

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 15
NR.5/6 DECEMBER 1997



Na 15 jaar: de laatste TGP

Montignac heeft succes 1fletonzin

Minister Borst slaagt stap voor stap

Modern, persoonlijk beleid maken: Gezonde Steden

**Gehandicapt?
Arbeidsongeschikt?**

**Je hebt rechten,
maar wat krijg je
echt?**

Meedoen. Je eigen leven inrichten. Helaas ...
De regels worden alsmear ingewikkelder. Door een
handicap ben je te vaak een uitzondering en blijf je
"buitenstaan". Bekijk 't dan eens samen met de ANIB.
U kunt op een rechtstreekse, persoonlijke benadering
rekenen.

De ANIB verzorgt voor mensen met een handicap
en arbeidsongeschikten belangenbehartiging en des-
kundig advies. In 80 afdelingen door heel Nederland.

COUPON

Samen staan we sterk. Stuur mij meer informatie.

Naam:

Adres:

Postcode/Plaats:

an^el¹b

Postbus 850,
3800 AW Amersfoort .
Telefoon (033) 465 43 43
Fax (033) 465 43 53

BOND VAN GEHANDICAPTEN EN ARBEIDSONGESCHIKTEN

TIDSCHRIEF
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 15
NR 5/6 december 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

Annie Pijnenborg, Coïna Ros, Corry Korf, Petra van der Schaaf, Bas Treffers, Kristel Logghe, Noëlle Pötgens, Jeannette Pols, Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker, Asjen Stoop, Hans Tenwolde.

Themaredacties

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

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

Interculturele zorg Kristel Logghe, Indra Boedjath, Anke Steinmann, Hans Tenwolde.

Markt & Macht Matthé Ribbens, Gerard Goudriaan, Martien Bouwmans, Capi Wevers, Bart Lammers.

Eindredactie

Maarten Dulfer

Redactieraad

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

Redactieadres

Postbus 17107

1001 JC Amsterdam

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:

Bedrijveninstellingen f 120,-

Particulieren f 80,-

Los nummer f 17,50

Advertentietarieven

op aanvraag bij de uitgever

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

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

Inhoud IGP 97 5/6

- 2 Redactioneel
- 3 Dirck van Bekkum
Mythe
Mededeling van het bestuur van de Stichting voor Gezondheid en Politiek
- 5 Albert Schoenmaker
Montignac: of dromen van Cocagne
De geheimen van onze voeding
- 7 Jeroen Kerseboom en Karel Geelen
Beschermd wonen voor de mantel
Over de overbelasting
- 9 Martien Bouwmans
Mythe
- 10 Themaredactie onderkant
Public Health in congres
Stand van zaken
- 11 Maria Reinboud
Tien minuten uit het leven van een centralist
cpa
- 13 Column
Godelieve van Heteren
- 14 Capi Weever
Mythe
- 15 Noëlle Pötgens
Wetenschapswinkels met de tijd mee
'70, '80, '90,...
- 17 Matthé Ribbens
Mythe
- 18 Herman C.G. Cohen Stuart
Regiovisie en provincie
En sectorvisies, wetsontwerpen, ...
- 21 Annemarie Vaalburg en Lea Jabaaij
Die discussie zou ik graag publiekelijk willen voeren
Interview met Annemarie Mol
- 24 Marleen Goumans, Evelyne de Leeuw
Beleidsondernemers in Gezonde Steden
De politiek is persoonlijk
- 27 Column
Hans Tenwolde
- 28 Brief uit Nicaragua
Gonneke Rota
- 29 Het Binnenhofje
Mathé Ribbens
- 30 Wil Voogt
De Avicenna-prijs 1996
Positieverbetering van alloctonen in de zorg
- 33 Djoke van der Meulan
Psychosociale hulp in een achterstandswijk
Maastricht
- 35 Gerard Goudriaan
Mythe
- 37 Het Zinvolle Zorg pakket
Stephan van Erp
Niet nix
- 39 Signalementen

OUD EN NIEUW

Dit bijzondere dubbelnummer van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek verbindt oud en nieuw. Het oude TGP verjongt en vernieuwt zich tot het nieuwe *VERSIE, tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek*. De verandering zat al een tijd in de lucht. TGP wilde zich sterker profileren in een van haar oude thema's: de plaats in de samenleving van mensen met handicaps en al of niet chronische aandoeningen.

Het woord 'burgerschap', dat bij de meer anarchistisch ingestelde lezers wellicht verkeerde associaties oproept, staat voor de invalshoek die de opvolger van TGP verkiest. Samen met zorgverleners en tijdelijk gezonde mensen zijn degenen die geplaagd worden door kwalen en gebreken burgers. Als gewone burgers hebben ze recht - en soms plicht - van spreken over hun maatschappelijke positie; ze hebben net zowel te vertellen over de inrichting van de gezondheidszorg: ze willen zelf uitmaken hoe ze leven; ze hebben allemaal levenservaring en ervaring met ziekte; ze dienen zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in de samenleving.

Al TGP in zijn vijftien jaargangen ooit drammerig is geweest dan was het op dit punt: het deugt van geen kant dat je met het oplopen van ziekte en handicap ook gelijk een tweederangsburger dreigt te worden.

Fersie zal zich nog meer dan TGP richten op de snijvlakken van gezondheid en burgerschap. Gezondheid zoals die een rol speelt op de werkvloer, bij huisvesting, voeding, bij wetgeving, medicatie en hulpmiddelen, verzekeringen, in debatten over ziektekosten, marktwerking en zorgkwaliteit. Burgerschap in relatie tot discriminatie, emancipatie, politieke invloed en maatschappelijke ontwikkeling.

De lezers waarvoor TGP bestemd was - kritische zorgverleners, opleiders en allerlei 'bureauprofessionals' - zullen zich hierin blijven herkennen. Daarnaast wil het blad ook nieuwe belangstelling wekken in de gelederen van mensen met handicaps, zorgvragers en belangenbehartigers.

Daarmee is TGP aan zijn laatste nummer, met een voor het blad kenmerkende veelzijdigheid,

Een goede aansluiting bij het 'burgerschapsperspectief' biedt het korte artikel van Goudriaan. Daarin wordt de gezondheidszorg verweten vooral oog te hebben voor de gezondheidsproblemen en te weinig voor de bestaansproblemen. Echt vraaggestuurde zorg zou de zorgvrager helpen om zo goed mogelijk te leven met de beperking van ongezondheid of handicap. Het is in dit verband interessant dat de oude Hippocratische geneeskunde, 24 eeuwen terug ontdekt, als belangrijk principe had om vooral de patiënt te helpen en niet de ziekte.

Een echo uit het verleden klinkt ook in het artikel van Voogt. Je Avicennaprijs, een prijs voor interculturele zorg, is geleiden leefde deze Perzische filosoof en arts. Zijn vele tientallen boeken vormden eeuwenlang de grondslag voor de geneeskunde in de islamitische wereld. Samen met Averroës (abul-al-Buhārī, 1111-1162) Ahmad ibn-Rushd, twee eeuwen later (kwam uit Cordoba) was Avicenna een belangrijke figuur in de oudheid en de latere Europese beschaving.

De multiculturele samenleving is geen moderne uitvinding (en vermoedelijk onder islamitische regeerders lange tijd beter gewaarborgd dan onder christelijke). Interculturele zorg, een doolopend onderwerp van dit tijdschrift, is afhankelijk van relativering van het eigene, bijvoorbeeld het idee dat onze wetenschappelijke geneeskunde zo superieur is. Andere systemen bieden eveneens betekenis en zin, en zijn misschien wel werkzaam waar de moderne dokter met lege handen staat.

En daarmee komt naast de perspectiefwisseling een tweede rode draad door dit nummer te voorschijn: de mythe. Veel artikelen handelen over mythen en onbewezen waarheidsclaims. Het afgelopen jaar verschenen al een aantal aanvallen op onjuist algemeen gedachtengoed, maar in de volgende pagina's wordt er een flinke schep bovenop gedaan. Zelfs de mythe van de ontmythologisering wordt bestreden, want, zo betoogt Van Bakkum, mythen hebben toch nut als verklarende verhalen.

Bouwmans wijst op de mythe van de 'de-institutionalisering in de zorg voor verstandelijk gehandicapten'. Terwijl de-institutionalisering onmiskenbaar de internationale trend is, nam in Nederland het aantal instuutbedden alleen maar toe. Het blijkt, zoals vaak, een kwestie van een juiste verdeling van de middelen. Ribbens en Wever, twee auteurs die net als Bouwmans deel uitmaken van de TGP-themaredactie 'Markt & macht', schrijven over respectievelijk 'het primaat van de politiek' en 'de opmars van de eiwitgeneeskunde'. Rascha Thomas bespreekt de bewoners participatie bij gezondheidsbevordering in achterstandswijken. Daar koop je niets voor zolang je vooraf de problemen definieert achter het bureau. Mensen die niet geloven in een beïnvloedbare wereld zien ook hun problemen anders dan de gezondheidsbevoorderaars, die daar beroepshalve natuurlijk wel in geloven.

Er zijn in de rest van dit nummer weer veel artikelen over grote en kleine gezondheidspolitiek. De roemruchte Niet-nix werkgroep van jonge PvdA-mensen laat haar ideeën horen over de wijze waarop binnen de gezondheidszorg op een betere en meer solidaire manier met middelen omgegaan zou kunnen worden.

Stuart schrijft over het concept 'regiovisie' en laat zien waar het concept vandaan komt. Ook wijst hij op een aantal politieke ontwikkelingen die grote invloed zullen hebben op de verdere ontwikkeling van regiovisies. Waar veel geschreven wordt over de knelpunten die gemeenten ervaren bij hun gezondheidsbeleid, kijken Gouwmans en De Leeuw naar de mogelijkheden voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Met name de rol die maatschappelijk ondernemers kunnen spelen in het beleidsproces wordt hierbij onder de loep genomen. We zullen u in maart met trots het vernieuwde blad aanbieden. Zie ook de hierbij afgedrukte mededeling van het bestuur van de Stichting Gezondheid en Politiek. Behalve het blad is ook de redactie in 'metamorfose'. En is de gedaanteverandering niet bij uitstek van toepassing op het jaargetijde rond Nieuwjaar?

De redactie

MYTHE: VLIEGENDE HOLLANDERS

Dirck van Bekkum

De Vliegende Hollander is een van onze nationale mythologische beelden. Het water, de zee en de wind, het onderweg zijn, afscheid nemen en (nooit meer) thuishomen zijn telkens terugkerende elementen in het leven van veel Nederlanders. In deze legende komt de verbondenheid met de natuur omgekeerd tot uitdrukking. Hollanders hebben een traditie hun wil op te leggen aan hun wateromgeving en daarmee aan de natuurelementen. Een van de verklaringen van de naam, zo werd me door Portugezen en Engelsen verteld, is het ontzag voor de enorme snelheid van de Hollandse schepen en de wreedheid van hun piraten. Als de Vliegende Hollanders aan de kim verschenen hoefde je als koopvaarder weinig hoop meer te koesteren, want de Hollanders hadden de snelste schepen en wilden alleen de buit, meestal niet de mensen die daarbij hoorden.

In de opgeschreven legendes van de Vliegende Hollander circuleren drie versies. Een ervan is die van de componist Richard Wagner (1813-1883). Hij laat in zijn opera Die Fliegende Holländer een oude Hollandse kapitein God vervloeken als hij de doorvaart om een of andere Kaap niet kan vinden. Hij wil de natuur naar zijn hand zetten. Door deze vloek is hij gedoemd om eeuwig over de wereldzeen te blijven dolen. Alleen een maagd die zich bij hem voegt en zich opoffert kan hem van deze verschrikkelijke straf bevrijden. Heeft deze verbeelding van de nationale onverschrokkenheid nog realiteitswaarde of is het op zijn plaats in het rijk der fabelen? Kennelijk het eerste, want The Flying Dutchman doet de KLM goed. Als ze verkoopt heeft de mythologische klank blijkbaar realiteitswaarde.

ONZE MYTHEMAKERS

Sjamanen zijn mythemakers. Onze sjamanen zijn de verhalen-vertellers, dichters, schilders, troubadours, balladenzangers, (*science-fiction*-, roman-, toneel-) schrijvers, journalisten, striptekenaars, filmmakers en popzangers. De Franse antropoloog Claude Levi-Strauss - specialist in de vergelijkende mythologie - noemt hen 'bricoleurs' (knutselaars, klussers) en de logica waarmee ze telkens de mythen veranderen en aanpassen 'bricolage'. De reacties van hun stam - hun publiek - is de ultieme test. Als hun verbeelding niet klopt worden ze niet meer aangehoord, gelezen of bekeken. Inhoud en vorm moeten kloppen met de verande-

rende boodschap. De bard in Obelix en Asterix is een goed voorbeeld van een bricoleur wiens vorm niet meer klopt. Mythologie is eigenlijk geschiedenis in permanente beweging. Mythen zijn per definitie in verandering. Aan de andere kant vormen taal en mythen de belangrijkste (etnische-onderscheidende) constanten in culturen. Ze veranderen slechts zeer langzaam, voor individuele mensenogen bijna onzichtbaar.

Sjamanen-bricoleurs houden onze mythologieën levend en passen ze aan de nieuwe tijd aan, want er is altijd spanning geweest tussen de oorsprong, de verhalen en de beleefde werkelijkheid. Mensen hebben het nodig om betekenis aan de wereld te geven en daar elke dag mee bezig te zijn. Kranten lezen, met anderen ping-pongen over onze ervaringen, muziek luisteren, televisie kijken en dromen. Wie systematisch probeert voor langere tijd geen kranten te lezen, geen mensen te spreken of te bellen, geen muziek te luisteren en geen televisie te kijken, zal, al naar gelang karakter en gevoeligheid, eenzaam, verward, lethargisch, depressief of zelfs psychotisch worden. Terwijl hier vroeger het Christendom de grootste gezamenlijke betekenisgever was, belichaamd door kapelaans, dominees en pastores, zijn velen van ons nu hun eigen bricoleurs geworden. Wij mogen uit het nieuws, uit de reclame, uit de supermarkt, uit de nieuwe muziek, film en theater onze eigen werkelijkheid samenstellen. Volledige verbeeldende vrijheid is bereikt. Toch wordt de roep om collectieve mythologieën sterker, omdat het in je eentje wel vermoeiend is om van alles

iets te vinden. We zoeken naar gelijkgestemden om ons thuis te voelen en onze eigen belevingen te toetsen. We noemen dit sociale netwerken. Deze benaming klopt, want dit gedrag is de belangrijkste wortel van etniciteit: 'erbij willen horen en tegelijkertijd anders willen zijn'. Samen weten hoe de wereld in elkaar zit is prettiger dan alleen. De Amerikaans-Indiaanse auteur Vine Deloria noemt dit proces 'retribalization', het opnieuw ontstaan van stammen. In de Duitse vertaling heet zijn boek: 'Nur Stämme werden Überleben', omdat het de oudste eenheden zijn waarin wij de wereld collectief verbeelden en leefbaar maken.

THERAPEUTISCHE VERHALEN

Mythen hebben in westerse samenlevingen een negatieve betekenis gekregen. In haar oorspronkelijke stamculturele betekenis, is een mythe een sacraal en heilig verhaal. De schepping van de wereld, het ontstaan van de eigen stam, de heldendaden, de migraties, de onverwerkte trauma's, de natuurrampen, de ziektes, hongersnoden en andere onverklaarbare collectieve gebeurtenissen zijn hierin op samenhangende wijze en voor iedereen herkenbaar bijeengebracht. In drama's, dansceremonies, epische vertel- en zangtradities worden belangrijke collectieve gebeurtenissen uit het verleden net zolang opnieuw beleefd totdat zij voorgoed vergeten kunnen worden. Dat is nog eens groepstherapie. Ondertussen zijn er nieuwe rampen die verwerking behoeven.

Heldendaden en uitwegen uit de paradoxen van het leven zijn de 'cliffhangers' die men telkens weer opnieuw wil meemaken. De wajangvoorstellingen in Indonesië zijn een prachtig voorbeeld. De regisseur-performer, de Dalang, is een sjamaan die een lange opleiding heeft ondergaan. Hij weeft plaatselijke en landelijke politieke gebeurtenissen in zijn oerdrama's. Wie weleens een wajangvoorstelling in een volkswijk bijwoonde zal onder de indruk zijn van het collectieve inlevingsvermogen van het, overwegend mannelijke, publiek. Het lijkt wel een voetbalwedstrijd met

fervente en trouwe fans waarbij de geproduceerde geluidsterkte laag, maar de spanning hoog was. Dalangs worden regelmatig door invloedrijke personen benaderd om hun verbeelding meer of anders politiek te kleuren.

MEDISCHE MYIHEMAKERS

In Europa hebben we een zeer ambivalente houding opgebouwd met mythologie. Het vertrouwen in de priester-dominee-Sjamanen van het Christendom, is - waarschijnlijk door hun de hardnekkige inspanningen om de Christelijke mythologie zoveel mogelijk te fixeren via de Bijbel - nog nooit zo laag geweest.

Een andere kaste van bricoleurs zijn de wetenschappers. Zij hebben een eigen mythologie die uiteindelijk ook veel invloed uitoefent op ons dagelijks leven. Een subgroep is de medische stand, een machtige groep van betekenisgevers met een monopolie op het gebied van gezondheid. Iedereen wordt zo nu en dan geconfronteerd met deze competen-

te medicijnmannen. Wij, hun publiek, kunnen echter niet wegblijven als wij het gevoel hebben dat de mythologie van de artsenij niet strookt met onze werkelijkheid. Onze gezondheid en soms zelfs ons leven is in het geding.

DIE FLIEGENDE ÄRIZE

Artsen-bricoleurs zitten in de val van de metafysica: wat niet gekend kan worden volgens hun natuurwetenschappelijke spelregels bestaat niet. Zij staan op gespannen voet met het niet-kenbare: alle niet-toetsbare aandoeningen en genezingen. De grootste strijd hebben zij met de dood. Daarin zijn zij moderne Vliegende Hollanders. De natuur, de dood, moet koste wat kost overwonnen worden. Zij laten zich niet in de luren leggen door het sterfelijke. Het kenbare moet het onkenbare verslaan. Daarbij zijn mijn naïeve vragen slechts ruis. In hun professionele wereldbeeld bestaat mijn angst voor ziekenhuisbezoek, voor opname en operatie, voor de almachtige arts-specialist, voor de fouten in de me-

dische sector, voor de dood, niet. Daarmee heb ik bij elke ontmoeting het gevoel dat een deel van mij niet bestaat. Ik wordt niet echt beter. Alleen mijn lichaam vindt soelaas, mijn geest en ziel blijven dorstig achter in de woestijn. ~

De gezonde mythe onderscheidt zich hier van de medische mythe. Ziel, geest en lichaam worden in een helende mythe altijd verbonden. Leven en dood zijn daarin onscheidbaar en niet te bedwingen, laat staan te overwinnen.

Het medisch gevecht tegen de dood is niet meer heroïsch. En het aantal zusters dat Vliegende Hollandse artsen wil verlossen, uit hun dolende eenzaamheid wil vergezellen, neemt snel af. We hebben nieuwe helende verhalen nodig waarin de gereduceerde mythologie van de medici een tegenwicht krijgt.

Dirck van Bekkum is cultureel antropoloog en intercultureel adviseur in de gezondheidszorg.

MEDEDELING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING VOOR GEZONDHEID EN POLITIEK

Het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek heeft in 1997 zijn vijfde jaargang volgemaakt. Een tijdschrift, dat zo ver is gekomen heeft zijn bestaansrecht bewezen. Toch waren de laatste jaren niet de eenvoudigste in het bestaan van TGP. Het abonneebestand en daarmee de inkomsten daalde gestaag. Een bezuinigingsoperatie bracht korte tijd enig soelaas, maar in de zomer van 1995 werd duidelijk dat het op eigen kracht voortbestaan van TGP niet meer mogelijk was. Dat TGP desalniettemin toch nog twee jaar is verschenen is te danken aan Yolanda Koster, directeur van de Stichting Kantel Konsult. Kantel Konsult is een stichting die zich bezighoudt met de bevordering van emancipatie, empowerment en mensenrechten van mensen met makke. In de jaren 1996 en 1997 heeft Kantel Konsult door middel van een financiële bijdrage de uitgave van TGP mogelijk gemaakt.

Ondanks deze steun bleef duidelijk dat op de lange termijn alleen een groeiend abonneebestand zekerheid zou bieden. Daarom is in 1997 met Kantel Konsult overlegd over een nieuwe formule voor TGP. Vanaf het begin stond voorop dat deze nieuwe formule iets zou moeten toevoegen aan de reeds bestaande formule, waar-door een nieuwe doelgroep bereikt kan worden zonder de vaak trouwe lezers van het huidige TGP te vervreemden. Dit overleg tussen Kantel Konsult en het bestuur van de Stichting voor Gezondheid en Politiek, bijgestaan door de Redactieraad en de redactie van TGP, heeft tot een overeenkomst geleid voor de komende drie jaar. De formule voor de komende drie jaar zal geënt zijn op de huidige formule van TGP, maar er zal beduidend meer aandacht worden besteed aan het perspectief van 'mensen met makke'. Deze nieuwe formule is vervolgens be-

sproken met de uitgever. In dit overleg is afgesproken dat de koerswijziging vergezeld zal worden door een aantal andere wijzigingen met betrekking tot de uitgave van TGP nieuwe stijl. Het huidige nummer van TGP is daarom het laatste nummer van TGP zoals de lezers dat kennen. Behalve de inhoudelijke verandering, waarover de redactie meer informatie zal geven, zal het Tijdschrift in 1998 qua uiterlijk radicaal veranderen. Het formaat zal kleiner en handzamer worden. Daarnaast zal, met behoud van het totale aantal pagina's per jaar, de verschijningsfrequentie van 6 naar 4x per jaar gaan. De nummers zullen derhalve dikker worden. De naam van het tijdschrift wordt gewijzigd in 'VERSIE', hoewel in de ondertitel, *Tijdschrift voor Gezondheid, Burger-schap en Politiek* het verleden zal blijven doorklinken. Tenslotte is een nieuwe eindredacteur aangetrokken om

de vernieuwing gestalte te geven. De huidige redactie zal haar werk voortzetten, zodat continuïteit is gewaarborgd. Ook de themaredacties zullen actief blijven. Zowel redactie, themaredacties als redactieraad zullen in de loop van 1998 versterkt worden met nieuwe leden. Al met al is het Bestuur van de Stichting

Gezondheid en Politiek er van overtuigd dat de samenwerking met Kantel Konsult. met behoud van het goede van de afgelopen jaren nieuwe kansen geeft voor een volgende periode van kritische journalistiek op het gebied van gezondheidszorg, burgerschap en politiek. Wij vertrouwen er op dat onze abonnee's ons bij deze verandering wil-

len ondersteunen en dat wij dankzij de verandering zoveel nieuwe abonnee's werven dat VERSIE ook in de volgende eeuw zal blijven bestaan.

Het bestuur van de stichting Gezondheid en Politiek,
Gerard Goudriaan en Arko Oderwald.

MONTIGNAC: OF DROMEN VAN COCAGNE

Albert Schoenmaker

Gewicht verliezen volgens de methode Montignac heeft Nederland stevig in zijn greep. In mijn omgeving groeit het aantal Montignac adepten met de dag en het boek 'Ik ben slank want ik eet' staat op moment van schrijven ruim twintig weken bovenaan in de nonfictie-toptien. Wat is er toch zo geweldig aan deze Franse dieetleer. Wat is het geheim van 'Ik ben slank want ik eet' of 'De geheimen van onze voeding'?

Montignac bedacht oorspronkelijk iets voor zich zelf, althans zo luidt het verhaal, omdat hij als druk bezet zakenman zijn zwembandjes zag groeien en niet tegen een grote klant durfde te zeggen dat hij geen toetje bliefde tijdens een zakendiner of -lunch. Dus bedacht hij een methode van gewichtsverlies zonder gezichtsverlies. Inmiddels is 'Ik ben slank want ik eet' vertaald in het Duits, Italiaans, Spaans, Engels, Fins en Nederlands. Het boek eindigt met recepten en reclame voor de overige Montignac producten. De *merchandising* rond het product 'Ik ben slank want ik eet' draait op volle toeren.

Het is te gemakkelijk om dit boek terzijde te leggen als slecht geschreven, nog slechter vertaald, seksistisch, xenofob, autoritair en op tal van punten apert onjuist. Maar het is ook niet eerlijk om dit geheel te negeren want volgens mij dragen deze eigenschappen ook bij aan het succes.

Maar wie krijgt er nu een zin als deze uit zijn pen? 'Het is navrant en zelfs schandalig dat zich bij het grote' publiek het idee heeft kunnen ontwikkelen dat de theorie van het calorieën tellen een echte wetenschappelijke fundering zou hebben. Deze theorie heeft jammer genoeg haar adelbrieven verworven en is tegenwoordig een van de belangrijke

culturele gegevens van onze westerse beschaving'. Het boek staat vol met dit soort proza, er is werkelijk geen fatsoenlijke zin te ontdekken. Het is zo beroerd dat je je soms afvraagt of hier geen parodie is geschreven.

Maar laten we eerst de methode eens onder de loep nemen.

Montignac schetst in een slorige twintig pagina's de theorie achter zijn dieet. In de rest van het boek wordt de methode uit de doeken gedaan. Montignac doet verder ook geen poging om de lezer te overtuigen. Hij schrijft zijn methode voor met de autoriteit van een Chef d'État.

LA MÉTHODE

MM waarschuwt zijn lezers aan het begin van het boek. Hij zal het theoretische deel zo beknopt en eenvoudig mogelijk houden. Wie toch in slaap dreigt te vallen spoede zich naar de samenvatting. In de tekst die volgt blijkt dat de zaken simpel in elkaar zitten. Je hebt alles in twee soorten, goed en slecht. Dus goede koolhydraten en slechte koolhydraten, goede vetten en slechte vetten. Goede cholesterol en slechte cholesterol. Goede alcohol (wijn) en slechte alcohol (bier).

De kern van de Methode Montignac is: je mag zoveel eten als je wilt, maar meng nooit vetten en koolhydraten in één maaltijd.

Montignac houdt ons voor dat de traditionele dieetleer grondig fout is. De calorieëtheorie is wetenschappelijk onbewezen. Als iemand per dag 3500 kcal eet terwijl zijn lichaam behoefte heeft aan niet meer dan 2500, slaat hij de rest op als vet. Als je meer calorieën verbruikt dan je eet, breek je vet af. Zo wordt je mager. 'Klopt niet' zegt Montignac. Hij stelt dat het lichaam in dat geval alleen zuiniger met energie gaat omspringen. Gewichtsverlies is tijdelijk totdat een nieuwe balans is gevonden. Zodra maar even weer meer energie wordt geconsumeerd zet het lichaam dit snel om in vet. Zo werkt lijnen dus averechts. 'Een helse cyclus!' (MM). Het lichaam reageert als een slim wezen. Het heeft een oerinstinct.

De theorie berust op het voorkomen van hypoglycemie of wel een te laag gehalte aan glucose in het bloed. Een soort anti-diabetes. Volgens Montignac zit iedereen in een soort slingerbeweging tussen diabetes en anti-diabetes. Het oerinstinct laat de mens helaas in de steek als hij er een 'onnatuurlijk' voedingspatroon op na gaat houden. Slechte koolhydraten en gecombineerde consumptie van vetten en koolhydraten zorgt ervoor dat de insuline spiegel in het bloed sterk schommelt en niet adequaat reageert op de behoeften van het lichaam. Zo worden onder invloed van beurtelings hypo's en hyperinsulimie vetzuren en glucose het vetweefsel in

getransporteerd en volgt overgewicht...

GIF

De oorzaak is dat we met zijn allen *vergiftigd* worden door 'slechte koolhydraten' ofwel geraffineerde suikers. Sinds de mens industrieel is gaan eten is het misgegaan. En vanaf dit punt ontspoorde MM

En dat is volgens mij wel een erg selectieve beschouwing van de menselijke stofwisseling. Ik heb altijd geleerd dat de hormoonhuishouding een uiterst ingenieus systeem is van veiligheidsmechanismen; ieder hormoon heeft een antagonist met een tegengestelde werking, en een verhoogde spiegel van hormoon A, zet de productie van hormoon B aan en remt uiteindelijk zichzelf. Montignac plukt hier en daar uit de kennis die over de stofwisseling is vergaard, maar alleen wat in zijn kraam te pas komt.

ALCOHOL

Alcohol moet met mate gedronken worden, zegt MM. Hij adviseert niet meer dan 4 glazen wijn per dag te drinken. Een aperitief is uit den boze, al moet hier een uitzondering gemaakt worden voor ... 'een glas goede champagne'. *Wat de drank na het eten betreft, zet daar maar een streep doorheen. Cognac, armagnac en nog vele andere spiritualiën smaken heerlijk, doch zijn in elk opzicht slecht voor uw stofwisseling. Dat de Franse producenten hun producten exporteren is goed voor de Franse (handels)balans, maar slecht voor de uwe.* (MM 84)

Even later: *Het is beslist niet nodig om lang in Duitsland gewoond te hebben om te weten wat de neveneffecten van bier zijn.*

CHOLESTEROL

MM plakt aan zijn systeem de inzichten met betrekking tot cholesterol vast. Het cholesterol' verhaal' staat echter zo los van de rest dat het er wat met de haren bijgesleept lijkt. Dat is ook gebeurd met de factor 'bewegen'. 'Van sporten is nog nooit iemand afgevallen' aldus MM en bewijst dat door te stellen dat hij heeft gefietst en gejoed en zelfs door beide sporten tegelijk te beoefenen niet is afgevallen. Toidat hij zijn eigen voedingsmethode in de praktijk bracht, want in combinatie met MM is bewegen geen probleem.

FRUIT

Merkwaardig is de plaats die fruit inneemt in het dieet. Ik citeer maar weer. *'Op fruit rust bijna een taboe, en als ik het zou wagen om plompverloren te*

stellen, dat je het beter uit je voeding weg kunt laten, dan zou een groot aantal uwer dit boek op deze bladzijde dichtdoen en niet verder lezen uit ergernis over zo'n suggestie. Laat ik u maar meteen geruststellen: we zullen het fruit niet verbieden.' (Pagina 79). Fruit mag alleen met een lege maag gegeten worden want het 'verstoorde' de stofwisseling van andere voedingsstoffen. Je krijgt er maagklachten van aldus MM. *Voor bij bejaarden is fruit aan het einde van de maaltijd regelrecht vergif!* (MM pag 8J). Enige relatie met de Methode Michel Montignac (MMM) is echter niet te ontdekken.

UIT DE BOCHT

Montignac vliegt uit de bocht als hij zijn methode niet langer beschouwt als een systeem om gewicht te verliezen, maar als levenswijze. Dan komt ineens een autoritaire, seksistische xenofobe Fransman te voorschijn die enormiteiten verkoopt waar de honden geen brood van lusten. Voorbeeld:

'Vindt u het ook zo opvallend, dat vandaag de dag steeds meer kinderen en volwassenen zo moe zijn dat ze zich lymfatisch (sic, AS) van hun bed naar de luie stoel slepen? Het is goed in dit verband te weten dat een teveel aan slechte koolhydraten bij het ontbijt een te hoog bloedsuikergehalte bevordert, zo rond 11.00 uur, gepaard gaande met slaperigheid, gebrek aan concentratie en apathie of juist agressiviteit. allemaal signalen die onderwijsgevend veelvuldig waarnemen in hun klas tegen het eind van de ochtend'.

Of deze: *Suiker is vergif! De schade die suiker berokkent aan de mens van de 20e eeuw is even groot als die van alcohol en tabak samen. Iedereen weet dat. Alle medici in de wereld verkondigen het.*

NIEUWE WEREID

Het is niet verwonderlijk dat de Big Mac en de Hot Dog als 'slecht voedsel' de kroon spannen. Uit de Nieuwe wereld is nooit veel goeds gekomen. Neem de aardappel. Montignac: *'U moet weten dat toen de aardappel in 1540 werd meegebracht uit de nieuwe wereld, de Fransen weloverwogen deze knol weigerden die net goed genoeg was om aan de varkens te voeren. Ze vonden hem zo slecht dat ze weigerden hem te eten, in tegenstelling tot de Duitse, Scandinavische, Ierse en andere noordelijke volken. Hongersnood, vervolgt Montignac, dwong de Fransen tot de aardappel over te gaan. En wat Mon-*

tignac allemaal in de VS heeft moeten aanschouwen is werkelijk ten hemel schreiend. Ga in de Verenigde Staten maar eens naar een openbare gelegenheid en u zult versteld staan van de 'monsters' die u daar tegenkomt. Dat geeft 'u een goed idee hoe de jonge Europeanen van thans er over twintig jaar uit zullen zien'.

En dat brengt Montignac bij de zegeningen van zijn methode voor de jeugd en voor de vrouw (inmiddels is voor vrouwen een apart boek geschreven). Kinderen krijgen abominabel te eten. Montignac zegt: *'dat is illustratief voor onze tijdgeest: we willen alle voordelen, zonder nadelen, we willen de room zonder de boter'.* Kent u die uitdrukking? Naadloos vervolgt hij: *Elke vrouw wil wel kinderen, dat ligt in haar natuur. Maar in deze tijd wil ze kinderen zonder zich er al te veel mee te hoeven bemoeien. We hebben daarom voor onze charmante kleuters een soort industrieel opvoeden moeten organiseren van creches en kleuterdagverblijven We hoeven alleen nog maar een blikje open te trekken of een klein potje.*

AL MET AL

Al met al betekent volgen van de MMM een vrij stevig regime. Een categorie voedingsmiddelen is namelijk taboe, ondanks de slogan 'eet zoveel je wil'. Alles waar vet en suiker tegelijk in zit. Dus: friet (zeker met), belegde boterhammen, taart, koekjes, big macs, kroketten, lasagne, pizza's, pannenkoeken, marsen en andere *candybars* en nog veel meer lekkers waaronder bier. Dat heb je niet één twee drie door. En daarin ligt een sleutel voor het succes.

De Methode Montignac is een streng dieet met een grote strik er om heen, zodat het niet zo opvalt. De theorie is niet meer dan een bouwvallig kaartenhuis van noties, uiterst selectief opeengestapeld. Maar sois. Montignac heeft misschien wel gelijk als hij stelt dat de calorïenteltheorie ook niet met heipalen in het biomedisch wetenschapsmoeras is gefundeerd.

De methode Montignac als afvalmanier is prima. Dat wil zeggen: het volgen leidt niet tot excessieve resultaten. Het is niet erg ingewikkeld, het hoeft geen kapitalen te kosten en het levert geen gevaarlijk, eenzijdig pilletjesregime op. Je hoeft ook niet totaal bekeerd te worden tot een andere voedselreligie, sterker nog: je hoeft je nergens in te verdiepen. Gewoon doen wat Michael

Montignac je opdraagt. En kennelijk slaat dat geweldig aan. Een cultureel-psychologische verklaring zou kunnen zijn dat 'lijnen' in calvinistisch Nederland toch een beetje vechten tegen de zonde van de overvloed. Succes afvallen en een mooi lichaamsgewicht hebben is eigenlijk het zelfde als leven zonder zonden. Alleen heiligen kunnen dat. Als sterveling besef je dat het onbegonnen werk is. Misschien beweijdt Montignac mensen van het zondebesef dat met afvallen samenhangt. Hij bena-

drukt heel slim het onbepaalde (van wat wel mag) en de glaasjes rode wijn.

ORALE OVERLEVERING

Ik ben benieuwd hoeveel Montignac-adepten het boek van voor tot achter gelezen hebben. Niet zoveel denk ik, want er is geen doorkomen aan, door de onbeholpen vertaling en de autoritaire stijl. De receptuur is te Frans om in Nederland overgenomen kunnen worden. Maar dat geeft niet. De spelregels van de methode Montignac zijn simpel ge-

noeg voor een orale overlevering. Voor voedingsvoorlichters en diëtisten is het boek verplicht leesvoer, lijkt me. Montignac brengt teweeg wat alle gezonden-mager-etencampagnes van de afgelopen 25 jaar nog niet gelukt is: honderduizenden mensen die hun eetgedrag veranderen en roepen dat ze -met succes- afvallen door zich vol te eten. Doe dat maar eens na.

Albert Schoenmaker is redacteur van TGP

BESCHERMD WONEN VOOR DE MANTEL

Jeroen Kerseboom en Karel Geelen

Dat het zorgen voor een familielid met een chronische ziekte of een ernstige handicap een zware belasting voor de mantelzorgers kan betekenen, is oud nieuws. Dat hetzelfde geldt voor mantelzorgers van chronisch psychiatrische patiënten, mag eveneens bekend worden verondersteld. Tot voor kort was het echter onduidelijk of er een relatie bestaat tussen de verblijfplaats van de patiënt en de belasting van de mantelzorgers. Is het bijvoorbeeld zo dat mantelzorgers van thuiswonende psychiatrische patiënten in vergelijking met mantelzorgers van opgenomen patiënten een hogere belasting rapporteren als gevolg van het zorgverlenen? Thuiswonende patiënten kunnen immers vierentwintig uur per dag een beroep op de mantelzorgers doen. En als die relatie bestaat, wat betekent dat dan voor de manieren waarop overbelasting kan worden voorkomen? En wat is het standpunt van de regering in deze?

De afgelopen decennia zijn hulpverleners en beleidsmakers het er steeds meer over eens geworden dat chronisch psychiatrische patiënten zo lang en zo veel mogelijk in hun eigen sociale omgeving behandeld dienen te worden. Dit is ook het streven van de huidige, paarse regering. In het eind vorig jaar uitgebrachte advies van de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) wordt ten aanzien van de woon-situatie van chronisch psychiatrische patiënten een wenselijke toekomst-situatie geschetst waarin opnamen worden gezien als 'tijdelijke onderbrekingen van een ambulante verloop proces.' Hoewel Minister Borst zich niet wilde vastleggen op het scenario van de RVZ waarin over een periode van vijf á tien jaar zesduizend intramurale bedden en geëxtramuraliseerd zouden worden, benadrukte ze in haar Beleidsbrief GGZ wel dat instellingen 'veel meer dan

thans het geval is hun intramurale zorgaanbod om [dienen] te zetten in extramurale zorgvormen.' Een voorbehoud dat ze aan de hand van het advies maakte, was dat de mate van extramuralisering in de GGZ afgestemd dient te zijn op het draagvlak van de samenleving. 'Zowel voor het thuismilieu als voor de buurt kan extramuralisering een belasting met zich meebrengen,' zo schreef ze.

De bezorgdheid van Minister Borst lijkt legitiem, aangezien het te verwachten valt dat een deel van de zorg die voorheen in professionele handen was, op het bord van de omgeving terecht zal komen.

OVER BEIASTING

De 'belasting van de omgeving' is een veelomvattend begrip, dat in een groot aantal dimensies uiteen valt. Al deze dimensies kunnen echter in twee hoofdgroepen onderverdeeld worden. Ze on-

derscheiden zich van elkaar door de mate waarin de gevolgen voor de omgeving waarneembaar zijn door andere mensen. Concrete, observeerbare en tastbare inspanningen die door de omgeving worden geleverd, rekent men tot de objectieve belasting. Voorbeelden hiervan zijn verstoringen van de dagelijkse gang van zaken, financiële problemen en negatieve effecten op het werk en de vrije tijd van de verzorger. Onder subjectieve belasting daarentegen wordt de mate verstaan waarin de verzorger ervaart dat hij of zij belast wordt. Het gaat dan om de psychologische gevolgen voor de omgeving, zoals bijvoorbeeld zenuwachtigheid, zorgen maken, verdriet, schaamte en schuldgevoelens.

Een recent onderzoek verrichte een inventarisatie naar de verschillen in type en mate van belasting van mantelzorgers van chronisch psychiatrische patiënten. Deze verschillen werden gekoppeld aan de verblijfplaats van de patiënt. Er werd een vergelijking gemaakt tussen verzorgers van opgenomen patiënten (op een verblijfsafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis), thuiswonende patiënten en patiënten die in een beschermende woonvorm wonen.

Het blijkt dat mantelzorgers van thuiswonende patiënten de hoogste objectieve belasting rapporteren. Dit lijkt niet vreemd, aangezien de patiënt in die situatie de hele dag een beroep op de mantelzorgers kan doen en deze allerlei zaken voor de patiënt regelt die waar-

schijnlijk door anderen gedaan zouden worden als de patiënt elders zou wonen. Hierbij valt te denken aan afwassen, boodschappen doen, het regelen van vervoer en 'alles wat u kunt bedenken,' aldus een vader van een depressieve zoon. Deze verzorgers rapporteren opvallend genoeg echter niet de hoogste subjectieve belasting. Dit kan erop duiden dat ze de objectieve last licht opvatten, maar uit de praktijk en literatuur is ook wel bekend dat verzorgers van inwonende patiënten niet snel bij professionele zorgverleners aan de bel zullen trekken bij dreigende overbelasting. Om overbelasting bij deze groep mantelzorgers te voorkomen of te verhelpen, is het noodzakelijk dat er projecten worden opgezet om de verzorgers te ontlasten, waarbij de hulpverleners hun uiterste best zullen doen om tot een formulering van een hulpvraag van de mantelzorgers te komen. Het is hierbij natuurlijk niet de bedoeling dat de verzorgers een probleem wordt 'aangepraat', maar dat de professionele hulpverleners hun deskundigheid gebruiken om te signaleren of er een latente hulpvraag is. Bovendien moeten verzorgers tijdens de indicatiestelling al hun stem kunnen laten horen, omdat professionele hulpverleners bij de intake van cliënten in de praktijk bijna altijd van de maximale inzet van de mantelzorgers uit gaan.

SPANNING

Het is verrassend om te zien dat verzorgers van *opgenomen patiënten* de meeste *subjectieve* belasting ervaren. De opname van de patiënt betekent blijkbaar geen automatisch einde aan een belastende situatie. De objectieve belasting mag dan lager zijn, blijkbaar maken de verzorgers zich meer zorgen. Dit bleek niet samen te hangen met de duur en ernst van de psychische problemen, de leeftijd van de patiënt en de mantelzorgers en de relatie tussen die twee. De hogere subjectieve belasting zou aan de ene kant een signaal kunnen zijn van het feit dat verzorgers te weinig informatie krijgen van de professionele hulpverlening, of dat ze te weinig betrokken worden bij de behandeling van de patiënt, waardoor ze met allerlei vragen en onduidelijkheden blijven zitten. Een moeder van een opgenomen jongeman met een psychotische stoornis zei: 'De psychiater wil alles van ons weten, maar wij worden niet wijzer.' Meer en betere voorlichting zou deze problemen kunnen verhelpen en op die manier de subjectieve belasting omlaag helpen brengen.

Aan de andere kant kan de hogere subjectieve belasting ook een gevolg zijn van de manier waarop de mantelzorgers zelf met de situatie omgaan. Een gebrek aan kennis en vaardigheden bij de mantelzorgers over hoe met de situatie om te gaan, kan leiden tot een stijging van de hoeveelheid stress. In de woorden van een vijftigjarige man over zijn depressieve vrouw: 'Je wilt voor haar het beste, maar dat beseft ze niet. Hoe nu verder, is voor mij heel moeilijk, vooral emotioneel.' Psychoëducatie aan de mantelzorgers kan dan uitkomst brengen. Op deze manier wordt geprobeerd om toch de bereidheid tot zorgverleners te handhaven.

Als de patiënt in een *beschermende woonvorm* verblijft, rapporteert de mantelzorgers de *minste* (objectieve én subjectieve) *belasting*. Blijkbaar vallen in deze tussenvorm van opname en thuis wonen de nadelen van beide woonsituaties weg: er is minder contact met de patiënt, de mantelzorgers draait voor veel minder klusjes op en er is betere informatievoorziening. Het zou echter naïef zijn om te denken dat alle problemen waar zorgverleners mee kunnen zitten, opgelost zouden zijn als de patiënt in een beschermende woonvorm zou wonen. Voor een aantal patiënten is deze woonvorm helemaal niet geschikt, omdat ze vierentwintig uur per dag professioneel toezicht nodig hebben. Mocht uit een onafhankelijke indicatiestelling echter blijken dat de patiënt geschikt is voor een beschermende woonvorm, dan pleiten de resultaten van dit onderzoek voor een substitutie van het ziekenhuisbed door een plaats in de beschermende woonvorm.

ZORGEN MAKEN

Wat kan er nu in algemene zin gezegd worden over de extramuralisering van chronisch psychiatrische patiënten? De angst dat extramuralisering zondermeer leidt tot een zwaardere belasting voor de mantelzorgers is niet gerechtvaardigd. Als 'belasting' wordt onderverdeeld in objectieve en subjectieve dimensies, blijkt er een samenhang te bestaan met de woonsituatie van de patiënt. Om overbelasting te voorkomen zal rekening moeten worden gehouden met deze verschillen in belasting. Uit het onderzoek kwam naar voren dat deze verschillen niet samenhangen met factoren als aarde en ernst van de problemen, leeftijd van de patiënt of mantelzorgers of de aarde van hun onderlinge relatie. Extramuralisering kan dus leiden tot

een hogere objectieve belasting als dit betekent dat de patiënt bij de mantelzorgers in huis woont. In vergelijking met mantelzorgers van inwonende en opgenomen patiënten ondervinden mantelzorgers van beschermd wonende patiënten 'weinig objectieve en subjectieve belasting als gevolg van het zorgen voor de patiënt'. Minister Borst lijkt zich voor wat betreft de directe omgeving van de patiënt geen zorgen te hoeven maken over het draagvlak in de samenleving bij een substitutie van ziekenhuisbedden in plaatsen in een beschermende woonvorm.

Jeroen Kerseboom en Karel Geelen zijn werkzaam als junior-, respectievelijk senior-wetenschappelijk medewerker op de afdeling Organisatie en Beleid van het Trimbos-instituut.

MYTHE: DE DE-INSTITUTIONALISERING ZWAKZINNIGENZORG

Martien Bouwmans

Sinds het conflict in 'Dennendal' begin zeventiger jaren zijn kleinschaligheid, ontbossing, en de-institutionalisering begrippen geworden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De 'zwakzinnigenzorg' moet genormaliseerd worden, verstandelijk gehandicapten moeten terugkeren in de maatschappij, zo normaal als mogelijk wonen, werken en leven. Geen grootschalige instituten meer, diep in de bossen verscholen, maar kleinschaligheid.

De cijfers laten zien dat dit goeddeels een papieren voornemen blijft.

Wetenschappelijk was en werd telkenmale opnieuw onderbouwd dat een instituuts-omgeving - het leven in groepen - voor de ontwikkeling van verstandelijk gehandicapten niet altijd bevorderlijk is.

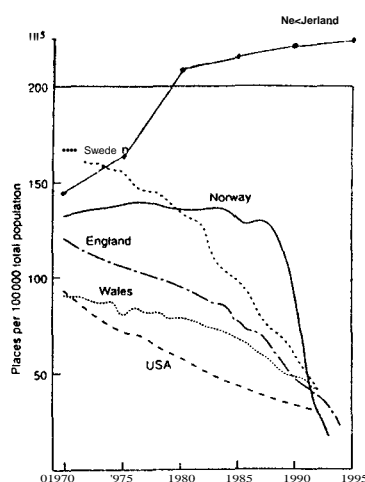
Ogenschijnlijk kreeg ook in Nederland, ondanks dat het Dennendal-conflict in het nadeel van vernieuwers beslecht was, deze internationale trend gestaag gestalte. Socio woningen en gezinsvervangende-tehuizen (GVT's) schoten als paddestoelen uit de grond. De principes van 'normalisatie' werden omarmd en in opeenvolgende overheidsnota's beklemd. Ambulante hulpverlening in plaats van intramurale zorg moet ontwikkeld en bevorderd worden.

Maken we ruim 25 jaar na 'Dennendal' de balans op dan zijn de begrippen nog immer dezelfde. Lezen we de overheidsnota's, de kranten en zien we de berichtgeving in andere media goed dan is iedere instelling bezig met plannen en projecten gericht op de-concentratie, het bevorderen van zelfstandig wonen van verstandelijk gehandicapten, kortom, normalisatie ...

De cijfers

Grote verlegenheid maakte zich van de nederlandse delegatie op een congres in Helsinki in 1996 meester toen de cijfers op tafel moesten komen. Was internationaal de trend van de-institutionalisering onmiskenbaar, in Nederland was het aantal instituutbedden alleen maar gegroeid (!). De grafieken bleken te klein om de gestage groei bij te houden.

Zeker, Nederland kent tal van 'kleinschalige' gezinsvervangende tehuizen. Maar ja, dat hielp niet echt.. De interna-



Ontwikkeling van het aantal verstandelijk gehandicapten in instituten per 100.000 inwoners (bron: Mansell and Ericsson 1996)

tionale definities van kleinschaligheid hebben geen betrekking op 'gezinsvervangende' tehuizen waar zich nog gemiddeld 16, soms 24 bewoners bevinden. Dat wordt, niet geheel ten onrechte, wel een erg groot gezin bevonden en vervolgens dan ook als 'instituut' betiteld. De eerlijkheid gebied overigens te zeggen dat er vanuit de GVT's wel degelijk gewerkt wordt aan groepsverkleining, dependances, huizen in de wijk, etc. En starre regelgeving maakt het instellingen die werkelijk van normalisatie dagelijkse praktijk willen maken, ook niet echt gemakkelijk.

In totaal gaat er jaarlijks in de verstandelijk gehandicaptenzorg bijna zes miljard gulden om. Het merendeel daarvan gaat naar intramurale (ruim 3,5 miljard) en semimurale instellingen (ruim 1 mil-

jard). In de ambulante hulpverleningsinstellingen (sociaal-pedagogische diensten) aan verstandelijk gehandicapten gaat ruim honderd miljoen (!) om, aangevuld met naar schatting nog eens een kleine honderd miljoen door de instellingen zelf ingezet voor hun ambulante vormen van hulpverlening.

De rest van het geld gaat naar dagverblijven, het zorgvernieuwingfonds en persoonsgebonden budgetten.

De 34.000 intra-murale bedden in 1997 zullen in het jaar 2002 volgens een gepland bouw kader met nog eens ruim 2500 zijn toegenomen. Wat moetje ook anders? Vraaggestuurde zorg is 'in'. Als de elienten er nou om vragen en er wachtlijsten bestaan, wat kan de overheid dan anders?

De verdeling van middelen

We kunnen in overheidsnota's blijven vastleggen dat ambulante zorg ontwikkeld en ondersteund moet worden. Zolang echter de middelen verdeeld worden zoals ze nu verdeeld worden, zal het papier geduldig blijven.

Zolang de ambulante hulpverlening niet een drastische impuls krijgt en zolang er niet feitelijk van overheidswege een verschuiving van intramuraal naar ambulante wordt opgelegd, zal ambulante hulpverlening nooit een reëel alternatief kunnen vormen voor 'opname'. Zolang ambulante hulpverlening niet staat 'als een huis' in de vorm van een goed georganiseerde en slagvaardige ondersteuning en begeleiding op alle onderdelen van leven en waarvan de continuïteit, ook op wat langere termijn gegarandeerd is, zal iedere ouder 'voor de zekerheid' zijn of haar kind toch maar alvast op de wachtlijst van een instelling plaatsen.

Dat legitiemeert dan de instellingen - getet op de wachtlijst - voor extra middelen in Den Haag te gaan pleiten. Met de steun van het publiek niet zonder succes. De cirkel is dan weer rond ...

Martien Bouwmans is adjunct-directeur van SOMMA, de landelijke vereniging van sociaal-pedagogische diensten.

PUBLIC HEALTH IN CONGRES

- Van de themaredactie -

Op 1 oktober jongstleden vond het jaarlijkse congres van het NCOG plaats, met als titel 'Curatie en Public Health - Een paar apart?'. Bij dergelijke titels weten alle deelnemers het antwoord al. Desondanks blijkt er vaak veel interessants te bespreken. Zo ook nu. Want wat moet de toekomst zijn van public health bij een steeds ouder wordende bevolking? En welke rol kunnen zorgverzekeraars hebben bij de liaison tussen cure en preventie?

Harm Schneider, DG Volksgezondheid van VWS, had de eer de eerste spreker te zijn. Zijn inleiding had de veelbelovende titel 'Visie van de rijksoverheid op het thema'. Zijn verhaal gaf echter niet al te veel mee ter overdenking en evenmin bood het een helder zicht op de visie van VWS over de relatie tussen public health en curatie of over de rol die VWS daar in zou kunnen hebben. Algemene noties als dat gedrag een van de grote veroorzakers is van ongezondheid, maar moeilijk te veranderen is, waren voor geen van de aanwezigen nieuw, evenals de constatering dat het alleen al daarom goed is om preventie meer te richten op de omgeving. Dat doen gemeenten immers al jaren, alleen vaak niet onder de noemer gezondheid en met weinig afstemming met de (openbare) gezondheidssector. Zijn opmerking dat Public Health te belangrijk is om aan de public health-sector over te laten was zelfs, mogelijk onbedoeld, denigrerend voor tal van aanwezigen. Zijn verwijzing naar het actieplan van Borst in het kader van de versterking van de collectieve preventie voegde niets toe aan wat een week eerder, op de startconferentie van dit versterkingstraject al duidelijk was geworden. De indruk werd gewekt dat VWS wel poogt om samenhang aan te brengen tussen alle mogelijke instrumenten ter bevordering van de public health, maar zelf nog niet weet hoe dat moet en bovendien nauwelijks extra middelen ervoor vrijmaakt.

Ondanks deze vage start werd het een boeiend congres. Voorzitter van de NCOG, Ernst Roscam Abbing, analyseerde terecht dat Nederland veel gewonnen heeft met scheiding tussen verschillende onderdelen van de zorg: cure en public health hebben zich elk kunnen ontwikkelen tot inhoudelijk goede disciplines, al is de public health-sector erg klein gebleven. De vraag is hoe deze op zich sterke disciplines wat aan elkaar kunnen hebben. Met name programmatische preventie in de eerstelijns zorg lijkt een mogelijkheid om die door Schneider gememoreerde moeizame maar noodzakelijke gedragsveranderingen te kunnen bewerkstelligen. Roscam Abbing gaf ook een interessante oplossing voor het probleem van meetbare successen. Preventie kenmerkt zich immers doordat resultaten in gezondheidstermen pas op langere termijn meetbaar zijn. Roscam Abbing suggereerde om te meten of de patiënt vindt dat er genoeg aan preventie is gedaan.

Vanuit de public health-sector vertaalde Louise Gunning-Schepers het Engelse begrip naar alledaags Nederlands: Openbare Gezondheidszorg. Daarmee gaf ze aan dat public health meer is dan preventie. Ook het gezondheidsbeleid en de aansturing van de gezondheidssector valt eronder. Zorg (cure en care) is dus een logisch onderdeel van public health. Net als Roscam Abbing pleitte ze voor een sterker samen-

gaan tussen die twee. Maar waar de eerste spreker preventie integreerde in de (eerstelijns)zorg, laat Gunning-Schepers de zorg onder de sturing van de Public Health vallen. Het voordeel van die visie is dat de twee grote problemen in de zorg, de gezondheidsproblemen bij ouderen met de daarbij horende zorgvraag en de toegang tot de zorg voor alle (inkomens-)groepen, daarmee van het individuele zorgniveau worden afgehaald en terecht onder de openbare gezondheidszorg gaan vallen. Wat daarvoor nodig is, is politieke aandacht, een versterkt samengaan van financiële stromen en goed geschoold personeel. Gebeurt er niets, dan is volgens Gunning-Schepers de kans groot dat er een steeds grotere discrepantie ontstaat tussen collectieve preventie en individuele zorg. Immers, stelt ze, zorgaanbieders kunnen zelf niet de nodige afstand nemen om diverse interventies tegen elkaar af te wegen, dat moet van de public health sector komen.

De derde visie werd door Doeke Post naar voren gebracht: die van de samenhang van systemen. Om echt te snappen wat er omgaat in de sectoren van curatie en public health, stelt Post dat er een derde sector bij meegenomen moet worden: die van de sociale zekerheid. Deze drie sectoren zijn samen een systeem; als bij de een iets verschuift, moeten de andere twee zich aanpassen om weer tot een evenwicht te komen. Geen paar apart dus, maar een drie-eenheid. Huisarts Sarphati gaf een eeuw geleden al het goede voorbeeld, door in Amsterdam een combinatie te maken van het bieden van zorg en politieke aandacht eisen voor welvaart. Post pleitte voor een staatscommissie die de samenhang tussen deze sectoren gaat regelen, zoals de commissie-Biesheuvel de huisartsenzorg een plek heeft gegeven en de commissie-Welshen de ouderenzorg. Doet de overheid dat niet, dan verliest de zwakkere en wint de winstfactor het bij de zorgverzekeraar. Post gaf nog twee belangrijke waarschuwingen. Collega-artsen riep hij op om andere disciplines dan Geneeskunde niet langer als minderwaardig te beschouwen - dan kan een mooie aanvulling op elkaar ontstaan. Verzekeraars kregen de boodschap mee om in de toekomst te kijken en zich niet langer blind te staren op de begroting van een jaar - dan wordt onmiddellijk duidelijk dat verzekeraars baat hebben bij preventie. Dat kan concreet zelfs leiden tot het opnemen van Preventieve Zorg in het basispakket.

Deze drie visies werden de rest van de dag in een aantal voorbeelden concreet gemaakt: voorbeelden van preventieve interventies die door de eerstelijns zijn uitgedacht, maar ook van samengaan tussen welvaart en zorg voor verslaafden. Daarbij bleek vooral steeds weer de inhoudelijke vindingrijkheid en boekhoudkundige verfraaiingen die nodig zijn om tussen de regels van het Rijk door toch een samengaan tussen Public Health en Curatie mogelijk te maken. Helaas kon directeur-generaal Schneider de visies en voorbeelden niet meer meenemen: hij was al na zijn eigen inleiding vertrokken. NCOG daarentegen komt lof toe: deze dag laat zien dat het ook als honderd-en-een-jarige nog heel goed in staat is om een voorhoede-visie op Openbare Gezondheidszorg te formuleren.

TIEN MINUTEN UIT HET LEVEN VAN EEN CENTRALIST

Maria Reinboud

De medewerkers van de Centraal Post Ambulance (CPA) zijn allen minimaal verpleegkundige, vaak met specialistische opleiding en ambulance ervaring. Dat is hard nodig om tot een goede inschatting te komen van een melding: wat is er gebeurd, wat lijkt er aan de hand te zijn en hoe snel moet welke ambulance ter plaatse zijn? Een hele regelklus waarbij stalen zenuwen soms hard nodig zijn. Een dag uit het leven van... zou heel wat pagina's vergen. Om toch een beeld te geven volgen tien minuten uit de avonddienst van een centralist bij de CPA.

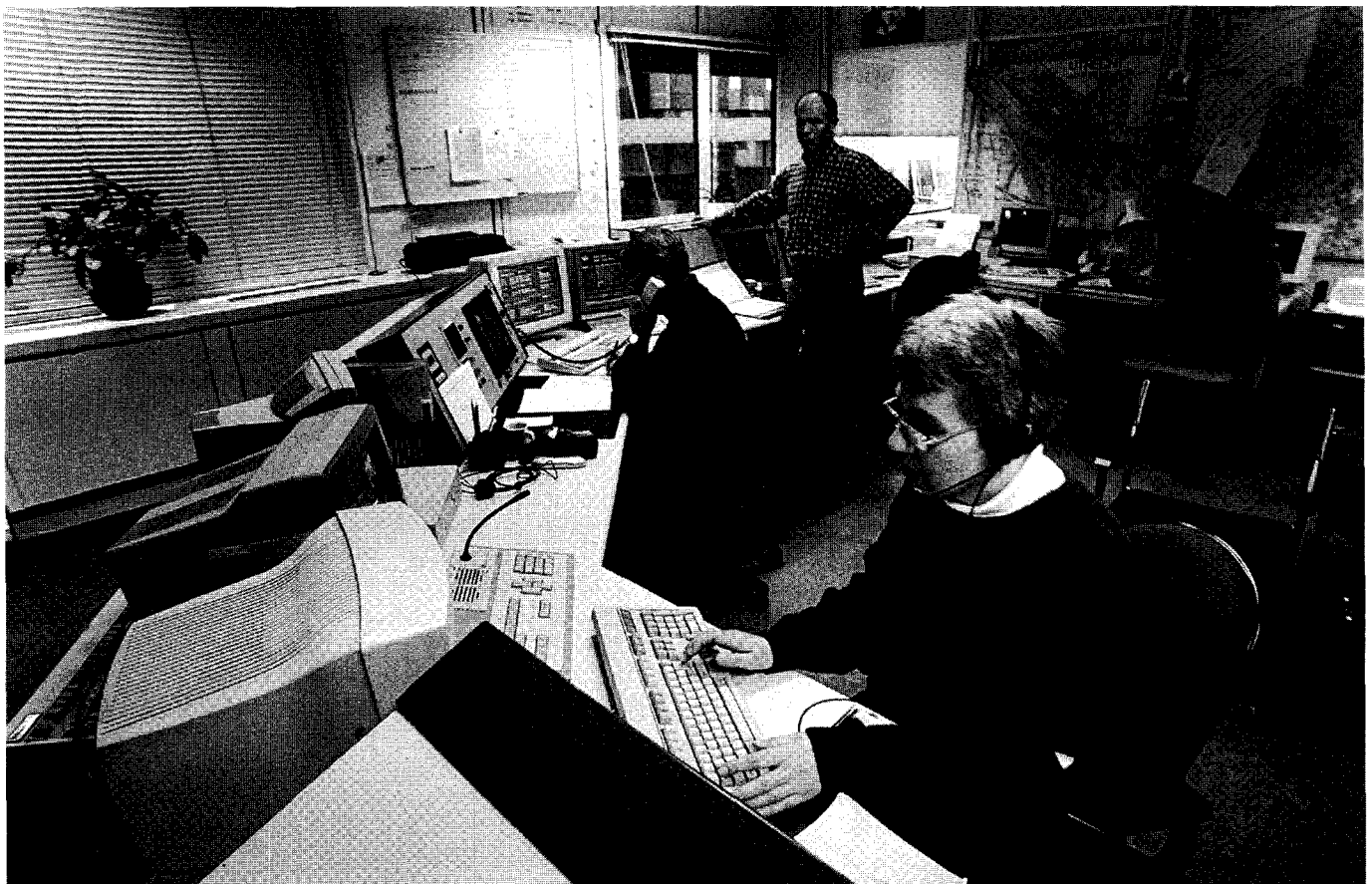
Bij de CPA Utrecht worden per dag, naast het mobilfoonverkeer, tussen de 500 en 800 telefoongesprekken gevoerd en worden op een normale doordeweekse dag zo'n 130 ritten verreden. Het werkgebied beslaat bijna de hele provincie Utrecht met acht ambulance-stations. Het aantal ambulances verschilt per dagdeel, het aantal 'centralis-

ten' is overdag drie en 's avonds twee. 's Nachts zit een centralist alleen.

16.00 uur

Bij binnenkomst op de Centraal Post Ambulance gaan er zes telefoontjes en mijn twee collega's zijn beide druk bezig. Eerst de 112-melding aannemen: 'Ambulance' -geschreeuw op de achter-

grond en een huilend kind, waarna: 'U moet gelijk komen naar de Bomstraat!' Plat Utrechts, dus eerst uitvinden of het de Boomstraat, Bolstraat (kan ook nog Ferdinand zijn) of Boorstraat is. Na twee keer vragen blijkt het de Bouwstraat en is een fietser 'platgereden'. Ik vraag naar de aard van het ongeval, of die fietser blijft liggen en of hij aanspreekbaar is. De irritatie is inmiddels aan de andere kant van de lijn flink opgelopen. 'U moet NU komen'. Het is me de laatste tijd wel vaker opgevallen dat er steeds vaker een hulp-eis in plaats van hulpvraag is. Ik schat in, deels op mijn gevoel, dat het waarschijnlijk wel meevalt, maar op afstand kan je dat niet met zekerheid zeggen. Dus toch een auto sturen want als er



CPA Utrecht foto: Timmermans

wel wat aan de hand is heb je een probleem. Daarnaast stuur ik de politie mee. Ik zie op het scherm dat er dertien auto's rijden en auto 18 uit Utrecht als enige net vrij is, en vraag mijn collega of ik die in kan zetten. Hij knikt ja maar als ik de auto oproep blijkt mijn andere collega net ander plannen te hebben. 'Auto 18' werkt tot 23.00 en kan dus mooi een van 'dotters' terugbrengen naar Enschede, anders komen we later op de avond in de problemen want er moeten dan ook nog mensen terug naar Veghel en Apeldoorn. Die auto's ben je dus de halve avond kwijt. Gelukkig meldt auto 53, die naar een ongeval was, dat hij niet gaat vervoeren. Die wordt direct doorgestuurd naar de Bouwstraat.

16.04 uur

Ik neem de andere telefoontjes aan: een huisarts uit Zeist die een oude mevrouw wil laten nakijken op een heupfractuur nadat ze gevallen is, een ziekenhuis die morgen een terminale man naar huis vervoerd wil hebben en nog twee retourvervoeren na onderzoek in het ziekenhuis. Daarnaast melden twee auto's zich vrij in het ziekenhuis en krijgen beide een volgende rit op.

16.06 uur

Als ik koffie wil gaan zetten gaat er weer een 112-melding. Een buitenlandse vrouw die in paniek meldt dat haar man dood gaat. Haar Nederlands is erg matig en er is moeilijk achter te komen waar het is en wat er aan de hand is. Ik vraag of er iemand anders is die goed Nederlands kan en krijg het dertienjarige dochtertje aan de lijn die zo mogelijk nog meer in paniek is. Na een aantal vragen wordt ze wat kalmer. Dan blijkt dat vader al een paar dagen ziek is en dat de huisarts niet wil komen. Ik schat in dat het om een flinke griep gaat, verwijs door naar de huisarts en zeg dat ze terug kunnen bellen als dat niet lukt of als de toestand verandert. De meldingen van buitenlandse medelanders zijn vaak lastig in te schatten. De taal is een barrière en de wijze waarop men met ziekte omgaat is anders en erg emotioneel. Daarbij probeer je zo goed mogelijk een beeld te krijgen van wat zich aan de andere kant van de telefoon voordoet om de situatie in te kunnen schatten en de urgentie van het vervoer te kunnen bepalen. Als we iedere 112-melding een auto zouden sturen waren we snel uitverkocht.

16.07 uur

De volgende melding is een oude man.

'Mijn vrouw is niet goed geworden,' meldt hij met een dunne, bibberige stem. Ik vraag eerst het adres en vraag wat er gebeurd is. Hij meldt het adres zorgvuldig, met spelling en al en zegt: 'We zaten thee te drinken en ineens zakt ze scheef in haar stoel en staart voor haar uit. Ze zegt niets meer.' Zijn ingehouden manier van praten geeft mij kippevel en ik vraag mijn collega alvast met spoed een auto te sturen voor waarschijnlijk een hersenbloeding, mogelijk al 'otto' wat de mobilfooncode voor 'overleden' is. Ik vraag nog wat door over de situatie en vraag ook of de buren misschien thuis zijn zodat hij niet alleen hoeft te wachten. Hij zal zijn zoon bellen die vlakbij woont. Als ik opgehangen heb besef ik dat zijn leven waarschijnlijk in een klap totaal veranderd is. Bij aankomst blijkt mevrouw inmiddels overleden te zijn.

Er staan nog vijf ritten te wachten en bijna alle auto's in de provincie rijden. We bekijken welke auto welke rit kan gaan doen. Twee auto's worden halverwege hun regio gezet want als er een spoedvervoer komt moet je wel binnen 15 minuten ter plaatse kunnen zijn. Goed overzicht is van groot belang bij de ambulance. En dat is niet altijd makkelijk in een situatie die per minuut totaal kan veranderen.

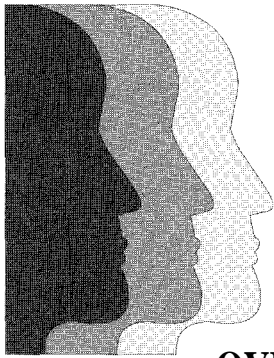
16.09 uur

Auto 53 meldt dat de fietser van de Bouwstraat niet aangereden maar gevallen was en alleen een hoofdwondje, schaafwonden en een bloedneus bleek te hebben. Auto 18 meldt vertrek naar Enschede.

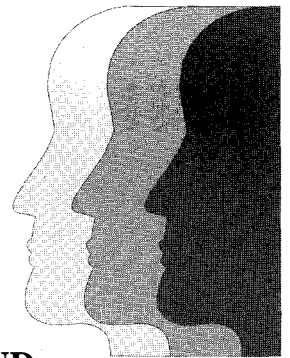
De telefoon houdt zich even rustig.

Kijken of het nu lukt om koffie te zetten.

Maria Reinboud werkt als oproepcentralist bij de CPA in Utrecht.



column



WINTERASSOCIATIES: OVER METAMORFOSEN EN DE R-IN-DE-MAAND

Depressie teistert deze column, maar hullie-van-de-redactie' zullen me niet kunnen verwijten dat ik ze niet gewaarschuw heb. Tegen vrouwen in dienst.. Dat doe ik namelijk standaard. Vrouwen in dienst vraagt - om het in eigentijds Nederlands te zeggen - *venture spirit*. Want hebben allerlei sociologen en psychologen al niet honderden malen beweerd dat vrouwen klimaats-, omgevings- en stemmingsgevoeliger zijn? En dus in noordelijke zones van de wereld vaker down? Onze voorouders gooiden zulke depressies ook nog op de -r-in-de-maand. Mijn oma, bijvoorbeeld, legde daartegen vroeger altijd grote rode pillen op ons ontbijtbordje. Die moest je zonder te kauwen doorslikken en dan kwam het allemaal wel goed. O wereld, die nog zo overzichtelijk was als vier borden, drie pillen en een pot pindakaas, waar zijt gij hene?

Intussen zijn er tonnen extra pillen in de roulatie gekomen. Maar ik ben nog van de generatie die ergens heeft opgepikt dat je zulk gif niet in je lijf wilt hebben. Door deze ideologische makke ben ik dus aan de heidenen overgeleverd. En zie ik ieder jaar - zonder chemische ondersteuning - met lede ogen de bomen verkleuren en de bladeren vallen. Merk ik hoe het iedere ochtend weer een tintje donkerder is op het vaste uur dat deä wekker ratelt.. Alles lijkt te somberen. Er komt geen opgewekte strofe meer uit de klauwen. Mijn oor verlangt naar Bob Dylan's Time Out of Mind, de Somberste CD van het Decennium. En als ik een schulp had zou ik er acuut in wegkruipen om tot Koninginnedag te gaan hiberneren.

Maar zo'n schuilplaats ontbreekt.. En dus tettert alles jaë ongefilterd tegemoet en gaan de ogenschijnlijk kleinste details je weer opvallen. Met als gevolg een maandenlange periode van *onselectieve verontwaardiging*. Over zaken als het piepklein-gedrukte berichtje achter in de krant dat meedeelt dat eenä kwart van de wereldbevolking van minder dan een dollar per dag moet rondkomen. Of de regels verderop, in eenzelfde statistische toonzetting, die melden dat een miljard mensen niet kan lezen en schrijven. Ook blijven de gekste sommetjes in je kop malen. Zoals de plussen en minnen waarmee is uitgerekend dat de gemiddelde asielzoeker in Nederland recht heeft op 5 m2 ruimte in een opvangcentrum. Door die r-in-de-maand raak je ongemeen van slag van de botheid waarmee op één pagina van een ochtendblad het bericht 'dat er nu gelukkig voor de winter een planëna-siel is opgericht waar het goed toeven is voor Uw prijspalmen' is afgedrukt op nog geen twee centimeter van de kop dat 'de Iraniërs toch echt vóóde winter moeten worden uitgezet'. En kun je de slaap niet vatten na het horen van een wichtje van nauwelijks dertien dat als grootste graad van inzicht in de wereld de Telegraaf-lead nablaat dat 'Herman Brood een OD-tje heeft gehad maar daar gelukkig weer bovenop is gekomen'. Wat maken wij toch een puik gebruik van onze vrijheden.

Het ergste slaat het winterse gebrek aan sensorische filtering toe in het werk binnen beleidscircuits. De taal die daar wordt uitgekraamd - jargon dat je oor in zonnigere maanden gewoon 'overslaat'. - treft nu het trommelvlies in al zijn ongebreidelde lelijkheid. En dus is mij in september pas opgevallen dat de laatste mode *benchmarking* is. Na enig zoeken in woordenboeken weet ik dat dat kijken en vergelijken betekent, en zien waar in een bepaalde praktijk het best wordt gepresteerd. Om je daaraan te spiegelen. Volgens mij deden wij dat in de zorg al jaren. Maar omdat het nu *benchmarking* heet is het ineens iets heel anders dan die vergelijkende handelingen van vroeger. En kan een heel circuit medadeskundigen weer maanden op congres. Het is het soort metamorfose waarvan de gezondheidszorg bol staat.. Er wordt wat met concepten geschoven, daarover wordt heen en weer gebabbeld, wij verplaatsen wat stoelen en lampen en doen dat iedere vijf à tien jaar opnieuw. Peter van Lieshout en Annemarie Mol schreven daar enige jaren geleden al een mooi boek over onder de titel *Ziek is het woord niet*.

Ik denk dat wij in de tijden van schaarste die ons nog steedsä worden voorgehouden toch weer eens kritischer naar dat circusä moeten kijken. Zo heb ik een maand lang berekend hoeveel congrestitijgers uitgegeven aan beleidsconferenties aangekondigd inä Medisch Contact.. Bij gemiddeld 20 grote conferenties vanä ongeveer 250 deelnemers à raison van 600 gulden per persoon per dagdeel zit je al op 3.000.000 gulden per maand. Dit geld wordt niet zelden door instellingen gefourneerd. Hierbij tel ik subsidies uit de industrie nog niet mee en evenmin het geld dat in de tijd dat mensen op congres zijn niet in de zorg wordt verdiend. Natuurlijk, ik weet ook wel dat veel van deze evenementen als bijscholing of nascholing worden geafficheerd. Maar ik ken geen enkele evaluatie-studie van de toegevoegde waarde van zulke bijeenkomsten. Er worden - is mijn ervaring - meestal geen zaken meegedeeld die je ook niet thuis achter een kopä koffie in een of ander gepubliceerd document zou kunnen lezen. Het enige dat je dan mist is het 'erbij horen'.

Al deze beleidscaleorieën worden onttrokken aan de directe zorg. Ik durf te beweren dat zij ook op termijn niet aan die directeä zorg ten goede komen. En dat is toch gek. Overal moet doelmatiger worden gewerkt, maar over de efficiënte besteding van beleidscaleorieën horen wij verdacht weinig. Hier zou een metamorfose echt op zijn plaats zijn.

Afijn, dit zijn zo een paar sombere gedachten voor onder de kerstboom. Gooi het maar op de winterdip. Gelukkig wisselen de seizoenen. Ooit, weet ik, breekt er opnieuw een lente aan, zonder -r- en met betere lichtval.. Ik beloof U, dan ben ik weer volledig *adaptable*, *flexible* en *employable* en klaar voor de *best practices*.

Godelieve van Heteren

MYTHE: EIWITGENEESKUNDE

Capi Wever

Wees op uw hoede, ze komen er (weer) aan! Eenieder die zo nu en dan eens een prestigieus medisch tijdschrift, als The Lancet of de New England Journal of Medicine openslaat zal het niet zijn ontgaan: de opmars van de 'eiwitgeneeskunde' is niet meer te stuiten. Het doorspitten van de laatste nummers van The Lancet's News rubriek leverde het volgende resultaat op: van de 75 items betreft, maar liefst 13 procent de eiwitgeneeskunde. Dat terwijl de immunologie en genetica engineering - de twee disciplines die het alleenrecht hebben verworven voor het geknutsel met eiwitten - in kwantitatief opzicht dwergen zijn binnen de muren van het medisch instituut.

De mislukte toepassing van genetische en immunologische concepten binnen de oncologie - genterapie & immunotherapie - heeft het imago en de zelfverzekerdheid van deze jonge discipline schijnbaar nauwelijks gedeerd. Hoewel het meeste onderzoek naar het therapeutisch effect van *turbo-eiwitten* de experimentele fase nog niet ontstegen is, zijn de verwachtingen opvallend hooggestemd. Op grond van experimentele bevindingen menen onderzoekers te kunnen stellen dat mannelijke kaalheid over een paar jaar definitief tot het verleden zal behoren: in een geleijchtig substantie verpakt en aldus op de hoofdhuid uitsmeerbare eiwitten moeten ertoe leiden dat de receptor voor het mannelijke androgeen-hormoon - schijnbaar een 'verkeerd' hormoon - wordt uitgeschakeld, met een weelderige haardos en het faillissement van haarklinieken als resultaat (toegegeven, ik geloof hier ook in..).

Het *patched gen* zal, zo menen onderzoekers aan de Yale Universiteit, binnenkort kunnen worden ingezet als behandeling van bepaalde - goedaardige - vormen van huidkanker. Ook reumatode artritis kunnen we spoedig in de geschiedenisboekjes noteren, als we onderzoekers mogen geloven.

TOP OF THE BILL

De hooggestemde verwachtingen komen ook tot uitdrukking in de waardering die de wetenschappelijke gemeenschap toekent aan immunologische en genetische vaktijdschriften: de *medical citation-index* - een Forbes-achtige *who-is-who* lijst voor medisch-wetenschappelijke publikaties - waardeert immunologische en genetische tijdschriften al jaren als *top-of-the-bill*.

In termen van punten: één publikatie in ons eigen Tijdschrift voor Geneeskunde levert de ijverige schrijver ongeveer één 'punt' op, een paar bladzijden in het glamour-blad der oncologen - de Journal of Clinical Oncology - 10 punten, een publikatie in de New England Journal of Medicine doet het nog beter met 22 punten. Tijdschriften als Immunology Today bevinden zich echter op eenzame hoogte: de enkeling die erin slaagt een stukje aan dit tijdschrift te slijten mag naar huis met zo'n 30 punten - meer dan menig dokter in zijn of haar totale loopbaan weet te verzamelen!

BEDRUST

Nog zo'n wonder van ongeremd wetenschappelijk eiwit-enthousiasme is *melatonin* - een kunstmatig geproduceerd eiwit met hormonale werking, dat ook in ons eigen lichaam geproduceerd wordt door de pijnappelklier en verantwoordelijk gehouden wordt voor de regulatie van slaap en waak. In 1995 waren er in de Verenigde Staten alleen al maar liefst 20 miljoen 'nieuwe' gebruikers - zeg maar een dikke tien procent van de volwassen populatie - van het pilletje dat overigens zowel in de VS als in ons eigen land zonder recept verkrijgbaar is. Er zijn wat vage aanwijzingen dat het middel zou helpen bij inslaapstoornissen en dat het *jet-lag* zou voorkomen, maar hoewel uit een recent onderzoek is gebleken dat één op de tien Amerikanen tenminste vier keer per week wat langer dan gewenst ligt te woelen in bed lijkt het onwaarschijnlijk dat deze indicatie alléén de rush op de pillen kan verklaren. Aannemelijker is

dat een behoorlijk aandeel van de melatonine-freaks het middel slikt voor 'andere indicaties'. Bijzonder aan de manier waarop over melatonine geschreven wordt is het hoge speculatieve gehalte. Het gouden pilletje wordt, op grond van - veelal vage - theoretische concepten en in-vitro-onderzoek, tussen de regels door aanbevolen voor zowat elk euvel dat maar denkbaar is: zo zou melatonine ons - door de in reageerbuisen aangetoonde *anti-oxydatieve* werking (ook al zo'n magisch begrip) - jong houden en de kansen op een lang en gezond leven vergroten: miljoenen gezondheids-hongerige Amerikaanse consumenten en een omzet van zo'n slordige 500 miljoen voor de producent van het middel - *Genzyme* - was het gevolg.

MAGIC BULLET

De melatoninegekte en de *boom* der eiwitwetenschappen illustreren beiden dat de *magic bullet* ideologie nog stevige wortels heeft in onze samenleving. Wetenschappers storten zich, tegen beter weten in, op grond van vage theoretische aanwijzingen, opgejaagd door een door narcisme en bijgeloof geïnduceerde hyper-endorfinemie (een soms gevaarlijk, hoge spiegel aan lichaamsgeen morfine) dan wel de *publish-or-perish-leer*, op stofjes als melatonine en knutselen tot in de late avonduren aan nieuwe eiwitsequenties. Grote sommen aan onderzoeksgelden verdwijnen onderwijl in hun kielzog. De geest van professor Buck dwaalt schijnbaar nog rond in de wetenschappelijke gemeenschap! Toch heeft dit er nog niet bepaald toe geleid dat ons leven er wezenlijk anders is gaan uitzien. Mijn haar valt voorlopig nog steeds uit en een korte trial (van n= 1) met het gouden pilletje leverde mij meer hoofdpijn dan bedrust op.

Capi Wever is gezondheidswetenschapper.

WETENSCHAPSWINKELS MET DE TIJD MEE

Noëlle Pötgens

Eindjaren zeventig bestond er geen twijfel over. Elke universiteit moest een wetenschapswinkel hebben. Studenten en progressieve medewerkers pleitten in die tijd met succes voor een grotere toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis. Wetenschapswinkels moesten de schakel gaan vormen tussen universiteit en maatschappij. Hoe staat het er nu, zo'n twintig jaar later, voor? Een rondje door het land laat zien dat er inmiddels verschillen zijn ontstaan. Waar voor een enkele winkel het doek gevallen is of haarscheurtjes opdoemen, gaan andere juist mee in de vaart de volkeren.

Lang geleden waren universiteiten ivoeren torens. Hoog in de nok zetelden autoritaire bestuurders, een verdieping lager zwaaiden wereldvreemde onderzoekers de scepter en al weer een heel stuk dichter bij de grond trof je de studenten, die vooral hard moesten studeren. Universiteiten stonden in die tijd nauwelijks open voor maatschappelijke vraagstukken. Maar een groeiende groep medewerkers en studenten vond dat anders moest. In de roerige jaren zestig kwam, naast veel andere zaken, ook de toegang tot wetenschappelijk

onderzoek op de agenda. De afstand tussen universiteit en burgers moest kleiner. Want is het niet meer dan vanzelfsprekend dat iedereen aanspraak moet kunnen maken op wat er op de universiteit allemaal wordt bedacht? In die tijd hadden wetenschapswinkels het tij mee en groeiden gestaag uit. Ook zonder dikke portemonnaie konden uiteenlopende organisaties en particulieren hier aankloppen voor (bemiddeling tot) onderzoek en advies. Daarmee werden maatschappelijk en ook wetenschappelijk interessante vraagstukken

op de onderzoeksagenda geplaatst. Met de wetenschapswinkels als intermediair vonden vragen naar toegepast onderzoek beter hun weg naar de juiste onderzoekers en voor studenten (vaak betrokken bij de uitvoering) ontstond een nieuwe mogelijkheid om onderzoekservaring op te doen. Daarnaast kwam er meer aandacht voor de presentatie van onderzoeksresultaten aan een breed publiek.

MAKELAARS

De manier waarop dit op de afzonderlijke universiteiten vorm kreeg verschilt. (zie ook kader 1). Over het algemeen opereren de 'winkeliers' als makelaar tussen vraag en aanbod van de universiteit. Op een aantal plaatsen gebeurt dat vanuit één centrale winkel, van waaruit het contact met de verschillende faculteiten onderhouden wordt. Elders zijn 'dochters' opgezet die elk een link hebben naar één faculteit of vakgroep. In

Kader 1. Overzicht van wetenschapswinkels

* Amsterdam, UvA – Chemiewinkel (Onderzoeks- en Adviescentrum Chemie Arbeid Milieu), expertise: chemie, biologie, toxicologie, arbo en milieu (10 medewerkers) 020-5255607/6591 (werkgebied: Nederland, EG, soms mondiaal)

* Amsterdam, VU – Centrale Wetenschapswinkel, expertise o.a.: milieu(educatie), ouderen, archiefonderzoek, vrouwen/migrantenstudies en gezondheidszorg (3 medewerkers) 020-4445666 (werkgebied: Noord-Holland, Flevoland, Nederland)

* Rotterdam, EUR – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: arbeidsmarkt, gezondheidszorg, ouderen, recht, milieu (3 medewerkers) 010 – 4082198 (werkgebied: Zuid-Holland, Zeeland)

* Wageningen, LUW – (onderdeel van) Afdeling Kennisbemiddeling/Fonds Wetenschapswinkel, expertise: consument en voeding, duurzame landbouw, plattelandsontwikkeling, milieu & natuur (6 medewerkers) 0317 - 484661 (werkgebied: Nederland, buitenland)

* Utrecht, UU – Coördinatiepunt en 7 wetenschapswinkels voor biologie, letteren, rechten, chemie, geneesmiddelen, natuurkunde en sociale wetenschappen (24 medewerkers) 030 - 2536150/253606600 (werkgebied: regio Utrecht, landelijk)

* Leiden, RUL – (centrale) Wetenschapswinkel stopt m.i.v. '98.

* Groningen, RUG – 9 decentrale winkels met expertise op het terrein van de biologie, geschiedenis, talen, geneesmiddelen, onderwijs, chemie, natuurkunde, economie en geneeskunde/volksgezondheid (13 medewerkers) 050 – 3634132 (werkgebied: (Noordoost) Nederland, deels buitenland)

* Twente, UT – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: chemie, wis- en natuurkunde, communicatiekunde, bestuurskunde, werktuigbouwkunde (4 medewerkers) 053 - 4893848 (regio: Noordoost Nederland)

* Eindhoven, TU – secretariaat en verwijzing naar 8 wetenschapswinkels:

Chemie-, Bedrijfskunde- en Elektro-winkel, Techniek en Maatschappijwinkel, Bouwkunde, Fysika- en Werktuigbouwwinkel en Technische Werkwinkel Gezondheidszorg (gerund door studenten) 040 – 2474141 (werkgebied: Zuid Nederland, België)

* Nijmegen, KUN – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: arbeid, gezondheid, ethiek, milieu, minderheden en gendervraagstukken (7 medewerkers)

024 – 3615450 (werkgebied: Gelderland, Noord en Midden Limburg, Oost Brabant, soms landelijk)

* Maastricht, UM – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: rechten, gezondheidswetenschappen, economie en cultuurstudies (5 medewerkers) 043 – 3883120 (regio: Limburg en soms daarbuiten)

* Delft, TUD – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: milieuverontreiniging, industrieel ontwerpen, geodesie, electrotechniek,

werktuigbouw (6 medewerkers) 015 – 2781777/2781092 (werkgebied: Zuid-Holland, Nederland)

* Tilburg, KUB – (centrale) Wetenschapswinkel, expertise o.a.: ouderen, arbeid (vrouwen), milieu, allochtonen/vluchtelingen, sociale zekerheid, *communicatie* (12 medewerkers) 013 – 4662645/4662819 (werkgebied: Brabant, Zuid Nederland)

het laatste geval hebben de winkeliers, naast hun bemiddelingswerk, vaak ook onderwijstaken. Zeldzamer is de ontwikkeling die de Amsterdamse Chemiewinkel, verbonden aan de Faculteit Scheikunde van UvA, heeft gevolgd. Die bouwde zelf specialistische (chemische en arbo) kennis op en leeft momenteel, min of meer zelfstandig, van betaalde opdrachten van onder meer overheid, vakbeweging en bedrijven. Hoewel ook de andere wetenschapswinkels nu vaker een (onkosten)vergoeding vragen of op zoek gaan naar subsidies, bieden de meesten daarnaast ook nog steeds gratis hun diensten aan aan onbemiddelde opdrachtgevers. Het maken van winst is nooit hun primaire doel geweest.

JUBILEUM

De oudste, de Utrechtse Chemiewinkel, viert in '98 haar 25-jarig bestaan. En het lijkt er op dat er nog een aantal jubilea gaan volgen. Recent nog prijsde het Utrechtse universiteitsbestuur de gezamenlijke Utrechtse winkels in een brief als volgt: 'De werkwijze is verder ge-professionaliseerd, de output is gestegen en de gezamenlijke activiteiten zijn in aantal toegenomen. Wij hebben er vertrouwen in dat de wetenschapswinkels deze ontwikkelingen ook in de komende jaren zullen voortzetten'. Het bestuur legde dit vertrouwen ook vast in de toekomstplannen die de UU onlangs presenteerde onder de noemer 'Perspectief 2010' (Magazine, juni '97). Daarin wordt gesteld: 'De Universiteit Utrecht is zich bewust van haar verantwoordelijkheid voor het leveren van een bijdrage aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken. De universiteit heeft als taak kennis te ontwikkelen en over te dragen en zorgt voor de instrumenten en het klimaat waarin onderzoekers dat kunnen doen'. Wetenschapswinkels ziet men als één van die instrumenten en daarmee weten de Utrechtse winkels voorlopig waar ze aan toe zijn. Maar dat voorrecht is niet aan alle wetenschapswinkels voorbehouden.

Er is de laatste jaren veel veranderd in het hoger onderwijs. Vanaf het begin van de jaren zeventig nam het aantal studenten gestaag toe. Steeds meer jongeren gingen studeren en mochten er lekker lang over doen. Dat leidde tot een uitdijend onderwijsapparaat en kostenstijging. In rap tempo werd een aantal maatregelen (waaronder de tweefasenstructuur en tempobeurs) bedacht om daaraan een halt toe te roepen. Het

ministerie van O&W kwam tot de conclusie dat universiteiten hun heft meer in eigen hand moesten nemen. Er volgden forse bezuinigingen op het hoger onderwijs en overheveling van een groot deel van de financiële verantwoordelijkheid naar de universiteiten zelf. Dat schiep een goed klimaat voor reorganisaties waarin universiteitsbestuurders zich meer en meer ontpopten als calculerende managers met de hand op de knip. Daarbij leek de vraag naar de inhoudelijke kant van het werk soms onder te sneeuwen. Voor een aantal wetenschapswinkels bleef dat niet zonder gevolgen.

WILD WEST

Voorals in het westen lijkt de klad er enigszins in te zitten. In Amsterdam legde de Centrale Wetenschapswinkel van de UvA eind '95 het loodje, na een laatste poging om (gereorganiseerd) te overleven als Bureau Stimulering Maatschappijgericht Onderzoek. Op de andere Amsterdamse universiteit, de VU, is de Centrale Wetenschapswinkel er nog maar zijn (of worden binnenkort) enkele decentrale winkels gesloten. De faculteiten willen er niet meer in investeren. Hetzelfde lot was de Leidse (centrale) winkel beschoren: ze paste niet meer in de toekomstvisie van het college en kostte te veel. In Leiden valt het doek eind van dit jaar definitief. De Universiteitsraad wist met protesten een deel van het budget te redden. Dit resulteerde in het behoud van één van de oorspronkelijke vijf formatieplaatsen, maar het is de vraag of het op zo smalle basis zal lukken om in de toekomst onderzoeksprojecten van de grond te tillen. En in Rotterdam is de opdracht kostendekkend te gaan werken. Een omslag die niet eenvoudig te maken valt als je je juist altijd op niet-commerciële opdrachtgevers gericht hebt. Een deel van de wetenschapswinkels krijgt te maken met fusies. Ze moeten samen gaan met andere onderdelen van de universiteit.

Met de overgang van centrale naar decentrale sturing hebben veel universiteiten zich opnieuw gebogen over de rol die zij in de toekomst voor wetenschapswinkels zien weggelegd. Opvallend genoeg wordt juist nu de deur hier plat gelopen door verkenner van buitenlandse universiteiten. Korea, Noord-Ierland, Australië, Canada en Oost-Duitsland: overal is men gecharmeerd van de Nederlandse 'science shops' en probeert men ze ook in eigen land op te zetten. In ons land lijkt het ideaal uit de startfase van de wetenschapswinkels,

Kader 2. Een selectie van onderzoeksvragen die worden voorgelegd aan wetenschapswinkels.

Bij één van de Utrechtse wetenschapswinkels ging recent onderzoek van start naar kwaliteit en waarde van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van geneesmiddelen (met name antidepressiva) bij anorexia en boulimia (voor de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa).

Aan de Wetenschapswinkel van de VU is gevraagd het beleid, de samenwerking (van organisaties) en het oordeel van bewoners in een vernieuwd woonzorgcentrum te evalueren.

Aan één van de Eindhovense winkels is de vraag voorgelegd een loop-hulp-middel te ontwikkelen dat ook geschikt is voor mensen met maar één bruikbare arm. Voor deze mensen vormt vooral het sturen een probleem (vraag gesteld door een revalidatiecentrum).

In Nijmegen wordt in opdracht van de Reumabond Amersfoort een onderzoek gestart naar de beleving van de ziekte door jongeren en naar hun behoefte aan activiteiten van (de jongerencommissie van) deze bond.

Bij de KUB gaat onderzoek van start naar de manier waarop de voorlichting aan CARA-patiënten in een ziekenhuis verbeterd kan worden (in opdracht van een Brabants streekziekenhuis).

kennis voor iedereen, sterker dan voorheen te moeten concurreren met andere belangen. Maar in een maatschappij die eerder complexer dan eenvoudiger wordt, blijft een laagdrempelige toegang tot kennis belangrijk. En hoewel er via de elektronische snelweg, Teleacursussen en af en toe een publiek debat ook aan popularisering van kennis gewerkt wordt, maakt juist hun maatwerk de wetenschapswinkels bijzonder. De vraag is nog niet afgenomen (zie ook het kader met een selectie van recent gestart onderzoek). Het is te hopen dat veel universiteiten zich realiseren dat er met de wetenschapswinkels een prima basis ligt voor maatschappelijke dienstverlening en dat zij de deur niet opnieuw achter zich dicht trekken.

Noëlle Pötgens is lid van de redactie van TGP en werkte tot januari 1997 bij de Wetenschapswinkel Leiden.

MYTHE: HET PRIMAAT VAN DE POLITIEK

Matthé Ribbens

fen relatief onbekend citaat van de Duitse toneelschrijver Gerhard Hauptman: 'Men beledigt de woestijn als men zegt dat de politiek een woestijn is'. Naar mijn idee een aardig gegeven bij het bespreken van de volgende mythe: het primaat van de politiek in de zorgsector moet hersteld worden, daar zij de enige is die aanspraak kan maken op een democratisch 2gefundeerd gezag. Anders gezegd: de eindverantwoordelijkheid voor de zorg kan niet aan de sector zelf overgeleverd blijven, maar behoort aan de democratisch verkozen volksvertegenwoordiging.

Tegen deze opvatting heb ik al eerder stelling genomen, en wel specifiek met betrekking tot de concrete uitwerking van deze politieke wens: het 'uitzuiveren' van advies- en overlegorganen met vertegenwoordigers van belangengroepen uit -diezelfde - zorg. Het wetsvoorstel dat ten grondslag ligt aan deze wens, en waarmee belangenbehartigende leden uit adviesorganen kunnen worden ingeruild voor neutrale, door de Kroon benoemde, leden, draagt de naam 'woestijnwet'. Of dat is ingegeven door voornoemd citaat, is mij onbekend. Het is echter weinig vleidend over de politiek en degenen die haar bedrijven.

Daarmee raken we aan de kern, de ontmythologisering van de door mij gekozen fabel. Want veronderstelt het opeisen van het primaat door de politiek, niet een idee van onkraakbaarheid, van feilloos optreden, of nog scherper gesteld: van het monopolie op de hogere waarheid?

De afgelopen en huidige kabinetsperiodes geven echter een heel ander beeld te zien. Werd niet manhaftig het halve tandheelkundepakket uit het verplichte ziekenfonds gehaald, en tot markt verklaard? En verslikten de volksvertegenwoordigers zich daarna niet in het kunstgebit, dat weer moest worden teruggeheveld?

De ferme taal in het regeerakkoord van een eigen risico van 200 gulden aan de voet, resulteerde als gevolg van de uitzonderingsregels die de politiek bedong, in een nachtmerrie voor de verzekeraars.

Het feit dat iedereen de mond vol heeft over keuzen in de zorg en de Kamer beschikt over het rapport Dunning, garandeerde geenszins een opschoningsoperatie van het verstrekkingenpakket. Die vraag liet men liever aan het veld

over, hoewel over het gevolg, namelijk wachtlijsten, schande werd gesproken. Zo maar wat voorbeelden die aangeven dat de politiek zich niet onderscheidt door de eerder genoemde hogere gaven. Eerder springen eigenschappen als ondeskundigheid, onnadenkendheid, opportunisme en ontwijkend gedrag in het oog.

MERITO-, BUREAU-, DEMO-

Dat de politiek zich echter onderscheidt van de andere actoren in en rond de zorg door haar democratisch gehalte is - tot op grote hoogte - waar. De positie van de andere belangrijke actoren in dit veld valt in tegenstelling tot de politiek eerder te vatten in de begrippen meritocratie (de professionele en autonome zorgverleners) en bureaucratie (de ambtenaren en verzekeraars) en verdragen zich minder goed met de democratie.

De commissie Dekker heeft destijds getracht een alternatieve 'trias politica' te introduceren, waardoor de patient als derde partij enig evenwicht aan de zaak moest geven in een marktmodel. Dat is echter niet gelukt. De patient blijft een gekunstelde positie innemen ten opzichte van de andere spelers. Door de verzekeraars wordt hij eerder gezien als premiebetalder, door de overheid als burger die blij mag zijn dat de zorg dichtbij huis is, en kwalitatief goed, mits voorhanden, en voor de professional is de patient geen partij door het verschil in kennis.

Kortom: democraten, bureaucraten en meritocraten hebben elkaar in de houdgreep. De kosten worden te hoog bevonden, de wens naar zorg onverzadigbaar, en de politiek zwalkt van links naar rechts en terug. Echter: de politiek is die afhankelijkheid enkele jaren geleden beu geworden en besloot haar primaat hoe dan ook in ere te herstellen. De vraag is of dat terecht is. Is het wen-

selijk dat de politiek, met haar nobele strevens en mindere edele kenmerken, het laatste woord moet hebben?

Ik denk van niet. Ik geloof in een systeem van checks en balances dat elkaar in evenwicht houdt. Voorkomen moet worden dat een van de partijen gaat overheersen in de zorg. Hebben politici het voor het zeggen, dan is de zorg overgeleverd aan de nukken en grillen van 150 mensen in het Haagse. Van enige continuïteit in de zorg is dan geen sprake. Heeft de meritocratie het voor het zeggen, en in het verlengde daarvan de burgers met hun onverzadigbare zorgvraag, dan wordt de zorg schier onbetaalbaar. En heeft de bureaucratie het voor het zeggen, dan is het gevaar niet denkbeeldig dat een en ander onttaardt in een grote technocratische boekhoudtruc.

Het laatste dreigt nu. In dat opzicht moet je misschien blij zijn dat de politiek haar slag probeert te slaan, maar liever zie ik de rol van de politiek als die van bemiddelaar tussen de wensen van de zorgverleners en de verzekeraars en overheid. Daar waar het al te dol wordt, komt de politiek met haar boerenverstand tussenbeide en herstelt - hopelijk - het evenwicht zich weer. Maar om nou de politiek zoveel hoon toe te werpen dat zelfs een woestijn waardevoller is dan de politiek, gaat zelfs mij te ver.

Matthé Ribbens is redacteur van TGP.

REGIOVISIE EN PROVINCIE

Herman CG. Cohen Stuart

Het gonst van bedrijvigheid binnen de provincies: overall wordt gewerkt aan het opstellen van regiovisies voor de gezondheidszorg of zijn ze inmiddels gereed. In dit stuk wordt stilgestaan bij een aantal recente politieke ontwikkelingen die grote invloed zullen hebben op de verdere ontwikkeling van regiovisies, en bij een aantal belangrijke vraagpunten die er nog liggen. Er zal vooral worden gesproken over de regiovisies op het gebied van de gezondheidszorg; de gebeurtenissen rondom de ouderenzorg en jeugdzorg, die gezien vanuit de wetgeving een ander traject lopen, komen zijdelings aan de orde. Tevens wordt de regiovisie geestelijke gezondheidszorg voor de stad Utrecht, die is opgesteld in de periode 1993-1995, beschreven: aanleiding, inhoud en proces, resultaten en voortgang komen aan de orde.

De aanleiding tot het opstellen van regiovisies ligt aan het eind van de jaren tachtig toen de gedachte postvatte dat, in combinatie met het marktgerichte denken van de plannen Dekker/Simons voor de gezondheidszorg, een overkoepelende regionale beleidsvisie zou moeten worden opgesteld. Terwijl in het denken vanuit de principes van marktwerking wordt uitgegaan van concurrentie als ordenend principe, staat bij regiovisie het denken in termen van samenwerking voorop.

GEENWET

Wat is nu een regiovisie? Bij de start van het proces in Utrecht is dat als volgt omschreven: een regiovisie is een beleidsdocument dat de gewenste ontwikkelingen in de regionale zorgstructuur aangeeft. Het wordt gezamenlijk ("interactief") opgesteld door de regionale, bij de zorg betrokken partijen en wordt regelmatig aangepast. Via de regiovisie worden nieuwe initiatieven getoetst en afspraken gemaakt over beleidsdoelen. Op basis ervan worden concrete knelpunten in de zorgverlening aangepakt en kunnen de deelnemende partijen elkaar aanspreken bij beslissingen op het terrein van de zorg. De regiovisie heeft geen rechtsgevolgen; een wettelijke basis is er (nog) niet.

In het najaar van 1994 liet de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport weten dat in de huidige kabinetsperiode geen blauwdrukken gepresenteerd zouden worden. De stelselwijziging was kort daarna van de baan. De provincies waren inmiddels aan de slag gegaan om voor de diverse zorgterreinen regiovi-

sies op te stellen en hebben die activiteit sindsdien met nog meer energie voortgezet (zie kader 1).

Voor het opstellen van de regiovisies en voor de provincies is een belangrijke

Regiovisies: voorbeelden

Een niet volledige opsomming: Overijssel heeft in augustus van dit jaar het Startdocument Regiovisie geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gepresenteerd, in maart bracht Flevoland zijn Startnotitie Regiovisie Zorg uit en in februari jl. kwam Zuid-Holland met het Strategisch programma regiovisie zorg. Al eerder, in mei 1995, werd door de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord de regiovisie Zuid-Holland Noord gepresenteerd. Friesland timmerde in 1994 aan de weg met het Toetsingskader Zorg en de Aanpaknotitie regiovisie, terwijl Groningen in mei 1994 de regiovisie Ouderenzorg in het Oldambt het licht deed zien. Amsterdam was al in 1993 de eerste met een regiovisie voor de GGZ.

In Utrecht is op dit moment een aantal regiovisies in voorbereiding of afgerond: die voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en voor ouderenbeleid ten behoeve van de stad Utrecht en Zuid-west Utrecht zijn al enige jaren klaar, regiovisies op het terrein van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de jeugdzorg in de gehele provincie worden opgesteld, en voorbereidingen worden getroffen voor een regiovisie voor lichamelijk gehandicapten. Met de actualisering en uitbreiding van de regiovisies voor ouderen is een begin gemaakt.)

ontwikkeling dat door VWS het wetsontwerp Bouwbeheersing Zorgvoorzieningen is verschenen. In dit ontwerp heeft de regiovisie voorlopig een plaats gekregen naast de sectorale zorgvisies die door VWS zelf worden opgesteld. De gedachte, zoals het departement die in latere beleidsstukken⁷ verder heeft uitgewerkt, is dat de regiovisies op basis van de zorgvraag in de regio uitspraken doen over gewenste ontwikkelingen ten aanzien van de zorg. Daarbij geven zij speciale aandacht aan de samenhang tussen de zorgsectoren. De provincies krijgen tot taak, het opstellen van regiovisies te stimuleren en te coördineren. Het opstellen gebeurt door vijf partijen: zorgvragers, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars, plus de provincie, in een "interactief" proces. De regiovisies beïnvloeden de inhoud van de door VWS op te stellen sectorale zorgvisies (beleidsvisies ten aanzien van de verschillende zorgsectoren: GGZ, verstandelijk gehandicapten enzovoort), die op hun beurt weer kaders voor de regiovisies aangeven.

WETSONTWERP

BOUWBEHEERSING

In het wetsontwerp Bouwbeheersing gaat het primair om de benodigde bouwinitiatieven voor intra- en semimurale instellingen. Voor de GGZ zijn dat onder meer algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), en regionale instellingen voor beschermende woonvormen (RIBW). Verder heeft VWS⁴ laten weten dat ook zorgvernieuwing een onderwerp van de regiovisie zou moeten zijn. Dat idee wordt verder toegelicht in de recente brief "Geestelijke Gezondheidszorg" waarin wordt gesteld dat de regiovisie "bij uitstek de mogelijkheid biedt om het zorgaanbod van de GGZ-zorgaanbieders en de inbreng van de gemeentelijke en provinciale overheden op elkaar af te stemmen". Het gaat hier in de visie van VWS met name om het vergroten van de samenhang tussen de GGZ en maatschappelijke steunorganisaties, die mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn zodanig kunnen

ondersteunen dat ze zoveel mogelijk zelfstandig kunnen wonen. Zogenaamde niet-zorg-sectoren zoals huisvesting, arbeidsrehabilitatie (het onder begeleiding opnieuw instromen in het arbeidsproces), werkgelegenheid en dergelijke spelen hier een heel belangrijke rol. Een andere ontwikkeling is dat de regiovisie inmiddels een wettelijke status heeft. verworven voor de ouderenzorg (via de Overgangswet verzorgingshuizen⁹). Ook had zij, al eerder, een plaats gekregen in het regeringsstandpunt "Regie in de Jeugdzorg". Hierdoor is het belang van regiovisie-ontwikkeling en de status van de regiovisie als zodanig vergroot.

VRAGEN

Desondanks zijn er nog zoveel onduidelijkheden dat van een harde (wettelijke) basis voor regiovisies nog lang niet kan worden gesproken. Om te beginnen is onduidelijk wanneer het wetsontwerp Bouwbeheersing de Tweede Kamer zal bereiken. Berichten meldten dat dat

niet meer in de huidige regeerperiode zal gebeuren, terwijl recent alweer het tegendeel is beweerd. Daarnaast is de rechtsbescherming van de deelnemende partijen onduidelijk: is met het doorlopen van een regiovisieproces voldaan aan de vereisten voor inspraak? Wat is de rechtspositie van een regionale partij die het met de regiovisie niet eens is? Het idee regiovisie heeft weliswaar een plaats gevonden in één wet, maar daarnaast in een wetsontwerp waarvan de procedurele voortgang onduidelijk is, en in regeringsnota's i.c. -standpunten waarbij slechts tipjes worden opgelicht van de sluier die het begrip nog steeds omgeeft. Om een voorbeeld te noemen: ook in de recente regeringsnota "Met zorg verbonden" over de ontwikkelingen in de ambulancezorg, traumazorg en hulpverlening bij rampen wordt gesteld dat de ambulancezorg een plaats moet krijgen in de regiovisie. Op zichzelf is dat een goede zaak. Als toelichting wordt echter uitsluitend opgemerkt dat de regiovisie het resultaat is van

overleg tussen de bekende partijen cliënten, aanbieders, verzekeraars en gemeenten, en dat vanuit de regionale situatie relaties worden gelegd tussen vraag en aanbod en tussen de zorgsectoren. Aan de al bekende omschrijvingen voegt dit niets toe. Kortom: ten aanzien van de vraag wat een regiovisie zou moeten zijn en wat de status ervan is is onduidelijkheid troef.

Zoals uit de aangehaalde voorbeelden (zie kaders) blijkt, weerhoudt dit de provincies echter niet om het voorbereiden en opstellen van regiovisies ter hand te nemen. Via het Interprovinciaal Overleg (IPO) brengen zij zelf, voorzover dat binnen de zeer beperkte informatie van dit moment mogelijk is, een lijn aan in wat het begrip regiovisie behelst en streeft men naar een zekere eenheid van inhoud, proces en - in mindere mate, vanwege de gebondenheid aan de regionale situatie - vorm. Tevens worden voorbereidingen getroffen om het proces nauwkeurig te blij-

Regiovisie geestelijke gezondheidszorg in Utrecht

Oorspronkelijk initiatief

In 1992 is door de zorgverzekeraar ANOVA (toen nog RZMN), de gemeente Utrecht en de provincie Utrecht een convenant ondertekend, waarin deze partijen zich voornamen samen vorm te geven aan de zorg in de stad Utrecht. Men wilde gezamenlijke doelen vaststellen en de inhoudelijke stabiliteit van beleid in een snel veranderende omgeving bevorderen. De partijen meenden dat het opstellen van regiovisies, met als belangrijkste thema's samenwerking en afstemming, daartoe een uitstekend middel zou zijn. In eerste instantie zijn de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg gekozen als onderwerpen voor op te stellen regiovisies.

Proces

De convenantpartijen hebben een aantal instanties uit de kringen van cliënten en zorgaanbieders uitgenodigd om deel te nemen aan het proces van regiovisievorming. In april 1993 is de werkgroep regiovisie GGZ voor de stad Utrecht ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle partijen. De opdracht aan de werkgroep luidde: het opstellen van een regiovisie die zo breed mogelijk gedragen wordt door de deelnemende partijen. De werkgroep kende een onafhankelijk voorzitter, het secretariaat was in handen van de provincie. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening fungeerde als waarnemer⁹.

Het proces is over het algemeen zonder veel strubbelingen verlopen. De betrokken partijen hebben zich ingezet voor een goed resultaat en, afgemeten aan de aanwezigheid en inbreng, was de betrokkenheid groot. Wel is op diverse momenten in de werkgroep de vraag aan de orde geweest, hoe de formele verhouding lag tussen enerzijds de partijen die het oorspronkelijke convenant hebben afgesloten en het initiatief hebben genomen tot het opstellen van de regiovi-

sie, en anderzijds de partijen die daartoe door de initiatiefnemers zijn uitgenodigd. Het resultaat van een uitgebreide discussie is geweest dat de gelijkwaardigheid van alle partijen door een ieder is onderschreven. Dit kwam onder meer terug in het feit dat de regiovisie aan alle deelnemende organisaties is aangeboden ter vaststelling. Illustratief is tevens dat in de inhoud een tekstuele bijdrage van de RIGG¹⁰ en een knelpuntenonderzoek van het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht¹¹ zijn verwerkt. De rol van de beide betrokken overheden, provincie en gemeente, was zoals die van de anderen: die van deelnemers.

Resultaten

In februari 1995 lag het resultaat op tafel. In deze regiovisie, die zich geografisch beperkt tot de zorg voor de inwoners van de stad Utrecht, worden lijnen uitgezet voor het beleid zoals dat op het gebied van de GGZ zou worden gevoerd, en worden afspraken gemaakt ten aanzien van het oplossen van een aantal concrete knelpunten.

In het eerste hoofdstuk zijn de uitgangspunten voor de regiovisie besproken, te weten een vraaggerichte benadering, substitutie en efficiency, continuïteit en circuitvorming, integratie en vermaatschappelijking, een doelgroepenbenadering en vernieuwingsgezindheid. Hoofdstuk 2 geeft de bestaande situatie weer. Het eerste onderdeel ervan is een beschrijving van de verleende zorg en de zorgverlenende instanties, gezondheidsproblemen bij de bevolking van de stad Utrecht, samenwerkingsverbanden, en ontwikkelingen ten aanzien van de zorgverlening. Vervolgens wordt een door een subwerkgroep opgestelde knelpuntenanalyse gegeven. De in die analyse te onderscheiden thema's zijn, globaal gesproken:

- kwalitatieve zaken (o.a. privacy, klachtenregelingen, informatieverstrekking aan cliënten, zorg voor dak- en thuislozen)
- organisatorische zaken (o.a. indicatiestelling, registratie

ven volgen zodat bekend is op welke plaatsen welke activiteiten plaatsvinden en welke resultaten behaald zijn. Het proces gaat derhalve verder. Niettemin is het voor een goede gang van zaken cruciaal en zou het daarbij voor alle betrokken partijen buitengewoon prettig zijn, wanneer op korte termijn meer duidelijkheid ontstaat over met name wettelijke basis en status van de regiovisie.

Herman Cohen Stuart is beleidsmedewerker Bureau Zorg, Provincie Utrecht.

NOTEN

1. Concept van 28 maart 1996
 2. Brief aan de Tweede Kamer, onderwerp: Zorgvernieuwing in de AWBZ, VPZ/VU-963288, 29 januari 1997.
 3. Brief aan de Tweede Kamer, onderwerp: Geestelijke Gezondheidszorg, GVM/GGZ/973100, 24 juni 1997.
 4. Zie noot 3.
 5. Zie noot 4.
6. Overgangswet verzorgingshuizen, Eerste Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24 606, nr. 310.
 7. Regie in de jeugdzorg. Standpunt van de Ministers van WVC en Justitie, juli 1994.
 8. Met zorg verbonden - naar een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ministerie van VWS, 1 juni 1997.
 9. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van het Provinciaal Patiënten /ConsumentenPlatform... (PP/CP) Utrecht, de RIGG Midden- Westelijk Utrecht, de Vereniging voor Zelfstandig gevestigde Psychiaters in de provincie Utrecht, de Districts Huisartsen Vereniging Utrecht, de Regionale Huisartsen Vereniging Utrecht Stad, het Platform Maatschappelijke Opvang en Dienstverlening, Stede - stedelijke organisatie voor welzijnswerk, Anova Verzekeringen, de gemeente Utrecht en de provincie Utrecht. Onafhankelijk voorzitter was de heer drs W. Aalten.
 10. RIGG Midden-Westelijk Utrecht: Van

transparantie naar transformatie - regionaal zorgplan 1995 voor de geestelijke gezondheidszorg in Midden-Westelijk Utrecht, november 1994.

11. Wersch, S. van: Niet meer maar anders - onderzoek in het kader van de regiovisie-ontwikkeling voor de geestelijke gezondheidszorg in Utrecht, PP/CP Utrecht, 1994.

en effectmeting)

- samenhang binnen de GGZ (schotten in de zorg) en tussen GGZ en aanpalende sectoren (verwijzingen tussen GGZ en eerste lijn, consultatieve psychiatrie, aangepast werk voor ex-GGZ-cliënten)
- financiering en regelgeving
- capacitaire thema's.

Tenslotte volgt een beschrijving betreffende maatschappelijke ontwikkelingen die de zorg beïnvloeden.

Het derde hoofdstuk bestaat uit een vergelijking van werkelijke en gewenste ontwikkelingen. Hier is een aantal beleidslijnen uitgezet voor de toekomst. Tevens worden de in het tweede hoofdstuk beschreven knelpunten gerubriceerd. Zaken die aandacht moeten krijgen en/of verder uitgewerkt moeten worden, worden op een rij gezet.

In het vierde hoofdstuk tenslotte wordt aan de knelpunten een mate van prioriteit toegekend, en wordt een voorstel gedaan betreffende de vraag welke van de deelnemende partijen het op zich zullen nemen om bepaalde knelpunten aan te pakken. Tevens formuleert de werkgroep een voorstel t.a.v. de voortgang.

Naast de totstandkoming van een door alle partijen onderschreven beleidsvisie was de grote winst dat organisaties van diverse pluimage met elkaar een ingrijpend proces hadden doorgemaakt waarin de inhoud en ontwikkelingen ten aanzien van de GGZ diepgaand werden besproken, en waarin men elkaar kon vinden in probleemdefinities (bij zoveel verschillende deelnemers een belangrijk resultaat!) en in afspraken voor de toekomst van de GGZ in Utrecht.

Voortgang

Om de voortgang bij de aanpak van de knelpunten te bevorderen werd door alle deelnemende partijen een nieuw convenant ondertekend (waarbij overigens het oorspronkelijke

convenant van kracht bleef). Omdat een wettelijke basis voor regiovisies ontbrak verklaarden de deelnemende partijen, zich gezamenlijk in te spannen om de in de regiovisie gemaakte afspraken te realiseren. De werkgroep zou blijven bestaan om de voortgang te bewaken. Zo zou de regiovisie praktisch gestalte krijgen, en zou zich bovendien een structurele overleg- en samenwerkingsrelatie ontwikkelen tussen alle deelnemende partijen.

Niettemin heeft de voortgang enige tijd op zich laten wachten. Een aantal factoren heeft daarbij een rol gespeeld, waaronder de te grote vrijblijvendheid van de afspraken en de lage vergaderfrequentie. Daarom is in de werkgroep na enige tijd een actualisatie van de knelpunten aan de orde gesteld en is besloten tot een hogere vergaderfrequentie, meer sturing en een thematische aanpak. Deze aanpak heeft vruchten afgeworpen, gezien het feit dat ten aanzien van een aantal thema's daadwerkelijk initiatieven zijn genomen en aparte werkgroepen van de grond zijn gekomen. Zo is t.a.v. de zorg voor dak- en thuislozen het voornemen van de betreffende werkgroep om een onderzoek uit te voeren naar grootte en samenstelling van de groep, en vervolgens te komen tot individuele plannen van aanpak. De zorg voor allochtonen wordt verder uitgewerkt via een zgn. expertgroep die onder meer tot concrete projecten wil komen. Informatieverstrekking aan cliënten is verbeterd via het (doen) samenstellen van brochures. De consultatieve psychiatrie in algemene ziekenhuizen zal, n.a.v. een door de provincie uitgevoerd onderzoek, naar verwachting leiden tot nadere initiatieven van de algemene ziekenhuizen. In het kader van verbetering van de registratie is het initiatief genomen om een casusregister op te zetten. De problematiek van het aangepast werk voor ex-GGZ-cliënten heeft de speciale aandacht van de gemeente Utrecht en zal eveneens dienen te leiden tot individuele plannen van aanpak.

De regiovisie zal het komend jaar worden geactualiseerd.

DIE DISCUSSIES ZOU IK GRAAG PUBLIEKELIJK WILLEN VOEREN

Anne Marie Vaalburg en Lea Jabaaij

*De arts-patiënt relatie wordt steeds meer een samenwerkingsrelatie. Er is een beweging in gang gezet van 'De dokter weet wat goed voor u is' naar 'Wat kan ik voor u doen? Er zijn verschillende mogelijkheden.' Professor dr. Annemarie Mol kijkt echter kritisch naar de nieuwe keuzemogelijkheden voor klanten van de gezondheidszorg. Betekent zelf kunnen kiezen ook automatisch betere zorg? En wie bepaalt wat wij mogen kiezen en op welke gronden?
In gesprek met Annemarie Mol - ook TGPredactieraadslid van het eerste uur.*

Keuzes in de zorg. Een illustratief voorbeeld: stel je hebt een vaatvernauwing in je benen. De arts stelt voor een dotterbehandeling te doen. Je wordt hiervoor opgenomen. De behandeling houdt in dat men met een slangetje het vat in gaat om met een balonnetje de vernauwing weg te duwen. Na de ingreep moet je twaalf uur plat liggen met een stevig verband om je lies om nabloeden te voorkomen. Dit valt je niet licht, het is pijnlijk. Een maand later spreek je een neef die in Groningen woont. Wat toevallig, hij heeft ook een vaatvernauwing in zijn benen, zeker een familiëkwaal.... 'Vervelend hé, die ingreep'. 'Ingreep? Ik moet elke dag twee keer een drie kwartier lopen', zegt je neef, 'dan gaat het vanzelf over volgens mijn dokter, ik merk ook al dat de pijn minder wordt'. 'Wel heb ik ooit...!' denk je, 'dat hebben ze mij niet voorgesteld'. Bij de controle kaart je het aan bij de arts. Hij kent het fenomeen looptraining uit de vakliteratuur maar daar houdt het mee op: 'Ik heb er zelf geen ervaring mee en zou u ook niet door kunnen verwijzen. Hier in het ziekenhuis passen wij die therapie niet toe'.

Keuzes in de zorg. Wie maakt de keuzes, hoe komen ze tot stand? Daarover gaat het gesprek met Annemarie Mol, hoogleraar politieke filosofie aan de Universiteit van Twente

Hoe ziet een filosoof nu haar taak in het verbeteren van de gezondheidszorg?

Het buitenstaanders beeld van medische kennis en medische technieken is dat het een keurig mooi homogeen systeem is, waarin alle elementen op elkaar aan-

sluiten. Binnenstaanders weten dat dat beeld niet klopt. Mijn vraag is: hoe zit het dan wel? Wat voor fricties zitten er in de medische kennis en wanneer leidt dat tot botstingen en wanneer niet? Dat analyseer ik als onderzoeker.

Daarmee probeer ik de mythe van wetenschap-als-vast-gegeven te helpen doorbreken. In plaats daarvan laat ik keuzemomenten in kennis en techniek zien die uitgekristalliseerd zijn: ze zijn niet langer herkenbaar als keuzemoment, maar gestold in de vorm van een financieringsstructuur of een apparaat. Mijn taak is niet te zeggen hoe het allemaal moet, maar om te laten zien dat er in de wijze van financiering en wetenschap bedrijven keuzes ingebakken zijn over wat goede zorg is, welke aandoeeningen behandeling verdienen en welke niet, welke behandeling geïndiceerd is in een bepaald geval.

Voor wat betreft het hierboven genoemde voorbeeld: looptraining als behandeling van verstoppte beenbloedvaten wordt in Nederland maar weinig toegepast. Er zijn wel huisartsen die aan patiënten zeggen dat ze moeten lopen, maar er zijn slechts een stuk of wat trainers, die mensen bij deze vorm van zelfzorg ondersteunen. Terwijl wetenschappelijke trials laten zien dat de therapie, juist als er ondersteuning bij is, goed werkt. Hoe kan dat? Het is toch een goedkope therapie, want een beetje ondersteuning is zo duur niet. En er zijn alleen maar gunstige bijwerkingen (mensen komen er immers nog eens uit) en weinig risico's.

Wat zijn de mechanismen waardoor looptherapie buiten beeld blijft? Het

zijn er verschillende. Daarbij horen bijvoorbeeld *clinical trials* die, methodisch verantwoord, dat wel, alleen de voor- en nadelen onderzoeken van dotteren enerzijds en een *bypass* aanleggen anderzijds - als waren dat de enige behandelingen om mee te rekenen! Een heel andere oorzaak van het gebrek aan aandacht voor looptherapie is dat er geen beroepsgroep is die zegt: 'dat gaan wij nou eens doen'. Fysiotherapeuten zouden het kunnen, maar krijgen het niet vergoed. In die zin hebben kennis en geld met elkaar te maken, dat is een interessanter verbinding dan die van het cliché van de dokter die vanuit financieel eigenbelang nog maar eens operatietje extra doet.

Een nog weer ander punt is dat allerlei goede effecten van looptherapie, zoals dat mensen weer meer initiatief gaan tonen en de deur uitkomen, niet passen in de *clinical trials* die voor vaatvernauwing gebruikelijk zijn. Daar gebruikt men andere uitkomstparameters. En een academisch onderzoeker die zulke parameters niet vooropstelt kan het ook wel vergeten om in een gerenommeerd tijdschrift te publiceren. Wat wel weer nodig is om financiering voor nieuwe onderzoek te krijgen.

Het is nog steeds zo dat je als patiënt afhankelijk bent van keuzes van anderen, het gezondheidszorgsysteem, of het beleid van een instelling. En dat, terwijl de patiëntenbeweging juist zo pleit voor individuele keuzemogelijkheden voor patiënten! ?

Er is veel aandacht geweest voor de individuele keuzes van patiënten. Daar heb ik niets tegen, maar dat is niet waar de grootste verbeteringen van de zorg van te verwachten zijn. De specifieke dingen waarover je als patiënt kunt kiezen zijn immers maar kleine zaken verzeleken met het hele lange traject van keuzes die al gemaakt zijn en nog gemaakt worden. Een voorbeeld: als zwangere vrouw mag je, tenminste als er geen complicaties zijn, kiezen waar je wilt bevallen. Dat is prachtig, maar je

kunt maar uit twee scenario's kiezen: thuis of poliklinisch. Die twee scenario's zijn de resultante van een lang kristallisatieproces, terwijl er ook andere opties te bedenken zijn.

De andere kant van het verhaal is, dat eindeloze pluriformiteit niet mogelijk is. Ik pleit er niet voor om er nog een lange lijst van individuele keuzemogelijkheden bij te maken. We moeten met z'n allen bepalen of de produkten die op de zogenaamde gezondheidsmarkt komen ook degene zijn die we willen.

Het beeld dat dokters alleen maar redeneren vanuit het lichaam, is niet waar.

Het individuele perspectief neemt de collectieve keuzes voor gegeven aan. En daar zit een leemte. Temeer daar er, zoals het nu gaat, vanuit het ideaal van de individuele keuzes ook collectieve keuzes kunnen verdwijnen. Zo is het in Nederland nog steeds mogelijk om thuis te bevallen. Maar doordat er steeds meer vrouwen de individuele keuze maken om poliklinisch in het ziekenhuis te bevallen, dreigt de mogelijkheid om thuis te bevallen in de toekomst te verdwijnen.

In plaats van almaar alle aandacht te besteden aan de keuzerechten van individuele patienten, zouden we volgens mij dan ook meer moeten discussiëren over welke keuzes we willen, welke alternatieven wenselijk zijn.

Bovendien is het zo dat er een risico bestaat dat we de individuele keuze zo heilig verklaren dat het er vervolgens niet meer over gaat waarom, ieder van ons, welke keuze zou maken, welke overwegingen en gevoelens we daarbij zouden kunnen hebben. Dat kan beter.. We moeten elkaar met al die moeilijke keuzes helpen, elkaar repertoires aanreiken van waaruit we keuzes kunnen maken. Het is belangrijk om de discussie over wat eigenlijk goede zorg is, en wat het goede leven is, open te breken, steeds te blijven voeren. En dat trouwens ook weer niet alleen onderling, als het ware onder zieken, of potentieel zieken. Maar ook in bredere, beleidsmatige en professionele discussies over en in de gezondheidszorg.

Hoe ziet u dat voor u?

Het is belangrijk om de dagelijkse rea-

liteit van het leven met ziekten in te brengen in de discussie. Die zou een veel belangrijker plaats moeten innemen in alle mogelijke beleidsbeslissingen, en bij trials, en ga zo maar door.. Lange tijd bestond de belangrijkste inbreng van de sociale wetenschappen in de gezondheidszorg eruit dat ze aandacht vestigden op belevingsaspecten. Dat is belangrijk..

Maar daar gaat het mij niet primair om; ik denk niet in de eerste plaats aan psychologische maar aan praktische zaken. Die horen bij wat het is om ziek te zijn: wat kun je wel en niet doen? Waar kun je komen? Kun je de trap op en hoe? Zijn er kleine hulpmiddelen waarmee je het wel of niet kunt doen? Als er twee geneesmiddelen zijn met als belangrijkste verschil dat je de ene vier keer per dag moet innemen en de andere maar een keer, dan is het relevant om mee te wegen dat een keer slikken gewoon makkelijker is in te passen in de rest van het leven dan vier keer!.

Zou de medische stand hier wel voor open staan?

Er is een cliché dat artsen labwaarden en geneesmiddelen almaar belangrijker vinden en dat zij alleen nog maar in nulletjes en eentjes denken. Daar kun je wel voorbeelden van vinden, maar het is niet in het algemeen waar. En ik houd er wel van om juist op zoek te gaan naar plekken waar het helemaal niet zo is.

Euthanasie is een voorbeeld van een discussie die eigenlijk redelijk inhoudelijk gevoerd wordt

Er is een oude traditie in de geneeskunde, de klinische traditie, die niet meet, maar praat en kijkt en tast.. En die bestaat nog steeds. Het eerste waar een arts op afgaat is nog steeds het verhaal van de patient.. Er zit een spanning in de geneeskunde: gaat het om het lichaam of om het leven van patienten? Een van de interessante bevindingen bij mijn onderzoek naar verstopte beenbloedvaten was dat de vaatchirurgen zeggen: 'We opereren niet als de patiënt er niets mee opschiet.. Als iemand erg oud is en eigenlijk helemaal niet verder wil lopen dan honderd meter, maar van zijn kinderen naar de dokter moest, dan moet je

niet gaan snijden!.

Het beeld dat dokters alleen maar redeneren vanuit het lichaam, is niet waar.. Maar het moet ook niet waar gaan worden. Dus is het belangrijk om in de verdere vormgeving van de organisatie van de gezondheidszorg en van de medische kennis na te gaan hoe dingen in het dagelijks leven uitwerken. Dat is belangrijker dan iedereen individueel te laten kiezen.

Niet dat we niet onderling verschillen. Ik heb een ander leven dan jullie en we zullen ook vast vaak andere dingen willen. En hoe die verschillen precies recht te doen, dat weet ik niet, dat kan veel beter dan het nu gebeurt.. Maar ook dat komt niet vanzelf tevoorschijn in de huidige gefragmenteerde situatie, waarbij iedereen in de spreekkamer komt en iets anders wil..

Is het wel zo dat iedereen wil kiezen? Gaat het niet met name om hoger opgeleiden, terwijl veel mensen een heilig ontzag voor de arts hebben en zeggen, dokter zegt u het maar?

Dat is zo; bij een heleboel dingen hoeven mensen ook niet te kiezen, en dat moet je ook serieus nemen. Maar tegelijkertijd correleert dat niet op een eenvoudige manier met opleiding. Er zijn keuzes waarvan het echt geen vooruitgang is als je die zelf moet maken, hoe hoog opgeleid je ook bent - bijvoorbeeld kiezen of je veel te vroeg geboren baby nu wel of niet behandeld moet worden - daar zou je nee op moeten kunnen zeggen als je dat niet wilt, maar soms moeten de artsen dat nee ook op hun schouders nemen, als het ondraaglijk is het zelf te doen.

Maar bij allerlei wat minder zware zaken, gaat het er vooral om op welke manier ze worden aangeboden. Stel, je zou in een aantal gevallen mensen zelf tussen looptherapie en dotteren willen laten kiezen. De vraag is dan wat die mensen allemaal nodig hebben om zo'n keus te maken. Wat moeten ze weten over hoe ze gaan, die therapieën, en over wat er van te verwachten valt.. Heel alledaags en praktisch.

Je bedoelt, dat wanneer het perspectief van het dagelijks leven zou worden geïntegreerd in informatie die artsen geven, dat mensen dan wel keuzes kunnen maken.. Want dan gaat het ook over concrete dingen?

Ja, je moet geen bloedvat tekenen en vragen: wilt u daar een bypass omheen of een draadje door of wilt u liever lopen? Zegt u het maar, dokter.. Maar er zijn wel betere mogelijkheden te ver-

zinnen, zoals voorlichtingsvideo's met daarop interviews met mensen die een dergelijke ingreep al gehad hebben of die al maanden wandelen. En die vertellen wat het in het dagelijks leven betekent.. Dat is beter dan het opgeven, vanuit het idee dat mensen die keuze niet kunnen maken. Denk dan maar na over hoe het wel kan.

Maar wiens dagelijks leven neem je als norm? Je zegt het zelf al: jouw dagelijks leven is anders dan dat van ons. Hoe kun je het dagelijks leven van individuen collectief maken?

Door het er onderling over te hebben wat we goede keuzes vinden. Dat gebeurt bijvoorbeeld onder artsen, zij doen tijdens hun werk inzichten op over wat goede levens zijn: 'Bij die mevrouw ging het zo, dat hadden we achteraf gezien niet moeten doen'. Of: 'Dat was eigenlijk wel geslaagd!' Artsen voeren op hun besprekingen allerlei inhoudelijke discussies over of ze een bepaalde behandeling wel of niet moeten doen en daar komen, zonder dat dat zo heet, allerlei overwegingen over het goede leven aan te pas. En die discussies zou ik graag publiekelijk willen voeren.

***Ik zou graag willen dat we
steeds blijven vragen:
waarom, in naam waarvan,
willen we zorg?***

Op sommige terreinen zie je dat wel gebeuren. Euthanasie is typisch zo'n voorbeeld van een discussie die in Nederland eigenlijk redelijk inhoudelijk gevoerd wordt.. Het gaat er in die discussie onder andere over welk soort lijden wij nu eigenlijk wel of niet aanvaardbaar vinden. En dat gaat ook best goed. In landen zoals Amerika kan men zich niet voorstellen dat in Nederland euthanasie mogelijk is. Men heeft voor een deel niet door dat wij hier een doorlopende discussie hebben, op verjaardagsfeestjes en in het NRC-Handelsblad, over lijden en wanneer dat wel en niet draaglijk is. De buurvrouwloddel: 'Ja, maar dat met Ome Piet wens je ook niemand toe', dat is heel belangrijk volgens mij. Er wordt veel afgegeven op de klaagverhalen en het vele praten over ziekte, maar één van de positieve kanten die dat heeft, is dat het gedeelde

verhalen creëert over wat voor soort lijden eigenlijk acceptabel is. En het is ook een manier waarop we elkaar kunnen corrigeren.

Zo'n discussie over versterving bijvoorbeeld, is heel belangrijk, los van het standpunt dat ik daar nu over heb, vind ik de discussie van belang. Dat daar heel verschillende mensen aan deelnemen, met uiteenlopende standpunten, waar anderen zich dan weer tegen kunnen afzetten en of aan spiegelen. Dat er een ruimte bestaat waarin we ons ten opzichte van anderen verantwoord kunnen opstellen. En die moet vooral ook op straat gevoerd worden. En ook over de minder dramatische zaken. Ik zou graag willen dat we steeds blijven vragen: waarom, in naam waarvan, willen we zorg? Als ziekenhuizen beslissen of zij een bepaalde behandeling gaan geven, op welke manier houden ze dan rekening met de kwaliteit van leven van de betrokken patienten? En hoe is dat bij het opzetten van een clinical trial? Of het bedenken van een nieuw financieringssysteem? Het geldt wanneer er allerlei inhoudelijke en organisatorische beslissingen genomen moeten worden. Op het moment dat keuzes collectief gemaakt worden, moet in de discussie meewegen, wat de ziekte in het dagelijks leven van de patiënt betekent..

Anne Marie Vaalburg is projectmedewerker Vraaggerichte Zorg bij de Nederlandse Patiënten/Cliënten Federatie. Lea Jabaaij is onderzoekster bij het Trimbosinstituut.

BELEIDSONDERNEMERS IN GEZONDE STEDEN

Marleen Goumans, Evelyne de Leeuw

Gemeenten zijn druk op zoek naar houvast voor het formuleren van gezondheidsbeleid. Menig artikel of rapport hierover behandelt de knelpunten en barrières die dit beleidsproces hinderen. In dit artikel zal de aandacht daar dan ook niet naar uitgaan. De nadruk in dit artikel ligt op de mogelijkheden voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Hierbij zal geïllustreerd worden welke rol maatschappelijk ondernemers kunnen spelen in het beleidsproces. Wij doen dit vanuit kennis over de vorming van gezondheidsbeleid in Gezonde Steden. Gezonde Steden zijn geen steden met een bepaalde gezondheidstoestand, het zijn steden die werken aan gezondheid vanuit een kansbenadering. Dat wil zeggen, ze investeren in de leefomgeving en sociale omgeving van burgers met als doel hen te helpen bij het werken aan hun gezondheid.

Het van de grond tillen van beleid is eerder een kwestie van de juiste mensen dan van de juiste structuur. Dit is een van de uitgangspunten van maatschappelijk ondernemerschap gericht op veranderingen. Om bestaand beleid te veranderen of nieuw beleid te ontwikkelen, zoals lokaal gezondheidsbeleid, zijn individuen nodig die (politieke) aandacht voor onderwerpen trekken. Zij worden ook wel maatschappelijk ondernemer ('social entrepreneur') en beleidsondernemer genoemd. Hoe dan ook staat vast dat zij een vergelijkbare rol vervullen als de ondernemers in het bedrijfsleven. Zij investeren tijd, energie, reputatie en geld om een bepaalde positie of onderwerp te verdedigen of aan te bevelen. Waarom doen zij dit? Omdat zij denken dat het winstgevend is, bijvoorbeeld in termen van eigenbelang. Maar ook omdat ze van mening zijn dat dit het algemeen belang dient of omdat zij zelf het onderwerp zo belangrijk vinden. Of zij identificeren zich met de uitgangspunten die aan een onderwerp ten grondslag liggen, zoals bij Gezonde Steden beleid de samenwerking tussen organisaties, burgers en overheid.

INHOUDSDESKUNDIG

Maatschappelijk ondernemers kunnen overal in een organisatie zitten, maar zijn tenminste inhoudsdeskundig of kunnen namens een groep mensen spreken. Ze hebben goede politieke vaardigheden, een groot netwerk, het zijn

onderhandelaars en ze zijn volhardend. Kenmerkend is ook dat ze vooruit kijken, ze schuiven ideeën naar voren en maken daar een publiek warm voor. Zij hebben inzicht in de lokale situatie, de actoren en hun agenda's. Hoewel ze voor een bepaald idee staan, zien zij zichzelf niet als leider maar veeleer als 'coach' van een (veranderings)proces. Welke bijdrage leveren deze inzichten uit het maatschappelijk ondernemerschap aan de vorming van gemeentelijk gezondheidsbeleid? Het geeft ambtenaren inzicht in hoe het beleidsproces te beïnvloeden. Niet iedereen is een maatschappelijk ondernemer, maar bijna iedereen is capabel om zich een of enige elementen van het maatschappelijk ondernemerschap eigen te maken. Daarnaast kan iedereen anderen, die wel de eigenschappen van een ondernemer bezitten, deze eigenschappen ondersteunen.

INTEGRAAL

Uit onderzoek naar de vorming van gezondheidsbeleid in 'Gezonde Steden', blijkt dat dit beleidsproces gediend is met maatschappelijk ondernemers (Goumans, in publicatie). Dit heeft onder meer te maken met de benadering van gezondheid en de principes en methoden die de basis vormen van dit zogenaamde Gezonde Steden beleid.

Als belangrijkste gezondheidsbepalende factoren zien Gezonde Steden de sociale en fysieke omgeving, de biologische status, leefstijl van mensen en het

gezondheidszorgsysteem. Vanuit deze factoren, en dus vanuit diverse sectoren, werken zij aan gezondheidsbevordering. Zo kan een stad de gezondheid van haar inwoners bevorderen vanuit bijvoorbeeld wonen, werkgelegenheid, verkeer, harde infrastructuur of sociale infrastructuur. Samenwerking, een integrale beleidsvoering en een intersectorale benadering zijn daarmee kenmerkend voor beleidsontwikkeling binnen Gezonde Steden. Gezonde Steden spreken daarom over een gezond overheidsbeleid, een 'healthy public policy'. Aan dit beleid ligt een systeembenadering ten grondslag. Dit houdt in dat beslissingen en activiteiten die een bepaalde beleidssector (onder)neemt consequenties hebben niet alleen binnen die sector maar ook daarbuiten. Gezonde Steden leveren het inzicht dat ook activiteiten op andere terreinen dan de gezondheidszorg (als neveneffecten) gezondheidswinst en -verlies veroorzaken. Door alle overheidsbeleid 'gezond' te houden is een Gezonde Stad, waarin de gezondheidsverschillen tussen inwoners verkleinen, het resultaat..

Ook is Gezonde Steden beleid gebaseerd op een analyse van (de behoeften uit) de lokale situatie. De burgers zelf spelen een grote rol in de vorming en uitvoering van beleid. Belangrijk is dat gemeentelijke politici dit type beleidsontwikkeling ondersteunen. Met name portefeuillehouders volksgezondheid hebben een belangrijke taak in het communicatieproces naar hun collega's. Zij kunnen aangeven wat de relatie is tussen de inhoud van de verschillende portefeuilles en gezondheid. En laten zien dat door een gezamenlijke aanpak van bijvoorbeeld drugsproblematiek, niet alleen de (openbare geestelijke) volksgezondheid, maar ook openbare orde, wonen, welzijn en economische aspecten aan bod komen en dus inbreng vanuit deze sectoren nodig is.

AGENDABOUW

Het werken via projecten is een goede manier om te illustreren wat de moge-

Kader 1: Wat zijn Gezonde Steden?

Een Gezonde Stad is niet een stad met een bepaalde gezondheidsstatus. Het is een stad die de gezondheid van haar inwoners wil bevorderen tot datgene wat haalbaar is voor deze inwoners. Daarom investeert een Gezonde Stad in het maken en verbeteren van fysieke en sociale omgevingen die bijdragen aan gezondheid. Ook ondersteunt ze haar inwoners door middelen te verstrekken die hen in staat stellen om elkaar te ondersteunen, hun leven optimaal te benutten en zichzelf lichamelijk, fysiek en sociaal zo volledig mogelijk te ontwikkelen.

Het WHO Healthy Cities Project startte in 1987. In 1997 zijn er 36 projectsteden aangesloten. Deze steden hebben als opdracht meegekregen om ook in hun eigen land het idee van 'Gezonde Steden' verder te verspreiden. Dit resulteerde in 26 nationale netwerken. In Nederland bestaat sinds 1987 een nationaal netwerk Gezonde Steden. Het Netwerk Gezonde Steden in Nederland is een platform van gemeenten voor het ondersteunen, ontwikkelen en implementeren van innovatief lokaal gezondheidsbeleid. Per 1 januari 1995 is het Netwerk, dat sinds 1987 bestond als informeel netwerk, geformaliseerd en ondergebracht bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). In 1997 telt het netwerk 23 leden, dit zijn: Alkmaar, Almelo, Amsterdam, Arnhem, Breda, Dordrecht, Eindhoven, Groningen, Haarlem, Heerlen, Hoogeveen, Leeuwarden, Maastricht, Nieuwegein, Nijmegen, Rotterdam, Sneek, Tilburg, Utrecht, Zwolle, Utrecht, Zaanstad.

De leden van het netwerk zijn actief met diverse onderwerpen en ideeën uit Gezonde Steden, bijvoorbeeld op het terrein van (nieuw)bouw en gezondheid, sociaal-economische gezondheidsverschillen, OGGZ, wijkgericht werken, ontwikkelen van een beleidsvisie op gezondheid, ontwikkelen van een Beleidsnota Volksgezondheid, jeugdbeleid, koppeling tussen gezondheid en 'Grote Steden' beleid. Daarnaast wordt het netwerk gevoed door themagerichte bijeenkomsten, informatie-uitwisseling, nieuwsbrieven, symposia en congressen en ontvangen leden vanuit de VNG ondersteuning en advies.

lijkheden en meerwaarde zijn van Gezonde Steden beleid. Concrete voorbeelden zijn nodig om ervaring op te doen, resultaten te laten zien en zodoende de 'input' voor beleid te ontwikkelen. Om politici in beweging te krijgen voor gezondheid moeten concrete resultaten zijn geboekt. Maar op een gegeven moment komt er een fase waarin een kader nodig is om de opgedane ervaring met projecten niet te verliezen. Beleid en een visie die aan het beleid ten grondslag ligt, bieden een dergelijk kader.

Om projecten bewust onderdeel te laten zijn van beleid is politieke aandacht nodig. Met name wanneer diverse onderwerpen met elkaar concurreren voor politieke aandacht spelen maatschappelijk ondernemers een belangrijke rol. Dit wordt ook wel de fase van agenda-bouw genoemd. Gedurende die fase, en ook in de periode daarvoor, moet een zo groot mogelijk deel van het beleidsnetwerk (ofwel de betrokken beleidspersonen) gevoelig worden voor het onderwerp, in dit geval gezondheid. De bij het beleid betrokken personen en organisaties dienen niet alleen een idee te krijgen van wat het project inhoudt, maar meer nog hoe het relateert aan hun eigen doelstellingen en werkwijze. En wanneer het gaat om gezondheidsbeleid, moet duidelijk worden op welke manier en waarom zij daarmee te maken hebben. Waarom

zouden ze erbij betrokken raken? Wat hebben ze hiermee te winnen?

DE WERKWIJZE

De beleidsondernemer tracht op verschillende manieren het lokale beleidsnetwerk te bewerken zodat ze interesse gaat tonen in gezondheid. Bijvoorbeeld, de ondernemer zoekt naar de relatie tussen onderwerpen die al belangstelling genieten van de politiek, bestaand beleid of actuele problematiek en de on-

derwerpen die zij zelf belangrijk vinden, zoals gezondheid in steden.

Voor zover de ondernemers dit nog niet hebben, maken ze een overzicht van de actoren die bij gezondheidsbeleid betrokken (zouden kunnen) zijn. Dit doen ze via een netwerkanalyse. Ook willen ze deze actoren leren kennen. Met andere woorden ze willen weten wat deze actoren doen, met welke frequentie en onder welke condities, op grond van welke motivatie en achtergrond, met welke doelen, methoden en agenda. Daarna is het zaak de actoren gevoelig te maken voor gezondheidsactiviteiten en -beleid. Dit doen maatschappelijk ondernemers door vooral procesmatig te werk te gaan volgens de volgende twee regels:

1. Zorg dat je erbij bent en dat men jou kent.
2. Als je ze niet kunt verslaan of overtuigen, sluit je dan bij hen aan (If you cannot beat them, join them').

Over het algemeen bieden onstabiele situaties of een crisis goede mogelijkheden om iets naar voren te schuiven en daar serieuze aandacht voor te krijgen. Zo zijn ook de maanden voor een verkiezingsperiode en de eerste maanden daarna momenten waarin er gevoeligheid is voor nieuwe onderwerpen. Dit vraagt dus om goede timing, en dat is precies waar beleidsondernemers goed in zijn. Zij opereren zoals surfers, die wachten op een goede golf. Ondernemers wachten op hun kans, op een klimaat dat klaar en gevoelig is voor de noodzaak van gezondheidsbeleid. Maar zij proberen dit klimaat natuurlijk wel in hun voordeel te beïnvloeden. Door

Kader 2: Knelpunten en succesfactoren voor de ontwikkeling van gezondheidsbeleid

Knelpunten:

1. Tijdspectief van gestelde doelen niet reëel.
2. Onduidelijke rol van gezondheidsprojecten in relatie tot lange termijn doelstellingen.
3. Ontbreken van visie.
4. Partners die nodig zijn bij de implementatie van beleid ontbreken bij beleidsontwikkeling.
5. Alleen vanuit gezondheidspectief redeneren.

Succesfactoren:

1. Zoeken naar gezondheidsdimensies bij onderwerpen die deel uitmaken van de politieke en organisationele agenda's.
2. Inzicht hebben in het lokale beleidsnetwerk en deze actoren van meet af aan, dat wil zeggen bij de beleidsontwikkeling en het schrijven van een plan, betrekken.
3. Visie-ontwikkeling op strategisch en politiek vlak.
4. Projecten gebruiken als testinstrument of ontwikkelingsinstrument.
5. Het hebben van maatschappelijk ondernemers met sterk ontwikkelde sociale en politieke vaardigheden.

op congressen te spreken en zichzelf uit te nodigen bij bijeenkomsten als ze niet zijn gevraagd. Door op zoek te gaan naar spraakmakende en tot de verbeelding sprekende voorbeelden. Deze voorbeelden kunnen buiten de eigen gemeente liggen of zelfs buiten Nederland. Inbreng van een buiten-gemeentelijk voorbeeld is immers over het algemeen niet bedreigend. Bijzonder is ook dat zij niet alleen met professionele (gezondheids)argumenten werken, maar ook met politieke argumenten en de media.

VOORWAARDEN

De ervaring leert dat de eerste ondersteuning voor gezondheidsbeleid van individuen komt. De truc is om deze persoon, of het nu een politicus, ambtenaar of manager is, uit te dagen deze ondersteuning te verbreden naar een groter publiek en dus minder afhankelijk te maken van individuen. Want uiteindelijk zijn er om de vier jaar gemeenteraadsverkiezingen, zoeken getalenteerde managers steeds weer nieuwe uitdagingen en is de energie van een ondernemer op een gegeven moment ook uitgeput. Het vinden van deze ondersteuning kost tijd, zeker wanneer het niet gaat om beleid of activiteiten voor acute problemen zoals het geval is bij gezondheidsbevordering en Gezonde Steden beleid.

Niet alleen tijd is een voorwaarde voor beleidsontwikkeling. Maar ook het spreken in begrijpelijke taal, dus geen jargon of wetenschappelijk taalgebruik.

Voorts is het belangrijk te realiseren dat beleidsvorming begint met dingen doen. Een beleidsnota is voor een groot deel een weerslag van zaken die al gebeuren maar nu met een blik op de toekomst.

Daarnaast is het van belang dat beleidsmakers beseffen dat hoewel een goede gezondheid een algemeen belang dient, het voor veel organisaties en diensten geen specifiek doel is. Velen van hen hebben geen traditie in het gezondheidsveld. Meewerken aan de ontwikkeling van gezondheidsbeleid is dan geen vanzelfsprekendheid, hoogstens een sociale verplichting. In de benadering van deze actoren moet de beleidsmakers daar rekening mee houden. Eerst moet hij of zij zicht hebben op wie deze actoren zijn, wat ze willen en waar ze voor staan. Daarna zoekt de beleidsmaker naar de gezondheidsaspecten die verborgen zitten in de onderwerpen die bij deze actoren op de agenda staan. En laat de actoren

voorbeelden zien en informeert hen in een taal die ze begrijpen. Door geduld, respect, creativiteit en doorzettingsvermogen probeert de ondernemer, in dit geval de beleidsmaker, deze actoren gevoelig te maken voor gezondheid.

START

Het hebben van een kartrekker, met communicatieve en politieke vaardigheden en kennis van netwerken is een eerste belangrijke voorwaarde. Het is niet noodzakelijk, maar wel handig, als deze entrepreneur een ambtenaar volksgezondheid van de GGD of gemeente is. Alhoewel de ambtenaar volksgezondheid de entrepreneur ook kan ondersteunen. Om het proces te starten kan de ambtenaar een startnotitie schrijven gebaseerd op de projecten die gerealiseerd zijn en de opgedane ervaringen. Zowel een analyse van de huidige situatie en ervaren problematiek als een toekomstvisie kunnen hier onderdeel van uitmaken. We schreven al eerder dat het behalen van concreet resultaat belangrijk is. Het is daarom slim om zowel te werken aan symptoombestrijding door korte termijn projecten als aan de dieperliggende oorzaak van een probleem.

Maar hoe dan ook, het is een hele klus. Daarom is het ontwikkelen van beleid en het uiteindelijk schrijven van een beleidsplan gebaat met het vroegtijdig betrekken van een intergemeentelijke groep, die representatief is voor het beleidsnetwerk. Voorbeelden hiervan zijn te vinden bij het integraal jeugdbeleid. Daar zijn lessen geleerd die inzetbaar zijn bij gezondheidsbeleid.

Waarom is deze samenwerking zo belangrijk? Omdat gezondheid dwars door de muren van organisaties en sectoren gaat. Tegelijkertijd geldt dat gezondheid een algemeen doel is, maar geen specifiek doel van veel bedrijven of organisaties. Door de diverse partners vanaf het begin erbij te betrekken en hen niet achteraf, als er bijvoorbeeld al een nota is geschreven, om commentaar te vragen, wordt al vanaf de start gewerkt aan het creëren van 'commitment'. De kunst is om deze partners er vanaf het begin bij te krijgen en te houden, en daarin zit nou precies de toegevoegde waarde van een maatschappelijk ondernemer.

Marleen Goumans is adviseur van het project 'gezond lokaal beleid' van de VNG.

Evelyne de Leeuw is universitair docent

van de vakgroep GVO van de Universiteit Maastricht, en hoofd van het WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities.



e o l u m n

DE MENS ALS STREEPJESCODE



Zo'n proces gaat sluipend. Tot je het steeds beter herkent als iets benoembaars. Net zoals je een plantje voor het eerst schijnt te zien (en dan ook overal) wanneer je de naam eenmaal hebt gehoord. Het proces hier heet 'geneticalisering': de ontwikkeling van een mensbeeld waarin mensen voornamelijk als producten van hun erfelijke aanleg worden gezien.

Na de pomp, het uurwerk, de stoommachine en de elektrische schakeling is nu het programma de metafoor voor de mens aan het worden ~ en dat kan in het computertijdperk nauwelijks toevallig zijn.

De erfelijke code van het DNA is, zo gelooft men, in hoge mate bepalend voor de levensloop. Niet alleen de kleur van je ogen is daar gecodeerd, maar ook intelligentie, seksuele geaardheid, crimineel en afwijkend gedrag, gezondheid, levensverwachting.

Als er iets mis is met je erfelijk materiaal, dan zul je zeker ziek worden. Van steeds meer ziekten wordt vastgesteld dat ze erfelijk 'bepaald' zijn. Vroeger was het voorbeeld de bloederziekte, maar nu zijn ze niet meer te tellen: stofwisselingsziekten, kanker, ziekte van Alzheimer, hart- en vaatziekten worden erfelijk verklaard, zeker door het gemedicaliseerde publiek. 'Alles ligt vast in onze genen,' wordt al zonder blikken of blozen gezegd in televisieprogramma's over erfelijke ziekten, ook in de betere. Want monocausale verklaringen van ellende zijn en blijven populair..

De deterministische mensvisie speelt ook een rol bij de toepassing van genetische kennis. Er rijzen daar ethische dilemma's ~ voor de geleerden interessant, maar voor de betrokkenen vaak verschrikkelijk.. Neem de presymptomatische diagnostiek: de afwijking wordt gediagnosticeerd, maar de symptomen komen later ~ misschien pas na tientallen jaren. Er is geen klacht en toch is er misschien een therapie nodig. De term 'preventieve amputatie' in verband met erfelijke borst- en eierstokkanker draagt deze tragiek met zich mee.

De voorspellende diagnostiek leidt ook tot beroepsethische dilemma's. Wat moet de erfelijkheidvoorlichter met een moeder (of nog erger: een vader) die abortus wil omdat het kind twintig procent kans heeft op een handicap in de tweede levenshelft? 'Neutraal blijven? Nee, zou je zeggen. Toch is neutraliteit het weloverwogen centrale ideaal van de erfelijkheidvoorlichters (en onderzoek schijnt aan te tonen dat zo iets zelfs lukt).

Ander dilemma: mag je de familie, die volgens jouw genetische schema's wellicht 'drager' is, hun onwetendheid ontnemen en in een medisch geregeerd (en onverzekerbaar!) leven duwen? Met welk recht en tot welk doel, en wat zijn daarbij de kwantitatieve normen voor aanvaardbare risico's? Duivelse vragen. Wat is de balans van opgeheven leed en nieuw veroorzaakt leed? Moeten we die gifige appel aan de boom der Dennis niet liever laten hangen?

De genetische verklaring van ziekte vertegenwoordigt in optima forma een medisch denkmodel. Precies waar bedachtzame mensen hun vraagtekens zetten bij de claims van de geneeskunde, zet de genetica haar uitroeptekens:

– de diagnostische categorieën, waarin de veronderstelling besloten ligt dat ziektes als het ware buiten het mensenleven om

bestaan, iemand kunnen bezoeken en dan vergelijkbare klachten bezorgen aan wie het ook betreft;

~ het idee dat ziektes voorspelbare gevolgen zijn van het een of ander en te voorkomen zijn;

– de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid die daarbij in ieders schoenen wordt geschoven;

– het geloof dat in principe, als we maar genoeg weten, alle ziekten te genezen zijn;

– de onbeholpen houding tegenover de dood: doodgaan op zich lijkt als slecht te worden gezien (er wordt dan ook ijverig gezocht naar het 'doodsgen').

Kortom, al die verborgen uitgangspunten waar je zo'n hekel aan kunt krijgen in de geneeskunde, maar waarvan je ook profiteert omdat ze ~ of ze nu juist of onjuist zijn ~ vaak genoeg tot therapeutische successen schijnen te leiden.

De geneticalisering is een verscherping van de medicalisering. De culturele weerspiegeling van medicalisering zie je in de fitnessidealen en het gezondheidsmoralisme, in de medische denkmodellen in andere wetenschappen, in de maatschappelijke status van artsen. Deze medische infiltratie in keuken, kraambed, relatie en sport wordt in de geneticalisering herhaald en verscherpt..

Zo wordt de ontsluiting van het menselijk genoom gepresenteerd als een historische onderneming, vergelijkbaar met de ontdekkingsreizen. Het Eldorado van de gezonde genen ligt op ons te wachten. Onze nakomelingen zullen dan in aanleg zuiver zijn. Een gezond stel genen is het doel, een superieur nageslacht van mensen zonder aangeboren ziekte en lichaamsgebrek ...

Defecten worden niet alleen onverzekerbaar, maar ook verwerpelij. Juist wanneer de wetenschap het idee van de inferieure rassen begint te verlaten, komt een nieuw en even onverkwikkelijke typering te voorschijn in de mutant, die ziek is en ziekte doorgeeft.

Het genetische denkmodel valt in goede aarde. De plastic databankjes in onze portefeuille, de blauwdrukken en de protocollen ~ ze zij allemaal in zekere zin te vergelijken met de genetische codering. We gaan erin geloven en worden er afhankelijk van. De mens wordt zelf een streepjescode.

Net als bij medicalisering is het natuurlijk naïef om daarvan de schuld in de schoenen van de wetenschap te schuiven. De genetica kan het ook niet helpen dat ze zo bekoorlijk is. Niet alleen zijn de verhalen van de pioniers, Mendel, Darwin, Watson en Crick, zo spannend als sommige boeken uit je kindertijd. Het is natuurlijk ook bevredigend, dat de genetica zulke goede verklaringen geeft van allerlei raadsels van de menselijke ontwikkeling. De genetica is eigenlijk een moderne scheppingsmythe. Ergens is het wel troostrijk om je lot te zien als een gegevenheid of een buitengebeuren: 'Alles ligt in Genoems hand.'

Zou het leven echt een biochemisch aftreksel zijn? En zelfs als het zo was, worden we er echt gelukkiger van om het zo te zien? Er is veel voor te zeggen om je kop in het zand te steken. En nog meer om je met alle macht te verzetten tegen zo'n mensbeeld.

Hans Tenwolde

Brief uit Nicaragua

Je komt ze overal tegen: kinderen met klompvoetjes. Een van de vele verwaarloosde gezondheidsproblemen in Nicaragua. Wat betekent het om een kind met een klompvoet te hebben? Als ouder moet je 1 á 2 jaar om de 14 dagen met je kind de berg afdalen, bussen bestijgen om na uren gereisd te hebben in het ziekenhuis aan te landen. Elke 2 weken gips verwisselen en vaak nog een operatie ook. Een langdurige behandeling die om velerlei redenen (geld gebrek, nieuwe baby, oogsttijd enz.) vaak niet tot het eind volgehouden wordt. En niet volhouden betekent geen resultaat. Zie jij je al 1 á 2 jaar lang om de twee weken van Groningen naar Maastricht reizen met je kind? Dat is ook 4 uur heen en 4 uur terug. Zullen ze op je werk blij mee zijn. Ons revalidatieteam hier in Condega ondervangt dit probleem en reist naar de ouders af om ze thuis van nieuw gips te voorzien: 'Blote voeten fysiotherapeuten'.

Je komt ze overal tegen: Westerse weldoeners met instant acties en oplossingen. In juni jongstleden opereerde een soort 'flying doctorsteam' uit de VS, 20 klompvoetjes van 12 van onze kinderen. Geweldig werk leverden ze af. Deze doktoren, voor een week overgewaaid uit hun supermoderne ziekenhuis, hebben geen idee wat ze zeggen als ze de opdracht geven: '6 weken gips en dan een beugel'. Geen idee hebben ze hoe de mensen hier wonen, ver weg in half gammele huisjes, onverharde vloer. Moeders moet 15 minuten lopen voor water en voor de was, en kind mag niet op de vloer kruipen natuurlijk. Regentijd, varkens, kippen en honden gezellig tezamen in het huis, geen gunstige omstandigheden om het gips schoon en hard te houden. De artsen hebben verder geen flauw idee dat beugels geld kosten hier en dat de ouders dat niet hebben, dat kinderen veelal op blote voeten lopen en de beugel dus misschien niet gaan dragen en dat zo'n zweterig ding op je lijf behoorlijk oncomfortabel zit. Niet overal bestaat air conditioning, zo ontdek ik hier.

De traditionele ziekteverklaringen zijn altijd beluisterenswaardig, omdat ze je inzicht geven in het lokale denken omtrent ziekte en gezondheid en je doen begrijpen waarom de mensen wel of niet, en hoe handelen. Klompvoeten (net als Qijvoorbeeld hazelip en open gehemelte) kan je kind krijgen als je als zwangere een blik werpt op van een maansverduistering. Je doet er dus goed aan om tijdens de zwangerschap een rode doek om je middel of rode kleding te dragen. Dit houdt de invloed tegen. Als je man er naast jou nog een geliefde op na houdt (een zeer gebruikelijk verschijnsel in deze machismo-cultuur) en jij bent zwanger, kan je door de geliefde van je man, uit jaloezie, behekst worden. Ze kan je een drankje aanbieden met een of ander brouwsel, of iets in je eten stoppen. Het kan ook nog indirecter: iedere maand dat je zwanger bent, draait het kind als gevolg van de beheksing, zich een beetje met de nek rondom de navelstreng. Het zal langzaam stikken. Je moet dus nooit tegen iemand zeggen hoelang je al zwanger bent of wanneer je denkt te gaan baren, dat kan tegen je gebruikt worden.

Of de oorzaak van de handicap nu de maan, beheksing of biomedisch van aard is, de revalidatieteams die ik aan het opzetten en begeleiden ben, hebben handen vol werk. Uren zijn we vaak onderweg om familie en kind te bezoeken. Laatst kwamen we na een rit van twee uur te paard, ergens aan het eind van de wereld aan. Daar had je ook gehandicapte kinderen. Nooit een dokter gezien, ze liggen, als gevolg van onwetendheid en machteloosheid van de ouders hun leven lang op een bed in de altijd donkere slaapruijme. De gemeenschap stond ons al op te wachten, gewapend met zaag, handboor, hamer. Want ze hadden onderhand al via de grote trom opgevangen 'dat zij van Los

Bipitos/mel. bekjes maken. Gezamenlijk onderzochten we het type, isje van drie jaar en bespraken we haar mogelijkheden. En toen gingen we aan de slag; meten, zagen, spijkeren, en naaien: binnen anderhalf uur zat het kind voor het eerst van haar leven in een voor hielal op maat gemaakte stoel om zich heen te kijken! Inde woonruimte cq keuken. Niet langer weggelegd, maar als onderdeel van het gezin en de gemeenschap. Kind blij, familie blijven timmermannen blij. Daar doe je het toch voor!


De mensen komen van heinde en verre. Ze nemen de moeite om uren te lopen en te bussen om dan hun gehandicapte kind in onze armen te leggen en te zeggen: 'Kunnen jullie iets voor ons doen?' Ze besteden daglonen om ons te bereiken en je kunt ze onmogelijk met lege handen naar huis sturen. Dit gegeven leidde tot (een van de vele) herbezinningen op mijn werk, mijn taak, mijn verantwoordelijkheid. Het team bestaat nu uit twee promotoras (mijn 'counterparts' zijn moeders van gehandicapten) en een doofstomme jongen die met mij, de familie en in de toekomst met de promotoras, al het timmer- en zaagwerk doet. Onze basiswerkzaamheden bestaan uit het doen van huisbezoeken hier in de bergen van de gemeente Condega, het evalueren van de gehandicapte kinderen, het met hulp van ouders en anderen vervaardigen van hulpmiddelen, zoveel mogelijk van in de omgeving aanwezig materiaal. Voorlichting geven, werken aan integratie en acceptatie van het betreffende kind op de school en in de gemeenschap. Zorgen voor onderzoeken, operaties en aanmeten van gespecialiseerde hulpmiddelen als spalken. Maar het gegeven dat het gehandicapte probleem zich niet beperkt tot de gemeentegrens van Condega en de vele verzoeken om hulp vanbuitenaf heeft mij er toe gedwongen om mijn werk uit te breiden. Ik ben bezig met het opzetten van twee andere revalidatieteams, en half mei start ik met het opzetten van nog drie andere teams. Dit in vijf verschillende plaatsen die hier tussen de 30 minuten en vier uur 'met de auto' rijden vandaan liggen.

Gelukkig hoef ik dit niet helemaal alleen te doen. Ik heb geld gevonden voor het aantrekken van een in Cuba opgeleide Nicaraguanse fysiotherapeut. Zij zal twee van de vijf nieuwe teams gaan opzetten. Ik zal haar hierin assisteren en superviseren. Het idee is natuurlijk dat deze fysiotherapeut in de toekomst, na mijn vertrek, de superviserende taak krijgt over al de dan functionerende revalidatie teams. De teams kunnen haar hulp inroepen en zij zal de grotere en moeilijkere adviezen omtrent bijv. operaties en rolstoelen geven. De teams beperken zich tothet werk binnen hun gemeentegrens. Zij worden verder bijgeschoold door deze fysiotherapeut.

Ik ben nog maar net begonnen met de uitvoering van deze 'droom' en ben mij bewust van de vele voetangels en obstakels. Wat te doen als de in mijn ogen veelbelovende fysiotherapeut met werken gaat stoppt of elders werk vindt? En als de promotoras niet goed functioneren of er mee stoppen? Wat te doen als nog meer mensen lucht krijgen van onze manier van werken? Deze week kwamen er nieuwe mensen naar Los Pipitos-Condega uit weer twee andere plaatsen die geografisch gezien liggen in het gebied waar ik nu ga werken. Wanneer houdt het een keer op?

Fondsen aanschrijven is ook een van mijn taken. Tot nu toe mazzelen wij enorms. Voor ons werk hier in de gemeente Condega hebben we een vette vis binnengehaald. Geld voor waardige salarissen, voor vervoer, voor workshops en materialen. Als het even mee zit voor de eerstkomende jaren.

Gonneke Rota



Het Binnenhofje

Matthé Ribbens

Als ik dit schrijf, zijn het niet alleen de herfstbladeren die vallen. Ook de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen slaan neer op vaderlandse bodem. Ze vormen - samen met de lijsten met kandidaten voor het kamerlidchap - de opmaat naar de verkiezingen van 1998. Tijd voor een balans van vier jaar Paars. Het gezegde 'een politicus denkt niet verder dan aan de volgende verkiezingen' lijkt nimmer zo waar als in dit laatste regeringsjaar. Verraste het kabinet ons -de kiezers- niet met louter goed nieuws? Iedereen kon en mocht delen in de economische groei, zo luidde de boodschap met Prinsjesdag. Fijn toch? Of is er opzet in het spel? Gelden er niet bepaalde -politicoologisch- wetmatigheden? In het middenveld doet de volgende vuistregel de ronde. Het eerste jaar, en ook het tweede jaar van een kabinet zijn het plezierigst voor alle betrokkenen: dan is de regering vol goede moed, en heeft grootse plannen om het regeerakkoord uit te voeren. Het derde jaar is het zwaarst: dan moet blijken wat het veld heeft bijgedragen aan het realiseren van deze plannen, en is de overheid niet te beroerd om desnoods met straffe hand een en ander af te dwingen. Het vierde jaar laat men dan de teugels vieren: de verkiezingen komen in zicht en dan is het wel zo prettig om voor het oog van de media -de informatieverstrekkers van de kiezers- nog wat goede daden te verrichten.

Als we de huidige minister van Volksgezondheid langs deze 'lineaal' leggen, wat leert ons dit van haar beleid?

De zomer van 1994 bracht Nederland voor het eerst sinds decennia een coalitieregering waarin de christendemocraten ontbraken. Het eerste feit dat Paars deed voor de Volksgezondheid zette de toon: er trad -zeer naar de wens van het veld- weer eens een heuse Minister voor Volksgezondheid aan, en wel een arts. Weliswaar was mevrouw Borst politiek gezien, met uitzondering van haar gemeentelijke politieke betrokkenheid bij de toen nog zeer jonge D66, een ongeschreven blad, maar in het veld genoot zij als vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, hoogleraar en oud-directeur van het AZU, zeker veel aanzien.

En dat was zeker nodig: er lagen een paar lastige dossiers op haar te wachten. Het dossier van de curatieve sector bijvoorbeeld. Het gerucht gaat dat bepaalde hoge ambtenaren van WVC het vertrek van staatssecretaris Simons hebben aangegrepen om de Commissie Biesheuvel nog eens schoon schip te laten maken met het specialistendossier. In een periode van 10 jaar was er elk jaar opnieuw sprake van budgetoverschrijdingen ondanks de systematische tariefsverlagingen van zo'n 50%. Daar moest een 'eind aan komen. Een minister die arts was zou bovendien het vereiste gezag bezitten om de maatregelen -nodig om de specialist met ziekenhuis (-budget) te verenigen- effectief uit te voeren. Zo nodig bij wet. Deze integratiewet waardoor het medisch-specialistisch bedrijf met het ziekenhuis kon versmelten, maakte deel uit van het regeerakkoord.

In datzelfde regeerakkoord stonden bij het hoofdstuk Volksgezondheid meer zaken die de agenda van mevrouw Borst zouden bepalen. Het no-regret-karakter van het beleid bijvoorbeeld. Met een paar zinnen werd afscheid genomen van de 'grand designs' a la Dekker en Simons. Small steps are beautiful.

Andere zaken die in het boodschappenmandje lagen: een convergentiewet voor particuliere en ziekenfondsverzekeraars. Die echter niet verwezenlijkt is, dankzij massieve druk van de verzekeraars. Paars bleek immers zeer gevoelig voor het argument van de geldbuidel. Bovendien wordt 90% van de zorg met premie geld gefinancierd en daardoor is de overheid voor haar beleid erg afhankelijk van de goede wil van de zorgverzekeraars.

Verder werd besloten de zorg in te delen in drie compartimenten: care, cure en markt. Een oude VVD-wens werd werkelijkheid. De helft van de tandheelkunde werd tot markt verklaard, zij het dat het kunstgebit met kerende post terug schoot in het verplichte deel (als je de ingewikkelde teruggaveregelings voor AOW-ers als zodanig mag opvatten).

Er moest een eigen bijdrage regeling aan de voet komen van 200 gulden, eveneens een verlangen van de VVD. Hij kwam er, ondanks het feit dat de uitvoering van deze maatregel vrijwel gelijke kosten genereert als zij bespaart.

De huisarts moest poortwachter zijn en blijven. Ook dit geloof werd beleden, maar veel extra geld mocht dat niet kosten.

Het thuiszorgdossier: een zeer lastig dossier. Ondanks de introductie van marktwerking -of moet je als cynicus opmerken dankzij?- bleek dit een onbeheersbare zaak. In de kamer moesten staatssecretaris Terpstra (als eerstverantwoordelijke) en Borst verantwoording afleggen over de ernstig gestegen wachtlijsten voor thuiszorg. De departementale (re-)organisatie bleek de steen des aanstoots, naast de erkenning dat marktwerking hier zijn grenzen beleefde.

Een succes daarentegen is het geneesmiddelen dossier: de Prijzenwet heeft haar nut bewezen en de bonussen- en kortingsproblematiek van de apothekers wordt voortvarend aangepakt.

Reeds na twee jaar constateerde de opiniebladen dat de regering haar agenda, het regeerakkoord, grotendeels had afgevoerd. En na bijna vier jaar geldt dit ook voor Minister van Volksgezondheid. Tegenstanders rekenen haar een gebrek aan visie aan. Een onheus argument als men bedenkt dat in het regeerakkoord de keuze voor een incrementele aanpak was neergelegd. Toch heeft de bewindsvrouw met een ijzeren vuist in een fluwelen handschoen de nodige zaken weten te regelen, dan wel in de steigers gezet. Eigenlijk vormt haar aanpak een aardige afspiegeling van onze meetlat: in het eerste jaar heeft ze -in overleg met het veld- haar plan getrokken, en daarna door middel van overleg, en zondig straffe middelen als de wet, haar zin doorgezet in het tweede en derde jaar.

Sommige zaken daarvan waren agendapunten, zoals de eigen bijdrage regeling, andere zijn eerder onbedoeld tot stand gekomen. En ze hebben zowel een positief als een negatief karakter.

Om met het laatste te beginnen: de toegenomen tweedeling in de zorg. Het ziekenfondsbestand is in de afgelopen vier jaar ingrijpend gewijzigd: was het vroeger een redelijk heterogene groep werknemers en uitkeringsgerechtigden met een hoge mate van solidariteit, in termen van geld en gezondheid, nu zit alles wat ziek, zwak en misselijk is in het ziekenfonds.

Goede risico's als studenten verdwijnen naar de particuliere sector.. Bijna-gepensioneerden krijgen straks zelf de keuze om als dan niet te blijven in het fonds: opting-out..

De tweedeling waar iedereen nu de mond vol van heeft. -ook mevrouw Borst met haar huiver voor bedrijvenpoli en particuliere klinieken- wordt door een dergelijke verzekerdenschuif meer aangewakkerd, dan door welke principiële stellingname dan ook.

Het vierde jaar is voor mevrouw Borst bijzonder begonnen. Enerzijds door de keuze om lijsttrekker voor D66 te worden, waardoor zij vrijwel zeker het departement aan een ander zal moeten laten. Anderzijds door de succes die ze nu op de vakreep beleeft, zoals het dossier van de medisch specialisten.

Een aardig succes. Het succes is ook niet onopgemerkt gebleven bij haar eigen partij die haar gevraagd heeft lijsttrekker te worden.

Derhalve is continuïteit in bewindsvoering naar de volgende kabinetsperiode voor de zorg niet weggelegd. Is dat erg? Die vraag kan je grotendeels beantwoorden door het beleid van Borst te beoordelen.

Zelf ben ik bang voor de toekomst.. Op de eerste plaats omdat continuïteit in beleid voor de zorgsector een groot goed is. De commissie Wilms wees dit aan als een belangrijke faalfactor voor volksgezondheidsbeleid. Op de tweede plaats: wie kan Borst evenaren in de mate waarin zij zaken tot stand bracht? Temeer daar mijn inziens in de volgende regeerperiode het grote oAderwerp van de gezondheidszorg een breder karakter dan nu zal dragen. Het gaat om de vraag hoever het gehele kabinet wenst te gaan in het nemen van maatregelen om verdere tweedeling te voorkomen. Het antwoord hierop vereist meer dan kleine stapjes: een visie op de gewenste opbouw van het zorgstelsel inclusief een plaats voor de markt..

En op de derde plaats: welke andere minister voor volksgezondheid weet beter dan Borst te handelen volgens onze meetlat?

Matthé Ribbens,
redacteur TGP

DE AVICENNA-PRIJS 1996

Wil Voogt

Op 4 november jongstleden is voor de eerste keer de Avicenna-prijs uitgereikt, bestemd voor een hulpverlener, project of instelling die heeft bijgedragen aan een wezenlijke verbetering van de gezondheidszorg voor allochtonen. Deze prijs is ingesteld ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving (OGM). Winnaar werd het Brabantse project 'Nader tot elkaar', dat vrouwen opleidt voor intermediaire functies.

Het OGM werd bij een besluit van IS februari 1972 door de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ingesteld. De afkorting OGM stond toen nog voor Overleg Orgaan Medische Zorg Buitenlandse werknemers. Het kreeg van de Minister de volgende opdracht mee: 'Dit overlegorgaan zou de diverse aspecten van de medische problematiek integraal moeten bezien en zou moeten trachten - bijvoorbeeld via het opstellen van richtlijnen, rekeninghoudend met de in vele opzichten en van plaats tot plaats uiteenlopende omstandigheden van de buitenlandse werknemers in ons land - verbetering in de medische verzorging van deze groep tot stand te brengen. Dit overleg zou mij ter zake advies dienen uit te brengen.'

De M van OGM kwam in de loop van

de tijd te staan voor Migranten en sinds 1994 voor Multiculturele Samenleving. De adviezen van het OGM leidden indertijd tot de oprichting van onder andere de Tolkencentra en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (BVGB), dat inmiddels deel uitmaakt van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. In 1995 brachten de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het OGM samen drie omvangrijke adviezen uit, één over het gezondheidsbeleid voor migranten in het algemeen, één over de medische en verpleegkundige opvang van asielzoekers en één over de gezondheidszorg voor illegalen.

In 1994 adviseerde het OGM de toenmalige Geneeskundige Hoofd Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid

over kwaliteitscriteria voor de hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen. Dit advies is achteraf gezien het begin geweest van een langer lopend kwaliteitstraject.. Het congres 'Kwaliteitszorg voor Allochtonen' van 4 november 1997 maakte deel uit van dit traject.. Ook de instelling van de Avicennaprijs, die voor het eerst is uitgereikt tijdens dit congres, moet in dit licht bekeken worden. Bij de instelling van de prijs werd deze duidelijk geafficheerd als een bij uitstek kwaliteitsbevorderend instrument..

Avicenna - *Ibn Sina* in het Arabisch- was één van de belangrijkste medici van de middeleeuwse wereld. Hij leefde van 980 tot 1037. Vanaf 1023 werkte hij in Isfahan aan zijn grote medische encyclopedie. Deze werd later in het latijn vertaald onder de titel 'Canon Medicinae'. Dit werk heeft tot lang na de Renaissance invloed uitgeoefend op het medische denken in Europa. Heden ten dage wordt de rol van Avicenna ondergewaardeerd, maar dat is niet altijd zo geweest.. Dante plaatst hem in zijn *Divina Comedia*

samen met de commentator van zijn werken, Averroës, naast Hippocrates en Galenus in de galerij der onsterfelijken.

Avicenna's belangrijkste werk is verkrijgbaar in het Nederlands: *Leerdicht der geneeskunst*, ingeleid en vertaald door M.M.J. Reijniers, Boom Meppel, 1991

GENOMINEERDEN

Aan de mogelijkheid om voordrachten te doen voor de Avicenna-prijs is ruim bekendheid gegeven. Ongeveer twaalfhonderd zorginstellingen en allochtonenorganisaties werden aangeschreven. In een aantal vakbladen verscheen een bericht over de prijs.

In het totaal zijn er zesentwintig voordrachten ontvangen. Deze hebben betrekking op elf personen, zeven projecten en acht instellingen. Van de voorgedragen activiteiten hebben er dertien betrekking op (arbeids)migranten, vijf op asielzoekers of vluchtelingen en acht op beide groepen. Twaalf van de initiatieven zijn gelokaliseerd in de randstad, tien in de rest van Nederland en vier hebben betrekking op het hele land. Naar type zorg, betreffen zes activiteiten de openbare gezondheidszorg, tien de geestelijke gezondheidszorg, vier de somatische zorg en zes hebben betrekking op het gehele zorgveld.

Gemeten naar de verwachtingen die vooraf bij het OGM bestonden zijn er over deze cijfers een aantal opmerkingen te maken. Ten eerste kwamen meer voordrachten dan verwacht van buiten de Randstad. Dit gegeven deed bij het OGM het inzicht ontstaan dat het orgaan zelf misschien wel iets te veel op de Randstad georiënteerd is. Daarnaast zijn relatief weinig instellingen voorgedragen. Dit stemt overeen met de zorgen van het OGM dat de hulpverlening aan allochtonen te weinig geïntegreerd wordt aangeboden en te veel in kortlopende projecten. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat voor deze zorg met name projectsubsidies beschikbaar worden gesteld. Een derde opmerking is dat binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar verhouding veel aandacht wordt besteed aan allochtonen. Opvallend is dat de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg geheel ontbreken. Een verrassing was de verdeling naar sekse. Van de verschillende voordrachten hebben er negentien betrekking op beide seksen, geen enkele alleen op mannen, maar zeven alleen op vrouwen. Van de zeven voorgedragen projecten richten zich vijf op vrouwen, van

de acht voorgedragen instellingen ging het in twee gevallen om specifieke activiteiten voor vrouwen. Van de voorgedragen personen zijn zes man en vijf vrouw. Kortom, vrouwen en vrouwenprojecten springen er uit!

Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste is de vrouwenhulpverlening al langer bekend met het werken op maat voor specifieke groepen. De overstap van 'wit' naar 'zwart' is daarom minder groot. Deze verklaring strookt met het relatief grote aantal voorgedragen GGZ-projecten. In de GGZ wordt veel meer dan in andere sectoren gewerkt met vrouwenhulpverleningsmethodieken.

Een tweede verklaring biedt de relatief slechte positie van allochtone vrouwen. Veel van hen leiden een geïsoleerd bestaan. Velen spreken weinig of geen Nederlands. Daarom zijn juist voor hun extra activiteiten nodig, met name om de toegang tot de gezondheidszorg te vergroten.

Daarbij hebben vrouwen een slechtere positie op de arbeidsmarkt. Ze zullen daarom eerder geneigd zijn te gaan werken in kortdurende projecten zonder lange termijn perspectief.

Tenslotte bevinden vrouwen zich binnen de gezondheidszorg vooral in lagere functies. Om die reden hebben zij er minder moeite mee om werk aan te vatten met een lage status.

Voor wie geschokt is door deze laatste verklaring, ze is gestoeld op de reacties van zorgverzekeraars. Aan hen werd gevraagd waarom zo weinig zorgverzekeraars bereid waren om een bedrag(je)

in het fonds voor de Avicennaprijs te storten. Hun reactie was dat men met allochtonen niet kan scoren. Ze zijn niet interessant voor de PR.

BEOORDELING

Voor de beoordeling van de voordrachten golden de volgende criteria:

1. werkzaam in gezondheidszorg c.q. instelling voor gezondheidszorg, c.q. project gericht op gezondheidszorg;
2. levert een duidelijk omschreven bijdrage aan verbetering van zorg en hulpverlening aan allochtonen: a. waarbij gezondheidsverschillen verminderen; b. waarbij een methodiek gehanteerd wordt die een respectvolle en gelijkwaardige benadering impliceert;
3. werkt samen met allochtonen of allochtone organisaties;
4. de activiteiten hebben een uitstraling binnen de eigen sector of naar andere sectoren; de resultaten zijn overdraagbaar.

De beoordeling bleek moeilijk. Er waren gewoon erg veel goede voordrachten. Het gevolg hiervan was dat de criteria onvoldoende discrimineerden; te veel projecten voldeden eraan. Daarom scoorden de leden van de jury daarnaast nog al dan niet een 'subjectieve plus'. Deze subjectieve plus werd gegeven aan die voordrachten waarbij het betreffende jurylid de spontane reactie had: 'Goh, wat vreselijk goed is dit'. De subjectieve plussen van de vier juryleden kwamen redelijk overeen. Deze intersubjectieve methode leverde tenslotte de prijswinnaar op.

DE PRIJSWINNAAR

De Avicennaprijs is toegekend aan het door het Regionaal Patiënten- en Consumenten Platform Midden-Brabant voorgedragen project 'Nader tot elkaar, migrantenvrouwen opleiden voor de intermediaire functie'. Dit project is in 1994 ontstaan uit de samenwerking tussen de Stichting Palet (steunpunt voor multiculturele ontwikkeling in Noord-Brabant), het Centrum Buitenlandse Vrouwen en PRISMA (provinciaal ondersteuningsinstituut voor maatschappelijke activering, sociaal-cultureel werk en vormings- en ontwikkelingswerk). Deze instellingen signaleerden de behoefte aan opgeleide tussenpersonen die kunnen worden ingezet om het contact tussen migrantengezinnen en maatschappelijke instellingen, waaronder de reguliere gezondheidszorg, te verbeteren.



De doelstelling van het project is gericht op het - middels een éénjarige cursus - opleiden van Turkse en Marokkaanse vrouwen voor een intermediaire functie, en het vervolgens inzetten van deze vrouwen. Dit ter verbetering van de contacten en communicatie tussen instellingen enerzijds en migrantenvrouwen en hun gezinnen anderzijds. Hiertoe worden de migrantenvrouwen actief thuis benaderd.

Bij de beoordeling door de jury speelden, naast de hiervoor al genoemde criteria, de volgende overwegingen mee:

- de brede opzet van de begeleidingscommissie van het project, waarbij tegelijkertijd toch een vrijblijvende deelname werd voorkomen;
- de lage drempel die door de - bij het lage opleidingsniveau van de deelnemers aansluitende - gekozen formule gecreëerd is;
- de rechtstreekse koppeling tussen opleiding en uitvoerende activiteiten;
- de nadruk die gelegd wordt op het thuis bereiken van vrouwen door vrouwen uit de eigen groep;
- de ontwikkelde methode levert een bijzondere bijdrage aan het toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor allochtone vrouwen.

GENOMINEERDE PERSONEN, INSTELLINGEN EN PROJECTEN VOOR DE AVICENNA-PRIJS

1. Nader tot elkaar, migrantenvrouwen opleiden voor de intermediaire functie.
2. Centrum Mimosza, laagdrempelig project o.a. voorlichting in eigen taal en cultuur, samenwerking met reguliere zorg, cursus medische inburgering.
3. Vertaalproject allochtone vrouwen Den Helder, samenwerkingsproject tussen het Gemini-Ziekenhuis en het Internationaal Vrouwen centrum.
4. Werkgroep migranten Endegeest, jaarlijks terugkerend landelijk symposium 'Cultureel binnen psychiatriemuren'.
5. De heer Murat Can, uitwerking van integratieve benadering binnen GGZ Midden-Brabant.
6. Centrum Buitenlandse Vrouwen Tilburg, Training en zelfhulpgroepen voor Bosnische vrouwen.
7. Phoenix Wolfheze, voortrekker in psychiatrische zorg aan allochtonen, met name vluchtelingen.

Overige genomineerden:

- = De tolkencentra
- = Yalcin Ozum, NIGZ
- = Christine Broecheler, GGD Utrecht
- = GGZ-Limburg, aanvraag project dagbesteding asielzoekers
- = Ronald May, Den Haag (Haagse RIAGG's)
- = Transculturele hulpverlening RIAGG RNW, Rotterdam
- = Project migrantenhulpverlening Oost-Gelderland
- = Tom Schulpen, WKZ Utrecht
- = Geestelijke Verzorging Rosenberg
- = Targuia
- = R. Baquouah-Channah, GGD Utrecht
- = Django Sterman
- = Vrouwelijke tolken van het tolkencentrum Amsterdam
- = Rutgerstichting Amsterdam
- = Wil Verhoeven, NIGZ
- = De Witte Jas, Amsterdam
- = M.F. v.d. Wal, GGD Utrecht
- = Project voorlichting allochtonen vanuit cluster kraam/kinder/gynaecologie,
- = Delfzicht Ziekenhuis, Delfzijl
- = P.C. Hoornstra, huisarts en arts AZC Almelo

De 'tekenen van het keerpunt'

Terugkijkend op de eerste uitreiking van de Avicennaprijs, dringt zich een beeld op dat Avicenna in zijn leerdicht beschrijft als het beeld van 'de tekenen van het keerpunt'. De personen, projecten en instellingen die voor de toekenning van de prijs de revue passeerden, kunnen gezien worden als even zoveel tekens en tekenjes van een keerpunt in de gezondheidszorg. Of die keer zich door zal zetten en in welk tempo is niet te voorspellen. Degenen die met veel inzet, doorgaans ook van vrije tijd, proberen de gezondheidszorg voor allochtonen te verbeteren, zullen zich gesterkt weten. Zij staan niet alleen in hun - vaak toch wat eenzame - streven.

Over twee jaar wordt de Avicennaprijs opnieuw uitgereikt. Het OGM hoopt van harte dat de tekenen dan wijzen op het doorzetten van de keer én dat de instelling van de Avicennaprijs daaraan een bescheiden bijdrage heeft geleverd.

Drs. W.C. Voogt is inspecteur gezondheidszorg aan minderheden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in Rijswijk en voorzitter van het DGM.

PSYCHOSOCIALE HULP IN EEN ACHTERSTANDSWIJK

Djoke van der Meulen

Wittevrouwenveld is een achterstandswijk in Maastricht. Een pastoraal werkster signaleerde daar dat vrouwen weinig gebruik maken van officiële instanties voor psychosociale hulpverlening. Toch was haar indruk dat de vrouwen in deze wijk vaak veel problemen hebben.

Om erachter te komen of ze inderdaad een drempel ervaren om aan te kloppen bij de hulpverlening en om na te gaan wat hiervan de mogelijke achtergronden zijn, is begin '96 een klein onderzoek gedaan naar de manier waarop de vrouwen uit Wittevrouwenveld omgaan met psychosociale problemen. Waarvan hier een kort verslag.

Uit onderzoeksliteratuur komt naar voren dat vrouwen in achterstandswijken minder snel naar de hulpverlening stappen. Hebben zij geen of minder ernstige problemen dan vrouwen uit hogere sociaal-economische klassen?

Er is niets dat pleit voor deze opvatting. Wel blijkt het voor hen vaak lastig te zijn om aan te wijzen wat het zwaarst is in hun leven, omdat juist de som van een aantal problemen hun leven bepaalt. Er lijkt dan ook niet zozeer sprake te zijn van 'een probleem in hun leven', eerder van een 'problematisch leven'.

Als er dus wel problemen zijn, moet er een andere reden zijn waarom deze vrouwen minder vaak naar hulpverleners gaan of voortijdig een therapie beëindigen. In de literatuur worden hiervoor twee verklaringen naar voren gebracht. De eerste is, dat deze vrouwen mogelijk niet beschikken over de juiste 'kwaliteiten' voor de hulpverlening (Brinkgreve ea, 1979). Daaronder valt onder meer: het vermogen tot introspectie (zelfinzicht) en verbaliteit (zich mondeling kunnen uitdrukken). Een tweede verklaring is dat de vrouwen wel problemen hebben, maar niet terecht komen bij de hulpverlening omdat ze de problemen oplossen via hun sociale netwerk (Mayer ea, 1970). Als ze iets kwijt willen, zouden ze eerder naar hun moeder of de buurvrouw gaan dan naar een professional.

Opvallend aan de literatuur die deze mogelijkheden bespreekt, is dat de kennis over deze vrouwen gedateerd aan doet. Helaas komen er met de tijd geen modernere ideeën op tafel, maar wor-

den de hier beschreven 'oude' opvattingen in een nieuw jasje gestoken (vandaar dat hier alleen de originele bronnen zijn genoemd). Ook valt op dat er veelal óver de vrouwen gesproken wordt. Er lijkt weinig geluisterd te zijn naar de mening en ervaringen van vrouwen zelf op dit punt.

In het hier besproken onderzoek lag het vertrekpunt juist wél bij de vrouwen uit een 'lagere klasse'. Via diepte-interviews en participerende observatie is geprobeerd een duidelijker beeld van hen te krijgen.

WOONSCHOLEN

Wittevrouwenveld heeft een turbulente geschiedenis achter de rug en in het Maastricht van de jaren negentig heeft het nog steeds een slechte naam. Deze reputatie dankt de wijk vooral aan de periode na de Tweede Wereldoorlog, toen de binnenstad werd opgeknapt en de bewoners van de toenmalige achterbuurten werden verhuisd naar zogenaamde 'woonscholen'. Eén daarvan was Wittevrouwenveld, door de lokale overheid bewust gesitueerd aan de rand van de stad, afgescheiden van de rest van Maastricht. De leefomstandigheden veranderden na de verhuizing echter niet drastisch, waardoor Wittevrouwenveld op sociaal en economisch gebied achterbleef bij andere delen van de stad. Pas in de jaren tachtig werden de laatste goedkope, snel gebouwde huizen uit de vijftiger jaren vervangen door kwalitatief betere bouw.

De inkomens in Wittevrouwenveld behoren tot de laagste in Maastricht. Meer dan de helft van de mensen uit deze

wijk heeft een uitkering. In 1995 kende de wijk het op één na hoogste aantal werkzoekenden in Maastricht (De Keuleleire, 1996). Ook het opleidingsniveau is over het algemeen laag, een enkeling heeft meer dan een paar jaar LBO gevolgd. Men verricht er voornamelijk laag- of ongeschoold werk. Sommige mensen hebben zich ooit zo diep in de schulden gestoken dat ze hun eigen geld niet langer mogen beheren en elke week een toelage moeten halen bij de Kredietbank.

10 VROUWEN

Voor dit onderzoek werden tien vrouwen geïnterviewd. Zes van de tien vrouwen zijn in aanraking geweest met het RIAGG. Alle vrouwen hebben contact gehad met een vorm van maatschappelijk werk, voor zichzelf of voor een van hun huisgenoten. De vrouwen zijn willekeurig uitgekozen uit de populatie van het vrouwenhuis, met als enige onvermijdelijke *bias* (niet-willekeurigheid) dat ze allemaal min of meer maatschappelijk actief zijn.

Hun leeftijd varieert van 25 tot 56 jaar. Het merendeel van hen is gescheiden, enkelen twee keer. De gescheiden en zijn bijna allemaal opnieuw getrouwd of hebben een vaste relatie. Hun kinderen zijn soms van verschillende vaders. Bijna allemaal zijn ze huisvrouw. Daarnaast hebben enkele vrouwen een baan in de horeca of de verzorgingssector. De vrouwen met een vaste baan zijn alleenstaand, zij hebben wel een vriend maar wonen niet samen. Zij zijn allen aan vast werk gekomen via 'Melkertbanen'.

Het vrouwenhuis in de wijk, waar de vrouwen zijn geïnterviewd, is ontstaan op initiatief van het pastoraal werk. Het heeft verschillende doelstellingen: ten eerste wil men de vrouwen uit de wijk een plaats bieden waar ze zichzelf kunnen zijn en waar ze dingen kunnen leren. Verder wordt er individuele hulp en ondersteuning geboden en probeert men de positie (politiek en maatschappelijk) van deze vrouwen zichtbaar te

maken. De interviews gingen in op de achtergronden van de problemen die de vrouwen ervaren.

DE PROBLEMEN

Geldgebrek wordt door bijna alle vrouwen in dit onderzoek aangewezen als oorzaak van veel spanningen. Ook problemen binnen het gezin en de familie voert men hierop terug.

'... Eerst ben ik naar, de Albert Heijn gegaan om brood. De rest van mijn boodschappen doe ik ergens anders, maar het brood krijg je nergens zo goedkoop als bij de AH.. Ik hoop dat er deze week geen rekeningen meer binnen komen. Gisteren heb ik nog uitgerekend dat ik het dan net red deze maand. Ik heb extra zuinig gedaan de afgelopen periode, omdat het bijna zomervakantie is en mijn kinderen graag mee willen met de schoolreisjes ...'

Naast geld noemen ze een aantal andere onderwerpen die als problematisch ervaren worden. Veel vrouwen zeggen een onprettige jeugd gehad te hebben, meestal samenhangend met een moeizame relatie met hun ouders. Veel vrouwen hebben ook lichamelijke klachten waar ze zich zorgen over maken, en verder geeft een deel van de vrouwen aan veel moeite te hebben met het verwerken van gebeurtenissen in het verleden, zoals een moeizaam verlopen scheiding, incest of andere vormen van geweld binnen het gezin.

Erlijkt niet zozeer sprake te zijn van 'een probleem in hun leven', eerder van een 'problematisch leven'.

Het is voor hen niet eenvoudig om theorieën over verwerking uit de therapeutische hoek, die wel bekend blijken te zijn, in de praktijk te brengen. Op verschillende manieren hebben de vrouwen kennis genomen van de beginselen van de psychosociale hulpverlening, bijvoorbeeld via populaire media (televisie, tijdschriften) en via (in) direct contact met de (geestelijke) gezondheidszorg. Hun onvermogen om

deze beginselen in te passen in hun eigen leven, levert voor de vrouwen opnieuw spanningen op.

KWALITEITEN

De veronderstelling dat vrouwen uit achterstandswijken kwaliteiten missen waardoor ze minder geschikt zijn voor de hulpverlening, wordt nergens in dit onderzoek gestaafd. Er is aan de vrouwen gevraagd om te vertellen over hun eigen leven en over hun gevoelens. Uit de verhalen blijkt dat ze over een uitgebreide woordenschat beschikken en dat ze weinig aarzelen of stilvallen tijdens hun verhaal. De vrouwen zijn in staat om te vertellen wat hen bezighoudt en hoe ze op zaken reageren. Ze vertellen hoe ze bijvoorbeeld de slechte band met een ouder hanteren, wat ze doen om zorgen over geld te verminderen en soms zelfs in hoeverre ze vinden dat ze lichamelijke klachten aan zichzelf te wijten hebben.

Het is niet relevant of ze hierin dezelfde mening hebben als een hulpverlener. Het is duidelijk dat ze nadenken over de manier waarop ze functioneren, met anderen omgaan en problemen hanteren. Ook blijken ze goed in staat te zijn om hun gedachten over al deze zaken te verwoorden.

"... Wat ik hem (ex-man) nog het meest verwijt, is dat hij ertegen was dat ik naar het RIAGG ging. Dat heeft ons ook verder uit elkaar gebracht: ik was op zoek naar een oplossing voor mijn problemen bij allerlei instanties en ik had haast geen aandacht meer voor hem. Ik vind dat hij meer begrip voor mij had moeten hebben, maar ik voel me vaak ook schuldig. Misschien had ik meer kunnen doen om ons huwelijk niet te laten stuklopen ..."

Mogelijk hanteren deze vrouwen een ander taalgebruik dan hulpverleners of dragen zij voorbeelden aan die door hulpverleners als irrelevant worden gezien. Verder kan het zijn dat er verschil van mening bestaat tussen hulpverlener en cliënt over wat belangrijk genoeg is om genoemd te worden tijdens een therapie sessie. Maar uit dit onderzoek is wel gebleken dat de vrouwen beschikken over een zeker vermogen tot zelfreflectie, dat ze hun gedachten en gevoelens kunnen verwoorden en in staat zijn om aanwezige problemen te onderkennen.

'... Ik heb het gesprek van vanmiddag nog eens voor mezelf in m'n

hoofd herhaal.. Het ging niet goed. Ik heb voor de zoveelste keer uitgelegd waarom ik dacht dat ik daar zat en ze zat me maar aan te kijken alsof ik stom was. En ik heb ook gezegd dat ik vond dat ze wel eens had kunnen vragen hoe het nu met me ging. Ik heb me zo alleen gevoeld de laatste tijd.. Ze bedoelt, het wel goed. Misschien ligt het ook niet aan haar maar aan mezelf. Ik verwacht teveel van haar. Ze heeft er wel voor doorgeleerd, maar ze snapt toch niet zoveel..'

De tweede veronderstelling, dat vrouwen uit achterstandswijken de professionele hulpverlening niet nodig hebben, omdat ze een netwerk van behulpzame vrienden en familie zouden bezitten, is ook niet teruggevonden uit de interviews. De literatuur gaat er bij deze vooronderstelling vanuit, dat mensen uit lagere klassen minder geïndividualiseerd zouden zijn dan in hogere klassen, wat betekent dat er meer waarde zou worden gehecht aan familiebanden en contacten met buurtgenoten.

... Gisteren was ik bij mijn zus. Ik heb geprobeerd te vertellen waarom ik weer naar het RIAGG terug ben gegaan, maar mijn zus praatte er gewoon overheen. Het was net alsof ze het niet wilde weten. Daar baal ik van. Ik weet heus wel dat ik een jaar geleden over niets anders dan het RIAGG praatte, maar het zat me ook allemaal zo hoog. En nu wil mijn zus het er niet over hebben, zeker bang dat ik er weer zoveel over praat. Ze laat me in de steek, want ik kan er verder niet echt met iemand over praten. De rest van de familie heeft gezegd dat ik me niet zo moest aanstellen, toen ik vertelde dat ik hulp ging zoeken. Aan wie moet ik het dan kwijt? De burens? Die hoeven ook niet alles te weten. M'n vriendinnen van het vrouwenhuis heb ik uit het oog verloren toen ik er niet meer kwam ...'

De geïnterviewde vrouwen ervaren juist dat ze op zichzelf en de kleine omgeving van hun gezin worden teruggeworpen. Het is zeker niet vanzelfsprekend dat ze te allen tijde terug kunnen vallen op een hecht sociaal netwerk. Hoewel de vrouwen allemaal vertellen dat ze vrienden en bekenden hebben bij wie ze aan kunnen kloppen als er iets is en dat familie belangrijk is in hun leven, valt in alle verhalen op dat contacten wegvallen als ze echt in moeilijkheden zit-

ten. Vrienden laten het afweten na een scheiding of de dood van een dierbare en ook familie laat zich niet meer zien. De vrouwen laten merken dat ze ervan uitgaan dat ze zich alleen moeten redden, ze rekenen niet op de steun van hun omgeving als ze het moeilijk krijgen.

KLASSE

Wat staat beschreven in de literatuur wordt al met al niet bevestigd in dit onderzoek. Het beeld dat geschetst wordt van vrouwen in achterstandswijken lijkt te simpel en te rechtlijnig om recht te doen aan de complexere werkelijkheid. Door bij voorbaat te beweren dat mensen uit lagere klassen therapeutische vaardigheden missen, wordt hen de kans ontnomen het tegendeel te bewijzen. Door ervan uit te gaan dat zij 'het onderling wel oplossen', bestaat de kans dat signalen die iemand uitzendt niet opgepakt worden. En als men aan zou nemen dat mensen uit lagere klassen geen problemen hebben, omdat ze niet naar een hulpverlener stappen, doet men de hele groep onrecht. Daarmee wordt niet erkend hoe moeilijk hun situatie soms is, en wordt een eenzijdig beeld gegeven van een groep die even gevarieerd is als welke andere ook. Klasse verwordt hiermee, in plaats van

tot verklaring, tot stigma. Een groep mensen wordt beoordeeld op grond van gemeenplaatsen, die voor de vrouwen in dit onderzoek in ieder geval niet op blijken te gaan en waarschijnlijk ook nooit algemene geldigheid hebben gehad.

HULPVERLENERS

Het zou kunnen dat de beeldvorming in de literatuur over vrouwen uit achterstandswijken ook overgenomen is door een deel van de hulpverleners. Het is daarom van belang dit eenzijdige beeld te ontmaskeren. Het begrip klasse biedt op zichzelf geen verklaring voor het feit dat vrouwen in achterstandsgroepen een ambivalente houding bezitten tegenover hulpverleners.

Uit de verhalen van de vrouwen uit Wittevrouwenveld over de contacten die zij met hulpverleners hebben, komt naar voren dat zij zich vaak onbegrepen en ontevreden voelen: ze vinden dat de therapeut geen toepasbare oplossingen aandraagt, zich geen voorstelling kan maken van de situatie waarin ze zich bevinden of te abstract blijft tijdens de therapie.

Vaak verwachten ze veel concretere mogelijkheden om een concreet probleem op te lossen, in plaats van een lange-termijnplanning, waarin alle fa-

eetten van hun leven besproken 'moeten' worden. Deze verwachtingen liggen er vaak aan ten grondslag dat ze een therapie niet afronden, maar voortijdig weggaan, wat wellicht hun mening over het succes van hulpverlening in het algemeen verslechtert.

Uit de interviews en de observaties uit het vrouwenhuis bleek dat de vrouwen wel de weg weten naar de hulpverlening. Er zullen dus eerder drempels opgeworpen zijn *binnen* het concrete contact tussen hulpverlener en cliënt. Om deze drempels af te kunnen breken is veel kennis, inlevingsvermogen en ervaring met het dagelijks leven van vrouwen in achterstandssituaties nodig. Daarvoor zal de psychosociale hulpverlening meer 'outreaching' en 'op maat' aangeboden moeten worden.

Djoke van der Meulen is gezondheidswetenschapper.

Dit artikel is gebaseerd op haar onderzoeksverslag 'De praktijk is toch anders; een onderzoek naar psychische problemen, naar de strategieën en naar de omgang met de psychische hulpverlening van vrouwen uit Wittevrouwenveld'; Maastricht: Wetenschapswinkel Universiteit Maastricht 1996.

MYTHE: VRAAGGERICHTHEID

Gerard Goudriaan

Of vraaggerichtheid een mythe is, in de zin dat die nooit zal worden gerealiseerd, weet ik niet. Wel weet ik dat de term vraaggerichtheid, en in het verlengde daarvan vraaggerichte en vraaggestuurde zorg, erg gemakkelijk in de mond wordt genomen en dat er nog een lange weg te gaan is, voordat we in de buurt komen van wat op vraaggerichtheid lijkt. De mythe is dan dat vraaggerichte zorg binnenkort op alle niveaus gerealiseerd zal zijn.

Dat vraaggerichtheid nog ver weg ligt, heeft een aantal redenen. Een aantal daarvan wil ik aanstippen. De bekendste is de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Al bijna een kwart eeuw is de overheid met een ambitieus herstructureringsprogramma bezig, waarin gepoogd wordt tot een andere inrichting van de gezondheidszorg te komen. Een belangrijke conclusie die je na 25 jaar herstructurering kunt trekken

is dat de gezondheidszorg maar moeilijk stuurbaar is en zich maar weinig gelegen laat aan mooie door de overheid en gebruikers geformuleerde doelstellingen.

Een andere conclusie is dat het inbouwen van meer flexibiliteit in het systeem, bijvoorbeeld door meer marktwerking, al snel de grenzen van maatschappelijk acceptatie bereikt. Zonder twijfel is in de gezondheidszorg meer

flexibiliteit en meer vraaggerichtheid mogelijk. Maar deze zijn vermoedelijk alleen te bereiken met maatregelen ter bevordering van marktwerking, die veel drastischer zijn dan tot nu toe genomen. De ervaring in de jaren '90 leert dat de nadelen hiervan zo groot kunnen zijn, dat het de beoogde voordelen sterk in de schaduw zet. Met andere woorden, als veel meer vraaggerichtheid te bereiken is, lukt dat alleen maar via het maatschappelijk onwenselijk geachte mechanisme van marktwerking en concurrentie. Op zich is deze stelling: het enige mogelijke middel om echt tot vraaggerichtheid te komen is ver doorgevoerde marktwerking, een -ander- artikel waard.

Een belangrijke en een vaak onderschatte reden, die ik hier wat uitgebreid

der naar voren wil halen, is dat de gezondheidszorg nog maar weinig inzicht heeft in de belevingswereld van de cliënt. Hierdoor weet men -als beleidsmaker of als aanbieder- nauwelijks of niet wat de cliënt wil en hoe die cliënt vraag gerichtheid in de gezondheidszorg zou willen invullen. Dit is iets wat mij sterk is opgevallen sinds ik vanaf begin dit jaar werk bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie als gedetacheerd NIZW-medewerker in het project 'Vraaggerichte zorg', dat door beide organisaties wordt uitgevoerd. Een project dat tot doel heeft om meer greep te krijgen op het thema vraaggerichtheid: wat is het in het algemeen en vanuit gebruikersperspectief in het bijzonder?

Een belangrijke constatering uit het project is dat het begrip vraaggerichtheid door gebruikers op een heel andere manier wordt ingevuld dan door aanbieders. Gebruikers vinden dat zorg en andere soorten dienstverlening ondersteunend dienen te zijn voor het maatschappelijke leven dat zij willen leiden. Het aanbod zou er volgens hen op gericht moeten zijn snel duidelijkheid te krijgen over wat vragers willen. Het aanbod zou dan ook zo ingericht moeten zijn, dat wat gebruikers willen ook -binnen te accepteren financiële kaders- zonder veel problemen gehonoreerd wordt. Bij gebruikers is de vraag sterk gekoppeld aan het eigen leven, zoals men dat graag zou willen leiden.

Bij de aanpak van de gezondheidsproblemen heeft de gebruiker vaak een professioneel oordeel en advies nodig. Op zich lijkt het terecht dat staatssecretaris Terpstra op een congres over vraaggestuurde zorg opmerkt dat een patiënt die een hartaanval heeft gehad, het aan de arts moet overlaten of een pilletje, een dotterbehandeling, een bypassoperatie of een open-hartoperatie nodig is. Maar dit is alleen terecht vanuit het perspectief van het aanpakken van gezondheidsproblemen. Als de bestaansproblemen ook een rol spelen, en dat doen ze voor veel mensen, moet de gebruiker weten welke gevolgen de verschillende behandelingen zullen hebben voor zijn leven en is het aan hem een afweging te maken tussen de gevolgen van de behandeling voor zijn gezondheidsproblemen en voor zijn bestaansproblemen. Een pilletje levert misschien meer medische risico's op, maar verstoort bijvoorbeeld niet het werkritme of de opvang van de kinderen.

Het punt, waar het bij vraaggerichtheid

dus om gaat is dat de vrager krijgt wat hij moet hebben om naar zijn inzicht zo goed mogelijk met deze twee soorten problemen om te gaan. De invulling daarvan, en dat maakt vraaggerichtheid tot zo'n diffuus, individueel gericht en daarom zo moeilijk grijpbaar begrip, kan voor ieder mens verschillend uitpakken. De gezondheidstoestand van mensen kan hetzelfde zijn, toch kunnen de vragen van twee mensen totaal verschillend zijn. Het verschil heeft zowel te maken met de verschillende wijzen waarop een ieder probeert de problemen met zijn gezondheidstoestand aan te pakken, als met de verschillende wijzen waarop men zijn gezondheidstoestand wil combineren met het leven van het leven, zoals hij dat wil. Om met Annemarie Mol te spreken, het gaat om lichamen die levens leiden (Medisch Contact, 1996 nr.47).

Vanuit deze redenering komen we op de volgende stelling: Prioriteit, geven aan een van de verschillende oplossingsmogelijkheden voor de problemen zoals je die ervaart, is een wezenlijk onderdeel van het proces van vraagformulering door de gebruiker.

Wat vanuit gebruikersperspectief idealiter nodig is, is een op ieder apart individu aangepaste mix van diensten, waarin naar de wens van de gebruiker optimaal aandacht wordt besteed aan gezondheidsproblemen en bestaansproblemen. Globaal gesproken betekent dit voor veel gebruikers meer aandacht voor de kwaliteit van het bestaan en minder aandacht voor gezondheidsproblemen.

Om überhaupt aan vraaggerichtheid te kunnen denken zouden beleidsmakers en aanbieders eerst dit ideaal moeten kennen en begrijpen, om niet te zeggen doorleven en doorvoelen, voordat op andere wijzen met vraaggerichtheid aan de gang wordt gegaan. Vraag is bij hen -bijna noodzakelijkerwijs- een abstract en geaggregeerd begrip, waarin de individuele dimensie (nog) te weinig aanwezig is. Daar komt nog bij dat aanbieders door hun achtergrond, maar ook door regelgeving, veel meer zijn gericht op gezondheidsproblemen dan op bestaansproblemen.

Gerard Goudriaan is medisch socioloog, onder meer werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW.

HET ZINVOLLE ZORGPAKKET

Stephan van Erp

De Nederlandse gezondheidszorg is aan veranderingen onderhevig en staat in de komende decennia voor één van de meest cruciale uitdagingen met betrekking tot haar organisatie. De toenemende vergrijzing, de voortschrijdende medische technologie en daaraan gekoppeld de maatschappelijke ethische vraagstukken omtrent de toepassing van deze technologie én het samenspel tussen gezondheidszorg en sociale zekerheid, geven alle aanleiding hiertoe. Deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg vereisen een gezamenlijke (toekomst)visie van zowel politici, beleidsmakers, wetenschappers, artsen, ethici als burgers. Tevens maakt de stijgende vraag naar zorg (en daarmee de kosten) dat in de toekomst prioriteiten gesteld zullen moeten worden in de zorgverlening.

In politiek Den Haag wordt momenteel alleen gedacht binnen de grenzen van de procentuele groei van het budget van minister Borst.. Dit terwijl de essentie van de discussie zou moeten gaan over welke zorg wel of niet zinvol is. De huidige politiek van de gezondheidszorg wordt te veel bepaald door een diep gewortelde 'plan-Simons-angst': de debatten worden nauwelijks gevoerd op basis van argumentatie en gaan de essentiële vragen over zorg uit de weg.

DROMENLAND

Het gedegen voorstel van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) om een ordening aan te brengen in zorg aanbod en daaraan een basispakket van zorg te koppelen, werd onlangs door de coalitie naar politiek dromenland verwezen. Veel vertrouwen in de Haagse arena als plaats om goed afgewogen beslissingen over de inhoud van zorg te nemen hebben we daarom niet. Daarom stellen wij voor om beslissingen over de inhoud van zorg te laten nemen door degenen die ze logischerwijs moeten nemen: de samenleving en de direct betrokken partijen in de gezondheidszorg. Wat ons betreft is het noodzakelijk dat er een efficiënt en rechtvaardig gezondheidszorgsysteem in Nederland komt dat voldoet aan de eisen van de mondige burgers: *het Zinnle Zorg-pakket (ZiZo)*. In dit voorstel wordt geen onderscheid gemaakt tussen werkenden en niet werkenden, zieken en gezonden, jongeren en ouderen en verschillende risicogroepen voor de behandeling van een bepaalde aandoening. Hiermee komt 'een einde aan vragende risicosolidariteit en tweedeling

tussen verschillende groepen burgers. Het onlangs door de commissie de Vries gelanceerde plan om zieke werknemers een voorrangbehandeling te geven op wachtlijsten is voor ons volstrekt onacceptabel. Het plan ondermijnt de rechtvaardigheid die de basale voorwaarde voor het ZiZo-pakket is.

HET ZIZO-PAKKET

Het ZiZo-pakket houdt in dat elke verzekerde recht heeft op zorg die medisch gezien (curatief of preventief) effectief is, de autonomie van de patiënt centraal stelt en toegankelijk en ethisch verantwoord is. De autonomie van de patiënt dient te worden bevorderd zodat de patiënt zelfstandig gewogen beslissingen ten aanzien van een mogelijke behandeling kan nemen op basis van correcte informatie van de huisarts of specialist.. De patiënten behoren zonder financiële en geografische restricties en zonder onderscheid des persoons toegang te krijgen tot de zorg. In de nabije toekomst dient de ethische commissie een nieuw systeem te ontwikkelen waarin op basis van vastgelegde protocollen nieuwe medische ontwikkelingen getoetst moeten worden aan ethische waarden en normen.

MENU

De basis voor een ZiZo-pakket wordt gevormd door het "diagnostisch behandelingsmenu". Dit behandelingsmenu bevat per ziektebeeld alle behandelmethoden die wetenschappelijk gezien de toets der kritiek kunnen doorstaan. Hiermee bedoelen wij niet dat van elke behandelingsmethode tot in detail het werkingsmechanisme uitgezocht hoeft te

worden. Wel moet op grond van statistische studies de werking aangetoond worden (Evidence Based Medicine). Dit houdt bijvoorbeeld in dat wij geen onderscheid maken tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen, maar alleen tussen werkzame en niet-werkzame behandelingen. In een ZiZo-pakket wordt per medische indicatie een behandelingsmethode uit het menu opgenomen die getoetst is op kosten-effectiviteit. Dit idee sluit naadloos aan op het 'diagnostisch kompas' dat ontwikkeld is door de stuurgroep 'Aanvullende Diagnostiek' van de Ziekenfondsraad. In dat kompas wordt van 111 ziektebeelden in kaart gebracht welke (wetenschappelijk bewezen) tests/ methodes in een gegeven situatie volgens de huidige inzichten het meest aangewezen zijn. De behandelmethoden uit het diagnostische behandelingsmenu die wel wetenschappelijk getoetst zijn, maar duurder zijn, komen niet in het ZiZo-pakket terecht. Deze zijn echter wel beschikbaar voor patiënten als ze het kostenverschil zelf bijbetalen. Daarnaast kunnen ze ook in een vrije verzekeringsmarkt worden aangeboden door de ziektekostenverzekeraars. Elke ZiZo-behandeling is voor iedereen zonder eigen bijdrage toegankelijk. Iedere ziektekostenverzekeraar moet dit pakket aanbieden tegen een gelijke inkomensafhankelijke premie. Binnen het ZiZo-pakket wordt ruimte gereserveerd voor preventie (X-%) om op lange termijn onnodig oplopende kosten van de gezondheidszorg te voorkomen. Voor preventieprojecten hoort eveneens te gelden dat zij voldoen aan de criteria die gesteld worden voor opname in het behandelingsmenu (o.a. toetsing op effectiviteit en kosten/baten). De preventieve methodieken dienen gericht te zijn op zowel collectieve doelgroepen als op individuele situaties. Er is bijvoorbeeld veel gezondheidswinst te behalen als intensiever wordt samengewerkt tussen arbeidsdeskundigen, werkgevers en werknemers ten aanzien van de fysieke werkbelasting en werkomstandigheden, meer aandacht besteed wordt aan preventie van ongelukken in de thuissituatie en het verkeer en ten slotte grotere aandacht

voor het toenemende gebruik van rookwaar, softdrugs en drank.

DYNAMISCH

De samenstelling van het ZiZo-pakket is een dynamisch proces. Op grond van wetenschappelijke en ethische argumenten zal het diagnostisch behandelmenu continu up-to-date gehouden moeten worden. In een Collectieve ZorgOvereenkomst (=CZO)-overleg wordt voor elke medische indicatie uit het menu een behandeling in het ZiZo pakket opgenomen. In de CZO-onderhandelingen worden de samenstelling van het ZiZo-pakket, de hoogte van de (inkomensafhankelijke) ZiZo-premie en het percentage dat besteed wordt aan preventie bepaald. De deelnemers aan het CZO-overleg zijn vertegenwoordigers van:

- Ziektekostenverzekeraars;
- vertegenwoordigers van zorg clusters (management van regionale clusters van ziekenhuis, verpleeghuis en thuiszorg met een gezamenlijk budget);
- Zorgverleners (b.v. artsen/verpleegkundigen);
- een nieuw op te richten Zorgvakbond (Bond van Zieke en Gezonde Mensen -BZGM-);

Enkele taken van de nieuw op te richten Zorgvakbond (BZGM) zijn de onderhandelingen over de samenstelling van het ZiZo-pakket, de hoogte van de premies, het verrichten van onderzoek (bijvoorbeeld naar de bereidheid om en hoogte van premie betalen), het geven van voorlichting over de inhoud van het ZiZo-pakket en over de mogelijkheden tot bijverzekeren. De Zorgvakbond BZGM draagt zorg voor het jaarlijks uitgeven van een 'Zorggids' waarin beschreven staat waar welke kwaliteit van zorg geleverd wordt. In deze Zorggids wordt onder meer informatie verschaft over de hoogte van (aanvullende) premies die ziektekostenverzekeraars vragen en worden gegevens over geleverde zorg transparant gemaakt ter vergelijking op kosten en kwaliteit.

STAPPENPLAN

Stap I: *Ministerie van Volksgezondheid*

De minister beschikt over het initiatiefrecht om de betrokken partijen aan te zetten tot onderhandelingen omtrent de meest recente (medische) ontwikkelingen. Dit kan leiden tot tussentijdse wijzigingen in het ZiZo-pakket.

Stap 2: *Inventariseren/analyseren van*

alle (nieuwe) behandelmethoden en preventiebeleid

De Gezondheidsraad inventariseert en analyseert, in samenwerking met de artsen/verpleegkundigen, behandelmethoden en preventie-methodieken op kwaliteit en kosten/baten. De adviezen worden ter toetsing voorgelegd aan de ethische commissie.

Stap 3: *Toetsing ethische commissie*

De ethische commissie toetst de voorgestelde adviezen ten aanzien van behandelmethoden en preventiemethoden op maatschappelijke waarden en normen.

Stap 4: *Collectieve ZorgOvereenkomst (CZO)-besprekingen*

De genoemde actoren onderhandelen over de samenstelling met bijbehorende premie van het ZiZo-pakket en het percentage dat besteed wordt aan preventie.

Stap 5: *Fiattering CZO-overeenkomst Tweede Kamer*

De Tweede Kamer kan de uitkomst van de CZO-onderhandelingen alleen goedkeuren of afkeuren. Indien de CZO-overeenkomst wordt afgekeurd onderhandelen de betrokken actoren uit stap 4 opnieuw. Tevens kan de Tweede Kamer de minister aanzetten tot gebruikmaking van haar initiatiefrecht.

RANDVOORWAARDEN

Naast de hierboven reeds beschreven randvoorwaarden 'risicosolidariteit' en 'informatievoorziening' is nog een aantal factoren belangrijk voor het doen slagen van een ZiZo-stelsel. Om Zinvolle Zorg op een goede manier tot stand te brengen moet samenwerking tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties (op basis van een gezamenlijk budget) gestimuleerd worden. Tevens zal aandacht gericht moeten blijven op de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis; kwaliteitstoetsing, geïntegreerd ziekenhuis management én een stroomlijning van de financiering. Het lijkt wenselijk dat een vast percentage van het Bruto Nationaal Product (BNP) aan gezondheidszorg uitgegeven kan worden: alleen dan kunnen de uitgaven aan gezondheidszorg evenredig meegroeien met het BNP. Wel zullen minimum grenzen moeten worden gegarandeerd. Ten slotte lijkt het verstandig jaarlijks een transparante toetsing tussen zorginstellingen uit te voeren, zodat meer gestuurd kan worden in doelmatigheid. Door deze transparante toetsing kunnen zorginstellingen objectiever met elkaar vergeleken worden ten aanzien van inkoopbeleid, overheadkosten, logistieke

taken, ligdagen per ziektebeeld, informatievoorziening, et cetera.

Namens de "Werkgroep Gezondheidszorg van Niet-Nix"

Stephan van Erp en Bert Hiemstra.

Signalementen

GEZONDHEIDSZORGBELEID

Gezondheidszorgbeleid is de nogal saaie titel van een boek dat verslag doet van een congres over evaluatie en toekomst van de gezondheidszorg. Maar saai betekent vaak ook degelijk en dat is hier het geval. Een klinkende rij namen laat het licht schijnen over de vraag hoe het moet met de gezondheidszorg. Dat gebeurt vanuit de invalshoeken overheid, zorgconsument, verzekeraar, en zorgaanbieder en niet te vergeten politiek. Want, zo schrijven de samenstellers: het beleid in de Nederlandse gezondheidszorg staat sterk onder de druk van de politieke actualiteit. Het toekomstperspectief stelt de begrippen martwerking en solidariteit centraal; hoe kan het beleid bijdragen aan een stelsel van gezondheidszorg waarin essentiële zorg toegankelijk is voor alle burgers en prikkels aanwezig zijn voor kwaliteit en doelmatigheid.

Gezondheidszorgbeleid. Evaluatie en toekomstperspectief J.c., Gerritsen en CiP. van Linschoten. 1997 Van Gorcum, Assen

HOMEOPATHISCHE ARTSEN IN 2000

De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) bestaat in 1998 100 jaar. Onlangs nam de vereniging een beleidsplan tot het jaar 2000 aan. De homeopathische artsen moeten zich de komende jaren richten op de ontwikkeling van hun vak en integratie van de homeopathie in het dagelijkse huisartsenwerk. De VHAN wil haar homeopathische vervolgopleiding erkend zien als huisartsennascholing. Daarnaast moeten homeopathische artsen dat ze qua kennis en kunde beantwoorden aan 'the state of the art' op het vakgebied, ook wat betreft de 'conventionele' kennis.

Ontwikkeling en integratie. Beleidsplan 1997-2000 VHAN, Postbus 223, 6700 AE Wageningen. E-mail: secrvhan@spidernet.nl

IN HET BELANG VAN DE VERZEKERDE

De Ziekenfondsraad is binnenkort verdwenen. Wat overblijft is een Raad voor de Zorgverzekering en een geschiedenis van 48 jaar. Deze geschiede-

nis is vastgelegd door de Stichting Historie Ziekenfondswezen in een boek getiteld 'In het belang van de verzekerde'. De auteurs beginnen hun boek met de eerste stappen in de richting van ziektekostenverzekering in de negentiende eeuw. Toen waren gezondheidszorg en ziektekostenverzekering nog handel. In de twintigste eeuw werd de sociale ziektekostenverzekering een sociale verworvenheid. De Ziekenfondswet kwam overigens tijdens de Duitse bezetting tot stand. In 1949 werd de Ziekenfondsraad opgericht.

En nu, zo constateren de auteurs, zitten we weer in de handel. De invloed van sociale partners is verdwenen, gekomen zijn kolossen van zorgverzekeraars en dezegeningen van de markt.

In het boek wordt stilgestaan bij de (ontwikkelingen in) de werkwijze en samenstelling van de Ziekenfondsraad, de conflicten rond medewerkershonoraria en tenslotte ook langdurig bij het einde van de Ziekenfondsraad.

In het belang van de verzekerde. H. Blaauwbroek, E. van der Hoeven en E. Visser. Zeist, Sichtung Historie Ziekenfondswezen. 1997

PERSOONSGEBONDEN BUDGET

De uitvoering van de Persoonsgebonden budget regeling (PGB) zal vanaf 1 januari aanstaande worden uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank. De uitvoering wordt nu nog verzorgd door twee verenigingen van budgethouders: Per Saldo en Naar Keuze. Deze verenigingen worden straks belangenverenigingen die opkomen voor mensen met een persoonsgebonden budget. Het persoonsgebonden budget werd in 1996 ingevoerd in twee regelingen: één voor verpleging en verzorging en één voor verstandelijk gehandicapten. De fondsen voor 1997 (resp 120,4 en 65,4 miljoen gulden) worden flink aangesproken. In juli waren beide budgetten als voor zo'n 75 procent opgebruikt. Staatsecretaris Terpstra heeft laten weten dat dit jaar 10% extra mag worden toegekend. Volgens de NPCF veel te weinig. Volgens Terpstra is het PGB reeds 'een niet meer weg te denken' voorziening geworden.

TURKSE MIGRANTEN

De Zwarte Tulp verscheen enkele jaren terug in het Turks, 'ter gelegenheid van dertig jaar migratie naar Nederland'. Het is een boek voor allen die op een of andere manier bij de Turkse gemeenschap betrokken zijn of iets over Turken in Nederland willen weten. Onder meer worden behandeld: de psychosociale invloeden van migratie, de sociaal-economische positie, de sociaal-culturele positie, de zelforganisaties, de gezondheid, de onderwijssituatie, de Turkse jeugd in Nederland, de Turkse migrantenvrouw, oudere Turken, remigratie, de Turkse organisaties.

Murat Can en Hatice Can-Engin, De zwarte tulp; de positie van Turken in Nederland, Uitgeverij Jan van Arkel, Utrecht 1997

MOSLIMPATIËNTEN

In de gezondheidszorg ontstaat steeds meer aandacht voor de eigen visie op leven en gezondheid van moslimpatiënten. Dit boek bespreekt enkele belangrijke, met name religieuze en ethische facetten. Bijdragen onder meer over de islam in Nederland (door Landman), islamitische medische ethiek (door Van Bommel) en de medische praktijk (door de huisarts Haverkamp). De laatste hoofdstukken (o.m. door Abdus Sattar) betreffen de noodzakelijke dialoog, de belemmerende vooroordelen en de gemeenschappelijke geloofswaarden van christendom en islam.

Dik Pranger (red.), Islam en gezondheidszorg, AMBO, Baarn. 1997

MAAGDELIJKHEID

Maagd blijven tot aan de huwelijksnacht is een boodschap die Marokkaanse en Turkse meisjes van huis uit meekrijgen. Tegelijkertijd groeien ze op met Nederlandse jongens en meisjes, voor wie seks voor het huwelijk bijna vanzelfsprekend is. Hoe gaan islamitische meisjes om met deze confrontatie tussen culturen? Welke problemen ervaren ze en welke oplossingen vinden ze? Dat zijn de kernvragen van het NISSO-onderzoek waarover dit boek rapporteert. Daarnaast is onderzocht hoe Nederlandse hulpverleners omgaan met botsende normen en waarden rond seksualiteit en zelfbeschikking, bij voor-

beeld wanneer hun medewerking wordt gevraagd bij 'maagdenvlieshersteloperaties'.

Ineke Moutaen, Milleke de Neef e.a., Twee levens; dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid, NISSO studies nr. 20, Eburon Delft 1997

TRANSMURALE ZORG VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Veel ouders met een verstandelijk gehandicapt of meervoudig gehandicapt kind vragen professionele ondersteuning bij zorg en opvoeding. Door de ontwikkeling van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg zou het mogelijk moeten zijn die thuishulp te bieden waaraan op een bepaald moment behoefte bestaat. Maar de ontwikkeling van zorg op maat verloopt traag en veel hulpvragen worden nog niet adequaat beantwoord. Dit boek beschrijft de ontwikkeling van de transmurale thuiszorg en bevat uitkomsten van een landelijk inventariserend onderzoek naar de omvang en aard van deze zorg. Daarmee wil het een bijdrage leveren aan de discussie over zorg op maat in de betreffende gezinnen.

Bob van Zijderveld, Hillebrand van Zijderveld en Irene de Lange, Transmurale thuiszorg voor verstandelijk gehandicapten, Van Gorcum Assen 1997

VRAAGGERICHT

De gezondheidszorg is sterk aanbodgericht. Een al jaren bestaande wens van de patiënten/consumentenbeweging is, dat gebruikers de hulp kunnen krijgen die aansluit op hun wensen en behoeften. Daarvoor is nodig dat de organisatie van de gezondheidszorg vraaggestuurde dienstverlening werkelijk mogelijk maakt. Daar moet nog veel voor gebeuren. Om te beginnen moet het onduidelijke en verwarrende begrip 'vraaggerichtheid' worden verhelderd. In dit werkdocument wordt verslag gedaan van een literatuurverkenning en een aantal interviews met mensen uit de achterban van de NP/CF. Gebleken is, dat de gebruikers - in tegenstelling tot de aanbieders - de vraaggerichtheid vooral contextgebonden zien: vraaggerichte zorg sluit aan op wat de gebruiker nodig vindt in de context van zijn leven. Lezers worden uitgenodigd te reageren op het voorlopige 'referentiekader voor vraaggerichtheid vanuit het gebruikersperspectief' dat in dit werkdocument wordt ontwikkeld.

Gerard Goudriaan en Anne Marie Vaalburg, Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief; , werkdocument,

Nederlandse Patinten/Consumenten Federatie Utrecht 1997, te bestellen door overmaking van f 10 op Postbanknummer 370907 van de NP/CF te Utrecht o.v.v. naam, adres en bestelnummer 505.

KWALITEITSZORG VOOR ALLOCHTONEN

In de tot nu toe ontwikkelde kwaliteitssystemen is te weinig rekening gehouden met de diversiteit van de zorgpopulatie, met name wat betreft etniciteit. Reden voor de Inspectie Gezondheidszorg en het Ministerie van VWS om opdracht te geven voor de ontwikkeling van een raamwerk kwaliteitszorg voor allochtonen. In het boek *Kwaliteitszorg voor allochtonen: een handreiking voor de praktijk* wordt het proces en resultaat beschreven van de totstandkoming van dit raamwerk. Na een beknopte beschrijving van achtergronden bij het raamwerk, worden kwaliteitsprofielen van zorginstellingen en beroepsbeoefenaars beschreven. Vervolgens wordt een groeimodel voor kwaliteitsverbetering gepresenteerd dat aan de basis staat van een vervolg-traject gericht op de implementatie van het raamwerk. In een werkconferentie op 4 november j.l. is hiertoe de eerste aanzet geleverd.

De publicatie is geschreven door Toos Bedaux, Nordine Dahan, Paula Iansen en Renée Smulders, kost f18,50 (excl. verzend- en administratiekosten) en is verkrijgbaar bij het Nederlands Centrum Buitenlanders, afd. Verkoop, Postbus 638, 3500 AP Utrecht.

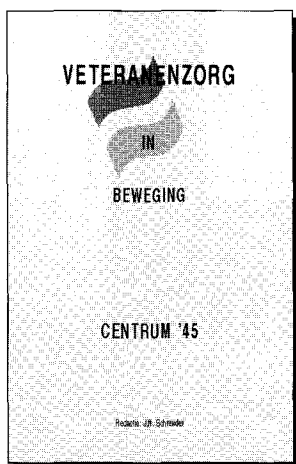
Nieuw

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

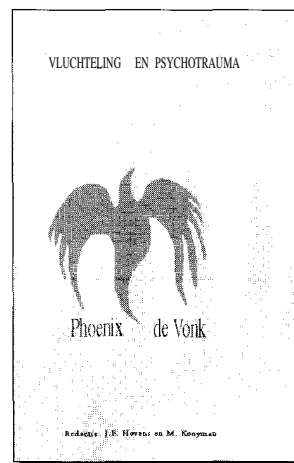
Redactie: J.E. Hovens en M. Kooyman

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 r
 Datum Handtekening

O wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

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

1401

Met zorg besluiten

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

Ghislain van Thiel, Alex Huibers, Keimpe de Haan

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

Uitgave ism het Centrum voor BiD-ethiek en Gezondheidsrecht en de Vereniging 's Heeren Loo

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



Nieuw

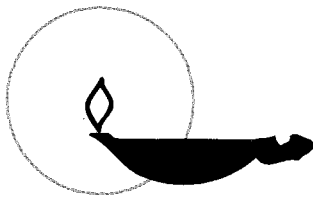


Bestel/Fax-bon
Naam Functie
q.r.g<lnli.s<lti~
Adres
Code Plaats
Datum ~.a.n~e.k.e.nllg.....

— ex. Met zorg besluiten

O wil graag gratis de nieuwe catalogus ontvangen

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



INDISCH

Een halve eeuw steun aan oorlogsgetroffenen uit Indië

LICHT

door Will Tinnemans (research Frank van Winckelmann)

Tussen 1945 en 1968 arriveerden in Nederland driehonderdduizend mensen uit het voormalige Nederlands-Indië. Daar werden ze sinds de Japanse capitulatie beschouwd als ongewenste gasten, hier waren ze alleen welkom als ze zich zo snel mogelijk onzichtbaar maakten. Voor de gruwelijke gebeurtenissen die repatrianten tijdens de Japanse bezetting en de bersiap doormaakten, bestond in Nederland tot ver in de jaren zestig nauwelijks aandacht. De stichting Pelita bood al die tijd wel een luisterend oor. *Indisch licht* vertelt het verhaal van een halve eeuw steun aan mensen die tijdens de oorlog in Azië en de revolutie in Indonesië blijvend letsel opliepen.

ISBN 90-801433-6-7. 160 pagina's, geïllustreerd, ook in kleur, prijs f 37,50. Verkrijgbaar via de boekwinkel of rechtstreeks bij de uitgever door overmaking van f 37,50 op Postbank 75 83 89, t.n.v. St. Ionq Tong, Den Haag. Portokosten in Nederland voor onze rekening.