zetten.'

Het lijkt erop dat het dokter Sarphatihuis de wet BEAA - Bevordering Evenredige Arbeidsparticipatie Allochtonen - vooruit is. De uitvoering van deze wet, die in de praktijk veel weerstand oproept, laat nogal te wensen over. Hoe komt het dat het in het dokter Sarphatihuis wel lukt om beleid van de grond te krijgen? Van een logische projectaanpak zoals je dat in de boeken leest, is volgens Kees geen sprake. Wel zijn er terugkijkend drie belangrijke factoren die hebben bijgedragen aan het van de grond komen van dit project Intercultureel Management..

#### FACTOREN

'Een belangrijke factor was de politieke beslissing van de gemeenteraad in '90-'91 dat het personeelsbestand van gemeentelijke instellingen een afspiegeling moet zijn van de Amsterdamse bevolking. De toenmalige verantwoordelijke wethouder Wildekamp was niet op haar achterhoofd gevallen. Zij zat bovenop deze beleidsuitspraak en vroeg mijn directeur keer op keer naar de resultaten. Mijn directeur kon natuurlijk niet vaag blijven kletsen, dus zei hij: "Kees er moet wat gebeuren".'

De arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector was het tweede motief om de aandacht te gaan richten op het vergroten van de instroom en doorstroom. 'Het personeelsverloop in '90-'91 zat boven de twintig procent.. Het landelijke percentage zat toen op 12-15 %. Werken in de gezondheidssector is zwaar, het verdient weinig en heeft ook niet veel status. Veel mensen kappen ermee, vertrekken naar een andere baan of worden ziek. Het aantal afkeuringen is hoog. Wij hadden daar eigenlijk weinig oog voor.. Door het hoge verloop werden we gedwongen na te denken over de vraag "hoe" zorg je dat je nieuwe mensen binnen krijgt" maar ook

"hoe" zorg je dat je mensen binnen houdt".'

De derde stimulerende factor was de mogelijkheid voor het Dokter Sarphatihuis om mee te doen aan een landelijk project Doelgroepenbeleid. 'Wil je iets van de grond krijgen, dan moet je verschillende zaken weten te verbinden. Ik zie doelgroepenbeleid als een aspect van arbeidsmarktbeleid. Daarom zijn we aan de slag gegaan met het vergroten van de instroom. Dat betekent dat je gaat kijken waar potentieel zit en hoe je in contact kunt komen met dat potentieel.'

'Ons tweede actiepunt, het binnen houden van mensen, had op zich ook niets met allochtonen te maken. We wisten dat het verloop erg hoog was en we hadden nooit eerder onderzocht waarom dat zo was. Uit een landelijk gehouden onderzoek bleek dat er sterke relaties zijn tussen personeelsverloop, ziekteverzuim en primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. We zijn onze situatie gaan toetsen aan die resultaten. Dat wil zeggen dat we exitgesprekken en functioneringsgesprekken zijn gaan houden. Toen bleek dat mensen ondermeer afhaakten als gevolg van gebrek aan faciliteiten als kinderopvang, aangepaste roosters voor ouderen, loopbaanperspectieven. Het tweede project dat we hebben ingestuurd voor de prijsvraag is naar aanleiding hiervan ontwikkeld.'

#### SOFT

Wat opvalt aan deze projecten is dat ze niet gaan over de geijkte Arbo-onderwerpen als slechte stoelen, losliggende snoeren en gevaarlijke stoffen, kortom zaken die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid en veiligheid van werknemers. De nieuwe Arbowet heeft weliswaar Welzijn aan dit rijtje toegevoegd maar in de praktijk kunnen veel mensen niet uit de voeten met dit 'softe' Arbo-onderwerp. Slechts weinigen blijken in staat knelpunten op dit terrein te signaleren en aan te pakken.

Het feit dat de jury juist aan deze projecten de Arboprijs heeft toegekend laat zien dat het belang van welzijn als Arbo-onderwerp wordt erkend. Dat de projecten Intercultureel Management en Aangepaste Roosters inspelen op factoren die het welzijn van mensen beïnvloeden, is voor de jury een van de redenen geweest om aan het Dokter Sarphatihuis de Arboprijs 1996 toe te kennen. Doorslaggevend bij de beoordeling was echter dat beide projecten goed overdraagbaar zijn naar andere in-

stellingen binnen en buiten de gezondheidssector.

Hopelijk zullen andere instellingen inderdaad het voorbeeld van het Dokter Sarphatihuis volgen. Daarnaast valt te hopen dat de toekenning van deze Arbo-prijs aan projecten op het terrein van Welzijn een impuls zal betekenen voor de verdere ontwikkeling van dit terrein binnen de zorgsector.. Het hoge ziekteverzuim en het aantal mensen dat het zware werk in de gezondheidszorg niet volhoudt, laten zien dat er ten aanzien van welzijn nog veel te verbeteren valt..

*Yolant Vermeulen is arbeids- en organisatiekundige en lid van de deelredactie Arbeid en Gezondheid van TGP*

# Het Binnenhofje



Naar ik meen was het de Amerikaanse psycholoog Watzlawick die het begrip double-bind introduceerde. Een begrip dat iedereen kent, maar het was zijn verdienste dit - letterlijk - *paradoxe* begrip te benoemen en zo grijpbaar te maken voor bestudering. Een bekend voorbeeld van het verschijnsel double-bind is de jongen wiens moeder schone kleren klaanlegt. Verschijnt hij aan het ontbijt in een shirt van haar keuze, dan is het onmiddellijke commentaar van zijn moeder: o, vond je het andere hemd niet mooi? Kortom, waar de ene mens de ander onmogelijke keuzen voorlegt, is de laatste bedoeld de eerste steeds teleur te stellen...

In de beleidswetenschappen is de paradox in opmars, met name in relatie tot de doelen die organisaties nastreven. Leek vroeger het bedrijfsbelang verengd tot het maken van winst, tegenwoordig is dat slechts een van de vele doelen die men nastreeft. Ten dele heeft dat te maken met bevindingen van de wetenschap die op dit gebied opereren. Zo is continuïteit van de onderneming een impliciet doel. Maar ook getuigt menig bedrijf van het streven haar doelen te verwezenlijken in overeenstemming met de mogelijkheden van moeder natuur, haar met respect te bejegenen en het ecosysteem waar het bedrijfsgebeuren op ingrijpt, niet te ontwrichten. Dat kan gemakkelijk ontaarden in double-bind.

In de politiek kennen we de paradox. Want als ergens met beleid en besluiten meerdere, vaak tegengestelde, doelen worden nagestreefd, dan is het wel in de Haagse arena... Neem het management-by-speech van minister Borst. Want hoe vaak staat zij als verantwoordelijke bewindsvrouw voor volksgezondheid niet met lege handen? Je bent van goede wil, maar de schaarste aan financiële middelen is een feit. Niet elke wens om meer capaciteit voor zwakzinnigenzorg of hartcatheterisaties kan worden gehonoreerd. Als lid van het kabinet moet je laten weten: hier is de grens. Lege handen worden dan vaak ingewisseld voor lege woorden. Dat lijkt een zwaar verwijt, een toelichting is op zijn plaats.

Het huidige kabinet heeft gekozen voor een stelsel van gezondheidszorg waarin, als in een Apollo-raket, drie trappen zijn te onderscheiden. Elk van die trappen bevat een deel van de zorg die in Nederland te verkrijgen is, met daaraan gekoppeld de wijze van financiering. De eerste trap bevat de zware risico's, de care en wordt betaald door iedereen middels de AWBZ. De tweede trap bevat de cure, en zit in het ziekenfonds of particuliere pakket. En de extra's, wat inmiddels uit het pakket verdween zoals tandheelkunde voor volwassenen, zitten in de derde trap: bijverzekeren of zelf betalen. Trap 1 en 2 worden samen begrensd door het Budgettair Kader Zorg, BKZ, waarvan de cijfers net als voorgaande jaren telkens met Prinsjesdag bekend worden. Onder verwijzing naar dit budget wordt telkens door de minister 'njet' verkocht, als burgers en zorgverleners aanlopen tegen de financiële grenzen van de zorg. Op zich te billijken.

Er is een begrotingstekort dat moet worden verminderd, er zijn eisen die aan Nederland worden gesteld voor de toetreding tot de EMU, niet alles wat kan moet, het gaat om publiek geld want premies en belasting enzovoorts. Redelijk, nietwaar? Maar een tweetal feiten maakt dat ik vind dat de minister niet zomaar nee mag verkopen.

Allereerst het gegeven dat een macrobudget - dat overigens volgens de Nederlandse Zorg-federatie ondeugdelijk is samengesteld, maar daarover een andere keer meer - onherroepelijk schaarste en verdelingsvraagstukken met zich brengt. In plaats van deze schaarste te erkennen en de nadelen te minimaliseren, beperkt de minister zich tot het herhalen van eerdere - laten we wel wezen: achterhaalde - standpunten. Nee, initiatieven om de wachtlijsten in de vorm van bedrijvenpoli, zijn uit den boze. Want: ze bevorderen de tweedeling in de zorg. Hoe wordt echter niet verduidelijkt. Extra operaties, zelf betaald door de werkgever - derde compartiment! - lijken mij juist ruimte te bieden voor zorg in het tweede compartiment, de reguliere zorg. De minister sluit haar ogen voor een ontwikkeling die het kabinet, met de privatisering van de Ziektewet waarbij de werkgevers in de portemonnee worden getroffen en dus wachtlijstomzeilende initiatieven ontplooiën, nota bene zelf heeft ingezet. Het derde compartiment heeft tot doel de vrije markt te stimuleren. Bedrijft de zorg dan markthandel, krijgt ze de kous op de kop!

In het verlengde van het voorgaande erger ik me aan het feit dat de politiek zich enerzijds niet waagt aan het maken van inhoudelijke keuzen, laat staan prioriteren van zorg, maar wel als eerste het bestraffende vingertje klaarstaat, als medici zich in grensgebieden begeven. Zie het voorbeeld van de discussie rondom euthanasie bij depressieven, of abortus van foetussen met een oogafwijking. Het gaat niet enkel om morele keuzen, maar tevens om de vraag of de gezondheidszorg voor deze zaken haar schaarse middelen mag aanwenden. En de zorgsector laat zich dergelijke opmerking van de politiek gezeggen. Een politiek die fundamentele discussies ontloopt, heeft naar mijn idee niet eens het recht om - financiële - grenzen te stellen. De besluitvorming rondom het terughevelen van de kunstgebitten uit het derde compartiment (markt!) naar het ziekenfonds, geeft duidelijk de grenzen van het marktdenken aan. Helaas is dit besluit, niet inhoudelijk onderbouwd, maar wordt het eerder door electorale vrees ingegeven.

Zeker, het ultieme antwoord op de vraag wat hoeft en wat niet hoeft in de zorg, bezit niemand. Maar met het ontkennen van de vraag is niemand gediend: keuzen moeten nu eenmaal gemaakt worden, en al helemaal als het missionstatement op=op inhoudt. Enkel een echte discussie over keuzen in de zorg, waaraan ook de politiek haar bijdrage levert, zou enig begrip bij de burger kunnen kweken bij de brandende vraag: waarom wordt die ander wel geholpen, en ik niet? Wil een double-bind, een in essentie ongelijke relatie tussen twee partijen, doorbroken worden, dan is het nodig om de paradoxen waarvan de meer-machtige zich bedient, bespreekbaar te maken. Laat de markt aan de markt. Kortom: de politiek zal haar houding moeten wijzigen. Niet het opgeheven vingertje, maar het erkennen van eerdere keuzen en deze publiek verdedigen! Dat zou wel eens onverwacht veel goodwill kunnen opleveren.

Matthé Ribbens, redacteur TGP.

*Bij het uitbreken van de digitale revolutie:*

## GEZONDHEIDSZORG EN INTERNET

*Aandacht, contact maken, even vragen hoe 't is als je elkaar tegenkomt. Het lot van de toevallige ontmoeting afgewisseld met de opluchting van een cliënt die eindelijk begrepen wordt .... Welk nieuws valt jou op en aan wie vertel je dat? Internet neemt bij dit soort communicatieprocessen een steeds prominenter plaats in. De mogelijkheden van en sprookjes over dit nieuwe medium passeren in onderstaand artikel de revue.*

Deze kennismaking leidt een reeks artikelen in over het gebruik van internet en andere nieuwe media binnen de gezondheidszorg.

Het kenmerk van internet is actieve betrokkenheid van de gebruiker; die continu keuzes moet maken in de soort informatie die hij zoekt. Zo zapt de 'web-surfer' van het ene rijtje keuzemogelijkheden naar het volgende rijtje, leest

hier en daar een tekst en formuleert tussendoor steeds nieuwe zoekvragen. Een voorbeeld: ik geef de zoekopdracht Health en er verschijnt een lijst met hoofdcategorieën variërend van 'Commercial Health Products' tot 'Fitness'

tot 'Mental Health' tot 'Geriatrics and Aging'. Vervolgens klik ik op Mental Health en zie een nieuwe lijst met hoofdcategorieën. Omdat ik benieuwd ben naar internationale samenwerking klik ik op 'Global Health Network'. Het blijkt hier om een virtuele organisatie te gaan die in 1994 opgericht is door de Universiteit van Pittsburg met als doel om op wereldwijde schaal onderzoeksgegevens van chronische ziekteprocessen te verzamelen en kennis over methodieken uit te wisselen.

The Global Health Network:

<http://wlvw.t.pitt.edu/HQMEIGHNet/>



### The Global Health Network

(also available in ~ [Portuguese](#) and [Spanish](#))

You are user #11111111 to visit the Global Health Network since October 18, 1995

Last Modified: April 9, 1996  
Maintained by Amy Bresten

#### Support



Funding ..... supported by NASA

#### Awards and Recognitions



Top 5% ..... in Content



Top 100 ..... Web Sites



Hall of Fame ..... for world-wide prevention resources



NENSOFT ..... for Minority Health

#### Global Health Network Initiative



Who ..... Who We Are



About ..... of the Global Health Network



AGlobal Health Network



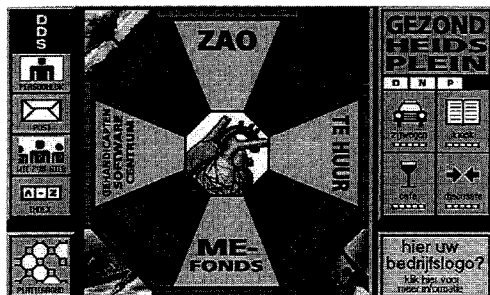
Slides ..... The Glnet Presentation Slides

#### Global Resources

#### REAGEERNU!

Een ander wezenlijk kenmerk van Internet is dat de lezer van Internetpagina's direct kan reageren: via e-mail levert hij commentaar, vraagt informatie aan, reserveert een plaatsbewijs of bestelt een produkt. De reacties op een bepaald artikel worden meestal ook gepubliceerd, leiden weer tot nieuwe reacties en zo ontstaan nieuws- of discussiegroepen over de meest uiteenlopende onderwerpen. Zo publiceert de 'Werkgroep Arbeid van de Cliëntenbond in de GGZ' op haar site reacties rond politieke besluitvorming, doet verslag van allerlei congressen en bijeenkomsten, biedt de mogelijkheid om personeelsadvertenties te plaatsen. Kortom deze site bundelt allerlei informatiestromen die nuttig kunnen zijn voor (ex-) psychiatrische patiënten en andere geïnteresseerden.

Internet kan ook een goede ondersteuning bieden voor interne communicatie en samenwerking op afstand: men spreekt dan over intranetfuncties. Interne nota's kun je bijvoorbeeld via Internet publiceren waarbij men door de nieuwsbrieven en nota's van de afgelopen maanden kan bladeren en via het opgeven van een trefwoord een gerichte samenvatting kan printen. Dit soort databasefuncties worden ook gebruikt om



© copyright 1995 De Digitale Stad, Amsterdam...

gegevens uit een bibliotheek op te vragen, een gemeenschappelijke agenda in te zien, uitleenlijsten van apparatuur bij te werken etc.

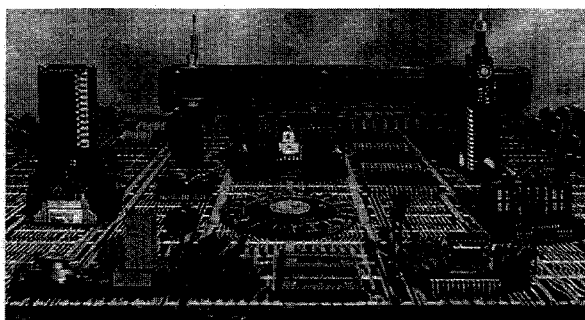
Ook kunnen professionals uit verschillende organisaties besluiten om hun samenwerking via internet verder te intensiveren. Zij richten dan een (besloten) site op waarin men ideeën uitwisselt, commentaar levert op publikaties en gemeenschappelijke data en adressen bijhoudt. Op zo'n manier kunnen welzijnsorganisaties digitale platformen oprichten waarin hun samenwerking op bijvoorbeeld wijkniveau gestroomlijnd wordt. Zo'n gesloten site kunnen betrokken medewerkers van de GGD, RIAGG, CAD en politie gebruiken om vakinhoudelijke informatie uit te wisselen, afspraken vast te leggen en een archief over het project in uitvoering bij te houden.

#### AAN DEZE SITE WORDT NOG GEWERKT

De kracht van internet vormt dus de combinatie van communicatie, informatie en interactiviteit. Hiervoor is wel een andere benadering voor het omgaan

met externe informatie nodig. Oude communicatietheorieën stellen dat inhoud en vorm (folder, poster of radio-uitzending) afgestemd moeten zijn op een bepaalde doelgroep. Internet lijkt een medium te worden met een mengeling van massamediale en interpersoonlijke kenmerken wat zowel bij voordracht als ter ondersteuning van interne communicatie (kennisuitwisseling, samenwerking en methodiekontwikkeling) een rol kan spelen. De grenzen van internet worden niet zo zeer door de mogelijkheden bepaald, maar veel meer door de snelheid en openheid waarmee organisaties met hun nieuws naar buiten treden. Veel organisaties hebben, indien zij eenmaal de techniek onder de knie hebben, moeite om hun site met unieke informatie te vullen. Teksten als 'aan deze site wordt nog gewerkt', of 'de inhoud van deze pagina volgt binnenkort' stellen de bezoeker, die gemiddeld zo'n 4 seconde moet wachten op de aangeklikte informatie te teleur en illustreren het probleem van de makers: gebrek aan voor internetgebruik afgestemde informatie en de samenwerking met professionele organisaties.

WeikOIT bij de Digitale Stad Groningen (05/3)

<http://www.wug.nv/dsg/>

Appartementen | Nieuws | Onderwijs en Wetenschap | Info  
Overheid | Pavlovi Markteim | Beleven en Winkels  
Kunst en Cultuur | Bouwpark | Sport en Hobby



## Termen

**World Wide Web:** verzamelnaam van verschillende, wereldwijde netwerken van computers. Aan dit netwerk worden continu computers toegevoegd en of verwijderd. Er is geen centraal lidmaatschap of centrale controle. Bekendste subnetwerk is Internet.

**Internet** is de verzamelnaam van allerlei digitale informatiediensten (sites) en digitale communicatiefuncties (e-mail). De adressen van digitale informatiediensten bestaan meestal uit drie onderdelen: www (van 'World Wide Web'), naam van organisatie (bijvoorbeeld 'Jeugdzorg'), afkorting van netwerk (in Nederland vaak 'nl'). Dit adres is langer als de site een onderdeel vormt van een groter geheel, bijvoorbeeld bij een digitale stad: de site van ZAO heeft als adres: [www.dds.nl/~ZAO](http://www.dds.nl/~ZAO). In Amerika wordt de landsaanduiding niet gebruikt, hier is internet onderverdeeld in doel: commerciële sites zijn herkenbaar aan .com en educatieve sites aan .edu.

**site:** internet-informatie dienst. Verzameling van pagina's beheerd door een persoon of organisatie met informatieve (tekstuele) pagina's, pagina's met keuzecategorieën (subhomepages), welkomspagina's (homepage) en pagina's met interactie-mogelijkheden (e-mail-functies, bestelformulieren). De pagina's kunnen tekst, animaties en geluidjes bevatten en in de toekomst videobeelden.

**e-mail:** electronic mail is de digitale versie van de brievenpost. Met deze functie verstuur je berichten snel en gericht aan een andere internet gebruiker, naar een nieuwsgroep of een bedrijf. Per e-mail kunnen ook grafische bestanden en in de toekomst videobeelden verstuurd worden.

**nieuwsgroep:** een nu nog voornamelijk schriftelijk platform waaraan iedereen deel kan nemen. Nieuwsgroepen kunnen gericht zijn op discussie en nieuwsuitwisseling, als vraag en adviesdienst dienen of een ontmoetingsplaats bieden.

**nieuwe media:** cd-rom, cd-i, internet. Hoofdkenmerk is interactiviteit waardoor gebruiker bepaalt wat hij/zij wil zien of horen.



## GEZONDHEIDSZORG-SITES

Informatie en communicatie zijn belangrijke 'middelen' binnen de gezondheidszorg. Aan de ene kant doordat burgers een keuze willen kunnen maken voor een bepaalde behandeling en aan de andere kant doordat professionals zich steeds verder specialiseren en hun onderlinge samenwerking het uiteindelijke resultaat bepaalt.

Op dit moment worden er door individuen, geprivatiseerde ondernemingen en (semi-) overheidsinstellingen sites opgezet die zich richten op een of meerdere onderwerpen in de gezondheidszorg. Virtuele zelfhulpgroepen, counseling gesprekken op afstand, digitaal psychiatrisch advies, een gesimuleerde hartoperatie: het wordt allemaal via het web aangeboden.

In deze reeks zal in de komende nummers van TGP aandacht worden besteed aan de betekenis van het fenomeen 'digitale revolutie' voor de gezondheidszorg. Er komen zowel technische vragen (de beveiliging van informatie) als strategische keuzes (leidt het gebruik van internet tot een betere kennisuitwisseling) aan bod. Hiernaast zal ook aandacht besteed worden aan de gevolgen voor de contacten met cliënten.

*Marjo Smit, redacteur en conceptontwikkelaar internetsites.*

Vragen en suggesties voor deze artikelreeks kunt u sturen aan de redactie.

## AMOREEL ROKEN

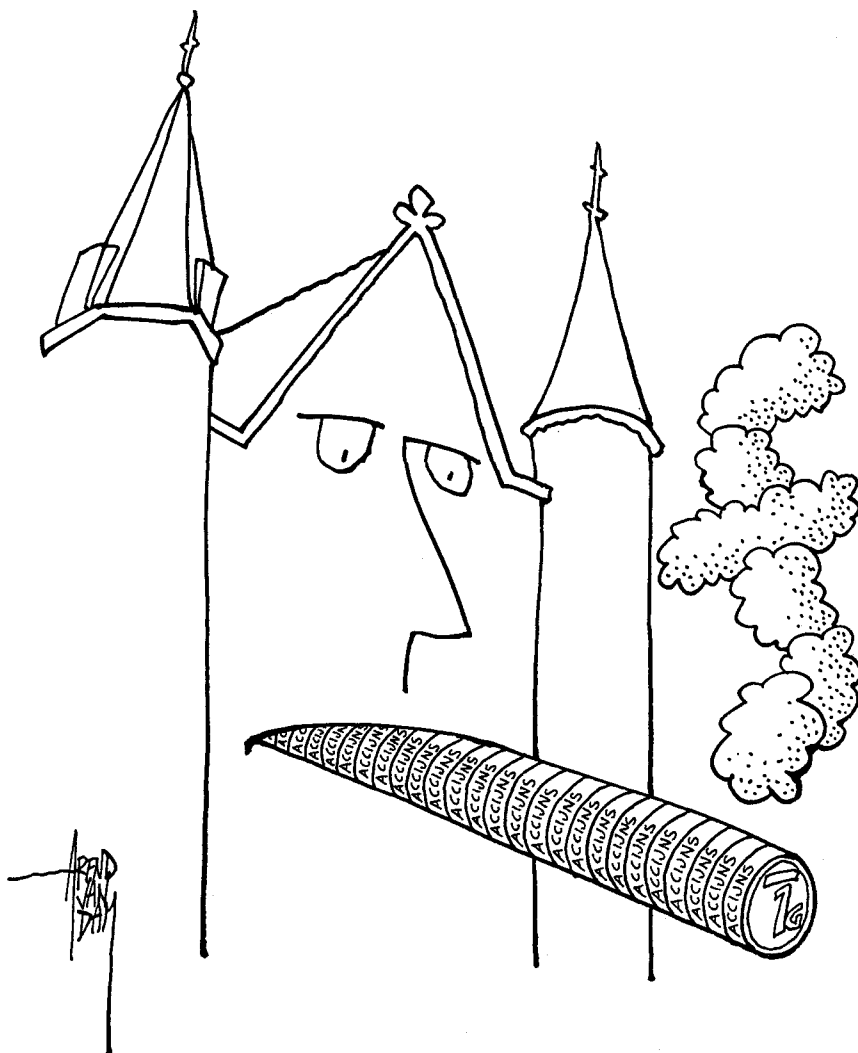
Capi Wever en Alex Pos

*'Eris zeer veel getwist over de schadelijkheid van het rooken, sedert de tabak het eerst is ontdekt; maar daar de physiologie weinig begrepen werd - en nog wordt in de meeste kringen - werd er en wordt er nog steeds eene belangrijke hoeveelheid non-sens over deze kwestie uitgebraamd.'*

*dr. H. van Capelle, Ons Leven. Handleiding tot de kennis van het menselijk ligchaam, zijne behoeften en krachten (1860).*

Eind vorig jaar werd er in drie grote Nederlandse kranten een door 185 hoogleraren geneeskunde ondertekende en door de *Medische Alliantie tegen het Roken* uitgevaardigde anti-rook petitie afgedrukt. Wie eraan deelnamen, deden dit, gezien de opsomming van titels en positie, duidelijk in naam van de wetenschap en niet als burger. De timing van

deze publikatie hing niet samen met nieuwe opzienbarende wetenschappelijke bevindingen maar met de politieke agenda; in de Tweede Kamer werd gedebatteerd over mogelijke maatregelen gericht op het doen afnemen van het aantal rokers in Nederland. Een goed arts moet zijn of haar patiënten niet enkel hulp bieden als het misloopt met de



gezondheid maar ook, op geleide van wetenschappelijke feiten, informeren over gezondheidsrisico's.

## OVERBODIG

Dat roken de gezondheid kan schaden is echter al eeuwenlang bekend. Reeds in 1631 verbood het Franse parlement het roken onder gevangenen omdat uit medische rapporten was gebleken dat dit gezondheidsgevaaren opleverde. En diezelfde kennis was anno 1995 gemeengoed, ook bij de heren en dames politici. Inhoudelijk gezien was de petitie dus overbodig. Bovendien blijkt vaak dat wetenschappelijke feiten zichzelf verkopen en dus geen publieke demonstratie behoeven. Door het plaatsen van de petitie bekende een deel van het medisch establishment kleur en werd het onderscheid tussen medisch advies en sociaal-maatschappelijke stellingname op de helling gezet.

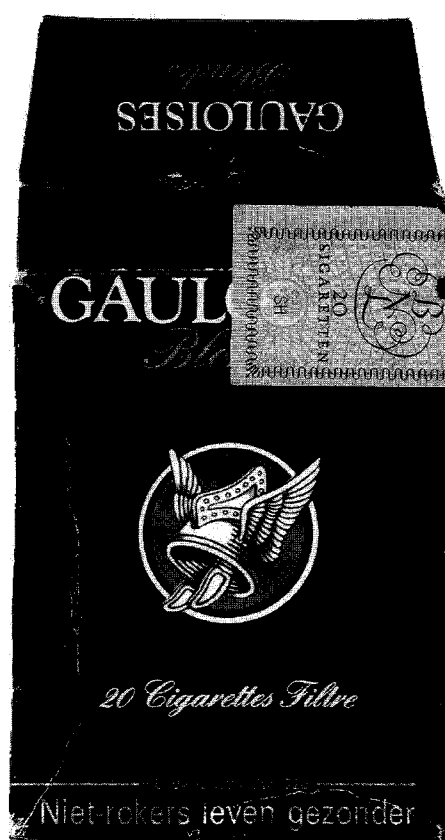
Inhoudelijk heeft de Nederlandse tak van de *Medische Alliantie tegen het Roken* weinig nieuws te melden; roken is gevaarlijk, dat wisten we al. Als we de cijfers van de alliantie letterlijk nemen, dan tekent vrijwel elke roker een exclusief contract met magere Hein. 80% van de niet-rokers leeft nog op de leeftijd van 69 jaar terwijl slechts 50% van de rokers de leeftijd van 70 jaar in het vooruitzicht kan stellen. Dat zijn toch overtuigende cijfers, zo zal een niets vermoedende lezer wellicht concluderen.

Zonder de onderzoekers van het aangehaalde onderzoek in diskrediet te willen brengen en de gevaren van roken te willen bagatelliseren, moeten we deze cijfers toch niet al te letterlijk nemen. Onderzoek naar de relatie tussen gedrag en ziekte is een gecompliceerde kwestie, o.a. doordat menselijk gedrag de voor medisch wetenschappers onaangename - eigenschap heeft zich te clusteren; roken, alcoholconsumptie, gebrek aan beweging, slechte voeding, arbeidsgerelateerde risico's etc. *houden van elkaar* (1).

## DUIZEINGWEKEND

Bijzonder is dat de wetenschappelijke alliantie - zoals sinds de brede invoering van de term 'schaarste' gewoon is geworden - zich expliciet van maatschappelijk-economische motieven bedient; roken kost de samenleving (te) veel geld, maar liefst 1.9 miljard per jaar. Een indrukwekkend hoog bedrag dat menig Nederlander het hoofd zal doen duizelen. Ook hier is echter enige relativering op zijn plaats.

Zoals bekend is de berekening van kosten in de gezondheidszorg geen eenvoudige klus. Moeten we, bijvoorbeeld, de ziekenhuiskosten die aan het overlijden van een longkankerpatiënt vooraf gaan nu eigenlijk wel of niet opnemen in de berekening. 'Natuurlijk' zeggen sommigen wellicht, niet-roken had de bedoelde opname immers onnodig gemaakt. Helemaal juist is deze gedachtingang niet, elk mens komt immers ooit te overlijden, of hij nou rookt of niet, en zal zo - uitgezonderd zij die een acute dood sterven - medische kosten genereren. Deze kosten zijn even eigen aan de gezondheidszorg als sterven aan het leven is en zouden dus niet moeten worden meegerekend.



Tegenover de veronderstelde verliespost van 1.9 miljard staat bovendien een niet onaanzienlijke winst: accijnsheffing brengt de Nederlandse staat op jaarbasis ruim 2 miljard aan inkomsten. Daarnaast wil het macabere lot ook nog eens dat *jong sterven* - wat mensen met een ernstige rokersziekte in de regel doen - een 'kostenbesparing' inhoudt gezien toenemende leeftijd gepaard gaat met een haast logaritmische stijging van gezondheidsgerelateerde kosten. Rokers lijken hun kosten aldus ruimschoots terug te betalen (men zou dit zelfs kunnen beschouwen als een *speciale ziektekosten premie* voor rokers !).

## CORONARY

Rokers belasten de staatskas dus strikt gezien niet overmatig. Desalniettemin wordt het uitgeven van belastingscenariën aan mensen met een rokersziekte als een probleem gezien. Zo meent bijna 100% van de Britten, blijkens een recent artikel in het *British Medical Journal*, dat alleen rokers in aanmerking mogen komen voor een omleidingsoperatie als zij die stoppen met roken (2). Vanachter het rookgordijn van schijnbaar a-morele economische feiten doemt zo ons gezondheidsideaalop. Geld uitgeven aan een patiënt met een ziekte die in verband kan worden gebracht met zijn gedrag, roept weerstand op. De rokende longkankerpatiënt doorbreekt schijnbaar het *onrechtvaardigheidsidee* van ziekte waaruit kankerspecialisten een deel van hun enthousiasme putten en op grond waarvan de geneeskunde, de oncologie in het bijzonder, haar researchmiljoenen heeft weten te vergaren. Evenals AIDS- en levercirrhosepatiënten, kan ook een longkankerpatiënt in het algemeen op maar weinig maatschappelijke en medische sympathie rekenen. We vinden de aan roken verbonden gezondheidskosten niet onacceptabel omdat het *extra* kosten zijn, maar omdat het kosten betreft die te wijten zijn aan gedrag en 'dus' te voorkomen zijn; *eigen schuld dikke bult*.

## ROKEN IS ZIEK

In de officiële Engelse en Franse benaming van de *Medische Alliantie tegen het Roken* (Medical alliance smoking or health, Alliance médecine fume ou santé) wordt in het gebruik van 'of' als *exclusieve disjunctie* de koppeling van roken aan ziekte zichtbaar gemaakt; kiezen voor roken is kiezen voor ziekte, roken is synoniem voor ziekte zoals vrijen zonder condoom dat ook is geworden. Kiezen voor ziekte is zelf een ziekte (denk maar aan somatisering en hypochondrie), kiezen om te roken kan dus niet; het gezondheidsideaal wordt tot gezondheidsplicht. Zoals bij elke maatschappelijke plicht het geval is, moet ook het zich onttrekken aan de gezondheidsplicht het als *asociaal gedrag* ontgelden of tenminste als getuigenis van *slechte smaak*. Misschien moeten we het huidige anti-rook klimaat dan ook zien tegen de achtergrond van de alomheersende gezondheidscultus. Maar is daarmee alles gezegd? Is de gelijkstelling van roken aan ziekte binnen de heersende gezondheidscultus een voldoende verklaring voor het buitensporige enthousiasme waarmee het Westen, de V.S. op kop, het roken te lijf

gaan? Het antwoord op deze vraag is nee. Er lijkt meer aan de hand te zijn; met kille epidemiologische verbanden tussen gedrag en ziekte alléén is de huidige anti-rook hetze niet te verklaren. De voorwaartse energie van de anti-rook beweging staat niet in verhouding tot wetenschappelijke feiten. Dit wordt duidelijk als een vergelijking wordt gemaakt met ander, wetenschappelijk gedocumenteerd, gevaarlijk gedrag. De consumptie van alcohol is wellicht het meest bekende voorbeeld, maar wat te denken van de *streber* - de *carrière* man of vrouw? Ook zij zullen *als groep* de rekening van hun gedrag aan de samenleving presenteren. Een internationale gezondheidscampagne tegen McDonalds, een verplicht jog uurtje voor secretaresses en vetzakken' of een verbod op overuren is er echter niet van gekomen, terwijl toch duidelijk is aangetoond dat vetzucht, gebrek aan lichaamsbeweging en stress - gelijk het roken - de levensduur aanzienlijk kunnen bekorten (3,4). Achter de medische argumenten gaan dus schijnbaar algemeen maatschappelijke bezwaren schuil. Wat is er dan zo bijzonder aan roken? Waarom wordt het roken als maatschappelijk gevaar gezien? Welke sub-functie heeft het gezondheidsideaal als het om roken gaat?

#### ROKEN MAAKT VRIJ

Richard Klein stelt dat roken moet worden opgevat als een symbool voor individuele vrijheid: in de literatuur, kunst en film wordt roken dikwijls als symbool voor vrijheid en eigenzinnigheid gebruikt (5). Wanneer de vrijheid om te roken bedreigd wordt, zouden we dan ook ogenblikkelijk moeten bekijken waar de teugels nog meer worden aangehaald: censuur op roken is volgens Klein eigen aan tijden van sociale repressie, aan tijden waarin individuele vrijheid als bedreiging wordt gezien. In dit verband noemt hij Lodewijk XIV, Napoleon, maar ook de strijd van het feminisme. Hij poneert zelfs de hypothese dat het huidige anti-rook klimaat in de geëmancipeerde westerse wereld wel eens ten dele verklaard zou kunnen worden vanuit een verholde vrouwenhaat. Waar Klein echter niet aan toe komt is te verklaren waaróm de maatschappelijke repressie zich door de tijden heen toch telkens weer op specifiek het roken richt, waaraan roken de connotatie van vrijheid te danken heeft.

#### BEGEERTE EN AGRESSIE

Misschien moeten we het antwoord zoeken in de fysieke eigenschappen van



IT'S IN YOUR HANDS

Brengt de gezondheid ernstige schade toe, k.b. 4.10.1994, Stb.720.

het roken. In aanwezigheid van een roker wordt de arbitraire grens van pakweg 1,5m<sup>2</sup> die wij als privé-domein - daar waar de rechten van de ander ophouden - beschouwen langs alle assen doorbroken (6). Aanvalsgewijs wordt "ons territorium" binnengedrongen door de rook die de roker uitblaast. Na enkele seconden vult de lucht zich met een dicht rookgordijn waarmee elke notie van *private space* verdwijnt. Natuurlijk begrijpt ook het niet-rokende gezelschap dat deze grijze massa niet enkel het produkt is van *recycling* door de longen van de roker, de teerpartikels worden gedragen door de adem van de roker zelf. Het is dus niet enkel sigaretten afval wat ons omringt, maar de roker zelf. Voor sommigen heeft het roken dan ook iets intiem, soms zelfs iets erotisch: zoals het halsrijkend opsnuiven van de lichaamsgeur van een beoogde geliefde opwindend kan zijn, kan ook het inademen van het levenslucht van een aantrekkelijke vrouw of man een bijzondere sensatie geven. Het

langzaam uitblazen van sigarettenrook in het gelaat van een geliefde heeft lang gegolden als een expressie van begeerte, maar - indien gericht op een vijand - óók van agressie. Tegenwoordig hebben we schijnbaar vele vijanden! Marcuse's gedachten over de vijandige houding van onze cultuur ten opzichte van geur en smaak, lijkt ook voor roken op de gaan:

'Ze verbinden en scheiden personen onmiddellijk, zonder dat de algemene en conventionele vormen van bewustzijn, moraal en esthetica daarbij een rol spelen. Een dergelijke onmiddellijkheid is onverenigbaar ...met een samenleving die -er naar streeft mensen van elkaar te isoleren, afstand tussen hen te scheppen en het opkomen van spontane betrekkingen ...te belemmeren.' (7)

Een andere verklaring - die overigens wel verwantschap heeft met het bovenstaande - wordt wellicht geboden door de connotatie van *genieten* die aan ro-

ken verbonden is. Ondanks de positieve klank van het woord, loopt door de westerse geschiedenis een rode draad van dubbelzinnigheid waar het genieten betreft - iets wat overigens nog sterker tot uitdrukking komt ten aanzien van het seksuele genieten. Genieten is heerlijk, het is een soort *natuurlijke frequentie* (hoe new age dit ook klinkt) waartoe wij allen neigen. Maar juist daardoor wordt het als gevaarlijk gezien: genieten wordt beschouwd als een *zuivere ongesublimeerde lust*, een introvert gebeuren dat in principe geen grenzen kent, dat in haar verslavende aantrekkelijkheid tot een complete sociale anarchie kan leiden (7).

- 'Why do you do it?'  
 - 'It feels good.'  
 - 'If everyone did what feels good, where would we all be?'  
 (Uit: Samual Shem, *The House of God*, p.149)

Typerend is in deze het verhaal van Sir Walter Raleigh, de Britse kapitein die tabak in Engeland introduceerde, symbool van het genot en daarmee een tegenpool van het toen heersende Elizabethaanse puritanisme. Raleigh wordt ter dood veroordeeld, doch weigert tijdens de executie zijn pijp uit de mond te nemen; hij wordt al pijp rokend onthoofd! Het genieten moet dus beperkt worden of - volgens Freud - *verplaatst* worden naar een *driftdoel* van intellectuele, humanitaire, culturele of artistieke aard. Impliciet is de gedachte vaak dat wij als Westerlingen onze bevoorrechte positie te danken hebben aan een overwinning op (of sublimatie van) de irrationaliteit - waaronder ook het genieten - en dat deze overwinning geen wisselvallige flatus der consensus is maar het resultaat van een rechtlijnig evolutionair proces (8). In dat laatste wordt ons de warme veiligheid van onomkeerbaarheid geboden. Hét spookbeeld dat ons voor ogen hangt is misschien wel de junk, die in een donker steegje een zoveelste met heroïne gevulde spuit tracht te injecteren - voorbijgangers worden genegeerd of niet eens opgemerkt, de schaamte voorbij. Het is niet geheel ondenkbaar dat de irritatie die het aanzicht van een roker - gelijk de junk - bij veel mensen oproept, te verklaren is als een confrontatie met de fragiliteit van ons sociale bestaan.

#### NOT DONE

Het kan natuurlijk ook zo zijn dat verklaringen die geen historische houd-

baarheid hebben ditmaal toch een belangrijke rol spelen. Het is bekend dat het afnemen van het rookgedrag in de jaren '80 zijn oorsprong had binnen de sociaal-maatschappelijke elite. Roken heeft het binnen de, decadent te noemen, alledaagse gezondheidsideologie van deze groep kennelijk moeten ontgelden - zoals ook het geval lijkt te zijn met het eten van wit brood, MacDonalds, de consumptie van Coca Cola, flesvoeding van baby's etc etc (let wel: géén van de genoemde voorbeelden kunnen op een duidelijke wetenschappelijke consensus rekenen). Het verweer tegen rokers zou dan niet zozeer verwijzen naar metafysica maar naar sociale determinanten: roken is *uit*. In dat geval wordt wel tot uitdrukking gebracht dat gedrag dat grillige modetrends aan zijn laars lapt thans op een flinke afstraffing mag rekenen, en haalt Klein dus zijn gelijk..

#### STEMMINGMAKERIJ

Het *medisch-woord* is altijd een effectief wapen in een strijd waarin de woorden van de gewone man geen acceptabele oplossing bieden gezien medische kennis als universeel wordt beschouwd en dus altijd het laatste woord heeft.. Historisch gezien spelen medische argumenten dan ook een grote rol wanneer een anti-rook kruistocht ontketend wordt.. Dát er ook nu weer sprake is van stemmingmakerij is voor ons een duidelijke zaak. Dat blijkt te meer uit de gang van zaken rond genoemde petitie: alle medisch hoogleraren kregen een voorbedrukt pamflet toegezonden met het verzoek hun deelneming te betuigen. Omdat het reeds bij aanvang bekend was dat de petitie aan grote dagbladen zou worden aangeboden, is het nog maar de vraag in hoeverre individuele hoogleraren zich vrij voelden om zich van deelname te onthouden: ook binnen het medisch establishment is roken thans immers uitdrukkelijk een *not done*. Ook Klein onderstreept de mogelijkheid dat het huidige anti-rook klimaat weinig met wetenschap te maken heeft: '...de bezwaren tegen tabak zijn meer ethisch dan medisch van aard'. Voor ons blijft het de vraag of de geneeskunde zich voor de kar van stemmingsmakers mag laten spannen, of de geneeskunde zich op deze manier mag laten gebruiken.

*Capi Wever is arts-onderzoeker Vakgroep Filosofie en Medische Ethiek, Vrije Universiteit, Alex Pos is co-assistent.*

#### NOTEN

1. Vuylsteek K. Ongelijkheid tegenover ziekte en dood. *Annales collegii medici Antwerpiensis*. 1982;36:227-265.
2. *British Medical Journal*,...
3. In 1992 overleden ruim 34000 Nederlanders aan een hartkwaal, dat is ruim 26% van alle sterfgevallen in dat jaar. Volgens Willet (*JAMA* 1995;8:461-5) neemt het relatieve risico op een hartkwaal bij overgewicht toe met een factor 3. Blair (*JAMA* 1995; 12: 1093-8) komt tot de conclusie dat mannen in een 'goede' lichamelijke conditie een 15% lagere kans hadden binnen 5 jaar te overlijden en een 28% lagere kans hadden binnen 5 jaar te overlijden aan een hartkwaal.
4. Rahe (*Advanced Psychosomatic Medicine*. 1972. Basel) toonde het verband aan tussen 'stress' en sterfte aan hartziekten.
5. Klein R. *De Goddelijke Sigaret: De geschiedenis, het genot en het belang van het roken*. Amsterdam. Arena, 1994.
6. Kaldenbach H. *Doe maar gewoon - 99 tips voor het omgaan met Nederlanders*. Amsterdam. Prometheus, 1995.
7. Marcuse H. *Eros en Cultuur - Een filosofische bijdrage tot het werk van Sigmund Freud*. Utrecht, Bijleveld, 1996.
8. Francis Fukuyama staat in deze traditie.



## – DE SPREIDING VAN KENNIS, INKOMEN EN MACHT – Over het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Josine van den Bogaard en Rascha Thomas

***Nieuws: Internationale vergelijking laat zien dat er waarschijnlijk geen rechtstreekse relatie is tussen het egalitaire karakter van het inkomensbeleid en de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De sterfte- en ziekteverschillen tussen maatschappelijke klassen in Scandinavische landen zijn niet kleiner dan waar de inkomensongelijkheid groter is.***

*Johan Mackenbach oogt jong. Zijn kamer op de 20e verdieping van de Erasmusuniversiteit, ziet eruit als de kaptuin van een middelgroot schip: een smalle pijpenla met een grote tafel en één hooggeplaatste patrijspoort. Hier door kijkt hij ver uit over de Maas en Rotterdam-zuid. Aan de muur tekeningen van zijn creatieve kroost waarop pappa in het vliegtuig staat afgebeeld.*

'Ik ben niet gedreven door politieke idealen maar ik ontleen wel een deel van de motivatie voor dit werk aan het gevoel van onrechtvaardigheid van die gezondheidsverschillen. Ik zou graag een bijdrage leveren aan het verkleinen van die verschillen door het werk dat ik doe. Net zo goed als dat ik allerlei andere aspecten van sociale ongelijkheid onrechtvaardig vind en ik graag zou zien dat daar wat aan gebeurt. Daarnaast vind ik het wetenschappelijk gezien een ingewikkeld en daardoor interessant probleem. Het is ingewikkelder dan veel andere wetenschappelijke vraagstukken omdat je hier het medische met het sociaal-wetenschappelijke moet verbinden, wat een intellectueel spannende uitdaging is. En ten derde houd ik me hier graag mee bezig omdat het een zeer klassiek onderwerp uit de Public Health is. Ik vind het leuk om in die traditie te treden en een paar volgende stappen te zetten.'

### **POLITIEK DYNAMIET**

'Met subsidie van de EG is net een onderzoek afgerond naar internationale verschillen in segv. Binnenkort worden

de eerste resultaten gepubliceerd. Zowel op het gebied van sterfte als op het gebied van ziekte worden relatief grote sociaal-economische gezondheidsverschillen aangetroffen in de Scandinavische landen en relatief kleine verschillen in de mediterrane landen. Ook Frankrijk kent grote sterfteverschillen. De Scandinavische landen hebben een lange traditie van egalitair inkomensbeleid. Dat de sterfteverschillen hier dan toch zo hoog zijn is, politiek gezien,

---

***'Ik vind dat het effect van inkomensverhoging voor lage sociaal-economische groepen onderzocht moet worden maar ik verwacht geen spectaculaire verkleining van de gezondheidsverschillen.'***

---

dynamiet.. Als je in het kader van sociaal-economische gezondheidsverschillen pleit voor een egalitaire inkomensverdeling dan kun je daarvoor niet direct steun vinden in deze studie.'

'We zijn hard aan het denken over een mogelijke verklaring. We zijn er nog niet uit. De sterfteverschillen blijken, wanneer we kijken naar doodsoorzaken, vooral te berusten op grote verschillen in hart- en vaatziekten. Juist voor die doodsoorzaken zijn in de me-

diterrane landen nog geen duidelijke sociaal-economische verschillen aanwezig. Als je vervolgens verder terugkijkt, bijvoorbeeld naar de risicofactoren voor hart-en vaatziekten zoals roken, dan blijkt dat het rookgedrag in de Scandinavische landen maar ook in Nederland en in Engeland een heel sterke sociaal-economische gradiënt kent. Dit is in de mediterrane landen minder het geval. Het is mogelijk dat de sociaal-economische gradiënt van bijvoorbeeld rookgedrag in de mediterrane landen nog moet ontstaan. Het is een feit dat hoger opgeleiden en hogere-inkomensgroepen preventieve boodschappen eerder oppikken dan lagere groepen. Bij ons is dat al gebeurd; misschien moet het in andere landen nog beginnen. Het is dus mogelijk dat de nu relatief gunstige situatie wat betreft segv in mediterrane landen van voorbijgaande aard zal zijn als deze landen zich verder ontwikkelen. De voorsprong kan in feite een achterstand zijn.'

### **SOFT**

'Uit ons onderzoek tot nu toe is al veel duidelijk geworden over factoren die een rol spelen in de verklaring van segv. Zo blijkt dat psycho-sociale factoren een deel van de segv kunnen verklaren. Het gaat hierbij om zaken als 'armoede-stress', extern locus of control, passieve coping-strategieën, uitzichtloosheid, gebrek aan grip op het eigen leven etc. Waarschijnlijk hebben deze factoren deels een direct effect en deels een indirect, via gedrag: sigaretten roken als reactie op stress om het simpel te zeggen. De echt interessante vraag is echter hoe je tegen de rol van die factoren aan moet kijken. Door te spreken van psycho-sociale kenmerken in de verklaring van segv schep je een hele softe sfeer. Zo van: 'het zit tussen

de oren'. Mensen zouden daar gevaarlijke associaties bij kunnen krijgen. Die psycho-sociale factoren zijn volgens mij een simpele afspiegeling van de materiële levensomstandigheden waarin mensen verkeren. Daarom spelen ze wel een rol bij de verklaring van segv, maar altijd als gevolg van de individuele materiële omstandigheden.

Interventies gericht op psycho-sociale factoren met als doel het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn overigens wel degelijk denkbaar. Misschien helpt het wel om

---

***'Die psycho-sociale factoren zijn volgens mij een simpele afspiegeling van de materiële levensomstandigheden waarin mensen verkeren.'***

---

mensen een beetje te wapenen tegen hun slechte levensomstandigheden. Dat zou ik zeker niet willen afschrijven omdat dat ideologisch fout zou zijn, maar allereerst zou ik toch willen bekijken of we die levensomstandigheden niet zodanig kunnen verbeteren dat men zich überhaupt niet meer machteloos voelt.'

#### ONGRIJPBAAR

Precies zo'n discussie kun je voeren over culturele factoren als verklaring van segv: bijvoorbeeld verschillen in rookgewoonte tussen hoge en lage sociaal-economische groepen verklaren als gevolg van verschillen in de cultuur van deze groepen. Door dan te spreken van 'cultuur' krijgt het iets ongrijpbaars. Ook iets van: 'daar moet je niet aankomen' - want cultuur ligt heel dicht tegen de vrije wil van mensen aan, hun preferenties. Ik denk dat ook culturele verschillen vooral een afspiegeling zijn van de omstandigheden waarin mensen verkeren. Zo kun je over sigaretten roken stellen dat het een rol speelt in het omgaan met ongunstige levensomstandigheden. De vrijheid te beslissen om te stoppen of te beginnen met roken is voor mensen met een lage sociaal-economische status daardoor veel minder dan voor mensen met een hogere sociaal-economische status.'

'Overigens is veel onderzoek slechts 'meer van hetzelfde.'. Niet dat ik me daar aan erger maar we weten nu langzamerhand wel dat sigaretten roken een

Johan Mackenbach is de wetenschapper op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen en secretaris van de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II.

De eerste programmacommissie, ingesteld in 1989, had als taak de gezondheidsverschillen in Nederland duidelijker in kaart te brengen en zicht te krijgen op de verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen (segu). Hiervoor was gedurende vijf jaar 1 miljoen gulden per jaar beschikbaar. De resultaten zijn gepubliceerd in zestien deeltjes, de bekende 'blauwe reeks'. Mackenbach bundelde ze in zijn boek 'Ongezonde verschillen'. Dit leverde tot ieders verrassing het beeld op dat de gezondheidsverschillen in Nederland niet minder zijn dan in andere landen.

Bij de verklaring van de verschillen blijken diverse factoren een rol te spelen: verschillen in leefwijzen tussen groepen met een verschillende sociaal-economische status, verschillen in arbeidsomstandigheden, woonsituatie en verschillen in psycho-sociale stress en mogelijk ook verschillen in gebruik van met name preventieve gezondheidszorg. Hoe deze factoren precies, direct en indirect, samenhangen met segv is nog onduidelijk.

De tweede programmacommissie is in 1995 ingesteld met als centrale vraag: wat kun je doen om de verschillen te verkleinen. Hiervoor is weer een bedrag van 1 miljoen per jaar beschikbaar gedurende vijf jaar. Nu moet op systematische manier ervaring worden opgedaan met interventies gericht op het verkleinen van segv. De interventies moeten onder gecontroleerde omstandigheden worden uitgevoerd en goed worden geëvalueerd. De eerste ronde met open inschrijvingen heeft 21 aanmeldingen van interventies opgeleverd. Dit kan een hoog aantal worden genoemd, omdat de condities waaronder een wetenschappelijke evaluatie via de programmacommissie kan worden uitgevoerd nogal nauw zijn omschreven.

Buiten deze ronde om heeft de commissie gesteld dat er onderzoek zal plaatsvinden op het gebied van het terugdringen van sociaal-economische verschillen in het roken van sigaretten en op wijkgerichte interventies vanuit het landelijk Netwerk van Gezonde Steden. Eén onderzoek is al gestart: naar preventief gebruik van foliumzuur tijdens de zwangerschap. De bedoeling van deze interventie is dat, in tegenstelling tot wat meestal gebeurt bij de invoering van preventie-programma's, vrouwen uit alle sociaal-economische groepen deze preventieve maatregel gaan toepassen.

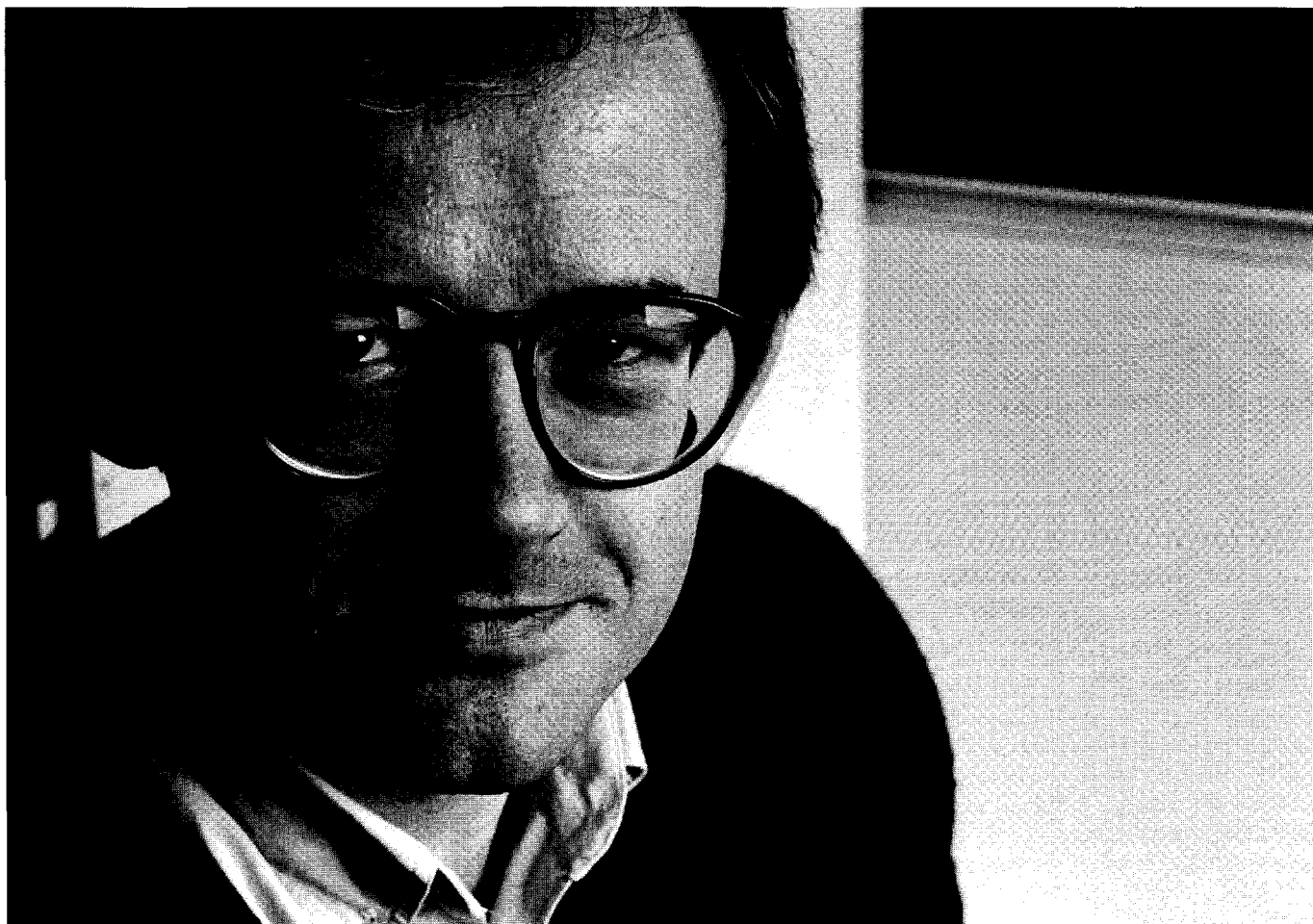
#### Enkele kenmerken van Johan Mackenbach:

|                         |                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Citation-index:         | 29 (1994)                                        |
| Aantal publicaties:     | 243                                              |
| Werkuren per week:      | 55                                               |
| Leeftijd:               | 42                                               |
| Onderzoekmedewerkers:   | 16                                               |
| Getrouwd/kinderen:      | ja/3                                             |
| Stemde laatstelijk:     | D'66                                             |
| Favoriete muziek:       | Requiem van Durufle                              |
| Favoriete TV-programma: | -                                                |
| Hobbies:                | Kunst en cultuur van middeleeuwen en renaissance |

deel van de verschillen verklaart en om dat nou nog eens twintig keer uit te zoeken daar geloof ik niet zo in. Wat wel interessant is, is uit te zoeken hoe het komt dat mensen met een lage sociaal-economische status meer roken. En waar aangrijpingspunten liggen om dat te beïnvloeden. Maar vooral ook om uit te zoeken, en dat is terecht een hot issue op het ogenblik, hoe in het verloop van iemands leven allerlei factoren samen er voor zorgen dat iemand op een bepaald moment én een lage sociaal-economische status én een slechte

gezondheidstoestand heeft. Het gaat namelijk om cumulaties van slechte omstandigheden waarin bovendien nog allerlei spiraalbewegingen zitten.'

'Sociaal-economische gezondheidsverschillen kennen ook een ruimtelijke neerslag: mensen uit zwakkere buurten hebben een slechtere gezondheid dan mensen uit de betere buurten. Een optie zou daarom kunnen zijn dat we toegaan naar een ruimtelijk gedifferentieerd gezondheidsbeleid en naar een gedifferentieerder inzet van middelen. Zoals nu



Johan Mackenbach

foto: Levien Willemse

naar verwachting de honorering van huisartsen in achterstandswijken gaat veranderen. Als uit evaluaties blijkt dat dergelijke initiatieven werken dan ben ik ervoor.

Ik denk dat, als je verschillen wil verkleinen, het geïnvesteerde geld per voorkómen ziektegeval onder groepen met een lage sociaal-economische status meer zal moeten zijn dan het gemiddelde bedrag voor de gehele bevolking. Dit is in de gezondheidseconomie de afweging tussen efficiency (kosten-baten verhouding) en equity (gelijke kansen op gezondheid voor iedereen). Als de uitkomst is dat je een stukje efficiency moet inleveren om de equity doelstelling te halen zou ik dat acceptabel vinden.'

#### **f 200,- MEER**

'Er wordt ons vaak gevraagd of het verhogen van de laagste inkomens niet de meest effectieve manier is om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Ja, dat is een voor de hand liggende redenering. Als je gelooft, dat inkomensverschillen voor een deel verantwoordelijk zijn voor de verklaring van segv, en dat doe ik, ge-

loof je ook dat het verkleinen van inkomensverschillen de gezondheidsverschillen vermindert. Ik betwijfel echter of het een spectaculair effect zou zijn. Het lijkt me een interessant experiment. Ik zou het graag een keer uitvoeren en evalueren. De Engelse onderzoeker Wilkinson heeft al bedacht hoe je dit kunt toetsen zonder dat de interventie

---

***'Inzekere zin treden wij als  
geweten van de samenleving  
op, maar zonder dat we elke  
maand in de krant komen.'***

---

zelf al te veel geld kost.. Er is namelijk bij lage sociaal-economische groepen veel ondergebruik van allerlei inkomensaanvullende regelingen. Je zou zelfs een randomized controlled trial kunnen doen! Duizend mensen in een controlegroep en duizend mensen een counselling geven zodat ze beter ge-

bruik kunnen maken van allerlei financiële regelingen. Je moet verwachten dat ze daar wel 1 à 200 gulden per maand mee vooruit zullen gaan. Het kost je dus alleen de counselling. Je kunt dan kijken wat het gezondheids-effect is van dat hogere inkomen. Overigens betwijfel ik dus of dat effect groot zal zijn. Het effect van de inkomensverschillen is waarschijnlijk niet het pure effect van het geld zelf. Landen met grote inkomensverschillen zijn niet alleen maar anders omdat er meer mensen met hoge inkomens en meer mensen met lage inkomens zijn. Het is ook zo dat die grotere inkomensverschillen vaak samengaan met lagere belastingen, waardoor er minder geld is voor collectieve voorzieningen. De inkomensverdeling, en de invloed daarvan op de gezondheidstoestand, is niet alleen een effect van wat mensen individueel in hun portemonnee hebben. Het is een veel breder verschijnsel waarvoor de inkomensverdeling slechts een indicator is. Dus denk ik dat je in Nederland die inkomensverschillen zelfs een beetje groter kunt maken zonder dat het onmiddellijk allerlei effecten zou hebben. Omdat wij nog andere

mechanismen hebben die niet onmiddellijk worden aangetast als je de inkomensverschillen iets zou vergroten. Dit zijn wel politiek buitengewoon gevaarlijke opmerkingen om te maken. Maar ik vind dat je daar genuanceerd tegen aan moet kijken.'

### POLITIEKE VERTALING

'In het algemeen is het zeer belangrijk dat de onderzoeksresultaten van de programma commissie doordringen naar beleidsmakers want uiteindelijk hebben zij de middelen om de segv te verkleinen. Wij werken alleen om mogelijke methodes aan te dragen. Maar tijdens politieke debatten over sociaal-economische kwesties worden gezondheidsargumenten nog niet echt vaak gebruikt. Een voorbeeld van waar het wel gebeurde is de discussie over eigen bij-

dragen in de gezondheidszorg. De aandrang om voor chronisch zieken die eigen bijdrage af te zwakken of af te schaffen is gebaseerd op kennis afkomstig uit onderzoek naar segv.

Ja, in grote lijnen ben ik wel tevreden over het gebruik van onze resultaten door beleidsmakers. Ik kan me niet voorstellen dat ik voor een meer actieve rol zou kiezen. Ik kan alleen maar uitspraken doen over die zaken waar ik echt onderzoek naar gedaan heb. In de politiek gaat het erom of één bepaalde maatregel wel of niet genomen moet worden, en welke effecten daarvan verwacht kunnen worden. In veel gevallen heb ik van die specifieke maatregel niet veel verstand en kan ik alleen maar achtergrondinformatie aandragen die anderen dan kunnen gebruiken in de afweging. Dat is maar een klein stukje van de informatie die nodig is. Informatie aandragen zie ik als mijn taak. Ik vind dat we dat in het verleden ook op grote schaal gedaan hebben. Op een rustige en toch nadrukkelijke manier. In zekere zin treden wij wel als geweten van de samenleving op, maar zonder dat we elke maand in de krant komen. Ik geloof niet dat er nu meer bereikt zou zijn, of dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen nu kleiner zouden zijn in Nederland, als we actiever de publiciteit gezocht zouden hebben om de publieke opinie mee te krijgen, zoals bijvoorbeeld in Engeland.'

### POLITISEREN?

'Het bijzondere van Nederland is, dat het debat over segv hier nauwelijks is gepolitiseerd. Dit kun je zien aan de verschillende voorzitters van de programma commissie: Dees heeft de commissie ingesteld, Ginjaar was de eerste voorzitter, hij rapporteerde naar Simons, Simons heeft de nieuwe commissie geïnstalleerd, onder voorzitterschap van Albada. Daarmee heb je het complete politieke rondje in Nederland gemaakt. Kennelijk zien alle politieke partijen 'sociaal-economische gezondheidsverschillen' als een legitiem onderwerp en bestaat er consensus over de noodzaak die verschillen niet al te groot te laten worden. In vergelijking met het buitenland is Nederland in dit opzicht uniek. Dat komt voor een deel door de manier waarop dit onderwerp hier op de agenda is gezet. Diegenen die dat gedaan hebben in de tweede helft van de jaren tachtig zijn zich erg bewust geweest van het risico van politisering. Zo is het beleggen van een conferentie door de prestigieuze en politiek vrij neutrale Wetenschappelijke Raad van

het Regeringsbeleid een heel bewuste strategie geweest. En vanaf het begin zijn er mensen van verschillende politieke pluimage bij betrokken. Ik vind het buitengewoon handig aangepakt. De vruchten daarvan plukken we, ook als onderzoekers, nog steeds.

De keerzijde van deze consensus is inderdaad dat het onderwerp mogelijk niet de werkelijke interesse van de politiek heeft. Dat is de vraag. Ik denk dat onze situatie een optimaal uitgangspunt biedt voor het verkleinen van segv door het nemen van maatregelen die niet raken aan de wortels van het fenomeen. Dus niet raken aan bijvoorbeeld de inkomensverdeling. Als je gelooft dat het persé noodzakelijk is om de inkomensverdeling grondig te herzien om de segv terug te dringen, dan zou je een meer gepolitiseerd debat moeten gaan voeren. Maar ik denk dat je daar niet ver mee komt, want daar is het klimaat helemaal niet naar. Ik geloof dat je op dit moment in onze politieke geschiedenis met de benadering zoals die nu gevolgd wordt een stuk verder komt.'

### MOOISTE ONDERZOEK

'Wat ik zou doen als ik een miljoen extra en een paar onderzoekers naar keuze zou krijgen?

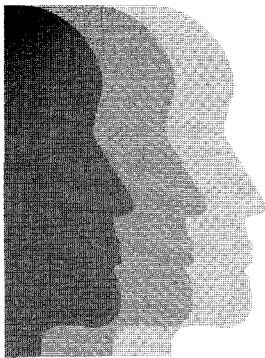
Nou, ik zou dat willen inzetten voor de evaluatie van interventies en misschien om dat experiment te doen wat ik net noemde: de vraag wat de bijdrage is van materiële factoren aan het ontstaan van segv. Dat is zo'n belangrijke vraag en het is zo verdomd moeilijk om daar goed greep op te krijgen met observationeel onderzoek, dat het uitvoeren van een experimenteel onderzoek mij wel een hele fraaie uitdaging zou lijken. Zeker als je dat in een mooi onderzoeksdesign zou kunnen doen, dan zou ik helemaal gelukkig zijn.'

*Josine van den Bogaard en Rascha Thomas zijn lid van de themaredactie Public health & Onderkant.*

Een greep uit recente resultaten van onderzoek dat onder (bege)leiding van Mackenbach is uitgevoerd.

Wist u dat:

- \* lagere sociaal economische groepen wel meer gezondheidszorg consumeren dan hogere sociaal-economische groepen maar dat dit grotendeels te verklaren is doordat men ook daadwerkelijk meer klachten heeft en niet omdat deze groepen meer oneigenlijk gebruik maken van de gezondheidszorg;
- \* sociaal-economische gezondheidsverschillen in alle Europese landen voorkomen maar dat deze verschillen in de Scandinavische landen, waar de inkomens het minst ver uit elkaar liggen, niet kleiner zijn dan elders;
- \* de overlevingsduur van Nederlandse kankerpatiënten uit lagere sociaal-economische groepen lager is dan die van hogere sociaal economische groepen zelfs na correctie voor het stadium waarin de kanker zich bevindt bij de diagnosestelling en na correctie voor de gevolgde behandeling.



## c o l u m n



# HELDENDOKTOREN

Ik weet niet hoe het U vergaat, maar ik ben echt toe aan nieuwe Helden, Heldinnen en Grote Verhalen. Misschien is het een naderend mid-life gebeuren, misschien is het preseniele dementie, of gewoon fin-de-siècle, maar ik vind het leven in toenemende mate niet te harden als er niet wat te bewonderen, te verwonderen of heftig te beminnen in steekt.

Voor iemand die is grootgebracht met een - ik geef het onmiddellijk toe, verdenfelijke - cocktail van Florence (Nightingale), Floris (Graaf van Holland), de gebroeders Karamazov, Gandhi, de Drie Musketers en het Slot op de Hoef, zijn dit droge, fantasieloze tijden.

Als beetje intellectueel, is ons de laatste jaren voorgehouden, mogen we er geen Helden op nahouden, en vooral niet als het Grote Mannen zijn. Een beetje intellectueel leert nu al vroeg de neus op te halen voor Grote Geschiedenissen. Zulke verhalen zijn al bijna net zo erg als het tarten van de duivel in vroeger tijden.

Nee, in plaats van 'groots en meeslepend wil ik leven' moet alles nu worden doorgedeconstrueerd, tot op het stof, het slijm en de miezerigheid waaruit Alles Werkelijk zou bestaan. Het is een teken van goede smaak geworden om Verlichting en Romantiek af te zweren, om verklaringsmodellen uit de Verlichting als aftands en achterhaald te beschouwen: *en masse* larden wij onze geleerde traetaten met deze boodschap. Het einde der geschiedenis wordt daarin gepreekt als de Nieuwe Wet van Intelligent Vertoog, zonder dat we daarbij echter de Oude Wet in acht nemen die ons gebiedt altijd te vragen naar het 'hoezo', 'van wie dan' en 'waarom dan wel'? En terwijl er zoveel niet meer mag, en zoveel uit de tijd zou zijn geraakt, verwordt onze eigen taal en ons eigen 'kütisch' verklaren langzaam tot de square-daddy-speak en sound-bite-babble van het platte vlak van internet-communicatie.

De culturele verwarring die aan één en ander ten grondslag ligt werd onlangs weer erg duidelijk gedemonstreerd op een conferentie in Oxford, waar iemand een voordracht hield over de 'monumentalisering van Dr. Walter Reed'. Deze dokter, een in 1902 gestorven befaamde Amerikaanse tropenarts die veel werk heeft verricht rond slaapziekte, werd in de vijftig jaar na zijn overlijden op diverse voetstukken gezet. In het Amerikaans collectief geheugen werd deze dr. Reed successievelijk opgebouwd tot een 'redder der natie', een 'groots onderzoeker', een 'dappere borst, die bloed, zweet noch tranen spaarde om de wetenschap vooruit te helpen', een dokter die eerst op zichzelf experimenteerde voordat hij zijn arme patiënten aan wetenschappelijke proeven blootstelde. De verering werd helemaal massief, toen Broad-

way en Hollywood zich van dr. Reed meester wisten te maken en er diverse toneelstukken en films aan hem werden gewijd. Opvallend is dat deze produkties zonder uitzondering box-office successen waren: het Amerikaanse volk stortte zich met grote gretigheid op de wedervaardigheden van de nobele Reed.

De conferentie-sprekers in Oxford, die aan het einde van de twintigste eeuw op deze medische heldenverering terugkeken, hadden het nodige snedigs te melden over culturele constructie en geschiedvervalsing. De mijns inziens belangrijkste actuele vraag die volgt op de cultus rond Dr. Reed werd evenwel door de sprekers niet aangeroerd. Die vraag luidt: wat doe je in een (medische) cultuur (zoals de onze) waarin 'helden niet meer mogen'? Duidelijk uit de voordracht was dat mensen vóór de Tweede Wereldoorlog een nog ongegeneerde behoefte hadden aan ideaalfiguren. Niet omdat men in de twintiger jaren zo naïef was te denken, dat de getoonde beelden allemaal zo levensecht waren, maar omdat men geen problemen had met een wenkend perspectief, met idealen. Hierin ligt de kern van de grote verwarring die nu overal, en niet in de laatste plaats in de gezondheidszorg, zichtbaar is. Met onze collectieve afzwering van helden denken wij luid en duidelijk te etaleren hoeveel realistischer wij zouden zijn geworden, en hoeveel beter wij de zaken onder ogen zouden zien, hoezeer wij het hele machiavellistische machtsspelletje van menselijke interacties door zouden hebben.

Wat we echter niet doen, in onze scheiding van ideaal en realiteit, is aan het ideaal een nieuwe eigen plaats geven. De oude sagen van helden en heldinnen, de oude grote verhalen gingen toch eerst en vooral over individuele en collectieve ideaalstelling. In onze tijd zijn de oude protagonisten van de medische variant van dat soort verhalen: de grote dokters, uiterst verdachte sujetten geworden (en versta mij niet verkeerd, vaak met reden). Terzelfdertijd hebben wij echter voor de dokters Reed van het begin van onze eeuw geen goed ideaalverhaal in de plaats gesteld. Wij hebben met veel dédain van onze professionals machtswellustelingen dan wel produktielijn-medewerkers gemaakt, allemaal erg egalitair, maar tegelijkertijd diep-verontrustend: want waar zijn de idealen en ideaalfiguren gebleven?

Dr. Reed zal zich niet omdraaien in zijn graf. Hij ligt al bijna honderd jaar onder de groene zoden. Wij leven echter nog, maar zoals gezegd: zonder wenkend perspectief is ook dat gauw een dooie boel.

Godelieve van Heteren



# GEZONDHEIDSSCHADE IN WEURT

I.W. Copius Peereboom

*Weurt is een dorpje in Gelderland. Met ongeveer 2600 inwoners ligt het onder de rook van Nijmegen. Dat is een zeer accurate omschrijving van de ligging; het aangrenzende industriegebied Beuningen/Nijmegen zorgt voor luchtverontreiniging die de bewoners van Weurt ziek maakt. Een inventarisatie van de uitstoot van giftige stoffen in Weurt en Nijmegen en verbazing over onderzoekers die vinden dat het wel meevalt.*

De laatste maanden zijn de problemen die worden veroorzaakt door de luchtverontreiniging in het industrie gebied Beuningen/Nijmegen in het nieuws geweest. Veel inwoners zijn verontrust over hun gezondheid. Medisch milieukundigen hebben onderzoek verricht, waarop vervolgens aanmeldingen zijn gekomen.

In Weurt werd in 1994 al een gezondheidsonderzoek uitgevoerd, waaruit bleek dat de sterfte aan kanker in het dorp vijftig procent hoger ligt dan gemiddeld in Nederland.

Ook is aangetoond dat in Nijmegen bij mensen (zowel mannen als vrouwen) boven de veertig jaar luchtwegklachten en reumatische aandoeningen significant vaker voorkomen dan in de rest van Nederland. Bij bijeenkomsten van het meldpuntennetwerk *Gezondheid en Milieu* en de lokale Vereniging Stedelijk Leefmilieu komen steeds meer mensen die in de afgelopen jaren zijn afgekeurd wegens chronische vermoeidheidsklachten.

## MEER KANKER

Eind 1995 is opnieuw onderzoek gedaan, nu in het hele gebied rond het industriegebied Beuningen/Nijmegen. Uit dit meest recente rapport blijkt dat sterfte aan kanker in het gebied significant hoger is dan gemiddeld in Nederland. De cijfers laten zien dat in Weurt 36 procent meer sterfgevallen als gevolg van kanker voorkomen, in Beuningen 25 procent en in Nijmegen 15 procent. Bepaalde typen kanker komen opvallend vaker voor zoals baarmoederhalskanker en longkanker (260 resp 174 procent). Gemeentegrenzen zijn niet in alle opzichten relevant en geven niet exact het gebied met de meeste luchtvervuiling aan.<sup>(1)</sup> Wanneer men zich bij het voorkomen van longkanker niet beperkt tot de gemeente-

grenzen kunnen nog hogere percentages oversterfte worden gevonden.

Wanneer de cijfers van Weurt, de woonkern Beuningen en enkele aan Weurt grenzende wijken in Nijmegen gecombineerd worden, is zelfs een oversterfte aan longkanker van 142 procent te berekenen. Ook in enkele postcodegebieden in Nijmegen-west, met name de wijken Lindenholt en het Westerkwartier bleek veel meer kanker dan gemiddeld in Nederland (46%) voor te komen. Het Waterkwartier - in de buurt van de electriciteitscentrale met een grote uitstoot aan schadelijke stoffen is er vooral slecht aan toe, omdat veel mensen daar ook nog eens worden belast door beroepsexpositie: ze werken in de in de wijk gelegen industrieën.

## TOEVAL OF ..

Bovenstaande is een indicatie van ernstige gezondheidschade, waarschijnlijk veroorzaakt door de uitstoot van giftige stoffen door de industrie in de omgeving. De opstellers van het rapport trekken echter andere conclusies. Zij menen dat de statistisch significant hogere kankersterftecijfers als toeval beschouwd moeten worden. Zo schrijven zij bijvoorbeeld: 'Waarschijnlijk is er louter sprake van toevalsbevindingen. Immers, gezien de duizenden *verwacht/ gevonden-ratios* die in dit onderzoek worden berekend, ligt het voor de hand dat een aantal significante resultaten wordt gevonden'. Hiernaast merken zij op: '... op basis van dit onderzoek kunnen geen uitspraken worden gedaan over een verhoogd voorkomen van kanker in Weurt'. En: 'het gaat dan om verbanden, zeker geen causale verbanden cq oorzaken' <sup>(1)</sup>

Bewoners van Weurt hebben deze opvatting ervaren als pogingen om de resultaten van het onderzoek te bagatelliseren.

## ..UITSTOOT

In een door de provincie Gelderland vervaardigd rapport blijkt dat veertig bedrijven in het industriegebied Beuningen/Nijmegen een uitstoot vertonen van diverse kankerverwekkende stoffen. Zestien bedrijven zorgen voor een uitstoot van het zeer kankerverwekkende chroom (chromaat), en van het leukemie veroorzakende benzeen. Veertien bedrijven in de regio brengen arseen en cadmium in de lucht, zes bedrijven hebben het uitsterft giftige dioxine in hun uitstoot.

Zowel de electriciteitscentrale EPON in Waterkwartier als de Vuilverbrandingsinstallatie (AVI) in Weurt zorgen voor een uitstoot van dioxine-achtige stoffen en schadelijke zware metalen als lood, cadmium, chroom en arseen. In beide bedrijven ontstaat bovendien als bijproduct vliegias, dat, wanneer het onoordeelkundig wordt verwerkt, 'fijn stof' in de lucht veroorzaakt.<sup>(3)</sup> Daar komen nog de aanzienlijke hoeveelheden benzeen en andere kankerverwekkende stoffen in de uitlaatgassen van auto's bij, waar met name het Waterkwartier van te lijden heeft.

## DE SCHADELIJKHEID

Een trieste situatie. Het Nationaal Milieu Programma (NMP) van de overheid stelde in 1989 dat de meeste hierboven genoemde stoffen voor het jaar 2000 in het geheel niet meer mogen worden uitgestoten. Het NMP stelt in de 'Milieudoelstelling voor 2000 voor prioritair stoffen': geen overschrijding van maximaal toelaatbare risico's, streven naar verwaarloosbare risico's.

De laatste tijd is in wetenschappelijk kringen veel nadruk gelegd op de schadelijkheid van luchtverontreiniging in de grote(re) stad. In november 1995 werd in Ede een congres gehouden over dit onderwerp, waarbij Verhoef en van Wijnen, artsen van de GG&GD Amsterdam hun onderzoek naar de effecten van luchtverontreiniging presenteerden. Ook de GGD van Rotterdam organiseerde er kort geleden een bijeenkomst over.

## FIJN STOF

Het fijn stof, i.e. de allerfijnste stof-

deeltjes, is nog veel schadelijker dan men tot dusver heeft gedacht. Fijn stof lijkt een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van gezondheidsklachten. Mensen kunnen door inademing van fijn stof last krijgen van ademhalingsstoornissen. Ook kunnen door een verstoring van het immuunsysteem allergieën, intoleranties, hormonaandoeningen, luchtwegklachten en spier/gewrichtsaandoeningen optreden. Brunekreef, hoogleraar in de epidemiologie aan de Landbouwuniversiteit Wageningen, heeft in zijn oratie de schatting van de oversterfte door fijn stof op 3000 geschat. De Gezondheidsraad publiceerde eind 1995 een voor haar doen zeer krachtig aangezet rapport.(3) De Raad schat het aantal extra ziekenhuisopnames en de extra totale oversterfte bij een hoge belasting aan fijn stof op enige duizenden. De Gezondheidsraad concludeerde dat iedere hoeveelheid fijn stof schadelijk is; er kan dus geen onschadelijk (nul-)niveau worden aangegeven. Volgens TNO-onderzoek uit 1986 klagen veel mensen in Beuningen over de grote hoeveelheden stof, die hun huizen auto's en straten bedekt. De schade van stoffen als dioxinen is waarschijnlijk vooral gelegen in een verzwakking van het immuunsysteem, hetgeen indirect kan leiden tot schadelijke neurologische of hormonale invloeden en aandoeningen van het ademhalingsstelsel.

## BEWUSTWORDING

Aanvankelijk wilden de betrokken overheden (gemeenten en provincie), zich baserend op het rapport van de GGD waarin luchtverontreiniging niet was onderzocht, geen relaties leggen tussen de uitstoot van giftige en kanker-verwekkende stoffen enerzijds en het verhoogde sterftecijfer anderzijds. Zij wezen op de mogelijke invloed van roken op het voorkomen van longkanker. Tegen deze voorstelling van zaken kwam een hardnekkig verzet op gang. Er ontstond een hechte samenwerking tussen een aantal landelijk werkende stichtingen en verschillende Nijmeegse bewonersgroeperingen. De Stichting Gezondheid en Milieu (4), de Stichting Afval en Milieu, de Stichting Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu (5) en Greenpeace gingen samenwerken met lokale groepen als de Vereniging Stedelijk Leefmilieu, de Stichting Weurt Plus, de bewonersgroepering Waterkwartier en de bewonersgroep 'Frisse Lucht' in Lindenholt. Ook de overheid had een klankbordgroep met dergelijke organisaties samengesteld. In

de praktijk bleek de klankbordgroep helaas nauwelijks bezwaren te kunnen maken tegen de officiële standpunten van Beuningen en Nijmegen. Nodeloos te zeggen dat het vertrouwen van de inwoners in hun bestuurders aanzienlijk verminderde.

De bewustwording van de burger groeide intussen door de aandacht van de media. Het dagblad 'De Gelderlander' en diverse tv-reportages droegen daar belangrijk aan bij. Aan de andere kant schreef mevrouw Drijver, medisch milieudeskundige te Haarlem, in Medisch Contact dat de kankersterfte in Weurt, hoewel statistisch significant, verklaard moest worden uit toevallige factoren of de slechte leefgewoonten van de Weurtenaren.(6) Veel inwoners van Weurt hebben zich aan dergelijke uitspraken zeer gestoord.

Uiteindelijk hebben de overheden toch ingebonden, en begrepen dat zij zich niet alleen op het rapport van de GGD konden baseren. Er zijn toezeggingen gedaan dat de gedeputeerde van de provincie en de wethouders van Nijmegen zullen trachten de luchtverontreiniging te verminderen. Dit zal allereerst moeten gebeuren door een revisie van de bestaande vergunningen in het kader van de Wet Milieubeheer. Kennelijk is bij het verlenen van deze vergunningen te weinig uitgegaan van het cumulatieve effect van emissies van de verschillende bedrijven. Anders gezegd: indien 100 bedrijven elk een vergunning hebben die een te grote uitstoot aan schadelijke stoffen toelaat, zal het totaal van alle emissies onacceptabel zijn. Met alle gevolgen voor de gezondheid van dien.

## VERGUNNINGEN

Kritiek op het verlenen van vergunningen aan industrieën kwam ook in een provinciale projectgroep.(7) De auteurs stellen: 'Ook meer recente vergunningen geven niet altijd voldoende informatie. Zo moet in de aanvraag van een bedrijf voor een milieuvergunning staan welke verontreiniging het bedrijf veroorzaakt. In veel gevallen is de aanvraag daar minder duidelijk over dan gewenst. Individuele stoffen als zware metalen worden bijvoorbeeld in de vergunning vaak niet genoemd; volstaan wordt met het enkel aangeven hoeveel stof geëmitteerd wordt. Ook van diverse organische verbindingen wordt alleen aangegeven hoeveel koolwaterstoffen geëmitteerd worden. Bovendien komt het voor dat er geen emissies zijn opgenomen in de vergunning, maar dat

alleen wordt aangeduid welke maatregelen zijn genomen om emissies te beperken.'

Een en ander suggereert dat de uitstootnormen van diverse bedrijven in het industriegebied Beuningen/Nijmegen met spoed zullen moeten worden verlaagd. Ook aan de hoge verkeersemissies in dit gebied zal iets moeten worden gedaan, bijvoorbeeld door bedrijfsvervoer, hogere parkeertarieven en betere verkeerscirculatieplannen. De overheden zullen daaraan richting moeten geven. Na de Rijnmond als officieel saneringsgebied in de jaren zeventig, nu het industriegebied Beuningen Nijmegen in de jaren negentig?

*dr. J.W. Copius Peereboom is milieukundig/toxicoloog.*

## NOTEN

1. P.A.H. Oude Vrieling, P. van den Hazel, *Gezondheid en luchtkwaliteit in het gebied Beuningen/Nijmegen*, 1996.
2. VROM, *Strategienotitie thema Verspreiding. Brief van de minister van VROM aan de Tweede Kamer*, 31-8-1992
3. Gezondheidsraad. *Deeltjesvormige luchtverontreiniging*. 1995-14.
4. De Stichting Gezondheid en Milieu stelt zich ten doel de gevolgen van milieufactoren op de gezondheid meer bekendheid te geven. De stichting adviseert mensen met allergische en overgevoelighedsklachten bij de keuze van daarin gespecialiseerde artsen. Telefoon: 010-4558201.
5. De Stichting Meldpunten Gezondheid en Milieu tracht door middel van registratie in een aantal provincies een indruk te krijgen van de ernst van gezondheidsproblemen die door milieufactoren veroorzaakt worden. In vele provincies bevindt zich een meldpunthouder (in Gelderland: 0342-490734)
6. M. Drijver, het verschil tussen pluis en niet pluis, ziekteclusters, milieuverontreiniging en het NIMBY-syndroom. *Medisch Contact*, 50,1995, pp. 1620-1622.
7. Provincie Gelderland, *Milieuonderzoek regio Nijmegen*, januari 1996.



# WOONZORG VOOR OUDERE MIGRANTEN

Karin de Greef

*'Ik ga terug als ik ouder word.' Dat hebben de meeste oudere migranten lange tijd gedacht. Jarenlang hebben ze gedroomd over hun terugkeer naar het land van herkomst. Maar intussen is de gebondenheid met Nederland sterker geworden doordat hun kinderen en kleinkinderen hier wonen, en heeft hun vaderland ontwikkelingen doorgemaakt die aan hen voorbij zijn gegaan. En nu staat de oude dag voor de deur. Wel of niet in Nederland? En hoe dan?*

De groep ouderen onder de migranten groeit in een rap tempo. Tussen 1990 en 1996 is de allochtone bevolking van vijftig jaar en ouder gegroeid van 70 duizend tot 121 duizend, en ze zal nog sneller groeien. Vooral in grootstedelijke gebieden zullen oudere migranten steeds vaker bijzondere aandacht gaan vragen.

Veel migranten hebben hun verblijf in Nederland, hoe lang ook, als tijdelijk gezien. En ook de overheden gingen daarvan uit. Nu deze 'mythe van tijdelijkheid' geen geloof meer vindt, rijst uit verschillende hoeken de vraag hoe in de veranderende behoeften op het gebied van wonen en zorgen voor deze nieuwe groep ouderen kan worden voorzien.

De vraag is of de bestaande voorzieningen toereikend zijn. Zo niet, welke specifieke (woon-)zorg moet er dan komen?

## DE PROBLEMEN

Cultuur, religie en motivering om naar Nederland te komen zijn zeer verschillend per migrantengroep en spelen mee bij overwegingen waar en hoe de oude dag door te brengen. Allochtone ouderen kunnen daarom ook niet onder één noemer gebracht worden. Toch zijn er een aantal gemeenschappelijke problemen en knelpunten waar ze tegenaan lopen.

- Voor vrijwel alle migrantengroepen was hun verblijf in Nederland in eerste instantie tijdelijk. Hierdoor hebben zij, maar ook de Nederlandse overheid en samenleving, weinig ondernomen om te integreren. Door gebrekkige integratie krijgen zij nu te maken met taalproblemen, sociaal isolement, onbekendheid met het Nederlandse systeem van hulpverlening en zijn ze niet voorbereid op een definitief verblijf hier.

- Allochtone ouderen zijn op jongere leeftijd 'oud' (boven de vijftig) dan autochtone ouderen (boven de zeventig). Dit heeft te maken met de gezondheidstoestand die over het algemeen slechter is, onder meer als gevolg van de slechtere werk- en woonomstandigheden. Het heeft ook te maken met de cultuur van veel migranten; oud zijn heeft daar een andere waarde dan in de Nederlandse cultuur. Men is minder bang om oud te worden, ook al omdat ouder worden en zorg verkrijgen eerder een groepsverantwoordelijkheid is dan een individuele zaak.

- De oudere migranten rekenen op hun kinderen als ze ouder worden. Vanuit hun cultuur is het de gewoonte dat de kinderen hun ouders op leeftijd tot de dood verzorgen. Maar geldt deze vanzelfsprekendheid ook nog voor de kinderen die, veel meer dan hun ouders, geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving? Een verzorgingshuis is voor de meesten een gruwel.

## OUDER WORDEN

De Nederlandse benadering van ouder worden en voorzieningen treffen is geen gemeengoed onder migranten. Forum, de koepel voor mediterrane zelforganisaties, onderscheidt drie fasen van waaruit een bewustwording over het ouder worden op gang komt. De eerste fase is die waarin men zich niet realiseert dat men ouder wordt. In de fase daarna realiseert men zich het ouder worden en komt de vraag op of men hier blijft, of terug gaat naar het land van herkomst. Pas na de keuze om hier te blijven komt in de derde fase de vraag aan de orde 'Hoe dan?'. Door Forum is in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) voorlichtingsmateriaal ontwikkeld om bewustwording rondom het ouder worden op gang te brengen.

Daarnaast dient het materiaal ter ondersteuning bij de oriëntatie op voorzieningen in Nederland.

Het ouderenvraagstuk komt voor de verschillende migrantengroepen op een ander tijdstip aan de orde. Generaliserend zijn hierbij twee groepen te onderscheiden. De eerste groep wordt gevormd door Indische Nederlanders, Molukkers, Chinezen en Surinamers. Voor hen begon in de jaren zeventig/tachtig het ouderenvraagstuk te spelen. Voor de tweede groep, Turken, Marokkanen, Italianen en Grieken, speelt pas nu en in de toekomst de vraag waar de oude dag wordt doorgebracht.

## HET VERLEDEN

Molukkers, Chinezen en Indische Nederlanders zijn al langere tijd in Nederland. De eerste generatie is op vrij jonge leeftijd gekomen en woont hier al zo'n veertig tot vijftig jaar. Surinaamse bejaarden zijn met name begin jaren zeventig op wat oudere leeftijd naar Nederland gekomen als gevolg van politieke instabiliteit. Het vraagstuk 'ouder worden in Nederland' deed zich bij hen, net als bij de Molukkers, Chinezen en Indische Nederlanders, voor in de beginjaren tachtig. Bij de beleving van het ouder worden in Nederland speelt het (immigratie-) verleden en de cultuur van de verschillende groepen migranten een rol.

De migratiegeschiedenis van Molukkers is hiervan een goede illustratie. De eerste generatie Molukkers in 1951 arriveerde als KNIL-militairen (Koninklijk Nederlands-Indisch Leger) voor een 'tijdelijk' verblijf in Nederland met hun gezinnen. Het plotselinge ontslag van Molukse KNIL-militairen bij aankomst in Nederland, speelt in de beleving bij Molukse ouderen in Nederland nog steeds een rol, evenals het RMS-ideaal (Republiek Maluku Selatan). Het verleden van de Molukkers heeft ook een rol gespeeld bij het ontstaan en voortbestaan van een hechte Molukse gemeenschap. Door deze sterke sociale hechtheid is het niet verwonderlijk dat Molukse ouderen in hun zorgvraag vooral leunen op de eigen kring.

## MEDITERRANE MIGRANTEN

Migranten uit de mediterrane gebieden (Turkije, Marokko, Spanje, Italië, Griekenland, Joegoslavië en Portugal) zijn op vrij jonge leeftijd in de jaren zestig en zeventig naar Nederland gekomen om het tekort aan arbeidskrachten op te vangen. Jarenlang hebben zij hard gewerkt en gedroomd over hun terugkeer naar het land van herkomst. In de loop der tijd is de gehele familie overgekomen. De gedachte om ééns voorgoed terug te keren leeft nog steeds bij velen. Door het dilemma, teruggaan of blijven, schuift men het toekomstbeeld van oud worden in Nederland zo lang mogelijk naar de achtergrond. Dit wordt versterkt door de gedachte dat de kinderen de zorg op zich zullen nemen, als men eenmaal zorg nodig heeft. Veel oudere Turken en ook Marokkanen brengen een groot deel van het jaar in hun land van herkomst door. Zij kiezen voor een soort compromis door half om half in Nederland en Turkije/Marokko te verblijven. Het is de vraag in hoeverre dit vol te houden is. Uit een enquête van de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting bleek dat Turken en Marokkanen hoogst verbaasd waren dat Nederland zich druk maakt om hun zorgvoorziening.

Veel oudere mediterrane migranten bevinden zich in de eerste fase van bewustwording over het ouder worden en denken nog niet na over ouder worden en woonwensen. Zuideuropese ouderen zijn doorgaans iets beter bekend met de voorzieningen in Nederland doordat zij vaker met een Nederlandse vrouw getrouwd zijn. Turken en Marokkanen zijn daarentegen erg slecht op de hoogte van bestaande voorzieningen en maken er zelden gebruik van. Meestal is dit het gevolg van slechte informatie en communicatie.

## HUISVESTING

In de loop der jaren is specifieke ouderenhuisvesting voor de afzonderlijke groepen migranten ontwikkeld. In verhouding zijn er veel woonprojecten voor Chinezen, Surinamers en Molukkers. De meeste initiatieven concentreren zich in de wat grotere steden in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Noord-Brabant. In de jaren 80 zijn vijf bejaardenoorden voor allochtone ouderen opgericht (drie voor Indische Nederlanders, één voor Molukse ouderen en één voor Surinaamse ouderen). Sinds 1992 zijn, in met name de vier grote steden, wooncomplexen opgericht waarin ouderen groepsgewijs wonen. Bij het groepswonen voor allochtone

ouderen gaat het vaak om zelfstandige woonprojecten die op eigen initiatief zijn opgezet en waarbij men zich met name richt op wonen en minder op zorgverlening. Meestal gaat het om ongeveer 20 tot 35 personen met globaal dezelfde achtergrond, die in afzonderlijke appartementen in één gebouw wonen met gemeenschappelijke ruimten. In Den Haag zijn verschillende woongroepen voor Surinaamse ouderen (Kamal, Shanti Bhawan) en voor Chinese ouderen (Chinese brug) opgericht. In Amsterdam Zuid-Oost draait al enkele jaren het groepswonen project 'Wi Contrin'. Surinaamse ouderen kunnen hier zelfstandig blijven wonen en indien nodig kunnen bewoners elkaar onderling mantelzorg geven. Deze vorm van wonen sluit aan bij de manier van wonen in Suriname, het zogenaamde 'joint family-systeem'. De Nederlands Islamistische Bond voor ouderen (Nisbo) werkt op dit moment in Haarlem aan een woningproject voor moslimouderen (groepswonen).

## GEZONDHEID

De beleidsmakers van de Nederlandse gezondheidszorg hebben weinig aandacht gehad voor de oudere migranten.

Die hadden immers de traditie van hechte familiezorg en inwonen bij de kinderen. Dit past binnen het overheidsbeleid dat de voorkeur geeft aan zelfstandig wonen. Het heeft ertoe geleid dat beleid hiervoor lange tijd uitbleef. Tevens lijkt er sprake te zijn van een vicieuze cirkel (de Graaff, 1996): doordat migranten onbekend zijn met de Nederlandse ouderenvoorzieningen maken ze er geen gebruik van en doordat de gezondheidszorginstellingen onbekend zijn met migranten, kunnen zij zich niet op hun wensen toespitsen. De laatste jaren pas beseft men dat de situatie van de tweede generatie het voortbestaan van de tradities in de weg staat. De bestaande voorzieningen, bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de thuiszorg, sluiten niet aan bij culturen en gewoonten van de zeer diverse groepen migranten.

Voorlichting is daarom een van de beleidsinstrumenten ter ondersteuning van de oudere migranten en de gezondheidszorg. Immers, 'onbekend maakt onbenut'. Ook wordt gedacht aan opvangmogelijkheden ter ontlasting van de mantelzorg en concrete ondersteuning met cursussen. Vanuit verzorgingshuizen zijn verschillende dagvoor-



foto: Paul Romijn





foto: Paul Romijn

zienen speciaal voor allochtone ouderen opgezet, onder meer in Tilburg (Zonnehof), Den Haag (o.a. Transvaal), Alphen aan de Rijn (Rijnzate), Moordrecht en Barneveld. Vanuit de hoek van de verpleeg- en verzorgingshuizen is de trend van multicultureel werken ingezet. Dit vereist van de uitvoerenden en van het management een specifieke aanpak, met aandacht voor voeding, religie, cultuur en samenstelling van het personeel (allochtone werknemers). Een inspirerend voorbeeld levert het Haagse verpleeghuis De Schildershoeck (Dotulong, 1996).

#### LANG ZELFSIANDIG

Het ouderenbeleid van de overheid is in de jaren negentig gericht op 'Algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig'. Men streeft ernaar ouderen zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Regionaal (uitvoerend) beleid laat echter zien dat de eerste generatie migranten te weinig geïntegreerd is in Nederland om allochtone ouderen in de algemene zorgvoorzieningen onder te brengen (Cherabi, In: Bedaux, 1995). Apart beleid is daarom (tijdelijk) voor de eerste generatie oudere migranten nodig.

Vanuit de migranten-zelforganisaties zijn de afgelopen jaren diverse projecten opgezet. Het tot stand komen van nieuwe complexen gebeurde met een grote snelheid, maar met een gebrek

aan gedegen evaluatie en reflectie op opgedane ervaringen. Er werd bijna a priori uitgegaan van groepswonen, waarbij men zich met name richtte op wonen en minder of niet op zorgverlening. De zelforganisaties hebben in de ontwikkeling van woonzorgvoorzieningen voor oudere migranten het voortouw genomen en de overheid en de gezondheidszorginstellingen komen daar de laatste jaren 'achteraan'. Aan 'bewust' beleid heeft het lange tijd geschort, woonprojecten zijn immers vaak op eigen initiatief opgezet.

In 1995 zijn naar aanleiding van de notitie 'Kleurrijk Grijst' (1994), een reactie van de rijksoverheid op het advies 'Kleur bekennen' van de voorlopige Raad voor het ouderenbeleid, vier projecten geselecteerd die een voorbeeldfunctie zullen krijgen. Vanaf 1996 zullen geïntegreerde lokale projecten in de wijk Transvaal in Den Haag, De Baarsjes in Amsterdam, Arnhem-Noord en Breda deze landelijke voorbeeldfunctie vervullen. De nadruk ligt hierbij meer op zorg en welzijn dan op wonen. Er is met name aandacht voor het dichten van de kloof tussen vraag en aanbod van zorg- en dienstverlening voor oudere migranten. Op basis van enquêtes onder Turken en Marokkanen heeft de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting besloten hun activiteiten rondom specifieke woonvoorzieningen op een 'laag pitje' te zetten. Experimenten

met (woon-)voorzieningen die wellicht beter aansluiten, blijven dus vooralsnog uit.

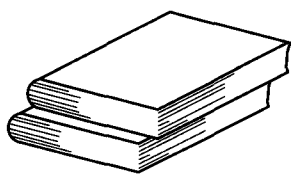
Instellingen en overheid voeren wat woon-zorgvoorzieningen voor oudere migranten betreft een ad-hoc beleid, waarbij Turken en Marokkanen tamelijk onderbelicht zijn.

Wat hebben we geleerd van de eerste groep migrante ouderen? Maken we ons onnodig druk over de oude dag van migranten of zijn wij ons meer bewust van hun ouder worden dan zijzelf en lopen we alleen vooruit op de feiten? De toekomst zal het leren.

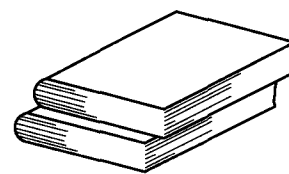
*Karin de Greef is gezondheidswetenschapper*

#### LITERATUUR

- Bedaux, T., Massaro, G. (red.) *Een passende mantel. Mantelzorg voor oudere allochtonen in Nederland*. Nederlands Centrum Buitenlanders, Utrecht, 1995.
- Dotulong, J. Een multicultureel levens-einde tegen wil en dank; een pioniersrol voor verpleeghuis De Schildershoeck, *Contrast* 14 maart 1996
- Graaff, de, F.M. Oudere migranten. In: J.E. de Neef, I. Tenwolde en K.A.A. Moutaen (red.), *Handboek interculturele zorg*, De Tijdstroom Utrecht 1996
- Nieuwsbrieven. *Oudere migranten. Informatie over initiatieven, projecten, publicaties en ervaringen t.b.v. allochtone ouderen*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht, 1993- 1996.
- *Woonvormen voor Allochtone ouderen*. Onderzoek woonvormen allochtone ouderen. Van der Lingen Adviseurs, Rijswijk, 1993.



# boeken



## OUD IS RELATIEF

In *Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland, 1945-1982* rekent auteur Karin Bijsterveld af met vastgeroeste ideeën en beelden over ouderen en oud zijn. Geboeid heb ik haar betoog gevolgd, waarin zij laat zien dat de grenzen van wat ouderdom is niet vaststaan, althans verschuiven in de gekozen periode na de oorlog. Veranderlijk is zowel datgene wat de overgang naar de ouderdom markeert, als datgene wat als 'normaal' gedrag van ouderen wordt beschouwd.

Sterker nog, Bijsterveld overtuigt de lezer dat er in de recente geschiedenis geen essentie van de ouderdom is te vinden. Een geruststellende gedachte, lijkt mij, voor iedereen die anno 1996 ten strijde trekt tegen stigmatisering en discriminatie van mensen op basis van leeftijd.

### WETENSCHAPPELIJK VERFRISSEND

Bijsterveld heeft naast politieke tevens theoretische pretenties. Ten eerste levert zij kritiek op historici en sociologen die in het onderzoek naar de maatschappelijke definitie van ouderdom de definities van instanties als de overheid, het bedrijfsleven, wetenschap en ouderenzorg overnemen, zonder zich te verdiepen in de inbreng van ouderen zelf en hun mogelijke problemen. Hierdoor wordt aan deze instanties een te groot ordenend vermogen toegeschreven. Ten tweede leiden de definities tot een eenzijdige visie op een afhankelijke, geïnstitutionaliseerde of gemedicaliseerde ouderdom.

In plaats daarvan formuleert Bijsterveld, in de onderzoekstraditie van Latour, een onderzoeksperspectief en -methodiek die gericht zijn op het proces van definiëring. Hoe is de ouderdom in het verleden afgebakend, omljnd, gekarakteriseerd en getypeerd? Voor de theoretici onder ons is het smullen bij de verslaglegging van de auteur over haar onderzoeksstrategie, aangezien zij zonder schroom uit diverse tradities put en kritische noten kraakt met zowel de mainstream wetenschappers als met de constructivisten. Wat na lezing overheerst, is de indruk dat deze aanpak verfrissend is en een berg aan nieuwe kennis oplevert.

Casuïstiek laat zien dat de grenzen van ouderdom historisch-veranderlijk zijn en dat er verschillen zijn tussen de ouderen als sociale categorie, de ouderdom als le-

vensfase en de problemen van ouderen als object van zorg.

### PENSIOEN ONGEHUWDE VROUWEN

Eén casus die Bijsterveld gebruikt om te analyseren hoe het categoriseren van ouderen heeft plaatsgevonden, is het debat over de verlaging van de pensioengerechtigde leeftijd voor ongehuwde vrouwen. Dit onderwerp haalde tussen de jaren 1955 en 1980 steeds opnieuw de politieke agenda. Bijsterveld rafelt de argumenten van voor- en tegenstanders uit elkaar en laat zien hoe het verschijnsel sociale vergelijking hierbij een rol speelde: oudere ongehuwde vrouwen werden vergeleken met andere groepen, bijvoorbeeld vrouwelijke ambtenaren, waarmee zij wel bepaalde kenmerken, maar niet bepaalde rechten gemeen hadden. Door deze procedure werden de onderlinge verschillen tussen groepen oudere vrouwen relevant. De overheid zag in dat verlaging van de pensioengerechtigde leeftijd voor ongehuwde vrouwen veel ziektewet-geld kon besparen, maar men vreesde een soortgelijke claim van gehuwde vrouwen, zodat de eis van (selectieve) verlaging werd afgewezen.

### DR. SCHREUDER

Een andere grensbepaling is de typering van de ouderdom als levensfase aan de hand van de discussies tussen artsen over de omkeerbare en onomkeerbare verschijnselen in de ouderdom. In de vijftiger jaren bezocht de arts Schreuder Engeland, waarna hij een ware kruistocht begon in Nederland tegen ideeën over de onomkeerbaarheid van bij ouderen geconstateerde verschijnselen zoals psychische stoornissen, apathie en constipatie. Deze zogenaamde ouderdomsverschijnselen konden net zo goed worden veroorzaakt door infecties, vitaminetekorten en uitdroging en daarom moest men de ideeën over de 'normale' veroudering herzien, volgens Schreuder. De term 'slijtage' moest volgens hem overal geschrapt worden. In plaats daarvan moesten de bejaarden worden gereactiveerd. Zijn kruistocht had redelijk succes, want in vele bejaarden- en verpleegtehuizen verschenen de loopburg, de oefentrap en de roeimachine (in 1986 beschikten 38 % van de bejaardentehuizen over een revalidatie- en reactiveringsruimte). Aan de andere kant was Schreuder minder succesvol, want hij opteerde voor een nieuwe discipline binnen de gezondheidszorg: de geriatrie. Daarin

vond hij de internisten als gevestigde medische discipline tegenover zich. De internisten claimden dat ze zich al lang met oudere patiënten bezighielden en dat een apart specialisme overbodig was. Het zou tot 1980 duren voordat de geriatrie als klinisch specialisme werd erkend, al vertelt Bijsterveld niet veel over de redenen van deze (uiteindelijke) erkenning.

### BETEKENIS VAN RUIMTEN

De mooist uitgewerkte casus in het boek handelt over de wijze waarop de problemen van ouderen tot object van zorg werden getransformeerd. Bijsterveld analyseert de ontwikkelingen in de huisvesting voor ouderen aan de hand van de verschuivingen in de betekenis van de ruimten en komt daardoor tot vernieuwende inzichten. Zo werden de verschillende ideeën en ontwerpen voor bejaardentehuizen gezien vanuit het beeld van het tehuis als gezin, hotel, dorp of voorstad met bijbehorende ideeën voor de indeling van ruimten. Zo hoort bij het model van het gezin een nadruk op kleinschaligheid, gemeenschappelijke ruimten en gezelligheid. De slaapkamers waren klein en aan zaken als eten en sociale contacten werd veel aandacht besteed.

Het model van het hotel staat voor groot-schalige en vooral individualistische voorzieningen. Privacy is een sleutelwoord, en het is in het model van het hotel belangrijk dat bewoners keuzes kunnen maken uit een groot aanbod van diensten die binnen het tehuis gevestigd zijn. Samen met een aantal illustraties vond ik dit hoofdstuk het duidelijkst uitgewerkt en daardoor zowel informatief als overtuigend.

Door de interdisciplinaire aanpak is dit boek leesvoer voor gerontologen, antropologen, sociologen en historici. Ook mijn collega-politicologen zou ik het zeer aanraden, aangezien Bijsterveld prachtig aantoonde dat niet de probleemdefinitie op zichzelf het startpunt van politieke besluitvorming is, maar dat juist in het proces van definiëring van politieke issues vele politieke keuzes worden gemaakt.

Karin Bijsterveld, *Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland, 1945-1982*, Amsterdam (Van Gennep) 1996. ISBN 905515 090-8, 384 blz., f 69,50

Trudi Nederland, onderzoeker bij de vakgroep Vrouwenstudies FSW universiteit van Leiden.

# Signalementen

## Biowetenschappen

Openbare controversen zijn het kenmerk van een samenleving waarin rekening wordt gehouden met de opvattingen van burgers. Met het oog daarop wil de Stichting Biowetenschappen en Maatschappij inzicht bevorderen in de ontwikkeling en toepassing van biowetenschappen. Bij haar vijftienvigjarig jubileum organiseerde ze vier symposia over enkele hekele kwesties. Inhoeverre moeten medici wel of niet kankerpatiënten behandelen? Welke beslissingen kunnen worden genomen op grond van genetische diagnostiek? Mag de individuele vrijheid om te veel alcohol te gebruiken worden ingeperkt? Welke overwegingen ten aanzien van de volksgezondheid dienen een rol te spelen bij overheidsbeslissingen rond milieubeheer? De resultaten van deze discussies zijn weergegeven in een interessant Cahier.

*Controversen; biowetenschappen en besluitvorming. Cahiers Biowetenschappen en maatschappij. 18, nO. 1 en 2, april 1996. Te bestellen bij St Biowetenschappen en Maatschappij, Postbus 289, 3000 AG Rotterdam, tel 010-4369825*

## Allochtone gehandicapten

De beleving van verstandelijke handicaps en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap zijn grotendeels cultureel bepaald. Normen en waarden over omgang, opvoeding, volwassenheid, gezin en maatschappelijke participatie zijn verondersteld in de zorgvoorzieningen. Het is te begrijpen dat de zorg voor allochtonen met een verstandelijke handicap er dagelijks mee wordt geconfronteerd dat deze cliënten en hun familieleden de gebruikelijke zorg niet vanzelfsprekend vinden. Bewustzijn van de eigen cultuur en van deze mogelijk verschillende waardenoriëntaties is een voorwaarde voor goede zorg.

*H. Zevenbergen, Veel culturen, één zorg; begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap uit een andere cultuur, Nelissen Baarn 1996*

## Vluchtelingen

Beleidsmakers en zorgverleners hebben verschillende ideeën over het waarborgen van de gezondheid van vluchtelingen in Nederland. Zorgverleners vinden

dat het zorgbeleid voor vluchtelingen lokaal gestalte moet krijgen, de opvang vindt immers ook op dat niveau plaats. Lokale politici en ambtenaren schuiven die verantwoordelijkheid echter naar de rijksoverheid. Die heeft, echter geen doelen of verantwoordelijkheden vastgelegd. Dat blijkt uit onderzoek van het WHO Collaborating Centre for Healthy Cities in Maastricht. Zorgverleners hebben behoefte aan deskundigheidsbevordering en willen dat er voorlichting komt over de Nederlandse zorg aan vluchtelingen zelf. Ze willen zich concentreren op de hulpverlening en niet op inburgeringsproblematiek. Gemeentelijke politici en ambtenaren vinden dat de zorg aan vluchtelingen zo veel mogelijk ingebed moet worden in de reguliere zorg, om stigmatisering te voorkomen. Ze zijn dan ook weinig geneigd om apart beleid te formuleren.

*K. Logghe Integratie: het beste gezondheidsbeleid? Een onderzoek naar uitgangspunten voor lokaal zorgbeleid en de zorgverlening aan asielzoekers en vluchtelingen. WHO CC RHC Monograph 13. 043-2369939*

## TBC

Tuberculose is niet meer de volksziekte van voor 1960. De laatste jaren neemt het aantal ziektegevallen echter weer toe en dreigt de tuberkelbacil resistent te worden tegen beschikbare geneesmiddelen. De behandeling vergt een medicijnkuur van maanden en doet een zwaar beroep op de therapietrouw. Steeds vaker wordt gepleit voor dwang om TBC-geïnfecteerden die hun medicijnen niet slikken van hun ziekte af te helpen en te voorkomen dat zij hun omgeving kunnen besmetten. De Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de mogelijkheid van dwangbehandeling aan TBC-geïnfecteerden. De Raad stelt dat dwang (of drang) verdeelbaar kan zijn wanneer de geïnfecteerde een reëel gevaar voor zijn omgeving vormt door tekortschietende therapietrouw bij besmettelijkheid.

Behandeling van niet besmettelijke geïnfecteerden, profylactische behandeling van geïnfecteerden, of opsporing van contacten van een TC-geïnfecteerde kan nooit aanleiding zijn voor enige vorm van dwang. De Raad waarschuwt voor al te stringente wetgeving die op dit terrein op komst blijkt te zijn.

*Dwang en drang in de Tuberculosebestrijding. Advies 1996/7. Gezondheidsraad Rijswijk 1996. Te bestellen via telefoon: 070-3407520*

## Gezinsverzorging

*Geachte minister, hoe is het mogelijk dat ons werk, dat zowel geestelijk als lichamelijk zwaar is en zo hard nodig is, vogelvrij verklaard wordt? Moeten we weer vrijwilligers worden? Moeten we onszelf maar wegijfieren omdat we toch maar een simpel baantje hebben waarvoor je eigenlijk niet eens zou hoeven leren? Wij dachten van niet!*

Aldus een team van gezinsverzorgenden uit Delft in een brief aan de minister. Het was een van de honderden brieven die vanuit de thuiszorg aan Borst en Terpstra werden geschreven na een oproep van Sting. De beroepsvereniging voor weerkneemsters in de gezinsverzorging/thuiszorg heeft ze gebundeld in een brochure. Verplichte kost voor iedereen die alleen vanachter zijn bureau met de thuiszorg te maken heeft.

*Geachte minister... Brieven van helpenden, verzorgenden ondernemersraden en directies in de thuiszorg. 1996, Utrecht, Sting. Te bestellen a f 7,50 via tel 030-2713912 of overmaking van dit bedrag naar giro 438629 (O.v.v. Geachte Minister ..)*

## Zorg met ziel

Kwaliteit van zorg is wettelijk geregeld. Er wordt druk vergaderd over de invoering van het kwaliteitssysteem, over ISO-normen, over de efficiëntie van de kwaliteit. (of andersom), over kostenbesparing en markconformiteit. Maar kwalitatief goede zorg wordt verleend door zorgverleners die behalve vakbekwaam ook bezielde en gemotiveerd zijn. Je zou het bijna vergeten. De Katholieke Vereniging van Zorginstellingen (KVZ) organiseert op 13 november aanstaande een congres met als thema: de Ziel van de zorg, waarin de compassie en het ideaal centraal staan. *De ziel van de zorg. Compassie als kernkwaliteit van de zorg. 13 november, De Reehorst Ede. kosten f 225,-. Meer informatie: KVZ, postbus 11062, 5200 EB 's-Hertogenbosch. Tel: 073-6137272.*

## Nu verkrijgbaar!

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ex. **Gynaecologische zorg en vrouwenhulpverlening**

W. de Haes, T. van Schaik, L. Bisschop, W. van der Meijden (red.)  
1996. 228 blz. f 45,00 - ISBN902323196 1

Hoewel gynaecologen en vrouwenhulpverleners verschillende uitgangspunten hebben, is het begrip en de waardering voor elkaar gegroeid. In dit boek wordt de stand van zaken op het gebied van vrouwenhulpverlening in het kader van gynaecologische zorg weergegeven. Aan de orde komen onder andere preventie, seksuele beleving, psycho-somatiek en kwaliteit van het gynaecologisch handelen van zowel de huisarts als de gynaecoloog.



\_\_\_\_\_ ex. **Ondernemend besturen**

Ziekenhuismanagement van overmorgen  
G.R. Visser, G. Kersten, L. Koopmans, ThAJ. Meys, AW Mulder,  
AH.G. Rinnooy Kan, AAM.F. Staatsen, W.C. Weeda,  
J. Zeestraten, WP. Rijksen (red.)  
1996.2<sup>o</sup> druk, 212 blz. f 45,00 - ISBN 9023231287

De zorgsector is in beweging. De modernisering van de curatieve zorg plaatst ziekenhuisorganisaties voor nieuwe uitdagingen, zowel extern als intern. Het ziekenhuismanagement staat voor de taak hier zo goed mogelijk op in te spelen.

Op verzoek van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft een breed samengestelde commissie zich gebogen over de vraag welke betekenis deze ontwikkelingen hebben voor het profiel van het ziekenhuismanagement en de besturingsstructuur van de ziekenhuisorganisatie.

De aanbevelingen van de commissie zijn niet alleen gericht op het ziekenhuismanagement van overmorgen, maar ook op dat van vandaag en morgen.



☐ Wil graag *gratis* de nieuwe catalogus ontvangen

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

Uitgeverij **VAN GORCUM**, Antwoordnummer 3,9400 VB Assen, Tel. 0592379555

Ook verkrijgbaar in de boekhandel.

**Tja, het kan iedereen  
overkomen .....**

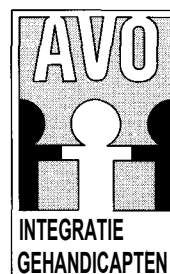


**Giro 625.000**

Vraag om informatie:  
Postbus 850, 3800 AW Amersfoort

Vandaag lacht de toekomst u toe, maar hoe is dat morgen?  
Bijna 85% van de gehandicapte Nederlanders wordt "dat" tijdens het leven.  
Door ernstige ziekte of een onverwacht ongeluk. Op alle leeftijden. In uitzonderlijke  
gevallen dreigt dan zelfs een catastrofe. Wat dan?

AVO helpt waar de regelgeving niet toereikend is en hulp écht moet. Dankzij  
de nationale collecte en vele donateurs. Ons werk neemt toe, helpt u ook?



**AVO HELPT, ALS NIETS MEER ZEKER IS**