

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 15
NR.4 /SEPTEMBER 1997



Grassroots health care

De sportnota

Nicaragua

Fit *tor* the job

aankondiging

Burgerschapsperspectief, Gezondheid en Politiek

Het burgerschapsperspectief maakt veel mensen enthousiast en het vertegenwoordigt waarden die in deze tijd hoog scoren. Maar wat is burgerschapsperspectief? Wat is de relatie met gezondheid en politiek? Geeft het mensen 'met makke' mogelijkheden om sociale ongelijkheid en maatschappelijke uitsluiting open te breken? Vormt het een nieuwe grondslag voor onderzoek, beleid en journalistiek of spreken we over oude concepten in een nieuw jasje?

Over dit thema organiseert de Stichting TGP samen met de Stichting Lighthouse, onderzoeksbureau voor gezondheidsvraagstukken, een mini-symposium op:

Zaterdag 22 november 1997 van 12.00 tot 16.00 uur
in het
Academiegebouw, Domplein, Utrecht

De middag is kosteloos. Wel verwachten we dat het publiek samen met ons en de uitgenodigde sprekers actief mee discussieert over deze vragen. Geïnteresseerd? Meld je dan aan voor deze middag. Na aanmelding ontvang je het programma.

Aanmelden voor 1 november bij:

Marco Strik, vakgroep KPG, Faculteit Sociale Wetenschappen, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mail: M.Strik@fsw.ruu.nl

Met zorg besluiten

Beslissingen rond het levenseinde in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

Ghislaine van Thiel, Alex Huibers, Keimpe de Haan

1997.210 blz. f 49,90 - ISBN 90 232 3198 8

Uitgever ism het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht en de Vereniging 's Heeren LOD

Van alle beslissingen die genomen worden in een gemiddeld mensenleven is er een aantal dat de verantwoordelijke confronteert met fundamentele gevolgen en overtuigingen. Illustratieve voorbeelden van dergelijke beslissingen zijn de keuzen rond het levenseinde. In de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap wordt de besluitvorming gecompliceerd doordat de betrokkene meestal niet wilsbekwaam is, en de verantwoordelijkheid voor keuzen (mede) gedragen moet worden door vertegenwoordigers en professionals. In dit boek wordt verslag gedaan van een onderzoek onder artsen naar medische beslissingen rond het levenseinde in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. De resultaten worden geanalyseerd en bediscussieerd aan de hand van thema's. Het medisch, ethisch en juridisch perspectief zijn geïntegreerd in de besprekingen waardoor inzicht wordt verschaft, in de complexiteit en de samenhang van regels, argumenten en overwegingen bij de besluitvorming.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
Tel. 0592 379556 / Fax 0592 379552
E-mail: assen@vgorcum.nl
WWW: <http://www.vgorcum.nl>

Visit our Site



Bestel/Fax-bon

Naam
Organisatie.....
Adres
Code Plaats
Datum.....

ex. Met zorg besluiten

wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

Deze bon faxen - 0592 379552 - of in een ongefrankeerde enveloppe zenden aan: VAN GORCUM, Antwoordnummer 3,9400 VB Assen

TIJDSCHRIFT
VOOR
**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 15
NR 4 / september 1997

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
Kistel Logghe, Noëlle Putgens, Saskia van der Lyke, Jeannette Pols, Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker, Arjen Stoop, Hans Tenwolde.

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

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

Interculturele zorg Hans Tenwolde, Indra Boedjath, Lea Jabaaij, Anke Steinmann, Kistel Logghe.

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

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

Eindredactie
Maarten Dulfer

Redactieraad
Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea Dukkers van Emden, Maria Hermens, Joost van der Meer, Roel Otten, Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon, Mareo Staik, Janneke van Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

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

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

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

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

Foto omslag
G. Rota

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

Inhoud TGP 97/4

- 2 Redactioneel
- 3 Bert Molenvijk
Democratisch basispakket
Kies de prioriteiten van de gezondheidszorg
- 6 Joost Visser
De strijd tussen doen en laten
Chronisch ziek & werk
- 9 Anja Koomstra, Rascha Thomas, Josine van den Bogaard, Noëlle Putgens
Wat beweegt de moeilijk bereikbaren?
Sport?
- 13 Eveline van der Aa
Beschermd wonen voor asielzoekers
Multiculturele psychiatrische zorg
- 16 Peter ten Cate
Zelfwerkzaam
Na de psychiatrie
- 18 Karien Stronks, Josine van den Bogaard, Rascha Thomas
Ondersteuning van huisartsen in achterstandsgebieden
Werk in uitvoering
- 22 Gonneke Rota
Brief uit Condega
Nieuwe serie brieven: Nicaragua
- 23 Matthé Ribbens
Mythe
Markt ontwricht thuiszorg
- 24 Godelieve van Heteren
Mijn, dijn en wijn
Column
- 25 J.W. Copius Peereboom
Ziek van de rook
Over preventie & oorzaak
- 27 Hans Suykerbuyk
Geen spelletje
Fit for the job
- 29 **Buitenlandse Berichten**
Joost van der Meer
- 31 **Boeken**
Anekdoten uit de psychiatrie
- 32 **Signalementen**

ONS TIJDSCHRIFT

In de romanserie *Het Bureau* van J.J. Voskuil is de lezer getuige van de 'spannende' avonturen van Maarten Koning op Het Bureau tussen 1957 en 1987. De wederwaardigheden van Koning op het Bureau zijn vaak komisch maar soms ook zeer beklemmend, omdat ze zo lijken op de ervaringen op andere kantoren. De dikdoenerij, kleingeestige potloodcultuur, naijver en naïviteit, ze komen bekend voor. Het gevaar met kantoren is dat ze zich ontwikkelen tot gesloten systemen. De scheiding met de werkelijkheid wordt groter, de aandacht richt zich op het interne gebeuren en de externe wereld krijgt slechts toegang in voor het kantoor veilige vormen.

Vanuit deze bolwerken wordt in de buitenwereld slechts de spiegeling waargenomen van het eigen systeem. Het verwijt van zulke zelfgenoegzaamheid treft bureaucratistische instanties zoals de arbeidsvoorziening of het GAK, het Britse vorstenhuis ('the firm'), de overheden, maar ook hele wetenschappen en wettelijke stelsels. Denk aan de mensen die zich in bochten moeten wringen voor een erkenning: als 'echt' zieke, als uitkeringsgerechtigde, als inwoner van dit land. We hopen dat de instituten en vakgroepen waar veel TGP-lezers werken in dit opzicht niet op Het Bureau lijken - en anders wensen we hen succes met versterking van de orde en opening van zaken.

Maarten Koning, door wiens ogen wij de hedendaagse ambtenarengeschiedenis bestuderen was het liefst zonder baan gebleven, net als zijn vrouw. Maar hij kan zich die ideale situatie net niet permitteren, anno 1957. Hij is ervan overtuigd dat zijn werk, de wetenschap, uitermate zinloos is. Maar hij blijft. Tegen wil en dank is hij 15 jaar later zelfs adjunct-directeur van een uit zijn krachten gegroeid instituut en qualitate qua redacteur van een tijdschrift op zijn vakgebied.

Voor de redactie van dit blad zijn de passages met betrekking tot de redactie(raads)vergaderingen natuurlijk uit zichzelf interessant. *Ons Tijdschrift* blijkt een Belgische en een Nederlandse redactie te hebben, ieder met eigen gewoonten. De jaarlijkse gezamenlijke redactieraadvergadering in Antwerpen wordt stevast na drie kwartier (de notulen) onderbroken voor een copieuze driegangen lunch, waarna de sigarenrook van de bladzijden afslaat en de rest van de vergadering in aangepast tempo verloopt. Voor de volgende vergadering op Nederlandse bodem wordt de gebruikelijk schaal met broodjes op het instituut toch maar vervangen door een boeking in een restaurant, nog steeds een grote tegenstelling met de Belgische reerug. Maar Amsterdam kan vervolgens in culinaire zin niet tippen aan Antwerpen. Inhoudelijk en ook op andere zaken lopen de discussies over *Ons Tijdschrift* precies volgens de landsgrenzen. De TGP-redactie droomt nu van een Belgische deelredactie, want schoolt, nu nog samen in de stationsrestaurant van Utrecht, zeker tot voor enkele maanden een plek waar geen

parapazzo je zal vinden. *Glamour is everywhere else.*

De deelredacties van TGP, themaredacties, hebben als doel om isolement te voorkomen. Ze openen onze kolommen met verontrustende berichten over situaties die niet stroken met de gevestigde systemen.

De themaredactie Public Health, alias 'De Onderkant', is verantwoordelijk voor twee artikelen. Ze nemen de besteding van het geld voor huisartsen in achterstandswijken onder de loep. Verder analyseren ze, met mensen uit het veld, het overheidsbeleid om lichaamsbeweging te stimuleren. Niet voor rijksambtenaren, maar voor 'doelgroepen van welzijnsbeleid'.

Over bewegen gaat ook een bijdrage van Hans Suykerbuyk: hij vraagt zich af hoe nobel een werkgever is die zijn werknemers aan (bedrijfs)fitness laat doen. Mag een bedrijf zich bemoeien met de gezondheidsbevordering van zijn werknemers? Joost Visser laat Coleta Platenkamp vertellen over haar carrière als chronisch zieke. Iemand die haar neus op verschillende Bureaus heeft gestoten. Ze laat weten hoe ze is buitengesloten van de werkende wereld, nadat ze eens last van haar rug kreeg die niet meer ophield.

Aan de orde komen verder bijvoorbeeld: het verschil in denken tussen medisch geschoolde epidemiologen en biologisch geschoolde milieugezondheidskundigen (IW. Copius Peereboom) en de rechtvaardigheid van de democratie in *grassrootsbioethics*: Bert Molewijk zag in de Verenigde Staten initiatieven waarin mensen zelf direct benaderd worden om de keuzen in de zorg te maken. Hoe rechtvaardig is de stem van het volk?

Asielzoekers hebben het stevig voor hun kiezen gehad. Het is misschien wonderbaarlijk hoe veel politieke vluchtelingen zich mentaal op de been houden, toch lukt dat niet iedereen. Eveline van der Aa gaat na wat er gebeurt met asielzoekers die psychiatrische problemen krijgen in een beschermde woonvorm terecht komen. Matthé Ribbens kraakt (weer) een mythe, die van de zegeningen van de vrije markt in de thuiszorg.

Gonneke Rota, tot slot, is onze nieuwe berichtgever uit het buitenland. Ze is fysiotherapeut in Nicaragua. 'Leven onder de armoede grens: hondewerk doen, de hele godganse dag voor een minimale vergoeding. Dood ga je er niet van, je ontwikkelen kan je al even min.'

Dit nummer is geen product van een bureau. Maar van een netwerk van mensen, veel groter dan de redactie, dat soms bijeenkomt in restaurant. Het Station en elkaar belt, faxt en mailt. En dat moet maar zo blijven.

De redactie

DEMOCRATISCH BASISPAKKET

Bert Molewijk

Het heet grassrootsbioethics en het is een methode om opvattingen van burgers over een rechtvaardige gezondheidszorg te inventariseren en deze te gebruiken in de politiek. Het is Amerikaans. Grassroots is de plaats van de wortels van de samenleving: aan de basis, bij de burgers. Bioethics wordt in Nederland, ook wat weids, gezondheidsethiek genoemd maar betreft 'slechts' de waarden die ten grondslag liggen aan het denken over de gezondheidszorg.

Deze opiniëring en raadpleging van de burgers in de Verenigde Staten gebeurt projectmatig. Sommige projecten op staat-niveau hebben al de samenstelling van het basis-gezondheidszorg pakket beïnvloed.

Aangezien de gezondheidszorg in Amerika niet rechtvaardig verdeeld is en de politiek er niet in slaagt om dat te veranderen, groeit het enthousiasme voor de grassrootsbioethicsmethode. Steeds meer organisaties in steeds meer staten maken er gebruik van.

Al decennia lang hebben miljoenen Amerikanen geen toegang tot de basale gezondheidszorg; een ziektekostenverzekering is schrikbarend duur en vaak alleen in combinatie met arbeid mogelijk. In het jaar 1965 werden twee nationale instanties in het leven geroepen om deze onrechtvaardige verdeling van de Amerikaanse gezondheidszorg enigszins te corrigeren: 'Medicaid' en 'Medicare'. Medicaid richt zich op de arme bevolkingsgroepen, Medicare richt zich op mensen met een handicap en mensen boven de 65 jaar.

Het gaat echter niet goed met Medicaid en Medicare: beide instanties zijn chronisch overbelast en keren steeds minder geld aan minder mensen uit. Zowel het toenemende beroep dat een groeiend aantal mensen doet op Medicaid en Medicare, als de nationale beleidsimpulsen tot verregerende kostenbeheersing, zorgen ervoor dat steeds minder mensen gebruik kunnen maken van dergelijke voorzieningen. In 1975 kreeg 63% van de mensen met een inkomen onder het 'federal poverty level' (Amerikaanse armoedegrens) steun van Medicaid; in 1994 was dat nog slechts 40%.

In 1994 waren minstens 39 miljoen Amerikanen niet verzekerd. Daarnaast zijn er nog veel mensen onderverzekerd of een deel van het jaar niet verzekerd tegen ziektekosten.

HET PLAN CLINTON

De steun van Medicaid en Medicare werd de afgelopen jaren steeds minder toereikend voor de ongelijkheid in de

gezondheidszorg binnen de verschillende staten. Tot 1992 waren het vooral de staten zelf die de verantwoordelijkheid moesten nemen om gezondheidszorgproblemen verder op te lossen.

In 1992 trachtte President Clinton daarin verandering te brengen met een grootschalig hervormingsplan. Onderliggende gedachte bij het plan Clinton, ook wel de 'Blue-print' genoemd, is dat alle Amerikanen een verzekeringsdekking voor een minimaal zorgaanbod zouden moeten krijgen. Deze gedachte is niet alleen gebaseerd op een principiële, morele notie van 'universaliteit'. - iedereen heeft recht op een basaal minimum - maar ook op de pragmatische veronderstelling dat een dergelijke basisverzekering voor een betere nationale gezondheid en een beter welzijnsniveau zorgt (hetgeen uiteindelijk effectiever zal zijn dan de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem nu functioneert). Een wet met de naam 'Health Security Act' zou de totstandkoming van het Clinton-plan moeten garanderen.

Ondanks of juist dankzij de belangstelling die de 'Blue-print' in de Amerikaanse media kreeg, mocht het plan niet slagen: het kreeg geen meerderheid van stemmen in het congres. Diverse (politieke) deskundigen maken zich, naar aanleiding van het mislukken van het Clinton-plan, grote zorgen over de politieke besluitvorming: een constructief en inhoudelijk debat wordt door politici amper gevoerd en de commerciële media transformeren elke poging daar-

toe tot een ordinaire strijd over eigen partijbelangen.

Daarnaast groeit de kritiek op de uitgeholde betekenis van de Amerikaanse democratie: steeds minder burgers zijn op de hoogte van of betrokken bij de politieke besluitvorming.

Deze toenemende bezorgdheid over de kwaliteit van en belangstelling voor openbare discussievoering is nauw verbonden met de opkomst van grassrootsbioethics.

GRASSROOTSBIOETHICS

Grassrootsbioethicsprojecten verschillen: in omvang, duur, methodologie en doelstelling. Drie soorten doelstellingen zijn van belang.

Allereerst inventariseren grassrootsbioethicsprojecten opvattingen van burgers over beleidsvraagstukken en indien mogelijk worden deze gebruikt voor (de legitimering en onderbouwing van) het gezondheidszorgbeleid binnen een bepaalde staat.

Een tweede, niet minder belangrijke, doelstelling is het informeren en 'opvoeden' van de burgers als het gaat om complexe, morele vraagstukken in de gezondheidszorg.

'Enkele auteurs stellen zelfs dat deze betrokkenheid aan de basis het in zich heeft de betrokken individuen te vormen. Egocentrische consumenten kunnen veranderen in leden van een samenleving, die bij hun beslissingen het algemeen belang in acht nemen.' (Nelson, 1994, p. 335-336, vert. red.).

Bruce Jennings, een van de leiders van de federale, overkoepelende organisatie voor grassrootsprojecten zegt erover: 'Een doelstelling van grassrootsbioethics is te praten met de burgers over hun aanspraken en die ter discussie te stellen. Het probleem is dat ze veel verwachten, zonder goed te weten hoe ingewikkeld de gezondheidszorg en de hervorming daarvan is. Daarom poogt grassrootsbioethics de burgers te onderwijzen in gebruik en beoordeling van argumenten en ze bewust te maken van de consequenties van hun wensen en verwachtingen. Zo worden ze realistischer als ze het over hun waarden hebben.' (persoonlijk interview met Bruce

konings. 1995; vert. red.).

Een derde, lange termijn doelstelling is het ontwikkelen van 'een nieuwe taal' zodat politieke thema's door zowel deskundigen als leken genuanceerd en gedetailleerd besproken kunnen worden. Veel burgers willen graag debatteren over hervormingen in de gezondheidszorg en de complexe morele vraagstukken die daarbij een rol spelen, maar de destructieve opposities in de huidige Amerikaanse politiek en media schrikken veel mensen af. Daarbij komt dat de politiek er alsmaar niet in slaagt om tot een rechtvaardiger verdeling binnen de gezondheidszorg te komen.

AMERICAN HEALTH DECISIONS

Grassrootsbioethicsprojecten, zijn vaak aangesloten bij de American Health Decisions (AHD): de overkoepelende organisatie voor gezondheidszorgveranderingen door middel van grassrootsbioethicsprojecten. De AHD moedigt Amerikaanse burgers aan tot deelname aan en ondersteunt in het publieke proces van gezondheidszorgveranderingen op nationaal, lokaal en staats-niveau. De AHD inventariseert de ervaringen en resultaten van grassrootsbioethicsorganisaties en coördineert grassrootsbioethicsprojecten in verschillende staten. Organisatoren krijgen advies over de geschikte methodologie van hun project.

Daarnaast is er een voorlopige lijst samengesteld met de meest voorkomende waarden van Amerikaanse burgers met betrekking op een rechtvaardige verdeling van de gezondheidszorg, zoals die blijken uit projecten in verschillende staten. Deze waarden zijn vervolgens gebruikt om beleidsmakers en politici te adviseren (zie kader). In februari 1995 waren 12 staten aangesloten bij de AHD; gezamenlijk hebben zij 22 grassrootsbioethics-projecten georganiseerd.

IN VERMONT

Het parlement van de staat Vermont keurde in 1994 de installatie goed van de 'Commission on Public Health Care Values and Priorities'. Volgens het Vermont Ethics Network (een kleinschalige organisatie die actief is met grassrootsbioethics) werd de Commissie opgericht omdat in tegenstelling tot de algemene verwachting, de wetgever er niet toe kwam de gezondheidszorg te hervormen.

De Commissie moest in Vermont het proces op gang brengen van denken en discussiëren over waarden en prioriteiten, burgers laten inzien dat er binnen

de gezondheidszorg beperkte keuzemogelijkheden zijn en ook ervoor zorgen dat het gezondheidszorg systeem een afspiegeling wordt van wat de Vermonters willen.

Een onderzoeksbureau voerde het project gefaseerd uit.

Ze begonnen met tien interviews met gezondheidszorgexperts, een literatuur- en beleidsonderzoek en de productie van een lijst van wat de Vermontse gezondheidszorg levert en hoe dat verdeeld is.

De tweede fase bestond uit vijftien interviews met kritische burgers, een bijeenkomst met Vermonters die speciale medische behoeften hadden en vier bijeenkomsten met algemene burgergroepen. Op deze bijeenkomsten werd er gediscussieerd over de ontwikkelde gezondheidszorg-lijst en de verdelingsvragen. Hier bleek ook in welke mate de Vermonter geïnformeerd is, welke (voor-)oordelen over de gezondheidszorghervormingen er bestaan en hoe er eigenlijk over gepraat wordt. Die kennis was nuttig voor fase drie, een uitvoerige telefonische enquête (steeds 20 tot 25 minuten) onder 400 Vermonters. Fase vier: een nieuwe en uitgebreide lijst van wat een hervormde Vermontse gezondheidszorg mogelijk zou leveren en aan wie. Daarbij werden voor- en tegenargumenten vermeld, uitgaande van verschillende normen, zodat in het beoogde vervolgonderzoek een breed publiek kon aangeven welke voor hen van toepassing zijn. Tenslotte kregen stafmedewerkers van het Vermont Ethics Network in fase vijf een inhoudelijke en methodologische training om het publieke debat verder te kunnen leiden.

ALLEEN GEPASTE ZORG

In mei 1996 bracht onderzoeker Doble verslag uit van de eerste en tweede fase. Er zijn enkele voorlopige en zeer algemene conclusies geformuleerd:

- Vermonters willen eigenlijk dat iedereen in Vermont de gezondheidszorg krijgt die men nodig heeft;
- veel Vermonters zijn wantrouwend ten opzichte van bijna elke vorm van overheidsbemoeienis omdat ze geloven dat dat tot ineffectiviteit, misbruik en hogere kosten zal leiden;
- alleen gepaste en noodzakelijke zorg moet aangeboden worden; - mensen zijn tenminste voor een gedeelte verantwoordelijk voor hun eigen ziektekosten;
- Vermonters zijn bereid bepaalde

zorgaanbiedingen te laten vallen om de toegang tot de gezondheidszorg te vergroten;

- er is een grote behoefte aan maatschappelijke dialoog omdat er veel aspecten zijn die Vermonters niet begrijpen.

Adviezen voor politici

Enkele adviezen van de American Health Decisions voor beleidsmakers en politici, voortkomend uit de resultaten van grassrootsbioethicsprojecten:

'Onderschat niet het morele appel van eerlijkheid en de verwachting die men heeft van een voor iedereen toegankelijke, respectvolle zorg. Geef patiënten meer ruimte voor eigen beslissingen, zeker als het gaat om ernstige aandoeningen en hun laatste levensfase. Marktmechanismen en een democratische politiek zijn mogelijk niet voldoende om de rechten van kwetsbare groepen te beschermen (illegale immigranten en zij die als verantwoordelijk voor hun ziekte worden gezien).

Gezondheidszorghervormingen moeten minder over financiën gaan en meer over expliciete doeleinden en waarden.'

Het grassrootsbioethicsproject in Vermont is nog niet afgerond; het blijft onduidelijk wat de implicaties voor een rechtvaardige verdeling van de gezondheidszorg (kunnen en mogen) zijn. Vooralsnog heeft alleen de gezondheidszorg van Oregon heel duidelijk de beleidsmatige consequenties van grassrootsbioethics ondervonden. Hoe rechtvaardig is nu de stem van het volk?

RECHTVAARDIGING

'Rantsoenering van gezondheidszorg is niet een mogelijkheid, niet iets om te kiezen. Het is absoluut onvermijdelijk. De kwestie alleen is hoe. De verleiding is groot om te denken dat we geen theorie nodig hebben om die vraag te beantwoorden. Verleidingen zijn er om voor te zwichten, maar deze moeten we weerstaan.' (Nelson, 1994, p. 341).

Als verklaring voor de populariteit van grassrootsbioethics wordt vaak genoemd dat er geen theoretische of beleidsmatige onderbouwing is voor een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorgmiddelen. De opvattingen van

de burgers kunnen op *pragmatische* gronden gebruikt worden als rechtvaardiging van politieke beslissingen.

Zolang er geen consensus bestaat over een rechtvaardigheidstheorie en zolang de politiek zich niet uitspreekt voor een rechtvaardig(er) beleid, zolang is het pragmatisch argument voor grassrootsbioethics makkelijk houdbaar. Echter, wanneer gezondheidszorg beleid niet gebaseerd is op een inhoudelijke rechtvaardigheidstheorie maar op een meerderheid van stemmen (procedurele rechtvaardigheid), dan bestaat het gevaar dat naderhand alleen de procedure en niet het daaruit ontstane beleid ter discussie kan staan. Immers, wanneer men de procedure van grassrootsbioethics rechtvaardig vindt, dan is niet de politiek maar het volk zelf aansprakelijk voor de consequenties van haar beleid.

Grassrootsbioethics kan daarnaast ook om *principiële* redenen worden gebruikt (als een extreme vorm van een democratische rechtvaardigheidstheorie). In dat geval is men ervan overtuigd dat grassrootsbioethics de meest geschikte democratische methode is om een universeel basispakket samen te stellen. Wikier (1993) geeft hiervoor drie mogelijke argumenten. Het eerste argument noemt hij *het publieke belang*. Dit argument is gebaseerd op de vooronderstelling dat de prioritering van de gezondheidszorg momenteel bepaald wordt door belangen van machtige groeperingen en niet door die van de algehele bevolking. Het tweede argument noemt Wikler *autonomie*. Degenen wier zorg zal worden gerantsoeneerd, hebben het recht te bepalen welke zorg wel en welke niet zal worden verstrekt. Het derde argument wordt *'waarden van de bevolking'* genoemd. De standaard voor een rechtvaardige verdeling vloeit voort uit de waarden die door de burgerij worden gedeeld (een rechtvaardigheidstheorie is niet nodig).

TEGEN

Sceptici spreken deze argumenten tegen. Ten eerste is het de vraag of er sprake is van een consensus over 'het' publieke belang. Grassrootsbioethics is, mede gezien haar doelstellingen, niet neutraal en kent ook haar eigen machtige en minder machtige belangengroepen. Wat is het publieke belang wanneer een doelstelling van grassrootsbioethics bestaat uit het opvoeden van burgers? Welke politieke partijen steunen grassrootsbioethicsprojecten en met welk doel?

Ten tweede zijn de meeste politici juist gekozen als openbare bestuurders om als deskundigen de belangen van de bevolking te vertegenwoordigen (hetgeen overigens niet betekent dat hun beleid daarmee intrinsiek rechtvaardig is).

Ten derde geldt dat een rechtvaardige verdeling niet automatisch uit de 'waarden van de bevolking' volgt. Hoe geïnfomeerd is die bevolking? Kan bijvoorbeeld een analfabeet, zonder opleiding en zonder persoonlijke ervaring met de gezondheidszorg, bepalen wat een rechtvaardige verdeling van die gezondheidszorg is? En als alleen de hoeveelheid stemmen bepaalt wat rechtvaardig is, dan zijn de waarden van minderheidsgroepen per definitie minder rechtvaardig. Wat als bijvoorbeeld blijkt dat 80 % van de deelnemers aan een groot grassrootsbioethicsproject vindt dat de zorg voor mensen met AIDS niet in het basispakket thuishoort omdat zij zelf verantwoordelijk worden geacht voor hun aandoening?

(Deze discussie gaat dus eigenlijk over de vraag hoe een democratie er uit moet zien - zie ook het probleem van de referenda in Nederland.)

Daarnaast is het sowieso de vraag in hoeverre bestaande politieke en/of beleidsmatige afspraken tussen werknemers, werkgevers, verzekeringsagenten en overheidsambtenaren gepasseerd kunnen worden door resultaten van grassrootsbioethicsprojecten.

De methode grassrootsbioethics kan niet zomaar het antwoord zijn op complexe verdelingsvraagstukken. Het debat over praktische en methodologische aspecten van grassrootsbioethics is daarbij nog nauwelijks aan de orde geweest

PROBLEMEN

Als blijkt dat de meerderheid van een bepaalde staat van mening is dat grassrootsbioethics gebruikt kan worden om bijvoorbeeld een basispakket samen te stellen, dan zijn de problemen nog niet opgelost. In de staat Oregon (zie kader) kwamen veel praktische en methodologische vragen naar boven bij de concretisering van grassrootsbioethics. Een selectie daaruit, volgt hier.

Hoe kunnen niet-gehandicapte burgers oordelen over de kwaliteit van leven van gehandicapte medeburgers?

Op welke manier dienen subjectieve waardeoordelen, zoals bijvoorbeeld 'kwaliteit van leven', geoperationaliseerd te worden en hoe zijn eventuele operationalisaties te combineren met kwantitatieve medische informatie?

Indien iedere bevolkingsgroep evenredig vertegenwoordigd moet zijn, hoe kan dan voorkomen worden dat de grootste groep de meeste vertegenwoordigers krijgt?

Hoe groot kunnen de lokale bijeenkomsten zijn, hoe lang kunnen ze duren en hoe inhoudelijk kunnen ze voor relatieve leken zijn?

Welk evenwicht, tussen de bespreking van concrete en specifieke casuïstiek en de bespreking van algemene en abstracte waarden, moet men tijdens de bijeenkomsten hanteren?

Hoeveel mensen dienen aan de bijeenkomsten deel te nemen wil er sprake kunnen zijn van een evenredige vertegenwoordiging?

Al deze vragen laten zien hoe helder en doordacht een grassrootsbioethicsproject moet zijn, wil het gebruikt kunnen worden om politieke besluitvorming over gezondheidszorgbeleid te legitimeren.

OREGON

In 1990 werd er in de staat Oregon een prioriteitenlijst gepubliceerd met 1600 behandelingen/aandoeningen. Deze lijst was samengesteld op basis van 'subjectieve' informatie uit een grassrootsbioethicsproject en 'objectieve' klinische informatie over kosten en baten. Er ontstond veel kritiek: onder andere omdat er geen maatschappelijke maar individuele waarden waren gemeten en omdat door de klassieke kosten-effectiviteits berekeningen behandelingen voor levensbedreigende aandoeningen soms minder scoorden dan bijvoorbeeld kapes voor blootliggende tandzenuwen.

Er werden nieuwe categorieën ontwikkeld om te voorkomen dat levensbedreigende aandoeningen werden vergeleken met kleine aandoeningen. In 1992 was er een nieuwe lijst (709 items), zonder kostenberekeningen, op basis van a) de waarde ervan voor het individu; b) de waarde voor de samenleving; en c) de noodzakelijkheid.

NOG NIET

Minister Borst achtte enkele jaren geleden een prioritering van zorg door middel van raadpleging van de bevolking in Nederland niet haalbaar. Het is volgens haar beter de doelmatigheid

van de gezondheidszorg te verhogen. (Ter Meulen & Ten Have, 1993)

Een eerste, vaak onderschatte conclusie is dat het gebruik van de grassroots-bioethicsmethode, om gezondheidszorgbeleid te ontwikkelen (en te rechtvaardigen), niet zo eenvoudig is als het op het eerste gezicht misschien lijkt. De complexiteit van zowel de methode als haar rechtvaardiging, vraagt om terughoudendheid en relatieveert het aanvankelijk enthousiasme. Daarmee is nog niet gezegd of het alternatief, namelijk de manier waarop op dit moment de Amerikaanse gezondheidszorg verdeeld is, minder onrechtvaardig is. Rechtvaardig is zij in ieder geval niet.

De rechtvaardiging van de grassroots-bioethicsmethode hangt ondermeer af van het doel waartoe zij wordt ingezet. Te onderscheiden vallen A) bepaling (en legitimering) van gezondheidszorgbeleid, zoals de bepaling van een universeel basispakket; B) informatieverzorging aan en het opvoeden van de Amerikaanse burger; en C) een langzame cultuurverandering betreffende de discours.

Het lijkt mij, gezien de huidige kritiek op de rechtvaardiging van de grassrootsbioethicsmethode, nog te vroeg

om de methode te gebruiken voor beleidsbepaling (A).

Voor wat betreft de andere twee doelstellingen (B en C) is de methode, althans op dit moment, meer geschikt. Het is te hopen dat de huidige grassrootsbioethicsprojecten het debat over een rechtvaardige verdeling van de Amerikaanse gezondheidszorg weer (meer) op de politieke agenda weet te plaatsen.

Dit artikel is een samengevat verslag van een onderzoek aan het ethiek-onderzoekscentrum The Hastings Center in New York, voorjaar 1995.

Bert Molewijk studeerde Theorie der Gezondheidswetenschappen en werkt momenteel aan een promotie-onderzoek bij de Sectie Medische Besliskunde van het Academisch Ziekenhuis Leiden.

LITERATUUR

- * Doble, John, 1995. *Vermont Health Care Decisions: Discovering the Public's Choice*. John Doble Research Associates, Inc., October 1995, Englewood Cliffs, New Jersey.
- * Jennings, B. et al, 1990. Grassrootsbioethics Revisited: Health Care, Priorities and Community Values. In: *Hastings*

Center Report 20(5), 1990, p. 16-23.

- * Leichter, Howard M., 1992. *Health Policy Reform in America: innovations from the States*.
- * Meulen, R.H.J. ter, 1993. Het Oregon Health Care Plan. Feiten en achtergronden. In: R.H.J ter Meulen & H.A.M.J. ten Have (red.), 1993. *Samen kiezen in de zorg. Het voorbeeld Oregon*, p.19-33. Instituut voor Gezondheidsethiek: Reeks 'Gezondheidsethiek' nummer 8. Baarn: Ambo.
- * Nelson, James Lindemann, 1994. Publicity and Pricelessness: Grassrootsbioethics Decisionmaking and Justice in Rationing. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19, p. 333-342.
- * Wikler, D., 1993. 'Filosofie is geen mysterie'. Een filosofisch perspectief op de 'grassroots' -benadering in de allocatie van gezondheidszorg. In: R.H.J ter Meulen & H.A.M.J. ten Have (red.), 1993. *Samen kiezen in de zorg. Het voorbeeld Oregon*, p. 84-111. Instituut voor Gezondheidsethiek: Reeks 'Gezondheidsethiek' nummer 8. Baarn: Ambo.

DE STRIJD TUSSEN DOEN EN LATEN

Joost Visser

Na de geboorte van haar eerste dochter kreeg Colets Platenkamp (42), socioloog, voor het eerst last van haar rug. 'Ach, dat heeft iedereen wel eens', dacht ze optimistisch. Veertien jaar later kan ze door pijn en vermoeidheid niet meer normaal functioneren. Inmiddels weet ze de oorzaak. Dat is in zekere zin een opluchting. Maar ze weet óók dat ze blijvend gehandicapt is. De kans om opnieuw werk te vinden is klein. En dat is wel een héél bittere pil om te slikken.

'Omdat mijn partner hier werk vond, zijn we eind jaren tachtig van Zwolle naar Maastricht verhuisd. Ik moest mijn baan opgeven, maar gelukkig kon ik hier snel aan de slag als vrijwilligster in een vrouwengezondheidscentrum. Later kreeg ik werk als docent aan de VHBO-V in Utrecht, een opleiding voor verpleegkundigen die in de wijk gaan werken. Inmiddels was onze tweede dochter geboren. Het was een zware baby, meer dan vier kilo, en ik beviel thuis, zonder de hulp van een verloskundige. Ik heb het kind proberen tegen te houden, wat achteraf bezien niet verstandig was. Ik kreeg weer pijn, maar schonk er opnieuw weinig

aandacht aan. Totdat ik er niet meer omheen kon. Het reizen naar mijn werk heeft mijn rug verder verpest. Ik kreeg een hernia. Daar ben ik aan geopereerd, maar later bleek dat er nog een wervel niet goed zat. Ik wilde vreselijk graag terug naar mijn werk. Maar ik kon niet meer zitten, dus dat ging niet. Juist in die tijd moesten er op school mensen afvloeien. Ik heb me vrijwillig aangemeld, omdat ik dacht dat het goed zou komen als ik maar rustig zou revalideren.

- We kunnen U niet helpen -

Maar ik ging steeds verder achteruit. Ik kon ook niet meer lopen en had voortdurend pijn. Men begreep niet wat er was. 'We kunnen u niet helpen', hoorde ik steeds. Op de pijnpoli kreeg ik prikken tegen de pijn, maar die hielpen beperkt. Ik was eigenwijs. Ik vond dat het niet écht goed ging. Ik heb een psycholoog en een psychiater ingeschakeld omdat ik zelf ook niet wilde uitsluiten dat het psychisch was. Maar ook dat hielp niet. In 1993 ben ik vijf weken opgenomen geweest in de revalidatie-inrichting in Hoensbroek. Die heeft een programma voor mensen met pijn. Uitgangspunt is dat mensen daar meer last van hebben dan nodig is. Men werkt er met 'operante conditionering', het belonen van goed gedrag. Dat betekent voortdurend structureren en voor-

al niet ingaan op de pijn, want - zeiden ze - dat 'doe je al teveel'. Er was zelfs een cursus waarin partners werd geleerd óók niet op de klachten in te gaan. Ik voelde me er niet serieus genomen. Mensonterend, eigenlijk. Natuurlijk moet je in beweging blijven. Ik was daar ook voor gemotiveerd, maar niet zo!

- Hier heeft U een stencil -

Ik heb daar ook een gesprek gehad met een maatschappelijk werker over reïntegratie in het arbeidsproces. Hij zei: 'U leest graag, nou, hier heeft u een stencil - over een cursus positief denken.' Alsof ik daarop zat te wachten! Ik kwam bij hem om te bespreken wat ik nog aankon, niet voor dit soort dingen. Het jaar daarop vierde ik carnaval, aangepast aan mijn mogelijkheden, dus niet te druk. Toch kon ik op een gegeven moment niet meer lopen. Nu speelde daar toevallig een orthopeed in een orkestje. Hij zag me lopen en doen, maar snapte niet wat er aan de hand was. Hij heeft een afspraak voor me gemaakt in het ziekenhuis. Met een fysiotherapeut, want ik had een grote aversie tegen dokters gekregen. Die sprak voor het eerst van bekkeninstabiliteit, een diagnose die elders werd bevestigd. Dát was het dus al die tijd geweest, afgezien van die hernia. Nu begreep ik het eindelijk. Onlangs ben ik opnieuw geopereerd. Er zijn stukjes bot uit de heup tussen de wervels gezet en er is een pen aangebracht. Zo moet de rug stabiliseren, waarna ik kan revalideren voor de bekkeninstabiliteit.

- En, hoe gaat het? -

Ik weet dat mijn klachten niet meer overgaan. Dan hadden ze er eerder bij moeten zijn. Ik heb dus gewoon pech gehad. Ik denk niet in termen van schuld. Met twee artsen zou ik nog wel eens willen praten: met de revalidatiearts en met de arts van de pijnpoli. Die laatste vroeg me eens of ik al bij een psycholoog was geweest. Ik zei van ja. 'En, hoe gaat het?' Nou, zei ik, het waren goede gesprekken, maar lichamelijk ging het niet beter. Waarop hij reageerde met: 'Jammer, want meestal zie je dat het gelijk opgaat.' Ik schaamde me: hij vindt dat ik gewoon kan lopen en het lukt me niet! Nu pas, met die pen, kan ik weer gewoon lopen. Lopen. Niet hardlopen. Goed wordt het niet meer. Tussen tien uur 's ochtends en drie uur 's middags kan ik redelijk functioneren, met veel rust en op mijn aangepaste manier. In die tijd moet ik me bijvoorbeeld ook aankleden. En juist die gewone dingen kosten me heel veel moeite. Na dit interview is het op, dat weet ik nu al.

Eenmaal boventallig geworden, vond ik via het arbeidsbureau een invalbaan als docent maatschappijleer, voor drie keer drie uur in de week. Ik redde het niet. De keuringsarts heeft mij pas gekeurd toen ik al begonnen was, en zei toen dat ik nooit had mogen werken. Juist in die tijd werd de school als werkgever verantwoordelijk voor het eerste jaar ziektekosten, dus die zweette peentjes. Het hoofdbestuur belde me thuis op: ik kon me terugtrekken van de keuring óf afgekeurd worden. Een afkeuring zou ik altijd mee blijven dragen, maar ik wilde het nu echt uitzoeken. In deze situatie wilde ik niet meer als werkzoekende ingeschreven staan. Iedere werkgever nam immers veel risico als-ie mij aannam. Ik zat in het verkeerde circuit. Dus zei ik: keur me dan maar af. Ik werd direct ontslagen.

- Vervroegd met pensioen -

Het duurt lang voordat het helemaal duidelijk is. Alles wat je doet kost tijd en energie, maar je wilt vooral zien wat er nog wél kan. Aan de andere kant: waar je voor bent op-

geleid, alles wat werk leuk maakt, dat is er niet meer. De sjeu gaat eraf. Je hebt geen verantwoordelijkheid meer. Die kan je niet meer dragen, in deze snelle yuppen-maatschappij. Een psychiater zei destijds dat je eigenlijk vervroegd met pensioen gaat. Maar zo is het niet: je wordt eruit gezet! Je hoort wel zeggen dat gehandicapten willens en wetens worden gediscrimineerd. Dat klopt niet, het gebeurt onbewust. Je moet dus aan de weg timmeren, niet stil blijven zitten. Maar als je bedenkt Sinds mijn afstuderen voelde ik me zelfstandig. Ik had een eigen inkomen uit arbeid, mijn partner en ik deelden zorg en arbeid. Ik was daar trots op. Het is een verworvenheid die vrouwen vóór ons niet hadden. En dat is me afgepakt. Ik wil dat niet. Ik wil niet terug in de keuken. Op zoek naar iets dat ik kan, ben ik gaan tekenen. Met zo'n verstelbaar bedtafeltje lukt me dat. Ik vind het ook leuk. Maar ik zal niets verkopen, dus geld verdien ik er niet mee.

Het gaat om onafhankelijkheid. Natuurlijk, strikt genomen is iedereen in deze 'post'-moderne samenleving afhankelijk van een ander. Bepaalde kennis heb je, of heb je niet. Maar als je gehandicapt bent ligt de grens wel héél dichtbij. Je moet op zoek naar een nieuwe identiteit. Je kunt wel zeggen dat je dit leven niet wilt en er niet voor hebt gekozen, maar het is nu eenmaal zo. Je moet verder kijken. Ze hebben mij gevraagd of ik contactpersoon wil worden van de Stichting voor Bekkenproblemen, de patiëntenorganisatie. Ik zou dan ook lotgenotengroepen gaan doen. Het is een mogelijkheid, want ik zal het werk hopelijk zo kunnen inrichten dat het is aangepast aan mijn mogelijkheden. Het liefst zou ik het doen in samenwerking met bijvoorbeeld keuringsartsen. Want die doen óf helemaal niets, óf ze trekken aan je, zo van: 'Zou je nu niet eens' Maar wat je wilt en kunt doen, dat is voor iedereen anders. Iemand als Karin Spaink, voor wie ik veel bewondering heb, vindt schrijven leuk. Zij kan dat. Zo zou je een programma moeten ontwikkelen waarin je nagaat welke kwaliteiten mensen hebben en hoe lang ze het kunnen volhouden daarmee te werken.

Chronisch ziek

Wat maakt het zo moeilijk om chronisch ziek te zijn.

In de eerst plaats natuurlijk de ziekte zelf. Wat is er aan de hand? En vooral: hoe ernstig is dat? Heen en weer geslingerd tussen hoop en vrees zal je nu eens alles ondernemen om weer beter te worden, dan weer proberen te aanvaarden wat er (misschien) aan de hand is. Dat leidt tot strijd in jezelf en strijd met mensen in de omgeving, met hun eigen opvattingen en ideeën. Chronisch ziek zijn betekent ook dat je afscheid moet nemen van oude plannen en toekomstidealen en nieuwe moet ontwikkelen. Dat speelt vooral rond inkomen en arbeid: wat was is niet meer, wat zal komen is nog niet duidelijk.

De huidige discussie rond ME laat zien hoe moeilijk het soms is erkend te krijgen dat je niet meer kan werken. Het omgekeerde komt ook voor: dan wil je wel werken - op een andere manier dan vroeger - maar wordt die wens niet gehonoreerd. Ook Coleta Platenkamp werd afgekeurd zonder daar zelf om te hebben gevraagd. Sindsdien zet zij alles op alles om haar onafhankelijkheid te behouden. Dat is geen gemakkelijke klus: 'Je moet op zoek naar een nieuwe identiteit'.

- Als iemand **huilt** -

Dat was het ook wat me in Hoensbroek zo ergerde. Er was daar geen contact met de mensen. Er wordt op een bepaalde manier geluisterd. Ik ontmoette een jonge vrouw die graag zou studeren. Maar dat had ze tegen niemand gezegd. Pas door ons gesprek is ze er over gaan nadenken. Maar de sfeer was: als iemand huilt, moet je er niet op ingaan ... Zo bereik je de mensen niet! In *Trots en Treurnis*, een boek over het leven van gehandicapten, beschrijft Ingrid Baart een ontmoeting met een keuringsarts. Hij vroeg haar hoe het ging. Eigenlijk wilde ze zeggen: goed! Daarmee bedoelde zij: goed, binnen mijn grenzen. Zij was bang dat hij dat laatste niet zou snappen. Ging het goed? Nou, dan kon ze wel weer aan de slag. Alleen om die reden stak ze een ander verhaal af. Dáár word je dus beroerd van.

Er vallen te veel mensen onnodig buiten boord. Zelf wil ik dat lotgenotencontact graag doen.. Het is onbetaald, maar ik voel me er bij betrokken en ik heb er de kwaliteiten voor.. Het past bij me. Zo moet het ook gaan, want alleen op die manier kom je op nieuwe ideeën. Maar daar stuit je soms op problemen. Wie als vrijwilliger wil werken, moet dat aanvragen. Dat kan belemmerend werken. Want vrijwilligerswerk kan de gezondheid verbeteren, zegt men. Als dat zo is, kan je daarna misschien ook wel weer werken en kom je wellicht weer in ziekmakend werk terecht.. Er moet meer ruimte komen. Nu heb je één, hooguit twee of drie gesprekken met de keuringsarts en dan wordt er, binnen een bureaucratisch circuit, een besluit genomen. Dat is veel te weinig.

- Aan de rand van de samenleving -

Soms denk ik: wil ik die uitkering dan nog wel? Maar het geld geeft me een gevoel van onafhankelijkheid. Het liefst zou ik betaald werk doen, nog altijd. Dat heeft te maken met arbeidsethos. In feite sta ik aan de rand van de samenleving. Gehandicapt te zijn, dat is niet iets waar je stralend mee rondloopt.. Putjeschepper wil ook niemand graag zijn. Als je zwart bent, of homo, is het anders. Die hebben een duidelijke subcultuur.. Maar ik wil niet bij 'zielige, dappere mensen' horen. En zo wordt er toch vaak naar gekeken. Ik schaam me voor mijn afhankelijkheid en stoort me aan het etiket psychisch dat er-al snel op ligt. Dat blijft pijnlijk. Het is de kunst om dan te zeggen: 'Dit ben ik, dit zijn mijn kwaliteiten, dit zijn mijn mogelijkheden.'



Coleta Platenkamp

Veel dingen zijn niet meer voor me weggelegd. Ik moet kiezen wat nog wél bij me past. Dat is een hele opgave, maar wil je het leuk houden, dan moet je die opgave aangaan. Anders ga je er aan onderdoor.. Dat geldt voor iedereen, maar voor gehandicapten ligt dat veel scherper.. Ik heb veel houvast gezocht in lezen, vooral van egodocumenten. Een boek als *Trots en Treurnis*, daar word ik beroerd van. Ik vind het een triestige wereld. Maar ik móet wel, aan zelfmedelijden heb je niets. Soms ga ik over mijn grenzen, dat merk ik pas achteraf.. Dan ben ik te lang met iets bezig en red ik het niet.. Het is vallen en opstaan. Soms leer ik daarvan. Maar soms doe ik het later weer precies zo. Ik wil nu eenmaal zo graag!

Joost Visser is freelance journalist

WAT BEWEEGT DE MOEILIK BEREIKBAREN?

Kanttekeningen bij de nota *Wat sport beweegt*.

Anja Koorstra, Rascha Thomas, Josine van den Bogaard en Noëlle Putgens

De toevoeging van Sport aan de naam van het ministerie van Volksgezondheid en Welzijn blijkt niet te danken aan onze nationale topsportster Erica Terpstra. Minister Borst verklapte op 14 mei op een congres over sport, gezondheid en welzijn dat haar schoonzoon de eer van het ministerie heeft gered. Hij besefte dat er al een ministerie van V&W (Verkeer en Waterstaat) bestond.

Mogelijk hebben we het aan deze inval te danken dat het kabinet vorig jaar met een integrale sportnota is gekomen, met ambitieuze doelstellingen als het vergroten van de leefbaarheid en de participatie. In dit artikel worden de doelstellingen van de nota onder de loep genomen. Wat houdt de nota in en hoe sluit de inhoud aan bij de praktijk in het veld?

'Sport is meer dan een plezierige en ontspannen manier van (vrije)tijdsbesteding. Sport heeft invloed op de gehele samenleving en levert onder meer bijdragen aan de vergroting van burgerparticipatie, het creëren van nieuwe arbeidsplaatsen, de bevordering van de volksgezondheid en de verbetering van de leefbaarheid in achterstandswijken.' Met deze woorden opent de nota 'Wat sport beweegt', de eerste integrale interdepartementale sportnota. Daarmee wil het kabinet aangeven dat sport tot de verantwoordelijkheid van de gehele overheid behoort en niet alleen tot het domein van het ministerie van VWS. Een ambitieuze nota, want wie het aandurft om participatie, economische ontwikkeling, gezondheid en leefbaarheid tot doel te stellen van sportbeleid, moet wel lef hebben. Maar hoe worden deze woorden werkelijkheid in lijf en leden van alledag?

GEMEENTEN

Om te beginnen moet gemeentelijk draagvlak gevonden worden. Daartoe worden dit jaar in een aantal congressen de doelstellingen besproken met het 'veld'. Op 14 mei vond het congres over sport in relatie tot gezondheid en welzijn plaats. Daar werden gemeenten aangesproken op hun verantwoordelijkheid: 'Wie gezondheid en welzijn tot de kerntaken van gemeenten rekent, kan niet om sport en bewegen heen. De gezondheids- en welzijns waarde van sport en bewegen is overduidelijk aangetoond. Maar hoe benut je die waarde, in het gemeentelijk beleid? Hoe kan sport

bijdragen aan het gemeentelijk welzijns- en gezondheidszorgbeleid?' Het ministerie geeft zelf het antwoord: 'Door het sport- en recreatiebeleid te integreren met het gezondheids-, welzijns-, onderwijs- en huisvestingsbeleid. Door als gemeente samen te werken met publieke en particuliere organisaties. Door uit te gaan van zelfwerkzaamheid van de buurt en van buurtbewoners. Door een integraal beleid dus.' Duidelijk de taal van een moderne beleidsambtenaar. De landelijke ambities worden hier moeiteloos overgeplaatst naar het lokale niveau. Dáár moeten ruimtelijke ordening en sport met elkaar om de tafel om goed toegankelijke sport- en recreatie voorzieningen te creëren, daar moeten huisartsen gestimuleerd worden om meer beweging voor te schrijven. Wat biedt het ministerie daarvoor als ondersteuning? Wat zijn de speerpunten van de sportnota waar het gaat over gezondheid?

SPEERPUNTEN

Gezondheid en Sport: speerpunten van beleid

1. Bewegingsbevordering
2. Blessurepreventie
3. Doping
4. Sportmedische zorg

Onder het hoofdstuk 'Gezondheid en sport' staan vier speerpunten genoemd. Bewegingsbevordering staat bovenaan. Immers, de toenemende bewegingsarmoede onder jongeren en de (altijd al) geringe vrije-tijdsbeweging onder volwassenen is zorgwekkend. Nationale

projecten als Nederland in Beweging en Jeugd in Beweging dienen om dit speerpunt uit te werken. De bijdrage van het Rijk voor deze projecten bedraagt 12 miljoen aan extra middelen, verspreid over vier jaar (1995 - 1999). Het leeuwendeel hiervan is beschikbaar voor Jeugd en preventie, dat feitelijk niet onder gezondheid valt, maar onder maatschappelijke participatie. Het rijksgeld wordt besteed aan informatiepakketten en gemeenten kunnen voor innovatieve projecten een bijdrage krijgen. Het vormen van lokaal draagvlak, het starten van samenwerkingsgroepen, het activeren van welzijnswerk dat bijna overal met bezuinigingen te kampen heeft, moeten de gemeenten zelf bekostigen. Onder het hoofdstuk bewegingsbevordering valt overigens ook het terugdringen van nadelige effecten van beweging: terugdringen van alcoholgebruik en roken in kantines. De andere drie speerpunten richten zich geheel op het terugdringen van andere nadelige effecten: blessurepreventie (onder meer door te benadrukken dat verantwoorde sportbeoefening om regelmaat vraagt), verbetering van sportmedische zorg (door deze onder te brengen in de reguliere zorg) en dopingbestrijding.

De integrale aspecten van sport en gezondheid worden daarmee door het Rijk nogal nauw opgevat. Gemeenten die aan integraal gezond bewegingsbeleid willen doen, met extra aandacht voor kwetsbare groepen, komen met deze speerpunten niet ver. Gezondheid wordt in de sportnota grotendeels opgevat in medische termen. Er valt voor sportwerkers en gezondheidsdiensten meer te halen bij de speerpunten die vallen onder maatschappelijke participatie en sport; daar gaat het over het betrekken van jeugd (vooral 15+), allochtonen (met name allochtone meisjes en vrouwen) en mensen met een handicap of chronische aandoening.

ALCOHOLMISGING

Al op het congres over gezondheid en welzijn viel op dat er weinig animo was

bij de aanwezige GGD-directeuren en gemeentelijke bestuurders voor blessurepreventie, sportmedische zorg en terugdringen van alcohol. Het rijk moet doen wat het niet laten kan, maar er is slechts een GGD die van haar gemeentebesturen geld krijgt om iets te doen aan dopingpreventie. En onmiddellijk rees de vraag hoe de sportclubs en sportzalen hun begroting rond moeten krijgen als er aan alcoholmatiging gedaan moet worden. Krijgen gemeenten extra geld om het beheer op orde te houden? Komt er misschien ruimte om sportlokaties neer te zetten in oude wijken, waar goede lokaties vaak nauwelijks aanwezig zijn? Welke bijdrage gaat naar GGD' en die al jaren kampen met een ongezonde leefstijl in achterstandswijken, maar die nauwelijks mogelijkheden hebben meer te doen dan een paar cursussen per jaar?

De grote vraag is hoe de impuls van *Wat sport beweegt* kan gaan leiden tot een sportbeleid dat daadwerkelijk de gezondheid bevordert. Hoe worden deze speerpunten in gemeenten opgepakt? Een paar gemeenten doen mee met 'Nederland in beweging', maar lang niet zoveel als gewenst. In veel gevallen is er projectmoeheid: er is wel geld voor innovatie, maar de goede basisstructuur ontbreekt: veilige veldjes in de 'slechte' buurten, personele ruimte om een lopend project op gang te houden en om sportbuurtwerkers en jeugdgezondheidswerkers blijvend met elkaar om de tafel te krijgen om hun activiteiten voor kwetsbare jongeren op elkaar af te stemmen. Komt er naast geld voor voorlichting over alcoholmisbruik ook geld voor sportverenigingen om hun begroting rond te krijgen? Lukt het om onrendabele sportvelden in achterstandswijken nieuw leven in te blazen met activiteiten voor de inactieve onderkant van de samenleving?

LOKAAL

Een klein onderzoekje in drie gemeenten, Amsterdam, Arnhem en Rotterdam, levert drie voorbeelden op. Ze geven aan dat integraal sportbeleid op lokaal niveau wel mogelijk is, maar in de praktijk gebeurt zonder dopingbestrijding, blessurepreventie of alcoholmatiging.

Presikhaaf, Arnhem

In Presikhaaf, één van de achterstandswijken in Arnhem, probeert de gemeente de zaak in beweging te krijgen. Als onderdeel van het project 'Beter in de buurt' zijn nieuwe sportactiviteiten op-

gezet en in onbruik geraakte sportvelden voor 'sanering' behoed. Maar hoe krijg je vervolgens iemand die het meest in z'n element is met een biertje voor de buis, zover dat hij z'n in een ver verleden opgeborgen gymmen weer uit de kast haalt? 'Sportstimulering' blijkt duursport en duurt in elk geval langer dan het schrijven van een nieuwe sportnota. In Arnhem hadden ze die ook niet nodig om alvast te beginnen.

Eind jaren tachtig startte Arnhem officieel met het 'wijkbeheer'. Daarmee wil de gemeente de leefbaarheid van wijken verbeteren. Niet alleen instellingen, zoals woningcorporaties, buurt- en opbouwwerk en politie, maar ook bewoners buigen zich over de concrete uitwerking van plannen rond verschillende thema's. In 1994 organiseerde de GGD gesprekken met sleutelfiguren over 'gezondheid'. De belangrijkste gezondheidsproblemen werden geïnventariseerd en er werd een enquête uitgezet. Hieruit kwam onder meer naar voren dat er in Presikhaaf minder wordt gesport dan in andere wijken in Arnhem. Dat sport gezond is, was al bekend, maar die kennis alleen zorgt niet voor volle sportzalen.

FACELIFT SPORTVELDEN

Na de inventarisatie werden mogelijke maatregelen bedacht en voorgelegd aan een panel van buurtbewoners en wijkkader. De belangstelling voor sportactiviteiten bleek groot. Maar daarvoor moest wel eerst een reddingsactie komen voor de sportvelden die, vanwege de vergrijzing in de buurt, op de nominatie stonden voor opheffing. Dankzij een pleidooi van bewoners aan de, tactisch gekozen, vooravond van de gemeenteraadsverkiezingen, bleef de schade beperkt.

De velden van twee voetbalverenigingen werden samengevoegd en kregen een facelift, een ander terrein is bestemd tot trapveldje voor jongeren. Er gingen aerobiellessen voor vrouwen van start, goedkoop dankzij subsidie van de gemeente. Tijdens cursussen over overgewicht werd de link gelegd met beweging en een tienkamp voor ouderen, gekoppeld aan voorlichting over gezonde voeding, werd ook een succes. Uit de evaluatie kwam naar voren dat vooral de combinatie van sport en informatie goed aansloeg en dat een kwart van de bevolking op de hoogte was van de uitbreiding van sportactiviteiten.

Toch lopen inmiddels de deelnemersaantallen weer terug en blijft het lastig

Rekken en strekken

VWS, NOC*NSF, de Landelijke Vereniging van GGD'en en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten zijn op 14 mei door de aanwezige gemeentebestuurders, GGD-directies en sportbonden gevraagd om een boekje te maken voor gemeenten met voorbeelden van manieren waarop sport wordt ingezet als middel om brede gemeentelijke doelstellingen waar te maken: participatie, gezondheid, integratie, werkgelegenheid. Grootse doelstellingen, die ook grootse investeringen waard zijn. Door de Stichting Economisch Onderzoek is becijferd dat het bevorderen van sport en beweging een winst op kan leveren van f 400 miljoen per jaar, maar ook hier gaat de kost voor de baat uit. Arnhem, Amsterdam en Rotterdam, en alle andere, verdienen meer dan een tijdelijk projectpotje.

om bepaalde groepen te bereiken. Mary Ekelmans, consultant gezondheidsvoorlichting van de GGD, daarover: 'Sport is een mooie ingang, het is meer dan bewegen alleen. Je kunt culturen bij elkaar brengen en samenwerking in gang zetten. Het belangrijkste om dat voor elkaar te krijgen is naar mijn idee commitment bij instellingen en hun medewerkers. Zij moeten met energie en overtuiging aan de gestelde doelen kunnen werken. Veel instellingen kampen op dit moment juist met krapte, hebben overvolle agenda's. De vraag die dan snel gesteld wordt, is 'wat kost het ons en wat levert het ons op?'. In het algemeen geldt dat het bereiken van zogenaamde achterstands groepen veel tijd kost. Die groepen zijn niet homogeen. Het is moeilijk om iedereen op zijn eigen wensen aan te spreken en te bedienen. Dat kan alleen in heel direct contact, op het niveau van de straat. En dat kost mankracht en geld.' Sportstimulering op lokale schaal vraagt veel uithoudings- en inlevingsvermogen en creativiteit. Voor de Arnhemse knelpunten lijkt de nota van VWS geen oplossingen te geven.

Westerpark, Amsterdam

De stellingen van VWS over de positieve effecten van sport, onderschrijft Frans Vlietman, sportbuurtmedewerker in stadsdeel Westerpark, met daarbij de



foto: Jaromir Cejka

kanttekeningen dat sport niet zozeer vandalisme voorkomt maar dat het daartoe wel kan bijdragen, en dat sport alleen in verenigingsverband bijdraagt tot gezelligheid en sociale contacten. De positieve effecten van sport in de buurt kunnen dan ook het beste gestimuleerd worden door meer mensen in te zetten die zowel op het gebied van sport als op het gebied van buurtwerk zijn opgeleid. Als het rijk alleen maar aankomt met flankerend beleid in de vorm van dopingbestrijding en blessurepreventie, dan schiet je daar veel minder mee op dan met extra mogelijkheden om goed opgeleide mensen in te zetten om met alle partijen in de buurt samen te werken. Dan pas kan je ook banenpoolers en JWG'ers onder begeleiding inzetten en creëer je nog werkgelegenheid ook.

POSTERS EN Ft VERS

Westerpark kent zeer veel verschillende culturen, en veel gezinnen en kleine huishoudens met lage inkomens. De leus sport verbreedert wordt beleidsmatig vertaald door alle activiteiten in principe voor iedereen toegankelijk te maken. Verschillende groepen kunnen wel wensen uiten maar de activiteiten zijn open voor iedereen. Wel bestaat natuurlijk de mogelijkheid dat een

groep van een bepaalde etnische achtergrond zelf ruimte huurt in een sportaccommodatie, en daar z'n eigen activiteiten organiseert.

De werving voor allerlei activiteiten gebeurt enerzijds op de gebruikelijke manier door buurtkrantjes, posters en flyers, en men werkt met televisie spotjes op de lokale tv zender en binnenkort zelfs op internet. Anderzijds wordt er veel gebruik gemaakt van de opgebouwde contacten met scholen en het jeugd- en tienerwerk van de buurthuizen. Dit blijkt een prima manier te zijn om de kinderen warm te maken voor sportactiviteiten. Daarnaast stelt Frans dat het belangrijk blijkt te zijn om aan te sluiten bij de trends die onder jongeren leven. Zo bleek het een enorm succes om met een gehuurd busje vol met skates in allerlei maten de buurt in te trekken. De kinderen kwamen hier massaal op af. Op deze manier kan je contact leggen met de kinderen en kan je ze ook doorverwijzen naar meer reguliere activiteiten. Het sportbuurtwerk doet ook mee aan de invulling van de na-schoolse opvang voor 10-14 jarigen van het sociaal-cultureel werk.

Ook is er contact gelegd met de moskeeën in het stadsdeel, al is dit met wisselend succes verlopen. Duidelijk is dat sommige imams het beter vinden als de

kinderen alleen meedoen aan activiteiten die door de moskee georganiseerd zijn, terwijl anderen de kinderen juist wel stimuleren om aan onze activiteiten mee te doen. Het lukt overigens nog nauwelijks om allochtone meisjes mee te laten doen.

De contacten met de plaatselijke sportschool Chakuriki waar veel allochtone kinderen cursussen volgen in oosterse vechtsporten zijn uitstekend, er wordt veel samengewerkt. Deze sportschool spreekt de kinderen ook aan op hun gedrag buiten de sportschool.

De werving, via intermediairen, voor sportactiviteiten voor ouderen en gehandicapten loopt, volgens Frans, minder soepel. Dit ligt voor een groot deel aan gebrek aan tijd om alle contacten met intermediairen te onderhouden. Contacten moeten op een gegeven moment wel wat opleveren. Het zou wat dat betreft goed zijn als er meer professionele krachten in dienst waren om dit soort contacten te onderhouden. Dan zouden ook de eerstelijnsgezondheidswerkers in de buurt misschien gestimuleerd kunnen worden om mensen gericht naar ons door te verwijzen in plaats van alleen maar tegen patiënten te roepen dat ze meer moeten bewegen of af moeten vallen. Verder zou het goed zijn om goed lopende projecten te

continueren en overdraagbaar te maken voor andere buurten in plaats van steeds maar weer nieuwe plannen te financieren voor een korte tijd zonder dat van te voren duidelijk is of deze nieuwe projecten wel aanslaan.

Zwemmen in Rotterdam

Alice van de Hoef: 'Binnen de Dienst Recreatie hebben we een aantal jaar geleden een project 'Vrouwen in de Sport' gestart. Met als belangrijke doelgroep allochtone vrouwen en meisjes. Een beetje als tegenwicht voor alle aandacht voor allochtone jongens voor wie kickboxen, sportopleiding enzovoort worden georganiseerd. Meisjes zijn een vergeten gebied. Zo worden bijvoorbeeld plekken in de openbare ruimte gecreëerd om te sporten; meisjes sporten echter het liefst binnen. De diversiteit van de bevolking maakt het niet makkelijk om algemeen sportbeleid te ontwikkelen. De kunst is verschillende acties naast elkaar te laten bestaan.

Wij zijn begonnen met onderzoek naar de sportbeleving van allochtone vrouwen en meisjes en de rol van organisaties in de wijk. Daaruit bleek onder meer dat de aandacht voor sport aarzelend was, maar als ze iets deden was het zwemmen en gymnastiek. Overigens zag je verschillen: Surinaamsen deden ook wel aan volley- en basketbal. Voor hen is de drempel blijkbaar iets lager dan voor Turksen en Marokkaansen. Belangrijke conclusie was dat *maatwerk en intensieve begeleiding* de meeste garantie biedt voor het betrekken van allochtone vrouwen bij sportactiviteiten. Een aardig neveneffect van het onderzoek was overigens dat het leidde tot het ontstaan van een 'sportnetwerk' in de wijken waar we het onderzoek deden.'

ALLOCHTOON ZWEMKADER

Met het zwemscholingsproject sloten we dus simpelweg aan bij wat de vrouwen al doen: zwemmen. We wilden ze alleen net een stapje verder krijgen; ze na het behalen van het zwemdiploma de kans bieden cursussen te volgen waarna ze in het zwembad kunnen werken. De aanwezigheid van 'allochtoon zwemkader' kan stimulerend werken voor andere allochtone vrouwen en meisjes. We hadden Hindoes-taanse, Surinaamse, Indiase, Marokkaanse en Nederlandse vrouwen als cursisten geworven.

Het project is stapsgewijs opgezet. Eerste stap was de cursus zwembegeleider (10 bijeenkomsten, 20 cursisten) van de BRES, de landelijke dienst Be-

weging, Recreatie en Spel. Tweede stap waren de cursussen zwemleider-A en zwemleider sportieve recreatie (44 bijeenkomsten, 14 cursisten waarvan 9 geslaagd voor beide examens). Stap drie was de tweejarige beroepsopleiding zwembadonderwijzer (zes cursisten). Steeds was minstens de helft van de cursisten allochtoon. Van hen is nu een aantal werkzaam als vrijwilliger, twee geven als gediplomeerd zwemleider elke zondagochtend les aan allochtone vrouwen in twee Rotterdamse baden tegen geringe vergoeding, een paar hebben een contract voor een aantal uren, één is betaalde zwembadjuif. De opbrengst is echter groter: de baden hebben gevarieerder personeel. En: het heeft vrouwen geholpen achter de geraniums vandaan te komen; het is een geaccepteerde manier om je in de samenleving te begeven. Zoals de vrouwen zeiden: 'les geven betekent jezelf laten zien'. De effecten daarvan zijn niet kwantitatief aan te tonen.

Wat nodig is voor zo'n project? Op de eerste plaats *subsidie*. De intensieve begeleiding en het afhuren van een zwembad kosten geld. We hebben onder meer wat subsidie gekregen van het arbeidsbureau, als werkgelegenheidsproject. Verder is nodig dat betrokken *instanties soepelheid tonen*. Anders kunnen ze geen maatwerk leveren. Ze moeten creatief meedenken met het eigen van het project, met de doelgroep. BRES deed dit bijvoorbeeld door een vrouwelijke instructeur te leveren. De Nederlandse Culturele Sportbond door de mogelijkheid te geven het examen mondeling af te leggen (de Zwembond was hier niet toe bereid) en er rekening mee te houden dat deze vrouwen autoriteitsgevoeliger zijn. Ook is een *sterke projectleider* nodig. Zij moet kunnen doorzetten en enthousiasmeren. Een zwembad staat niet te popelen het bad beschikbaar te stellen voor maar 15 vrouwen. De projectleider moet laten zien dat het wel een interessante investering voor ze is.

Wat het rijk zou moeten bieden is meer creativiteit, en het doorbreken van de 'bolwerken' die sportbonden vaak zijn. Nogal witte, mannelijke bolwerken - weet ik omdat ik er zelf in zit. Deze zouden meer afspiegeling van de samenleving moeten zijn. Concurrerende organisaties moeten worden gestimuleerd. Organisaties moeten uitgedaagd worden maatwerk te leveren, daar op beloond worden. De kloof tussen landelijke organisaties en de praktijk in een gemeente is groot. Een rechtstreekse

subsidiestroom van VWS naar de (grote) steden zou de specifieke professionaliteit, in die steden wellicht beter getoet komen. Andersom laten gemeentes zelf veel liggen. Zoals rondom sport en allochtone vrouwen. Er is bij VWS meer mogelijk dan je denkt, ook financieel gezien.

Je moet aandacht blijven vragen voor vrouwen en meisjes in de sport. Al staat het beleidsmatig op papier, in praktijk blijven de overlast gevende jongens voorop staan. De positieve neveneffecten van sport worden soms overdreven vind ik. Sport als middel voor participatie en integratie is mooi. Maar sport is ook gewoon een product. Dat toegankelijk moet zijn voor alle bevolkingsgroepen.'

Bron projectrapportage: Vrouwen in de Sport, Dienst Recreatie Rotterdam, 1996

Anja Koomstra, Rascha Thomas, Josine van den Bogaard en Noëlle Putgens vormen samen de thema redactie Public Health

BESCHERMD WONEN VOOR ASIELZOEKERS

Eveline van der Aa

Asielzoekers met chronische psychiatrische problemen kunnen een beroep doen op de voorziening Beschermd Wonen. Bij 6 RIB W's (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen) zijn er specifieke plaatsen gerealiseerd voor asielzoekers.

Het project asielzoekers van de RIB W's is een uitdaging tot multiculturele hulpverlening en roept vragen op. In hoeverre zijn asielzoekers een aparte doelgroep? Zijn de cultuurverschillen een belangrijk probleem? Begeleiders menen dat de lengte van de asielprocedure meer kwaad doet.

Verslag van een eveluatie-onderzoek.

De geestelijke gezondheidszorg krijgt steeds meer cliënten met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse - ook asielzoekers en vluchtelingen. Met ondertekening van het vluchtelingenverdrag van Genève heeft Nederland zich politiek bereid verklaard tot opvang van vluchtelingen. Vluchteling: vreemdeling die in zijn land van herkomst gegronde vrees heeft voor vervolging. Een asielzoeker is iemand die vraagt om als vluchteling erkend te worden.

Asielzoekers hebben vaak te maken gehad met ervaringen van geweld en vervolging. Eenmaal in Nederland komt de verwerking van de vluchtervaring zelf: het hebben moeten verlaten van huis en haard, verlies van familie, vaderland en cultuur. Tot er een beslissing is genomen over de asielaanvraag verblijft de asielzoeker in een asielzoekerscentrum (AZC). De opvang van asielzoekers is 'sober doch humaan' en in eerste instantie gericht op beheersbaarheid. In de centra is weinig privacy, men slaapt vaak met meerderen op één kamer, en er ontbreekt een zinvolle dagbesteding. Het ministerie streeft ernaar om een asielzoeker binnen zes maanden een definitief antwoord te geven op zijn asielaanvraag. Dit staat echter ver af van de praktijk. Twee jaar moeten wachten op een status is geen uitzondering. Het leven van een asielzoeker bestaat dan ook uit een eindeloos wachten in onzekerheid, in een land dat het zijne nog niet is en een woonsituatie die voortdurende stress oplevert.

VERWERKING

Ondanks hun kwetsbare positie lukt het een groot aantal vluchtelingen om hun ervaringen op een gezonde manier te

verwerken en hun weg te vinden in de Nederlandse samenleving. Voor sommigen is het verlies aan sociale steun, de angst tijdens de vlucht en de machteloosheid tijdens de langdurige asielprocedure echter een te grote belasting. Zij kampen met zware psychische of psychiatrische problemen en vragen om specifieke zorg.

Zodra een asielzoeker toegelaten is tot de asielprocedure, is de regering verantwoordelijk voor een goede opvang. Een goede gezondheidszorg is hier een onderdeel van. Alle asielzoekers zijn verzekerd via een AWBZ-ervangend pakket. Asielzoekers met psychische problemen kunnen dan ook een beroep doen op de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Niet elke instelling is echter in staat om zich in de problematiek van asielzoekers te verdiepen. Om vluchtelingen en asielzoekers toch de psychosociale en psychiatrische zorg te kunnen bieden die zij nodig hebben, bestaan een aantal categorische instellingen die zich specifiek richten op hun problematiek. Een voorbeeld hiervan zijn de RIBW's die participeren in het asielzoekersproject. ..

HET PROJECT

Begin 1993 constateerde het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) een behoefte aan plaatsen beschermd wonen voor asielzoekers. Tegelijkertijd werd echter geconstateerd dat de toegankelijkheid van de RIBW's nog veel te wensen over liet, door onbekendheid met de doelgroep, de relatief intensieve begeleiding die nodig is en angst voor problemen door taal- en cultuurverschillen. Ook hebben veel RIBW's een wachtlijst die soms wel op kan lopen tot twee jaar.

Een projectgroep ging aan het werk om op korte termijn een aantal extra plaatsen voor asielzoekers te realiseren. Daarin namen deel het COA, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Vereniging voor Beschermd Woonvormen (NVBW, inmiddels opgegaan in GGZ-Nederland), Pharos (steunpunt gezondheidszorg en vluchtelingen) en acht RIBW's, die ieder zes extra plaatsen aanvroegen voor asielzoekers.

RIBW ZORG

Een RIBW is een voorziening binnen de geestelijke gezondheidszorg waar begeleiding en huisvesting geboden wordt aan mensen die vanwege psychische of psychiatrische problematiek langdurige problemen ondervinden in hun sociaal functioneren. De doelgroep is bewust breed omschreven en in de praktijk worden indicatiecriteria ruim geïnterpreteerd. Dit betekent dat er veel verschillende bewoners zijn.

Gemeenschappelijk is de behoefte aan begeleiding in het wonen en het opbouwen van een sociaal netwerk. Rehabilitatie is het sleutelbegrip; de behoeften van de bewoner staan centraal en zijn zelfstandigheid en deelname aan de samenleving wordt gestimuleerd.

In plaats van de zieke kant van een persoon te benadrukken, richt de begeleiding zich op de mogelijkheden van de cliënt. Aandacht is er voor de algemene zelfredzaamheid, het wonen, de dagbesteding en het sociale netwerk. Een begeleidingsplan op basis van de wensen van de bewoner is uitgangspunt voor de individuele zorg.

Een RIBW heeft een aantal huizen waar gemiddeld zo'n vier bewoners samenwonen. De begeleiding komt dagelijks enkele uren over de vloer.

Sinds de start van het asielzoekersproject zijn er vierentwintig plaatsen gerealiseerd bij totaal zes RIBW's (1). Twee RIBW's (2) zijn nog niet gestart. Doel van het project: het beschermd wonen daadwerkelijk toegankelijk maken, relevante deskundigheid opbouwen, ervaring opdoen met multiculturele hulpverlening en een uitstralingsef-

fect creëren naar andere GGZ-instellingen. Asielzoekers kunnen niet alleen via het asielzoekers project, maar ook via reguliere wegen worden geplaatst in een RIBW.

Het asielzoekersproject is landelijk, maar de participerende RIBW's hebben een grote eigen beleidsruimte. Verschillen zitten in begeleiding en ook huisvesting. Er zijn RIBW's in de stad, andere in een dorp: In twee wonen asielzoekers samen met Nederlanders, de andere deelnemende RIBW's hebben categorale asielzoekershuizen gesticht. Ook zijn er verschillen in de organisatie. De ene RIBW heeft een geheel nieuw team dat zich uitsluitend op asielzoekers richt, anderen mengen de zorg.

Voor alle RIBW's waren asielzoekers een nieuwe doelgroep. Taal- en cultuurverschillen zouden veel problemen kunnen opleveren, zo was de verwachting. Die kwam niet altijd uit.

INDICATIE

Indicatiecriteria voor plaatsing in een RIBW zijn: een chronisch psychiatrische diagnose, een enigszins gestabiliseerd ziektebeeld, bereidheid tot medicatie-inname, een redelijke mate van zelfstandigheid, behoefte aan begeleiding en enige motivatie tot het samenwonen met anderen. Over het algemeen zijn bewoners meermalen opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis en zijn er uitgebreide dossiers voorhanden.

Van te indiceren asielzoekers is veel niet bekend, documentatie ontbreekt. Chroniciteit, bijvoorbeeld is moeilijk vast te stellen. Een ander knelpunt is de culturele beleving en presentatie van ziekte. Veel asielzoekers zijn onbekend met onze manier van denken en behandelen van psychische problemen. In veel landen kent men het verschil tussen psychisch of lichamelijk ziek zijn niet of nauwelijks. Spanningen, psychische problemen of psychiatrische problematiek worden daar in somatische termen beleefd en verwoord. Wanneer een man bijvoorbeeld spreekt over 'wormen in zijn buik', hoeft dit niet op wanen te duiden maar kan het ook een in zijn land van herkomst geaccepteerde manier van communicatie zijn. Zo'n cultuurverschil vraagt om een andere benadering.

In het asielzoekersproject weegt de eis van chroniciteit minder zwaar en is er bij de indicatiestelling specifieke aandacht voor de non-verbale communicatie en een empathische benadering.

MINDER INDIVIDUEEL

Zoals aangegeven, werkt men in een RIBW met individuele begeleidingsplannen. In het asielzoekersproject roept deze werkwijze weerstand op. Vaak zijn asielzoekers niet gewend om over hun (psychische) problemen te praten. De Nederlandse psychiatrie is onbekend, evenals het karakter van een RIBW en ook de rol van hulpverlener: 'De begeleiding lijkt soms politie, soms moeder, soms dokter'.

In de begeleiding van asielzoekers wordt veel tijd besteed aan maatschappijvoorlichting, psycho-educatie, vertrouwen winnen en een werkrelatie opbouwen. Het opstellen van een schriftelijk begeleidingsplan past daarin niet en kan ook bedreigend zijn. Het 'ondertekenen van een verklaring' kan een asielzoeker heel anders ervaren hebben en daarom wantrouwen wekken ten aanzien van hulpverleners. Hier wordt duidelijk hoe Nederlands de methodiek is: het op papier zetten van afspraken, veel praten over problemen, gestructureerd werken, het individu en zijn wensen centraal stellen.

Een ander voorbeeld van deze 'culturele vooronderstellingen in de zorg' is het belang dat wordt gehecht aan een gemaakte afspraak. Asielzoekers interpreteren een afspraak vaak veel flexibeler en vrijblijvender dan wij gewend zijn. Begeleidingsplannen met asielzoekers in een RIBW bieden niet het houvast dat de begeleiding met Nederlanders gewend is.

Het alternatief is dat de begeleiding zich richt op het opbouwen van een werkrelatie waarin onderhandeld wordt over doelen en werkwijze.

AAN TAFEL!

Natuurlijk speelt cultuur ook een grote rol in de dagelijkse praktijk thuis. Verschillende ideeën komen naar boven over vrouwen- en mannenwerk, hoe belangrijk familiebanden zijn, wat gastvrijheid is.

Om zes uur gezamenlijk eten is vaak regel in huis. Een zeer Nederlandse tijd en ook de betekenis die wij aan het samen eten hechten is niet universeel. Het rustpunt, de gezelligheid van elkaar aan tafel treffen wordt door veel asielzoekers niet zo beleefd. In veel huizen bleek het gezamenlijk eten dan ook een voortdurend punt van discussie. Deze confrontatie van culturele waarden daagt uit. Over welke gewoonten en regels kan worden onderhandeld in een RIBW? Waarin ligt de essentie van de zorg?

Over het algemeen zijn de asielzoekers die in het evaluatie-onderzoek aan het woord kwamen, tevreden over de RIBW. Zij zijn blij met de privacy die zij daar hebben en de relatieve rust. Tegelijkertijd wordt de RIBW echter ook een gevangenis genoemd: 'De tijd tikt verder, ik ben twee jaar van mijn leven kwijt, waarom geven jullie mij mijn leven niet terug?'

De asielprocedure is de gevangenis die het de asielzoeker onmogelijk maakt een toekomst op te bouwen. Twee of drie jaar leven in onzekerheid over het wel of niet mogen verblijven in Nederland is een enorme belasting en maakt de asielzoeker machteloos en zonder richting. Hierdoor zijn veel asielzoekers ongemotiveerd en hangt men apathisch op bed of bank. 'Eerst wil ik een status, dan praat ik verder.'

De lengte van de asielprocedure wordt door de begeleiding dan ook als een groter probleem gezien dan de cultuurverschillen.

SPECIFIEK?

Asielzoekers hebben als groep bepaalde kenmerken; een niet-Nederlandse culturele achtergrond, de specifieke woonsituatie in het AZC, ervaringen van trauma en ontheemding, onbekendheid met de Nederlandse (geestelijke gezondheids-)zorg, de jarenlange asielprocedure die de asielzoeker machteloos en afhankelijk maakt. Maar maakt dit alles hen tot een aparte doelgroep voor de RIBW die specifieke zorg behoeft?

Twee belangrijke argumenten voor het starten van een apart project met specifieke plaatsen voor asielzoekers waren het gebrek aan deskundigheid en de lange wachtlijsten. Beiden zijn door het huidige project opgelost: de RIBW's doen ervaring op met de doelgroep en door de plaatsen te oormerken voorkomt men lange wachttijden. Het starten van een project zoals dit is mede zinvol omdat door specifieke aandacht voor de doelgroep duidelijker in kaart kan worden gebracht waar knelpunten in de (reguliere) zorg voor asielzoekers liggen.

Asielzoekers vragen om specifieke deskundigheid. De begeleider zal kennis moeten hebben over het omgaan met cultuurverschillen, traumaverwerking en de asielprocedure. De begeleiding aan asielzoekers kost vaak extra tijd vanwege communicatieproblemen of onbekendheid met wet- en regelgeving. Het onzekere toekomstperspectief maakt dat de asielzoeker moeilijk te motiveren is tot activiteit.

Daarnaast hebben asielzoekers in ver-

gelijking met Nederlandse cliënten een ongelijke rechtspositie, minder zakgeld te besteden en moeten zij nog wennen aan de Nederlandse definitie van ziekte en hulpverlening.

Dit alles pleit voor de extra en specifieke aandacht die aan asielzoekers wordt gegeven. Het moge duidelijk zijn dat de inhoud van de zorg aan asielzoekers verschilt van de zorg aan Nederlandse cliënten en dat een apart project organisatorische voordelen kan hebben, maar betekent dit ook een fundamenteel verschil in het zorgaanbod?

Gezien de ruime definitie van de doelgroep van RIBW'91 blijkt dat asielzoekers met langdurige psychische of psychiatrische problematiek in feite niet afwijken van de reguliere doelgroep. Ook de werkwijze van een RIBW behoeft in feite geen aanpassing. De rehabilitatie gedachte zet de behoefte van de cliënt centraal, biedt een individuele aanpak van individuele problematiek. Het moeten onderhandelen over werkwijze en doelen doet recht aan de gelijkwaardigheid en zelfstandigheid van de cliënt. Het werken met cliënten uit een andere cultuur vraagt de bereidheid om te twijfelen aan de eigen vanzelfsprekendheden en te onderzoeken waar de essentie van de zorg ligt.

Dit twijfelen aan vanzelfsprekendheden en routine is echter een vaardigheid die ook in het werken met reguliere cliënten noodzakelijk is. Ook Nederlanders verschillen, ook zij kunnen een andere betekenis hechten aan vermeende vanzelfsprekendheden. Asielzoekers zijn misschien een aparte doelgroep door hun specifieke situatie en de uitdaging die zij aan Nederlandse hulpverleners biedt om vraagtekens te zetten bij het gewone. Deze uitdaging kan echter gezien worden als een spiegel, een verheldering van de vooronderstellingen in de hulpverlening.

Eveline van der Aa is studente culturele antropologie aan de Universiteit Utrecht. Zij voert het evaluatie-onderzoek uit naar het asielzoekersproject bij de RIBW'91, in opdracht van GGZ-Nederland.

ZELFWERKZAAM

- Na de psychiatrie -

Peter ten Cate

Marieke Bootsma zit sinds december 1995 in de WAO. Volgens haar psychiater heeft ze een chronische vitale depressie. Die diagnose heeft hij niet zo maar uit zijn duim gezogen. Marieke kan zich nauwelijks meer herinneren dat ze niet met zichzelf en het leven liep te tobben.

Echter, ik praat met een vitale vrouw. Ons gesprek gaat dan ook over haar mogelijkheden, haar toekomst, maar vooral over haar ervaringen in de stichting Zelfwerkzaam.

'Ik heb meer dan tien jaar in mijn eentje tegen psychologen lopen aanzuren. Toen ik in de zomer van 1995 een stukje over zelfhulpgroepen voor werknemers met een psychiatrisch verleden las in een huis-aan-huis-blad, was het of er allemaal zaken op hun plek vielen.' Na eerst aan zo'n groep te hebben deel genomen, begeleidt Marieke nu zelf groepen.

WAAROM ZELFHULP?

Voor Marieke was dat simpel. 'Ik wilde niet weer met een therapeut graven in m'n problemen en m'n hoofd breken over het waarom. Ik wilde niet klagen, maar verder.' Ze wilde in elk geval weer aan het werk, maar daar botste ze op een muur. 'Van mijn collega's en mijn baas hoorde ik niets, ondervond geen greintje begrip. Het was mijn probleem. Daar word je zo machteloos van, vooral omdat ik per se terug wilde, nee, terug moest van mezelf.'

Toen las ze een oproep voor een zelfhulpgroep. 'Ik heb altijd gezegd dat ik nooit in een groep wilde, maar praten met mensen met soortgelijke ervaringen leek me wel wat.' Het kennismakingsgesprek met de begeleiders, ook ervaringsdeskundigen, verliep al prettig. 'Een verademing om met gelijkgestemden te praten. Ook tijdens de eerste bijeenkomst van de groep, een onbekend en divers gezelschap, was er meteen een band, namelijk onze psychiatrische achtergrond en de problemen die dat op ons werk met zich meebrengt.'

Het contact met lotgenoten is speciaal. 'Natuurlijk weten anderen ook wat over uitval door ziekte, zij begrijpen wel dat onbegrip van collega's en je werkgever het laatste is dat je op zo'n moment kunt gebruiken. En zij weten van de

problemen om weer aan de slag te gaan. Maar aan een half woord hebben ze niet genoeg. Je moet altijd alles uitleggen. En je merkt dat men al snel denkt "nee, alsjeblieft, niet weer", dus dan hou je je mond wel.'

De mensen in haar groep hadden wel vaak aan een half woord genoeg, die herkenden wat ze vertelde, die vonden haar geen zeur. En, als ze wel zou zeuren, dan durfden zij dat haar gewoon te zeggen. 'Mijn psychiater zei ooit dat ik daar een warme deken had gevonden. Dat was ook zo, vooral in het begin.'

GEEN THERAPIE

Zeer belangrijk voor Marieke is dat er geen therapie bedreven wordt. 'Ik ben niet tegen therapie. Ik heb er zelf het nodige aan gehad, maar op een gegeven moment moet je vooruit. Ik weet wat ik heb, de medicijnen werken goed, nu wil ik leven zonder gezeik.'

Inzicht in het eigen functioneren is ook in zelfhulp erg belangrijk. 'Waarom die strijd met je werk? Wat betekent werk eigenlijk voor je? Zulke vragen hebben me geïnspireerd om op een andere manier met het werk om te gaan. Niet langer stond centraal wat er moet, maar wat ik wil.' Een hulpverlener kan dezelfde vragen stellen, maar het effect is anders. 'Het belangrijke verschil is dat je bij zelfhulp ook anderen iets te bieden hebt. Dat je ervaringen niet alleen problematisch zijn, maar ook nuttig en leerzaam voor anderen. Je bent waardevol.'

VIERHONDERDDUIZEND!

Marieke Bootsma is een van de tallozen in Nederland die vanwege psychische problemen langdurig uit het arbeidsproces verdwijnen. In 1995 gaat het om meer dan 400.000 mensen: zo'n

150.000 in de Ziektewet en ruim 250.000 in de WAO. Werkhervatting is voor deze groep vaak behoorlijk moeilijk. Er is vaak sprake van een verhoogde kwetsbaarheid, een grote faalangst en een gebrek aan steun op de werkvloer. Veel (ex)psychiatrische patiënten verliezen hun baan toch weer, omdat ze de werkstress niet kunnen hanteren. Anderen realiseren een precair evenwicht door een combinatie van passend werk (veelal deeltijd en iets onder hun vroegere capaciteiten), een zeer geregeld leven, eigen coping-strategieën en steun van anderen.

Wie weer aan het werk wil en kan, kan bij de reguliere zorg terecht voor hulp. Zo zijn er voor herintreders onder de noemer arbeidsrehabilitatie specifieke trainings- en begeleidingsprogramma's. En er is een breed scala aan hulpverlening om (langdurige) uitval uit het arbeidsproces om psychische redenen te voorkomen.

De stichting Zelfwerkzaam pretendeert niet de reguliere hulp te kunnen vervangen. Wel meent het een belangrijke aanvulling te zijn. Marieke ziet als belangrijke aspecten van zelfhulp: 'gelijkwaardigheid, leren pal staan voor jezelf, onderhandelen, ontdekken van rechten en plichten en natuurlijk de warme deken, de onderlinge steun.'

ZWAAR

Zelfwerkzaam wil langzaam groeien. Men hoopt eind dit jaar ook een aantal groepen te hebben buiten de grote steden. De groei kan ook niet snel. Het werk wordt op vrijwillige basis gedaan door ervaringsdeskundigen. Als een groep eenmaal loopt dan kost dat een begeleider zo'n drie uur per week. Maar het starten van een groep blijkt zwaar. Acht mensen hebben de tweede training van Zelfwerkzaam voor begeleiders gevolgd; slechts twee daarvan is het gelukt om gezamenlijk een eigen groep te beginnen. Om meer ondersteuning te bieden krijgt elke nieuwe begeleider nu een ervaren begeleider als coach. Daarnaast organiseert Zelfwerkzaam eens in de zes weken een interview-bijeenkomst voor alle begeleiders.

Inmiddels hebben ruim 40 mensen aan de groepen deelgenomen. Zelfwerkzaam houdt geen algemene registratie bij, maar de deelnemers lijken een heterogene groep te vormen. De groep van Marieke telde negen deelnemers, inclusief haarzelf.

'Een zeer divers gezelschap. De jongste was begin twintig, de oudste eind vijf-

De stichting Zelfwerkzaam organiseert en ondersteunt zelfhulpgroepen voor mensen met een psychiatrische verleden die werken of weer aan het werk willen. Het initiatief voor de stichting is in 1994 genomen vanuit de Rotterdamse geestelijke gezondheidszorg (SOGG) en twee landelijke cliëntenorganisaties (stichting Pandora en de Landelijke Patiënten- en Bewonersraden). Een groep bestaat uit ongeveer acht deelnemers en twee begeleiders uit een stad of een regio. Het thema van elke groep staat vast: hoe combineer je een psychiatrisch verleden met werk? Elke groep bepaalt zelf verder de inhoud en de frequentie van de bijeenkomsten.

De begeleiders vervullen een belangrijke rol. Het zijn ervaringsdeskundigen, mensen met een psychiatrisch verleden die zelf ook de problemen rond werkherhervatting ervaren hebben. Zij worden door de stichting geworven en volgen een korte training over het opzetten en begeleiden van zelfhulpgroepen, die de stichting zelf verzorgt. Vervolgens zetten de begeleiders in duo's een eigen groep op. Zij werven deelnemers, voeren kennismakingsgesprekken, regelen een ruimte en begeleiden de bijeenkomsten. Thema's zijn onder andere solliciteren, omgang met werkgever en collega's, rechten en plichten rond het reïntegratie-rapport. Waar nodig worden andere deskundigen uitgenodigd.

In 1995 zijn de eerste vier groepen gestart. Tot half 1997 hebben er in totaal zeven groepen gedraaid in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) plus de gemeente De Bilt.

tig. Het ging van postsorteerder tot wetenschappelijk medewerker'. Het psychiatrische verleden is de overeenkomst tussen de groepsleden, inclusief de begeleiders. Dit gedeelde verleden zorgt voor het gevoel van gelijkwaardigheid, ook al is er een rolverdeling. 'Toen ik zelf aan een groep deelnam, hield een van de begeleiders zich duidelijk wat op de vlakte. Nu ik zelf een groep begeleid, wordt ik ook wel aangeduid als 'leidster'. De rolverdeling vervaagt, naarmate de groep langer bestaat.'

"Vanmijn collega's en mijn baas hoorde ik niets. Het was mijn probleem."

De leefduur van een groep staat niet vast, maar het is niet de bedoeling dat iemand afhankelijk wordt van de groep. Op dit moment gaat men uit van in elk geval tien bijeenkomsten, waarna gekeken wordt of men door wil gaan. Marieke denkt zelf aan maximaal 20 bijeenkomsten. 'Als de groep dan nog door wil gaan, dan is dat prima, maar op eigen kracht. Ik wil dan een nieuwe groep kunnen opzetten.' De zelfhulp beperkt zich ook niet tot de groepsbijeenkomsten. Deelnemers ondersteunen elkaar ook daarbuiten. Van een simpel telefoontje rond een spannend moment

tot het samen nog eens oefenen van een keuingsgesprek.

OOK ZELFHULP

Zelfwerkzaam sluit aan op een lange traditie van zelfhulp. Trendsetter is de AA (Anonieme Alcoholisten), die inmiddels ruim zestig jaar bestaat. Opvallend zijn de grote overeenkomsten tussen diverse vormen van zelfhulp, zoals onder andere blijkt uit *Gedeelde smart, dubbele vreugd*, een onderzoek van Janssen en Geelen naar lotgenotencontact in de psychiatrie (1996). Zelfhulpgroepen hebben als voornaamste doelen:

- onderlinge steun, met name praktisch en gebaseerd op begrip;
- onderlinge hulp, onder andere gericht op het leren omgaan met problemen en gebaseerd op ervaringsdeskundigheid;
- emancipatie, door het vergroten van het zelfbewustzijn en de gelijkwaardigheid.

Deze doelen moeten uiteindelijk leiden tot meer maatschappelijke participatie als weerbare, mondige en volwaardige burger, ondanks de achtergrond of beperking. Effecten van zelfhulp zijn hoofdzakelijk positief. Het is 'meer' (meer kennis, meer participatie) en 'beter' (beter onderhandelen met hulpverleners).

Emancipatie is, naast een effect, ook een voorwaarde voor zelfhulp. Deelname aan een groep vereist op zijn minst een begin van het besef van de waarde van de eigen deskundigheid. Men voelt

zich niet langer alleen afhankelijk van opgeleide deskundigen, maar meent dat men elkaar als ervaringsdeskundige het nodige te bieden heeft..

NIET IEDEREEN

Zelfhulp stelt eisen aan de deelnemers. Voor Marieke is eerste vereiste dat je weer aan het werk wilt, dus aan het solliciteren bent.. En er moet een redelijke afstand zijn tot de eigen psychische problemen.

'Er melden zich ook mensen aan, die duidelijk nog zwaar in de problemen zitten. Die passen niet in onze groepen, die hebben eerst een therapeut of zo nodig.' Indien gewenst worden deze mensen verwezen naar de hulpverlening.

Verder moet iemand bereid zijn het nodige van zichzelf te geven. 'Een groepslid moet zijn eigen ideeën kritisch durven te bekijken en te laten bekijken. Niet blijven hangen in wat bij de ander ligt, maar ook wat je eigen aandeel daarin is en hoe je dat kunt veranderen.' Niet elk groepslid hoeft even actief te zijn, maar de intentie om elkaar te ondersteunen moet op zijn minst merkbaar zijn. Ten slotte dient men respect voor de ander te hebben en diens privacy te beschermen.

'Ik weet wat ik heb, de medicijnen werken goed, nu wil ik leven zonder gezeik.'

Voor een deel zijn deze eisen gebonden aan het doel van Zelfwerkzaam, namelijk het organiseren van onderlinge steun bij werk of het weer aan het werk komen. Andere eisen gelden meer algemeen voor zelfhulp, zoals de afstand tot de eigen problemen.

Tussen de eerste psychiatrische behandeling en de stap naar een lotgenotenorganisatie ligt gemiddeld elf jaar.. Onderzoekers Janssen en Geelen veronderstellen dat mensen eerst een ontkenningfase moeten overwinnen, 'voordat men zijn psychische problematiek onderkent, accepteert en wil vergelijken met lotgenoten'.

Het is zeker nog niet vanzelfsprekend om je heil te zoeken bij lotgenoten. De professionele hulpverlening is de meest logische eerste stap bij problemen. Lang niet iedereen heeft fiducia in on-

dersteuning door lotgenoten of wil daar mee geïdentificeerd worden.

En de hulpverlening lijkt lotgenotencontact op z'n hoogst het voordeel van de twijfel te geven (Janssen en Geelen, 1996). Niemand verwijst actief naar de groepen van Zelfwerkzaam.

ARBEIDSREHAB

Apart is de kloof die lijkt te bestaan tussen arbeidsrehabilitatie en zelfhulp. De verwachting zou zijn dat het aanbod van Zelfwerkzaam mooi aan zou sluiten op arbeidsrehabilitatie. Arbeidsrehabilitatie heet de arbeids-integratie van met name mensen met langdurige psychische problemen, door zowel de capaciteiten van het individu te ontwikkelen, als het werk aan te passen aan het individu. Het bijbehorend aanbod is divers: van een voorbereidende training tot en met ondersteuning op de werkvloer door een job coach.

Vanuit dit aanbod worden echter nauwelijks tot geen mensen naar de groepen van Zelfwerkzaam verwezen, terwijl daar toch ook mensen in zitten die jarenlang zijn opgenomen geweest.. Er lijkt een principieel verschil te zijn tussen zelfhulp, gebaseerd op onderlinge steun, en rehabilitatie, die uitgaat van individuele ondersteuning door professionals.

Zelfhulp sluit wel aan op het concept van 'recovery' of herstel.. Onder deze noemer claimen cliënten de centrale rol in het leren leven met hun eigen psychische problemen; een rol die van oudsher het eigendom is geweest van de hulpverlener. De rehabilitatie was al een stap in de emancipatie van de cliënt.. Maar, 'rehabilitatie is iets wat hulpverleners doen. Herstellen doen cliënten zelf.' (Boevink, 1997). Wellicht dat dit toenemende zelfbewustzijn van de cliënten de rol van onderlinge steun in de arbeidsrehabilitatie zal vergroten en de stap naar zelfhulp zal gemakkelijken.

PIONIEREN

Het aantal mensen dat om psychische redenen uit het arbeidsproces verdwijnt is enorm. Hun problemen om weer een plek te heroveren zijn groot.. Zelfhulp op het snijpunt tussen psychiatrie en arbeid kan in een grote behoefte voorzien. De stichting Zelfwerkzaam vervult een pioniersrol.. De start is voorsnog bescheiden, de resultaten zijn onbekend, maar de verwachtingen zijn hoopvol.. Met beperkte middelen en menskracht hoopt Zelfwerkzaam langzaam maar zeker toch steeds meer men-

sen te kunnen bedienen. ook buiten de randstad.

Initiatieven als Zelfwerkzaam verdienen actieve ondersteuning van bijvoorbeeld overheid, uitkerende instanties en geestelijke gezondheidszorg. Subsidies en organisatorische hulp zijn welkom, maar ook erkenning is van belang. Zelfhulp kan een plaats krijgen in het algemene aanbod. Erkenning kan ook afgedwongen worden door het meer inzichtelijk maken van de eigen dynamiek, doelen, aanbod en effecten.

Zelfhulp is geen wondermiddel om mensen weer zo snel mogelijk aan het werk te helpen en daar te houden. Marieke had bijvoorbeeld oorspronkelijk als doel zo snel mogelijk haar oude werk weer te hervatten. Toen de groep was afgelopen, zat ze in de WAO. 'Dat had ik me ook nooit kunnen voorstellen. Ik zag de WAO als een eindstation, maar nu zie ik het als een moment van bezinning.' Marieke maakt een nieuwe start. Ze heeft een loopbaantest gedaan, is begonnen met een nieuwe studie arbeid en organisatie en hoopt uiteindelijk voor zichzelf te kunnen beginnen. Ze heeft er vertrouwen in dat haar dat zal lukken. 'Als ik de capaciteiten heb, en die heb ik, dan kom ik wel weer aan het werk. Voor deze verandering is de groep heel belangrijk geweest'. Haar activiteiten voor Zelfwerkzaam, onder andere het mede verzorgen van de PR, zijn een prettige en ook voor later zinvolle ervaring. 'Hoe lang ik daar mee doorga, weet ik niet.. Ik ben niet mijn psychiatrische verleden, ik wil vooruit.'

Peter ten Cate is wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut.

Literatuur

- Boevink, W. Over leven na de psychiatrie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid. 52 (1997), 3, 232-240.
- Janssen, M., K. Geelen. Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrie. Utrecht, NcGv-reeks 96-19, 1996.
- Schoemaker, C., R. Bijl. Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen. Inventarisatie van de hulpverlening aan werknemers die om psychische redenen verzuimen. Utrecht, NcGv-reeks 96-18, 1996.
- Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Utrecht, SWP, 1995.

Ondersteuning van huisartsen in achterstandsgebieden: werk in uitvoering

Karien Stronks, Josine van den Bogaard, Rascha Thomas

Mensen in een sociaal-economische achterstandssituatie zijn relatief ongezond, zo heeft onderzoek reeds veelvuldig aangetoond. De hogere frequentie van gezondheidsklachten in deze groep vertaalt zich direct in de werklust van huisartsen in achterstandswijken: patiënten in die wijken bevoelen relatief vaak de huisarts. In samenhang met het complexe en vaak sociale karakter van de gepresenteerde problemen, en de niet evenredige vergoeding van de bezoeken door het ziekenfonds, ervaren huisartsen in die gebieden hun werk vaak als zwaar en minder aantrekkelijk.

Eind 1995 heeft de 'Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg' in haar rapport over mogelijkheden de positie van huisarts als "poortwachter van de gezondheidszorg" te versterken, aanbevelingen gedaan om tot een verlichting van de werkdruk van huisartsen in achterstandsgebieden te komen. Dit heeft in 1996 geleid tot het vrij maken van extra middelen voor die huisartsen, binnen de groeiende ruimte van het zorgbudget. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een beleidskader opgesteld ter besteding van die middelen. Binnen dit kader wordt op dit moment op lokaal niveau de uitvoering ter hand genomen. Reden voor ons om met een aantal betrokken partijen te gaan praten, teneinde meer inzicht te krijgen in de feitelijke besteding van die extra middelen.

ACHTERGROND

Met het besluit extra gelden vrij te maken voor huisartsen in zgn. achterstandsgebieden staat Nederland niet alleen in Europa. Met name het Verenigd Koninkrijk kent al een lange traditie op dit gebied. Hier ontvangen huisartsen al jaren een extra vergoeding voor patiënten uit gedepriveerde gebieden. Overigens niet zonder discussie. Onder andere over de geschiktheid van de zgn. Jarman-index die wordt gebruikt om achterstandsgebieden te identificeren, woedt een hevige discussie. Die gaat bijvoorbeeld om de vraag wat de beste indicatoren zijn voor de selectie van achterstandsgebieden.

Dat de hoge werklust van huisartsen in achterstandsgebieden ook in Nederland heeft geleid tot het vrij maken van gelden heeft, volgens Paul Raseh, beleidsmedewerker bij de Landelijke Huisart-

sen Vereniging (LHV) en aldaar belast met deze problematiek, meerdere redenen. Om te beginnen is binnen de beroepsgroep van huisartsen, en daarmee binnen de LHV, langzamerhand erkenning gekomen voor de positie van de collega's in achterstandswijken. Daarnaast kregen enkele steden te kampen met het probleem een huisarts te vinden voor een praktijk in een oude wijk: er ontstond dus feitelijke nood. Ten derde dreigde in 1995 een korting op de huisartstarieven, waarop de LHV heeft aangedrongen niet over dubbeltjes te gaan vechten maar met een inhoudelijke visie op tafel te komen. Resultaat was de eerder genoemde notitie van VWS, ziektekostenverzekeraars en de LHV gezamenlijk, waarin de problemen werden erkend die samenhangen met de doorgeslagen balans tussen werkdruk en inkomen bij huisartsen in achterstandswijken. Men was het eens dat de positie van deze artsen moest worden verstevigd. Dit vond weerklank bij het paarse kabinet. Matthijs van Hall, beleidscoördinator extramurale zorg bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur: "Een dergelijke maatregel past bij het paarse kabinet, dat niet voor niets een aparte staatssecretaris voor 'achterstandsgebieden' heeft ingesteld - en dat beducht is voor opkomend segregatie en rechts extremisme".

De 20 miljoen (op jaarbasis) die binnen het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) is vrij gemaakt ter vermindering van deze problemen, wordt langs twee lijnen ingezet. De helft van dit bedrag wordt gebruikt voor een verhoging van de abonnementen van ziekenfondsverzekerden. Dit is bedoeld ter verkleining van de

discrepancie tussen werkdruk en inkomen. De overige 10 miljoen gulden is beschikbaar voor structurele maatregelen op het niveau van een praktijk, een huisartsgroep (HAGRO) of een regio. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de inzet van een praktijkverpleegkundige ter ontlasting van de huisarts.

UITVOERING DECENTRAAL

In de uitvoering van het beleid is gekozen voor een decentrale aanpak. De achtergrond hiervan was de gedachte dat, hoewel de problemen in verschillende gemeenten mogelijk vergelijkbaar zijn, de oplossingen die nodig zijn om die problemen het hoofd te bieden per gemeente zullen verschillen. Paul Rasch illustreert dit door Rotterdam en Amsterdam met elkaar te vergelijken: "Rotterdam kent vanwege zijn stedenbouwkundige opzet veel homogener wijken dan Amsterdam, waardoor de huisartsen al wijkgericht werken: investeren in de wijk heeft immers direct invloed op hun populatie. Amsterdam heeft kleinere praktijken, meer artsen in deeltijd en geméelderder wijken alleen al omdat studenten overal wonen. De ziekenhuizen in Amsterdam zijn echter weer minder regionaal gericht waardoor het daarmee lastiger afspraken maken is." Een voor de hand liggende reactie op de decentrale aanpak is dat het gevaar bestaat dat iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden. De mening van Paul Rasch op dit punt is helder: "Dit is maar goed ook! Zomaar een wiel overnemen werkt niet. Wel het overnemen van de algemene principes: rond en een as, maar niet de specifieke maatvoering. De beroepsgroep heeft ervoor gekozen een deel van het geld af te splitsen en in fondsen te stoppen, en het beheer ervan neer te leggen bij de huisartsenvereniging en verzekeraars in het betreffende gebied samen. Hoe ze dat samen regelen maakt ons niets uit; het varieert van heel betrokken zoals in Amsterdam tot op afstand toetsend zoals in Rotterdam. Deze werkwijze sluit naar ons idee goed aan bij de werkwijze van de beroepsgroep: huisartsen in ach-

terstandwijken zijn betrokken, voelen zich verantwoordelijk voor goede zorg. Met steun van DHV en zorgverzekeraar kun je de besteding van die gelden best aan hen overlaten." Bovendien is er frequent overleg tussen tenminste de grote steden op dit punt, zo merkt Rien van Hoeve op, werkzaam bij het Amsterdams Ondersteunings Fonds (AOF), dat voor Amsterdam de extra gelden beheert: "We zitten eens in de zes weken met de projectleiders van de grote steden bij elkaar. Daarnaast is er 1 x in de drie maanden overleg van alle betrokken door de LHV georganiseerd." Ook worden elkaars ideeën zo nodig overgenomen: "Als iemand contact legt met de belastingdienst om te informeren naar de fiscale consequenties van verschillende maatregelen dan hoeft je dat niet op zeven plekken te doen. Rotterdam had een kant en klaar verhaal over die diensten en dat mochten we zonder problemen gebruiken." Overigens zou de decentrale aanpak als het aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur ligt een tijdelijke situatie moeten zijn, zo bevoogdt Matthijs van Hall: "In die zin lijken we te verschillen van de LHV die sterk voorstander is alles van onderop te laten gebeuren. Maar het is slechts een kwestie van fasering: 'laat ieder zelf het wiel uitvinden' moet inderdaad als eerste gebeuren, totdat men zelf tot de conclusie komt dat landelijke, regionale structuren nodig zijn. Zodoende trekt VWS er nu niet sterk aan. We delen die bottom-up filosofie, maar we houden het wel in de gaten. Politiek is het immers een issue

Vanuit de gedachte dat de decentrale uitvoering tegen de achtergrond van een aantal centrale principes moet plaatsvinden, is door de LHV een landelijk beleidskader vastgesteld. In dit beleidskader komt een aantal doelstellingen naar voren, die geoperationaliseerd worden in criteria voor toekenning van gelden. Een eerste doelstelling betreft het verminderen van de werklast van de huisarts, o.a. door praktijkverkleining. Een andere belangrijke doelstelling is het verbeteren van de toegankelijkheid van de huisarts, ondermeer door de positie van de huisarts als poortwachter te versterken. Ten derde wordt beoogd de oneigenlijke hulpvraag, bijvoorbeeld samenhangend met sociale problemen, bij de huisarts terug te dringen. Deze doelstellingen zijn geoperationaliseerd in een aantal criteria waaraan projectvoorstellen getoetst worden. Overigens zijn DHV-en vrij om

de criteria aan te passen aan de lokale situatie.

IDENTIFICATIE VAN ACHTERSTANDSGEBIEDEN

De besteding van gelden vereist uiteraard allereerst dat achterstandsgebieden worden vastgesteld. In het Verenigd Koninkrijk gebruikt men hiervoor de eerder genoemde Jarman-index. Die index is gebaseerd op een achttal indicatoren, waaronder het percentage werklozen, ongeschoolde arbeiders, één ouder gezinnen en allochtonen in een bepaald gebied. Nog afgezien van het feit dat onderzoek voor de stad Amsterdam heeft laten zien dat de in de Verenigd Koninkrijk ontwikkelde index voor Nederland een minder goede voorspeller van het aantal huisartscontacten zou zijn, is een deel van die indicatoren in Nederland überhaupt niet op landelijk niveau beschikbaar. In Nederland heeft de LHV een systematiek vastgesteld die op drie indicatoren gebaseerd is: de omgevingsadressendichtheid, het gemiddeld besteedbaar inkomen, en het percentage personen met een uitkering. Deze zijn via het CBS op het niveau van een postcodecijfergebied beschikbaar. Op basis van deze indicatoren zijn over het hele land 87 postcodegebieden geselecteerd, tezamen goed voor bijna 900.000 inwoners. Het merendeel daarvan behoort tot de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht), maar ook in middelgrote steden (Groningen, Arnhem, Nijmegen, Tilburg) is een redelijk aantal postcodes als achterstandsgebied aangewezen. De fondsen waarin de helft van de extra gelden zijn gestort variëren sterk in grootte. Zo is voor Amsterdam ruim 3 miljoen beschikbaar, tegenover ca. 45000 in Schiedam.

Gezien alle discussies die in het Verenigd Koninkrijk over de identificatie van achterstandsgebieden heeft gevoed, is het verbazingwekkend dat men er in ons land in geslaagd is op zo'n korte termijn tot een systematiek te komen. Dit neemt niet weg dat aan die systematiek, zo blijkt bij de uitvoering, nog wel een aantal haken en ogen zitten. Paul Rasch: "De problemen zitten hem onder meer in het feit dat de meest recente inkomensgegevens uit 1989 stammen. Gegeven de dynamiek die in de inkomensverdeling zit, geven deze gegevens niet altijd een goed beeld van de actuele situatie. Andere redenen die knelpunten veroorzaken in de systematiek zijn dat sommige gebieden in sociaal-economisch opzicht ex-

treem heterogeen zijn. Zo is bijvoorbeeld een deel van de Bijlmer (postcodegebied 1103) niet als achterstandsgebied geïdentificeerd, omdat het ook dure huizen omvat. Verder telt het 'stedelijkheids criterium' dat we hebben gehanteerd parken en industrie-terreinen mee, wat in een aantal gevallen tot vertekening (oneigenlijke woonverdunding) leidt. Verder zijn er natuurlijk altijd grensgevallen: wijken die net buiten de criteria vallen, zoals Lombok in Utrecht."

Gegeven een aantal van deze problemen met de verdelingssystematiek, is in Amsterdam besloten om tot een verfijning van de indeling te komen. Deze bestaat eruit dat praktijken met minimaal 250 patiënten woonachtig in de landelijke aangegeven achterstands-postcodegebieden (in plaats van allemaal) gerekend worden als huisartspraktijken in achterstandswijken. "Wel is het zo", aldus Rien van Hoeve, "dat artsen van wie alle patiënten in het achterstandsgebied wonen meer aanspraak kunnen maken op de middelen dan de artsen met 250 patiënten. In elk geval is de indeling niet alleen meer afhankelijk van de lokatie van de praktijk. Het uiteindelijke kaartje van de postcodegebieden waar achterstand is vastgesteld en de lokatie en uitwaaiersgebieden van de indeling die wij hanteren komt toch aardig overeen met het beeld van de achterstandswijken die elke Amsterdam-kenner in zijn hoofd heeft". Op dit moment voert het NIVEL in opdracht van de LHV, op basis van de eerste ervaringen, een evaluatie van de indelingssystematiek uit. Paul Rasch verwacht dat dit onderzoek straks tot enige bijstelling van de selectiegebieden zal leiden: "Het kan zijn dat er dan een praktijk buiten valt die er nu wel in zit. Die komt dan dus met minder middelen te zitten. Daar zal nog wel enige discussie over gevoerd gaan worden."

WELKE PROJECTEN ZIJN TOT NU TOE OP DE RAILS GEZET?

Aan wat voor soort projecten worden de middelen tot nu toe besteed? In het beleidskader van de LHV staat de afspraak dat ieder zijn initiatieven bij de LHV meldt. Het overzicht van de lopende projecten die op dit moment bij de LHV bekend zijn, laat zien dat een deel van de gelden aangewend wordt ter verbetering van de *dienstenstructuur*. Doel hiervan is ontlasting van de huisarts, door deze minder diensten te laten draaien. Amsterdam is hiervan

een voorbeeld. Door middel van schaalvergroting en een betere organisatie wordt ernaar gestreefd te werken met 6 à 12 huisartsen die diensten draaien in plaats van de gebruikelijke 46. Het is nog te vroeg om een oordeel uit te spreken over de werkzaamheid van een dergelijke structuur, maar bij concretisering blijken zich nu al wel problemen voor te doen. Rien van Hoeve over de Amsterdamse situatie: "Ik vermoed wel dat, nu het zo concreet is geworden, we tegen een aantal problemen zullen oplopen, want nu moeten mensen zich echt gaan aanpassen. Zo'n dienstenstructuur klinkt op papier mooi, maar in Zuid Oost is de vaart er bijvoorbeeld uitgegaan omdat bleek dat het toch moeilijk was om het heel vlug over één doktersdienst, één telefonische bereikbaarheidsdienst eens te worden. Dan heeft iedereen daar toch z'n eigen gedachte over en dan is huisartsenland toch een land van brave St. Bernards die allemaal in hun eentje die berg op gaan."

Uiteraard profiteren alle huisartsen, en niet alleen die in achterstandswijken, van maatregelen die tot verbetering van de dienstenstructuur leiden. Andere projecten komen daarentegen meer specifiek ten goede aan huisartsen in achterstandspraktijken. Het gaat hierbij in de eerste plaats om *extra praktijkondersteuning*, zoals de inzet van praktijkverpleegkundigen en extra praktijkassistentie. Ook aan *verandering van de praktijkorganisatie* wordt een belangrijk deel van de middelen besteed. Zo wordt in Amsterdam huisartsen de mogelijkheid geboden hun praktijk te laten doorlichten door een adviesbureau, die hen adviezen geeft over verbetering van de praktijkvoering. Een laatste soort project dat in de besteding van de middelen tot nu toe sterk naar voren komt is ondersteuning van de hulpverlening aan *migranten*. Het inschakelen van migrantenvoorlichtsters in de praktijk, en een informatietelefoon die de huisarts kan bellen om doorverwezen te worden naar een allochtone hulpverlener voor advies en ondersteuning (Amsterdam) zijn voorbeelden hiervan.

HOE VERLOOPT HET PROCES VAN DE VERDELING VAN MIDDELEN?

Net als bij de ontwikkeling van de systematiek ter identificatie van achterstandsgebieden geldt ook voor de feitelijke besteding van middelen dat veel bereikt is in korte tijd, hoewel grote verschillen lijken te bestaan tussen ste-

den in Amsterdam bekeken, waar de feitelijke besteding van middelen tot nu toe redelijk voorspoedig lijkt te verlopen. De extra middelen zijn daar ondergebracht in het Amsterdamse Ondersteunings Fonds, dat onder bestuur staat van het Ziekenfonds Amsterdam e.o. (ZAO) en de Amsterdamse Huisartsen Vereniging. Amsterdam gaat hiermee duidelijk verder dan het algemene principe dat ziekenfondsen, aangezien het om geld uit hun budget gaat, een toezichhoudende rol wordt toegekend. Een constructie die, aldus Rien van Hoeve, in de Amsterdamse situatie goed werkt. Ook de medewerking van de artsen zelf verloopt daar soepel: "De vonk is in Amsterdam echt overgeslagen. Er zijn 200 dokters die in aanmerking komen voor vergoedingen uit het fonds, en daarvan hebben er nu al 160 een aanvraag gedaan. Dat had ik niet verwacht. En het is niet alleen praktijkassistentie wat aangevraagd wordt want dat is natuurlijk het gemakkelijkste. Maar ook zaken als een praktijkverpleegkundige en 'voorlichting eigen taal en cultuur' worden aangevraagd. Daar zullen de dokters toch ook zelf behoorlijk wat energie en aandacht in moeten stoppen om dat goed binnen hun eigen praktijk te ontwikkelen. We waren in het begin bang voor een soort conservatisme en zo'n houding van 'als het niet in m'n portemonnee komt geef het me dan maar in de vorm van assistentie-uren'. Dat gebeurt gelukkig niet. Daar waar het wel om assistentie gaat zie je bij zeker de helft van de aanvragen dat ze geprobeerd hebben om er iets nieuws van te maken. Bijvoorbeeld een extra schakel toevoegen bij intake gesprekken in de praktijk, zeker in praktijken met veel mutaties, waar de assistente dan de tijd neemt om mensen aan te horen, het verhaal van de praktijkregels te vertellen, zodat de echte intake van de dokter heel goed voorbereid is. Dat is een heel simpel plan maar het nut voor een dergelijke praktijk is wel meteen te zien."

Waarom Amsterdam relatief gunstig afsteekt in vergelijking met de situatie in andere gemeenten? Rien van Hoeve analyseert het als volgt: "Ik denk dat Rotterdam en Amsterdam voorop lopen alleen al door de omvang waarmee ze kunnen werken. Rotterdam heeft ervoor gekozen om eerst wat adviesbureaus aan het werk te zetten. Amsterdam heeft meteen een projectleiding aangesteld en hier ook financieel wat voor over gehad om enig niveau aan te trekken. En wij ontwikkelen alles ook nog

steeds met z'n tweeën omdat we het idee hebben dat het belangrijk is om al die contacten in één hand te houden. Op deze manier krijg je ook op een gegeven moment zicht op die praktijken, waardoor dingen steeds sneller kunnen. Ik denk dat dat een fout is die elders wel eens gemaakt is: dat men teveel verschillende mensen op verschillende onderdelen zet. Ook was niet elke DRV ingesteld om hier snel besluiten over te nemen. Op een aantal plekken buiten Amsterdam is gewoon gemopperd waarom dat geld niet in hun eigen portemonnee zat. Voordat je daar weer uit bent duurt wel even. Wat in Amsterdam zeker ook heeft geholpen is dat we meteen een enquête hebben gehouden onder dokters over wat ze belangrijk vinden. Wat zij belangrijk vonden werd onze topprioriteit. Daar hebben we niet aan gerommeld of gewogen. Vervolgens hebben we elke keer per onderwerp direct een werkgroep gevormd van een stuk of 6 dokters. Dit betekende dat we binnen de kortste keren zo'n 40 dokters betrokken hadden bij de vormgeving van dat achterstandsbeleid. Elk van die dokters heeft het er dan weer over met de HAGRO en met andere contacten waardoor je een enorm draagvlak krijgt."

TOT SLOT

Deze schets van de voortgang van het beleid ter ondersteuning van huisartsen in achterstandsgebieden laat zien dat, tenminste in een aantal gemeenten, met voortvarendheid de problematiek van deze huisartsen is aangepakt. Uiteraard is het in dit stadium nog veel te vroeg conclusies te trekken over de effecten van dit beleid. Niettemin valt op dat in de activiteiten die tot nu toe ontplooid zijn, en de accenten die in de discussie gelegd worden, nauwelijks een link gelegd wordt met de problematiek die aanleiding is geweest voor de discussie over de werklust van huisartsen in achterstandsgebieden, te weten de slechtere gezondheid van mensen in achterstandssituaties, en het complexe en vaak sociale karakter van de problemen die ze aan de huisarts presenteren. De nadruk ligt in de huidige discussie vooral op de vermindering van de werklust van de huisarts. Hoewel dit uiteindelijk tot een betere zorgverlening zal leiden, lijkt meer expliciet aandacht nodig voor verbetering van de gezondheid van de patiënten zelf. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM heeft deze problematiek recentelijk nog weer eens onder de aandacht gebracht. Hoewel in de

discussie voorafgaand aan de instelling van extra middelen voor huisarts in achterstandswijken is gewezen op het mogelijk tekort schieten van de huisartsenzorg in achterstandswijken, lijkt de koppeling met de problematiek van sociaal-economische gezondheidsverschillen in het huidige beleid nauwelijks gelegd te worden. De maatregel om een praktijkverpleegkundige in te zetten bijvoorbeeld: kan deze ook tot een verbetering van de zorgverlening aan bepaalde groepen leiden? Of zijn er nog andere strategieën nodig om aan de

gesignaleerde tekortkomingen in de zorg tegemoet te komen?

Ook ligt het daarbij voor de hand een verbinding te leggen met inspanningen die vanuit de gemeenten gedaan worden ter verbetering van de volksgezondheid. Hoewel in sommige steden wel aansluiting wordt gezocht met activiteiten vanuit bijvoorbeeld de GGD, wordt dit beleidsmatig vanuit bijvoorbeeld het ministerie niet ondersteund. Willen niet alleen huisartsen maar ook de patiënten aan wie de zorg geleverd

wordt uiteindelijk van de huidige beleidsinspanningen profiteren, dan zal in de toekomst meer aandacht besteed moeten worden aan de inkadering ervan in de bredere context van beleid ter verbetering van de gezondheid van lagere sociaal-economische groepen en de inspanningen die in dit kader op gemeentelijk niveau plaatsvinden.

Karien Stronks, Josine van den Bogaard, Rascha Thomas zijn lid van de redactie Public health en Onderkant van TGP.



foto: Eduard Dolfijn

BRIEF UIT CONDEGA

Begon het met de verhalen en de mooie foto's in 'SamSam'? Of ligt de oorsprong bij het bijbelverhaal van de goede Herder die op zoek gaat naar het verloren lam, waar ik als kleine uk keer op keer om moest huilen? Ik weet het niet, maar met een mengeling van avonturisme en idealisme kwam ik een jaar geleden in Nicaragua terecht.

Mijn oorspronkelijke taak was het opleiden en begeleiden van enkele counterparts, de zogenaamde 'promotoras'. Het opzetten en de uitvoering van een revalidatieproject voor gehandicapte kinderen in de bergen van de gemeente Condega, noord in Nicaragua. Mijn tegenwoordige taak: hetzelfde doen in nog vijf andere gemeentes hier in het noorden van Nicaragua. Dit alles binnen de nationale ouderorganisatie voor gehandicapte kinderen 'Los Pipitos'. Mijn achtergrond: fysiotherapeut en onderwijzeres, afstudierend (medisch) antropoloog.

Nicaragua: land met een turbulent verleden. Na jarenlang gevochten te hebben tegen dictator Somoza, kregen de Sandinisten het in de jaren tachtig voor het zeggen. Gesteerd door de contrarevolutie moesten ze in 1990 de macht afstaan. Vriend en vijand is het er over eens dat de regeringsperiode van Chamorra het land nadien bitter weinig opgeleverd heeft.

Sinds begin dit jaar is Arnoldo Aleman aanzet. Een rechts radicale Somozist, maar democratisch gekozen. Het land slingert zichzelf van rechts naar links en weer naar rechts. Condega, sandinistisch bolwerk, rouwde rondom 'la casa de las sandinistas' bij de verkiezing van Aleman. Alhoewel wij 'internacionalistas' nooit precies kunnen aanvoelen hoe het voor de mensen mensen moet zijn, treurden wij allemaal mee. Men vreest hier dat de klok 20 jaar terug gezet zal worden. "Ik ben nu 41 jaar", verzuchtte een vrouw, "en heb de helft van mijn leven gestreden, denk je dat ik echt nog energie heb om dat voort te zetten?"

De realiteit van alledag liegt er niet om: Nicaragua is op Haiti na het armste land van dit continent. Er heerst grote werkloosheid en het aantal jaren genoten onderwijs ligt schrikbarend laag. Met de 5 gulden die je per dag verdient kan je voor je kindershare bonen, rijst, maïs, suiker en zout kopen en misschien af en toe een ei. Echter, tortillas met zout, dat is wat velen eten in deze tijd. Het is nog enkele maanden wachten voor de nieuwe oogst, bonen en maïs zijn schaars en duur. Dag in dag uit hetzelfde eten, dag in dag uit het zefde ritme. Dat is leven onder de armoedegrens: hondenwerk doen, de hele godganse dag voor een minimale vergoeding. Dood ga je er niet van, je ontwikkelen kan je al evenmin. Realiteit voor het overgrote deel van de bevolking hier, en elders in de wereld. (En wat hoor ik, de economie in Nederland groeit, het gaat ons weer beter?).

Vrouwen baren vele kinderen. Als je tussen je kindershare een gehandicapt kind hebt, ben je al helemaal de klos: veel extra werk en kosten, nog extra gekluisterd aan huis.

De counterparts die ik opleidt zijn zelf ouders van gehandicapte kinderen, zijn gemotiveerd en hebben een laag oplei-

dingsnivo. Het uiteindelijke streven is dat zij na een paar jaar het werk zelf kunnen doen. Wij bezoeken het grootste deel van de week de kinderen in de bergen. Als je voort eerst bij de families komt, tref je de kinderen meestal in erbarmelijke omstandigheden aan. Dag in dag uit zittend terwijl ze met een eenvoudig looprek uifdevonten zouden kunnen, enz.

We maken samen met de familie voorzieningenvoordekin- deren; stoeltjes, statafels, looprejeset. vaders.2.<lgen, Jn.oe-

dersnaaiefl, rilllllj-s, de kinderen lakken en het gehandicapte kind geeft de spijkers aan, houdt wat vast, en krast zijn haar tafelblad vol voordat het gfl 'Lt-t wordt.. Het ho-t.oo-and-r ma-riaal zoek-n -e zoveej mogelijk ib.de omgeving. Vlle ,hopen door deze manier van werken de betrokkenheid van het hele gezin te vergreten. Bovendien zorgen mensen nadien beter voor de spullen, kUill pap het ren en. 2:ijn trots op het eindresultaat..

Als het enigszins mogelijk is, proberen we het kind op de plaatselijke school te krijgen. We praten met de juffen, inventariseren de problemen en zoeken samen oplossingen. Ook al zal het kind misschien nooit leren lezen of schrijven, een school blijft natuurlijk een stimulerende omgeving. Vaak is dit, ride-aal' niet mogelijk. Wie.brepgt-het kind? Het kind is vaak zwaarjen de bergpaad-

jes smal englib,berig, rivieren moeten overgestoken worden. Rolstoelen werken op dit terrein niet.. Te paard is vaak de oplossing, maar die heeft ook niet iedereen.

Ik vind het prachtig en veelzijdig werk. Altijd weer w9fd-n we met open armen ontvangen, er komt eten op tafelen ontvangen we andere blijken van dankbaarheid (een levende kip, een zak met bonen of een lift met een paard).

Er zijn talloze struikelbl-~en die ervoor kunnen zorgen dat dit werk stopt na mijny-rtrek. Uiteindelijk is dit zowel het meest frustrerende als het meest uitdagende van mijn werk hier. Duurzaamheid en structurele hulpverlening is aarje als aankomend ontwikkelingswerker in Nederland je mo vol van hebt. In de praktijk van mijn werk is dat een hele klus. Want is de overheid eigenlijk niet verantwoordelijk voor revalidatie? Zou ik me niet uitsluitend bezig moeten houden met het opleiden van pet;soneel in de diverse gezondheidscentra? Of moet ik hopen dat, zoals in Zimbabwe gebeïrd- js(de overheid ooit onze low cost en op de gemeenschap gerichte aanpatyan revalidatie gaat overnemen? Er zijn geen kant en klare antwoorden en in een politiek instabiel land als Nicaragua is toekomstplanning wel noodzalfelijk, Alaar wie weet niet eens realistisch. Ik laveer tussen zoeken naar het verloren lammetje en de overheid wijzen op hun verantwoordelijkheden ten aanzien van gehandicapten.

Gonneke Rota

P.S. Reakties welkom! Email ota@ns.sdnnc.org.ni



'MARKT ONTWRICHT DE THUISZORG'

Matthé Ribbens

Eind maart sprak de Tweede Kamer, en met haar de media, schande over de wantoestanden in de thuiszorg. Waar bleef nou die langverwachte visie van het departement van VWS op de toekomst van de thuiszorg? Hoe dacht de overheid de problemen in de thuiszorg te gaan oplossen? De media stonden bol van de wachtlijsten, rantsoenering van zorg, schrijnende verhalen en open brieven aan minister Borst en staatssecretaris Terpstra.

MYTHE

Vaststaande gedachten hebben zich verankerd in het denken van beleidsmakers. Maar kloppen die, vooronderstellingen wel?

In de serie 'Mythen in de zorg, fabels op de pijnbank'.

-Markt-

Al gauw werd de beschuldigende vinger uitgestoken naar de marktwerking in de sector; die zou te ver zijn zijn doorgesloten. Maar dat is een kwestie van hoe je marktwerking definieert. Volgens Terpstra was het aantal van 25 particuliere thuiszorgbureaus indicatief voor de toegenomen (lees: doorgesloten) marktwerking. Reactie van een directeur van zo'n particulier bureau: mensen, waar praten we over? Nog niet eens één procent van het totale AWBZ-budget dat voor thuiszorg beschikbaar is! En de media confronteerde de VVD-bewindsvrouw met de vraag hoe deze uitspraak zich verhiel met de grondbeginselen van haar partij inzake economische sturing.

Wat is marktwerking? En, werkt het? Een casus.

Als kersverse ouders werden mijn vriendin en ik onmiddellijk na de geboorte van onze zoon geconfronteerd met het capaciteitsprobleem van de kraamzorg. Het bleek dat in een tijdsbestek van 24 uur een 48-tal baby's verspreid over de gehele provincie was geboren. En dat nog wel op een feestdag. Het sinds kort boven-regionaal opererende centrum kon de vraag niet aan. Gevolg: de als afspraak vastgelegde gewenste zorgvariant (kiezen uit drie: 2 uur moeder en kind, of 5 uur met nadruk op kraamhulp, of 8 uur inclusief huishoudelijke hulp) was niet beschikbaar, pas na drie dagen aanrommelen met invalkrachten en enkele telefonische contacten met kraamcentrum werd er volgens contract geleverd. En een bloemetje met excuusbrief

na afloop: marktwerking, want klantgericht, toch?

- Koning Klant -

Volgens de leerboekjes - ik noem Heertje - kenmerkt een volkomen markt zich door vrije toe- en uittreding van aanbieders, door transparantie in prijs en kwaliteit, wordt er op dezelfde items gecconcurrereerd, en mondt dit alles uit in een ruime keus voor de consument.. Waarbij men alles in het werk stelt bij het dingen naar de -financiële gunst van de -potentiële klant.. Kortom: de klant is koning.

De thuiszorg in Nederland anno 1997 heeft een beperkt aantal aanbieders, vrijwel geen concurrentie op prijs en kwaliteit, nauwelijks transparantie. Van een echte keuze is geen sprake. Tot zo ver de marktwerking. Hoe komt dat?

- AWBZ via ZFH -

Zoals gezegd is het aantal aanbieders is gering. Dat heeft te maken met de betalingsgrondslag. Om als aanbieder in dit - zeg maar - marktsegment te kunnen bestaan, moet je betaald worden. En dus uit de AWBZ-pot betaald mogen worden. Daarvoor is een erkenning van overheidswege via de ZFW nodig.

Een 25-tal bureaus heeft dit gekregen, echter met een beperkt marktaandeel.. Dan spelen verder de kosten een rol: een dure thuiszorg-CAO bleek enkel te omzeilen door het oprichten aparte BV's. Hoewel hier meer over valt te vertellen, beperk ik me hier tot het effect: namelijk nauwelijks prijsconcurrentie tussen de reguliere en de particuliere bureaus. Maar de belangrijkste oorzaak is toch het verzekeringseffect: het ontbreken van een directe relatie tussen klant en aanbieder.. Dat merk je als klant aan alles. In de intake is je keuze beperkt tot een drietal pakketten. Wijzigingen in het bestelde produkt zijn niet meer mogelijk, noch in de omvang (makkelijke of veeleisende baby), noch in de inhoud (liever voorrang aan huishoudelijke hulp boven moeder-kind hulp). De band

loopt niet eens via de tussenpersoon die de zorgverzekeraar zou moeten zijn: die betaalt enkel de rekening na aftrek van de eigen bijdrage. En zelfs die eigen bijdrage prikkelt niemand tot de zorg die men inhuurt!

- Mijn Recept -

Natuurlijk laat de thuiszorg zich niet omturnen tot een marktconforme sector door enkel toelating van een paar particuliere bureaus. Daar is meer voor nodig. De bestaande regelgeving heeft tot interferentie geleid en daarmee veel verlamming tot gevolg gehad. Mijn recept voor verandering is vierledig:

I. Zorg voor meer capaciteit: de overheid laat zich nu te zeer leiden door kostenbeheersing. Maar geen markt kan functioneren zonder een zekere overcapaciteit.. Bovendien is de toetreding aan teveel regels en vereisten gebonden om pieken op te vangen.

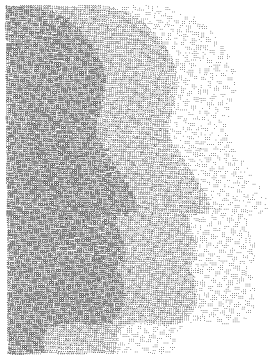
II. Zorg voor een directere relatie tussen klant en aanbieder: laat de zorgverzekeraar zich wat meer verantwoordelijk voelen voor de zorgmarkt in plaats van de verzekerdenmarkt.. Daarmee is al een goed begin gemaakt door de verzekeraarsbudgettering. Bied ook de verzekeraars voldoende keuzemogelijkheden, zonder overigens een en ander te laten ontaarden in een prijzenslag tussen aanbieders. De keuze van de klant/verzekerde zou in hoge mate door de kwaliteit en de flexibiliteit van het produkt moeten worden bepaald. Of geef de verzekerde een budget..

III. Zorg voor een mentaliteitsverandering bij de aanbieders: dat volgt voor een deel als de eerdere zaken realiteit worden, maar ook door een het primaire proces nog eens goed door te lichten. Denk aan een business process redesign.

IV. Laat de klant ervaren wat de consequenties van zijn keuze zijn. Pas bijvoorbeeld daarop de eigen bijdrage aan, of bedenk een systeem van premierestitutie voor zuinige klant-inkopers.

Kortom: laat de marktwerking, gereguleerd, hoogtij vieren. Dan krijgt de verzekerde burger misschien een adequaat antwoord op zijn hulpvraag, in plaats van een goedbedoeld bloemetje.

Matthé Ribbens is redacteur van TGP.



c o l u m n



MIJN, DIJN EN WIJN

Het is weekend, de zon schijnt en ik zit op het dak van mijn huis. Volledig in de ban van zo'n typisch zomers *on-top-of-the-world-gevoel*. Daar is niet veel voor nodig. Een beetje licht, een beetje lucht, een wijntje en een goed boek. Mijn dakterrasje kijkt uit over een Amsterdams *rooftop-landschap*. Overall om mij heen zie ik op deze hoogte mensen in dezelfde staat van euforie. Buren drie huizen verder hebben een knalgele parasol uitgezet. Zij eten griekse salades en lachen. Zij wenken met een lepel olijven. Of ik ook wat wil? De overburen (eeuwige studenten) hangen uit het raam. Met drie paar benen die tappen op de jazz die uit de kamer achter hen opstijgt. Geroezemoes van stemmen. Saxofonen. Ge-deelde achtergrondmuziek. Het leven is verrukkelluk, gratis en voor niets. En dus is het volgende besluit gauw genomen. Ik ga vandaag geen column schrijven, maar u voorlezen uit het boek waarmee ik hier op het dak zit, een boek dat ik best had willen componeren. Het zijn de kritische woorden van Robert Kuttner, een knappe economisch journalist, notabene werkzaam in het hart van neoliberal Amerika, die onder de titel 'Everything for Sale' het doorgeslagen marktdenken op de hak neemt. Het zijn zijn woorden, maar zij resoneren ook in mijn binnenste. Het zijn woorden die mij heftig aanspreken, en hoogstwaarschijnlijk ook u. Het zijn woorden waar volgens mij velen hun handtekening onder zouden kunnen zetten.

In alle ophef die er voortdurend over plagiaat wordt gemaakt mis ik de fundamentele vraag waarom er zo'n belang wordt gehecht aan individueel eigendom van woorden. Vele woorden zijn niet mijn, zij zijn niet dijn, maar zoiets als wij-n. Zo ook de volgende woorden. U hoort het uzelf toch zeggen?

... The idea of a free, self-regulating market is newly triumphant. The historical lessons of market excess, from the Gilded Age to the Great Depression, have all but dropped from the collective memory. Government stands impeached and impoverished; along with democratic politics itself. Unfettered markets are demed both the essence of human liberty, and the most expedient route to prosperity ...

... But freemarkets are famous for overshooting. Real-estate bubbles, tulip manias, and stock-market euphorias invariably lead to crowd psychologies and painful mornings-after... So this is a good moment for a sober sorting out...

... Even in a capitalist economy, the marketplace is only one of several means by which society makes decisions, determines worth, allocates resources, maintains a social fabric, and conducts human relations. Actual capitalist nations dis-

play a wide variation in the blend of market and nonmarket...

... The mixed economy of a generation ago was constructed on the ruins of depression and war. It produced a quarter-century of unprecedented growth and prosperity. It allowed a blend of dynamism and stability, of market and political community. When economic growth faltered after 1973, a new, radically classical economics gradually gained influence in the academy and in politics. Resurgent business groups ... became unabashed crusaders for laissez-faire ...

... But there is at the core of the celebration of markets a relentless tautology. If we begin, by assumption, with the premise that nearly everything can be understood as a market and that markets optimize outcomes, then everything else leads back to the same conclusion- marketize! IJ, in the event, a particular market doesn't optimize, there is only one possible inference: it must be insufficiently marketlike. This epistemological sleight of hand is an astonishing blend that blurs the descriptive with the normative. It is a no-fail system for guaranteeing that theory trumps evidence ...

... Academie champions of the market concede, often with irritation, that real-world institutions are messy; that labor markets are not like product markets, whose merchandise 'clears' based on adjustments of price ... academie economics has lately become a purer version of itself-almost a lobby for the idea that the real economy should strive to emulate the model... If the world is not like the model, so much the worse for the world!

... But where, really, do markets perform roughly as advertised? Where is the market model a reasonable approximation of human motivation, and where is it misleading? By what criteria are we to know when the market has overstepped its proper bounds? ... Where is the proper boundary between market and nonmarket?

En dat gaat dan 400 bladzijden verder. Mijnheer Kuttner wordt bedankt. U wordt aangeraden het boek aan te schaffen. Zodat U onze gedachten netjes op een rijtje heeft. Ik neem een slok wijn, leun achterover en geniet van de zon. Dit moment is not for sale!

Godelieve van Heteren

ZIEK VAN DE ROOK

J.W. Copius Peereboom

Tot maatregelen ter preventie van milieu-gerelateerde ziekten - en van grotere milieuschade - komen lokale bestuurders vaak niet, omdat zij zich laten adviseren vanuit de medisch epidemiologische traditie, die bepaalt dat er wetenschappelijk overtuigend een causaal verband moet zijn aangetoond voordat je mag zeggen dat je ziek bent van de rook.

Van de milieugezondheidskundigen mag je dat al eerder zeggen. En de Gezondheidsraad kan het daarmee niet oneens zijn.

Vice-voorzitter van de Gezondheidsraad Knottnerus, hoogleraar huisartsen-geneeskunde in Maastricht, heeft in zijn rede bij het afscheid van prof. dr. L. Ginjaar in 1996 iets opmerkelijks gezegd. Hij benadrukte dat Ginjaar er gedurende zijn voorzitterschap naar heeft gestreefd dat de Gezondheidsraad zich ook met milieugezondheidskunde zal gaan bezighouden. Dit betreft de problemen rond milieu en gezondheid. Knottnerus steunt dat streven.

Dat is interessant, want een medische toenadering tot de milieugezondheidskunde.

Milieugezondheidskunde is een milieuspecialistisch vak, niet gelijk maar wel verwant aan de milieukunde. Een uitstekende inleiding in de milieugezondheidskunde is geschreven door de arts Verberk (1). Het vak heeft vele biomedische aspecten. De biomedische faculteit in Nijmegen geeft onderwijs erin en in Maastricht de faculteit biologische gezondheidskunde.

In de praktijk hebben zowel de milieugezondheidskunde, bedreven door gezondheids- en milieukundigen, als de epidemiologie, veelal toegepast door GGD artsen en epidemiologen, een inbreng ten aanzien van problemen rond de relatie tussen gezondheid en milieu.

HOT SPOTS

Vooraf in de grote steden zijn plekken, vaak op bepaalde sterk vervuilde lokaties, waar sommige aandoeningen significant meer voorkomen dan elders, zoals ademhalingsaandoeningen, reumatoïde aandoeningen of kanker(soorten). Soms worden aan de hand van metingen in de atmosfeer op deze hot spots emissies van schadelijke luchtverontreinigende stoffen met toxische stoffen geconstateerd (10). Zulke sterk vervuilde lokaties komen voor in de omgeving van sommige industrieën, vuilverbr-

dingsinstallaties of elektriciteitscentrales, bijvoorbeeld bij Wijk aan Zee, in de Rijnmond, Weurt en Nijmegen.

In het algemeen neemt de totale milieubelasting van de burger in ons land wel af, doch niet in de grotere steden boven de 100.000 inwoners. Totaal wonen daar circa 4 miljoen mensen. Het RIVM schrijft in de Milieubalans 1996: 'Er zijn gebieden waar de gezondheids- en milieuproblemen zich opstapelen. In de binnensteden en langs drukke verkeerswegen staat de kwaliteit van de leefomgeving onder druk door luchtverontreiniging, stank en lawaai en het gebrek aan ruimte' (11).

De vraag is dan of er tussen beide verschijnselen (gezondheidseffecten en milieuverontreiniging) een correlatie verondersteld mag worden. Zo ja, dan moet en kan de overheid ingrijpen en de uitstoot van toxische stoffen doen verminderen.

GEEN UITSLUITSEL....

Zo'n probleem - zoals de milieuvervuiling in Weurt en Nijmegen West - wordt in de praktijk meestal onderzocht door medisch epidemiologen en artsen van de GGD, die daarbij zuiver de epidemiologische benadering volgen. En de verkregen epidemiologische gegevens geven vaak geen uitsluitel ten aanzien van een relatie met de milieuvervuiling ter plekke.

Zo'n onduidelijk resultaat is velen een doorn in het oog. Milieuorganisaties, bewonersgroepen, wetenschapswinkels, het Meldpunten Netwerk, de Stichting Afval en Milieu, de Stichting Gezondheid en Milieu en anderen constateren toch dat onder de bewoners in zulke wijken veel milieugezondheidsklachten voorkomen.

...WEL RISKANT

Binnen de toxicologie en de milieugezondheidskunde wordt vaak via een andere benadering te werk gegaan. Feitelijk gaat het volgens die benadering er om of de concentraties toxische stoffen op vervuilde lokaties (op leefmilieuhogte) binnen de normen liggen die door RIVM, Gezondheidsraad of overheid zijn gesteld. Het is verstandig voor worst-case berekeningen de laagste (meest scherpe) gezondheidkundige norm te kiezen.

Deze, meer natuurwetenschappelijk georiënteerde wetenschappers en geven juist aan de risicobenadering de voorkeur.

Bij overschrijding van deze milieuhygiënische normen zouden de lokale overheden de aanwezige milieuvervuiling moeten reduceren, hetgeen nu vaak achterwege blijft. Vaak hanteren bestuurders en de GGD's veelal alleen de epidemiologische benadering.

MTR > VR

Het ministerie van VROM is in 1989 al omgegaan van een normbenadering met vaste eindpunten tot een risicobenadering (2). In 1995 is over deze risicobenadering al een uitvoerig rapport van de Gezondheidsraad verschenen (9). Alle "oude" grenswaarden worden dan ook, zij het heel geleidelijk, vervangen door de zgn maximaal toelaatbare risico-niveaus (MTR's). Bij dit risiconiveau kunnen gevoelige en kwetsbare risicogroepen echter nog schade ondervinden. Blootstelling kan pas geheel onschadelijk worden geacht bij het verwaarloosbaarheidsrisico (VR) (3). De eis van een bewijsbare causale relatie tussen hoge blootstelling en gezondheidseffecten is hiermee door het milieudepartement VROM duidelijk losgelaten. Ook internationaal worden dergelijke risico-gebaseerde systemen vaak toegepast.

De oorzaak van dit verschil in methodiek is kennelijk gelegen in het verschil in eisenbewijslast die beide disciplines - en departementen - stellen. Binnen medische wetenschappen wordt vaak de strikte eis gesteld dat eerst de causaliteit, tussen klachten en veronderstelde aandoening overtuigend moet worden aan-

getoond. Het preventieve aspect zal daarbij echter te vaak uit beeld kunnen raken. Toch wordt preventie door velen zeer wenselijk geacht. In de praktijk schrijven huisartsen vaak een medicijn min of meer tentatief voor, omdat het beter is direct iets aan de aandoening te doen teneinde ten voorkomen dat de kwaal intussen verergert.

VOLGENS KOCH

In zijn congresrede, getiteld 'Een risico komt zelden alleen', zegt Knottnerus dat de vereisten gesteld door de epidemiologie stammen uit de oude bewijslast die negentiende eeuwse wetenschappers als Koch zich ten aanzien van infectieziekten stelden. Men mag alleen maar van causaliteit spreken wanneer in een groot aantal studies een consistente samenhang tussen oorzakelijke factor en aandoening is gevonden. Dat verband moet dan ook sterker zijn dan andere en er moet een dosis-effectrelatie bestaan (4). Preventief optreden wordt dan vrijwel onmogelijk.

De Gezondheidsraad is echter vaak al verder gegaan. In het advies 'Geluid en gezondheid' werd in 1994 gerapporteerd over de effecten van geluid op de gezondheid. 'Gehoerverlies, hoge bloeddruk, ernstige hinder en verstoring van de slaapkwaliteit kunnen optreden, zowel bij volwassenen en jeugdigen en zelfs bij ongeborenen. Het aantal blootgestelden is aanzienlijk, variërend van honderden tot meer dan 1 miljoen', luidt een citaat (4,5). In zijn aanbiedingsbrief bij dit rapport schreef de toenmalige voorzitter Ginjaar: 'De bestrijding van geluidhinder, gehoorschade en andere invloeden van geluid op de gezondheid verdient onverminderd een belangrijke plaats in een beleid gericht op de verbetering van de volksgezondheid.'

BEWIJSLAST

Knottnerus refereert aan een recent editorial in het *British Medical Journal*, getiteld 'Air pollution, time for more clean legislation' (Luchtvervuiling, tijd voor schonere wetgeving).

Dit editorial behandelt de vraag: als het biologisch mechanisme onbekend is, verhindert dat ons dan om een oorzakelijke relatie te duiden?

Vooral risicogroepen zoals zwangere vrouwen, kinderen, bejaarden, zieken, chronisch zieken kunnen bij een te strenge bewijslast vaak niet adequaat worden beschermd.

Knottnerus concludeert ten aanzien van dit dilemma dat 'preventieve maatregelen

len niet altijd hoeven te wachten op een compleet wetenschappelijk inzicht, mits het causale verband en de weg naar preventie voldoende duidelijk zijn'. Het verschil tussen de epidemiologische benadering en de risicobenadering zoals deze door VROM en door milieugezondheidskundigen wordt gehanteerd, vindt volgens Knottnerus zijn oorsprong in dit bewijslast-principe.

FOUT + EN FOUT-

In de curatieve geneeskunde geldt strikt genomen dat een handeling pas acceptabel is als het effect en de veiligheid zijn aangetoond; dat wil zeggen er moet een strikte causale relatie zijn. Volgens anderen streeft men echter in de defensieve of preventieve geneeskunde (bijvoorbeeld bij preventieve programma's voor het screenen op baarmoederhalskanker en borstkanker) naar zo weinig mogelijk fout-negatieven. Hieronder verstaat men dat het aantal onderzochte vrouwen dat een tumor krijgt, maar niet in het programma wordt ontdekt, zo laag mogelijk moet zijn.

Omdat iedere screeningsmethode voor en nadelen heeft, zal men dan echter een groter aantal fout-positieven moeten accepteren. In dat geval zijn er veel vrouwen die helaas wel een tweede oproep krijgen, maar bij dat tweede onderzoek geen tumoren blijken te bezitten. Blijkbaar geldt een fout-positieve diagnose of prescriptie als gunstiger dan een fout-negatieve (7).

Ook in het milieubeleid wordt zo'n defensieve benadering vaak gehanteerd. Wij willen niet dat er op de lange duur toch een broeikas effect optreedt zonder dat wij ver van te voren preventieve beleidsmaatregelen hebben genomen. Het risico van een fout-positieve uitslag, dat wil zeggen dat later blijkt dat we minder voorzichtig hadden hoeven zijn, nemen we dan op de koop toe.

Nu is het opvallend dat alleen bij milieugezondheidsproblemen en de zogenaamde incidentele milieu-incidenten juist de andere hypothese geldt, namelijk dat de fout-positieve uitslagen minimaal moeten zijn. Dan is het kennelijk van het grootste belang om ieder geval van achteraf ongegronde ongerustheid te voorkomen. Epidemiologen houden de boot af zolang de causale relatie niet echt bewezen is. Met als gevolg dat vele bestuurders meestal niet erg gemotiveerd zijn om direct preventieve maatregelen te treffen.

Volgens de milieugezondheidskunde is deze benadering ongewenst omdat er zo veel fout-negatieve uitslagen mogelijk

zijn - dat zijn mensen die door de milieuschadelijke emissies gezondheidschade hebben ondervonden.

SAMEN

Knottnerus wil het beleid van Ginjaar om de milieugezondheidskunde naast de medische wetenschap in de Gezondheidsraad een plaats te geven continueren en uitbouwen. 'Methodologisch is er wederzijds van elkaar te leren wat betreft het vaststellen van expositie-responsrelaties en de effectiviteit van interventies', stelt hij terecht.

Het is duidelijk dat de huidige voorkeur voor uitsluitend epidemiologisch onderzoek vervangen zal gaan worden door een meer evenwichtige synthese van de milieugezondheidskundige risicobenadering met genoemde epidemiologische mogelijkheden. Men zal de strenge eisen ten aanzien van causaliteit moeten verzachten teneinde ook preventie mogelijk te maken. Uit deze opsomming blijkt dat er kennelijk zeer verschillende opvattingen bestaan ten aanzien van gezondheid en milieuproblemen. Het lijkt zinnig om de beide interpretaties een plaats te geven (als de financiële middelen zulks toestaan). Knottnerus eindigde zijn voordracht met de hoopgevende conclusie:

'Noch het creëren van onnodige onrust, noch het ongemotiveerd sussen helpt, zoals ze ook weten vanuit het onderzoek in de gezondheidsvoorlichting en de huisartsgeneeskunde.'

Dr. J. W. Copius Peereboom is milieukundige / toxicoloog.

Literatuur

1. M M Verberk, Milieugezondheidskunde. In: J.J. Boerserna, J W Copius Peereboom, W T de Groot. Basisboek milieukunde. p. 215-232. Boom. 1991.
2. VROM. Omgaan met risico's. 1989.
3. DGM. Stoffen en Normen. Hoofdstuk 1. Normenstelsels algemeen. Samson.p. 6-16.1993.
4. J A Knottnerus. Een risico komt zelden alleen. In: Omgeving en Gezondheid; modellen, meningen, maatregelen. Gezondheidsraad p. 25-34. 1 april 1996.
5. Geluid en gezondheid. Gezondheidsraad. 1994.
6. Editorial *British Medical Journal*. oktober 1996.
7. F Duijm, M Matser. Beoordeling van risico's voor de gezondheid. In: J W Copius Peereboom (redactie). Basisboek Milieu en Gezondheid. p. 410-433. Boom. 1994.
8. P Grandjean en K H Kilbum. From research tot preventive action. Editorial. *Arch Environ Health* 47 (1992) 166-168.

GEEN SPELLETJE

Hans Suykerbuyk

Gezondheid is overal, dus ook op het werk. Maar nog niet zo lang. Bedrijfsfitness werd begin jaren '80 in Nederland enthousiast ontvangen, voornamelijk uit economische motieven. De vraag naar programma's voor gezondheidbevordering op het werk neemt nog steeds toe. Het succes hiervan komt echter voort uit andere dan economische overwegingen. Wie gezond is, is iemand. Dus ook op het werk.

De wijdverbreide veronderstelling dat wie fitter is minder ziek is en meer produceert, zal veel werkgevers hebben aangesproken. In de Verenigde Staten heeft dit bij sommige bedrijven zelfs geleid tot een deelname verplichting voor werknemers. Bedrijfsfitness is in Nederland wat vrijblijvender. Waar sprake is van regulering, gebeurt dit meestal in de vorm van een overeenkomst die bepaalt dat de werknemer een half uur tijdens werktijd mag sporten als hij er ook een half uur eigen tijd aan vastknoopt.

De activiteiten die onder bedrijfsfitness vallen, waren in eerste instantie zeer divers. Zo waren er bijvoorbeeld bedrijven die een accommodatie lieten bouwen met ruimten voor fitness en aerobics. Andere bedrijven hebben een reeds bestaande sportaccommodatie gehuurd voor een spelletje zaalvoetbal of badminton. Ook waren er bedrijven die biljarten, darten en survivalweekenden tot fitnessactiviteiten rekenden. Naast sporten voor de lol, lekker uitleven en een spelletje doen, was gezondheid een belangrijk doel.

KRITIEK

Van meet af aan hadden werkgevers en onderzoekers kritiek op de gezondheidsprogramma's op de werkplek. Economisch, juridisch en bedrijftechisch deugde het niet.

Uit een samenvattende literatuurstudie naar de economische effecten, gemaakt in 1990, blijkt dat zeer grof geschat de financiële baten voor een bedrijf 200 gulden per fitnessdeelnemer per jaar bedragen. Echter, per jaar en per werknemer zijn de investeringskosten in een programma hoger, mede omdat deelnemers gemiddeld na 18 maanden afhaken (Schumacher & Van Puffelen, Schutterhoef).

Werkgevers die er niets voor voelden om bedrijfsfitness aan te bieden, hebben ook juridische argumenten gebruikt om gezondheidsbevordering tijdens het werk te bekritiseren. In tegenstelling tot ziektepreventie, is gezondheidsbevordering geen taak voor de werkgever. Alhoewel het in het belang van het bedrijf is dat alle werknemers optimaal gezond zijn, is de werknemer zelf verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.

Bedrijfskundig, tenslotte, geldt het argument van de taakstelling. Het primaire arbeidsproces staat centraal en wat daarbuiten valt, behoort niet tot de verantwoordelijkheid van de arbeidsorganisatie (Schreurs).

DESONDANKS

Geïnteresseerde werkgevers, aanbieders, en veel werknemers hebben zich van de kritiek niet veel aan getrokken. Steeds meer bedrijven doen fitnessprogramma's en de reacties zijn van gematigd positief tot enthousiast.

Het kosten/batenplaatje blijkt minder ter zake te doen. Sterker, de investeringen nemen toe, de programma's worden uitgebreid. Een medische screening, anti-rook campagne, stressmanagement, ergonomische aanpassingen en vormen van sport en beweging worden geïntegreerd aangeboden. Niet meer even ballen in de baas z'n tijd, maar een doordacht programma met wetenschappelijke- en paramedische connotaties.

Thans staan werkgevers en werknemers erg welwillend tegenover gezondheidsbevordering op de werkplek. Onderzoek naar kosten/baten analyses en afname van ziekteverzuim is minder populair omdat financiële winst niet meer de primaire drijfveer is.

Alle doelstellingen en effecten van bedrijfsfitness zoals ontspanning, uitleven,

bewegen, sporten en recreatie, vallen nu allemaal onder een gemeenschappelijk doel: gezondheidsbevordering. Dit doel laat zich slecht in economische effecten uitdrukken.

HET BELANGRIJKSTE

Uit een recent verschenen rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat een goede gezondheid voor zestig procent van de Nederlanders het belangrijkste in het leven is (Baart, 1996). Enquêtes en opinie-onderzoeken van dames-, mode- en lifestylebladen constateren al jaren hetzelfde: gezondheid is in het leven van alledag steeds belangrijker geworden. Dat heeft te maken met drie begrippen: bereikbaarheid, controle en verantwoordelijkheid.

BEREIKBAAR

Mensen zijn zich steeds meer gaan interesseren voor gezondheid, en ze hebben er veel voor over om het te bereiken. Gezondheid lijkt bereikbaar geworden. Een gezonde houding, gezond eten, sporten, kortom gezond leven kun je zelf doen. Mensen wensen elkaar nog steeds een goede gezondheid toe, niet die je door toeval verkrijgt, maar waar je iets voor doet, want dan verdient je het.

Alle schooltypen tot en met zelfs sommige HBO's hebben gezondheidsbevordering reeds expliciet in hun curricula, maar dat bedrijven dit ook willen, is relatief nieuw. Vreemd is het echter niet; bedrijven kunnen profiteren van de positieve houding ten opzicht van gezondheid.

ONDER CONTROLE

Alleen eraan werken is echter niet voldoende. Mensen willen vooruitgang zien. Daarvoor is controle nodig. Controle in relatie tot gezondheidsbevordering werkt op twee manieren.

Waameembare effecten realiseren is één. Op gewicht blijven, het cardiovasculaire vermogen, toename van kracht en lenigheid. (Te meten in respectievelijk optimaal gewicht, V02 max., aantal kilo's per serie en de amplitudemogelijkheden van ledematen). Verbetering laat zien dat eraan gewerkt is en dat de controle toeneemt.

Controle wordt zelfs door verschillende auteurs letterlijk gekoppeld aan gezond-

heid. Het gecontroleerde, slanke en fitte lichaam staat centraal, is symbool en dient als norm voor een gezond leven (Lupton).

De andere variant van controle wordt gerealiseerd door gezondheid onder professionele hoede te brengen. Artsen, trainers, verzorgers en hulpverleners representeren een wereld van onderzoek, kennis en inzicht. De controle wordt dan in eerste instantie uit handen gegeven, maar later winnen we die weer terug als gerichte begeleiding en ondersteuning vruchten afwerpt.

Voor wat betreft de gezondheidsprogramma's op de werkplek komen deze beide vormen van controle duidelijk terug. De participatie van Academies voor Lichamelijke Opvoeding, fysiotherapeuten, bewegingswetenschappers, en diëtisten zorgen ervoor dat de Gezondheidsbevordering omgeven wordt met professionele en (para)medische beroepsgroepen. Een medische screening als startpunt, op maat gesneden programma's als middel en cijfermateriaal als uitkomst.

VERANTWOORDELIJK

Tenslotte leiden bereikbaarheid en controle naar verantwoordelijkheid. Als je zelf kan zorgen voor een gezond leven en dit kan beheersen, dan is het een kwestie van eigen verantwoordelijkheid om hieraan mee te werken of niet. De faciliteiten worden geboden door de werkgever, een team van professionals moet de werknemer stimuleren de gezondheid in eigen hand te nemen. En meedoen is niet verplicht. Zelf kiezen dus, en met een keuze voor deelname laat je zien dat je een verantwoordelijk persoon bent. Je neemt zelf de verantwoordelijkheid voor je gezondheid.

NORM

Gedurende de ongeveer 15 jaar dat de programma's bestaan, zijn alle mogelijke benamingen langzamerhand bijeengebracht onder de noemer gezondheidsbevordering op de werkplek. Deze terminologische eenduidigheid zorgt ervoor dat iedere vorm van sport, bewegen, ontspanning en recreatie onder de noemer gezondheid valt, sterker nog *gezondheidsbevordering*. Deze connotatie is erg belangrijk omdat het een gerichtheid impliceert die wenselijk is voor werkgever en werknemer.

De activiteiten zijn namelijk gericht op een eenduidig doel: de gezondheid op een hoger peil krijgen. Dit wil geenszins zeggen dat plezier, spanning, ontspanning en competitie verdwenen zijn, ze

zijn wel veel minder belangrijk geworden. Gezondheidsbevordering op de werkplek wordt primair gedaan omdat je er gezond van wordt.

De vraag of dit een doelstelling zou moeten zijn voor de werkgever of bedrijfsmanagement is hiermee feitelijk overbodig geworden, want wie wil er nu niet gezonder worden. In de praktijk is gezondheidsbevordering overal wenselijk, ook tijdens de arbeidsuren, en daarmee is het logische voortzetting geworden van een maatschappelijke overtuiging.

Aan gezondheidsbevordering wordt gewerkt. De werkwoorden 'bereiken, controleren en verantwoording nemen' zorgen ervoor dat het eenduidige gezondheidskader een invuloefening wordt. Stapsgewijs, dankzij de medische- en wetenschappelijke categorisatie van gezondheid in meetbare eenheden. De individuele werknemer stapt zelf die trap op.

Geleerd sinds opvoeding en school, aangedragen door het huidige karakter van gezondheidsbevordering op de werkplek, willen de werknemer en de werkgever allebei hetzelfde: verantwoording nemen voor (on)gezond gedrag.

Gezondheidsbevordering is iets wat ons allen aangaat en door iedereen gedragen wordt. Dit in tegenstelling tot economische en/of juridische argumenten die meestal alleen tot voordeel van de werkgever zijn. De bereikbaarheid, controle en verantwoordelijkheid vergroot het serieuze karakter van gezondheidsbevordering en de motivatie tot actie. Het met elkaar in verband brengen van beide ontwikkelingen, zorgt ervoor dat werknemer en werkgever een gemeenschappelijk belang delen. Het succes van gezondheidsbevordering op de werkplek komt hieruit voort.

NIET GOED

Twee kanttekeningen die ik afsluitend wil maken. Ten eerste een kritische noot richting de steeds eenduidigere doelstelling van gezondheidsbevordering. Het zorgt ervoor dat vormen van sport en beweging haast automatisch en alleen maar betekenis hebben als het om gezondheidsverbetering gaat. Aspecten als plezier, competitie en teamgeest verdwijnen op de achtergrond. Voorstanders zullen zeggen dat dat ook onderdelen van gezondheid zijn, maar ze zijn niet of nauwelijks te meten en te controleren, en daardoor haast per definitie niet echt relevant.

Met de tweede opmerking wil ik het aspect van verantwoordelijkheid ter discussie stellen. Geschetste ontwikkelingen wijzen erop dat de individuele werknemer in ieder geval impliciet verantwoordelijk gesteld wordt voor zijn of haar (on)gezonde gedrag. Het gevaar dreigt dat enerzijds ongezonde aspecten van het dagelijks werk zoals stress- en burn-out verschijnselen afgeremd gaan worden op het conto van de werknemer.

Gezondheidsbevordering wordt zo symptoombestrijding en legt de verantwoordelijkheid voor het oplossen van het probleem bij het individu, in plaats van het bedrijf. De ironie wil dan ook dat een collectief gedeelde overtuiging dat er gewerkt kan worden aan gezondheid, het individu met een hogere werkdruk opscheept, misschien zelfs een werklast.

Literatuur:

- Baart, P., Roerink, G., & Selie, M. (1996). Gezondheidsbevordering op de werkplek. Toekomstig element van bedrijfsvoering. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body*. London: Sage Publications.
- Schreurs, J. G. M. (1997). Geen leefstijl in de Arboret. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 75(2), pp. 98-99.
- Schumacher, B., & Puffelen, F. v. (1990). *SEO Onderzoek Bedrijfsfitness, literatuurstudie naar de kosten en baten van bedrijfsfitness* (No. 264). Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam.
- Schutterheef, E. v. (1994). *Gezond sporten gezond werken* (Stageverslag). ADIA.

Hans Suykerbuyk is medewerker bij de vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte aan de Universiteit van Maastricht.

BUITENLANDSE BERICHTEN

Joost van der Meer



Het Web, gezondheid en politiek

(1)

Het oorspronkelijke idee van Buitenlandse Berichten was om voor TGP lezers wat krenten uit de pap van de internationale medische literatuur te vissen, deels vanuit de gedachte dat de meeste lezers tot deze buitenlandse literatuur geen toegang hadden. Maar wat heet nu nog buitenland in de global village? Met de enorme uitbreiding van Internet lijkt beperkte toegang tot literatuur niet meer te bestaan. Wie een Internet-aansluiting heeft, kan zich door bijna alle medische bladen heen surfen waaruit de afgelopen jaren stukjes werden geput. Toch is met de komst van de elektronische snelweg deze rubriek wellicht eerder relevanter dan overbodig geworden. Omdat de mogelijkheden voor het verkrijgen van informatie zo exponentieel toegenomen zijn, is krenten vissen uit het Net er niet eenvoudiger op geworden. En ook digibeten verdienen informatiezorg, hetgeen nog eens het bestaansrecht van deze rubriek onderstreept. De elektronische snelweg biedt mogelijkheden om via andere wegen dan de traditionele medische tijdschriften interessante ontwikkelingen in het buitenland te volgen voor de TGP lezer. Vandaar de introductie van een uurtje surfen op het Internet. Om te beginnen: health and politics,

Het Web, gezondheid en politiek

(2)

Gezondheid en politiek bestaan ook in cyberspace, zo blijkt al snel bij het zoeken op deze twee woorden. Een goed uitgangspunt blijkt de site van het Britse Health Matters, getiteld 'Health policy and politics on the Web' (<http://www.luna.co.uk/ghealth/health-web.htm>). Zelf bevat het geen informatie, vanaf deze plek zijn uitsluitend schakels gemaakt naar relevante andere plekken, voornamelijk in Groot-Brittannië en Europa, maar ook in de VS. Officiële instanties zijn vertegenwoordigd met het Britse ministerie van Gezond-

heid, al blijft het bij de persberichten; ook kunnen de Britse infectieziektenstatistieken worden geraadpleegd. Het is mogelijk sites van internationale organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie en een Europees documentatiecentrum over gezondheidszorgvormingen te raadplegen, evenals die van milieuorganisaties als Greenpeace. Ook vertegenwoordigd zijn organisaties van (Britse) huisartsen, en Britse en Zweedse organisaties op het gebied van volksgezondheid met o.a. informatie over zorg voor vluchtelingen en dak- en thuislozen in het Verenigd Koninkrijk. Sites van organisaties van verpleegkundigen en vroedvrouwen ontbreken niet, evenals pagina's over alternatieve geneeswijzen en psychiatrie. Ook bestaan er verwijzingen naar enkele belangrijke tijdschriften, zoals het Health Service Journal en het British Medical Journal (BMJ). Natuurlijk mag op een Britse site een link met BSE niet ontbreken. We worden niet teleurgesteld. Wel jammer dat het patiënten- of consumentenperspectief grotendeels lijkt te ontbreken bij deze veelomvattende oriëntatie. Alleen op het gebied van de psychiatrie is er iets dat in de buurt komt. Het Global Health Network (GHNet) is een Amerikaanse site en bevat ook links naar andere gezondheid-en-politiek-plekken in cyberspace. Het is een project dat de gezondheid wereldwijd wil verbeteren door middel van het verspreiden van informatie via Internet, en ook verbindingen wil leggen tussen verschillende soorten en bronnen van informatie. De initiatiefnemers van GHNet wijzen er op dat het opzetten van zo'n netwerk niet alleen een technische operatie is. Het democratiseert gezondheidszorg en de informatie daarover vinden zij, en beslissers, behandelaars en consumenten worden dichterbij elkaar gebracht. <http://www.luna.co.uk/health/health-web.htm> <http://www.pitt.edu/GHnet/home>

Zambia, mannen en family planning

GHNet brengt me via 'Africa health' in Afrika. Mannen moeten meer betrokken raken bij family planning, aldus het Zambiaanse ministerie van Gezondheid, die onderzoek gaat doen naar de geringe belangstelling van Zambiaanse mannen op dit gebied. Het is de bedoeling bij de studie worden zowel traditionele als moderne sociaal-culturele factoren te betrekken, aldus dit Ministerie. De meeste Zambiaanse mannen hebben een negatieve houding op het gebied van family planning. Ze vinden het niet hun probleem, wie zwanger wordt en bevalt moet ook maar voor de anticonceptie zorgen. Het zijn dan ook voornamelijk de vrouwen op wie voorlichting en andere family planning diensten zijn gericht. Mannen worden voornamelijk aangesproken op hun mogelijkheid sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA) te verspreiden, terwijl een grotere betrokkenheid van mannen bij family planning juist nodig is om hen ervan te doordringen dat er ook anticonceptie voor mannen is (die weer een gunstige invloed heeft op het terugdringen van SOA).

Tegelijkertijd zijn het de mannen die in Zambia de beleidsbeslissingen nemen op het gebied van vruchtbaarheid en toegang tot family planning informatie en -diensten. Bij beslissingen worden de vrouwen zelden betrokken, veeleer wordt het recht van vrouwen om te beslissen over lijf en gezin met voeten getreden. Zambia wil, mede door het verbeteren van de toegang tot goede family planning, de algemene gezondheid van de bevolking verbeteren en de kindersterfte terugbrengen van 97 per 1000 naar 50 per 1000 in 2015.

<http://www.africanews.org/PANAJ/sciencia/19970625/feat2.html>

Roken in Senegal

Een Senegalese organisatie, Jamra, vraagt aandacht voor de invasie van de tabaksindustrie in hun land. Nu de markt in de westerse wereld krimpt

zoekt deze industrie nieuw afzetgebied, en overspoelt. Senegal met nieuwe merken speciaal voor de Afrikaanse markt waarmee de gezondheid en de toekomst van de Senegalezen, vooral jongeren, wordt bedreigd. Er is in het geheel geen regelgeving in Senegal op het gebied van tabaksreklame; reclame is veelal aggressief en onethisch. Jamra roept jongerenorganisaties, sportverenigingen en artiesten op om sponsoring door de tabaksindustrie te weigeren. De tabaksindustrie is namelijk een zeer actieve sponsor van sportevenementen in Senegal, speciaal bij de populairste sport, traditioneel worstelen. Verder is het tijdens voetbalwedstrijden in het Senghor stadion van Dakar niet ongebruikelijk dat de sigarettenfabrikanten meisjes gratis sigaretten laten uitdelen. Jamra wil ook een forse accijns op sigaretten om het roken te ontmoedigen. <http://www.africanew.org/PANA/Science/19970604/feat4.html>

Racisme in gezondheidsonderzoek

Onder de talloze websites die, vaag of minder vaag, iets met gezondheid en politiek van doen hebben blijven de traditionele medische vaktijdschriften interessante informatie bieden. Het British Medical Journal (BMJ) plaatst bijvoorbeeld een deel van de artikelen op het Net, en een enkele maal zelfs een heel nummer. Oude nummers zijn opvraagbaar, en er zijn ook links naar andere vaktijdschriften van dezelfde uitgever. En zo glijdt deze rubriek weer in zijn traditionele vorm. De virtuele BMJ plaatste een serie artikelen over racisme in (volks)gezondheidsonderzoek, dat begint met een overzichtartikel van Bhopal. Deze hoogleraar in Newcastle vraagt zich af of onderzoek waarin het kenmerk 'ras' wordt meegenomen racistisch en ondeugend is, of dat het belangrijke wetenschappelijke informatie oplevert. We gniffelen bij het lezen van onderzoeken uit de vorige eeuw waarbij medici schedelmetingen verrichtten ter bepaling van de herseninhoud, die stevast bij Europeanen het grootste bleek te zijn. En wat te denken van zulke specifieke negentiende eeuwse ziektebeelden als drapetomania, de irrationele en ziekelijke wens van slaven om weg te lopen? Gelukkig is zulk onderzoek nu niet meer aan de orde, en betrekken we ras of ethniciteit in onderzoek om oorzaken van ziekten op te sporen en ongelijkheid in gezondheid tussen groepen in de samenleving vast te stellen. Denken we. Bhopal plaatst echter kritische kanttekeningen bij de kwaliteit van het huidige onderzoek

naar raciale verschillen in gezondheid, en waarschuwt voor het gevaar dat onderzoekers in de volgende eeuw wel eens net zo hard over het huidige onderzoek kunnen gaan gniffelen als wij dat doen over onderzoek uit de vorige eeuw. Zijn belangrijkste kritiek is dat geracialiseerd onderzoek niet in staat is gebleken echt oorzaken van ziekten te ontdekken. Onderzoekers hebben een lawine van verbanden tussen ras en van alles en nog wat gevonden, maar het onderliggende oorzakelijke proces behandeld als een zwarte doos. Een ander punt van kritiek betreft het vervangen van 'ras' door het eufemistische begrip 'ethniciteit'. Maar ethniciteit is een mengeling van iemands voorvaderlijke en geografische origine, culturele tradities en taalgebied, dat bovendien een dynamisch concept is. Voor het bedrijven van wetenschap is zo'n complex begrip nauwelijks bruikbaar. Onaanvaardbare fouten in veel onderzoek zijn het gevolg. Zo worden onzinnige ethnische indelingen gemaakt. Zoals bijvoorbeeld bij een onderzoek waarin iedereen die Urdu sprak -een taal die in grote delen van India en Pakistan wordt gesproken- bij een ethnische groep hoorde. Dat is dus zoiets alsof je in West-Europa of Amerika zou besluiten dat iedereen die Engels spreekt bij dezelfde ethnische groep hoort. Soms zijn indelingen zijn veel te grof ('Aziatisch', 'Afrikaan') zonder op verscheidenheid in mogelijk verklarende factoren binnen deze groepen te letten. Tot slot houdt men geen rekening met verstoringende effecten, bijvoorbeeld de sociaal-economische positie van individuen. Zoals bekend verkeren mensen met een lage sociaal-economische status in een relatief slechte gezondheid, en helaas bevinden ethnische minderheden zich vaak voornamelijk onderaan de maatschappelijke ladder, zodat deze positie vermoedelijk van veel betekenis is voor de slechte gezondheidstoestand in die groepen.

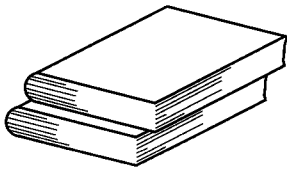
Veel onderzoek waarin ras een rol speelt stigmatiseert. Ethnische minderheden zijn ongezond - met de witte populatie als gouden standaard-, ze krijgen veel kinderen en hebben speciale ziektes, zo is het beeld. Dat valt niet altijd te ontkennen, maar het is tegelijkertijd maar een deel van het verhaal. De gezondheid van degenen uit ethnische minderheden die hier geboren zijn is meestal veel beter dan die van 'eerste generatie' migranten. En de gerichtheid op 'speciale ethnische problemen' leidt bijvoorbeeld tot GVO-materiaal waarin aandacht is voor anticonceptie, luizen

en spugen maar waarin niets te vinden is over roken en alcoholgebruik.

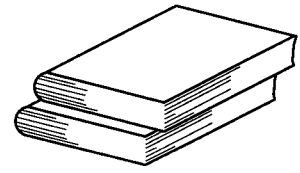
Bovendien valt de blik van de onderzoeker steeds op de gezondheidstoestand van de ethnisch minder aanwezige medemens en maar zelden op de kwaliteit van de gezondheidszorg, die voor deze groepen wel eens tekort zou kunnen schieten. De vraag of er iets schort aan onderzoek met betrekking tot raciale kenmerken en gezondheid beantwoordt de auteur bevestigend: veel is onethisch, niet valide, racistisch en inhumain. Toch is dit soort onderzoek nodig, gezien de ongunstige gezondheidssituatie van ethnische minderheden. Het stuk bevat daarom een pleidooi voor verbetering van de situatie door een grotere participatie van ethnische minderheden in onderzoek en beleid. Maar eigenlijk is dat ook weer niet goed, want rapportages van onderzoekers uit minderheidsgroepen worden vaak geïnterpreteerd als het verdedigen van hun speciale belangen. Samenwerking met de ethnische meerderheid is daarom hier het toverwoord.

Ook moet de kwaliteit van het onderzoek verbeteren. Onderzoek met betrekking tot raciale groep heeft niets opgehelderd omtrent de oorzaken van ziekten. Het perspectief dient daarom te verschuiven naar onderzoek op het gebied van ongelijkheid, planning van voorzieningen en dient voorstellen te bevatten voor actie. Alleen dan worden we in de 21ste eeuw misschien niet uitgelachen.

Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? <http://www.bmj.com/Ok>: BMJ 1997;7096:1751-1756.



boeken



ANEKDOTES UIT DE PSYCHIATRIE

Van oppasser naar verpleegkundige bundelt zes interviews met psychiatisch verpleegkundigen. De interviews moeten in 83 bladzijden een beeld schetsen van het beroep van psychiatisch verpleegkundige in deze eeuw. 'Orale geschiedenis', bluft de flaptekst, maar dat is het niet. Een theoretische verantwoording of systematische benadering van de geschiedenis biedt dit boekje allerminst.

De geïnterviewden vertegenwoordigen elk een decennium van psychiatisch verplegen in deze eeuw. Zij vertellen niet meer en niet minder dan persoonlijke verhalen; geen degelijke geschiedschrijving, maar wel veel sappige anekdotiek.

Radicaal veranderd

De samenstellers zeggen in hun inleiding dat 'de kern van het beroep van psychiatische verpleegkundige behouden is gebleven'. Dat is, mede gezien de titel, een curieuze uitspraak.

De interviews getuigen juist van de radicale veranderingen en ontwikkelingen van het beroep deze eeuw. Van de onmondige oppasser heeft de psychiatische verpleegkunde zich inmiddels ontwikkeld tot een professie, met een specifieke expertise en eigen handelings-terreinen.

De geïnterviewden over de eerste decennia beschrijven hun positie binnen het psychiatisch ziekenhuis als buitengewoon marginaal. De verpleegkundigen beschikten niet of nauwelijks over kennis van psychiatrie (die van de artsen was ook twijfelachtig) en ze hadden nauwelijks een inbreng in de organisatie.

Ze 'deden maar wat', zeggen ze zelf. De jaren '50 verpleegkundige: 'Er werd ons eigenlijk nooit iets gezegd over welke ziekten patiënten hadden of wat ze mankeerden. We wisten eigenlijk niets van diagnoses. [] Als derdejaars leerling mocht ik eens de medicijnkast schoonmaken, maar medicijnen uitdelen mocht ik niet. [] Het was gewoon een inrichting waarin lastige of vreemde mensen konden worden opgesloten, en die bedoeld was om mensen van de straat te houden.'

Pas in de jaren zestig vertelt een verpleegkundige dat ze bezig gingen met het nadenken over het verpleegkundig handelen. Maar de middelen waren vooralsnog beperkt. 'We deden niets anders dan observeren en we schreven daar rapporten over vol.'

Adembenemend

De terloopse informatie over de patiëntenzorg en behandelmethodes beneemt je soms weer de adem. In het begin van de eeuw lagen de patiënten ziek te zijn in bedden op grote zalen. Bad-verpleging was niet ongebruikelijk, lobotomie het noodlot van de patiënt als de praktizerend arts daar toevallig een voorkeur voor had, elektroshocks het nieuwste van het nieuwste in de jaren '50 en in de jaren dertig werd ook nog wel eens een malaria-kuurtje geprobeerd. Verpleegkundigen assisteerden bij behandelingen met insuline-coma's en moesten de bijgekomen patiënten begeleiden. Hoe ze dat moesten doen bleef in het midden en daarover had niemand een idee anders dan 'ga maar een uurtje wandelen met de patint'. Maar waarom er ineens gewandeld moet worden, daarover had de verpleegkundige geen idee. En dat terwijl hij (heel eigentijds en zelfbewust) meent dat de verpleegkundige begeleiding na de behandeling misschien wel meer deed voor de patiënten dan de behandeling zelf.

De komst van de psychofarmaca bracht niet onmiddellijk verandering in de soms gruwelijke en bijna altijd enge behandelmethodes. Er was één medicijn (largactil) en dat werd in flinke doses aan de patiënten toegediend, de dosis afhankelijk van lengte en gewicht. Er was niet veel anders voorhanden. De verpleegkundigen stopten de pillen in de vïjzel, en dienden ze toe aan de patiënten.

Anti

De jaren zeventig verpleegkundige vertegenwoordigt de radicale tegenbeweging die toen op gang kwam. In de psychiatrie werken werd 'hip', en de cultuur van de antipsychiatrie droeg daar zeker aan bij. De strenge gestichtsregels werden aangevochten, boze nachtzusters getrotseerd, er werd over gedebatteerd dat de maatschappij veel zieker

was dan de patiënten, en over de mogelijkheden van Dennendal. De medische handelingen werden vervangen door 'oeverloos overleg' tussen disciplines, zegt de jaren 70 verpleegkundige. De verpleegkundigen waren oppasser af, en schaarden zich naast de patiënten om met hen al die gesprekken te voeren die hun voorgangers onthouden waren.

In het jaren 80-verhaal verzakelijkt het klimaat weer wat. De afdelingsregels zijn terug van weggeweest, en er wordt weer behandeld. In de jaren '90 zijn er nieuwe jonge honden. De psychiatische inrichtingen gaan dicht, en de jaren '90 verpleegkundige vertelt hoe hij verpleegkundige zorg aan huis levert.

De door de samenstellers genoemde 'kern van de psychiatische verpleegkunde' krijgt pas dit decennium gestalte. Pas nu kunnen de verpleegkundigen de 'drijfveren, wensen, mogelijkheden en beperkingen van mensen met psychische stoornissen' gaan begrijpen en respecteren. Ze zoeken een beroepsideaal in de relatie tussen patiënt en verpleegkundige dat de oppassers van weleer nooit hebben kunnen nastreven, omdat zelfs een praatje met de patiënten door de hoofdzusters verboden werd ('heb je niks te doen?').

Whig-history

De respondenten blikken allen terug vanuit hedendaagse beroepsopvattingen, en analyseren van daaruit wat er 'toen' allemaal verkeerd was. In de geschiedschrijving heet dat 'whig-history', waarin geschiedenis geschreven wordt als ontwikkeling die eindigt bij de (terechte) winnaars. Dat is voor dit boekje helemaal niet zo'n bezwaar, maar het doet wel verlangen naar 'echte' geschiedschrijving over de verpleegkunde. De uitstekende studie van Boschma *'Gesticht in de Duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994'* (Hilversum, Verloren, 1997) is daarvan een voorbeeld.

Marianne de Leeuw, Jef Nieuwenhuis, Mania Schilt (samenstellers): *Van oppasser naar verpleegkundige.*, Utrecht, Uitgeverij De Tijdstroom BV, 1997.

Jeannette Pols is redacteur van TGP

Signalementen

AGOGISCH WETENSCHAPPELIJK

Op het terrein van methoden en technieken van onderzoek zijn reeds vele boeken vanuit wetenschappelijke optiek geschreven. Een praktisch georiënteerd boek over bruikbare en praktijkgerichte onderzoeksmethoden en technieken in welzijnszorg en gezondheidszorg ontbrak echter. *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* vult deze leemte op. De auteur beschrijft, verschillende onderzoeksstromingen, dataverzamelingstechnieken en wijzen van analyse, met de nodige voorbeelden. Het boek is bedoeld voor studenten van zorg- en sociaal-agogische opleidingen en hun begeleiders en beroepsbeoefenaren.

Migchelbrink, F. Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn, 126 pagina's. Te bestellen bij Uitgeverij SWP in Utrecht, kost f 29,50. Telefoon 030 2368060, fax 030 2368140.

ARTS, PATIËNT EN ZIEKENHUIS

Een tweede, geheel herziene druk van het boek met deze titel. De eerste druk bundelde de inleidingen van een congres over het nieuwe civiel-, klacht- en tuchtrecht in de gezondheidszorg. De aanleiding voor het congres was de behandeling door het parlement van een reeks wetten met ingrijpende gevolgen voor de relaties tussen ziekenhuis, hulpverlener en patiënt. In de tweede versie is de tekst van de eerste versie geactualiseerd. Hiernaast zijn een aantal wetteksten toegevoegd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, tuchtrecht wet BIG, Wet klachtrecht cliënten zorgsector en Kwaliteitswet zorginstellingen).

Arts, patiënt en ziekenhuis is te bestellen bij Kluwer Sociaal- en Arbeidsrechtelijke Uitgevers, telt 110 pagina's en kost f 38,50. Telefoon 0570 633155, fax 0570 637533.

IN THE NETHERLANDS

In Nederland werken per 100.000 inwoners minder artsen en verpleegkundigen dan in andere Europese landen. Ook het aantal ziekenhuisverpleegdagen is in vergelijking lager. Per inwoner geeft Nederland minder uit aan zorg dan België, Duitsland en Frankrijk. Toch is de gemiddelde levensverwachting in Nederland één van de hoogste.

Dit zijn enkele conclusies uit het boek 'Health and Health Care in the Netherlands', een coproductie van 24 auteurs waaronder minister Borst. *Health and Health Care in the Netherlands is te bestellen bij Infollo B.V., telt 274 pagina's en kost f 48,-. Telefoon 070 3819900.*

CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Het boek *De ontmaskering* is een gang door de zorg en gaat over de trage maar zeker niet tevergeefse tocht die chronische patiënten gaan wanneer er een ander perspectief wordt gerealiseerd dan 'wonen in de kliniek'. Het gelaat, de terugkeer naar de eigenheid en het zichzelf kunnen zijn met in de nabijheid de familie, vrijwilligers en professionele begeleiders, vormen tezamen de kern van alle inspanningen op dit terrein. Bedoeld voor hen die zich binnen de intramurale en ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg betrokken weten bij de levensloop van mensen die, min of meer, langdurig van deze zorg afhankelijk zijn.

De ontmaskering: De terugkeer van het eigen gelaat is te bestellen bij Uitgeverij SWP in Utrecht, telt 208 pagina's en kost tot 1 oktober f 38,-, daarna 47,50. Telefoon 030 2368060, fax 030 2368140.

MAATSCHAPPELIJK ONDERNEMEN

Met zijn boek *Besturen op leven en dood: Essays over managementziekten, bestuursdiagnoses en beleidsmedicijnen in de gezondheidszorg* geeft Steven de Waal bestuurders en managers in de gezondheidszorg een hulpmiddel in handen bij het bepalen van de koers op het complexe terrein van het maatschappelijk ondernemen. Door het besturen in de gezondheidszorg te vergelijken met een zeer Hollandse en zakelijke activiteit als de zeevaart, brengt De Waal op originele wijze een leidend motto in zijn boek en maakt hij de materie toegankelijker. Het boek bestaat uit een verzameling van artikelen en columns die recent zijn gepubliceerd in diverse vakbladen voor bestuur en management in de gezondheidszorg. De inleidende artikelen geven een recent overzicht van de ontwikkeling van de

verzorgingsstaat naar verzekeringsstaat. De Waal behandelt de relatie tussen overheid en praktijkveld door in te gaan op politieke sturing, bijbehorende discussies en beleidsmaatregelen. *Het boek kan besteld worden bij Infollo B.V., telt 132 pagina's en kost f 39,50. tel: 0703819900.*

LEVENSEINDE WILSONBEKWAMEN

In juni heeft de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten van de artsorganisatie KNMG haar eind-rapport gepresenteerd. Het rapport vormt de afronding van een viertal discussienota's, die de afgelopen jaren zijn gepubliceerd en waarin wordt stilgestaan bij de beslissingen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten. Met het rapport komt een einde aan twaalf jaar van voorbereiding en beoogt de commissie door deze bundeling van publicaties haar werkzaamheden af te ronden. *Het rapport 'Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten' is verkrijgbaar via de firma Bohn Stafleu Van Loghum te Houten.*

FORENSISCHE ZORG

Op vrijdag 7 november 1997 organiseert het Trimbos-instituut de jaarlijks terugkerende Najaarsconferentie. Het thema van dit jaar is 'psychische problematiek en verslaving bij gedetineerden'. Naar aanleiding van de problematiek die geschetst wordt in de rapportage van de werkgroep Forensische Zorg (ministerie van VWS, december 1996) wordt getracht tijdens de conferentie knelpunten, die spelen op het grensgebied van gevangeniswezen en geestelijke gezondheidszorg te benoemen en op tafel te krijgen. Het centrale thema in het programma is de doorstroomproblematiek tussen gevangeniswezen en geestelijke gezondheidszorg.

Informatie is op te vragen bij het Secretariaat sectie Communicatie, Trimbos-instituut, tel: 030 2971116, fax: 030 2971132, deelname kost f 245,-.

Nieuw

Wie in tranen zaait...

Geschiedenis van de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland

Eindredactie Renate G. Fuks-Mansfeld en Armand Sunier

Bronnenstudie en eerste samenstelling Francine Püttmann

1997. 210 blz. gebonden f 49,50 - ISBN 90 232 2994 0

Tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de medische wetenschap, de psychiatrie en de Nederlandse samenleving, ontstaat tegen het einde van de vorige eeuw in Nederland een specifieke voorziening voor joodse geestelijke gezondheidszorg. Na een aarzelende start komt de JGG (toen CIK geheten) tussen de beide wereldoorlogen tot bloei. Het 'Apeldoornsche Bosch' wordt een toevluchtsoord voor vele psychiatrische patiënten. In de Tweede Wereldoorlog gaat de Duitse bezetter over tot deportatie van alle patiënten, die vrijwillig worden begeleid door een deel van het personeel. Bijna niemand keert terug.

Na de Tweede Wereldoorlog worden al gauw initiatieven genomen om de JGG weer een eigen plaats te geven in de Nederlandse gezondheidszorg. Het Sinai-Centrum ontstaat en biedt zowel ambulante als klinische psychiatrische zorg. Al spoedig wordt het Sinai-Centrum een van de belangrijkste centra voor behandeling van joden met hun oorlogstrauma's. De joodse geestelijke gezondheidszorg is ook thans niet weg te denken uit onze samenleving.

Wie in tranen zaait..., een zeer boeiende geschiedschrijving door auteurs die hun grote betrokkenheid bij deze geschiedenis durven laten doorklinken.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

Postbus 43, 9400 AA Assen
Tel. 0592 379555 / Fax 0592 372064
E-mail: assen@vgorcum.nl

VAN GORCUM



Bestelbon

Naam _____

_____ ex. **Wie in tranen zaait....**

Adres _____

wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

Postcode _____

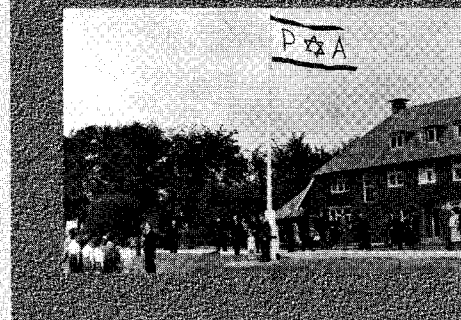
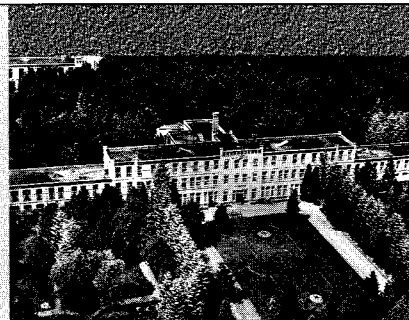
Deze bon faxen - 0592 372064 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:

Plaats _____

Datum _____

VAN GORCUM, Antwoordnummer 3,
9400 VB Assen

Handtekening _____



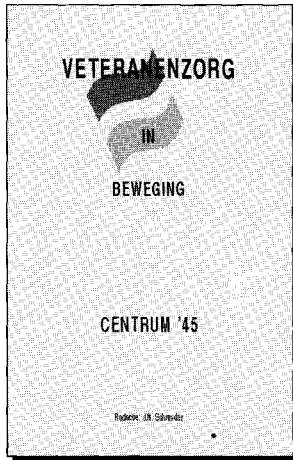
Nieuw

Veteranenzorg in beweging

Centrum '45

J.N. Schreuder (red.)

1997.56 blz. f 17,50 - ISBN 90 232 3318 2



De laatste jaren is de aandacht voor psychologische gevolgen van krijgsdienst van Nederlandse militairen sterk toegenomen. De overheid en hulpverleningsinstanties trachten door preventieve maatregelen psychische problemen bij veteranen te voorkomen. In dit boek worden ervaringen met de behandeling van veteranen gekoppeld aan recente bevindingen van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Het boek wil een bijdrage leveren aan de discussie over de wijze waarop de huidige expertise van hulpverlening en onderzoek optimaal kan worden ingezet ten behoeve van de jonge veteranen van recente internationale conflicten.

De noodzaak tot preventie en hulpverlening is op grond van hun ervaringen in het buitenland aangetoond. Gewenste omvang, vorm en specificiteit van de hulpverlening worden in dit boek aan de orde gesteld.

Vluchteling en psychotrauma

Centrum '45 & De Gelderse Roos

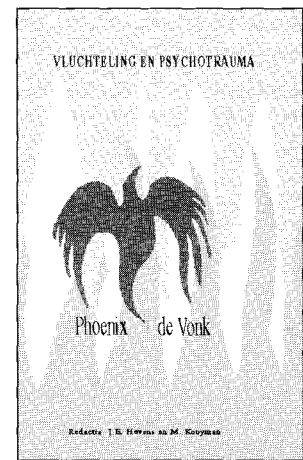
Redactie: J.E. Hovens en M. Kooyman

1997. 84 blz. f 25,00 - ISBN 90 232 3271 2

Veel vluchtelingen die in Nederland asiel vragen zijn afkomstig uit oorlogsgebieden en worden geplaagd door traumatische herinneringen. Een grote groep krijgt daardoor psychische *en/of* lichamelijke klachten, hoewel daar ook een andere oorzaak aan ten grondslag kan liggen, bijvoorbeeld de migratie op zichzelf.

De auteurs van dit boek vragen aandacht voor psychische klachten van vluchtelingen en pleiten voor betere diagnostiek ervan. Tevens wordt de behandeling en opvang van getraumatiseerde vluchtelingen aan de orde gesteld. Aangegeven wordt ook hoe de zorg voor deze mensen verbeterd kan worden.

Nieuw



Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43, 9400 AA Assen
 Tel. 0592 379556/ Fax 0592 379552
 E-mail: assen@vgorcum.nl
 WWW: <http://www.vgorcum.nl>



Visit our Site

Bestel/Fax-bon

Naam ex. Vluchteling en psychotrauma

Organisatie ex. Veteranenzorg in beweging

Functie

Adres

Code Plaats

Datum Handtekening

wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

Deze bon faxen - 0592 379552 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:

VAN GORCUM, Antwoordnummer 3,9400 YB Assen

2