



April/mei 1995, 14e jaargang Nummer 130/131

Samenlevingsopbouw

Werken aan gezondheid

Gezondheidsonderzoek
en dan?

'Zoekt kennismaking
met wijkgezondheids-
werker'

Nieuwsbrief
Opbouwwerk en
Gezondheid

Katern
Samenlevingsopbouw



Thema

Inhoud

- 3 Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand, Kees Stuurup
- 5 Gezondheidszorg in de grote stad: altijd wat!, minister Borst (VWS)
- 6 Zorg in en om de stad: nieuwe kansen, J.J. Luyten (wethouder te Den Haag)
- 9 Gemeenten op zoek naar succes, les Engels (Netwerk Gezonde Steden)
- 12 Poortwachters of bruggenbouwers, Mariet Paes
- 14 De strijd tegen gezondheidsachterstand en armoede, Bert Prinsen (NIZW)
- 16 'Huisarts in achterstandswijken is overbelast en onderbetaald'
- 17 Zorgverzekeraars en gezondheidsachterstand, Paul van Dijk en Yvonne Kappers (ZAO)
- 19 Gezondheidsonderzoek en dan?, Rascha Thomas en Joke van Wieringen (GG&GD Amsterdam)
- 25 Kiosk, Norbert Broenink
- 26 Koersen op gezondheid in Delfshaven, Michiel Eldering (GGD Rotterdam e.o.)
- 29 RIO; over STAG, Janwillem Springeling (RIO)
- 31 Aan Zet, Annie van Oort (Den Bosch-Oost)
- 32 'Zoekt kennismaking met wijkgezondheidswerker', Ingrid van de Vegte (GG&GD Utrecht)
- 34 Wijkgericht werken aan gezondheid werkt, Wien Geraards en Els Imming (AGZ GGD Regio Twente) en Margriet de Boer (studente ASW, RUU)
- 37 Buurtbewegingen GVO Amersfoort: LET OP VET!, Gert van den Berg en Yteke Braaksma (Welzijnswerk Soesterkwartier)
- Katern Samenlevingsopbouw*
Vijftig jaar verwerking van vijf jaar oorlogsleed, door Gradus Hendriks
- 40 Je Maintiendrai, Rob Oudkerk, huisarts en tweede kamerlid
- 41 Drie jaar IEP geëvalueerd, Luc Boss (journalist)
- 43 Nieuwsbrief Opbouwwerk en Gezondheid
- 46 Opbouwwerker zorg in Rotterdam-Noord, Luc Boss (journalist)
- 48 Zorgvernieuwing aan de basis, Trees van der Maat (STIOM, Den Haag)
- 52 Spoorwijk wil gezondheidscentrum, Piet Laeven (LVG)
- 54 Gezondheidscentrum Venserpolder, Jeroen Straatman (gezondheidscentrum Venserpolder)
- 56 Schakels voor een gezondere buurt, Mariet Paes (Samen Beter, Den Bosch)
- 59 Rotterdam-Delfshaven, Peter Rokers (Steunpunt Gezond-in-West, R'dam)
- 60 Samen werken aan gezondheid in de wijk, Pique Project/LCO
Evaluatie WVG, Pique Project

Memo

In dit themanummer komt het '**Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand**' uitgebreid over het voetlicht. De redactie heeft het thema ruim opgevat, wat wel mag blijken uit het **Katern** dat in dit nummer is opgenomen. Het **Katern**, dat handelt over 'Vijftig jaar verwerking van vijf jaar oorlogsleed' illustreert hoezeer gezondheid als een klinische taakstelling van professionals werd gezien in onze maatschappij.

Dit themanummer wil bijdragen aan de vorming van een andere houding tegenover gezondheid, die de maatschappelijke positionering van mensen en daarmee samenhangende leefomstandigheden in aanmerking neemt.

Colofon

MO/Samenlevings opbouw is een vakblad van, voor en over de samenlevings- en opbouwwerkpraktijk. Het verschijnt tenminste tien maal per jaar; zes gewone en vier themanummers.

Samenstelling en redactie: Fenny Gerrits (eindredactie), Greet Hettinga, Wil van de Leur en Kees Stuurup.

Administratieve ondersteuning: Sonja Swarts, Paty Schellekens en John Struiken.

Foto/Illustratie omslag: Robert Kersten

DTP: John Struiken.

Omslag en druk: Stimio, Meteren.

De jaarabonnementsprijs bedraagt f 70,50 voor het eerste en f 67,50 voor het tweede en verdere abonnementen. Losse nummers kosten f 12,50. (Prijzen exclusief portokosten.)

Opzegging van abonnementen dient schriftelijk vóór 1 december te geschieden. ISSN:0929-2187.

Redactie en administratie:

Prinsegracht 51, 2512 EX, Den Haag,

Telefoon: 070-3804431, faxnummer: 3809973.



Een uitgave van het Landelijk Centrum Opbouwwerk.

Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand

Kees Stuurup, vestigingsleider LCO-Zwolle

“De grote stad, altijd wat”, sprak minister Borst op een symposium over gezondheidsachterstand in de grote stad. En nu is er ook nog een dubbeldekkende MO/Samenlevingsopbouw over dit thema. De minister van Volksgezondheid zei dat het niet om een verzuchting ging, maar om een erkenning van de gezondheidsachterstand in grote steden. De oorzaak van die achterstand wordt echter gevormd door een complex van factoren en dit maakt de oplossing ervan tot een complex vraagstuk. “Meer geld voor de grote steden levert niet vanzelfsprekend minder gezondheidsachterstand op”, was haar boodschap. Maar er is wel een gezamenlijke inspanning nodig om de problematiek te lijf te gaan. “Buurtgerichte activiteiten kunnen daarbij helpen”, aldus de minister. Die buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand staat in dit thema-nummer centraal.

De artikelen kunnen worden gerangschikt rond drie vragen:

- over welke gezondheidsachterstand gaat het, wat zijn de beleidsvoornemens om er wat aan te doen,
- wat valt er te leren van de lokale projecten waarin de afgelopen jaren is geëxperimenteerd met een buurtgerichte aanpak van gezondheidsbevordering,
- huisartsen hebben recentelijk noodkreten laten horen over het feit dat zij in een aantal stadswijken onder grote druk staan; wat is hun problematiek en hoe kunnen zij betrokken worden bij een buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand.

SEGV

Vorig jaar is door de commissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (de commissie SEGV, in de wandeling commissie Ginjaar) nog eens duidelijk statistisch en wetenschappelijk onderbouwd wat

de laatste jaren al her en der via verschillende rapporten en reacties aan de orde was gesteld, ook vanuit de dagelijkse praktijk: de ongelijke verdeling van gezondheid neemt toe. Mensen met een lage SES (sociaal-economische status) hebben een grotere kans om eerder te sterven en tijdens hun leven worden ze meer belast met allerlei kwalen. Een laag inkomen en een lage opleiding hangen samen met een slechtere gezondheidstoestand. Bovendien zijn mensen met die lage SES dikwijls geconcentreerd in bepaalde buurten en wijken. Ten slotte: tot die groepen behoren veel allochtonen.

Het belang van de rapportage van de commissie Ginjaar was dat men er niet meer om heen kan: het staat op de politieke agenda. Dat is ook zichtbaar in de nieuwe beleidsnota 'Gezond en wel' van minister Borst. Er zal een extra inspanning moeten worden geleverd om de ongelijke verdeling van gezondheid aan te pakken. Zowel de commissie Ginjaar als de minister pleiten onder andere voor een buurtgerichte aanpak om de moeilijk bereikbaren te bereiken. Onlangs is een tweede commissie SEGV geïnstalleerd (voorzitter is professor Albeda) die met een flink budget de komende vijf jaar, nader onderzoek naar gezondheidsachterstand laat uitvoeren, maar die ook effectieve interventies moet stimuleren. Bovendien is ook het ministerie van Binnenlandse Zaken via het Grote Steden-beleid van staatssecretaris Kohnstamm op het spoor van gezondheidsachterstand gezet. Er is een interdepartementale commissie ingesteld die zich met de aanpak van gezondheidsachterstand moet bezighouden. Het Grote Steden-beleid wordt uitgevoerd via convenanten met een serie steden, waaronder allereerst de vier grote. 12 april werden de concept-convenanten door Kohnstamm gepresenteerd. De bestrijding van gezondheidsachterstand wordt daar (nog) niet expliciet in genoemd als doelstelling van beleid.



Minister Borst VWS

De experimenten voorbij

Ruim vier jaar geleden publiceerde MO een themanummer over lokaal gezondheidsbeleid: 'Community development, een nieuwe aanpak'. In dat nummer werd voor het eerst de rol in beeld gebracht die opbouwwerk en samenlevingsopbouw zou kunnen spelen bij een nieuw gezondheidsbeleid, dat niet alleen aan de medische stand zou moeten worden overgelaten, maar een zaak moest worden voor de hele maatschappij. Meer 'zelf', meer thuis, en vooral ook meer preventie. Het Gezonde Steden-beleid kwam. De nieuwe Wet Collectieve Preventie benadrukte de taak van de gemeente bij lokaal gezondheidsbeleid. In dat MO-themanummer werden onder andere projecten gespresenteerd van het Landelijk Netwerk Gezonde Steden, het NIZW, Rotterdam Gezonde Stad. En vanuit het landelijk opbouwwerk onder andere het project 'Community based lokaal gezondheidsbeleid'. Op allerlei plaatsen gingen lokale partijen aan de slag om met innovatiegeld, hier en daar aansluitend bij het sociale vernieuwingsbeleid, lokale gezondheidsbevordering te organiseren. Er ontstond een scala van projecten, waarin onder andere via de buurt werd geprobeerd de integrale visie op gezondheid, de intersectorale samenwerking en bevolkingsparticipatie gestalte te geven. Vooral GGD-en, vanuit de afde-

lingen epidemiologie en gezondheidsvoorlichting, toonden zich actief. Soms ook het opbouwwerk. Veel van die innovatieve-projecten zijn nu afgerond. Er is een boel gedaan, er is een stapel ervaringen vastgelegd in boekjes en besproken op congressen en symposia. De voorlopige conclusie kan worden getrokken dat een opbouwwerk-buurtaanpak van gezondheidsvraagstukken inderdaad kan helpen. Zo'n opbouwwerk-aanpak is ook door GGD-en, RIAGG's, kortom door meerdere partijen in het 'medische veld' herkend en erkend als zinvol. Een aantal van die projecten van GGD en opbouwwerk passeren in dit themanummer van MO de revue.

Na jaren experimenteren en innoveren is het nu tijd voor implementatie van succesvolle werkwijzen. Te vaak gaat de kennis van een innovatieproject verloren. Na de extra stimulans van pioniers en extra projectfinanciering gaat men weer over tot de orde van de dag. Het terugdringen van gezondheidsachterstand kan niet per projectperiode van drie jaar worden gerealiseerd. Wel kunnen via een project voorwaarden worden geschapen voor een structurele aanpak die op langere termijn effect zal hebben. Ook in buurten en wijken. Ten behoeve van de gewenste structurele implementatie ligt er nu een taak onder meer voor de centrale overheid, voor het lokale beleid, voor GGD-en en voor opbouwwerk. Het zoeken naar de juiste 'implementatie'-weg is in alle verhalen van GGD- en Opbouwwerk-projecten in dit themanummer zichtbaar.

Inmiddels is ook het Landelijk Netwerk Gezonde Steden een nieuwe fase ingegaan. Het bestaande, door het ministerie van Volksgezondheid gefinancierde Steunpunt in Rotterdam, is opheven. Het Netwerk is nu ondergebracht bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten in Den Haag. Het lokale beleid is nu nadrukkelijk aan zet. Voor het realiseren van een structurele aanpak van gezondheidsachterstand in de grote steden, zoals Amsterdam en Rotterdam, ligt er een schone taak voor de deelgemeenten.

Huisartsen onder druk

De opstapeling van gezondheidsproblemen in bepaalde wijken en buurten heeft ook bij de huisartsen in die gebieden geleid tot noodsignalen: we kunnen de complexe problematiek niet meer aan. De werkdruk wordt te groot, met de huidige organisatie en financiering van de huisartsenzorg kunnen wij als huisarts in achterstandsbuurten niet meer uit de voeten. Sommigen (velen ?) vertrekken als huisarts liever naar rustiger streken. Een tekort aan huisartsen in 'probleemwijken' dreigt. Wie de praktijk van de huisarts in deze wijken van nabij kent, was al op de hoogte van deze signalen. Maar ook nu is het wetenschappelijk bevestigd en landelijk (via de media) breed geagendeerd. Al ruim twee jaar geleden werd in een Rotterdams rapport (Erasmus-universiteit) over de werkbelasting van huisartsen in achterstandsbuurten gepleit voor een andere organisatie, andere financiering en meer ruimte voor andere werkwijzen voor huisartsen in de betrokken buurten. Het onderzoek werd gefinancierd door Rotterdamse zorgverzekeraars. Ook de zorgverzekeraars hebben direct belang bij een effectieve aanpak van gezondheidsachterstand in hun verzekeringsgebied, vooral als zij veel 'slechte risico's' in hun bestand hebben. Begin 1995 bevestigde de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV) het Rotterdams beeld. Ook in andere steden staan huisartsen onder druk.

Al iets eerder pleitte de commissie Biesheuvel in het rapport 'Gedeelde zorg: betere zorg' (1 januari 1994) voor 'de huisarts als poortwachter'. De huisarts krijgt complexe sociale en medische problematiek in zijn spreekkamer. De huisarts kan zorgen voor een goede verwijzing. Enerzijds komt dan de functie van de huisarts als 'poortwachter' in beeld, die bijvoorbeeld de deur moet sluiten voor te veel verwijzingen naar specialisten; anderzijds biedt de poortwachter-positie aanknopingspunten voor het organiseren van andere werkwijzen in achterstandsbuurten. De commis-

sie beveelt samenwerking van 'huisartsen onder één dak' aan (de zogenaamde 'HOED'-constructie) om de complexe problematiek beter aan te kunnen. Onder andere wordt voorgesteld om via flexibele financieringsvormen meer ruimte te scheppen voor specifieke taken en voor nieuwe vormen van samenwerking. Ook wordt een opslagsysteem overwogen voor huisartsen die in hun praktijk meer dan gemiddeld 'moeilijke' patiënten hebben. Terwijl het concept van het gezondheidscentrum uit de mode was verklaard, wordt nu met meer nadruk dan ooit gepleit voor samenwerking van huisartsen. Ook vanuit de hoek van de gezondheidscentra wordt naar een nieuwe aanpak gezocht, mede omdat de extra financiering voor deze samenwerkingsvorm verdwijnt. Juist in gebieden met gezondheidsachterstand is de huisarts een onmisbare partij om mee samen te werken. Die samenwerking is in de voorbije innovatiefase van buurtgerichte gezondheidsbevordering opvallend afwezig. Eén van de conclusies uit het LCO-project 'Community based lokaal gezondheidsbeleid', dat in 1994 werd afgerond, is: gescheiden domeinen binnen de gezondheidszorg tussen preventie, behandeling en zorg staat een effectieve aanpak van gezondheidsachterstand op buurtniveau in de weg. Denk niet alleen aan 'leefstijl'-projecten (gezond eten, niet roken) in achterstandsbuurten. Zoek voor het realiseren van effectieve buurtgerichte gezondheidsprogramma's naar structurele samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars. Zij zijn onmisbare schakels voor een effectieve 'community based'-aanpak in de toekomst. Via het project 'Een Hoed met Rand' (zie de Nieuwsbrief Opbouwwerk en Gezondheid in dit themanummer) is het LCO gestart met het organiseren van samspraak en samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars voor buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand.



Gezondheidszorg in de grote stad: altijd wat!

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw dr. E. Borst-Eilers hield op het symposium 'Zorg voor de grote stad!', op 27 februari 1995 in het Westeinde ziekenhuis in Den Haag een inleiding over gezondheidsachterstand. Het symposium was georganiseerd door het Grootstedelijk Regio-overleg Intramurale Gezondheidszorg (GROIG). De grote steden hebben ook altijd wat. Nu willen ze weer extra geld voor de aanpak van gezondheidsachterstand. De minister erkende de problemen. Maar meer geld lost die problemen niet zomaar op. Hier de hoofdlijnen van het betoog van de minister.

De symposium-organisatie heeft de vraag aan mij voorgelegd waarom het Grote Stedenbeleid nog niet vertaald is in extra middelen ten behoeve van de budgetten van de zorginstellingen. 'Grote steden, altijd wat'. Die titel van mijn inleiding kun je zien als een verzuchting. Houdt het nooit op met die grote steden... Ik zie het echter ook als een kernachtige weergave van de reden waarom wij in ons kabinet een coördinerend bewindspersoon voor de grote steden hebben aangevoerd. In de grote steden is er altijd wat. Er is ook altijd van alles tegelijk, en, om het nog boeiender te maken, de vraagstukken die spelen haken vaak ook allemaal op elkaar in.

Inspanningen op het gebied van de verslavingszorg hangen rechtstreeks samen met die ter bevordering van sociale veiligheid.

Werkgelegenheids- en huisvestingsbeleid hebben effecten op leefbaarheid en sociale binding in de stad. In de tijd gezien is de kracht van de invloed van de verschillende aandachtsgebieden wisselend. Zo vormden, om een wat extreem voorbeeld te geven, in de 19e eeuw de woonomstandigheden één van de belangrijkste oorzaken van ziekte. Inmiddels is, door de verbeterde kwaliteit van de woningvoorraad, deze relatie sterk afgezwakt. Er bestaat dus alle reden om de

inspanningen gericht op de aanpak van de vraagstukken, waar de grote steden ons voor plaatsen, stevig te coördineren. Aan de voorbereidingen die in de diverse interdepartementale werkgroepen getroffen worden om te komen tot het convenant Kohnstamm (Grote Steden-convenant) hecht ik veel waarde.

Buurtgerichte preventie

De vraag naar meer middelen voor de intramurale gezondheidszorg in de grote steden heeft als achterliggende gedachte dat daar een grotere en/of duurdere zorgvraag optreedt. Daarover het volgende: In algemene zin is het aannemelijk dat de vraag naar zorg in grote steden hoger dan gemiddeld ligt. Daar kunnen verschillende verklaringen van naar voren gebracht worden. De relatief geringe sociale binding en controle in steden is er één van. De aantrekkingskracht van de grote stad op zwervenden en verslaafden een andere. Een belangrijk deel van de extra aandacht die de zorg daardoor behoeft betreft naar mijn idee de preventie.

Ik denk dat daar veel winst te behalen valt. Buurtgerichte activiteiten, zoals die ook opgezet zijn in het kader van de Gezonde-stedenprojecten, zijn belangrijk bij het bestrijden van gezondheidsachterstanden. Het bereiken van effectieve gedragsveranderingen staat daarbij voorop.

Opslag voor huisartsen

In feite geldt iets soortgelijks voor de huisartsenzorg. Ook hier is de situatie sterk buurtgebonden. In achterstandsbuurtten en -wijken in de grote stad zijn huisartsen overbelast. Daar bevindt zich een concentratie van extreem hulpbehoevende patiënten. Een zeer recent rapport van de LHV (Landelijke Vereniging van Huisartsen) heeft de ernst van dit probleem nog eens onderstreept. Ik vind dit een serieus signaal en wil dan ook graag bezien of in duidelijke achterstandswijken een speciale opslag in het beloningssysteem van de huisartsen haalbaar is.

Regionale vormgeving

Aan de andere kant van de keten van zorg en aandacht bevindt zich de intramurale zorgverlening. En ook daar zal de zorg extra inspanningen vergen. Want uiteraard zijn al die kenmerken van de grote stad en haar bevolking niet ineens verdwenen zodra we een instelling binnenstappen. Ook deze zorgverlening in de grote stad is niet gemakkelijk. Wat echter ook lang niet altijd gemakkelijk is gebleken, is het aantoonbaar maken wát er daarom precies wáár extra nodig is. Als ik bijvoorbeeld Rotterdam met Den Haag vergelijk, dan zie ik geheel verschillende kenmerken en problemen bij de instellingen. Ook uit onderzoeken komen, naast overeenkomsten, grote verschillen naar voren. Een voorbeeld: Rotterdam is significant ongezonder dan de rest van de provincie, ook wanneer dit gecorrigeerd wordt voor bevolkingssamenstelling. Den Haag daarentegen is gemiddeld iets gezonder dan de rest van de provincie.

Conclusies in het rapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' van het RIVM (1993) maken het er ook al niet gemakkelijker op. Ik citeer: "De analyse van regionale gezondheidsverschillen leidt tot de constatering dat er regionale verschillen in sterfte en daarmee vermoedelijk ook in andere facetten van gezondheid aanwezig zijn, met een complexe vorm van differentiatie over de regio's. (...) Beleidsontwikkeling op grond van regionale gezondheidsprofielen is niet eenvoudig (...)" (einde citaat.)

Het voeren van een landelijk beleid dat is toegespitst op intramurale gezondheidszorg in de grote steden is een wat glibberige materie. Tegenover mijn illustraties kunnen vast voorbeelden gegeven worden van gevallen waar de steden, één of enkele ervan, tekort gedaan worden. Ik sluit niet uit dat als men mij overtuigt en ik mij inspan, we gezamenlijk best hier en daar nog een verbetering aan kunnen brengen. De rode draad daarbij is: zoveel mogelijk investeren in de regionale vormgeving van een samenhangend zorgbeleid, in combinatie met een grote zuinigheid in de centrale

Zorg in en om de stad: nieuwe kansen

regelgeving.

Transmurale zorg

De ontwikkeling van de transmurale zorg raakt de hele zorgsector. Immers, de transmurale zorg moet vooral niet gezien worden als een gebied, een sector of een apart onderdeel van de zorgsector. Dat kan ik, gezien de menselijke gewoonte om hokjes en schotjes aan te brengen, niet genoeg benadrukken. Transmurale zorg bestaat naar mijn idee in de eerste plaats uit versterking van de samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders. Daar is, zeker in grote steden, onnoemelijk veel winst te behalen! Juist daar is het aanbod complex, gevarieerd en veelkoppig. Juist daar bestaat er, bij een minder sterke sociale structuur, extra behoefte aan afstemming. De ontwikkeling van transmuraal verleende zorg staat of valt met de activiteiten die lokaal door de aanbieders zelf in gang gezet worden.

Op tal van plaatsen zijn al transmurale initiatieven tot stand gekomen. Ik denk bijvoorbeeld aan de vele activiteiten die samen met de thuiszorg in Amsterdam ondernomen worden!

Melkertbanen

Er is vandaag en ook morgen alle reden om het grootstedelijk overleg tussen instellingen te continueren dan wel te intensiveren. Ik denk alleen al aan de mogelijkheden die er zijn om de verdeling van de zogenaamde Melkert-banen in de zorgsector in uw voordeel aan te wenden. Het kabinet heeft de wens uitgesproken dat 70% van deze middelen neerslaat in de vier grote steden. Dat kan echter alleen gerealiseerd worden op basis van voorstellen die er vanuit de instellingen zelf gedaan worden voor de invulling van plaatsen.

Tenslotte: Een generieke, grootstedelijke budgetopgiving voor gezondheidszorg heb ik niet voor u op zak.



Het Grootstedelijk Regio-overleg Intramuraal Gezondheidszorg (GROIG) organiseerde onlangs het symposium 'Zorg voor de Grote Stad'. Doel was de problemen in de gezondheidszorg nadrukkelijk onder de aandacht te brengen van het Grote Stedenbeleid van het kabinet Kok. De wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie, van de gemeente Den Haag, drs. J.J. Luyten schetste op het symposium het Haagse perspectief. Zijn inleiding wordt in dit artikel samengevat.

De wethouder startte met drie constateringingen:

1. De zorgvraag in Nederland is voor een groot deel door de sociale en fysieke omgeving, dus territoriaal, bepaald. De gezondheidszorg is echter functioneel georganiseerd, dit kent zijn grenzen, dagelijks zien we in de grote steden dat dit organisatieprincipe te beperkt is.
2. Wie stuurt nu eigenlijk de gezondheidszorg? Mijns inziens stuurt iedereen en derhalve dus feitelijk niemand. In de tussentijd zijn alle ogen gericht op de minister, oftewel sinds een half jaar op mevrouw Borst.
3. Binnen enkele jaren bestaan er drie stadsprovincies. Deze moderne bestuurslaag geeft unieke kansen voor het inrichten van de overheidsbemoedienissen in de zorg.

De opeenstapeling van problemen in bepaalde delen en wijken van de steden leidt tot tegenstellingen en bedreigen de maatschappelijke stabiliteit in de lokale samenleving. In het Deltaplan voor de grote steden van juni 1994 hebben Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht de aard en omvang van de stedelijke problematiek uiteengezet. Na het aantreden van het nieuwe kabinet met een coördinerend bewindspersoon voor het Grote Stedenbeleid is een proces op gang gekomen, gericht op het integraal aanpakken van de problemen in de grote steden.

'Zorg' in de brede betekenis van het woord voor degenen die hulp behoeven is een onderdeel van die integrale aanpak. Een nieuwe kans voor de toekomst van de stad.

Bepaalde groepen

Als ik praat over de zorg van de lokale overheid voor degenen die chronische hulp behoeven, dan praat ik in de Nederlandse situatie over drie kwetsbare groepen:

- a. mensen met chronische functievervalsing door leeftijd of handicap, de ouderen en gehandicapten.
- b. mensen die vanwege sociaal-economische factoren in die hoek verkeren waarin alle klappen terecht komen, denk bijvoorbeeld aan allochtonen, WAO-ers en werklozen. De sociaal-economische segregatie naar (etnisch-culturele) herkomst.
- c. mensen die zijn aanbeland in het souterrain van onze samenleving: thuislozen, drugs- en alcoholverslaafden en ex-psychiatrische patiënten.

De hulpvraag van deze groepen is doorgaans complex van aard. De problemen maken een mix van maatregelen noodzakelijk in de sfeer van de (vaak intensieve) individuele zorg- en hulpverlening en de sociale en fysieke omgeving.

Feiten

Ter illustratie enkele feiten over de meest kwetsbare groepen in Den Haag. Uit onderzoeken van de Haagse Sociale Dienst en de Haagse GGD werd de omvang van de groep dak- en thuislozen in Den Haag geschat op 1150 tot 1350 personen. Daarvan verbleven er gemiddeld 350 per dag in opvangvoorzieningen. Tegen de 600 personen vinden onderdak in particuliere pensions of huren een kamer. De rest van de groep (300 personen) zwierft over straat. Ik heb geen reden om aan te nemen dat de aantallen sinds 1990 verminderd zijn. Eerder het omgekeerde. De omvang van de groep verslaafden aan alcohol, drugs en gokken, in Den Haag, is moeilijk vast te stellen. Schattingen

spreken over 25.000 probleemdrinkers, waaronder de categorie alcoholisten en 1500 tot 2000 harddruggebruikers. Over het aantal gokverslaafden zijn geen schattingen bekend. Gezien het aantal hulpvragen van personen die aan het gokken verslaafd zijn, neem ik aan dat deze groep toeneemt. De stap van een cliënt uit het psychiatrisch ziekenhuis terug in de maatschappij is moeilijk. De psychiatrische ziekenhuizen kunnen de abruptheid van de overstap weliswaar op verschillende manieren verzachten, maar terugval is niet altijd te voorkomen. De kansen op het vinden van een baan zijn om een aantal redenen beperkt en een sociaal netwerk bij de terugkeer in de samenleving is vaak niet aanwezig. In Den Haag gaat het om een groep van 4000 personen.

Het probleem

Ik zou het nog kunnen hebben over het sociaal isolement van grote groepen ouderen, over groepen jongeren, die ondanks de voor allen beschikbare voorzieningen in de problemen raken en over de specifieke problematiek van allochtonen. De gezondheid van deze inwoners van de stad hangt samen met hun situatie. Met het sociale isolement waarin ze terecht zijn gekomen, omdat ze verslaafd zijn geraakt, omdat ze de complexiteit van de samenleving niet meer aankunnen, omdat ze uit het eigen land verjaagd, niet echt met open armen in de Nederlandse samenleving worden opgevangen of omdat ze oud van jaren geen familie, vrienden of kennissen meer hebben.

Concluderend stel ik het volgende:

- gezondheid en zorgvraag kan niet gescheiden van de leefomgeving bekeken worden;
- het overgrote deel van de chronische zorgvraag wordt bepaald door situationele factoren, zoals de fysieke omgeving en sociale context;
- gezondheidszorg wordt landelijk aangestuurd, instellingen en verzekeraars hebben slechts ten dele de mogelijkheid zich aan te passen aan lokale omstandigheden.

Wie stuurt

De stadsbesturen voelen zich mede verantwoordelijk voor het organiseren van een adequaat aanbod van zorg- en hulpverlening. Immers, het stadsbestuur wordt door haar burgers aangesproken op overlast ten gevolge van excessen zoals:

- verslavingsproblematiek;
- chronisch psychiatrische patiënten;
- dak- en thuislozen.

Juist waar de overlast betrekking heeft op de situationele factoren van medeburgers. In Den Haag hebben we recentelijk nog de negatieve gevolgen gehad van het besluit van de stichting Thuiszorg om een volledige cliëntenstop in te stellen vanwege financiële perikelen. De dagelijkse praktijk stemt mij niet al te optimistisch. Zoals ik al zei, iedereen stuurt: de verzekeraar in het belang van zijn verzekerden, de zorgverlener in het belang van zijn patiënt en de gemeente in het belang van zijn burgers. Dit kan betekenen dat de drie partijen gezamenlijk aan één stuur of ieder afzonderlijk aan een eigen stuur trekken. Ik heb er geen enkel vertrouwen in dat de patiënt, de verzekerde of de burgers ons dit in dank zullen afnemen.

De inzet voor het overleg tussen de rijksoverheid en het stadsbestuur in het kader van het Grote Stedenbeleid op het terrein van zorg is dan ook: het stadsbestuur moet in staat zijn aan bovengenoemde verantwoordelijkheid daadwerkelijk invulling te geven.

Uiteraard moet het invulling geven van de eigen verantwoordelijkheid gebeuren in goede samenspraak met de instellingen in het zorgveld, met de individuele hulpverleners en met de zorgverzekeraars.

Plannen

Net als in de rest van ons land is in de steden de gezondheidszorg goed georganiseerd. De hierboven geschildeerde problematiek van de steden zet het systeem echter onder druk. Recentelijk hebben de media nog aandacht besteed aan de werkdruk van huisartsen in de ach-

terstandswijken. De plannen van de gemeente gaan uit van een integrale aanpak. Integraal op drie manieren:

- samenhang tussen AWBZ-zorgverlening en begrotingsgefinancierde zorgverlening (WVG/WBO/AMW/JHV)*;
- samenhang tussen zorgverlening en andere sectoren zoals huisvesting en welzijn;
- samenhang in de aansturing tussen verzekeraars en regionale overheid.

(* Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), Wet op de Bejaardenoorden (WBO), Jeugdhulpverlening (JHV).)

Een voorbeeld. Het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in de stad moet niet alleen afgestemd zijn op de vraag. Er dient ook zorg te zijn na de behandeling. Psychiatrische cliënten worden opnieuw opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zozeer omdat zij onderhevig zijn aan een crisis, maar de sociale ondersteuning na de behandeling is er niet. Sociale ondersteuning voor langdurig hulpafhankelijke psychiatrische cliënten is een noodzakelijke aanvulling op de traditionele GGZ. Soms is het een kwestie van afspraken maken tussen instellingen, van ontkokering, van over grenzen heen kijken, soms is het een kwestie van geld. Initiatieven waarin die sociale ondersteuning voor deze groep cliënten wordt georganiseerd, vormen geen verstrekking in de zin van de AWBZ. Vanuit de zorg worden dit soort initiatieven te gemakkelijk bestempeld als een zaak van maatschappelijke dienstverlening. Alleen al in dit voorbeeld ligt een drietal besprekingspunten met het rijk besloten:

1. Het schot tussen enerzijds de AWBZ-gefinancierde voorziening en anderzijds de begrotingsgefinancierde voorziening.
2. De subsidieregeling 'Zorgvernieuwing en substitutie GGZ 1995'. In de betreffende regeling wordt een bedrag van 10 miljoen ter beschikking gesteld

voor de vier grote steden en een bedrag van 6,5 miljoen (vooralsnog) gereserveerd voor openbare geestelijke gezondheidszaken in relatie tot de grootstedelijke problematiek. Het is dan toch van de gekke dat, gelet op hun verantwoordelijkheid en de financiële betrokkenheid bij het oplossen van de problematiek, de stadsbesturen geen stem hebben in de toewijzing van de gelden. Recentelijk op werkbezoek bij een project dat vanuit gemeentebelegging werd gesubsidieerd, bleek, tot wederzijdse verbazing, de ziektekostenverzekeraar eveneens een bijdrage aan dit project te leveren.

3. Een territoriaal regie-instrument, de regiovisie. Mogelijkheden om de gewenste invulling te geven aan verantwoordelijkheden. Het ontbreken van instrumenten om krachtig invulling te geven aan een regisserende rol.

De afgelopen jaren hebben de steden herhaaldelijk hun visie verwoord op de rol van het publiek bestel in het kader van de stelselwijziging zorg. Het dossier over deze materie ligt ter besluitvorming bij het kabinet. De grote steden zijn gestart met de ontwikkeling van het instrument regiovisie als referentiepunt voor de regionale marktpartijen: de aanbieders van de zorg, de consumenten en de zorgverzekeraars. Een algemene en globale visie op de gewenste kwaliteit van de regionale zorgstructuur is in ontwikkeling. Kwaliteit richt zich dan op de samenhang, de samenwerking, de fysieke en functionele toegankelijkheid en de mate van gemeenschaps- en patiënteninvloed. We willen graag de wettelijke verankering van een deugdelijk instrument op het zorgterrein om vorm te geven aan een adequaat zorgaanbod en om aan de regisserende rol invulling te kunnen geven.

Samenwerking

Ik zei het reeds: soms is het een kwestie van afspraken, soms is het

een kwestie van geld. Ik neem niet terug dat ik medebesikking claim op gelden voor initiatieven op het gebied van vernieuwing en dat ik graag over instrumenten beschik om de regionale rol van het stadsbestuur te verankeren. Maar ik ben er ook van overtuigd dat binnen de bestaande regelgeving mogelijkheden liggen om gezamenlijk de grote stadsproblematiek te lijf te gaan. Als alle betrokken partijen overtuigd zijn van de ernst van de problemen, overeenstemming hebben over een oplossingsrichting en bereid zijn over eigen grenzen heen te kijken, komt een creatieve potentie vrij om daadwerkelijk iets op te lossen.

In Den Haag en ook in de andere grote steden zijn er gelegenheden, bijvoorbeeld rond de initiatieven in het kader van de regiovisie, om die samenwerking daadwerkelijk vorm en inhoud te geven. Binnen twee weken sluit ik met het Haagse AWBZ-verbindingkantoor een overeenkomst om te komen tot een uniforme en integrale toegang voor AWBZ-ouderenzorg, WBO-ouderenzorg, ouderenhuisvesting en WVG.

Kans

In vogelvlucht heb ik het terrein geschilderd waar in eerste instantie mijn aandacht op is gericht bij de besprekingen tussen het rijk en de vier grote steden. Wij hebben een gezamenlijk probleem. Wij zijn partners in onze doelstelling. Wij hebben echter ieder onze eigen inspanningsverplichting. De samenwerking met de partijen in het zorgveld is daarbij van essentieel belang. Voor deze samenwerking moet de rol van de overheid haarscherp zijn.

Met name is aandacht geboden voor een unieke kans die zich thans gaat voordoen. De vorming van de nieuwe stadsprovincies in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag kan ertoe leiden dat op het terrein van de volksgezondheid een grote stap voorwaarts wordt gezet. Door het samenbrengen van provinciale en gemeentelijke taken ontstaan de mogelijkheden en de kansen. Hiermee ontstaat de mogelijkheid dat planning en openbare gezondheids-

zorg in één hand terecht komt. Hiermee ontstaat de mogelijkheid dat op basis van een goed zicht op de gezondheid van de bevolking een adequaat aanbod kan worden geleverd. Het samenbrengen van provinciale en gemeentelijke taken in één gezondheidsdienst onder één democratisch gekozen bestuur is in de visie van het Haags gemeentebestuur een belangrijke stap in de juiste richting. Een richting die ik bij het begin al noemde, namelijk:

1. Een territoriaal gerichte gezondheidszorg, meer gericht en gestuurd op de zorgvraag zoals die door de sociale en fysieke omgeving, dus territoriaal, wordt bepaald.
2. Een duidelijk antwoord op de vraag: "Wie stuurt nu eigenlijk de gezondheidszorg?"
3. Een moderne regionale overheid als aanspreekpunt en partner voor partijen in de zorg.

Het overleg is op gang gekomen. Dat betekent nieuwe kansen om de grootstedelijke problematiek adequaat aan te pakken.



Gemeenten op zoek naar succes

door les Engels, VNG-coördinator Netwerk Gezonde Steden

Het Netwerk Gezonde Steden (NGS) gaat zich de komende jaren intensief bezighouden met het ondersteunen en ontwikkelen van het Gezonde Steden-beleid. Hiertoe is een nieuw platform van gemeenten opgericht dat met ondersteuning van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) de mogelijkheden gaat uitwerken om gezondheid op de politieke agenda van gemeenten te krijgen. Projecten ten behoeve van groepen die in achterstandssituaties verkeren krijgen hierbij prioriteit. In dit artikel wordt kort beschreven wat onder Gezonde Steden-beleid verstaan wordt en hoe het internationaal en nationaal tot ontwikkeling is gekomen. Daarnaast wordt ingegaan op hoe, binnen het kader van het NGS, de komende jaren verder gezocht zal worden naar voorwaarden waaronder Gezonde Steden-beleid in Nederlandse gemeenten doelmatig en doeltreffend gestalte kan krijgen.

Wat is GSB?

Gezonde Steden-beleid is gezondheidsbeleid op lokaal niveau, dat via intersectoraal werken en werkwijzen die in de lokale gemeenschap tot stand komen, gestalte krijgt. Gemeentebestuurders vervullen hierbij met name een voorwaardenscheppende functie. Daarom is het belangrijk dat zij bij het gestalte geven aan de infrastructuur en voorzieningen in de stad, de gemeente of het dorp, bewust vormgeven aan de voorwaarden voor individuen of groepen om in de gemeentelijke context de determinanten van hun gezondheid te kunnen beïnvloeden of daar effectief mee te kunnen omgaan. Gezondheid wordt hierbij opgevat als een volledige staat van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Als determinanten van gezondheid worden onderscheiden:

- 1) de lichamelijke constitutie,
- 2) de fysieke omgeving,
- 3) de leefstijl,

4) het zorgaanbod.

Een gemeente mag zich in deze optiek 'Gezonde Stad' noemen als gemeentebestuur, maatschappelijke organisaties en burgers gezondheidsbewust zijn en zich bezighouden met het bevorderen van gezondheid.

Deze brede maatschappelijke benadering van gezondheid op gemeentelijk niveau komt voort uit de gedachte dat het streven naar een gezond leven niet alleen een zaak van ieder persoonlijk is, maar ook van de leefgemeenschap waarin zij of hij leeft. Milieu, woonomgeving, recreatie-mogelijkheden, onderwijs en vele andere zaken dragen bij aan het welzijn en dus ook aan de gezondheid van mensen. Voor lokaal bestuur, gemeentelijke diensten, organisaties en burgers geldt dat wederkerigheid, interactie, centraal komt te staan in het beleidsproces.

Internationaal

Het gedachtengoed van het Netwerk Gezonde Steden (NGS) vindt haar oorsprong in het internationale Healthy Cities Project van de World Health Organisation (WHO). Hoofddoel hiervan is het verbeteren van de gezondheid van burgers in de steden van de wereld, en dus ook van Europa. Middel hiertoe is het vormgeven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burger en lokaal bestuur. Burgers moeten actief betrokken worden bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid; beleid dat per definitie kleinschalig is, toegesneden op lokale omstandigheden. Gemeenten zijn hiertoe bij uitstek in staat.

Deze filosofie heeft de WHO uitgewerkt in een aantal werkprincipes:

- politieke betrokkenheid;
- participatie van de bevolking;
- intersectorale samenwerking;
- gegevens als basis.

Het begrip 'Healthy Cities' omvat dus niet zozeer een nauw omschreven einddoel of eindtermen waar een Gezonde Stad aan moet voldoen, maar beschrijft veeleer een

manier om te bereiken dat gezondheid weer een zaak van iedereen wordt.

Nederland

In Nederland bestaat er vanaf 1 januari 1995 een landelijk platform voor en door gemeenten. Dit Netwerk Gezonde Steden (NGS) is een officieel onderdeel van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Tot 1995 had het netwerk een tamelijk informeel karakter en werd het ondersteund door een steunpunt dat functioneerde onder verantwoordelijkheid van een stuurgroep en op basis van subsidie van het Ministerie van VWS. Nu het subsidie per 1995 is beëindigd, heeft de VNG het op zich genomen om een bijdrage te leveren aan de ondersteuning van het Netwerk. Om het NGS bestuurlijk te verankeren, is er een stuurgroep geïnstalleerd waarin inmiddels 18 gemeentebestuurders participeren. Daarnaast zullen ook 18 ambtenaren van de deelnemende gemeenten alsmede de VNG zich inspannen om de doelen die het Nederlandse netwerk zich stelt, te helpen realiseren. Hoofddoel van het NGS is het ondersteunen en ontwikkelen van Gezonde Steden-beleid. Het netwerk onderhoudt contacten met diverse gemeenten en organisaties in het land, organiseert workshops en landelijke bijeenkomsten en verspreidt schriftelijke informatie. Actuele gezondheidsproblemen die een intersectorale aanpak vragen waarbij zowel gemeentebesturen als beleidsvoorbereiders, uitvoerders en maatschappelijke organisaties en burgers betrokken zijn, staan voorop.

Centrale doelen?

Het NGS zal concreet gestalte geven aan de filosofie van de het Healthy Cities Project van de WHO vanuit de gemeentelijke optiek. Deze optiek betekent dat met name gemeentebestuurders goed moeten worden toegerust om Gezonde Steden-projecten effectief en efficiënt ter hand te nemen. Hiertoe zal enerzijds binnen het NGS het beleid van

de deelnemers onderling worden ondersteund en zal informatie daarover worden verspreid naar andere gemeenten. Anderzijds zal de ondersteuning en onderbouwing van Gezonde Steden-beleid gestalte krijgen via een nieuw driejarig project dat wordt gesubsidieerd door het Praeventiefonds, waarin ervaringen systematisch zullen worden beschreven, geanalyseerd en doorgegeven.

Het doel van het project Gezond Lokaal Beleid is onderzoeken onder welke voorwaarden gemeentelijk gezondheidsbeleid, gericht op de verbetering van de gezondheidssituatie van achterstandsgroepen, doelmatig en doeltreffend kan zijn. Dit beleid te ontwikkelen is een zaak van innovatie. Het ontbreekt de gemeenten op dit moment aan concrete ervaring met beleidsprogramma's die aansturen op de determinanten van gezondheid. Op onderdelen zijn verschillende (theoretische) bases voor uitvoering van Gezonde Steden-beleid beschikbaar, maar dit vergt nadere afstemming en synthese.

Onderzoek is onontbeerlijk om uit de diverse praktijkervaringen die in het verleden zijn opgedaan en die tijdens het praktijktraject zullen worden verkregen, met name die bouwstenen te halen die voor andere geïnteresseerde gemeenten binnen de Nederlandse context leerzaam en bruikbaar zijn bij het concreet gestalte geven aan Gezonde Steden-beleid. Daarom zal het project Gezond Lokaal Beleid langs twee wegen worden uitgevoerd, te weten:

1. Wetenschappelijk onderzoek met het oog op de analyse van de beleidsprocessen van de ontwikkeling en implementatie van Gezonde Steden-beleid;
2. Praktische ondersteuning aan gemeenten ten behoeve van de ontwikkeling en implementatie van gemeentelijk beleid op het terrein van Gezonde Steden-beleid, gericht op verbetering van de gezondheidssituatie van achterstandsgroepen.

Naast de vier 'Gezonde Stad'-uit-

gangspunten van de WHO, zal binnen dit project prioriteit worden gegeven aan gezondheidsprojecten gericht op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

Projectorganisatie

De bedoeling is dat gedurende de looptijd van het project zodanige praktijk-ervaring met de opzet en implementatie van Gezonde Steden-beleid wordt opgedaan, dat aan het eind van de rit gefundeerde aanbevelingen aan gemeenten kunnen worden gedaan over te hantieren beleidsmodellen bij de ontwikkeling en implementatie van Gezonde Steden-beleid. De coördinatie-, ondersteunings- en onderzoeksactiviteiten van het project Gezond Lokaal Beleid worden in het kader van het Netwerk Gezonde Steden, onder eindverantwoordelijkheid van de VNG uitgevoerd. Coördinatie- en uitvoeringstaken van het project zijn bij de afdeling Maatschappelijke Aangelegenheden en Volksgezondheid (MAV) van de VNG ondergebracht.

De onderzoeksactiviteiten zullen worden uitgevoerd door het onderzoeksbureau van de VNG, zijnde SGBO (Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek). Voor de ontwikkeling van beleidsmodellen en -theorieën, zal wetenschappelijke ondersteuning op het gebied van gezondheidsbeleid van de kant van de Universiteiten van Utrecht, Wageningen, Nijmegen en Limburg kunnen worden verkregen. Ten behoeve van de begeleiding van het project Gezond Lokaal Beleid zal een begeleidingscommissie worden geformeerd waarin zowel personen worden benoemd die de bestuurlijke inbedding van het onderzoek in de sfeer van de gemeentelijke overheid zullen bewaken als personen die zullen toezien op de wetenschappelijke kwaliteit van het project.

Onderzoekstraject

Het onderzoekstraject is in drie fasen verdeeld:

fase 1:

Inventarisatie van projecten die passen binnen het concept van Gezonde Steden-beleid, toegespitst op de reeds beschikbare evaluaties van deze projecten.

fase 2.

Ontwikkeling van modellen en beleidstheorieën over de toepasbaarheid en effectiviteit van de verschillende beleidsinstrumenten die bij de projecten kunnen worden ingezet.

fase 3.

Het uitvoeren van pilot-projecten in een aantal gemeenten waarin die modellen en theorieën worden getoetst.

Het doel van deze pilot-studies is om te komen tot een toetsing en verdieping van de beleidstheorie en de -modellen voor de meest effectieve en/of doelmatige aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het volgen en beschrijven van de ervaringen in de experimenten zal bij voorkeur al tussentijds tot bijstelling van inzichten en dus ook van de opzet van de programma's en projecten moeten leiden. Ook de rapportages en publiciteit die in relatie met het ontwikkeltraject Gezond Lokaal Beleid worden ondernomen, zullen al tussentijds kunnen verschijnen.

Praktijktraject

In het praktijkgerichte traject zal ondersteuning plaatsvinden aan de proefgemeenten om minstens één concrete lokale activiteit ter bevordering van de gezondheid te ondernemen, waarbij het verminderen van SEGV centraal staat. Naast praktische ondersteuning bij de ontwikkeling en implementatie van beleid zal binnen dit traject het ontwikkelen van lokaal toepasbare beleidsinstrumenten centraal staan op basis van de gegevens en aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoekstraject. Op basis van de theoretische beleidsmodellen

zullen met name de volgende praktijkgerichte produkten (praktisch toepasbare beleidsinstrumenten) worden uitgewerkt:

- een stappenplan voor het uitwerken van lokale activiteiten;
- een checklist met randvoorwaarden voor de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten.

Relatie met SEGV

Door de programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen (SEGV) is in februari 1994 de eerste fase van een onderzoeksprogramma naar gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen, onderverdeeld naar opleiding, beroep en inkomen, afgesloten. Op basis van de gegevens over SEGV heeft de programmacommissie een aantal mogelijke aangrijpingspunten voor interventies beschreven. Bij de wijk/regio gebonden interventies wordt expliciet verwezen naar de activiteiten die plaatsvinden in het kader van het Gezonde Steden-project. Ook projecten in het kader van Sociale Vernieuwing worden genoemd.

De tweede fase van het onderzoeksprogramma naar SEGV zal ondermeer gericht zijn op het opdoen van ervaringen met interventies ten aanzien van SEGV, inclusief de daarvoor vereiste randvoorwaarden. Hierbij is het Netwerk Gezonde Steden geschetst als "een medium dat gebruikt gaat worden om interventies te meten". Na het verklaren van SEGV is nu het zoeken naar beïnvloedingsmethoden aan de orde door samenwerking met een netwerk van gemeenten. Het is dan ook uitdrukkelijk de bedoeling om in het kader van de uitvoering van het project Gezond Lokaal Beleid aansluiting te zoeken bij de activiteiten van de programmacommissie SEGV tweede fase.

Samenvatting

Het bovenstaande kan worden samengevat als een drieluik bestaande uit de volgende elementen: praktijkondersteuning-onderzoek-evaluatie. Dit drieluik kan, mits goed

op elkaar afgestemd, een belangrijke stap vooruit kan betekenen voor gemeentebesturen en anderen om gezondheidsbeleid op lokaal niveau vorm en inhoud te geven. Het komt kort gezegd op het volgende neer:

1. Het Netwerk Gezonde Steden zal het draagvlak voor Gezonde Steden-beleid op gemeentelijk niveau vergroten; enerzijds door het eigen beleid van haar leden onder meer met behulp van uitwisseling van informatie en ervaringen en met behulp van onderzoek te ondersteunen. Anderzijds door informatie daarover te verspreiden onder andere gemeenten, zodat de belangstelling voor en de kennis over Gezonde Steden-beleid kan toenemen.
2. Het project Gezond Lokaal Beleid zal aan de hand van praktijkervaringen gegevens verzamelen ten behoeve van modellen voor beleidsontwikkeling, met behulp waarvan gemeenten projecten kunnen opzetten.
3. De programmacommissie SEGV zal onderzoeksprogramma's stimuleren om de uiteindelijke gezondheidswinst (effect van interventies op determinanten van gezondheid en sociaal-economische gezondheidsverschillen), die met het (nieuwe) beleid wordt beoogd, bloot te leggen.

Tot slot

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat er een rijke voedingsbodem aanwezig is om met de concretisering van Gezonde Steden-beleid de komende jaren aan de slag te gaan. Belangrijke impuls vormt het project Gezond Lokaal Beleid, waarin achtereenvolgens relevante ervaringen zullen worden verzameld, binnen en buiten het NGS, aan de hand waarvan modellen voor beleid zullen worden ontwikkeld en toegankelijk gemaakt om vervolgens initiatieven en experimenten te entameren. Het te verwachten effect van al deze activiteiten is dat er steeds meer sprake zal zijn van gebundelde inzichten en

ervaringen, zodat gemeenten daarvan direct kunnen profiteren bij de ontwikkeling van beleid en projecten op het gebied van gezondheid en achterstand.



Poortwachters of bruggenbouwers

door Mariet Paes, medewerkster LCO

Afgelopen jaar verschenen twee rapporten over gezondheid en gezondheidszorg in Nederland van commissies ingesteld door het ministerie van WVC (nu VWS). Het eerste rapport droeg de titel 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen' en werd uitgebracht door een commissie onder voorzitterschap van professor L. Ginjaar. Het tweede rapport was getiteld 'Gedeelde zorg: betere zorg' van de Commissie modernisering curatieve zorg onder voorzitterschap van de heer B(arend) Biesheuvel. In dit artikel is de vraag aan de orde welke perspectieven deze rapporten bieden voor een buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand.

Biesheuvel

In het rapport Biesheuvel staat het vraagstuk van doelmatigheid en kostenbeheersing in de curatieve zorg centraal. Het rapport gaat over de huisartsen- en de specialistische zorg. De specialistische zorg wordt hier buiten beschouwing gelaten. Aanleiding voor het opstellen van het rapport was de toenemende vraag naar zorg. Volgens de commissie wordt deze veroorzaakt door:

- de vergrijzing;
- de technologische ontwikkelingen;
- de toenemende vraag van patiënten die streven naar een vermindering van hun ervaren onzekerheid met betrekking tot hun gezondheid.

De commissie stelt als oplossing voor om meer samenhang te brengen in de curatieve zorg. Zij spreken van een zorgcontinuüm met aan de ene kant de generalistische zorg en aan de andere kant de specialistische zorg. Daartussen positioneert men de transmurale projecten, waarin de generalistische en specialistische zorg 'buiten hun muren' samenwerken. Binnen de generalistische zorg vervult de huisarts een cruciale rol als 'poortwachter'. De huisarts is als regel het eerste aanspreekpunt bij gezondheids-

klachten. De huisarts handelt het leeuwendeel van de klachten zelf af en selecteert wie wel en wie niet doorverwezen worden naar andere zorgaanbieders. Dit betekent dat vergoeding in het geschetste zorgcontinuüm alleen mogelijk is na verwijzing door de huisarts. Vanuit de specifieke kennis van de huisarts met betrekking tot de patiënt, de gezinssituatie en de leef- en woonomstandigheden kan de huisarts de noodzakelijke verwijzingen indiceren.

Ginjaar

Uit het rapport van de commissie 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen' onder voorzitterschap van professor Ginjaar blijkt dat op basis van de sociaal-economische situatie van mensen gezondheidsachterstand valt vast te stellen. Deze commissie geeft aan, dat de afgelopen jaren genoeg onderzoek is gedaan om deze gezondheidsachterstand aan te tonen en dat de aandacht verlegd moet worden naar goede en doelmatige interventies om gezondheidsachterstand terug te dringen. Zij stellen drie soorten interventies voor:

1. interventies gericht op het grote publiek met specifieke aandacht voor het bereiken van groepen uit lage sociaal-economische situaties;
2. een doelgroepenbenadering met inschakeling van voorlichters uit de eigen doelgroep (para-professionals);
3. wijk/regio gebonden interventies met tweemaal soorten projecten: projecten waarin gezondheid centraal staat en projecten, waarin gezondheid een onderdeel vormt (intersectoraal).

In de experimentele gezondheidsprojecten van de laatste jaren ter rugdringing van gezondheidsachterstand is met deze interventies reeds ervaring opgedaan.

Huisartsen

Wat betekent de poortwachtersfunctie voor huisartsen in probleembuur-

ten? Een huisarts in een probleembuurt heeft te maken met veel sociale problematiek. Er is een hoog aanbod van complexe problematiek, waarin lichamelijke klachten samengaan met psychische en sociale problemen. Bovendien hebben deze patiënten door geringe scholing, gebrek aan arbeid, weinig financiën en slechte huisvesting, geringe perspectieven op verbetering van hun gezondheidssituatie. Wat kan een huisarts in een probleembuurt, die geconfronteerd wordt met een hoge werkdruk door veelvuldiger artsbezoek hieraan doen? In het rapport Biesheuvel noemt men de ervaren grotere werkdruk van huisartsen in de grote steden, op basis van het NIVEL-onderzoek, waarbij nauwelijks achterstandswijken waren betrokken. Men noemt het feit dat die grotere werkdruk niet eenvoudig met geobjectiveerde maatstaven valt te ondervangen en beveelt in grote steden het werken in groepspraktijken aan. De financiële voordelen van een groepspraktijk (omdat deze doelmatiger kan werken) kunnen worden aangewend voor bijvoorbeeld het inzetten van een praktijkverpleegkundige of een tolk.

Als de visie en achtergronden van deze beide rapporten vergeleken worden, vallen twee zaken op: De commissie Ginjaar hanteert als achtergrond een bredere definitie van gezondheid en betreft nadrukkelijk de psychische en sociale componenten bij de lichamelijke. Zij komen in hun voorstellen dan ook tot gezondheidsbevorderende interventies, die gericht zijn op lichamelijke, psychische en sociale componenten.

In de beperking tot curatieve zorg van de commissie Biesheuvel speelt als achtergrond het 'medisch-model-denken' met het primaat bij de aandacht voor de lichamelijke klachten. Oplossingen worden hier vooral in het doelmatig medisch handelen gezocht. Men heeft niet echt oog voor omgevingsfactoren, zoals blijkt uit de opsomming van toeslagen voor huisartsen: men noemt een extra toeslag voor het uitoefenen van bijvoorbeeld de EHBO-functie. Deze functie is voor een huisarts in een stad niet te rea-

liseren, omdat de ziekenhuizen dichtbij zijn. Een opslag voor 'grote-stads'-problemen, zoals meer psycho-sociale problemen, kent men niet toe.

Verbinden

Hoe zou een continuüm van zorg eruit kunnen zien als we de lijnen uit beide rapporten benutten? Een zorgcontinuüm omvat dan naast de generalistische, transmurale en specialistische zorg tevens preventie en het bieden van nieuwe perspectieven aan mensen met een gezondheidsachterstand. Voor deze twee taken zou een extra toeslag voor huisartsen kunnen gelden in het rijtje toeslagen van de commissie Biesheuvel in de vorm van een toeslag voor uit te voeren 'gezondheidsbevorderende (Ginjaar-)interventies'.

De integratie van het sociaal-economische en het medische domein verloopt moeizaam. Voor de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen is een integratie van deze twee domeinen noodzakelijk. Er is echter een trend waarneembaar, dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich terug trekken op het medische domein. Gezien de toenemende zorgvragen is er de keuze van 'meer handen aan het bed' om deze toenemende zorgvraag op te vangen. Een trend van 'huisarts, hou je bij je leest'. Wat moet je in dit scenario met de 'oneigenlijke' hulpvragen waarmee die huisartsen in probleembuurten worden geconfronteerd?

Zorgverzekeraars houden zich bij hun kerntaak en dit is het uitvoeren van de ziekenfondswet. De invloed van sociaal-economische verschillen slaat neer in de vorm van medische problemen, bijvoorbeeld zoals CARA. Vanuit een hernieuwde definiëring van de basistaken van de huisarts kunnen de raakvlakken van gezondheid met andere domeinen zichtbaar worden. De oplossingen voor 'huisartsen onder druk' in probleembuurten zouden niet alleen gezocht moeten worden in organisatorische veranderingen en een andere financiering, maar ook in andere werkwijzen.

Andere werkwijzen

Als huisartsen in probleembuurten te maken hebben met complexe problematiek ben je er niet met te zeggen: 'huisarts, blijf bij je leest'. Het klopt dat huisartsen deze problemen niet alleen kunnen aanpakken; zij zijn er voor de medische invalshoek. Een toenemende zorgvraag, voortkomend uit maatschappelijke ontwikkelingen (toename van ouderen, dementerenden, de-institutionalisering van de psychiatrie) betekent dat niet alleen naar doelmatige zorg BINNEN het zorgcircuit gekeken moet worden. In wijken waar men te maken krijgt met de consequenties van die maatschappelijke ontwikkelingen zullen verbindingen tussen de verschillende domeinen gelegd moeten worden.

Bruggenbouwers

Knelpunten signaleren, oplossingen bedenken, projecten in elkaar zetten, dit alles kan niet van individuele huisartsen verwacht worden. Hierbij is nodig:

- een structuur waarin knelpunten gemeld en besproken kunnen worden,
- een cultuur van samenwerken, waarin de verschillende werksoorten elkaar kennen,
- mensen die projecten kunnen ontwikkelen.

De aanpak van complexe gezondheidsproblematiek moet gebeuren door de welzijns- en gezondheidssector samen. Hiervoor moeten partners in een regio elkaar goed kennen. Zij kunnen samen projecten-op-maat voor een wijk ontwikkelen, waarmee specifieke knelpunten aangepakt worden. Er dienen kwaliteitscriteria te worden opgesteld, waarin de positie en taken van hulpverleners, welzijnswerkers, ziekenhuizen, patiëntengroepen en de wijkbevolking opgenomen zijn. Onderdeel van de projecten is 'leren samenwerken', want samenwerking is er niet zomaar.

Reële gezondheidsachterstand in wijken is vast te stellen. Daar kan via lokale projecten-op-maat iets

aan gedaan worden. Huisartsen kunnen hierbij fungeren als bruggenbouwers. De poortwachtersfunctie van de huisarts in een probleembuurt brengt met zich mee dat de huisarts bruggen moet bouwen naar partners die in buurt werkzaam zijn.



De strijd tegen gezondheidsachterstand en armoede

door Bert Prinsen, projectleider NIZW

Integrale bestrijding van gezondheidsachterstand en armoede vraagt een gezamenlijke inspanning op het terrein van opleiding, werk, welzijn, huisvesting, gezondheid en milieu. De gezondheidszorg in Nederland wordt daar momenteel nadrukkelijk mee geconfronteerd. Vergeleken met het voorafgaande beleid, dat was gericht op bestrijding van achterstand in gebieden met een scala aan problemen, is het domein van gezondheid daarmee toegevoegd aan het achterstandsbeleid. In 'Partnership als middel om sociale uitsluiting aan te pakken' hebben Tenhaeff cs. (1994) al aangegeven, waarom de gezondheidszorg niet meer ontkomt aan haar bijdrage aan integrale achterstandsbestrijding. Ook zijn mogelijke interventies vanuit de zorgsector verkend.

Aan de zijlijn

Een integrale aanpak van achterstand en sociale uitsluiting staat bijna haaks op de gebruikelijke inspanningen vanuit de gezondheidszorg, die worden beheerst door de bestrijding van ziekte op individueel niveau. Crisis-interventie, zorg voor dak- en thuislozen, de verslavingszorg, de huisbezoeken en de thuisverpleging vanuit de thuiszorg, de opvanghuizen, de mantel- en informele zorg zijn daar voorbeelden van (Tenhaeff en Prinsen, 1995). Alle met als doel individueel in nood en aan de zelfkant van de maatschappij terecht gekomen mensen weer zo goed en zo kwaad op de been te helpen. Individuele hulp aan zieken en gehandicapten en anderen met een uitvalrisico zijn kenmerkend voor de inspanningen vanuit de zorg. Veel meer dan individuele hulp bij ziekte zijn inspanningen nodig gericht op omgevings- en andere condities van ziekte en gezondheid, wil achterstandsbestrijding vanuit de gezondheidszorg op collectief niveau tot resultaat kunnen leiden. "What people do with their lives and those of their children affects their

health far more than anything that governments do. But what they can do is determined, to a great extent, by their income and knowledge - factors that are not completely within their control' (WHO, 1993). (vert.: Hoe mensen met hun eigen leven en dat van hun kinderen omgaan, raakt hun gezondheid veel meer dan regeringsbeslissingen. Maar hoe mensen met hun gezondheid omgaan wordt voor een groot deel bepaald door hun inkomen en opleidingsniveau, zijnde factoren die mensen niet geheel in eigen hand hebben. red.) Mogelijk biedt de verbinding van de inspanningen vanuit de gezondheidszorg met maatregelen bij de huisvesting of onderwijs een aanknopingspunt. Gepkens en Gunning (1993) benadrukken de samenhang van structurele maatregelen op diverse terreinen, interventies binnen de gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. De gezondheidszorg zal daartoe uit haar eigen domein moeten durven treden. Dat is des te meer noodzakelijk, omdat voor mensen in achterstandssituaties gezondheid al lang niet meer dat hoogste goed en die belangrijke waarde vertegenwoordigt, die veel Nederlanders er aan hechten (Schnabel, 1994).

De gebruikelijke aanpak van achterstandssituaties op gemeentelijk niveau, waarin een belangrijke rol is weggelegd voor GGD-en is aan herziening toe (Withagen en Jonkers-Kuiper (1993a, 1993b). Andere lokale initiatieven vanuit de vrouwenhulpverlening, de stadsvernieuwing en de eerstelijns-gezondheidszorg vragen een kans. Participatie, gezondheidsonderzoek, intersectorale samenwerking, wijk- en buurtgerichte gezondheidsbevordering en sociale agendering vormen de centrale thema's. Ze representeren de eerste stappen op weg naar vernieuwing van de gezondheidszorg in het perspectief van achterstandsbestrijding.

Activerend beleid

Verschillen in gezondheid en met name de verhoudingsgewijs slechtere gezondheidstoestand van mensen die in een situatie van sociaal-

economische uitsluiting verkeren staan pas sinds kort weer enigszins in de wetenschappelijke en maatschappelijke belangstelling. Interventies tot verkleining van die verschillen - hoe beperkt en bescheiden ook - komen van de grond in de grote steden en plaatsen als Den Helder, Eindhoven en Hengelo. De conclusie is duidelijk: de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn niet of nauwelijks vanuit de gezondheidszorg-sector op te lossen. Wel kan de gezondheidszorg een kader bieden, dat de maatschappelijke participatie van velen vergroot (Brugman e.a.). Daartoe zal zowel de kloof tussen het systeem van de zorg en de wereld van de gebruikers, als die tussen de zorgsector en andere, maatschappelijke sectoren moeten worden gedicht. Aanzetten daartoe veranderen de zorgsector:

- intersectorale samenwerking,
- cliënten- en patiëntenparticipatie (Steenbrink, 1992);
- kwalitatieve en participatie-bevorderende methoden van gezondheidsonderzoek (Brouwer, 1992);
- buurtgericht gezondheidswerk;
- versterking van de bestuurlijke en maatschappelijke inbedding van de zorgsector.

Hoe verheugend het op zichzelf ook is, dat de gezondheidszorg actief betrokken is bij achterstandsbestrijding, veel verder dan het vergroten van participatie van patiënten en cliënten, het aangaan van externe samenwerking ten behoeve van integraal gezondheidsbeleid en het experimenteren met nieuwe methoden (outreaching, participatief, maatwerk) is men nog niet. De gezondheidszorg komt in haar zoektocht naar bijdragen aan integrale achterstandsbestrijding nog nauwelijks toe aan een aanpak, die het perspectief van 'de armen' als vertrekpunt heeft. Partnership ten behoeve van integrale achterstands- en armoedebestrijding staat nog in de kinderschoenen. Er is nog een lange weg te gaan naar een activerend gezondheids- en zorgbeleid als onderdeel van een integraal achterstandsbeleid. Dat neemt niet weg, dat achter-

standsbestrijding binnen de gezondheids-sector belangrijke prioriteit verdient. Het concept van de 'disability-adjusted life year's' (daly's) geeft er mogelijk een haalbaar kader voor. Een 'daly' staat daarbij voor: "the present value of the future years of disability-free life that are lost as the result of the premature death or cases of disability occurring in a particular year" (WHO, 1993). (vert.: de huidige waarde van de toekomstige ziekte-vrije jaren, die verloren gaan ten gevolge van voortijdige dood of het optreden van ziekte in een gegeven jaar. Red.) De consequenties zijn overigens niet gering:

- gezondheid krijgt er een kwaliteitsdimensie bij, namelijk in zoverre het in staat stelt tot maatschappelijke participatie; van de vrouwenhulpverlening en de zelfhulpgroepen kunnen zorg- en hulpverleners in dat opzicht nog veel leren;
- de verhouding tussen aanbieder en gebruiker verandert stormachtig: de klant wordt eindelijk koning;
- participatie van klanten en bewoners is onontkoombaar (Steenbrink, 1992);
- gezondheidsonderzoek krijgt een andere basis; de onderzochte krijgt medezeggenschap in het doel en het gebruik van onderzoek (Braun, 1993);
- een integrale, intersectorale aanpak van gezondheidsproblemen spreekt voor zich.

Op het persoonlijk niveau zowel als op groeps- en buurtniveau, zowel in de uitvoering als in beleid, is participatie een noodzakelijke voorwaarde voor resultaat in achterstandsbestrijding. Dit vraagt een aanpassing van het aanbod en het instrumentarium van voorzieningen, herijking van interventies en een heroriëntatie op de positie van de cliënt en de patiënt. Het is zeker te overwegen een specifieke scholing en bijzondere vestigingscondities ten behoeve van de zorg en hulp aan achterstandsgroepen te ontwikkelen. Op onderzoeksterrein is inbedding van 'community participation' in gezondheidsonderzoek onvermijdelijk en lijkt een verbreding naar de inzet van meer kwalitatieve onderzoeks-

methoden gewenst om de aansluiting bij de doelgroepen te versterken. Deze aansluiting is een voorwaarde voor de daaropvolgende implementatie van de resultaten van onderzoek en de daarbij passende interventies. Op 'ver van mijn bed-shows' zit niemand meer te wachten, de achterblijvers in onze samenleving al helemaal niet. Overigens is hier ook een waarschuwing op z'n plaats. De conclusie is niet, dat wijkgericht werken persé de beste oplossing is. Zeker waar algemene beleidsmaatregelen op gemeentelijk of stadsniveau het kader voor oplossingen bieden, is schaalverkleining niet gewenst noch noodzakelijk.

De gezondheidszorg staat op het terrein van achterstandsbestrijding voor de volgende uitdagingen:

- verbinding van gezondheid met de beleidsterreinen arbeid, onderwijs, inkomen, huisvesting en ruimtelijke ordening, tegelijk met versterking van de samenhang tussen beleid en uitvoering in ziektebestrijding en gezondheidsbevordering;
- aansluiting zoeken bij het perspectief van de uitgeslotenen, mensen voor wie gezondheid soms al niet meer zo telt;
- verbinding van kwantitatieve, objectiverende met kwalitatieve op participatie gebaseerde methoden van gezondheidsbevordering en ziektebestrijding;

De mate waarin de Nederlandse gezondheidszorg die uitdagingen weet te beantwoorden zal mede bepaald zijn voor het armoede-gehalte van onze samenleving in het jaar 2000. De gezondheidszorg kan niet aan de kant blijven staan. Er is alle aanleiding voor onrust - en niet alleen onder huisartsen - over de bijdrage vanuit de gezondheidszorg aan achterstandsbestrijding.

Over interventies op het snijvlak van gezondheid, welzijn, achterstand en armoede zijn bij het NIZW de volgende publicaties verschenen:

- Contact verbroken, contact hersteld, huisbezoek als methode bij het doorbreken van maatschappelijk isolement (H. Brugman e.a.),
- *Risico op armoede en stedelijke omgeving; kansarmoede-atlas van Nederland* (G. Kronjee),
- *Partnership als middel om sociale uitsluiting aan te pakken* (C. Tenhaeff e.a.),
- *Beter in de buurt* (L. Jonkers, A. Steenbrink, F. Koopman),
- *Gezondheid in eigen hand* (A. Steenbrink),
- *Achterstandsbeleid van GGD-en* (P. Withagen en L. Jonkers-Kuiper).

Literatuur

Braun, F. - *Planning healthy communities. A guide to doing community needs assessment*. Bedford Park, 1993.

Brouwer, R. - *Meer weten over de wijk*. NIZW, Utrecht, 1992.
Brugman, H., R. Engbersen, C. Tenhaeff en D. Winkels. *Contact verbroken, contact hersteld*. NIZW, Utrecht, 1993.

Gepkens, A. en L.J. Gunning-Schepers. *Interventies ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Universiteit van Amsterdam, 1993.

Schnabel, P. - Leven voor gezondheid. Interview in *Nieuwsbrief Gezonde Steden*, nr.20, 1993.

Steenbrink, A. - *Gezondheid in eigen hand, wijkgericht gezondheidswerk in Den Bosch-Oost*, NIZW, Utrecht, 1992.

Tenhaeff, C.R., J. Eggermont, H. Mertens en B. Prinsen. *Partnership als middel om sociale uitsluiting aan te pakken*. NIZW, Utrecht, 1994.

'Huisarts in achterstandswijken is overbelast en onderbetaald'

Tenhaeff, C.R. en B. Prinsen. Eenzaamheid komt nooit alleen. *MGZ*, 23e jaargang, pag. 10-13, februari 1995.

WHO. *World Development Report 1993. Investing in health*. World Bank/Oxford University Press, Washington, 1993.

Withagen, P.C.M. - *Achterstandsbeleid van GGD-en, activiteiten en onderzoek*, NIZW/VDB/LCG, Utrecht, 1992; samen met L.V. Jonkers-Kuiper.

Achterstandsbeleid GGD-en, analyse en aanbevelingen, NIZW/VDB, Utrecht, 1993.



Huisartsen in achterstandswijken van grote steden hebben een zeer hoge werklast en worden 'ronduit onderbetaald'. Als de huidige situatie niet verandert, komt de gezondheidszorg in dergelijke wijken op de tocht te staan. Aldus de conclusies van de LHV (Landelijke Huisartsenvereniging) uit een onderzoek dat in opdracht van de huisartsenvereniging is verricht in achterstandswijken in drie grote steden.

Het doel van het onderzoek was om signalen over de hoge werkbelasting van huisartsen in achterstandswijken te onderbouwen met feitelijke gegevens, als basis voor een beleid. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag hebben 33 huisartsen gedurende enkele weken hun werkzaamheden geregistreerd. Deze huisartsen werken in zogenoemde achterstandswijken, die een aantal karakteristieke gemeen hebben. Het aantal ouderen is er hoger dan gemiddeld. Er wonen ruim tweemaal zoveel 'niet-Nederlanders' in die buurten. Er wordt door veel mensen en frequent verhuisd. Er is een overconcentratie van groepen die extra hulp behoeven, zoals verslaafden, sociaal of economisch zwakkeren, ex-psychiatrisch patiënten. In Amsterdam komen daar nog de HIV- en AIDS-patiënten bij, in Rotterdam en Den Haag een bovenmatig aantal vluchtelingen en asielzoekers.

Werkdruk

De hoge werklast van huisartsen in achterstandswijken blijkt uit verschillende gegevens. De huisarts werkt er - afgezien van de avond- nachten weekendiensten - 15% langer dan de gemiddelde huisartsenweek van 50 uur. Daarbij wordt meer tijd besteed aan patiëntgebonden activiteiten: 39.4 uur tegenover 35 uur gemiddeld. Dat betekent dat minder tijd beschikbaar is voor zaken als na- en bijscholing, overleg, administratie en praktijkorganisatie. Het aantal contacten tussen dokter en patiënt ligt op 4.1 per jaar, ten opzichte van 3.0 gemiddeld. Er wor-

den meer consulten dan gemiddeld gedaan, ruim 2.5 x zoveel consulten en juist beduidend minder visites. Ieder jaar verhuist bijna 20% van de patiëntenpopulatie. De huisarts moet dus meer dan gemiddeld tijd investeren om nieuwe patiënten te leren kennen. Juist de kennis van persoonlijke achtergronden is zo belangrijk bij het huisartsenwerk. Bij één op de zeven contacten is sprake van een puur psychosociale hulpvraag. In een kwart van de gevallen zijn er psychosociale aspecten aan de klacht. Dat uit zich heel duidelijk in Amsterdam, waar tot drie maal vaker dan elders naar de geestelijke gezondheidszorg wordt doorverwezen. Tien procent van de contacten is medisch spoedeisend en eveneens tien procent bestempelt de huisarts als oneigenlijke hulpvraag. Ruim eenderde van de patiëntencontacten betreft allochtonen; bij bijna één op de drie van die contacten is sprake van een taalprobleem.

Belastend

Naast deze feitelijke gegevens is ook de beleving van de werkdruk door de huisartsen onderzocht. Daaruit is gebleken dat een kwart van de patiëntencontacten voor de huisarts emotioneel belastend is, waarvan 30% zwaar emotioneel belastend. Eén op de twaalf contacten stemt de huisarts zeer ontevreden, dat is zo'n twee tot drie maal per dag. Gemiddeld iedere werkdag wordt de huisarts geconfronteerd met eisend gedrag en gemiddeld iedere week komt agressie of geweld voor in de praktijk. Dit laatste ondanks de maatregelen die velen al genomen hebben om agressie in de praktijk tegen te gaan.

Gat van 25%

In een normpraktijk is 61% van de patiënten ziekenfondsverzekerd. In achterstandswijken ligt dat tussen de 75 en 90 procent. Door de huidige berekeningssystematiek verdienen huisartsen in achterstandswijken daardoor aanzienlijk minder. De ontvangen kostenvergoeding is onvoldoende om de praktijkkosten te dekken. Het verschil passen ze bij

uit hun honorarium. De LHV heeft berekend hoe zich werkdruk en beloning in achterstandswijken verhouden tot de gemiddelde normpraktijk. Dan blijkt dat de betrokken huisartsen circa 120% werken en ongeveer 95% verdienen.

Dweilen met de kraan open

De LHV noemt deze gegevens niet alleen een probleem voor betrokken huisartsen of voor de beroepsvereniging, maar voor de gehele samenleving. De LHV vreest dat het beleid van huisartsenhulp zonder wachtlijst en spoedeisende hulp binnen een kwartier voor achterstandswijken op de tocht komt te staan. 'Een paar honderd huisartsen in ons land zijn fundamenteel en structureel overbelast. Zij hebben de zorg voor bijna een kwart miljoen mensen, toch al niet de meest kansrijken. Niet langer kan goede invulling worden gegeven aan de regio-

functie van de huisarts. Geen versterking van de poortwachtersfunctie, maar 'dweilen met de kraan open', aldus LHV-voorzitter Bergen. De LHV benadrukt dat oplossingen op stedelijk niveau in overleg met de betrokken huisartsen gestalte moeten krijgen, waarbij ook gemeenten en verzekeraars partij zijn. De problematiek doet zich wel voor in alle drie onderzochte steden, maar is niet overal gelijk. Wel noemt de LHV al enkele oplossingsrichtingen:

- aanpassing van de honoreringwijze voor de huisartsen, zoals het opheffen van de zogeheten kostenknik boven de 1600 ziekenfondspatiënten en een aparte vergoeding voor kennismakingsgesprekken met nieuwe patiënten;
- aanpassing van de rekennorm van 2350 patiënten voor achterstandswijken;
- meer aandacht en middelen voor

de huisartsenhulp in het gemeentelijke beleid en aandacht voor gevoelens van gezondheid in het kader van de sociale vernieuwing;

- proberen om, met verzekeraars overbodige medische consumptie terug te dringen en voorkomen van medicalisering;
- 'mogelijk kunnen andere samenwerkingsvormen tussen huisartsen verlichting bieden';
- aanvullende afspraken op regionaal niveau over de organisatie van de verwijzing;
- bekijken van de mogelijkheden van andere praktijkorganisatie met meer ondersteuning.

Want, aldus LHV-voorzitter Bergen: 'Huisartsen kunnen veel zelf, maar ze kunnen het niet alleen.'

(Overgenomen uit: LVG Nieuws, 95/2 - Maart 1995)



Zorgverzekeraars en gezondheidsachterstand

door Paul van Dijk, geneeskundig adviseur en Yvonne Kappers, account-manager, ZAO Zorgverzekeringen, Amsterdam

De ZAO Zorgverzekeringen vormen een onderdeel van de Meandergroep. In dit artikel zullen drie zaken aan de orde komen:

- waar liggen belangen?
- welke signalen komen uit probleebuurtten?
- welke oplossingen zijn mogelijk?

Belangen

Vroeger kwamen de gelden voor de ziekenfondsen uit de centrale kas. Door de ingrepen van ex-staatssecretaris Simons zijn de ziekenfondsen momenteel:

- gebudgetteerd en hebben zij belang bij doelmatigheid;
- vrij in contractering van zorgaanbieders en is daardoor de verhouding tot de zorgaanbieders gewijzigd;
- niet meer gebonden aan regio's,

waardoor een grotere concurrentie is ontstaan tussen de zorgverzekeraars.

Consequenties van deze wijzigingen kunnen zijn:

- jacht op lage risico-groepen via bijvoorbeeld bedrijfscontracten;
- slechtere kwaliteit van zorg doordat de regionale samenhang verdwijnt;
- uitsluiting van zorg aan de 'onderkant';
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn geen vanzelfsprekende partners meer, waardoor de zorgverzekeraars kwaliteit kunnen eisen.

De ZAO-Zorgverzekeringen heeft gekozen voor het werken aan regionale samenhang en het uitgaan van zo min mogelijke risico-selectie. Schadelast-beheersing en behoud van voldoende verzekerden blijft bij

ZAO echter eveneens van belang.

Probleebuurtten

Amsterdam is in zijn algemeenheid 30% duurder in zorg in vergelijking met de rest van Nederland. Dit komt onder andere door de aanwezigheid van twee academische ziekenhuizen (dure zorg) en de grote vraag bij de patiënten. ZAO is bezig met een ronde langs de 'probleebuurtten' en wil goed zicht krijgen op de knelpunten, die er zijn:

- waarom komen mensen meer bij de huisarts en wat moet je doen om mensen doelmatig gebruik te laten maken van zorg?
- hoe definieer je werkdruk en hoe ga je daarmee om?

In het kader van deze activiteit nemen wij ook het rapport 'Huisartsen in achterstandswijken' van de Landelijke Vereniging van Huisartsen in

ogenschouw. Het rapport gaat uitgebreid in op de vele factoren die een rol spelen bij het ontstaan van bovengenoemde knelpunten. Ondanks dat al veel langer bekend is dat de werkbelasting van de huisarts in de grote steden een andere is dan elders, is het verheugend dat ook dit onderzoek dit bevestigt. Wat dit rapport bijzonder maakt is dat de LHV opdracht tot het onderzoek heeft gegeven en de conclusies van het onderzoek heeft overgenomen. Het is voor het eerst dat de LHV de extra werkbelasting van de huisarts in deze situatie erkent en aangeeft dat een zekere differentiatie in de honorering moet worden aangebracht om dit probleem op te lossen. Voor zover er uit de kleine aantallen van het rapport conclusies mogen worden getrokken lijkt de situatie voor de Amsterdamse huisarts wat beter dan die in de andere twee grote steden. Amsterdam kent een relatief grote huisartsendichtheid waardoor er veel kleine praktijken bestaan. Het aantal samenwerkingsvormen is groot te noemen, variërend van associaties tot gezondheidscentra. Het aantal vrouwelijke huisartsen is groot. De tevredenheid over het werk scoort in het rapport hoger dan elders. Het is aantrekkelijk te veronderstellen dat er een relatie bestaat tussen deze kenmerken en deze grotere mate van tevredenheid (of liever 'minder grote ontevredenheid'), maar deze conclusie mag op grond van het rapport niet worden getrokken. Wel zijn wij ervan overtuigd dat het samenwerken, in associatie of anderszins, de mogelijkheid schept om de lasten en de daarbij behorende emoties beter te regelen en dat dit een zekere mate van bescherming biedt tegen het risico van 'gauw opgebrand raken'.

ZAO en de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV) geven al jaren signalen af dat de werkbelasting van huisartsen te groot wordt en dat specifieke doelgroepen speciale aandacht verdienen. Voor een aantal problemen hebben we oplossingen kunnen vinden binnen de smalle marges van de regelgeving. Leidraad is altijd geweest dat 'zomaar meer geld' het probleem van de werkbelasting niet oplost. Het

verhogen van het abonnementshonorarium ter compensatie van een hogere werkbelasting maakt deze niet minder, zij het dat een betere beloning natuurlijk wel tegemoet komt aan het gevoel te worden gewaardeerd voor een aanmerkelijke inspanning. Ook voorkomt een adequate beloning niet dat huisartsen uitgeblust en opgebrand raken.

Voor specifieke knelpunten moeten oplossingen op maat worden gezocht. Wij trachten vooral oplossingen te zoeken in de sfeer van een aanpassing van het zorgaanbod aan de specifieke vraag en de financiering van faciliteiten.

Voor een aanpassing van het zorgaanbod is een gezamenlijke diagnose van meer partijen noodzakelijk. Aan het beschikbaar stellen van extra financiering is een duidelijke bestedingsafpraak gekoppeld die regelmatig wordt geëvalueerd op haar effecten en uitwerking. De faciliteiten kunnen globaal gesproken op het terrein van de praktijkondersteuning of op het terrein van de organisatie liggen. Afspraken daarover maken we, na overleg met de AHV, altijd op huisartsengroepsniveau. De geboden afspraken worden gemaakt met de groep als geheel.

Een voorbeeld van een dergelijke handelwijze betreft de werving van allochtone huisartsen. In een gesprek met één van de Amsterdamse deelraden werd duidelijk dat grote behoefte bestond aan vrouwelijke en allochtone huisartsen. Aan ZAO en AHV werd gevraagd of daar invloed op kon worden uitgeoefend. In het contact-vestigingsbeleid voor huisartsen is ruimte voor inbreng van andere partijen en de afspraak is gemaakt dat bij een volgende 'vacature' de deelraad bij de profiel-schets betrokken zal worden teneinde tot een beter aanbod aan de wijk te komen.

Oplossingen

Laten we er voor waken niet alleen de nadruk op problemen te leggen maar ook scherp proberen te zien hoe de gekozen oplossingen bij kunnen dragen aan een verdere versteviging van de huisartsenposi-

tie in de grote stad. Zo kan het project praktijkverpleegkundige, waar wij binnenkort een start mee zullen maken, tegemoet komen aan de werkbelasting van de huisarts in de grote stad. Maar het brengt ook de uitvoering van de beroepsstandaarden dichterbij. Vooral de nadruk leggen op problemen werkt demotiverend en krijgt snel iets van een 'self fulfilling-prophecy'. Minister Borst heeft in reactie op het onderzoeksrapport aangegeven te willen denken over een extra opslag voor huisartsen in achterstandswijken. Wij zijn van mening dat het zomaar verstreken van een opslag géén oplossing is voor het probleem van de werkbelasting. Beter is op grond van een regionale analyse de belangrijkste problemen te benoemen en een eventuele extra opslag op maat in te zetten.

Er zijn twee mogelijke oplossingen: het ontwikkelen van een beter op de problematiek aangepast aanbod en het bieden van extra faciliteiten. Een aangepast zorgaanbod zal meestal betrokkenheid van meer partijen en disciplines vergen, zowel bij de analyse van als bij het bedenken van oplossingen. Samenwerking tussen de politiek, zorginstellingen, vrije beroepsbeoefenaren en verzekeraar is hierbij onmisbaar.

Faciliteiten worden aangeboden aan huisartsengroepen en niet aan individuele praktijken. Dit heeft twee belangrijke voordelen. Het is een stimulans voor de verdere ontwikkeling van huisartsengroepen en, een betere samenwerking kan de zwaarte van de problematiek beperken. Voor de oplossing van een specifiek knelpunt wordt een aanvullend contract gesloten met een huisartsengroep. In het contract wordt geregeld wat voor de extra financiering terug komt en op welke wijze partijen de uitwerking zullen bewaken.

Om dit mogelijk te maken zou ZAO de mogelijkheid moeten hebben om af te wijken van de regelgeving om met nieuwe en aanvullende vormen van financiering van huisartsenzorg te experimenteren. De combinatie van grotere budgetvrijheid (inbegrepen substitutieverschrijving), de 'Borst-toeslag' en de bestaande

Gezondheidsonderzoek en dan?

Ervaringen en toekomstperspectieven in Amsterdam

door Rascha Thomas en Joke van Wieringen, GG & GD Amsterdam

contracteervrijheid zou partners in de regio een eind op weg kunnen helpen. Een deel van het budget van de verzekeraar zou daarvoor vrij moeten worden gegeven zodat wij vrijer dan nu het geval is, over oplossingen voor de problematiek van huisartsen in achterstandswijken kunnen onderhandelen.

(Dit artikel is samengesteld aan de hand van een door Paul van Dijk gehouden inleiding ter gelegenheid van een studiebijeenkomst van het Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid (1 december 1994) en het artikel 'Hogere werkbelasting vraagt om ondersteuning en faciliteiten', door Paul van Dijk en Yvonne Kappers, ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam, in: Medisch Contact, jaargang 50 nr. 15, april 1995.)

□

De lokale overheid heeft een belangrijke taak in de bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Voor een goede uitvoering van deze taak heeft de lokale overheid informatie nodig, zowel informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking als informatie over de factoren die deze gezondheidstoestand beïnvloeden. Dat het beschikken over informatie niet vanzelfsprekend leidt tot beleid zal verder in dit betoog duidelijk worden.

Bij informatie over de gezondheidstoestand kan gedacht worden aan sterftecijfers, ziekenhuisopnamecijfers, het voorkomen van chronische aandoeningen, de beleving van de eigen gezondheid e.d. Factoren die de gezondheid beïnvloeden, ook wel determinanten van gezondheid genoemd, worden meestal ingedeeld in de volgende categorieën:

- biologische, waaronder erfelijke factoren;
- de fysieke omgeving (kwaliteit van bodem, lucht, water e.d);
- maatschappelijke omgeving (o.a. werkgelegenheid, sociale (des)integratie);
- leefgewoonten;
- het gezondheidszorgsysteem;

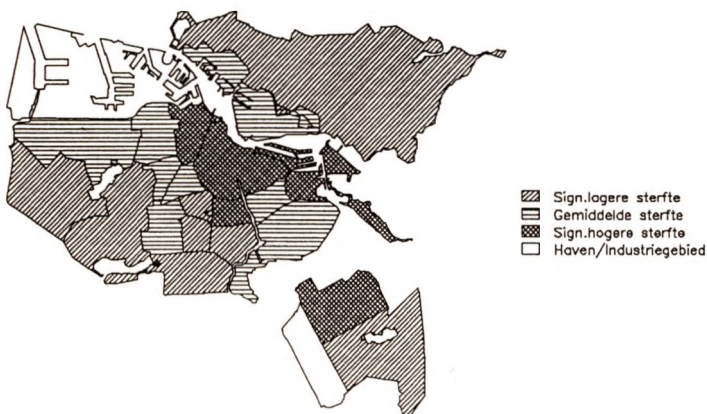
Het geheel van gegevens over de gezondheidstoestand en de determinanten ervan kan worden samengevat in een gezondheidsprofiel. Het doel van een gezondheidsprofiel is het ondersteunen

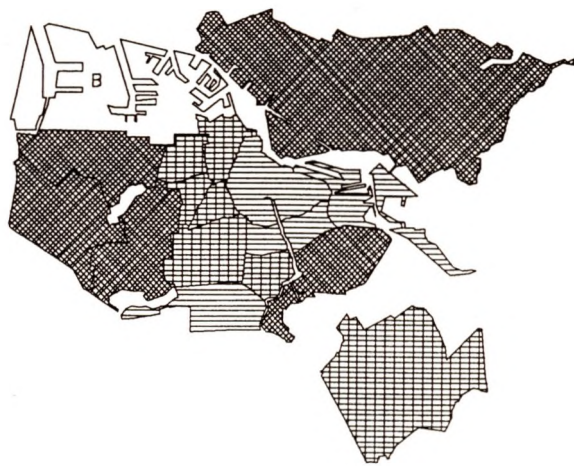
van lokaal gezondheidsbeleid. Het profiel moet dus met name informatie bevatten over beïnvloedbare gezondheidsindicatoren; de groep biologische factoren wordt in een profiel vaak niet opgenomen daar deze niet via lokaal beleid beïnvloedbaar is. Het gaat vooral om onderwerpen waarop de lokale overheid en de lokale gemeenschap in principe doeltreffende actie kunnen initiëren ter bescherming of verbetering van de volksgezondheid door middel van interventies in de determinanten van gezondheid.

Over de gezondheidstoestand van de bevolking, zowel in de gehele stad Amsterdam als in de verschillende stadsdelen, zijn in 1994 gezondheidsprofielen verschenen. Sinds de bestuurlijke opdeling van Amsterdam in 1990 bestaat de stad uit 16 stadsdelen met een eigen democratisch gekozen bestuur. Uit eerdere onderzoeken was al bekend dat er tussen delen van Amsterdam aanzienlijke en hardnekkige verschillen bestaan in gezondheid, welke een sterke samenhang vertonen met sociaal-economische verschillen tussen die gebieden (Lau-IJzerman, 1980, Vergelijkend, 1987). De sterfte in de minder welvarende buurten van de stad lag duidelijk hoger dan in de rijkere buurten. Hoewel de meeste politici en beleidsmakers schrokken van deze resultaten, bleef het na de publikatie van de rapporten opmerkelijk stil.

Ook in het project Gezondheidsprofiel Amsterdam (GG&GD, afdeling Epidemiologie en Documentatie) werd weer eenzelfde resultaat gevonden: voor de hele stad geldt dat de gemiddelde Amsterdammer op vrijwel elke leeftijd een hogere kans heeft om te overlijden dan de gemiddelde Nederlander, maar die hogere kans is niet voor iedere Amsterdammer even hoog. Uit **figuur 1** blijkt dat de sterfte significant hoger is in de Binnenstad, de 19e eeuwse gordel en in het noordelijk deel van het stadsdeel Zuidoost (de Bijlmer).

Gestandaardiseerde sterfte 1986-1991
bron: GG&GD Amsterdam, Stafbureau Epidemiologie en Documentatie





A'dam gem. = 55 %

49 - 52 %
53 - 57 %
58 - 64 %
B=West.Havengeb.

De hogere sterfte in Amsterdam ten opzichte van Nederland blijkt toe te schrijven aan de volgende doodsoorzaken: Amsterdamse mannen tot 65 jaar blijken vooral een verhoogde kans te hebben op sterfte door moord en zelfmoord, en door de groep overige ziekten waaronder AIDS. Amsterdamse vrouwen tot 65 jaar hebben een verhoogde kans op sterfte door een hartinfarct en daaraan gerelateerde aandoeningen, door CARA, door baarmoederhalskanker en door (zelf)moord. Oudere Amsterdamse vrouwen hebben een verhoogde sterftekans door longkanker en door borstkanker (Reijneveld, 1994).

Het terugdringen van oversterfte door het lokaal beleid is een zaak van lange adem, daar deze sterfte vaak het gevolg is van gedrag en blootstellingen in het verleden, zoals bijvoorbeeld roken. Wanneer men er bijvoorbeeld in zou slagen het percentage rokers te vermindere zal dat op den duur wel een belangrijke gezondheidswinst opleveren maar niet op korte termijn. In het gezondheidsprofiel zijn ook de determinanten van gezondheid weergegeven, uitgesplitst naar leeftijds- en geslachtsgroepen om interventies zo gericht mogelijk te kunnen opzetten. In figuur 2 is als voorbeeld de beschermingsgraad ten aanzien van baarmoederhalskanker weergegeven. In het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker werden alle vrouwen in de leeftijd van 35 tot 55 jaar iedere drie jaar opgeroepen om een uitstrijkje te laten maken. Als dit uitstrijkje inderdaad gemaakt werd, ofwel in het kader van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker ofwel op initiatief van de vrouwen zelf, dan werden deze vrouwen geclassificeerd als 'beschermde'. Uit figuur 2 blijkt dat er aanzienlijke verschillen bestaan in beschermingsgraad tussen de stadsdelen van Amsterdam. Bij nadere analyse bleek daarnaast dat de beschermingsgraad bij vrouwen uit Marokko, Turkije en Suriname/Ned. Antillen veel lager was dan van de in Nederland geboren vrouwen. Wanneer informatie op deze gedifferentieerde wijze beschikbaar is, kunnen interventies heel gericht

op de betreffende risicogroep plaatsvinden.

Figuur 2: Percentage vrouwen van 35 tot 54 jaar dat deelnam aan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker of op andere wijze 'beschermde' was, per stadsdeel, 1990-1992.

bron: GG&GD Amsterdam, Stafbureau Epidemiologie en Documentatie

Van profiel naar beleid

In Amsterdam zijn de betreffende gezondheidsprofielen aangeboden aan de besturen van de stadsdelen en van de centrale stad. Er volgt dan een fase waarin op politiek en/of bestuurlijk niveau een beslissing genomen moet worden over welke gesignaleerde problemen erkend worden, en welke problemen op het terrein van de lokale overheid thuishoren, en welke op het bord van bijvoorbeeld gezondheidszorginstellingen of zorgverzekeraars liggen.

Momenteel wordt er door enkele stadsdelen en door de Centrale stad in samenwerking met de GG&GD gewerkt aan het formuleren van gezondheidsbeleid op basis van deze gezondheidsprofielen. In het project 'Gezondheid in de Stadsdelen' is al eerder ervaring opgedaan met het vertalen van onderzoeksresultaten naar beleid en de concrete uitvoering van activiteiten. Hieronder volgt een beschrijving van dit project, dat in Stadsdeel Westerpark nu is afgerond en in Stadsdeel Noord nog loopt.

Gezondheid in de Stadsdelen

De aanpak van dit project bestaat in beide stadsdelen uit drie onderdelen:

- het verzamelen van statistisch materiaal;

- het verzamelen van kwalitatieve informatie over gesignaleerde gezondheidsproblemen en mogelijke oplossingen;
- het in overleg met bewoners, instellingen en stadsdeelbestuur vormgeven aan en ontwikkelen van activiteiten die de gezondheidsproblemen aanpakken.

In Westerpark is naast het verzamelen van bestaand statistisch materiaal, in 1990 een uitgebreide gezondheidsenquête gehouden onder 1000 inwoners van het stadsdeel (bevolking 33.000). De vragenlijst was opgesteld in samenwerking met bewoners en gezondheids- en welzijnswerkers in de buurt zodat de door hen gesignaleerde knelpunten op een goede manier aan bod kwamen in de enquête en tevens werd er direct aan de bewoners ook naar mogelijke oplossingen gevraagd. De uitkomsten van deze enquête toonden aan, zoals verwacht, dat het met de gezondheid van de Westerparkbewoners niet goed gesteld was, maar zeer weinig bewoners waren in staat om hiervoor oplossingen te formuleren. De resultaten van de enquête zijn in verschillende buurtvergaderingen van bewoners en werkers in het stadsdeel gepresenteerd met als doelstelling dat er tijdens deze bijeenkomsten initiatieven genomen zouden worden om bepaalde problemen aan te pakken. Dit laatste werd echter tijdens de vergaderingen niet bereikt. Mensen waren in het algemeen wel zeer geïnteresseerd maar konden geen selectie maken van problemen die men concreet wilde gaan aanpakken laat staan dat er al ideeën geformuleerd werden over de richting van de aanpak.

Ook tijdens een deelraadzitting waren de politici niet in staat om een serieuze aanzet tot gezondheidsbeleid te formuleren.

Enige reacties van de Stadsdeelraad Westerpark op de resultaten van de Gezondheidsenquête:

- Irritatie over alweer een rapport waaruit blijkt dat het met de gezondheid niet goed is. Wanneer gebeurt er nu eens wat?
- Al die problemen met de ervaren gezondheid in het stadsdeel kunnen opgelost worden als de stadsdeelsecretaris een bloemetje rondbrengt bij de mensen die zich niet goed voelen.
- Een relatiebemiddelingsbureau in het stadsdeel zou misschien iets kunnen doen aan het hoge percentage alleenstaanden in het stadsdeel.
- De slechte gezondheid wordt veroorzaakt door de hoge werkloosheid, slechte woonsituatie, lage scholingsgraad etc. Pas als die zaken opgelost zijn zal de gezondheid verbeteren.

Er viel een stilte..... Na enkele besprekingen met de stadsdeelvoorzitter en het Buro GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) in Amsterdam heeft het stadsdeelbestuur besloten dat de uitkomsten van het onderzoek toch echt een vervolg moesten hebben en is er gekozen voor het vormen van een projectteam waarin een beleidsambtenaar Welzijn van het stadsdeel, een consulent van het Buro GVO en de onderzoeker van de GG&GD zouden samenwerken om zoveel mogelijk gezondheidsbevorderende activiteiten te ontwikkelen in samenwerking met de bewoners, de werkers in de gezondheids- en welzijnssector, en de ambtenaren in het stadsdeel. Met inzet van meerdere consulenten van het Buro GVO zijn veel bewonersgroepen, eerstelijnsgezondheidswerkers, opbouwwerkers, maatschappelijk werkers, werknemers van de Stichting Welzijn (sociaal-cultureel werk) en ambtenaren van het stadsdeel individueel benaderd om tot een keuze van probleemvelden te komen waar deze mensen ook aan wilden werken. Rond elk onderwerp werden vervolgens verdere gesprekken gevoerd om onderstaande vragen te beantwoorden en stappen te ondernemen om tot een concreet actieplan

te komen:

- Hoe zit het probleem in elkaar: waar en bij welke groepen komt het in welke mate voor? (Deze vraag werd deels door de betrokkenen beantwoord en deels door gebruik te maken van het enquête-materiaal.)
- Welke zijn de betrokken partijen?
- In hoeverre erkennen betrokken partijen het probleem?
- Zijn er al lopende initiatieven om iets aan het probleem te doen, zowel in het betreffende gebied als elders in het land?
- Leveren deze initiatieven de gewenste oplossing; zo niet, dan moet er een knelpunteninventarisatie gemaakt worden bij alle betrokkenen. Met andere woorden, laat betrokkenen vertellen hoe men momenteel opereert binnen het genoemde probleemveld, wat men zelf ziet als zaken die eigenlijk beter zouden moeten. Hoe zouden deze zaken dan beter moeten en wat is daarvoor nodig?
- Op basis van deze (kwalitatieve) informatie dient iemand (hier: de projectontwikkelaar) een voorstel te schrijven voor een (nieuwe) aanpak van het probleem.
- Dit voorstel dient bij alle betrokkenen getoetst te worden op haalbaarheid en eventueel aangepast te worden tot een voor alle betrokken partijen (zowel vragers als aanbieders) acceptabel voorstel.
- Tijdens de voorafgaande stap wordt automatisch 'commitment' gekweekt voor het voorstel. Wel moet daarom opgelet worden dat de juiste vertegenwoordigers van de betrokken partijen in de onderhandeling betrokken zijn. Dat wil zeggen, de mensen die ook bevoegd zijn om het gewenste 'commitment' te geven. Dit houdt vaak in dat men met uitvoerenden praat over de inhoud van de problematiek en de gewenste oplossing en dat met leidinggevenden en management gesproken wordt op het moment dat mogelijke oplossingen getoetst worden op haalbaarheid.
- In de meeste gevallen zal ook gezocht moeten worden naar financiering van de voorgestelde aanpak;

Tot zover het, op papier, simpele model. Hieruit is de volgende lijst van concreet uitgevoerde projecten voortgekomen.

Uitgevoerde activiteiten:

- Voorlichting over AIDS, gokverslaving en voeding;
- Gezondheids cursus Turkse vrouwen;
- Voorlichting over menstruatie voor allochtone vrouwen;
- Gezondheidsinformatie specifiek voor ouderen;
- Alcoholcampagne;
- Tandzorg-project voor allochtonen;
- CARA-project;
- Opvoedingsproject;
- Begeleiding zwangerschap en bevallen voor allochtone vrouwen;
- Zelfstandig wonen ouderen;
- Ondersteuning mantelzorg.

Het projectteam was zijdelings betrokken bij verschillende projecten gericht op verbetering van de leefbaarheid in het stadsdeel. Deze projecten werden door de ambtenaren van het stadsdeel uitgevoerd.

Natuurlijk zijn er ook een aantal ideeën geformuleerd die vóór de fase van uitvoering sneuvelden omdat ze in de praktijk niet haalbaar bleken te zijn. De eindevaluatie na een jaar lokale gezondheidsbevordering door het Westerpark Projectteam is dan ook:

- Het is heel moeilijk om de effecten van de bovengenoemde projecten te meten in termen van gezondheidswinst. Er moeten succes-criteria opgesteld worden waarin alle partijen zich kunnen vinden, om te voorkomen dat er na een eerste presentatie van de resultaten onenigheid ontstaat tussen de betrokkenen over de vraag of er werkelijk sprake is van een vermindering van het probleem.
- Er zijn veel goede contacten opgebouwd tussen Westerpark en stedelijke (gezondheids)instellingen. Enkele buurtinstellingen hebben voor het eerst met het thema 'gezondheid' gewerkt.
- Veel van de activiteiten waren eenmalig omdat betrokken instellingen niet bereid of in staat waren om hier structureel beleid van

te maken.

- Participatie-doelstelling is ondanks veel inspanning op het gebied van communicatie over het project en de verschillende onderdelen niet goed van de grond gekomen.
- Van enkele projecten zijn zodanige beschrijvingen gemaakt dat zij overdraagbaar zijn.

(voor een uitgebreide beschrijving van de projecten en de eindevaluatie zie: "Een jaar lokale gezondheidsbevordering", De Ceuninck van Capelle, 1994.)

Ook al heeft het projectteam in Westerpark een aantal positieve resultaten geboekt, toch zal uit het bovenstaande duidelijk worden zijn dat de hier gevolgde werkwijze niet onmiddellijk tot een werkelijke structurele verbetering van de gezondheidstoestand heeft geleid.

Voor het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid op basis van de Gezondheidsprofielen zoals dat momenteel gebeurt zijn daarom ons inziens enkele aandachtspunten van essentieel belang. Aan het eind van dit artikel geven wij op basis van de ervaringen in Westerpark en de eerste ervaringen met de stadsdeelprofielen enkele aanbevelingen die een goede vertaalslag van gezondheidsonderzoek naar effectief gezondheidsbeleid kunnen bewerkstelligen.

Aandachtspunten

Het ontbreekt meestal aan een projectontwikkelaar, die kennis heeft van de buurt en haar bewoners, van het lokale gezondheidsveld en de potenties van allerlei stedelijke (gezondheids-)instellingen en die in staat is om de betreffende partijen voor het project te enthousiasmeren (Prinsen, 1994). De lokale ambtenaar welzijn is onder andere door tijdgebrek meestal niet in staat deze rol te vervullen. Voorwaarde voor het goed vervullen van een dergelijke rol is dat de projectontwikkelaar een neutrale, en door alle partijen geaccepteerde positie inneemt.

Veel gezondheidsprofielen en -en-

quêtes leveren een lijst met aandoe-ningen die in een bepaald gebied relatief veel vóórkomen of een beeld van een specifieke bevolkingsgroep in een gebied die relatief vaak last heeft van een bepaalde aandoening. Met de bovengenoemde methodiek is op geen enkele manier gegarandeerd dat de statistieken zullen verbeteren in de loop der tijd. Enerzijds komt dit omdat bewoners nou eenmaal niet verplicht zijn om een zelfde woongebied aan te houden waarbij zelfs bekend is dat mensen met een hogere SES (Sociaal-economische status) ook ruimtelijk gezien veel mobieler zijn dan andere bewoners met een lage SES. In de praktijk betekent dit dat in buurten met veel goedkope woningen doorgaans ook veel mensen wonen met allerlei gezondheidsproblemen (de beter opgeleide en doorgaans gezondere mensen vertrekken uit die buurten). Dit zal ook altijd zo blijven, tenzij het woonklimaat in een bepaald gebied zodanig verandert dat mensen met een hogere SES daar graag willen blijven. Tevens is het zo dat veel probleemvelden op zich niet oplosbaar zijn (zoals bij veel chronische aandoeningen), de mogelijkheden voor preventie van deze aandoeningen zijn zeer beperkt en het meten van de effecten van preventieve maatregelen (geïsoleerd van allerlei andere mogelijke ontwikkelingen) zijn nog beperkter.

Veel van de gebruikte epidemiologische maten voor de gezondheid van de inwoners van een buurt, bijvoorbeeld de sterftcijfers, zijn op korte termijn niet te verbeteren door lokale gezondheidsbevordering. Dit impliceert dat gegevens over de gezondheid van bewoners wel een aanleiding en onderbouwing vormen voor lokale bestuurders om beleid te formuleren op gezondheidsterrein, maar geen maatstaf kunnen zijn voor het succes van dit beleid. Daarbij komt dat politici vaak maar een beperkte zittingstermijn hebben waarin zij concrete resultaten willen laten zien. De vraag is dus welke meetbare effecten op de gezondheidstoestand met een bepaalde interventie te bereiken zijn vóór de volgende verkiezingen.

Hiertoe dient vanaf het begin van de uitvoering van een ontwikkelde oplossing een evaluatieonderzoeksplan aanwezig te zijn.

Uit het onderzoek dat voorafging aan het werk van het projectteam gezondheid Westerpark blijkt dat veel bewoners hun gezondheid zien als een verantwoordelijkheid van de huisarts en de overige medische zorg-instellingen en in mindere mate als een zaak waar zij zelf invloed op kunnen uitoefenen. Ook zien veel bewoners gezondheid als een kwestie van geluk. Dit geldt met name voor de bewoners van het stadsdeel met een lagere opleiding. Hiermee is het in buurten met een lagere sociaal-economische status waarschijnlijk moeilijker om gedragsverandering (stoppen met roken, minder vet eten, meer bewegen etc.) te bewerkstelligen met preventieve en voorlichtingsactiviteiten onder het motto 'dat is goed voor uw gezondheid'.

Een voorbeeld.

In Westerpark zijn veel CARA-patiënten. Met allerlei maatregelen kan de zorg voor en de informatie over en voor CARA-patiënten verbeterd worden maar het aantal CARA-patiënten zal hiermee niet dalen. Van te voren nadenken over gewenste uitkomsten van beleidsmaatregelen of oplossingen zou hier soelaas kunnen bieden. Bijvoorbeeld niet verlaging van het aantal CARA-patiënten, maar het optimaliseren van zorg en voor zieningen voor CARA-patiënten vanuit het oogpunt van CARA-patiënten, huisartsen en CARA-wijkverpleegkundigen.

Voordat mensen bereid zijn om aan verandering van hun eigen gedrag te werken ten bate van hun gezondheid zullen zij overtuigd moeten zijn van het verband tussen hun eigen leefstijl en hun gezondheid. Zij zullen een netto winst moeten verwachten waarbij gezondheidsverbetering als baten gezien worden en het veranderen van een door hen zelf gekozen leefstijl als kosten (investering).

Een lokale aanpak van gezondheidsvoorlichting is erop gericht om het voor bewoners aantrekkelijk te maken om aan de verbetering van hun gezondheid te werken. Dit betekent dat informatie over gezondheid en hoe je daarop zelf invloed uit kunt oefenen makkelijk beschikbaar moet zijn en zo mogelijk, zouden er naast het te verwachten positieve effect op de gezondheid ook andere positieve gevolgen van de inspanning om tot gedragsverandering over te gaan duidelijk haalbaar moeten zijn. Het opdoen van contacten met andere buurtbewoners terwijl men aan de eigen gezondheid werkt is een voorbeeld van een dergelijk positief neven-effect en is misschien net datgene wat mensen over de drempel helpt om werkelijk te participeren.

**Aanbeveling 1:
Gezondheidsopbouwwerkers/gezondheidsinformatiecentra**

De Amsterdamse ervaring tot nu toe, laat zien dat er weinig gebeurt als er niet duidelijk iemand aangewezen wordt die de epidemiologische en statistische gezondheidsinformatie dient te vertalen naar interventies waarbij ook kwalitatieve informatie van betrokkenen in de buurt meegenomen wordt. Een opbouwwerker is bij uitstek geschikt voor het opbouwen van contacten in de buurt en om behoeften van zowel de bewoners als lokaal opererende gezondheids- en welzijnsprofessionals te inventariseren en te bundelen. Een opbouwwerker kan een belangrijke rol spelen in het bevorderen van participatie. Het werk van een gezondheidsopbouwwerker levert de kwalitatieve probleem-inventarisatie die een aanvulling vormt op een kwantitatieve schets van de gezondheidstoestand van de bewoners. De kwalitatieve probleem-inventarisatie heeft veel meer praktische aanknopingspunten voor oplossingen. Informatie over gezondheid en hoe die gezondheid door mensen zelf te beïnvloeden is, moet zoals gezegd, makkelijk beschikbaar zijn. Dit betekent dat er in de buurt, op een laagdrempelige manier informatie beschikbaar moet zijn waarbij rekening is gehouden met het oplei-

dingsniveau van de bewoners en met de culturele en etnische samenstelling van de buurt. Een gezondheidswijzer kan hierbij een belangrijke rol vervullen. Hierin dient toegankelijke informatie opgenomen te worden over de achtergronden van de verschillende aandoeningen en ziekten, over hoe je gezond kunt leven en bij welke instellingen men verder hulp kan krijgen bij het oplossen van persoonlijke gezondheidsproblemen.

Een dergelijke gezondheidswijzer of gezondheidsinformatie-centrum dient voor alle mensen in de buurt een inloofunctie te hebben waar men met verschillende soorten vragen terecht kan. Medewerkers dienen op de hoogte te zijn van het aanbod aan gezondheidsbevorderende activiteiten in de buurt en in de stad (kennis van sociale kaart). Ze kunnen tevens vragen van bewoners registreren op basis waarvan nieuwe gezondheidsbevorderende activiteiten ontwikkeld en gestart kunnen worden.

Een ander voordeel van een lokaal gezondheidsinformatiecentrum is dat eerstelijns-instellingen in de buurt hun patiënten hier naar toe kunnen verwijzen voor meer informatie, maar mogelijk ook voor werkelijke hulp bij gewenste gedragsverandering. (In een dergelijk centrum kunnen ook 'stoppen-met-roken', of 'afval-cursussen' georganiseerd worden.)

Veel huisartsen in de achterstandsbuurt van grote steden zijn overbelast en zullen daardoor weinig toekomen aan gezondheidsvoorlichting en voorlichting over preventie. Zij kunnen aan een dergelijk gezondheidsinformatie-centrum vragen om voorlichting in groepsverband te organiseren, waarbij de vorm van de voorlichting aangepast kan worden aan de wensen en behoeften van de betreffende groep, bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten aansluitend op eigen taal en cultuur.

Om de activiteiten en de informatievoorziening van het gezondheidsinformatie-centrum te coördineren en voortdurend aan te passen aan de wensen en behoeften van de bewoners en de gezondheidsprofessio-

nals in de buurt is een gezondheidsopbouwwerker de aangewezen persoon. Hij/zij moet als het ware het centrale aanspreekpunt in de buurt zijn voor gezondheidsvraagstukken van zowel individuele bewoners, groepen bewoners als individuele of groepen gezondheidswerkers in de buurt.

**Aanbeveling 2:
Centraal adviesbureau**

Tijdens de evaluatie van het projectjaar zijn we tot de conclusie gekomen dat niet alleen de participatie van de bevolking en lokale professionals een vereiste is voor het succes van lokale gezondheidsbevordering, maar ook het overbrengen van de vraag op het gebied van gezondheid vanuit een buurt naar de (vaak stedelijke) instellingen die hierop een antwoord moeten leveren. Dat de vraag van een buurt meestal niet beantwoord wordt door het reguliere aanbod van allerlei instellingen zal duidelijk zijn. Om het gewenste aanbod ook werkelijk tot stand te brengen is onderhandelingskwaliteit nodig en in sommige gevallen misschien ook wel druk van de financiers cq. opdrachtgevers van deze instellingen. Een gezondheidsopbouwwerker kan een essentiële rol vervullen in het proces van lokale gezondheidsbevordering maar dit alleen is niet voldoende. Het lijkt ons noodzakelijk dat er een structuur komt waarbinnen de opbouwwerker zijn projectvoorstel kan neerleggen. (Zie ook aanbeveling 3).

Het positieve van het projectteam Westerpark was de samenwerking tussen buurtkenners en kenners van het (lokale) gezondheidszorgveld. Hierdoor kon elke vraag bij de juiste instellingen neergelegd worden. Tevens was de samenwerking tussen stadsdeel en GG&GD een voldoende waarborg om serieus ontvangen te worden door de verschillende (stedelijke) instellingen hetgeen ons inziens niet direct mogelijk zal zijn voor een enkele opbouwwerker. De kennis van het zorgveld, de netwerken en overlegstructuren waar de leden van het projectteam (eventueel via collega's) toegang toe hadden, zorgde ervoor dat we meestal snel bij de

juiste instellingen en bij de juiste personen/afdelingen binnen die instellingen terecht kwamen. Naast deelname aan de netwerken was ook de kennis van zorg-innovatieve en nieuwe projecten van lokale gezondheidsbevordering een groot pluspunt. Elders in het land worden ook zeer veel initiatieven genomen op dit terrein en het lijkt op zich een dagtaak om deze kennis op peil te houden.

Op basis van bovenstaande ervaringen in het Westerpark lijkt het essentieel om gezondheidsopbouwwerkers te ondersteunen zeker als het gaat om medewerking te verkrijgen van (stedelijke) gezondheidsinstellingen. Mogelijk is dit te realiseren door middel van een stedelijk adviesbureau waar gezondheidsopbouwwerkers advies en ondersteuning kunnen krijgen over projectvoorstellen en plannen. (Hierbij valt te denken aan informatie over gelijksoortige projecten elders in het land of in de stad, advies over financiering van projecten, ondersteuning bij onderhandelingen met zorgleveranciers en zeker niet onbelangrijk, advies en ondersteuning over het evaluatieonderzoek).

Aanbeveling 3: Contractering door Gemeente en Ziekenfonds biedt mogelijkheden

Op dit moment is de gemeente Amsterdam zich aan het bezinnen op de financieringswijze van haar taken op het gebied van de volksgezondheid. Per 1 januari van dit jaar is de GG&GD een facilitaire dienst geworden, een vorm van interne verzelfstandiging, waarbij de gemeente bepaalde, van te voren gespecificeerde produkten (diensten) inkoop in plaats van jaarlijks de rekening voor een totaalpakket van diensten te betalen. Hiermee kan zij meer invloed uitoefenen op de kosten en de uitvoering van de door haar gewenste activiteiten. De gemeente blijft echter in deze vorm wel financiële en personele eindverantwoordelijkheid houden. In april van dit jaar zal de gemeenteraad beslissen over een eventuele externe verzelfstandiging van de GG&GD waarbij deze financiële en personele eindverantwoordelijkheid

bij de GG&GD zelf komt te liggen. Op het gebied van de collectieve preventieve gezondheidszorg wordt momenteel aan een regie-orgaan gedacht waarin gemeente en de grootste ziektenkostenverzekeraar in Amsterdam, het ZAO, gezamenlijk collectieve preventieve zorg en mogelijk ook gezondheidsonderzoek inkopen.

Met deze beide vormen van contractering zou het mogelijk moeten zijn om meer differentiatie in het zorgaanbod aan te brengen zodat de zorg beter aansluit op de wensen en behoeften in de verschillende buurten in Amsterdam. Juist de samenwerking tussen ZAO en gemeente betekent dat sturing van veel verschillende gezondheidsinstellingen (GG&GD, RIAGG's, kruiswerk, huisartsen, thuiszorg etc.) mogelijk is.

Gezondheidsbevorderende projecten, ontwikkeld door gezondheidsopbouwwerkers in samenwerking met bewoners en lokale professionals zouden, mits goed onderbouwd, in deze nieuwe bestuurlijke structuur voorgelegd kunnen worden aan gemeente of regie-orgaan voor financiering. Hierbij zouden instellingen die door gemeente of ZAO gefinancierd worden extra geprikkeld worden om het gewenste produkt, zoals dat in het projectvoorstel geformuleerd wordt ook daadwerkelijk te leveren.

Naast bestaande patiëntenplatforms kunnen ook de bewoners van buurten met een gezondheidsachterstand via een gezondheidsopbouwwerker een stem krijgen bij het bepalen van de vorm en de inhoud van de gezondheidszorg in hun buurt.

Literatuur

De Ceuninck van Capelle, 1994
Een jaar lokale gezondheidsbevordering : eindrapportage en evaluatie van het Projectteam Gezondheid Westerpark - Amsterdam / C. de Ceuninck van Capelle (red.) ; R. Thomas, G. Buijs, W. van Ogtrop. - Amsterdam : GG&GD. Stafbureau Epidemiologie en Documentatie, 1994

Lau-IJzerman, 1980
Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopnamen en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam : eindrapport / A. Lau-IJzerman, J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas ; GG&GD Amsterdam. - Amsterdam : sn, 1980

Prinsen, 1994
Instrumenten genoeg voor lokale gezondheidsbevordering : vision-workshop, 'awards' en een 'motor' / B. Prinsen
GGD-Nieuws 1994, 3 (april), 8-11

Reijneveld, 1994
De gezondheid van de Amsterdammers : eindrapport van het project Gezondheidsprofiel Amsterdam / S.A. Reijneveld. - Amsterdam : GG&GD. Stafbureau Epidemiologie en Documentatie, 1994

Vergelijkend, 1987
Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II : naar sterfte, en ziekenhuisopnamen 1977-1983 / P.J. van der Maas, J.D.F. Habbema, P.C. Schrader...[et al.]. - Amsterdam : Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987



KIOSK

door Norbert Broenink

Werken, heel gewoon maar toch bijzonder.

(D. Ketelaars)

Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten, nr.1, maart 1995.

Dit is een verslag van het Supported Employment-project van het Bartiméushage. Dit centrum voor mensen met een visuele en verstandelijke handicap, wilde de cliënten via deze methode laten doorstromen naar de reguliere arbeidsmarkt. Supported Employment is een methode voor arbeidsrehabilitatie met als doel de integratie van mensen met een handicap te vergroten door het krijgen van regulier, betaald werk. De methode kent enkele basisprincipes, alle aspecten van arbeidsintegratie moeten aandacht krijgen, een leerproces op de werkplek en een nieuwe attitude en geloof in de mogelijkheden van mensen met een handicap. Concreet resulteert dit in de volgende onderdelen:

- het verkennen van de wensen en mogelijkheden van de kandidaten;
- het zoeken van arbeidsplaatsen;
- het analyseren van de werkzaamheden en de werkplek;
- het bij elkaar brengen van de baan en de kandidaat;
- plaatsing;
- training;
- het opzetten van begeleidingsplannen.

Het eerder genoemde project is van start gegaan met zeven personen met een meervoudige handicap (visueel en verstandelijke gehandicapt). De achtergrond, de kenmerken van het werk en de ervaringen van deze zeven mensen komen uitgebreid aan de orde in dit verslag. Voordat de mensen beginnen wordt door de job-coaches de werkplek voorbereid en worden duidelijke afspraken gemaakt met de werkgever. Tijdens de eerste vier tot vijf maanden worden de mensen full-time begeleidt. Bovendien wordt naar een contactpersoon op de werkplek gezocht om de plaatsing zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen.

Voor het merendeel is de plaatsing geslaagd. Het project laat zien dat

het mogelijk is meervoudig gehandicapten te bemiddelen naar regulier werk.

Gratis klagen over de huisarts.

(Paul Steinhoff)

Trefpunt, nr.7, 31 maart 1995.

In de regio Utrecht is enige tijd geleden een klachtencommissie Huisartsenzorg opgericht. Patiënten die niet tevreden zijn over de handwijze van hun huisarts kunnen hier met hun klacht terecht. Dit zijn klachten over de opstelling van de huisarts, de rechten van de patiënt (inzage van het medisch dossier) en de organisatie van de huisartsenzorg. De doelstelling van de klachtencommissie is bemiddeling tussen huisarts en patiënt en het herstellen van de relatie. De mensen die klagen zijn meestal niet uit op een juridisch conflict. De klachtencommissie die is opgericht door de Districts Huisartsen Vereniging Utrecht, biedt de patiënten de mogelijkheid hun rechtspositie binnen de gezondheidszorg te verwezenlijken, zoals bedoeld is in de nieuwe Wet Klachtenregeling Cliënten Zorgsector.

Van werkelijkheid naar wet.

Medisch Contact, nr.13, 31 maart 1995.

Per 1 April is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van kracht, die de rechtspositie van de patiënt moet verduidelijken en versterken. In een congres waar de wet ten doop werd gehouden is door diverse mensen een toelichting gegeven, waaronder door onze minister E. Borst-Eilers. De korte versie van haar openingsrede en bijdragen van andere congressprekers staan in dit nummer van Medisch Contact vermeld. De WGBO zorgt er onder andere voor dat ziekenhuizen centraal aansprakelijk zijn voor de verrichtingen van de werkzame hulpverleners. Het is de bedoeling dat "Het toegeven dat men fout is geweest" de gang naar de rechter zal verminderen.

Volgens minister Borst-Eilers stelt de WGBO de patiënt weer centraal in de gezondheidszorg en vormt het een juiste balans tussen de eigen verantwoordelijkheid van de

professionele hulpverlener en de bescherming van de belangen van de patiënt. Alle betrokkenen in de gezondheidszorg kunnen hun voordeel er mee doen.

Het wankel evenwicht tussen arts en patiënt

(Bob Duynstee)

Intermediair, nr.13, 31 maart 1995.

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), ook wel de 'patiëntenwet' genoemd staan alle rechten van de patiënt. De patiënt moet toestemming geven voor iedere ingreep, de arts heeft een dossierplicht, de patiënt heeft het recht op inzage en vernietiging van gegevens, etc. Bij artsen en verzekeraars bestaat de vrees dat er door de wet meer juridische claims komen en er 'Amerikaanse toestanden' ontstaan. De wet kan ook leiden tot 'defensive medicine', veel extra onderzoek vooraf, om zich in te dekken tegen mogelijke claims. De kans bestaat dat eenvoudige ingrepen (bijvoorbeeld sterilisatie van de man) niet uitgevoerd worden omdat de inkomsten (een paar honderd gulden) niet opwegen tegen het risico van claims (kosten zwangerschap en inkomstenderving voor een periode van vier jaar).

De auteur vraagt zich af of dergelijke Amerikaanse toestanden ook reëel zijn voor Nederland. Hij verwacht het niet omdat er hier een goed stelsel bestaat van sociale verzekeringen en niemand gebaat is bij faillissementen van ziekenhuizen. Maar vergroting van het risico op problemen is voor de toekomst niet uit te sluiten.

Op zoek naar de ideale hulpverlener
(Huub Beijers)

Deviant, nr. 3, December 1994.

Tijdens het congres 'de toekomst van de sociale interventie' werd gesproken over de kloof tussen patiënt en hulpverlener, en hoe de ideale hulpverlener er uit ziet. De patiënt verwacht respectvolle bejegening, informatie en voorlichting, inspraak, openheid, etc. van de ideale hulpverlener. De hulpverleners zelf denken meer aan deskundigheid. De mening van enkele deelnemers staan in dit verslag van het

congres vermeld. Geert van der Laan van het NIZW zoekt het in de maakbaarheid van hulpverleningsinstanties. Volgens Jan Kooistra van de Universiteit Utrecht, moet de ideale hulpverlener "zijn cliënt de context voorhouden waarbinnen keuzes in de hulpverlening worden gemaakt". Marlieke de Jonge (cliënt-deskundige bij een ziektekostenverzekeraar) pleit voor vertolkers, omdat de kloof toch niet meer te dichten is.

Definitieve antwoorden zijn niet gegeven op dit congres. De waarde ervan is, dat de professional zelf op de snijtafel lag. Dit draagt er voor de toekomst misschien toe bij dat de hulpverlener een minder stati-

sche professional wordt.

GGD, ZVN en Thuiszorg in voor samenwerking

(Lenneke Berkhout en Wim Peters) Handicap & Beleid, nr. 1, 1995.

Dit artikel bevat een weergave van het 'ronde-tafelgesprek over indicatiestelling'. Aan het gesprek deden mee; Anneke Groenenberg (directeur GGD Leiden), Juul van Ogtrop (Productmanager ZVN), Bert Lubbinge (directeur kruiswerk West-Brabant) en Ab Borg (namens Handicap & Beleid). De discussiepunten waren:

- Definitie, welke hulp moet je aan de cliënt leveren.
- Onafhankelijkheid, noodzaak van

onafhankelijkheid van financiers en van zorgaanbieders.

- Deskundigheid, welke deskundigheid moet je als adviseur inzetten of is de methodiek belangrijker?
- Integraal advies, het belang van de sociale omgeving en het zoeken naar de verborgen vraag achter de gestelde.

De auteurs concluderen, dat de bereidheid tot samenwerken en het vinden van een samenwerkingsvorm bij de gesprekspartners aanwezig is. "Nu de praktijk nog".



Koersen op gezondheid in Delfshaven

door Michiel Eldering, GGD Rotterdam e.o.

In bepaalde wijken binnen de deelgemeente Delfshaven is de ervaren gezondheid aanzienlijk lager dan het Rotterdams gemiddelde. De GGD Rotterdam is onder de noemer 'Koersen op gezondheid' begonnen met het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsbeleid waarin de deelgemeenten een belangrijke rol spelen. Hoe dat kan, wordt hier beschreven op basis van de gezondheidsnota die door de GGD Rotterdam e.o. voor de deelgemeente Delfshaven is opgesteld.

'Rebus Vision'

Voor de ontwikkeling van een lokaal gezondheidsbeleid vormt de feitelijke situatie in de deelgemeente een belangrijk uitgangspunt. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt naar kwalitatieve en kwantitatieve gegevens. In het kader van haar epidemiologische taak zijn door de GGD een aantal registratieprojecten opgezet die bijdragen aan een beter inzicht in de gezond-

heidssituatie van Rotterdam, de deelgemeenten en de verschillende wijken daarbinnen. Hierbij wordt, naast gegevens uit gezondheidsenquêtes door de GGD, gebruik gemaakt van bestaande data. Een groot aantal gegevens over de gezondheid in deelgemeenten en wijken is door de GGD in een 'software'-programma 'Rebus-vision' (Rebus = Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem) aan de deelgemeente ter beschikking gesteld. De verzamelde gegevens kunnen behulpzaam zijn bij het stellen van prioriteiten en het ontwerpen van gericht beleid om de gezondheidssituatie te verbeteren en de verschillen tussen de wijken te verkleinen.

Ter illustratie is in tabel I een overzicht gegeven van enkele indicatoren, de score voor Rotterdam als geheel, de gemiddelde score voor de deelgemeente Delfshaven en de wijk met de grootste negatieve afwijking ten opzichte van het Rotterdams gemiddelde. Wat hierbij opvalt zijn de verschillen op een

aantal van deze indicatoren. Zo is de als 'goed' ervaren gezondheid in de gemeente Rotterdam 72%, met een verschil van 12 procentpunten ten opzichte van de wijk Schiedmond. Ook wordt duidelijk dat de deelgemeente Delfshaven op deze indicatoren over de hele linie lager uitkomt dan het Rotterdams gemiddelde. Ook het aantal geweldsslachtoffers is hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Daarnaast heeft de deelgemeente een omvangrijke groep drugsverslaafden. Het voorzieningenniveau is vrijwel gelijk aan het Rotterdams gemiddelde. Hier kan worden gesteld, mede gezien het algemeen geconstateerde verband tussen sociaal-economische achterstand en gezondheid, er sprake zal zijn van een gezondheidsachterstand.

Kwalitatieve gegevens

Hoewel de kwantitatieve gegevens als basis kunnen dienen voor het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsbeleid, moet tevens aandacht worden geschonken aan kwalitatieve gegevens. Bewoners en organi-

Indicatoren	R'dam	Delfshaven	Wijk in Delfshaven met grootste afwijking t.o.v. Rotterdam
	N %	N %	N %
Sterfte : SMR vrouwen	100	101	155 (Schiemond)
Sterfte : SMR mannen	100	104	116 (Schiemond/Tussendijken)
Goed ervaren gezondheid	72%	66%	(Schiemond) 60%
Huisartsbezoek afgelopen 2 mnden	50%	57%	(Oud Mathenesse/Spangen)
Excessief alcohol gebruik	8%	9%	(Spangen)
Rokers	39%	46%	(Delfshaven) 58%

saties, werkzaam in de deelgemeente kunnen belangrijke informatie voor de beleidsontwikkeling aandragen.

Mede gezien het belang om organisaties en instellingen in de deelgemeente bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid te betrekken, werd door de deelgemeente een studiemiddag met als thema 'Gezondheidsbeleid' georganiseerd. De grote lijnen die hieruit naar voren komen zijn:

- in kaart brengen van vraag en aanbod op het terrein van de gezondheid voor verschillende bevolkingsgroepen en hierop beleid baseren;
- bij de beleidsontwikkeling op diverse terreinen de effecten aangeven voor de gezondheid;
- aandacht voor het proces van zorgvernieuwing en de rol van zelforganisaties hierbij;
- het sociaal-cultureel werk en het opbouwwerk kunnen een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, met name bij het bevorderen van samenhang en samenwerking;
- gezondheidsbevorderende activiteiten juist op wijkniveau uitvoeren zodat goed gebruik gemaakt kan worden van bestaande netwerken, voorzieningen en de cultuur van bevolkingsgroepen.

Uit de discussie tijdens deze middag is verder naar voren gekomen dat bij het lokaal gezondheidsbeleid vooral aandacht zou moeten worden gegeven aan jeugd, ouderen en migranten.

Gezondheidsprofiel

Voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid is een gezondheidsprofiel van de deelgemeente Delfshaven nodig. Hierbij wordt onder meer de gezondheidssituatie van de bevolking, leefstijl en gedrag, woonomstandigheden, sociaal-economische gegevens, vraag naar en aanbod van gezondheidsvoorzieningen en gezondheidsverschillen ten opzichte van andere gemeenten in kaart gebracht en aan een nadere analyse onderworpen. Een groot deel van deze informatie is reeds beschikbaar - onder andere in het REBUS-informatiesysteem. Andere gegevens, zoals de gezondheidsbevorderende activiteiten in het sociaal cultureel werk en het opbouwwerk worden nog geïnventariseerd. Eventueel kan aanvullend en gericht onderzoek naar knelpunten of methoden om gezondheid te bevorderen nodig zijn. Te denken valt aan hulp bij het invullen van gezondheidsenquêtes onder allochtone bevolkingsgroepen die door problemen met de Nederlandse taal deze enquêtes anders niet kunnen invullen. Op basis van het gezondheidsprofiel kunnen beleidsprioriteiten worden aangegeven en kunnen de noodzakelijke instrumenten voor het beleid worden vastgesteld. Daarbij moet aandacht worden besteed aan de samenhang met andere beleidsterreinen. Het gezondheidsprofiel vormt een ijkpunt voor de evaluatie van het te ontwikkelen beleid.

Projectgroep

Voorgesteld wordt om een ambtelijke projectgroep in te stellen teneinde het traject van beleidsontwikkeling tot uitvoer te brengen. Om het intersectorale karakter van het gezondheidsbeleid tot uitdrukking te brengen zou de projectgroep moeten bestaan uit beleidsmedewerkers van diverse relevante beleidsterreinen binnen de deelgemeente. Hierbij valt in eerste instantie te denken aan het welzijnsbeleid (sociaal-cultureel werk en opbouwwerk) en een beleidsmedewerker 'ouderen'. De GGD kan in deze projectgroep participeren als adviseur. De projectgroep zal in samenwerking met de GGD en in overleg met de maatschappelijke organisaties in de deelgemeente activiteiten op het terrein van gezondheid in 1995 en 1996 stimuleren en initiëren. Deze krijgt daarnaast als opdracht, op basis van een vast te stellen profiel van de gezondheidssituatie, voor 1997 een Lokaal Gezondheidsbeleidsplan voor de deelgemeente Delfshaven op te stellen. De hiervoor besproken uitgangspunten alsmede het convenant met de GGD vormen het kader voor het op te stellen beleidsplan. De reeds beschikbare gegevens over het gezondheidsprofiel en hetgeen op de studiemiddag naar voren werd gebracht zal door de projectgroep als richtinggevend voor de beleidsontwikkeling worden beschouwd. Ten einde ook in de komende jaren, in voldoende mate de inbreng van de bevolking en organisaties op het terrein van de gezondheid te garanderen, zal de projectgroep éénmaal per jaar een vervolgonferentie over gezondheid organiseren. De ambtelijke projectgroep valt onder bestuurlijke verantwoordelijkheid van de portefeuillehouder Welzijn. Eind 1995 zal een tussentijds verslag van de werkzaamheden en het vast te stellen gezondheidsprofiel, aan de deelgemeenteraad worden voorgelegd. Gezien de bevolkingssamenstelling van de deelgemeente en hetgeen werd besproken op de studiemiddag over lokaal gezondheidsbeleid, zou al in 1995 prioriteit moeten wor-

den gegeven aan gezondheidsbevorderende activiteiten gericht op jongeren, ouderen en migranten. Het sociaal-cultureel werk en het opbouwwerk zouden bij de uitvoering een belangrijke rol kunnen spelen.

Welzijnswerk

In het kader van het sociaal-cultureel werk en het opbouwwerk vinden al gezondheidsactiviteiten plaats. Omdat dit niet altijd als zodanig zichtbaar is, zijn de Stichting Maaswerk, het RIO en de GGD een samenwerking aangegaan waarbij een inventarisatie wordt gemaakt van de activiteiten op het terrein van de gezondheidsbevordering. Het is de bedoeling dat dit eind 1994 wordt afgerond, zodat begin 1995 een rapport aan de deelgemeente kan worden gepresenteerd waaruit blijkt wat er al wordt gedaan op het terrein van de gezondheid en welke mogelijkheden er zijn om dit verder uit te bouwen. Naar aanleiding hiervan kan de deelgemeente besluiten het sociaal-cultureel werk en opbouwwerk verder in te zetten voor het verbeteren van de gezondheid in de wijken.

Tot de gezondheidsbevorderende activiteiten in de deelgemeente behoort ook het project 'Migranten en gezondheid' onder verantwoordelijkheid van de opbouwwerker in Bospolder-Tussendijken. De financiering van dit project door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, werd in 1994 beëindigd. Na overleg met de deelgemeente heeft de projectleider aangegeven mogelijkheden te zien om het project te verbreden naar andere wijken en grotere bevolkingsgroepen. De ervaring met wijkgericht opbouwwerk gericht op gezondheidsbevordering zou op deze manier kunnen worden benut. In een dergelijk vervolproject zou het accent kunnen worden gelegd op een wijkgerichte benadering en de overdracht van kennis en ervaring naar de daar reeds werkzame opbouwwerkers. Op de begroting van de deelgemeente was hiervoor reeds een bedrag gereserveerd van fl. 50.000,—.

De GGD is op het gebied van ge-

zondheidsbescherming, -bevordering, preventie en curatieve zorg actief. Het gaat hierbij om produkten die afzonderlijk en als geheel bijdragen aan een lokaal gezondheidsbeleid. In een aantal gevallen zijn deze activiteiten afhankelijk van samenwerking met de reeds bestaande structuren en samenwerkingsverbanden. Hieronder wordt kort ingegaan op een aantal van de activiteiten voor 1995 die aansluiten bij de voorgestelde prioriteitsgroepen voor lokaal gezondheidsbeleid.

Jeugdigen

Ten aanzien van jeugdigen gaat het met name om het stimuleren van de ontwikkeling van "lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden". Door de afdeling Jeugdzorg is het zwaartepunt verlegd van een individuele naar een groepsgerichte benadering van jeugdigen. Dit is nodig vanwege zowel de vergroening, als vanwege de toename van jeugdproblematiek, zoals vroegtijdige schooluitval, jeugdcriminaliteit en kindermishandeling.

De preventieve zorg wordt ontwikkeld in overleg met scholen (schoolgezondheidsbeleid) en in buurten (buurtnetwerken en opvoedingsondersteuning).

In de wijk Bospolder-Tussendijken bestaat een netwerk jeugdhulpverlening; 'Korte lijnen'. Hierin werken de scholen, het algemeen maatschappelijk werk, het project Migranten en Gezondheid, buurthuizen, wijkagent, opbouwwerk en schoolartsencentrum samen om de problemen waarmee scholen worden geconfronteerd (onder andere verwaarlozing, mishandeling, agressie, drugsoverlast, weinig speelgelegenheid) gezamenlijk aan te pakken.

Aan risico-kinderen (kindermishandeling, schoolverlaters, jeugdcriminaliteit) en hun ouders wordt intensieve zorg verleend. Naast de groepsgerichte aanpak voeren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen individuele preventieve gezondheidsonderzoeken uit, alsmede onderzoeken in het kader van de Interim Wet Speciaal Onderwijs en Voortgezet Speciaal Onderwijs. Deze preventieve gezondheidson-

derzoeken en de onderzoeken op verzoek van ouders, kinderen en/of school, hebben tot doel probleemkinderen op te sporen. Deze kinderen worden daarna intensief begeleid door de jeugdarts/verpleegkundige of verwezen naar een andere hulpverleningsinstantie.

Voor de leeftijdsgroep 12-18 jarigen wordt bij de gezondheidsbevordering voor de jeugd prioriteit gelegd bij de preventie van gebruik van risikante stoffen en gokverslaving. In het kader van preventie van jeugdcriminaliteit wordt als experiment in het Nieuwe Westen het plan van aanpak 'Marokkaanse kinderen' gecontinueerd. Hoofddoelstellingen van dit plan zijn: het voorkomen van, en in een vroeg stadium verminderen van problemen bij Marokkaanse kinderen en het vergroten van de verantwoordelijkheden van Marokkaanse ouders voor het gedrag van hun kinderen, met name buitenshuis. Naast de GGD en de afdeling Jeugdzorg zijn verschillende instellingen in de buurt bij de projecten in dit kader betrokken.

Ouderen

Voor ouderen bestaat het project 'Seniorenvoorlichting' waarbij door en voor ouderen voorlichting over gezondheid wordt gegeven. Er worden voorstellen ontwikkeld voor preventieprogramma's gericht op het voorkomen van eenzaamheid en ongevallen bij ouderen. Voor de deelgemeente kan ondersteuning worden geboden bij het opstellen van een lokaal preventief gezondheidsbeleid voor ouderen.

Migranten

Er wordt ondersteuning geboden aan migranten-zelforganisaties op het gebied van gezondheid. De migrantenvoorlichtsters geven gezondheidsvoorlichting aan migranten in de eigen taal. Door de GGD is in 1994 een migrantenvoorlichtster voor 20 uur per week gedetacheerd bij het project 'Migranten en Gezondheid' in Bospolder-Tussendijken. Deze formatie is ook in 1995 beschikbaar. Hierbij wordt

RIO; over STAG

door Janwillem Springeling, staffunctionaris RIO, deelnemer STAG

opgemerkt dat deze vorm van voorlichting moet kunnen aansluiten bij een kader voor gezondheidsbevorderende activiteiten op wijkniveau. Aansluiting bij de werkzaamheden van opbouwwerkers biedt hiervoor een mogelijkheid.

In het kader van Jeugdzorg zal ook in 1995 een half-time migranten-voorlichtster in de deelgemeente Delfshaven worden ingezet die via het basisonderwijs voorlichting over gezondheid kan geven.

Beleidsprogramma

Het programma voor vaststelling van het lokale gezondheidsbeleid in Delfshaven omvat voor 1995/1996 de volgende punten.

1995

- vaststelling samenwerkingsovereenkomst deelgemeente Delfshaven en Gemeentelijke Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken (januari);
- studiemiddag Lokaal Gezondheidsbeleid (mei/juni);
- rapportage voortgang ontwikkeling Lokaal Gezondheidsbeleid en vaststellen gezondheidsprofiel (december);

1996

- studiemiddag Lokaal Gezondheidsbeleid (september);
- plan Lokaal Gezondheidsbeleid Delfshaven (december).

□

In Rotterdam hebben drie grote stedelijke organisaties elkaar gevonden als het gaat om het bestrijden van gezondheidsachterstand in de wijken middels een activerend gezondheids-beleid. De Gemeentelijke Gezondheidsdienst, Maaswerk (stedelijke ondersteuningsinstelling voor sociaal-cultureel werk) en het Rio (Rotterdams instituut bewonersondersteuning) hebben gezamenlijk het Stedelijk Steunpunt Activerende Gezondheidsbevordering (STAG) opgericht. Doel van het STAG is het zo veel als mogelijk bevorderen van een samenhangende aanpak van gezondheidsachterstand in de wijken en deelgemeenten. In bijgaand kader is kort aangegeven wat het STAG is, haar uitgangspunten, werkwijze en taken.

Onderstaand zal ik ingaan op het ontstaan van het STAG en haar huidige werkzaamheden. Tevens zal ik aangeven, welke toekomst ik zie voor het STAG. Van oudsher is het welzijnswerk actief op het terrein van gezondheidsvraagstukken en het bestrijden van achterstand op dit gebied. Het opbouwwerk heeft vanuit haar werktraditie veel ervaring en methodische kennis om samen met de bewoners te werken aan gesignaleerde problemen in de wijken op de vier bekende terreinen: wonen, weten, werken en welzijn. Zij is èn ondersteuner van bewonersinitiatieven èn bruggebouwer naar de maatschappelijke instanties toe, die bijdragen leveren aan de oplossing van een gegeven probleem.

Op een veelheid van terreinen is het opbouwwerk actief, ook op het terrein van de bestrijding van gezondheidsachterstand. Soms is de activiteit direct gericht op de aanpak van gezondheidsvraagstukken, die de wijkbewoners naar voren brengen. Vaker werkt het opbouwwerk aan één van de determinanten, die medebepalend is voor de gezondheid bedreigende omstandigheid: goede stadsvernieuwing, kindveilige speelroutes, wijkparken,

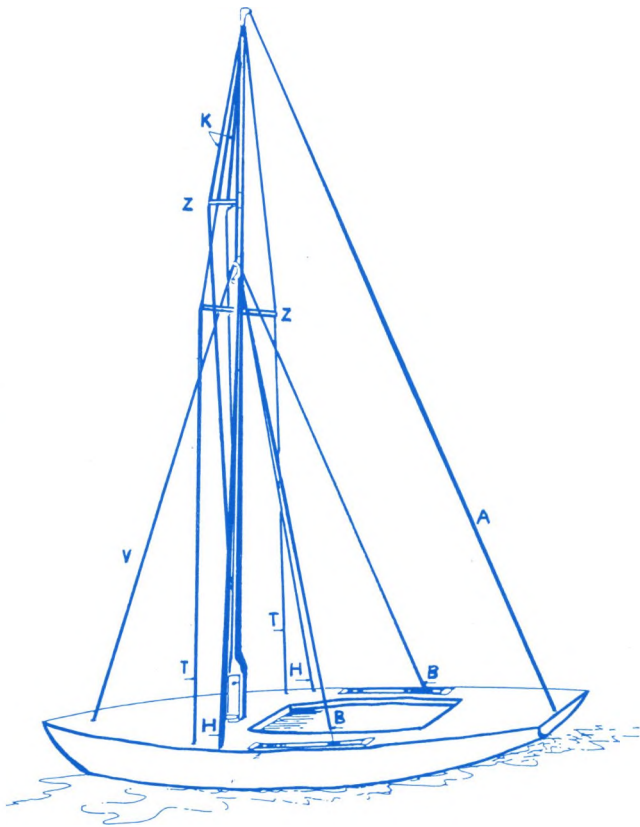
sportaccommodatie, speelpleinen, verbeteren werkperspectieven e.d. Een minder makkelijk te meten maar niet weg te denken bijdrage levert zij door de activerende werking naar bewoners. Maatschappelijke participatie en de daarbij horende waardering is van grote waarde voor een zich fysiek en geestelijk welbevinden.

Het sociaal-cultureel werk richt zich van oudsher meer op de individuele emancipatie van haar gebruikers. Zij is actief met allerlei educatieve en vormende activiteiten op het gebied van sport, gezond lijf en gezonde geest, voeding, opvoeding en voorlichting van mensen in de buurt. Ook zij heeft activering hoog in haar vaandel staan.

In de loop van de jaren is een bont scala van activiteiten in de Rotterdamse wijken ontstaan. Tevens is met name vanuit de opbouwwerkpraktijk bij de GGD en de stedelijke politiek getracht meer aandacht en middelen gericht in te zetten voor het bestrijden van gezondheidsachterstand in de wijken. Met meer en minder succes startte in de loop der jaren menig wijkgericht project.

De GGD

Voortbordurend op Het Nieuwe Rotterdam en de Sociale Vernieuwing brengt de GGD onder leiding van haar toenmalige directeur E.W. Roscam Abbing de nota 'Een Gezonde Stad' (1989) uit. In deze nota wordt gepleit voor de brede benadering van gezondheidsvraagstukken en komt het bestrijden van gezondheidsachterstand in wijken uitgebreid aan de orde. De samenwerking met andere diensten en relevante werksoorten in de wijk moet intensiever! "De GGD", zo zegt Roscam Abbing, "moet verder gaan met haar vermaatschappelijking...". (Uit de nota 'Een gezonde stad', nov. 1989, GGD Rotterdam.) Projecten, die zich richten op bepaalde achterstandsgroepen of -wijken ziet hij als voorlopers van de noodzakelijke vernieuwing, uitbreiding en intensivering van preventie. Een activerende inbreng van bewoners in de wijken is een voorwaarde voor een goed en breed gedragen gezondheidsbeleid.



GGD

St. Maatwerk

RIO

Het Gezonde Stad-project gaat van start. Het project baseert zich op de werkdoelen, zoals deze zijn geformuleerd in het 'Health for all bij the year 2000-program' van de Wereldgezondheidsorganisatie. Ongeveer tegelijkertijd komt de regering met de Wet Collectieve Preventie. De gemeenten krijgen de verantwoording voor het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsbeleid. Integrale aanpak, gezondheidsbevordering en -bescherming, preventie, goede toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen en activerende inbreng van burgers zijn de belangrijkste elementen van een dergelijk beleid.

STAG start

Voor de uitvoering van een dergelijk breed programma heeft de GGD onvoldoende instrumenten, kennis en vaardigheden in huis. Samenwerking met anderen is een must. Het opbouwwerk en sociaal-cultureel werk worden benaderd om gezamenlijk in de wijken te werken aan gezondheidsachterstand. Beide werksoorten hebben behoefte om, na een aantal jaren werkervaring met buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand, eens de balans op te maken van de effecten van hun inzet. De GGD, Maaswerk en het Rio organiseren voor hun medewerkers onder leiding van het projectbureau Sociale Vernieuwing

een werkconferentie, waarin ieder zijn bijdrage en een aantal voorbeeldprojecten op dit terrein uitgebreid bespreekt. In de werkconferentie springt het belang van intersectorale samenwerking naar voren.

De conclusies van deze conferentie zijn de bouwstenen voor het STAG. De organisaties gaan een samenwerking ten aanzien van STAG aan en geven uitvoering aan de wens om tot een gezamenlijk beleid en activiteiten op het terrein van gezondheidsachterstand te komen. Het Rotterdamse politieke en ambtelijke bed wordt afgehaald. Alles wat niet meegaat in de verhuiswagen richting stadsregio erven de (vital?) toekomstige gemeenten nieuwe stijl, de huidige deelgemeenten. Het lokale gezondheidsbeleid is een onderdeel van de erfenis. De GGD blijft als een intergemeentelijk samenwerkingsverband bestaan; zij bereidt zich voor op haar taken ten aanzien van de ambtelijke ondersteuning van de deelgemeentebesturen en ambtenaren. De Wet op de Collectieve Preventie prikkelt de toekomstige gemeenten hun bestuurlijke verantwoording in deze te nemen.

Gezamenlijk met de GGD en in samenspraak met de lokale actoren, zoals het welzijnswerk, nemen de deelgemeenten het initiatief voor het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid, uitgaande van

een brede benadering en gericht op het bestrijden van de achterstand.

In de twee deelgemeenten Delfshaven en Feijenoord zijn inventarisaties gemaakt van het aanbod van de drie organisaties op dit terrein. Daarnaast zijn er aanzetten voor een beleidsnota voor beide deelgemeenten gedaan. Het STAG bemoeit zich ook met de voorwaarden om te komen tot een goed lokaal gezondheidsbeleid en passende activiteiten.

Hoe verder?

Van de stedelijke organisaties, die betrokken zijn bij het STAG, blijft alleen de GGD bestaan. Maaswerk en Rio worden begin 1996 waarschijnlijk opgeheven. De Stadsprovincie en de afzonderlijke deelgemeenten hebben geen behoefte aan een boven(deel)-gemeentelijke ondersteuningsinstelling op het gebied van sociaal- cultureel werk of opbouwwerk.

De trein van de decentralisatie gaat door. Het Stedelijk Steunpunt Stag zal omgebouwd moeten worden naar Steunpunten Activerende Gezondheidsbevordering in de desbetreffende deelgemeenten. In het niemandsland tussen de deelgemeenten afzonderlijk en de 'grootstads-problematiek', ook op het terrein van bestrijding van de gezondheidsachterstand, zullen de deelgemeentelijke organisaties en hun STAG's hun eigen koers moeten varen.

Er is heel wat gewonnen met een blijvend overleg in de vorm van Steunpunten Activerende Gezondheidsbevordering per deelgemeente. Tegelijkertijd wordt een goed ingewerkt ondersteuningsinstrument van GGD, Maaswerk en Rio, het STAG, met de decentralisatie als gevolg van de vorming van de stadsprovincie overboord goegoid. Zonde.





Samenlevingsopbouw

Katern

Vijftig jaar
verwerking
van vijf jaar
oorlogsleed,

Gradus Hendriks



8 DEC. 1941 – 15 AUG. 1945

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Verwerking van het leed, individueel en collectief. Indicatoren voor het volgen in de tijd van het verwerkingsproces:
 - A. De viering van de 5e mei
 - B. Herdenkingsmonumenten en -plaatsen
 - C. Verleende onderscheidingen
 - D. Financiële regelingen
 - E. Immateriële hulpverlening
4. Nabeschouwing
5. Geraadpleegde literatuur

Gradus Hendriks was van 1965-1983 werkzaam bij het Ministerie van WVC als hoofd van het Directoraat-Generaal voor maatschappelijke ontwikkeling. Daaronder ressorteren onder andere de maatschappelijke dienstverlening, het opbouwwerk en de sociale planning alsmede de immateriële zorg voor bijzondere groepen zoals vluchtelingen, oorlogsgetroffenen en rijksgenoten van overzee. Uit dien hoofde kwam hij ook in contact met de immateriële zorg voor verzetsdeelnemers en vervolgd. In de zeventiger jaren was hij belast met de voorbereiding van het werk- en adviescollege (WAC), dat de regering diende te adviseren over de intensivering en de coördinatie van de dienstverlening aan oorlogsgetroffenen. De resultaten van deze commissie leidden onder andere tot de instelling van het ICODO. Over enkele thema's, verband houdende met de Tweede Wereldoorlog heeft dhr. Hendriks ook al in het verleden gepubliceerd. In deze bijdrage wordt een analyse gegeven, aan de hand van concrete feiten, van het zeer langzaam verlopende proces van de verwerking van vijf jaren oorlogsleed gedurende de afgelopen halve eeuw.

Memo

Vijftig jaar na de oorlog wordt door Gradus Hendriks, op tentatieve wijze, een balans opgemaakt van de collectieve verwerking van de Tweede Wereldoorlog. Er bestaat grote overeenkomst tussen de wijze waarop oorlogsgetroffenen, en andere 'cliënten' van ons welzijnswerk worden opgevangen: onze maatschappij medicaliseert problemen op geestelijk en sociaal gebied. Medicalisering immers, maakt problemen individueel.

Ten behoeve van de opvang van oorlogsgetroffenen koos Nederland veeleer voor de 'spreekkamer', dan voor de weg van maatschappelijke erkenning. (A. de Swaan, zie tekst.) Dit betekent ook een keus voor een categoriale aanpak, in plaats van een algemene. Dit is jammer, omdat dit leidt tot afstand tussen deze categorie en de rest van de maatschappij. Deze afstand komt ook tot uiting in de beeldvorming. Enerzijds bestaat er op allerlei maatschappelijke en bestuurlijke niveau's veel respect voor de groep oorlogsgetroffenen, anderzijds durven we eigenlijk nauwelijks naar hun ervaringen te vragen, (opdat die afstand wordt bewaard?). Veel van de problemen waar oorlogsgetroffenen mee worstelen zullen toch overeenkomsten vertonen met gesignaleerde problemen van allochtonen, asielzoekers, WAO-ers, bijvoorbeeld. Nu wordt dit op een aantal plekken in de maatschappij ook wel gezien. Veelal leidt dit echter tot een 'gelijkschakeling' van oorlogsgetroffenen en die andere groepen, in die zin dat die andere groepen dan ook worden verheven tot een dergelijke 'onaantastbaarheid'. Want dit is kennelijk de manier waarop wij met geestelijk lijden omspringen.

Maar waarom proberen wij niet, als collectief, lering te trekken uit die ervaringen van onze onderdrukte medemens? Waarom betrekken wij hun analyses niet op ons leven van alledag, de wijze waarop onze maatschappij is ingericht? Een eerste voorwaarde voor een dergelijke uitwisseling wordt gevormd door (sociaal) contact. Meer contact tussen mensen in de buurten, wijken en allerhande vormen van maatschappelijk initiatief leidt tot integratie. Mogen de spreekkamers leegstromen en de wijkcentra vol.

Vijftig jaar verwerking van vijf jaar oorlogsleed

door dr. G. Hendriks

1. Inleiding

Onze samenleving zal dit jaar op uiteenlopende wijzen denken, dat wij een halve eeuw geleden bevrijd werden van een barbarendom, dat gedurende vijf jaren ons dagelijks leven beïnvloedde en bedreigde. Zowel voor de Nederlanders in Europa als in Zuid-Oost Azië zijn de herinneringen aan de bezetting door vreemde mogendheden diep in het geheugen gegrift.

Bij het afsluiten van de 20e eeuw zullen stellig ook vergelijkingen worden gemaakt tussen de twee grote wereldoorlogen die binnen deze eeuw plaatsvonden. Beide hebben veel, zeer veel menselijk leed en materiële schade met zich meegebracht. Hoewel de tijdsduur tussen 1914-1918 en 1939-1945 weinig uiteenloopt zijn beide wereldbranden toch verschillend van aard geweest. Niet alleen was de (territoriale) omvang zeer verschillend, maar ook, gezien de technologische ontwikkelingen, de wijze waarop strijd werd gevoerd. In de Tweede Wereldoorlog werden daardoor ook veel meer de burgers betrokken bij de oorlogshandelingen. De omvang van het aantal slachtoffers in de oorlog 1939-1945 was dan ook een veelvoud van de getroffen en in 1914-1918.

Naast dat alles was er nog een ander zeer wezenlijk verschil, namelijk de hele ideologische achtergrond. Nationaal-socialisme streefde naar uitbreiding of verdediging van de macht door verovering van andere gebieden met als doel de eigen ideologie op te leggen aan andere volken. Daardoor stond vanaf het begin het bezette land onder een vreemd gezag dat met alle middelen probeerde met zijn ideologie in het andere volk te penetreren. Zo kwam ons land onder het burgerlijk gezag te staan van een Rijkscommissaris, die na enkele maanden al liet blijken, ons volksleven met de nazi-ideologie te willen door-drenken.

De onverhoedse aanval van Japan op Pearl Harbor betrok ook de VS in het krijgsgedruis. Onze regering in Londen toonde zich solidair met de VS en verklaarde Japan de oorlog. Reeds in het voorjaar van 1942 werd Nederlands-Indië bezet door de Japanners. Krijgsgevangenen werden afgevoerd, vrouwen en kinderen in kampen geïnterneerd. Onder het toezicht van de tot godheid verheven Japanse keizer werden mensenrechten geschonden en veel leed en verlies aan tienduizenden toegebracht.

De oorlogsgebeurtenissen vergden bij ons meer dan 230.000 mensenlevens¹⁾, leidden voor enkele honderduizenden tot een bestaan als dwangarbeider en een onvoorstelbare materiële schade. Pas in latere jaren zou blijken dat bovendien velen in hun leven en ontplooiing werden geremd door een oorlogs- en bezettingstrauma. Het bestaan en de verwerkingsproblemen van deze lichamelijke en psychische schade voor grote groepen van onze bevolking is in de eerste tien tot twintig jaar sterk onderschat. Wij waren ook nimmer geconfronteerd met menselijk leed ten gevolge van bezetting en oorlog, het verlies van naasten, het geterroriseerd en vervolgd zijn op grond van racistisch-politieke overwegingen.

Over de terreur die gedurende vijf jaren landgenoten hier en in Zuid-Oost Azië heeft getroffen, zal deze verhandeling niet gaan. In de afgelopen decennia heeft een ieder in woord en beeld kennis kunnen nemen van de afgrijselij-

ke dingen die met onze joodse landgenoten gebeurden: de executies, martelingen en dwangarbeid in concentratiekampen en de vernedering, die zovelen door de Duitse bezetter moesten ondergaan. Ook hebben velen geleden onder soortgelijke terreur uitgeoefend door de Japanse bezetter, in Nederlands-Indië.

Deze verhandeling zal gaan over hoe de collectiviteit - in een halve eeuw - heeft getracht in de (Nederlandse) samenleving het lijden van de getroffen en op te vangen en te verlichten en hoe dank tot uitdrukking is gebracht aan hen die hun leven of veel van hun welbevinden hebben geofferd onder het juk van een barbaarse bezetter.

2. Verwerking van het leed

Getroffenen in de oorlog, door welke gebeurtenissen dan ook, zullen zelf in het reine moeten komen met hetgeen hen in het verleden is overkomen of aangedaan. Dat wil zeggen tot een zodanige aanvaarding van leed en verlies te komen, dat het leven nog enige zin en inhoud heeft. Prof. Bastiaans²⁾ spreekt op dit punt van de 'ontgrensde mens die het gelukt is de starheid van de eigen grenzen te overwinnen'. De betrokkene kan daarbij geholpen worden door mensen in de directe omgeving, lotgenoten en professionele werkers. Ook niet onbelangrijk voor dat individuele verwerkingsproces is het begrip en psychische ondersteuning in de eigen omgeving.

De samenleving zal voor de uiteenlopende groepen van getroffen en ook de materiële en immateriële voorwaarden dienen te scheppen opdat een optimale leefwijze weer mogelijk is. In de collectiviteit waarin men leeft zal zich van stonde af aan een klimaat dienen te ontwikkelen, waarvoor de betrokkenen zelf tot een ordentelijk geheel en leefniveau kunnen komen. Lukt dat niet, dan zal er, om met professor Hugenholtz te spreken, een onvoldoende verleden ontstaan³⁾.

Niet alleen voor de getroffen en zelf maar ook voor andere burgers is het vaak onbegrijpelijk dat na twintig, dertig jaar - ja zelfs later - pas erkenning van en financiële hulp aan slachtoffers werd geboden. Het is dit langdurige proces van verwerking van de oorlogsgebeurtenissen, dat voor mij aanleiding was, aan de hand van concrete indicaties het verloop daarvan in de afgelopen vijftig jaar te analyseren.

3. Indicatoren voor het volgen in de tijd van het verwerkingsproces

Om het verloop in de tijd te kunnen indiceren, heb ik een vijftal indicatieve aspecten geïnventariseerd en kort geanalyseerd. Bij de keuze van deze indicatoren heb ik mij laten leiden door de volgende criteria:

- een relatie met de gebeurtenissen in de jaren 1940-1-945;
- de indicatoren geven wat betreft implementatie een beeld van het korte of lange tijdsverloop;
- de verschijnselen cq. verrichtingen hebben betrekking op het nationaal niveau voor categorieën van burgers en/of getroffen en.
- waar dat van toepassing zou kunnen zijn, is bij alle indicatoren uitgegaan van acties die vanuit de Neder-

landse samenleving zijn ondernomen. Zo is bijvoorbeeld de financiële hulpverlening vanuit Duitsland aan getroffen en uit de bezette gebieden niet vermeld;

- e. bij de uitwerking van iedere indicator in de tijd en de korte toelichting daarop, is niet gestreefd naar volledigheid. Het gaat namelijk niet om een encyclopedische opsomming maar om een trendmatige weergave.

De volgende indicatoren werden gekozen:

- A. De viering van de 5e mei
- B. Herdenkingsmonumenten en -plaatsen
- C. Verlening van onderscheidingen
- D. Financiële regelingen
- E. Immateriële hulpverlening

Bij iedere indicator zullen belangrijke daden en gebeurtenissen worden vermeld, welke in de vijftig jaar na de bevrijding hebben plaats gevonden. Niet bij alle punten zal evenwel een toelichting nodig zijn, omdat deze voor zichzelf spreken en het niet om een volledige geschiedschrijving gaat.

A. De viering van de 5e mei

de VPRO door de Dienst Kijk- en Luisteronderzoek van de NOS in 1994 werd ingesteld. Van de 15- tot 30-jarigen is 62% op de avond van de 4e mei twee minuten stil om de slachtoffers van de Tweede Wereldoorlog te herdenken. Van de mensen in de leeftijd tussen dertig en vijftig jaar bedraagt dat percentage 58%. De resultaten van dit onderzoek geven tevens aan, dat een derde van de Nederlanders niets doet aan de herdenking. Jongeren van tegenwoordig praten ook vaak met hun oudere familieleden, met name grootouders, over hetgeen er in die jaren gebeurd is.

Hoe positief de herdenking van de 4e mei van het begin af aan is opgevat; zo moeizaam is onze samenleving tot de viering van de 5e mei gekomen. Het verloop in de jaren vanaf 1946 tot 1995 spreekt haast voor zichzelf, maar vraagt hier en daar mogelijk nog enige toelichting⁴⁾. Toevallig viel de eerste 5 mei na de bevrijding op een zondag en de regering alsmede groeperingen in onze samenleving hadden er moeite mee op zondag te gaan feesten. Zodoende was er geen officiële viering van de eerste bevrijdingsdag in 1946. Mogelijk werd het hiervoor genoemde motief ook dankbaar gebruikt als afleiding van iets dat zich inmiddels in Nederlands-Indië aan het vol-

Jaartal		Aantal jaren na 1945
1946	Geen viering i.v.m. zondag	1
1947	Niet-verplichte vrije middag	2
1948-53	na 16.00 uur vrij	3
1954	30 april verjaardag van Koningin Juliana wordt tevens Nationale Feestdag	9
1955	Nationale Feestdag 1 maal in de 5 jaar, Stichting van de Arbeid adviseert vrije dag	10
1981	5 mei wordt officieel tot Nationale Feestdag verklaard	36
1985	Nationale Comité 4 en 5 mei ingesteld	40
1994	- Viering van 5e mei samen met Duitsland afgevoerd. - Voorstel in mei 1995 symposia te houden samen met Duitsland. - Stichting van de Arbeid adviseert bedrijfsleven om in 1995 een doorbetaalde vrije dag te geven, voorzover nog niet in een CAO geregeld.	49

Het verloop in de tijd van de eerste indicator geeft aan hoe moeizaam onze samenleving tot de viering van de 5e mei - de bevrijdingsdag - is gekomen.

Kort na de bevrijding werd besloten ieder jaar op de 4e mei een nationale dodenherdenking te houden. Deze herdenking is in de loop der jaren tot een nationaal gebeuren geworden. Velen zullen hieraan in hun woongemeente en op nationaal niveau hebben deelgenomen. Het is haast ondenkbaar dat deze herdenking ooit uit ons nationale leefpatroon zal verdwijnen. Verheugend is ook, dat jongeren zich met deze herdenking zijn gaan identificeren. Dit blijkt ook uit een onderzoek, dat in opdracht van

trekken was.

Twee dagen na de capitulatie van Japan op 15 augustus 1945 werd door Sukarno en de zijnen de Republiek Indonesië geproclameerd. Enkele jaren van overleg in de civiele sfeer en militair optreden volgden, met als doel om tot aanvaardbare nieuwe verhoudingen in het voormalige Nederlands-Indië te komen; doch zonder resultaat. De jong uitgeroepen Republiek Indonesië ging meer en meer gewapender hand haar verkregen vrijheid verdedigen. Met de val van het Japanse bewind wilde men tegelijk bevrijd worden van het voormalige koloniale gezag door ons land uitgeoefend. In de jaren tussen 1946 en 1949 waren

ongeveer honderddertigduizend militairen en burgers naar het voormalig Nederlands-Indië overgebracht - om zoals het heette - orde en recht te herstellen. Politionele acties werden nodig geacht om dat doel te bereiken, tussen de lopende onderhandelingen door. Een voor Nederland zeer bekend volk vocht voor een bevrijding, die wij op 5 mei 1945 hadden mogen beleven. Zowel voor regering als samenleving was het zodoende moeilijk direct na 1945/1946 grootscheepse bevrijdingsdagen te organiseren.

Maar ook na het zelfstandig worden van de republiek Indonesië op 27 december 1949 wilde het proclameren van een nationale bevrijdingsdag niet erg vlotten. Het overzicht tot 1995 munt uit door compromissen en een zuinige opstelling. In 1954 kwam het kabinet Drees zelfs op de gedachte de viering van de verjaardag van Koningin Juliana op 30 april te doen samenvallen met de feesten voor bevrijdingsdag. Het spaarde zodoende wel een werkdag uit want ons land verkeerde nog volop in een periode van wederopbouw.

Toch adviseert de Stichting van de Arbeid al in 1955 werknemers op 5 mei een doorbetaalde vrije dag te geven. In verschillende collectieve arbeidsovereenkomsten wordt dit nadien ook aldus geregeld. Toch herhaalt genoemde stichting in 1994 nogmaals deze wens, voorzover deze niet reeds in CAO's is geregeld. De regering probeert na dertig à veertig jaar de viering van de bevrijding ook wat meer aanzien te geven door in 1981 de 5e mei tot officiële feestdag te verklaren en enkele jaren daarna het Nationaal Comité Viering Bevrijding in te stellen. Als eerste voorzitter van dat comité zou gaan optreden de bekende politicus wijlen mr. Th. van Lier. Daarvoor waren jaarlijks ook vergelijkbare comités werkzaam geweest - zoals bijvoorbeeld het 5 mei-comité onder voorzitterschap van de heer mr. A.A.M.T. Kolschoten - dat onder andere de 5 mei-manifestatie na 1965 organiseerde. Er bestond ook een zekere controverse met betrekking tot de herdenking van de afloop van de Tweede Wereldoorlog in Zuid-Oost Azië op 15 augustus 1945. Daar werden enkele honderdduizenden landgenoten en Indische-Nederlanders gevangen gehouden, dan wel op inhumane wijze behandeld.

De herdenking van de bevrijding in het voormalige Nederlands-Indië is zeer laat in onze samenleving tot leven gekomen. Herdenking van omgekomenen, vergoeding van materieel verlies en zoveel meer zijn eigenlijk eerst in de 70'er en 80'er jaren sterker naar voren gekomen. In 1991 oppert de Tweede Kamer de gedachte de naam van het Nationaal Comité voor de 4de en 5de mei zodanig te wijzigen, dat ook een relatie wordt gelegd met de beëindiging van de oorlog in Zuid-Oost Azië. De minister zegde een nader onderzoek toe. Op 12 december 1991 werd de Tweede Kamer bericht, dat er geen aanleiding werd gevonden de naam van het Nationaal Comité te wijzigen. De in het KB van 27 novem-

ber 1987 vermelde naam luidt 'Nationaal Comité voor de nationale herdenking en viering bevrijding', dat wil zeggen ook de bevrijding van van Nederlands-Indië. In het KB van 24 september (5e mei nationale feestdag) wordt gesproken over de viering van de bevrijding van de Duitse en Japanse bezetters.

De 5e mei 1995 zal een vrije dag zijn voor iedereen om de bevrijding na 50 jaar te herdenken en te vieren! ⁵⁾

B. Herdenkingsmonumenten en -plaatsen

Jaartal		Aantal jaren na 1945
1940-1944/45	Oorlogsgraven van gesneuvelde militairen in de mei-dagen van 1940 en van gevallen tijdens de bevrijding van ons land in 1944/45. Gedenkplaatsen waar executies door de bezetter plaats vonden.	
1952	De Dokwerker in Amsterdam n.a.v. de Februari-staking in 1941.	7
1956	<ul style="list-style-type: none"> • Nationaal Monument op de Dam • Monument in Nederland voor joodse slachtoffers in Auschwitz; • Nieuwe Oosterbegraafplaats te Amsterdam. 	11
1956/65	De Boeg' in Rotterdam voor de omgekomen landgenoten bij de koopvaardij.	9/20
1971	Onthulling door Koningin Juliana van het monument in Westerbork.	26
1980	Herdenkingsplaats in Auschwitz voor omgekomen Nederlandse joden.	35
1983	Vernieuwd herdenkingscentrum in Westerbork.	38
1988	Indisch monument in Westbroekpark in Den Haag voor slachtoffers Japanse bezetting.	40
1988/90	Nationaal Indisch monument voor overleden burgers en militairen in de jaren 1945-1962 in voormalig Nederlands-Indië te Roermond.	43

ledere samenleving heeft de behoefte bijzondere gebeurtenissen, zoals onafhankelijkheid, oorlogen, revoluties of rampen vast te leggen in monumenten of daarmee te vergelijken objecten. De initiatiefnemers willen daar-

Jaartal		Aantal jaren na 1945
1990	Monument Mizumaki in Japan voor Nederlandse slachtoffers aldaar.	45
1992	Herdenkingsmonument in Den Haag van het Centraal bevolkingsregister, bombardement door geallieerden uitgevoerd.	47
1993	(januari) Onthulling van herschepen Auschwitz monument in het Wertheimpark te Amsterdam. (september) Tweede onthulling van Auschwitz monument in Wertheimpark, na vernieling van het eerste monument. (oktober) Premier Lubbers onthult gedenkteken in Thailand ter nagedachtenis aan de krijgsgevangenen, die omkwamen bij de aanleg van de Birma-spoorweg.	48
1994	Gedenkteken in Sonsbeek voor de jongenskampen tijdens de Japanse bezetting.	49

mee de slachtoffers herdenken, alsmede dank betonen aan hen, die een bijzondere rol hebben gespeeld. Zo stonden wij vaak stil bij monumenten in de ons omringende landen, betrokken bij de Eerste Wereldoorlog. Meestal hadden deze betrekking op de omgekomen militairen. Tijdens de Eerste Wereldoorlog was negentig procent van de slachtoffers militair, terwijl in de strijd tussen 1939 en 1945 evenveel militairen als burgers het leven verloren. Bij oorlogen in het zeer recente verleden is het aantal getroffen burgers opgelopen tot negentig procent.

Monumenten als uitdrukking van dankbaarheid voor offeren in de jaren 1940-1945 gebracht, zijn op meer dan 800 plaatsen in ons land verzezen. Ook bij het tot stand komen van monumenten en plaatsen van herdenking zien we uit de opsomming de zeer lange tijd, die dat beslaat.

Bij het registreren en analyseren van de indicator monumenten heb ik mij beperkt tot gebeurtenissen met een meer nationaal karakter. Het doel van de weergave is niet, zoals reeds gezegd, een encyclopedische verantwoording te geven, doch meer de trend te volgen in de afgelopen jaren.

Zoals in het chronologische overzicht is aangegeven, zijn tot 1950 vooral de plaatsen met oorlogsgraven, zoals de

Grebbeberg en de gedenkplaatsen waar executies plaatsvonden (Waalsdorpervlakte), belangrijke oriëntatiepunten in de eerste jaren na de oorlog. Het Nationaal Monument op de Dam van de architect J.J.P. Oud en de beeldhouwer J. Raedecker werd pas in 1956 onthuld. Lange tijd was er verschil van mening in de Amsterdamse Raad over de juiste lokatie. Een deel van de raad vond de plaats tegenover het koninklijk paleis om verschillende redenen minder geschikt. Uiteindelijk werd toch tot de huidige lokatie besloten, zij het met de stemmen van één voltallige fractie tegen.

Enkele jaren daarvoor in 1952 werd diezelfde stad verrijkt met het beeldhouwwerk van Mari Andriessen ter nagedachtenis van de Februari-staking in 1941. De Dokwerker heeft een waardige plaats gekregen in de voormalige Jodenbuurt.

Een monument voor Joodse slachtoffers komt eveneens in 1956 tot stand en wel op de nieuwe Oosterbegraafplaats. Jaarlijks vonden daar in januari de herdenkingen plaats van de bevrijding van Auschwitz. In 1993 ging dit plaatsvinden bij een hernieuwd monument in het Wertheimpark. Daarover is wel het één en ander te doen geweest. Korte tijd namelijk, voordat de eerste plechtigheid zou plaatsvinden werd het monument (ontwerp van Jan Wolkers) vernield. In september 1993 werd op dezelfde plaats een hernieuwd monument onthuld.

Het vroeg negen jaar nadat het initiatief in 1947 was geboren, alvorens in 1956 voor slachtoffers van de Nederlandse Koopvaardij een monument in Rotterdam werd opgericht. Dit monument getiteld 'Zij hielden koers' van de beeldhouwer Carasso kreeg een zeer toepasselijke plaats aan de Leuvenhaven. Ten gevolge van werkzaamheden ter plaatse kon de bijbehorende beeldengroep pas in 1965 worden aangebracht. Het monument zal vele generaties na ons eraan herinneren dat 500 vaderlandse koopvaardij schepen ten onder gingen. Naar tonnage gerekend meer dan de helft van de vloot; 3500 opvarenden van Nederlandse schepen lieten in die jaren het leven.⁶⁾ Pas in 1971 vond een onthulling plaats van het stootblok en de opgebroken spoorrail in het voormalig concentratiekamp Westerbork. Een deel van dat kamp was nota bene in 1951 in gebruik genomen onder de eufemistische naam 'Schattenberg', als woonoord voor de Molukse ex-KNIL-militairen en hun gezinnen. Datzelfde geschiedde overigens ook met het voormalig concentratiekamp in Vught.

In 1981 maakte het kamerlid de heer J. Wolff de regering erop attent dat in Drente een grote verwaarlozing van dit tragische erfgoed plaatsvond. Dat leidde er in 1983 toe, het huidige Herinneringscentrum in gebruik te nemen. Opmerkelijk was de zeer late realisatie van een herdenkingsplaats voor de Nederlandse slachtoffers in het kamp Auschwitz in Polen. Terwijl alle landen die slachtoffers in dat kamp hadden te betreuren daar een eigen gedenkplaats hadden ingericht is Nederland tot 1980 in gebreke gebleven. In 1974 verbleef de schrijver in Polen en tijdens dat bezoek maakte de Nederlandse ambassadeur gewag van de nalatigheid, welke volgens zijn zeggen bevreemding wekte bij Nederlanders en bezoekers uit andere landen.

Een signalering van één en ander dezerzijds bij het Kabi-

net Den Uyl leidde er toe, dat vrij snel het besluit werd genomen om over te gaan tot het inrichten van een herdenkingsruimte in het kamp Auschwitz. Het zou evenwel nog tot 1980 duren voordat deze herdenkingsruimte kon worden geopend.

Uit deze chronologische weergave blijkt dat na 1945 ook monumenten tot stand zijn gekomen voor de slachtoffers en voor het leed van onze landgenoten in het voormalige Nederlands-Indië. Na ruim veertig jaar, in 1988, verrijst eindelijk een monument voor de getroffen van de Japanse bezetting in het Westbroekpark in Den Haag. De indrukwekkende bronzen figuren zijn ontworpen door de beeldhouwster Jaroslava Dankova. Menig voorbijganger heeft in de afgelopen tijd kunnen zien dat deze plaats gedurende het gehele jaar onder bloemstukken bedolven is. De argeloze waarnemer zal echter veelal onkundig zijn geweest van het feit, dat de desbetreffende bloemstukken en kransen afkomstig zijn van crematies in het crematorium Ockenburgh in Den Haag.

Drieënveertig jaar na de bevrijding van Nederlands-Indië kwam in Roermond het Nationaal Indisch monument voor overlevenden tot stand. Dit monument is de herdenkingsplaats voor de militairen, maar ook voor de omgekomen burgers gedurende de gehele periode 1945/1962. Dankzij de voortdurende inzet van de ex-militairen zelf is dat monument tot stand gekomen. Ook laat komt een monument tot stand voor de omgekomen zigeuners. Dat geschiedde eind zeventiger jaren op het Museumplein in Amsterdam.

C. Verlening van onderscheidingen

Oorlogsvoering en het verlenen van onderscheidingen zijn nauw met elkaar verbonden. Een regering of samenleving wil door het verlenen van zo'n onderscheiding bijzondere dank betuigen aan hen, die zich op een of andere wijze hebben onderscheiden. Daar de Eerste Wereldoorlog (gelukkig) aan ons voorbij was gegaan, hadden we weinig ervaring in de betekenis van het verlenen van onderscheidingen en de wijze waarop dat het beste zou kunnen geschieden. Bij dat laatste denken we dan ook vooral aan het tijdstip, waarop belanghebbenden daarvoor in aanmerking dienen te komen.

Zoals hiervoor reeds is aangegeven strekte het krijgsgeschiedenis in de jaren 1940-45 zich over een veel groter gebied uit. In Europa werden door de ideologische achtergronden van de oorlogsvoering naast militairen ook burgers bij de strijd tegen de vijand en bezetter betrokken. Onderscheidingen moesten derhalve na 1945 voor bewezen moed, beleid en trouw aan meer dan één ca-

tegorie personen worden uitgereikt. Wanneer we de indicatie onderscheidingen naar tijdstip van uitreiking gaan rangschikken en analyseren vallen enkele feiten op.

Reeds in 1946 werd door Hare Majesteit het verzetskruis aan 94 landgenoten verleend, die zich uitzonderlijk hadden onderscheiden. Helaas kon deze hoge onderscheiding slechts aan één nog in leven zijnde blinde verzetsstrijder worden uitgereikt. De anderen werden geëerd met een postuum verleende onderscheiding.

Tot 1981 blijft het decoreren van personen, die bij de oorlog of het verzet hier en in Zuid-Oost Azië betrokken waren geweest, beperkt tot individuele personen. Daarna volgt een belangrijke daad van erkenning door de regering. Voormalige verzetsdeelnemers kunnen namelijk een beroep doen op het verzetherdenkingskruis. Aan een grote groep van landgenoten (ca. 15.000) wordt een kwart eeuw na de bevrijding recht gedaan. De eerlijkheid gebiedt echter te zeggen, dat deze uitreiking door de mensen uit het voormalig verzet zelf moest worden aangekaart.

Ook laat (te laat) werd in 1986 de Rietkerk-penning verleend aan de ex-KNIL-militairen van Molukse afkomst. Met name ook voor deze groep hadden veel frustraties kunnen worden voorkomen indien (h)erkenning van gevoelens van ondervonden leed en schade veel eerder

Jaartal		Aantal jaren na 1945
	Dapperheidsonderscheidingen vanaf 10 mei 1940 in Engeland verleend aan militairen, koopvaardij en verzet (5 typen onderscheidingen).	
1945	Vanaf 5 mei 1945 verleende militaire Willemsorden, militaire dapperheidsonderscheidingen alsmede civiele onderscheidingen (o.a. Montgomery).	
1946	Het verzetskruis aan 94 Nederlanders verleend, die zich uitzonderlijk hebben onderscheiden; op één persoon na postuum uitgereikt.	1
1948	Verzetster Oost-Azië verleend aan personen voor bijzondere diensten in de jaren 1942-45 in Japan of in bezette gebieden door Japan.	3
1981/87	Algemeen verzetherdenkingskruis wordt uitgereikt.	36/43
1986	Rietkerk-penning voor ex-KNIL-militairen.	41
1990	Door een minister wordt de gedachte geopperd voor het verlenen van een symbolische erkenning aan oorlogsgetroffenen.	45
1990	Draaginsigne voor gewonde ex-oorlogsveteranen.	45

D. Financiële regelingen

Jaartal		Aantal jaren na 19945
1945/47 1945	Wet Buitengewoon Pensioen (WBP) 1940-45. Rijksgroepsregeling voor oorlogsslachtoffers 1940-45 (RHO).	
1951-56	Overeenkomst tussen Japan en Nederland over de vergoeding aan Nederlandse krijgsgevangenen en burgers.	6/11
1968	Speciale bijstandsregeling voor de slachtoffers op basis van de Algemene Bijstands Wet (ABW).	23
1972	Wet Uitkering Vervolgingssslachtoffers (WUV); vervangt speciale bijstandsregeling.	27
1980	Rietkerk-uitkering voor Nederlanders uit Nederlands-Indië (f 7500,—) en voor Molukse ex-KNIL-militairen (f 2000,—) per jaar belastingvrij.	35
1984	Wet Uitkering Burgeroorlogsslachtoffers (WUBO) vervangt de regeling tbv. dezelfde groep.	39
1986	Wet Buitengewoon Pensioen Indisch verzet.	41
1987	Eindrapport: 'Vereenvoudiging en coördinatie van de wetten voor oorlogsgetroffenen'.	42
1991	Oprichting Stichting Japanse Ereschulden.	46
1991	Betaling achterstallige soldij voor ex-krijgsgevangenen 1943-45 (f 700,—). Duizend dienstplichtigen, die langer dan 5 jaar in Nederlands-Indië zijn geweest, krijgen een eenmalige uitkering van f 7500,— van het Ministerie van Defensie.	46
1993	WUV uitsluitend nog van toepassing verklaard voor personen, die voor het einde de Tweede Wereldoorlog zijn geboren en de vervolging aan den lijve hebben ondervonden. (Door 1e Kamer goedgekeurd op 5 juli 1994.)	48
1994	Nog steeds voortgaande discussie met Japan over een vergoeding van het aangedane leed van gevangenen, dwangarbeiders en ereschuld aan vrouwen.	49
1994	Nieuwe regeling voor vergoeding kosten psychotherapie voor kinderen van verzetsdeelnemers, vervolgd of burgeroorlogsgetroffenen.	49
1995	WUBO verruimd ivm. getroffen en door geweld jegens derden.	50

had plaatsgevonden.

Hoe belangrijk uit psychologische overwegingen tijdige erkenning door samenleving en bevoegd gezag van verrichte inspanningen en ondervonden leed kan zijn, is verwoord in een elders genoemd artikel over Polen. Daarin worden ook de faciliteiten vermeld, welke voor ex-vervolgden door de overheid aldaar zijn verleend. Een vergelijking van de gang van zaken hier te lande met die in Polen maakt dan ook een verklaring overbodig van de achtergebleven sentimenten en frustraties in de eigen samenleving. (Het gaat hier om de facilitering van een wijd-

vertakt netwerk van zelf-organisaties van KZ-slachtoffers die vele informele bijeenkomsten organiseren. Ook kregen oorlogsslachtoffers voorrang bij culturele manifestaties, diverse vrijstellingen (o.a. voor wegenbelasting), hun kinderen kregen voorrang bij toelating aan de universiteit). Maar in 1990 heeft de toenmalige minister van WVC, Hedy D'Ancona, dat waarschijnlijk ook onderkend. Zij werpt dan namelijk de vraag op of het niet van belang zou kunnen zijn een onderzoek in te stellen voor het verlenen van een symbolische erkenning van alle oorlogsgetroffenen. Beter laat dan nooit zou men kunnen zeggen,

ware het niet, dat voor zover ons bekend, nimmer de opdracht voor een dergelijk onderzoek is gegeven. De laatste verleende onderscheiding in de opsomming heeft betrekking op ex-veteranen, die gewond raakten bij gevechten in het voormalig Nederlands-Indië.

Bij de uitreiking van deze onderscheiding aan een drietal Rijswijkers in 1994 (!) merkte de burgemeester terecht op, dat de erkenning wel laat is gekomen, maar dat ambtelijke molens langzaam werken. Beter ware geweest, dat ook de samenleving zelf voor deze groep meer belangstelling had getoond, want ook ten aanzien van het verloop in de tijd bij de derde indicator kunnen we stellen, dat herkenning en erkenning wel erg laat zijn gekomen.

Vertegenwoordigers van twintig verzetsorganisaties kwamen op 13 oktober 1944 (!) in Amsterdam bijeen voor een eerste beraad over de wijze waarop hulp kon worden geboden in bevrijd Nederland aan getroffen verzetsmensen en hun nagelaten betrekkingen. Enkele maanden later, bij een inval door de bezetter, werden de meeste aanwezigen gearresteerd. De Stichting 1940-45, verzetsorganisaties en overheden hebben veel bijgedragen aan een verantwoorde uitvoering van de WBP. Eén van de initiatiefnemers in 1944 voor deze wet, Mr. A. van Namen, zou later hierbij ook een grote rol gaan spelen.

Hoe belangrijk de drie hiervoor behandelde indicatoren ook voor vele landgenoten mogen zijn, de materiële bestaansbasis voor getroffen en hun nagelaten betrekkingen was van fundamenteel belang. Het valt dan ook niet te verwonderen, dat over financiële regelingen, welke al of niet getroffen dienden te worden, (zeer) veel te doen is geweest. Begrijpelijk ook, gezien de niet-eenvoudige wijze van afdoening van wetgeving met betrekking tot bewijslast, hoogte van het pensioen of schadeloosstelling.

In een lezing, welke door mij in de tachtiger jaren voor het ICODO werd verzorgd, zijn de belangrijkste stappen in een zeer langdurig proces van regelgeving uitvoerig beschreven.⁷⁾ Volstaan wordt daarom met een chronologische opsomming van de getroffen regelingen en een vermelding met de wijzigingen en aanvullingen, welke sindsdien zijn ingevoerd.

De Rijksgroepsregelingen vormden een belangrijke basis voor hen, die tengevolge van de oorlog hier of in Indonesië onvoldoende in hun materiële bestaan konden voorzien. Typerend is weer, dat eerst in 1980 door wijlen minister Rietkerk een uitkering werd geregeld voor Nederlanders die uit Indonesië kwamen en indertijd alles hadden moeten achterlaten. Voor de ex-KNIL-militairen van Molukse zijde werd voor het eerst, 30 jaar na aankomst in Nederland, een eigen specifieke tegemoetkoming bekrachtigd. Overigens vielen alle Molukkers, die zulks nodig hadden voor de directe kosten van levensonderhoud onder een Rijksgroepsregeling. De Nederlandse krijgsgenoten uit de jaren 1943-45 werden na veel ijveren verrijkt door betaling van achterstallige soldij ad f 700,— per persoon.

Verbolgen zijn de landgenoten uit het voormalig Nederlands-Indië nog steeds over de bilaterale regeling tussen Japan en Nederland, welke in 1951 door minister Stikker en minister Yoshida werd vastgesteld. De krijgsgenoten

ontvingen f 264,— per persoon. In 1956 werd verder door Nederland met Japan een protocol ondertekend, waarin werd bepaald dat aan de burgers uit Nederlands-Indië, die in kampen hadden gezeten, f 415,— per persoon zou worden uitgekeerd. Het is begrijpelijk, dat door betrokkenen in 1990 een Stichting Japanse Ereschulden werd opgericht om alsnog genoegdoening te krijgen van de Japanse regering. Bij het protocol van 1956 werd door de Japanners ook bedongen, dat een aantal van hen, die zich aan oorlogsmisdaden tegen Nederlanders hadden schuldig gemaakt, door Nederland gepardonneerd zouden worden.

Rondom de totstandkoming van de WUV is eind zestiger jaren zowel in het politieke veld als in den lande veel te doen geweest. Een commotie, die sterk werd gevoed door emoties, zoals altijd rondom het oorlogsgebeuren en de getroffen, naar voren komt.

Ofschoon reeds direct in 1945 een zogenaamde Rijksgroepsregeling voor oorlogsgetroffenen uit de jaren 1940-45 een behoorlijke financiële basis aan de mensen had verschaft, werd door de kamer unaniem aan een afzonderlijke wet de voorkeur gegeven.

In 1971 vraagt de heer Baruch (DS'70) in de Tweede Kamer in een motie om een pensioenregeling voor hen die door de bezetter met uitroeiing werden bedreigd en letsel hadden opgelopen. De toenmalige minister van CRM, dr. M.A.M. Klompé, en de staatssecretaris mr. H.J. v.d. Poel hadden zich al enige tijd verzet tegen een aparte wetgeving. Formeel gaven zij de voorkeur ook voor deze categorie de in 1965 aangenomen ABW toe te passen.

Met betrekking tot de uitvoering van de Wet Uitkering Vervolgingslachtoffers is destijds veel van doen geweest, omdat het niet altijd eenvoudig was op korte termijn na te gaan of een vervolgd uitkeringsgerechtigd was. Bepaalde toewijzingen namen zodoende veel tijd in beslag, soms oplopend tot tien jaar. Nieuwe wetgeving en een efficiëntere organisatie leidde sinds 1990 tot een snellere werkwijze met betrekking tot WUV en WUBO. Met name de Pensioen- en Uitkeringsraad in Leiden, waar 250 personen te werk zijn gesteld, vervult op dit punt een essentiële rol. Op dit moment krijgen ongeveer 50.000 burgers een uitkering of pensioen op grond van nadelige gevolgen uit ondervonden leed in de Tweede Wereldoorlog. Het zal duidelijk zijn, dat met het klimmen der jaren het aantal uitkeringen en pensioenen afneemt. In november 1993 werd over de uitvoering van genoemde wetten een positieve evaluatie aan de Tweede Kamer gezonden. Een hangende kwestie voor de tweede generatie van ex-oorlogsgetroffenen is recent ook tot een oplossing gekomen. Besloten werd namelijk alleen nog diegenen voor een WUV-uitkering in aanmerking te laten komen, die voor het einde van de Tweede Wereldoorlog zijn geboren en de vervolging aan den lijve hebben ondervonden. Een besluit dat niet onverdeeld positief is ontvangen.

Interessant is in dat opzicht ook een onderzoek, dat door het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek werd ingesteld. In het desbetreffende rapport⁸⁾ laat de onderzoeker F. Begemann de oorlogsgetroffenen ook zelf aan het woord over de uitvoering van uitkerings- en pensioenwetten.

Kritiek van veel betrokkenen op de uitvoering bij de be-

Kritiek van veel betrokkenen op de uitvoering bij de betreffende instanties is volgens de onderzoeker terug te voeren op gebrek aan inzicht bij instanties in het sociale belang van een uitkering of pensioen. Het verkrijgen van zo'n recht zien de betrokkenen vaak als een sociale erkenning van het slachtoffer zijn. De gedachten van Begemann zijn er op gericht juist die sociale erkenning meer inhoud te geven. Hij denkt daarbij aan bepaalde vrijstellingen voor te betalen rechten, abonnementen, voorrang bij voor publiek toegankelijke voorstellingen. Sociale voorrechten, die we elders al hebben vermeld, en door Polen vrijwel direct na de oorlog zijn ingevoerd. Het doet dan wat ironisch aan als het ministerie van Defensie in 1994 een veteranenpas invoert, waarmee oud-militairen uit het voormalig Nederlands-Indië naar bijeenkomsten van veteranen kunnen reizen. Het vrij droevige verloop van de financiële afdoening aan oorlogsgetroffenen in Nederland en Zuid-Oost Azië heeft nu al 50 jaren in beslag genomen. Wanneer men op dat terrein de gang van zaken in bijvoorbeeld Frankrijk en Polen vergelijkt, wordt een ander beeld verkregen. Beide landen hebben een afzonderlijke staatssecretaris voor de behandeling van financiële regelingen en andere zaken voor de

getroffenen. Met name Polen, een zeer verarmd land na de Tweede Wereldoorlog, heeft zich op dit punt zowel op psychologisch (erkenning van inzet en ondervonden leed) als op materieel gebied geheel anders opgesteld. Er wordt hiervoor naar een ander artikel verwezen.⁹⁾ In 1985 wordt dan ook de Commissie van Dijke ingesteld om te rapporteren over de vereenvoudiging en coördinatie van wetten en regelingen, die in de loop van vier decennia tot stand waren gekomen. De commissie rapporteert reeds in 1987 met als algemene conclusie, dat het huidige wettelijke systeem niet meer verantwoord functioneert. Zij geeft een aantal belangrijke adviezen ter verbetering van de uitvoering in de (nog) resterende jaren. Het is in minister professor dr. P.H. Kooymans van Buitenlandse Zaken te prijzen als hij in februari 1994 ruiterslijk erkent, dat de akkoorden na de Tweede Wereldoorlog met Japan slechts een karige tegemoetkoming aan de getroffenen in Zuid-Oost Azië hebben opgeleverd. In Nederland en ook elders wordt de Japanse regering nog steeds benaderd om genoegdoening te verkrijgen voor de zogenaamde troostmeisjes uit de Tweede Wereldoorlog.

Immateriële hulpverlening

Jaartal		Aantal jaren na 1945
1945	Stichting 1940-45.	
1946	Stichting Joods Maatschappelijk Werk (JMW).	1
1947	Stichting Pelita (Nederlands-Indië).	2
1948	Centrale Commissie voor Kerkelijk en Particulier Initiatief (CCKP).	3
1957	Dissertatie J. Bastiaans: 'Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet'.	12
1972	Centrum '45 Oegstgeest.	27
1975	Instelling Werk- en Adviescollege voor aanpak immateriële noden vervolgden (WAC).	30
1977	Symposia Israël-Nederland	32
1980	The Impact of Persecution Jeruzalem-Amsterdam.	35
1980	Totstandkoming Informatie en Coördinatie-Organen Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO).	35
1984	Stichting voor hulpverlening aan burgerslachtoffers (SBO).	39
1989	Regeringsstandpunt over eendadvies van de projectgroep behandeling oorlogs- en geweldgetroffenen. (PBOG.)	46
1991	Stichting hulpverlening militaire veteranen.	46
1991	Voorstel voor onderzoek naar oorlogs-traumata Nederlanders in voormalig Nederlands-Indië.	46
1993	Instelling van een Indisch platform waarin 18 Indische organisaties regelmatig samenkomen; ook met bewindsliden.	48
1993	Rapportage onderzoek naar de Indische na-oorlogse generatie.	48
1994	Twee onderzoeksprojecten, voor onderzoek van de joodse en Indische na-oorlogse generaties. (Ingesteld tbv. hulpverlening aan betrokkenen en de bevordering van de benodigde deskundigheid.)	49
1995	Rapportage stuurgroep Netwerkontwikkeling mbt. integratie van het specifieke werk in het algemene werk.	50

E. Immateriële hulpverlening.

Het zal duidelijk zijn, dat de wijze, waarop de voorafgaande indicatoren beleidsmatig en sociaal-psychologisch zijn geïmplementeerd, van belang kan zijn voor hen die op één of andere wijze werden getroffen. Materiële schade kan vaak verholpen worden, maar ook de wijze waarop dit door de collectiviteit gebeurt, is zeker van betekenis voor hen, die ook persoonlijk met veel wat hen is overkomen en aangedaan in het reïne proberen te komen. In de afgelopen jaren is gebleken, dat die directe persoonlijke aandacht voor betrokkenen van grote betekenis kan zijn. Een feit is evenwel, dat op medisch, psychiatrisch en maatschappelijk terrein nog weinig specifieke kennis en ervaring met betrekking tot de omgang met traumata aanwezig was.

In een symposium¹⁰⁾, dat Israël en Nederland in 1977 hebben belegd wijst prof. Winnik uit het eerstgenoemde land op een klein boekwerk van de medicus A.L. Vischer uit Zwitserland, dat is gewijd aan "Die Stacheldraht Krankheit". Na uitgebreide bezoeken aan krijgsgevangenenkampen in de Eerste Wereldoorlog constateerde Vischer reeds merkwaardige psychische reacties bij de betrokkenen. De auteur zegt ook: "genoemde POW-camps waren evenwel Rest-homes" in vergelijking met de situaties in concentratie- en vernietigingskampen tijdens de Tweede Wereldoorlog. Niet alleen gedegen kennis en ervaring ontbraken ten aanzien van de psychologische gevolgen van oorlog en vervolging. Ook het institutionele kader was de eerste jaren na 1945 nauwelijks

aanwezig om voldoende begeleiding en therapie te kunnen geven. Essentieel was daarom voor verdere ontwikkeling op dit terrein de totstandkoming, op initiatief van het verzet, van de Stichting 1940-45. Ook voor de joodse bevolkingsgroep, hoe zwaar ook getroffen, werd in eigen geledingen reeds in 1945 het nog steeds actieve Joods Maatschappelijk Werk (JMW) opgezet. Ook het Sinai-Centrum ging in deze een rol spelen. Voor de zorg van onze landgenoten uit Indonesië kwam de Stichting Pelita tot stand.

Het kerkelijk en particulier initiatief in ons land ging zich ook actief bezig houden met modernisering en professionalisering van het maatschappelijk werk. Bij de totstandkoming van het ministerie van Maatschappelijk Werk in 1952 werd het beleid voor verzetsdeelnemers, vervolgd, oorlogsgetroffenen en gerepatrieerden bij het nieuwe departement ondergebracht.

Het algemeen maatschappelijk werk kwam in de vijftig jaren sterk van de grond. Een activiteit die overigens, vrijwel direct, door de Stichting 1940-45 tot op de dag van vandaag voor verzetsdeelnemers en nagelaten betrekkingen ter hand werd genomen. De Nederlandse instellingen, die op de zorg voor de repatriërende landgenoten uit Indonesië waren gericht, verenigden zich in het zogenaamde CCKP, de centrale commissie van het kerkelijk en particulier initiatief. De heer J. Mora, komende uit Indonesië, heeft in die organisatie een zeer centrale rol vervuld.

De eerste tien jaar na 1945 zijn voor de ontwikkeling van de immateriële zorg voor de getroffen en van essentieel belang geweest. De menselijke belangstelling en aandacht was zowel voor de mensen in Nederland als voor hen uit Zuid-Oost Azië essentieel. Met name gold dat voor de laatste groep, omdat zij uit onze voormalige koloniën kwamen. Een niet te verwaarlozen deel van onze bevolking had altijd met reserves de koloniale verrichtingen gevolgd. Dat bleek ook uit een onderzoek, dat in de vijftiger jaren door het Ministerie van Maatschappelijk Werk

aan het Instituut voor Perswetenschappen van de Gemeentelijke Universiteit werd opgedragen.¹¹⁾

Het onderzoek had tot doel na te gaan hoe de belangstelling van de Nederlandse schrijvende pers in de kwantitatieve en kwalitatieve berichtgeving over de repatrianten tot uiting kwam. Uit het onderzoek bleek, dat de grootste krant in ons land in die tijd, de minste aandacht besteedde aan het vraagstuk van opvang, huisves-



ting, tewerkstelling enz. van de terugkerende landgenoten. En die grootste krant, dat wil zeggen door de meeste Nederlanders gelezen, was in die jaren 'Het Vrije Volk'. De resultaten van dat onderzoek riepen kennelijk vragen op bij het toenmalige kamerlid van de PVDA, Mr. M. Vrolijk, voordien parlementair redacteur van die krant. Hij stelde dan ook vragen aan de Minister van Maatschappelijk Werk over opzet en gevolgd methodiek bij dat onderzoek.

Een ander evaluatie-onderzoek, dat eind vijftiger jaren door het ISONEVO, (Instituut voor Sociaal Onderzoek van het Nederlandse Volk) over de Opvang in brede zin van de repatrianten, gaf aan, dat het proces in vijftien jaar voor 400.000 Nederlanders en Indische-Nederlanders goed is verlopen.¹²⁾

Daarbij kan dan ook worden opgemerkt, dat de omstandigheden voor arbeidsinpassing in de loop der jaren gun-

stiger werden en dat veel repatrianten hier te lande waren geboren of het land van terugkeer kenden. In de chronologische ontwikkeling van het psychiatrische, psychologische en maatschappelijke werk, verdient de promotie van prof. Bastiaans in 1957, een bijzondere vermelding.

¹³⁾ In de vijftiger en zestiger jaren richt de aandacht van de psychiatrie zich steeds meer op traumata, welke het gevolg waren van de oorlog. Het zou te ver voeren, deskundige bijdragen op dat terrein allemaal te vermelden.

Naarmate de jaren na 1945 verstrijken, wordt de belangstelling voor de psychische en geestelijk problemen van mensen de Tweede Wereldoorlog groter. Dat leidde aan het einde van de zestiger jaren tot de oprichting van het Centrum '45 in Oegstgeest. In dat centrum werd onder leiding van Bastiaans ook onderzoek gedaan naar methoden, die dieper ingrijpen dan door contacten, gesprekken en gebruik van medicamenten alleen mogelijk is. Het gebruik van LSD springt daarbij het meest in het oog en heeft ook enige discussie in de medische kring losgemaakt. De zeventiger jaren, waarin veel in beweging en in een veranderingsproces komt leidt, tegelijk met de totstandkoming van de WUV, tot een verhoogde belangstelling voor de immateriële zorg van getroffen. Dit uitte zich ook in een opmerkelijke TV-presentatie rond 1970, over de problemen en gevolgen van een KZ- syndroom bij een ex-vervolgde. Sessies, waarin LSD werd gebruikt door de behandelende psychiater toonden in een film aan hoe een dieper liggende verstarring bij de patiënt kon worden doorbroken. Professor Bastiaans droeg zorg voor een verantwoorde inhoudelijke presentatie van de film 'Weet je nu waarom ik huil'.

Vermeldenswaardig zijn ook de gehouden symposia, waartoe het werk- en adviescollege (WAC) adviseerde en welke samen met Israël zijn uitgevoerd. Na 32 jaar bevrijding werden in twee rapporten belangrijke bevindingen in Israël en Nederland vastgelegd met betrekking tot traumata van de Tweede Wereldoorlog. (Zie literatuurlijst, nrs. 8a en 8b.) Het eindadvies van het WAC leidde uiteindelijk tot de tot standkoming van het ICODO in Utrecht. Deze stichting geeft informatie en advies aan oorlogsgetroffenen en beoogt ook de deskundigheid en samenwerking te bevorderen van de professionele en vrijwillige hulpverlening. Het kwartaalblad van het ICODO heeft in de loop der jaren voor veel voorlichting zorg gedragen.

4. Nabeschouwing

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat onze samenleving al een halve eeuw bezig is met de verwer-

king van gevoelens, leed en verlies voortkomend uit de Tweede Wereldoorlog. Vooral buitenlanders spreken er dan ook vaak hun verwondering over uit, dat dit onderwerp nog steeds volop in de belanstelling staat en vrijwel gedurende het gehele jaar, naar aanleiding van uiteenlopende zaken, in de publiciteit komt. De verwachting van destijds, dat veel na 20 of 30 jaar vergeten zou zijn, is niet bewaarheid geworden. Integendeel, we zien juist in de zeventiger jaren op verschillende terreinen een verhoogde aandacht en activiteit.

Hare Majesteit de koningin, die haar kersttoespraak in 1994 wijdde aan vijftig jaar bevrijding, stelde dan ook, dat de oorlog onderdeel van ons nationaal bewustzijn is geworden.

Vele auteurs hebben in de loop der jaren een verklaring proberen te vinden voor dat langdurige verwerkingsproces. We memoreren enkele van hen zoals:

- Hugenholtz - het onvoltooide verleden
- Mitserslich - het onvermogen om te rouwen
- Dane - het nationale trauma
- De Swaan - een onvoldoende affectief klimaat in de samenleving.

Iedere auteur doet een poging de sluier op te lichten van dit nationale trauma, dat onze samenleving gevangen houdt. Individuele verwerking van vernedering, leed en verlies was voor velen ook zeer moeilijk. Het Werk- en Adviescollege ¹⁴⁾ becijferde, dat ongeveer twee miljoen landgenoten hier en uit Nederlands-Indië in mindere tot zeer sterke mate de lichamelijke en/of geestelijke gevolgen hebben ondervonden.

Bij de behandeling van de immateriële voorzieningen is belicht hoe naasten, vrijwilligers en beroepskrachten op velerlei wijzen

hebben getracht de betrokken landgenoten moreel te ondersteunen en te helpen. Maar lange tijd na de bevrijding waren de daarvoor in aanmerking komende instellingen door gebrek aan kennis en ervaring niet in staat adequaat te handelen. Maar ook de geringe ontvankelijkheid van de collectiviteit - de samenleving als geheel - voor de lotgevallen van de getroffen was van groot belang. Uit de opsomming en analyses van de vijf aspecten blijkt voldoende, dat vele instituties te laat in actie zijn gekomen. Merkwaardig is ook, dat men na vijftig jaar een rechtvaardiging voor die nalatigheid probeert te vinden. Dat zien we vooral in politieke en kerkelijke geledingen. In HP/De Tijd van 24 maart jl. analyseert J.A.A. van Doorn gevoelens van schuld en schaamte bij landgenoten met betrekking tot het vele leed, dat door de bezetter is veroorzaakt. Wij citeren zijn conclusie - ook mede aan



de hand van andere auteurs getrokken:

“Daarom wordt niet ontkend dat er veel lafheid is geweest en dat er heel wat abjecte elementen waren, die het spel van de nazi's met verve meespeelden. Dat is echter in andere landen niet anders geweest.” De schrijver zegt dan verder: “Er is reden voor diepe schaamte - schuld is iets anders.”

Wat kunnen we verder uit een analyse van de genoemde aspecten afleiden? Uit de chronologische opsommingen blijkt, dat er veelal een soort hiërarchie is in de beleving van ondervonden leed. Militaire slachtoffers, verzetsdeelnemers, joden, gerepatrieerden, burgers en zigeuners, is een algemene volgorde in de tijd, wat betreft de aandacht en implementatie van beleid. Opmerkelijk is ook, dat bij de weergave van categorieën van getroffenen, de dwangarbeiders met hun verplichte tewerkstelling in Duitsland ontbreken. En toch waren daar enkele honderdduizenden landgenoten bij betrokken. Recent heeft een oud-ambassadeur daaraan een publicatie gewijd. (M. Maurik: Dwangarbeid, 1995.) Ook de groep van de zigeuners komt zeer laat in de aandacht.

Maar eerst in 1993 wordt een driedaagse conferentie gewijd aan het ondergedoken joodse kind. Vaak keerden ouders, familieleden en kennissen niet meer terug en hadden de kinderen alleen nog de naam van hun ouders overgehouden. Zij, die de holocaust hadden overleefd stonden voor de zeer moeilijke opgave weer een eigen sociale omgeving op te bouwen en een nieuwe identiteit te vinden. Het Joods Maatschappelijk Werk in Amsterdam heeft in deze veel werk verzet. Maar velen verkozen ook een nieuw bestaan te beginnen in eigen land - Israël. De Swaan stelt in een bijdrage¹⁵⁾: “In Nederland heeft geen openbare verwerking plaats gehad. Dat heeft er mede toe geleid, dat de oorlog is geïndividualiseerd en in de vorm van klachten en symptomen in de spreekkamer kwam”. Herkenning, medeleven, begrip en erkenning komen zodoende onvoldoende tot hun recht om de betrokkenen bij de verwerking te ondersteunen. Het affectieve klimaat in onze samenleving werd zodoende van het begin af aan onvoldoende gevoed om landgenoten hier en uit voormalig Nederlands-Indië adequaat tegemoet te treden.

Laten we een aantal feiten en omstandigheden, welke daartoe mede hebben geleid nog eens vermelden:

- Land en volk waren zwaar geteisterd en velen wilden aan een nieuwe toekomst beginnen. Voor hen was vooruit zien van veel belang.
- Politieke en kerkelijke verbanden werden tot 1949 en daarna tot eind 1960 'gevangen gehouden' in een militair conflict met Indonesië. Alleen vooraanstaande schrijvers durfden zich daarover te uiten.
- De bevrijdingsdata van Zuid-Nederland (5-9-1944), het Noorden (5-5-1945) en Nederlands-Indië (15-8-1945) maakten het moeilijk om tot één bevrijdingsdag te komen.
- Bij de bevrijding waren onze Joodse landgenoten reeds meer dan twee jaar uit het openbare leven verdwenen. Wij wisten weinig over hetgeen hen uiteindelijk al of niet was overkomen. Zij waren vaak vergeten landgenoten.
- Nederlanders en ook in Nederlands-Indië geboren

kwamen vooral tussen 1946 en 1950 terug naar ons land. Voor hun verhalen, na vijf jaar van ellende hier, bestond weinig belangstelling. Velen moesten zich in een andere samenleving een plaats proberen te verwerven. Bij het aanhoren van deze groep burgers was vaak het stereotiepe antwoord: “we hebben allemaal wel wat meegemaakt”.

- De militairen, die veelal verplicht naar Nederlands-Indië waren gegaan, konden na terugkomst hun verhalen niet kwijt.
- Zelfbeklag en verdringing waren pogingen om hetgeen men verzuimd had te doen, ook te rechtvaardigen.
- Er was ook lange tijd na de bevrijding voor honderdduizenden een karig bestaan en een zeer grote woningnood. Dagelijkse besommeringen namen veel tijd en energie in beslag.
- Opmerkelijk is ook dat onze volksvertegenwoordiging zich eerst aan het eind van de zestiger jaren en in de zeventiger jaren intensiever met de gevolgen van de oorlog gaat bezighouden. We denken daarbij onder andere aan het debat in 1968 over het optreden van de Nederlandse militairen in Indonesië (Excessennota 16), en de discussie over de schadeloosstelling aan vervolgdgen (WUV) in de zeventiger jaren.

Kortom, al deze omstandigheden hebben er niet toe bijgedragen een affectief klimaat te scheppen, dat geschikt was voor gesprek en bezinning op alles wat we hadden doorgemaakt en zodoende ook beter die groepen tegemoet te treden, die al onze aandacht en genegeheid verdienden.

Minder begrijpelijk zijn dan ook uitspraken van personen, die hier noch overzee, iets van die jaren bewust hebben meegemaakt. Met name in dit jaar kunnen deze tot gevoelige reacties aanleiding geven. De discussie over de verhouding met onze oosterburen is met name ook geaccentueerd door de publicatie van het zogenaamde Clingendael Rapport: “Bekend en onbemind”. Dat is voor het ministerie van Buitenlandse Zaken alhier mede aanleiding geweest om meer aandacht te gaan besteden aan een verbetering van de communicatie met Duitsland. De Elsevier van 25 februari jl. spreekt in dat verband zelfs van een “Nederlands-Duits charme-offensief”.

Hare Majesteits ambassadeur in Bonn¹⁷⁾ meent in een uitvoerig artikel te moeten aantonen, dat Nederland 'niet eeuwig de Duitsers in een morele houdgreep' kan houden. Hij pleit voor 'een discussie, waarin de historische feiten onder ogen worden gezien en elke vorm van nationalistische legende wordt tegengegaan'.

Het artikel is ook naar aanleiding van de discussie in 1994 over de herdenking van de 5e mei dit jaar. Een aantal uitspraken zullen lezers zeker hebben getroffen. Zo bijvoorbeeld de zinsnede: “Het bewind van Seyss-Inquart viel - als men niet joods was - aanvankelijk eigenlijk wel mee”. Maar dat rechtvaardigde toch niet de inval in een neutraal land en de joden waren even goed mensen en onze landgenoten.

Een zelfde instelling blijkt uit een artikel van een Nederlandse correspondent in Bonn 18). Het handelt over de herdenking van de 5e mei samen met de Duitsers. We citeren wederom: “Premier Kok heeft zijn best gedaan om

volgend jaar behalve vier mei, piëteitsvolle Duitse delegaties bij onze herdenkingen en vieringen te betrekken. Maar hij is op onverzettelijk verzet van 'het verzet' gestoten".

Zoals reeds werd vermeld, was er ook voor onze landgenoten uit het voormalige Nederlands-Indië weinig belangstelling en begrip in de samenleving aanwezig. Nederland aanvaardde zonder voldoende ruggespraak met betrokkenen een luttel bedrag van de Japanners voor het onderhouden leed in de kampen. De militairen, die enkele jaren van hun jonge leven hadden opgeofferd kregen nauwelijks enige erkenning in het thuisland. Het tegendeel was vaak het geval. Nog steeds voeren landgenoten een gevecht met Japan over de ereschulden. Maar in de Japanse samenleving blijkt nauwelijks enige herkenning waar te nemen, van hetgeen zich tussen 1941 en 1945 heeft voorgedaan. Er is in Japan al gedurende vijftig jaar een vlucht uit het eigen verleden gaande.

In dat opzicht verdienen onze oosterburen wel een bijzondere vermelding. Aan zeer uiteenlopende groepen van oorlogsgetroffenen is niet alleen diepe spijt betuigd, maar ook zijn goede schadeloosstellingen verstrekt. En in tegenstelling met Japan wordt in Duitsland "das grosse Schweigen" over alles wat in die jaren is geschied langzaam verbroken.

Wanneer ik tenslotte probeer al die kwellingen en ellende, de vragen en overwegingen, in de schizofrene situatie waarin onze samenleving verkeerde, samen te vatten dan komt het hier op neer. Een overgrote meerderheid van onze bevolking heeft nooit enige belangstelling getoond voor de nazi-ideologie. Nederland werd op brute wijze door zijn burenen bezet, en met alle middelen werd daarna getracht onze bevolking een ideologie op te leggen waartegen een grote aversie bestond. De mensen voelden zich hierdoor jarenlang vernederd, gekwetst en velen werden vervolgd. Ook was er treurnis over ter dood gebrachten. In vijf jaar werd zodoende voor de bezetting een nationaal trauma ontwikkeld, dat miljoenen in hun verdere leven heeft beïnvloed. Zij zullen tot aan hun dood steeds weer - op de meest onverwachte momenten - herinnerd kunnen worden aan hetgeen hen eens is overkomen. Als de generatie, die het werkelijk heeft beleefd er niet meer is, zal ook dat trauma (in belangrijke mate) voorbij zijn.

Noten

- 1) RIOD- Personele en materiële verliezen van Nederland in de Tweede Wereldoorlog, 1986.
- 2) Professor dr. J. Bastiaans: "De bevrijdende emotie", Afscheidscollege.
- 3) P.H. Hugenholtz: "Onvoltooid verleden tijd", Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, nr. 25/1970.
- 4) Professor dr. L. de Jong, Deel 12, 1e helft.
- 5) Professor dr. L. de Jong, Deel 12, 1e helft, p. 967.
- 6) G.W.J. Nieuwenhuis- van Veen: "Standbeelden, monumenten en sculpturen in Rotterdam", 1972, p. 45
- 7) Dr. G. Hendriks: "Problematiek van oorlogsgetroffenen". Verslag van het medisch congres in 1985 te Noordwijkerhout (ICODO).
- 8) NIMAWO: "Met veel geduld wacht ik nog steeds af", 1990.
- 9) Dr. G. Hendriks: "Het KZ-syndroom en de sociale omgeving", Tijdschrift voor Maatschappelijk Welzijn, 1975.
- 10) Israël-Nederland symposium: "On the impact of persecution", 1977, ministerie van CRM, p. 18.
- 11) Instituut voor Perswetenschappen Amsterdam: "Het repatriëringsvraagstuk in de pers", 1956.
- 12) ISONEVO: "De repatriëring uit Indonesië", 1958.
- 13) Dr. J. Bastiaans: "Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet", 1957.
- 14) Werk- en adviescollege, "Interim-rapport, 1977, band 1, bijlage 5
- 15) Professor dr. A. de Swaan: "De na-oorlogse Joods generatie en de verwerking van oorlogsverleden", ICODO, 1984, p. 16
- 16) Verslag van een archiefonderzoek van gegevens omtrent excessen in Indonesië, begaan door Nederlandse militairen in de periode 1945-1950.
- 17) A.P. van Walsum: "Straks heeft Duitsland verleden verwerkt en wij niet", Haagsche Courant, 2-11-1994, p. 11.
- 18) F. Wijnands: "Onverzoenlijke houding 'verzet' bederft herdenking", Haagsche Courant, 11-11-1994.

5. Literatuur

1. Prof. dr. J. Bastiaans: "De bevrijdende emotie", Afscheidscollege.
2. Prof. P.H. Hugenholtz: "Onvoltooid verleden tijd", Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, nr. 25/1970.
3. Prof. dr. L. de Jong, Geschiedenis van het koninkrijk der Nederlanden in de Tweede Wereldoorlog, Deel 12, 1e helft.
4. G.W.J. Nieuwenhuis-van Veen: "Standbeelden, monumenten en sculpturen in Rotterdam", 1972, pag. 45.
5. Dr. G. Hendriks: "Problematiek van oorlogsgetroffenen", Verslag medisch congres, 1985, ICODO.
6. Nimawo: "Met veel geduld wacht ik nog steeds af", 1990.
7. G. Hendriks: "Het K-Z syndroom en de sociale omgeving", Tijdschrift voor Maatschappelijk Welzijn, 1975.
- 8a. "Israël-Netherlands symposium on the impact of persecution", 1977, pag. 18, Ministerie van CRM.
- 8b. "Israël-Netherlands symposium on the impact of persecution II", Min. CRM, 1980.
9. Instituut voor perswetenschappen: "Het repatriëringsvraagstuk in de pers", 1956.
10. ISONEVO: "De repatriëring uit Indonesië", 1958.
11. Dr. J. Bastiaans: "Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet", 1957.
12. Werk- en adviescollege, "Interim-rapport", 1977, band 1, bijlage 5.
13. Prof. dr. A. de Swaan: "De na-oorlogse Joodse

generatie en de verwerking van oorlogsverleden", ICODO, 1984, pag. 16.

14. A.P. van Walsum: "Straks heeft Duitsland verleden verwerkt en wij niet", Haagsche Courant, 2-11-1994, pag. 11.
15. F. Wijnands: "Onverzoenlijke houding "verzet" berdeft herdenking", Haagsche Courant, 11-11-1994.
16. RIOD, Personele en materiële verliezen van Nederland in de Tweede Wereldoorlog, 1986.

Naschrift

De analyse van het verwerkingsproces aan de hand van de vijf aspecten is primair bedoeld om enig zicht te krijgen op het verloop in de tijd. De centrale vraag is eigenlijk waarom we in onze samenleving nog steeds bezig zijn met dat afschuwelijke gebeuren. Uit de beschrijving aan de hand van de aspecten blijkt, dat samenleving en overheid vrij laat tot herkenning van ondervonden leed en geleden verlies zijn gekomen. In een samenleving als de onze moeten problemen waarmee burgers worstelen vrijwel altijd eerst bij de bevolking aan de orde komen. Na de nodige publiciteit, gesprekken met organisaties voor belangenbehartiging gaat er dan hopelijk meer begrip voor gesignaleerde zaken ontstaan. Politiek en/of beleid moeten zodoende tot een herkenning komen alvorens men tot de erkenning komt, dat actie in de één of andere richting nodig is.

Herkenning en erkenning van ervaren leed zijn voor verschillende probleemgroepen laat, ja te laat gekomen. Uit de chronologische opsommingen komt dat ook naar voren. We noemen hier ook samenlevingsopbouw, die in uiteenlopende situaties voor concrete maatschappelijke noden waarmee burgers geconfronteerd worden in actie kan komen. Er zijn veel organisaties voor belangenbehartiging, die in samenspel met overheid en betrokkenen adequate acties kunnen initiëren.

Herkenning van mogelijkheden bij zeer uiteenlopende groepen van oorlogsgetroffenen verliep lange jaren na de bevrijding moeilijker omdat ook de noodzakelijke actiekaders ontbraken. Dat gold bijvoorbeeld niet voor de verzetsdeelnemers en hun nagelaten betrekkingen. Zoals aangegeven heeft gelukkig het verzet zelve zich daarmee al bezig gehouden in het najaar van 1944.

Ook de gerepatrieerden vonden direct een aanknopings- en steunpunt bij de maatschappelijke organisaties op levensbeschouwelijke grondslag. Zij verenigden zich in de Centrale Commissie voor het kerkelijk en particulier initiatief (CCKP). Geijverd werd voor betere huisvesting en rijksgroepsregelingen, aandacht bij de arbeidsbemiddeling en zoveel meer. Toen dat werd gedaan werd het CCKP rond 1960 opgeheven, maar wel bleven 15 tot 20 verenigingen van bewoners uit het voormalig Nederlands-Indië actief.

Gezien de problemen die voor deze groepen waren blijven liggen, zie de aspecten, begonnen zij zelfs weer een onderling beraad aan het einde van de tachtiger jaren. Dat beraad van het Indische Platform komt nu één à twee maal per jaar onder leiding van de minister-president en met enkele vakministers bijeen.

Het opbouwwerk neemt een bijzondere positie in tussen overheid, organisaties en bevolking. In die triade treedt het op als een intermediair voor het entameren van bepaalde zaken en voor ondersteuning en coördinatie om zodoende gestelde doelen te bereiken. In de jaren na de oorlog was de vervulling van die functie moeilijk, omdat tijdens de bezetting veel organisaties op maatschappelijk, cultureel en politiek terrein waren lamgelegd. Het institutionele kader, dat voor de uitvoering van zeer uiteenlopende zaken nodig was functioneerde nauwelijks meer. Enkele basisinstellingen waren behouden gebleven zoals overheid, kerken en Rode Kruis. Met andere woorden, van de triade overheid, bevolking en organisaties waren er op lokaal niveau vaak nog maar twee over. Het opmerkelijke fenomeen doet zich dan ook voor, dat na de oorlog de bevolking met name in buurt en wijk tot zelforganisatie komt. De buurt- en wijkverenigingen schieten als paddestoelen uit de grond al was het maar om feest te vieren, maar ze zouden op den duur zeker meer gaan doen. Gedurende de oorlogsjaren was in buurt en wijk ook al door het gebrek aan een bredere communicatie een sterkere territoriale binding tussen de bewoners ontstaan. In deze context vonden getroffenen door de oorlog soms ook morele en materiële steun. Het was deze affectie, die mensen nodig hadden om leegte en verdriet aan te kunnen. De leiders op nationaal niveau zagen ook in, gezien de heersende nood direct na de oorlog, dat een landelijk actiekader moest worden gevormd. Daarvoor werd op 29 augustus 1945 'Nederlands Volksherstel' opgericht, waarvan prinses Juliana het voorzitterschap aanvaardde. Van de instituties, welke tijdens de oorlog gedoemd waren veel werk te laten liggen gingen de kerken, gezien ook hun opdracht, zich al spoedig met de hulpverlening in brede zin bezig houden. Gemeentelijke diensten van sociale zaken, voor zover aanwezig, waren vooral belast met de uitvoering van de Armenwet en rijksregelingen. Door die ontwikkeling op levensbeschouwelijk terrein ontstond een organisatiestructuur op basis van kerkelijk en particulier initiatief dat een groot aantal jaren een centrale plaats op maatschappelijk terrein zou gaan innemen. Met vertakkingen naar het provinciale of diocesane en lokale vlak werd een netwerk van maatschappelijke dienstverlening en activeringswerk in eigen kring over het land gelegd. De levensbeschouwing ging zodoende niet alleen op het politieke terrein maar ook op maatschappelijk gebied wat betreft organisatiepatroon en sociale contacten een belangrijker rol spelen.

Het territoriale bindingsprincipe tussen burgers uit de oorlogsjaren en direct daarna, ging weer plaats maken voor een naar levensbeschouwing gerichte organisatie, en daarmee verband houdende menselijke contacten.

De drie grootste christelijke kerkgenootschappen zouden middels hun afgeleide organen lange tijd op maatschappelijk gebied een belangrijke rol blijven vervullen. Onze joodse landgenoten, die aan het nazi-barbarendom waren ontsnapt en met ongeveer dertigduizend mensen weer aan het openbare leven gingen deelnemen kwamen spoedig met een eigen stichting voor Joods Maatschappelijk Werk (JMW). Het behoeft geen verdere toelichting hoeveel werk voor deze organisatie te wachten lag. Zorg voor vervolgd en gebroken gezinnen, pleegkinderen en

zoveel meer, vroegen om aandacht en hulp. In een later stadium zou men zich ook gaan bezig houden met de directe samenlevingsopbouw zelve.

Maar ook het niet-kerkelijk georiënteerde volksdeel voelde de behoefte een eigen dienstverlenend en activerend apparaat op te richten en zo werd de landelijke organisatie, eveneens in 1945 geboren met later vele plaatselijke afdelingen.

De cirkel van de verzuiling van onze samenleving was rond. Voor sommigen werd dit met argusogen bekeken omdat men een vermenging vreesde van het maatschappelijk en geestelijk werk. Een vrees, die nog werd geaccentueerd door het verschijnen in 1954 van het mandement van de RK-bischoppen in ons land.

De vijf levensbeschouwelijke stromingen (RK, NH, Gereformeerd, Humanistisch en Joods) brachten in de loop der jaren een groot professioneel en vrijwilligers-apparaat tot stand. Het was direct beschikbaar bij de opvang van getroffenen uit Duitsland maar ook voor de gerepatrieerden uit Nederlands-Indië. Voordat laatste doel werkten ze samen in het CCKP. Door informele groepen in deze vijf genoemde stromingen zouden in de vijftiger jaren ook allerlei activiteiten worden ontplooid om de nieuw aangekomenen wegwijs te maken in de samenleving en hun sociale betrekkingen met medelanders te versterken. Een stukje opbouwwerk op micro-niveau.

De territoriale binding als organisatieprincipe ging voor een deel van onze bevolking plaats maken voor een meer op levensbeschouwing gerichte oriëntatie. Een aantal jaren later zou weer blijken dat ook dit principe aan aandacht zou verliezen en plaats zou maken voor een organisatiepatroon dat primair op de eigenlijke functie vervulling was gericht. In een kwart eeuw zien we aldus de panelen drastisch verschuiven. En dat alles moest gebeuren en gedragen worden door de bevolking (in hun uiteenlopende schakeringen) zelve. Begrijpelijk misschien ook, dat menselijke noden ten gevolge van de oorlog door het vrij ingewikkelde organisatiepatroon niet direct onderkend werden.

Terugblikkend op de jaren tussen 1945-1960 kan gesteld worden, dat dor een inzet van uiteenlopende groepen veel tot stand is gebracht. Ook de werkende bevolking komt nog steeds lof toe voor het aanvaarden van een loonbeleid, dat ons land in staat stelde het vernielde te herstellen en een nieuw industrieel apparaat op te bouwen. Wij waren daarmee als collectiviteit tot in de zestiger jaren bezig, maar in die tijd ontstond ook veel meer begrip voor, en grotere communicatie met, en participatie van de burgerij.

De sociale planning, welke door de regering in negen genoemde 'ontwikkelingsgebieden' werd geïntroduceerd, ging gepaard met een introductie van opbouwwerk om zo doende ook de mensen in het directe woon- en leefmilieu erbij te betrekken. Dat sociale activeringswerk werd door maatschappelijke organisaties met deskundige krachten ondersteund.

Onze joodse landgenoten, het is al gezegd, stonden voor de immens grote opgave een gemeenschap in puin weer te activeren en moesten daarvoor ook zicht krijgen op 'wie er nog waren'. Relaties tussen verspreid wonende le-

den en groepen moesten worden opgebouwd, informele groepen gevormd, ook voor een eigen identiteitsbeleving. Ook via de stichting 1940-'45 werden zeer veel individuele handreikingen gedaan door beroepskrachten en vrijwilligers. De inzet van zovelen die begrip hadden voor hetgeen zich in en door het verzet heeft afgespeeld was een grote morele steun voor hen, die waren getroffen. Het droeg bij tot een beter affectief klimaat, zij het voor velen toch nog onvoldoende.

Door een sterkere bewustwording op maatschappelijk en politiek terrein in de zestiger jaren kregen ook andere groepen van oorlogsgetroffenen met name in de politiek meer aandacht. Bij het aspect 'materiële voorzieningen' kunnen de genomen beslissingen ook in de tijd worden gevolgd.

In de jaren tachtig wordt een no-nonsensbeleid gevoerd, dat veel van de vaste structuren en communicatiepatronen op losse schroeven heeft gezet. Veel oriëntatie- en ondersteuningspunten zijn voor de burgers en groeperingen weggevallen. Juist in een periode, waarin door velen bindingen worden losgelaten en identiteiten verloren dreigen te gaan. Voor veel burgers, maar zeker voor hen, die het gedurende de jaren 1940-45 moeilijk hebben gehad, geen gemakkelijke tijd.

Veel getuigt nu van een sociaal pragmatische aanpak, met tijdelijke subsidies voor experimenten en ad hoc-groepen. De samenleving wordt niet meer gezien als een organisch geheel maar meer als een optelsom van individuen en groeperingen, die hun eigen strevingen kennen. Dan doet het goed aan als er nog wetenschappers zijn, die niet alle hoop hebben verloren. Aan het slot zou ik derhalve professor Zijdeveld van de Erasmus Universiteit willen citeren:

"Het kan niet waar zijn, dat we met elkaar, burgers en politici, niet in staat zouden zijn het tij van de cynische onmacht te keren. Het zou onzinning en ondemocratisch zijn voor de realisering van deze taak, op de overheid en de politici te gaan zitten wachten. Integendeel, zij hebben lijkt mij onze hulp nodig om de ijzeren kooi te doorbreken, waarin zij al geruime tijd zitten opgesloten.

Het initiatief is aan ons en dit initiatief is toch de kern van onze burgerlijke democratische vrijheid."

(A.C. Zijdeveld, Machteloos pragmatisme en de macht van de vrijheid, NRC, 22-10-1992.)

Het is ook de samenlevingsopbouw die voortdurend daaraan gestalte probeert te geven.

Rijswijk, april 1995.

Aan Zet

door Annie van Oort, Den Bosch

Er is veel veranderd op het gebied van de gezondheidszorg en dan is het zaak om mee te veranderen. Zo'n zeventien jaar geleden kwam ik in aanraking met de mensen van gezondheidscentrum 'Samen Beter'. Zij wilden best iets anders met gezondheid en vonden in de wijk Oost, in 's-Hertogenbosch, al snel heel wat aanknopingspunten. Zij zijn gestart met een grote dosis idealisme, doorzettingsvermogen en weinig geld. Toch is er veel van de uitgangspunten overeind gebleven, onder andere het werken met vrijwilligers. Ik heb er ook veel van geleerd. Want al was het vrijwillig, ik heb bij 'Samen Beter' de kans gekregen om mij te ontplooiën op velerlei gebied.

Ik was negen jaar gastvrouw, ben naar menig symposium geweest, heb in de publiciteitsgroep gezeten en in de Visiegroep. Ik ben nu bestuurslid en dat bevalt mij goed en ik kan overal over mee praten en mee beslissingen nemen. Ik heb een hele grote familie en vroeger kwam ik eigenlijk nooit buiten dat kringetje. Alles wat daar gebeurde of verteld werd, nam ik voor waarheid aan. Ik keek ook best tegen een dokter op, maar intussen ben ik er wel achter dat zij ook maar mensen zijn en je gerust je mening mag zeggen.

Ik heb eens in een ziekenhuis gelegen voor een darmontsteking en de chirurg wilde mij opereren, maar ik zei dat ik daar eens goed over na wilde denken en in overleg met mijn huisarts heb ik het niet laten doen. Het is nu twaalf jaar later en ik ben er nog steeds, maar ik heb wel geleerd er mee om te gaan. Het is ook prettig dat wij (bij Samen Beter) allerlei werksoorten onder een dak hebben, want al is er soms een wachtlijst, je wordt toch wat sneller doorverwezen en er kan intern overlegd worden. Ik word volgend jaar zeventig, maar ik ga niet voor ieder wissewasje naar de dokter, wel luister ik meestal naar de taal van mijn lijf en daar kun je heel wat mee.

Als ik wat mankeer, wacht ik altijd een paar dagen af en meestal gaat het dan vanzelf over. Ik heb diabetes en als ik eens wat teveel gesnoept of gegeten heb, ga ik niet meteen naar een arts want ik weet

waar de oorzaak ligt en daar doe ik wat aan. Dat wil niet zeggen dat je nooit medicijnen moet nemen, want soms ik het een zegen dat ze er zijn.

Toch wil ik vooral oudere mensen op het hart drukken voorzichtig met medicijnen te zijn want het wordt zo gauw een gewoonte. Ook in de buurt heb ik al veel aan de kennis gehad die ik bij 'Samen Beter' heb opgedaan. Een aantal jaren geleden kwamen ze bij mij nogal eens om een weekenddokter vragen, voor kwaaltjes die best een dag konden wachten en omdat ik bij 'Samen Beter' een aantal cursussen gevolgd heb, kon ik soms goede raad geven en gebeurt het veel minder dat zij in het weekend naar een dokter gaan. Zo werkt het natuurlijk niet altijd, maar elk stapje in de goede richting is er één.

Ook denken heel wat mensen dat een huisarts elk bezoek van een ziekenfondspatiënt betaald krijgt, maar toen ik uitlegde dat het maar een bepaald bedrag per jaar is,

schrokken de mensen toch even en houden er nu ook meer rekening mee. Al met al, heb ik veel geleerd en hoop nog lang met gezondheid bezig te zijn.



'Zoekt kennismaking met wijkgezondheidswerker'

door Ingrid van de Vegte, GG & GD Utrecht, coördinator 'Terugdringen van SEGV' en wijkgezondheidswerker Utrecht N-W

Op zoek naar partners. Lang leve de polygamie, lonkend naar velen. Er zijn erbij die makkelijk te verleiden zijn tot samenwerking en een nieuwe relatie. Er zijn er ook die volhardend monogaam zijn en zich richten op de relatie die ze al hebben. De wereld is complex, de problemen idem dito, maar er zijn ook veel nieuwe uitdagingen. Het leven met verschillende partners kan immers zeer sprankelend zijn. Het is een kwestie van goed organiseren, de verleiding omzetten in goede afspraken en het ontwikkelen van een netwerk. Elke relatie kent zijn eigen dimensies en binnen het netwerk leren ze hun afgunst om te zetten in effectiviteit. Ze zijn niet exclusief maar kunnen zelf daardoor ook weer met elkaar relaties aangaan.

Het gaat hier niet om een bemiddelingsbureau of de advertentiepagina van de Volkskrant op zaterdag. Het betreft hier een typering van een nieuwe functie bij de GG & GD-Utrecht: wijkgezondheidswerker.

Hoezo

In de Utrechtse nota voor volksgezondheid 'Kansen voor gezondheid' (1993) is de doelstelling opgenomen om de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Deze doelstelling is verder uitgewerkt in een actieplan waar de achtergronden van de verschillen en de mogelijkheid er iets aan te doen nader zijn beschreven (van de Vegte, 1994). Gekozen is voor een aanpak op twee niveaus: stedelijk en in een aantal wijken waar veel mensen met een lage sociaal-economische status (SES) wonen. Stedelijk gaat het vooral om het zichtbaar maken van de verschillen, het verzamelen van gegevens voor het Utrechtse over vraag en aanbod en het ontwikkelen van stedelijk beleid. In de wijken moeten vooral interventies van de grond komen die aansluiten bij wat leeft en wat kan. De wijkgezondheidswerker vervult hierbij een trekkersfunctie en moet er

voor zorgen dat er gegevens komen over: behoefte en mogelijkheden van bewoners van de wijk, signalen en wensen van werkers in de wijk en het aanbod van voorzieningen qua toegankelijkheid en kwaliteit. Deze gegevens moeten mobiliserend werken naar andere professionals in de wijk en tevens bewoners betrekken bij de aanpak van onderwerpen.

Voeding

Bij de totstandkoming van de activiteiten in de wijk is gebruik gemaakt van de vele ervaringen in den lande met wijkgerichte gezondheidprojecten. Ook in het Utrechtse deden we reeds ervaring op. Het voedingsproject 'Beter eten? Zeker weten!' is het belangrijkste voorbeeld. Drie jaar lang is in Zuilen een project uitgevoerd om de voedingsgewoonten te beïnvloeden en te experimenteren met een wijkgerichte aanpak waarin de invloed van bewoners centraal stond. We hebben een aantal zaken geleerd. Voor een uitgebreid verslag van het project en de resultaten verwijs ik naar het evaluatierapport 'De Eindstand' (de Jong, 1994).

Om tot een 'bottom up'-werkwijze te komen is het belangrijk dat bewoners en werkers meebepalen welke onderwerpen het waard zijn om energie en middelen aan te besteden. In het voedingsproject was vooraf het onderwerp vastgelegd, gebaseerd op onderzoeksresultaten van de GG & GD, waarin aangegeven was dat in Zuilen meer bloeddarmoede en een hogere vetconsumptie voorkwamen dan in de rest van Utrecht. Het onderwerp 'voeding' was een moeilijke binnenkomer. Het leefde niet echt bij mensen in de wijk en je moet je dan al snel beperken in de werkwijze. De 'bottom up'-benadering beperkt zich dan tot 'u mag meebepalen hoe we het thema voeding op voor u aantrekkelijke wijze kunnen brengen'. Meer strategie dan wezenlijk van invloed.

De conclusie luidde dan ook dat het van tevoren vaststellen van een thema niet bevorderlijk is voor een werkwijze waarin participatie centraal staat. Epidemiologische onder-

zoeksgegevens kunnen een rol spelen in de keuze van gezondheidsthema's maar daarnaast is het van belang gegevens te verwerven over behoefte en mogelijkheden van bewoners en werkers. Overigens dient hierbij opgemerkt dat het onderzoek niet hoeft te zijn afgerond voordat tot actie kan worden overgegaan. Betrokkenheid en participatie komen gaandeweg tot stand en wordt gestimuleerd door dingen te doen. Zichtbare activiteiten moeten dan ook al van het begin af aan worden ondernomen.

Tijdens het project kwam ook de vraag op 'wat is een wijk?' Bij een wijkgerichte aanpak wordt uitgegaan van een sociale structuur en onderlinge betrokkenheid die in de praktijk meestal niet aanwezig is. Zeker in grote stadswijken met een hoge verhuissnelheid en veel demografische veranderingen is geen sprake meer van een sociale gemeenschap (dit in tegenstelling tot wat in bijvoorbeeld het project 'Gezond Bergeyk' werd gevonden). Een wijkgerichte aanpak kan desondanks erg succesvol zijn in een grote stadswijk als ook andere organisaties zich op dat niveau organiseren en er op een zichtbare manier wordt gewerkt. Het is eenvoudig kleinschaliger en daarmee op den duur herkenbaarder, en leidt tot een betere aansluiting op de signalen van (groepen) wijkbewoners. Het is belangrijk te zoeken naar deze groepen, het kan gaan om (buurt-)verenigingen, zelforganisaties of het werkgebied van een buurthuis.

In het voedingsproject is van het begin af aan gewerkt met een wijkprojectgroep. Hierdoor kregen de projectmedewerkers 'input' vanuit de wijk, dat is belangrijk. Duidelijk werd wel dat de groep niet zou overleven als het project ophield. De groep werd bij elkaar gehouden door de projectmedewerkers, de verantwoordelijkheid werd niet gedeeld. De aanbeveling luidt dan ook dat in een vroeg stadium verwachtingen en gewenste inbreng in een dergelijke groep moet worden besproken en vastgelegd.

In het voedingsproject is het er niet van gekomen dat de medewerkers hun werkplek in de wijk hadden. Dit

is voor een wijkgerichte aanpak wel noodzakelijk en dan het liefst op een plek waar meerdere organisaties of groepen zich bevinden, waar 'aanloop' is. Ook is duidelijk dat het om een 'tijdsintensieve' aanpak gaat waarvan niet te snel resultaten moeten worden verwacht. Het is proces waarin de ontwikkelingen elkaar langzaam gaan versterken. Activiteiten die worden aangeboden dienen concreet te zijn, zo leerde het project. Reik de mensen zoveel mogelijk concrete alternatieven aan die voor hen ook haalbaar zijn. De boodschap moet zoveel mogelijk positief en eenvoudig zijn. Zeker met betrekking tot voeding (maar dat geldt voor veel 'gezondheidsonderwerpen') overheerst al snel het idee dat je niks mag en vooral van alles moet. Dit stoot af, gezocht moet worden naar formules en methoden waar wat wel mag en kan voorop staat. Koppel de boodschap aan leuke dingen, bijvoorbeeld een bingo, gratis producten of een prijsvraag.

En toen

Met de ervaringen uit het voedingsproject vers in het geheugen besloten we een nieuwe functie binnen de GG & GD te creëren: De wijkgezondheidswerker. Deze zou een brede opdracht krijgen en gezondheid mocht breed worden opgevat. Om meer inzicht te krijgen in wat anderen in de wijk als belangrijke onderwerpen zien hielden we in 1994 een enquête onder werkers in Ondiep en Pijlswaard, dat zijn die delen van de wijk waarmee wij nog weinig vertrouwd waren. Achten-twintig werkers hebben de vragenlijst beantwoord, hieronder bevonden zich apothekers, fysiotherapeuten, onderwijzers, welzijns werkers, een bibliothecaris, een wijkverpleegkundige, een opbouwwerker, een verloskundige, een huisarts en een wijkagent. Zij noemden als belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk: CARA, rugklachten, stress- en spanningsklachten en vrouwenklachten. Als belangrijkste gedragscomponenten van die problemen worden genoemd: opvoedingsproblemen, ongezond leven in het alg-

meen (weinig beweging, weinig nachtrust en ongezonde voeding), onmatig medicijn- en alcoholgebruik en roken. Naast de gedragsfactoren spelen situationele (omgevings-)factoren een rol. De werkers noemen hier vooral: verveling en werkloosheid, vereenzaming, slechte huisvesting, weinig toekomstperspectief en gevoel van machteloosheid, vooroordelen tussen groepen en cultuur- en taalproblemen. De groepen met de meeste klachten zijn: werklozen en arbeidsongeschikten, buitenlandse vrouwen, (alleenstaande) ouderen en economisch zwakkeren in het algemeen. Wat zien werkers als belangrijkste oplossingsrichtingen om wat aan de genoemde problemen te doen? Betere voorlichting, een netwerk van mantelzorg opbouwen, positieve promotie van gezondheid en dat langdurig (niet projectmatig), betere huisvesting, het bij elkaar brengen van groepen met dezelfde problemen, speel- en spelmogelijkheden uitbreiden en onderhouden en samenwerking tussen instellingen op wijkniveau realiseren. Over de volgende onderwerpen hebben bewoners behoefte aan informatie (volgens de werkers nog steeds): opvoeding en vrije tijdsbesteding (oa sport), zwangerschap, bevallen en kinderziekten, voeding, CARA, het functioneren van het lichaam, stress (bv ontspanningsoefeningen), hart- en vaatziekten, kanker en de relatie tussen milieu en gezondheid. De laatste vraag van de enquête betref de behoefte aan ondersteuning of samenwerking als het gaat om gezondheidsvoorlichting. Er blijkt dan behoefte te bestaan aan overleg met anderen, multidisciplinaire samenwerking in de wijk, jaarlijkse programma's voor gezondheidsvoorlichting, allochtone voorlichters, ondersteuning bij hoe je mensen met een laag opleidingsniveau kunt betrekken.

Sinds kort

Intussen kenden we dus de vele onderwerpen die speelden en kon de wijkgezondheidswerker aan de slag. Vele perikelen zorgden voor uitstel maar sinds een aantal maanden is

de eerste wijkgezondheidswerker in Utrecht N-W bezig. In twee jaar moet er een wijkgezondheidsbeleid ontwikkeld worden op basis van gegevens over de wijk en haar bewoners. Naast gegevens van werkers hebben we de inzichten van bewoners nodig. Op dit moment worden ruim veertig wijkbewoners geïnterviewd over hun beleving van gezondheid en ziekte. Over de verbanden die er zijn tussen hun leefwijze en hun gezondheid, tussen de buurt en hun welbevinden. Over de mogelijkheden die ze zien om hun leven te beïnvloeden en de beperkingen die ze ervaren bij het bereiken wat ze willen. Op basis van deze diepte-interviews worden gezondheidsportretten gemaakt die inzicht moeten geven aan de GG & GD maar ook aan andere werkers in de wijk. De verhalen geven inzicht in de gezondheidssituatie van mensen, zij leveren leerzame oefenstof. Het materiaal wordt gebruikt voor het gezamenlijk zoeken naar oplossingen die aansluiten bij de gezondheidsvragen. De instelling van één telefoonnummer in de wijk, voor ouderen met vragen over welzijn, wonen en zorg is zo'n oplossing. Ouderen uit de wijk zitten in de groep die dit gaat verwezenlijken, zij zullen zelf de lijn bemannen. 'Draagvlak creëren bij andere organisaties' en 'het komen tot intersectorale samenwerking' is ook een bekende doelstelling van een aanpak op wijkniveau. Dat proberen we via het praten over problemen, door tot een gezamenlijke beschrijving van het probleem te komen en te zoeken naar oplossingen. Door af en toe de kar te trekken kan de wijkgezondheidswerker laten zien dat een gezamenlijke oplossing wel tijd kost, maar ook wat kan opleveren. Zo zal op korte termijn een drietalig inloopspreekuur voor vrouwen met vragen over gezondheid en ziekte, in een buurthuis beginnen. Dit wordt uitgevoerd door migrantenvoorlichtsters van de GG & GD en een verpleegkundige uit de thuiszorg. Op de achtergrond is een huisarts uit de buurt betrokken en zijn vertegenwoordigers uit verschillende sectoren van het welzijnswerk beschikbaar voor informatie en doorverwijzing. De meest voorko-

mende vragen op het spreekuur zullen tot nieuwe activiteiten binnen de verschillende sectoren leiden. Soms probeert de wijkgezondheidswerker een signaal in de wijk direct naar de GG & GD zelf terug te koppelen. Het maatschappelijk werk gaf aan, in een eerder stadium betrokken te willen zijn bij problematische situaties met vervuilde bewoners. De GG & GD komt in actie na een aantal buurtklachten en regelt een aantal zaken. Het maatschappelijk werk krijgt vaak op een andere manier met de klacht te maken en zou een goede rol kunnen spelen in de preventie en de nazorg. Zij hebben daar op dit moment niet de middelen of de tijd voor. Graag willen zij met de GG & GD verder na-

denken over extra inzet. De wijkgezondheidswerker bemiddelt en trekt zich voorlopig weer terug. Daarnaast probeert de werker in de wijk reguliere GG & GD-activiteiten te intensiveren in de wijk. De GG & GD heeft er immers voor gekozen extra aandacht te besteden aan mensen in een kwetsbare sociaal-economische positie. Zo kiezen we ervoor om cursussen opvoedingsondersteuning voor autochtone en allochtone ouders vooral in de gekozen wijken in te zetten.

We zijn nog in de beginfase, maar het valt op hoe gemakkelijk het is om veel plannen te maken en veel touwtjes aan elkaar te knopen. Binnen de gemeente is gekozen voor

wijkgericht werken, dit vergemakkelijkt de aanpak. Veel organisaties hebben reorganisaties en fusies achter de rug. Ze kijken om zich heen, op zoek naar nieuwe werkwijzen en samenwerkingsmogelijkheden. Ik heb dus genoeg reacties ontvangen op de contactadvertentie.

(Voor meer informatie: Ingrid van de Vegte, 030-958214 (GG & GD), 030-433424 (Wijkbureau Noordwest).)



Wijkgericht werken aan gezondheid werkt

door Wien Gerards, GVO-functionaris, Els Imming, sociaal-verpleegkundige AGZ GGD Regio Twente/locatie Enschede en Margriet de Boer, studente ASW, RUU

In 1990 maakte de GGD Enschede de keuze om wijkgericht te werken aan gezondheidsbevordering op basis van de community-benadering. In de Enschedese wijk Twekkelerveld voerde de GGD een pilot-project uit met als algemeen doel om samen met de bewoners en werkers in de wijk te werken aan gezondheidsbevordering. Neven-doel van het pilot-project was om te bekijken of deze werkwijze ook in andere wijken toegepast kon worden. Inmiddels is het project in Twekkelerveld afgerond en geëvalueerd. Met de ervaringen van Twekkelerveld is in de wijk Zuid-Berghuizen in Oldenzaal een nieuw project van start gegaan.

Twekkelerveld

Twekkelerveld werd gekozen omdat deze wijk stadsvernieuwingsgebied was en later als sociale vernieuwingswijk werd aangemerkt. Dit

betekende kiezen voor een wijk met een lage sociaal-economische status (SES) en een waarschijnlijke gezondheidsachterstand, maar ook voor een wijk waar de GGD kon aansluiten bij een netwerk dat een goede basis bood om (intersectoraal) aan gezondheidsbevordering te werken. De specifieke doelgroepen binnen de wijk waren: ouderen, migranten en jeugd. Voor de realisering van het project stelde de gemeente Enschede een budget beschikbaar. De coördinatie werd in handen gelegd van een GVO-functionaris en een sociaal-verpleegkundige AGZ. Een belangrijke rol werd vervuld door de Turkse gezondheidsvoorlichtster van de GGD, bij de uitvoering van de activiteiten ten behoeve van migranten.

Uitgangspunten voor wijkgericht werken waren als volgt beschreven:

- onderzoek naar de gezondheidstoestand is de basis voor activiteiten;
- de bewoners moeten betrokken worden bij de projectactiviteiten;
- gezondheidsbevordering moet

vooral door een intersectorale aanpak van de grond komen.

Het project bestond uit vier onderdelen:

1. een onderzoek naar de gezondheidstoestand en gezondheidsbedreigende factoren in de wijk;
2. de opzet van een wijkinformatiepunt;
3. een 'startactiviteit' (voorlichting rond het thema 'Milieu en gezondheid in huis');
4. activiteiten op basis van de resultaten van het onderzoek.

Onderzoek

Het gezondheidsonderzoek in de wijk bestond uit twee delen: een kwantitatief onderzoek en een kwalitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek levert cijfermatige gegevens op over de wijk en de gezondheidssituatie, kwalitatief onderzoek gaat uit van de gezondheidsbeleving van wijkbewoners en functionarissen die in de wijk werken. Kwalitatief onderzoek biedt bovendien de

mogelijkheid om ook al in de onderzoeksfase bewoners actief te betrekken bij het project.

Voor het kwantitatieve onderzoek werden gegevens verzameld uit drie bronnen: de regionale gezondheidsenquête van de GGD, het indicatorenbestand van de gemeente en de bevindingenregistratie van het periodiek geneeskundig onderzoek onder 5- en 9-jarigen door de Jeugdgezondheidszorg. De selectie van de gegevens was gebaseerd op de vraagstelling: 'Welke informatie biedt aanknopingspunten voor het ontwikkelen van wijkgerichte activiteiten?'

Voor het kwalitatieve onderzoek werd gebruik gemaakt van twee onderzoeksvormen: het sleutelfigurenonderzoek en het focusgroeponderzoek. Sleutelfiguren zijn professionele werkers in de gezondheids- en welzijnszorg en bewoners die een bepaalde positie in de wijk hebben. Zij werden individueel geïnterviewd aan de hand van een lijst met aandachtspunten. Een focusgroep is een kleine groep bewoners die homogeen is samengesteld wat betreft leeftijd, achtergrond, leefsituatie. De leden van een focusgroep hebben geen speciale positie in de wijk, maar kunnen een beeld geven van de beleving van de groep bewoners waartoe zij behoren. De centrale vraag was: 'Hoe kijkt u aan tegen gezondheid(-sproblemen) in de wijk en hoe denkt u dat de mensen om u heen er tegenaan kijken?' Sleutelfiguren en focusgroepen werden zodanig gekozen, respectievelijk samengesteld dat er voldoende informatie over de specifieke doelgroepen kon worden verzameld.

Resultaten

De kwantitatieve onderzoeksresultaten leverden weinig aanknopingspunten op voor activiteiten. Dit had voor een deel te maken met de kleine onderzoekspopulatie van de gezondheidsenquête, die bovendien alleen uit Nederlandse wijkbewoners van 18 tot 70 jaar bestond. Duidelijk was wel het grote aantal mensen met rug- en gewrichtsklachten.

Bij het kwalitatieve onderzoek behoorden nadrukkelijk ook de ouderen en de allochtonen tot de onderzoeksgroep. De gebiedsondersteuner sociale vernieuwing was nauw betrokken bij de uitvoering van dit onderzoeksdeel en kon snel inspringen op de signalen. Dit was des te belangrijker gezien het feit dat de aanpak van veel problematiek die naar voren kwam, niet binnen de competentie van de GGD lag, maar op het terrein van het voorzieningenniveau en de woonomgeving.

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn door verschillende instellingen ontwikkelingen in gang gezet:

- voorzieningen voor ouderen: een eetvoorziening in het buurthuis, ouderenvervoer in de wijk, een klussendienst voor ouderen en concrete plannen voor de bouw van een WoZoCo (woon-zorg-complex) in de wijk;
- experimentele cursus Nederlands in combinatie met gezondheidsvoorlichting in de eigen taal voor migranten en een tweedaagse cursus 'Communicatie met migranten' voor de eerstelijns hulpverleners, continuering functie gezondheidsvoorlichting in de eigen taal, gekoppeld aan het sociaal-cultureel werk;
- stimulering deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten in de wijk ('Tweckelerveld in beweging').

Andere projectactiviteiten waren: de startactiviteit.

Vooruitlopend op de onderzoeksgegevens werd een voorlichtingsproject over binnenmilieu en gezondheid georganiseerd. Het idee achter een startactiviteit is dat een onderzoek geruime tijd in beslag neemt en voor bewoners alleen betekent dat er iets 'van hun gevraagd wordt'. Door concrete activiteiten op te zetten kon de GGD naast het vragen ook iets aanbieden. In het buurthuis werd een tentoonstelling georganiseerd met een aantal activiteiten, gericht op de verschillende doelgroepen in de wijk. Inhoudelijk sloot het thema goed aan bij stadsvernieuwing. Een andere functie van een startactiviteit is de mogelijkheid kennis te maken

met zowel de bewoners als de werkers in de wijk. In Tweckelerveld leidde de startactiviteit tot een intensieve en prettige samenwerking met het buurthuis en medewerkers van de basiseducatie, die werd voortgezet en uitgebreid in andere projectactiviteiten.

Eerstelijns overleg

Veel tijd en energie is er gestopt in het opzetten en instandhouden van een eerstelijns overleg in de wijk. Dit was een moeizaam proces; collectief preventief denken en werken is de eerste lijn vreemd. Het overleg heeft tot doel onderlinge afstemming en samenwerking van de eerstelijns zorg in de wijk, maar ook betrokkenheid bij en medewerking aan projectactiviteiten. Het is de vraag hoe lang het overleg blijft functioneren zonder bemoeienis van de GGD.

Wijkinfopunt

Op initiatief van de GGD werd samen met enkele andere instellingen in de wijk een plan uitgewerkt om een informatiepunt in de wijk op te zetten. De realisering van het Infopunt Tweckelerveld, één informatie-loket voor 14 instellingen, is tenslotte het resultaat van een hechte samenwerking tussen het buurthuis, het maatschappelijk werk, de Sociale Dienst, de wijkagent en de GGD. Het infopunt voldoet duidelijk aan een behoefte: het aantal vragen bedraagt ruim 100 per maand. Hoewel het aantal specifieke gezondheidsvragen gering is, is de relatief grote investering van de GGD wel te verantwoorden: het tot stand brengen van een infopunt bevordert de onderlinge samenwerking zeer en één loket voor 14 instellingen draagt bij aan het welzijn in de wijk.

Evaluatie en vervolg

De ervaringen in Tweckelerveld opgedaan, hebben de GGD doen besluiten ook in andere wijken wijkgericht aan gezondheidsbevordering te gaan werken. Positief was met name de intersectorale samenwerking die op wijkniveau tot concrete resultaten leidde. Het onderzoek werd kritisch bekeken. Dit

leidde tot de conclusies dat de combinatie kwantitatief en kwalitatief onderzoek goed is, maar dat het kwalitatieve de nadruk moet hebben. Dit deel levert snel informatie op waarmee op korte termijn iets gedaan kan worden. Voorwaarden zijn dan wel: voldoende tijd om de focusgroepen goed samen te stellen, een goede discussievorm om meer diepgang in de gesprekken te krijgen en de mogelijkheid om snel tot activiteiten over te kunnen gaan. Daarom is de rol van de gemeente zelf erg belangrijk: deze is verantwoordelijk voor het project, stelt een beleidsmedewerker beschikbaar om het project te trekken en binnen andere relevante sectoren contacten te leggen en stelt een projectbudget ter beschikking. De taken van de GGD liggen dan met name op het gebied van:

- het onderzoek;
- een concrete activiteit als start, gelijktijdig met de uitvoering van het onderzoek;
- het mede-ontwikkelen van en participeren in een (intersectoraal) netwerk;
- het stimuleren en ondersteunen van een eerstelijns overleg;
- het initiëren van activiteiten op het terrein van gezondheid en waar nodig participeren in andere activiteiten op basis van de onderzoeksresultaten.

Met betrekking tot informatievoorziening over gezondheid zal de GGD geen initiatieven ontplooiën tot de opzet van een (specifiek op gezondheid gericht) infopunt, maar aansluiten bij een bestaande, relevante voorziening (zoals bijvoorbeeld een buurtwinkel), aangezien de opzet van een infopunt de benodigde tijdsinvestering niet rechtvaardigt. Een aspect dat in Tweekelerveld uiteindelijk niet voldoende uit de verf is gekomen, en in een nieuw project meer aandacht vraagt is de participatie van de bewoners. De (wijze van) terugkoppeling van de onderzoeksresultaten speelt hierbij een belangrijke rol. Daar is in Tweekelerveld te weinig tijd voor genomen.

Zuid-Berghuizen

In 1994 stapte de GGD over naar een nieuwe wijk: Zuid-Berghuizen in de gemeente Oldenzaal. Met de gemeente vonden de nodige onderhandelingen plaats om het gezondheidsproject goed te verankeren in het gemeentelijk beleid en zodoende te voldoen aan bovengenoemde voorwaarden. De gemeente heeft een project-budget vastgesteld dat vrij beschikbaar is voor projectactiviteiten. Daarnaast wordt er van de instellingen en de verschillende gemeentelijke afdelingen gevraagd en verwacht, waar mogelijk uit hun reguliere budgetten bij te dragen. De beleidsmedewerker volksgezondheid is de trekker van het project en onderhoudt contacten met de relevante afdelingen.

De wijk

Zuid-Berghuizen is een wijk met ruim 4000 inwoners. In de wijk wonen relatief veel ouderen en veel allochtonen waarvan het merendeel een Turkse nationaliteit heeft. De wijk ligt ingeklemd tussen een industriegebied, een spoorlijn, een snelweg en een natuurgebied en ligt onder het aanvliegebied van het vliegveld Twente.

Uit de regionale gezondheidsenquête van de GGD, in 1992 in het gehele werkgebied uitgevoerd, bleek dat de respondenten afkomstig uit Zuid-Berghuizen hun gezondheid als minder goed ervoeren dan de respondenten uit de overige wijken van Oldenzaal. Ze rapporteerden ook meer gezondheidsklachten. De keuze voor uitvoering van het project in Zuid-Berghuizen is vooral ingegeven door deze resultaten. Over de SES in de wijk zijn alleen inkomensgegevens voorhanden. Hieruit blijkt dat het gemiddeld besteedbaar inkomen in de wijk lager en het percentage uitkeringsgerechtigden in de wijk hoger is, dan in de overige wijken van Oldenzaal.

Onderzoek

Ook bij dit project is gestart met een onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd door de GGD. Voor de onderzoeksfase van het project is

een coördinatieteam ingesteld waarin medewerkers van de Wijkraad, het buurthuis, Thuiszorg Centraal Twente en Stichting Samenlevingsopbouw Oldenzaal zitting hebben. Dit coördinatieteam is officieel geïnstalleerd door de wethouder van Welzijn en Sociale Zaken en wordt voorgezeten door de beleidsmedewerkster volksgezondheid. Eén van de conclusies uit het project in Tweekelerveld was dat het aspect 'participatie van de bevolking' meer aandacht zou moeten krijgen. Daarom is gezocht naar een onderzoeksmethode waarbij de bevolking meer betrokken wordt om daarmee de kans op participatie in projectactiviteiten te bevorderen. De keuze is hierbij gevallen op het uitvoeren van een onderzoek in de wijk volgens de LENS-methode (Leefbaarheidsonderzoek Nieuwe Stijl). Met behulp van deze 'LENS' wordt geprobeerd een scherp beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van de wijk en de toekomst daarvan. Dit beeld wordt verkregen in nauwe samenwerking met een panel van bewoners en functionarissen. Met functionarissen worden bewoners of mensen van binnen en buiten de wijk bedoeld die beroepsmatig of vrijwillig een bepaalde functie op het gebied van gezondheid of welzijn in de wijk vervullen. (Zie Attema, F., De Lens-methode: handleiding voor toekomstanalyse van wijk en dorp. WESON, Deventer 1991.) Het onderzoek bevindt zich op dit moment in de afrondingsfase. Er wordt gewerkt aan het onderzoeksverslag en de voorbereiding van de presentatie van de onderzoeksresultaten aan de bewoners van de wijk, de organisaties en instellingen werkzaam in de wijk en de pers. Dit zal in de vorm van een feestelijke bijeenkomst plaatsvinden. Een aantal panel-leden en andere wijkbewoners werkt mee aan de uitvoering van deze presentatie.

Conclusies

Gezien de huidige stand van zaken is het nog niet mogelijk om uiteindelijke resultaten en conclusies te beschrijven. Wel kunnen enkele voorlopige bevindingen weergegeven worden.

Buurtbewegingen GVO

Amersfoort: LET OP VET!

door Gert van den Berg en Yteke Braaksma, St. Welzijnswerk Soesterkwartier, Amersfoort

De uiteindelijk voorgestelde maatregelen zijn voor een groot deel gericht op het veranderen van de aspecten van de sociale en fysieke omgeving en in mindere mate op het bevorderen van gezondheid door middel van gezonde leefgewoonten. De sociale en fysieke omgeving zijn determinanten van gezondheid waarop de GGD slechts in beperkte mate invloed kan uitoefenen en alleen in samenwerking met andere organisaties. De verankering van het project in het gemeentelijk beleid en intersectorale samenwerking zijn dus onmisbaar.

Met het instellen van een coördinatieteam is een basis gelegd voor intersectorale samenwerking. Ten behoeve van de uitvoering van de maatregelen zullen ook andere organisaties bij dit team betrokken moeten worden.

De condities voor uitvoering van de maatregelen in het vervolg van het project samen met (nog niet betrokken) bewoners en organisaties lijken aanwezig te zijn. De toekomst zal het leren of deze mogelijkheden aangegrepen worden.

(Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Wien Gerards of Els Imming, Regio Twente - GGD Enschede,

tel: 053 - 882226/882235. Van het project in Tweekelerveld zijn verschillende rapporten verschenen die telefonisch besteld kunnen worden. Inmiddels is tevens het onderzoeksverslag van Zuid-Berghuizen beschikbaar.)



Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding moet, om effectief te zijn, dichtbij het dagelijks leven staan. GVO moet naar de mensen toe. In Amersfoort gebeurt dat in enkele wijken al jaren. En met succes. In deze bijdrage gaat het om de achtergrond, de praktijk en de effecten van het GVO-project dat sinds 1989 in de Amersfoortse wijk Soesterkwartier draait.

Als je mensen vraagt wat belangrijk is in het leven, dan zullen verreweg de meesten van hen zeggen: een goede gezondheid. Niet iedereen is daar even stellig in. Jongeren noemen gezondheid wat minder vaak als het hoogste goed dan ouderen. En voor hoger opgeleide en beter gesitueerde mensen lijkt gezondheid niet zo'n prominente plaats in te nemen als voor mensen uit de lagere sociaal-economische milieus. Dat komt misschien omdat mensen uit de hogere milieus over het algemeen gewoon goed gezond zijn; voor hen is gezondheid iets vanzelfsprekends.

Gezondheidsachterstand komt vooral voor in de lagere milieus; daar waar de mensen weinig opleiding hebben en een laag inkomen, waar werkloosheid niet incidenteel en voorbijgaand is, waar de woonomstandigheden niet gunstig zijn.

Deze verschillende vormen van achterstand vindt men vooral bij mensen die in oude stadswijken wonen. De bewoners van deze wijken vertonen in het totaal van hun leefomstandigheden een achterstand ten opzichte van mensen uit midden en hogere milieus. Een minder goede gezondheid is maar één aspect van deze achterstandspositie; een aspect dat samenhangt met de achterstand op andere levensterreinen. Maar in tegenstelling tot bijvoorbeeld vele vormen van werkloosheid is gezondheid iets waar mensen vrij makkelijk zelf iets aan kunnen doen.

Maar ook al hebben bewoners van oude stadswijken over het algemeen een slechte gezondheid, en ook al vinden ze gezondheid heel belangrijk, dit betekent niet automatisch dat ze effectief voor hun eigen gezondheid zullen zorgen. Voor zo-

ver ze zich ervan bewust zijn dat ze er een ongezonde leefwijze op na houden, ondernemen ze niet veel om daar iets aan te veranderen. Desgevraagd zullen ze wel aangeven dat ze gezonder willen gaan leven, maar ze weten vaak niet hoe. Of ze missen een dwingende aanleiding.

GVO

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) vertrekt vanuit de vooronderstelling dat mensen zelfstandige en mondige wezens zijn die zeggenschap hebben over hun eigen leven. Mensen, kortom, die goed voor zichzelf zullen zorgen, als ze maar weten hoe ze dat het beste kunnen doen.

Deze vooronderstelling is ook terug te vinden in de eerste initiatieven om GVO te integreren in het wijkwelzijnswerk. Eind jaren zeventig worden daar in Amersfoort al ambtelijke nota's aan gewijd. Deze resultaten onder meer in een inspraakronde waarbij instellingen uit de eerstelijns gezondheidszorg en uit het welzijnswerk hun zegge kunnen doen over de ontwikkeling van GVO in Amersfoort. In 1981 verschijnt de rapportage van deze ronde, met onder meer de suggestie om 'een gezondheidswinkel vanuit een buurthuis te stimuleren'. Deze winkel zou gerealiseerd moeten worden 'in een samenwerking tussen buurthuis, gezondheids- en welzijnswerkers en buurtbewoners'. Aldus zou een situatie ontstaan 'waarin mensen vertrouwen krijgen in eigen mondigheid, mogelijkheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot hun eigen gezondheid en die van hun omgeving'.

Doorgaans is GVO een functie die organisatorisch wordt ondergebracht bij een GGD of bij een andere eerstelijns instelling. In Amersfoort is dat allemaal anders gegaan. De suggestie uit de genoemde rapportage wordt serieus genomen door de gemeente en dat leidt ertoe dat in de wijk Kruiskamp/De Koppel in 1984 een GVO-project van start gaat dat gekoppeld wordt aan de welzijnsinstelling in die wijk. In 1989 volgt een vergelijkbaar project in de wijk Soesterkwartier. De

gemeente Amersfoort stelt voor ieder GVO-wijkproject f 58.000,- beschikbaar. Daarvan is f 16.000,- bestemd voor de uitvoering van activiteiten; de rest is voor personeelskosten.

In beide wijken wordt een GVO-functionaris aangesteld voor 20 uur per week. Deze komt in dienst van de welzijnsinstelling van de wijk. Zowel Kruiskamp/De Koppel als het Soesterkwartier beschikken over een dergelijke wijkwelzijnsinstelling. Daarin zijn verschillende werksoor-

zondheid' in zowel haar lichamelijke, geestelijke als sociale betekenis wordt gehanteerd.'

Deze brede definitie geeft al aan dat het in dit project niet uitsluitend om de somatische gezondheid gaat. Gezondheid is een complex geheel, dat bepaald wordt door uiteenlopende omstandigheden en dat op zijn beurt weer in sterke mate bepalend is voor het algehele welbevinden van mensen. Om deze algemene doelstelling te bereiken moeten processen van bewustwor-

de wijk een beter begrip wekken voor de functie die GVO vervult bij gezondheidsbevordering en bij het voorkomen van gezondheidsproblemen. Behalve het bereiken van een betere gezondheidstoestand bij de directe doelgroep heeft dit project dus ook de bedoeling om het belang van GVO, niet alleen voor de eerstelijns gezondheidszorg maar ook voor het welzijnswerk, onder de aandacht van beroepskrachten op die terreinen te brengen.



ten verenigd: het sociaal-cultureel werk, het buurtwerk, het ouderenwerk, het peuterwerk, het jeugdwerk en het wijkbeheer. Op deze manier heeft GVO zich een eigen plaats te midden van de andere functies kunnen verwerven.

Soesterkwartier

De officiële doelstelling van het GVO-project in het Soesterkwartier luidt als volgt:

'Het vergroten van het 'gezondheidsbewustzijn' in de wijk het Soesterkwartier waarbij het begrip 'ge-

ding in gang worden gezet, waardoor bewoners een beter begrip van gezondheid in relatie tot hun eigen gedrag krijgen. Mensen moeten gaan beseffen dat zij er zelf ook sterk de hand in hebben of ze gezond zijn of niet. Ze zullen meer inzicht moeten krijgen in hoe je zelf iets kunt doen om gezond te blijven of om het te worden. Uiteindelijk betekent dit dat ze zelf verantwoordelijkheid moeten gaan nemen voor hun eigen gezondheid.

Maar het GVO-project Soesterkwartier heeft ook nog een belangrijke nevensdoelstelling: bij de werkers in

Let op vet

Vanuit het GVO-project Soesterkwartier is in 1992 een grootscheepse campagne van start gegaan onder het motto 'Let op vet'. In aansluiting op eerdere initiatieven in Enschede en Alkmaar is toen een begin gemaakt met een groot aantal acties, cursussen en andere activiteiten om een gezondere levenswijze te bevorderen. Oorspronkelijk zou het alleen om 'gezonde voeding' gaan, maar daar is later 'lichaamsbeweging' aan toegevoegd. Zo zou men meer mensen kunnen

aanspreken, was het idee. Het uiteindelijke doel van het 'Let op vet'-project is natuurlijk dat mensen gezonder gaan eten en meer gaan bewegen, maar als korte termijn-doelen gelden:

- mensen moeten weten wat gezonde voeding is en ze moeten etiketten kunnen lezen en beoordelen;
- mensen moeten zich bewust zijn van hun eigen eetgedrag;
- mensen moeten meer gaan bewegen.

Het bijzondere van dit project is dat de doelgroep bestaat uit de gehele bevolking van het Soesterkwartier. Door deze brede, wijkgerichte benadering, die ook wel een 'community'-aanpak wordt genoemd, is geen enkel deel van de wijkbevolking bij voorbaat uitgezonderd. Dat betekent echter niet dat alle bewoners over één kam worden geschoren. Het gaat erom heel gedifferentieerd naar de bevolking van de wijk te kijken en om heel gericht activiteiten voor ieder onderdeel van de wijkbevolking op te zetten. Vervolgens is het zaak om goed te registreren wie je bereikt met welke activiteit. Een totaalpakket voor de wijk als geheel, daar gaat het om, met voor elke bevolkingsgroep een op maat gesneden activiteit.

Op deze manier wordt snel duidelijk welke groepen moeilijk of helemaal niet bereikt worden en daar kan het aanbod dan weer verder op afgestemd worden. Een project als dit is per definitie een zaak van lange adem. Pas wanneer iedereen het project kent, wanneer veel mensen uit verschillende groepen hebben deelgenomen aan activiteiten, wanneer de doelstelling aardig ingeburgerd is geraakt, pas dan is het mogelijk om die bewoners te interesseren die al lang niet meer bereikt worden door het gewone aanbod van voorlichting en advies.

In het Soesterkwartier is begonnen met activiteiten voor alle leeftijdsgroepen: kinderkookgroepen, een kookcursus voor mannen, bewegingsactiviteiten voor ouderen enzovoort. Daarna is - terwijl de algemene activiteiten gewoon doorgingen - ieder half jaar een speciaal accent op steeds weer een andere doelgroep gelegd: degenen die de bood-

schappen doen, basisschoolkinderen, klanten van de snackbar.

Bij het invullen van het project is steeds gezocht naar activiteiten die bij de bestaande aansluiten. Het is belangrijk om gebruik te maken van het bestaande netwerk van sociale contacten in de wijk en van de reeds aanwezige sociale infrastructuur. Een punt dat hieruit voortvloeit is dat de activiteiten moeten aansluiten bij de wensen, behoeften en leefsituatie van de bewoners. Er moet daarom zoveel mogelijk worden samengewerkt met organisaties, instellingen en bedrijven die in de wijk aanwezig zijn.

Dit alles laat zich ook samenvatten als: zorg dat je midden in het dagelijks leven van de mensen staat. En zorg ook dat je de mensen wat te bieden hebt. Dat houdt in: geen zorgelijke gezichten en geen opgeheven wijsvinger. Het gaat er niet om de aandacht te vragen voor de 'slechte' voedingsgewoonten die mensen er op na houden. De positieve effecten van gezonde voeding en van meer bewegen moeten naar voren worden gehaald. Want uiteindelijk is het zaak om de levensstijl van de bewoners te veranderen. Het 'Let op vet'-project is gefinancierd uit de reguliere middelen van het GVO-project Soesterkwartier. In 1994 heeft de gemeente Amersfoort eenmalig f10.000,- beschikbaar gesteld om het project te implementeren in het reguliere werk en om de opgedane ervaring overdraagbaar te maken. Mede door de inbedding van GVO in het wijkwelzijnswerk is het goed mogelijk gebleken om 'Let op vet' op een integrale manier aan te bieden. De lijnen met andere werksoorten zijn kort en daardoor was het vaak mogelijk om snel en effectief te werken. De dagelijkse leiding van het 'Let op vet'-project ligt bij de GVO-functionaris in de wijk. Deze wordt daarin bijgestaan door een projectgroep, waarin mensen zitten die binnen de wijk een belangrijke plaats in een netwerk innemen. Een wijk-verpleegkundige bijvoorbeeld kan in zekere zin het hele gezondheidszorg-netwerk vertegenwoordigen, een buurtwerker het hele welzijnsnetwerk.

Samenwerking

Bij de verschillende activiteiten van het 'Let op vet'-project zijn beroepskrachten uit de eerstelijns gezondheidszorg betrokken geweest: huisartsen, diëtisten, een apotheker en wijk-verpleegkundigen. Doordat GVO in het Soesterkwartier is ondergebracht bij het welzijnswerk, ligt het voor de hand om ook samen te werken met de verschillende werksoorten die daaronder vallen. Dat gebeurt door mensen uit het welzijnswerk te betrekken bij de projectgroep, maar ook door hen bij iedere 'Let op vet'-activiteit te betrekken. Zo is er bijvoorbeeld een sportcursus 'Fit zonder vet' georganiseerd in samenwerking met onder meer de gemeentelijke afdeling sport. Activiteiten die samen met andere clubs zijn opgezet, krijgen vanzelf een behoorlijk draagvlak. Het is ook de bedoeling dat dergelijke activiteiten op den duur los van het GVO-project blijven voortbestaan, bijvoorbeeld doordat het sociaal-cultureel werk ze voortaan organiseert.

(Op basis van de ervaringen met het 'Let op vet'-project in het Soesterkwartier is een handige brochure verschenen:

Yteke Braaksma, Let op vet. Handleiding voor het opzetten van een wijkproject over gezond leven.

Amersfoort, 1995.

Te bestellen bij: Yteke Braaksma, Stichting Welzijnswerk Soesterkwartier, Noordewierweg 167, 3812 DE Amersfoort, 033 - 62 25 88.)



Je Maintiendrai

door Rob Oudkerk, huisarts en lid van de Tweede Kamerfractie van de PvdA



Je Maintiendrai

Dokter, die twaalf keer fysiotherapie voor die vage rugklachten van mij, hoeveel kost dat het ziekenfonds eigenlijk?" "Zo'n paar honderd gulden, mevrouw, denk ik", zeg ik terug. "Dat is een hoop geld", schrikt ze, "dan zie ik er van af en laat ik mijn man wel een beetje masseren en smeer ik er wat tijgerbalsem op. Dan kunnen die honderdjes gebruikt worden voor mijn linker bovenbuurvrouw die eigenlijk dag en nacht thuis verzorgd en verpleegd moet worden, maar de eigen bijdrage daaraan niet meer kan betalen." Dit verhaaltje is (helaas) verzonnen. Deze mevrouw kende haar buurvrouw nauwelijks. De vraag is hoe dat soort solidariteit op wijkniveau kan worden gevoed. Niet door meer geld in de gezondheidszorg te pompen. Wel door de leefbaarheid van buurten onder de loep te nemen en de onmin en de problemen van buurtbewoners te analyseren. Door echt te luisteren waarom mensen zich onveilig, onzeker, ongezond en op zichzelf aangewezen voelen. Door te analyseren waarom mensen zich terugtrekken op het eigen bastion. Door concrete oplossingen te bieden en door te erkennen dat sommige problemen onoplosbaar zijn. Door te zorgen voor meer veiligheid op straat, meer politie die 's avonds door de buurt kuiert, meer bewaking in openbare ruimten. Door te garanderen dat kleine (en grote) criminaliteit echt aangepakt zal worden. Door extra aandacht te geven aan de huisvesting voor ouderen. Door overlast daadwerkelijk aan te pakken. Door te zorgen voor een gevarieerde samenstelling van buurten, waarbij verschillen in woningtoewijzing op basis van inkomens of ethniciteit niet getolereerd kunnen worden. Door de betrokkenheid van mensen bij elkaar in een buurt te stimuleren door - hetzij financieel, hetzij maatschappelijk - de waardering voor kleine klussen, boodschappenhulp, huishoudelijke hulp, verzorging of gewoon oppas te vergroten. De uitspraken van die mevrouw zijn immers pas mogelijk als je je burens met hun vreugde en ellende ook daadwerkelijk kent. Een bekende hoogleraar psychologie schreef eens: "de mensen hebben geen bu-

ren meer", maar ook "de vrijwillige brandweer moet terug". Daar zou wel eens de crux van veel ellende kunnen liggen. Daarnaast vind ik dat gemeentebesturen niet mogen aarzelen de toenemende verpaupering van sommige wijken een halt toe te roepen. Met orthodoxe en onorthodoxe methoden, maar in ieder geval met hart voor de stad. En met een scherp oog voor bundeling van bestaande krachten. Want samenhang, samenwerking en een eenduidig beleid van huisartsen, GGD'en, politie, andere professionals en van vrijwilligers, daar ontbreekt het nog wel eens aan. Helaas heeft de toestand waarin een buurt zich bevindt (denk aan de Haagse Schilderswijk of de Amsterdamse Staatsliedenbuurt) niet alleen met bovenstaande zaken te maken. Recente rapporten wijzen er maar weer eens op dat in buurten waar meer ouderen wonen, meer alleenstaanden en WAO-ers leven, meer werklozen, allochtonen en laaggeschoolden een soms marginaal bestaan lijden, de gezondheidstoestand van de populatie aanmerkelijk slechter is. Meer acute klachten, meer chronische aandoeningen, een slechtere geestelijke gezondheidstoestand en een door mensen veel slechter ingeschatte gezondheidstoestand. Er wordt veel meer gerookt en gedronken, met alle - bekende - somatische gevolgen van dien. Mensen zijn meer moe, agressief en slapeloos. Ze hebben meer eenzaamheidsproblematiek, meer problemen van sociaal-culturele aard. In Amsterdam ligt het aantal psychiatrische opnames ver boven het landelijk gemiddelde; er worden bijna twee maal zoveel mensen opgenomen voor alcohol- en drugsproblemen en het aantal ziekenhuisopnames van alleenstaanden is tweemaal zo hoog als elders. We moeten terdege beseffen dat indien deze gesignaleerde problemen geen prominent beleid tot gevolg hebben (het Grote Steden-beleid van dit kabinet) de tweedeling tussen ziek en gezond en de tweedeling tussen buurten in grote steden keihard zullen toenemen. Hoe zal dat aflopen? We hebben een Grote Steden-staatssecretaris zonder indi-

viduele bevoegdheden om besluiten te nemen. Hij heeft de verantwoordelijkheid op zich genomen alle andere departementen te overtuigen dat zij ieder voor een deel verantwoordelijk zijn. Dat zal een keiharde dobber zijn en blijven. We hebben een minister van Volksgezondheid die een commissie heeft geïnstalleerd om sociaal-economische gezondheidsverschillen te analyseren en te adviseren hoe deze kunnen worden teruggedrongen. Daar zal keihard beleid voor nodig zijn, dat niet primair op het ministerie van Volksgezondheid zal worden gevoerd. Dat wordt ook een keiharde dobber. Dezelfde minister heeft toegezegd dat er gezondheidseffectrapportages zullen worden gemaakt van beleidsvoornemens van andere departementen. Prima, maar wat doen we daarna met die rapportages? Dat is de cruciale vraag. Politiek Den Haag kan niet achterover leunen. De resultaten van bovenstaande zaken moeten snel zichtbaar worden. Interdepartementaal beleid en dus ook interdepartementale financiering zijn sleutelbegrippen. In mijn ogen zouden experimenten van wijkgebonden activiteiten op het gebied van wonen, zorg en veiligheid een plekje verdienen in het kader van de door het kabinet beoogde zorgvernieuwingfondsen, aangevuld met gelden van verzekeraars, gemeenten, coöperaties en vele instanties die direct of indirect met sociaal-economische gezondheidsverschillen te maken hebben. Want slechts op die manier is integraal beleid meer dan een papieren tigger.



Drie jaar IEP geëvalueerd

door Luc Boss, journalist

Psychiatrische patiënten moeten weer deelnemen aan de samenleving, hun isolement moet worden doorbroken. Het beleid dat is gebaseerd op deze uitgangspunten is al jaren aan de gang. En ook is al jaren duidelijk dat dat integratieproces méér is dan het simpelweg verplaatsen van patiënten van de psychiatrie naar een woning in de stad. Integreren betekent deelnemen aan het sociale leven in de woonomgeving. Dat is alleen goed mogelijk als de maatschappelijke structuren daarop berekend zijn. Allerlei voorzieningen in de directe (en minder directe) woonomgeving moeten geschikt gemaakt worden voor deelname en gebruik van mensen met langer durende psychiatrische problemen. Die processen worden sinds enkele jaren mede ondersteund door het opbouwwerk.

Het idee om opbouwwerk te betrekken bij de maatschappelijke integratie van (ex-)psychiatrische patiënten is niet geheel nieuw. Al eind jaren tachtig werd dit geopperd. Bijvoorbeeld in Rotterdam, waar het Basisberaad GGZ ideeën over de inzet van het opbouwwerk bij deze integratie ontwikkelde. (Zie: MO no. 90, pag. 21)

Voor de begeleiding van die terugkeer in de maatschappij was andere expertise nodig dan waarover de verzorgers van de patiënten (psychiaters, verplegers, psychologen) beschikten. Een vroeg voorbeeld is de opbouwwerk-inzet bij de ontwikkeling van 'Stichting Het Karwei' in Sittard. Op initiatief van het opbouwwerk werd in de tachtiger jaren in Sittard een succesvol integratieproject opgezet. (Zie: MO no. 90, pag. 24)

Het spreekt voor zich dat maatschappelijke integratie alleen kans van slagen heeft als meerdere partijen zich daarvoor inzetten. Als om wat voor reden dan ook het contact tussen partijen, groepen of individuen verstoord is of niet van de grond wil komen, kan een middelaar een stimulerende rol spelen. En juist opbouwwerkers zijn gespecialiseerd

in het vervullen van van zo'n rol als schakel.

IEP

Eén van de opvallendste projecten op het gebied van opbouwwerk en psychiatrie werd in Amsterdam uitgevoerd in de jaren '92 tot en met '94. We hebben het over het 'Project Integratie (Ex-)psychiatrische Patiënten', in het kort IEP.

IEP is een initiatief van het Dagactiviteitencentrum Vondelstraat (verder: DAC) en de afdeling Preventie van het RIAGG Centrum/Oud West. Algemeen doel is het bevorderen van de integratie en participatie van de betrokken GGZ-cliënten in verschillende Amsterdamse stadsdelen. Het gaat om vier oude volkswijken, alle gesitueerd aan de westkant van de stad: Bos en Lommer, De Baarsjes, Westerpark en Oud West. De activiteiten werden gericht op drie groepen: de (ex-)patiënten, het zorgcircuit en de lokale maatschappelijke instanties. Bij het project waren voortdurend twee opbouwwerkers betrokken. Hun inzet moest bereiken dat vanuit de lokale infrastructures mensen met een psychiatrische handicap beter ondersteund worden in de participatie in de woonomgeving, arbeidssituatie en het sociale en culturele leven.

Opbouwwerk

De keuze voor de inzet van het opbouwwerk was gebaseerd op de specifieke deskundigheid van opbouwwerkers. Die kan worden samengevat met: werken in een veld met veel actoren, ondersteuning van de doelgroep in de behartiging van wensen en behoeften, positionering dicht bij de doelgroep. In opdracht van LOCO Rotterdam voerde Dirk Jan Haitsma een evaluatie en methodiekonderzoek uit van het project. Hij noemt IEP primair een 'ontwikkelingsproject', met als belangrijkste doelen wellicht: 'het ontwikkelen van kennis, expertise en methoden van werken'. In zijn analyse kenmerkte de methodiek van het project zich door 'trial and error'. Inzet was het ontwikkelen van een omgeving waarin 'sociale uitvindingen' mogelijk zijn. In dat licht bezien

was IEP eerst en vooral een opbouwwerkproject. Dit botste enigszins met de behoefte aan 'vastbare resultaten' die vooral bij de GGZ-instellingen leefde.

In het geval van IEP is er bovendien voor gekozen de twee ingezette opbouwwerkers een onafhankelijke positie te bezorgen. Zij waren niet in dienst van één van de betrokken GGZ-instellingen of het Maatschappelijk Werk, maar in dienst van Stichting Impuls, een welzijnsinstelling in Bos en Lommer. Ook deze keuze leidde tot spanningen.

Werkwijze

De positie van de opbouwwerkers in het veld was 'autonoom'. Zij hoefden zich niet te spiegelen aan bij de instellingen gebruikelijke werkwijzen, maar werden geacht hun eigen gang te gaan en vanuit hun bijzondere expertise zoveel mogelijk resultaat behalen. Die werkwijze was er vooral op gericht de 'actoren te activeren' en te betrekken bij het oplossen van de problemen. Bijzondere aandacht ging uit naar drempelverlaging bij instituties.

De eerste actie van de opbouwwerkers bestond uit het ontwikkelen van een eigen netwerk in de buurt (instellingen, overheid, GGZ). Vrijwel gelijktijdig inventariseerden ze de wensen van de doelgroep. De betrokkenheid van de GGZ-instellingen kwam al tot uiting in de financiering van IEP. Daar hadden de opbouwwerkers dus al een voet tussen de deur. Bij de maatschappelijke instellingen moesten de contacten nieuw gelegd worden. Soms kostte dit de nodige energie (en dus tijd). Instellingen hadden in het begin nogal moeite met de vage doelstellingen van het project IEP. Naarmate meer concreet werd gewerkt, groeide de bereidheid om er meer tijd en energie in te steken. Alle instellingen is gevraagd naar ervaringen met de doelgroep, knelpunten bij integratie, wie verantwoordelijk is voor het opheffen daarvan en welke taken ze voor IEP zien. Afgezien van de drie financiers zijn onder meer het maatschappelijk werk, club- en buurthuiswerk, woningbouwverenigingen, inloophuizen, huisartsen, GG & GD,

politie, wijkpost voor ouderen, gezondheidscentra en de sociale dienst benaderd.

Bij de maatschappelijke instellingen bestond de angst voor een nieuwe doelgroep, waarvoor een aanbod ten koste (zowel financieel als personeel) van andere doelgroepen gecreëerd zou moeten worden. De resultaten van contacten met de institutionele doelgroep zijn dat in de vrijwilligersgroep 'de vrienden-dienst' en het buurtnetwerk gezamenlijk door GGZ- en maatschappelijke instellingen wordt gewerkt aan concrete uitwerking van oplossingsstrategieën.

Het benaderen van de andere doelgroep - mensen met een psychiatrische achtergrond - betekende een nieuwe ervaring voor de opbouwwerkers. En het is niet overdreven te zeggen: voor het opbouwwerk in het algemeen. De doelgroep is via verschillende kanalen bereikt. Bijvoorbeeld via interviews met cliënten van het dagactiviteiten centrum, gesprekken met belangenverenigingen (Cliëntenbond Labyrint, Amsterdams Patiënten- en Consumentenplatform) en een enquête onder de doelgroep.

Het benaderen van de cliënten, het winnen van hun vertrouwen en rechtstreeks met ze samenwerken vraagt veel tijd en energie van de opbouwwerkers. Zo is gebleken dat het moeilijk is de capaciteit van de cliënten in te schatten en dat belangrijk is ze voldoende structuur te geven.

De projecten

Op basis van deze inventarisatie werd een activiteitenplan met 18 mogelijke projecten opgesteld. Uiteindelijk zijn vijf projecten werkelijk in 1992 gestart.

- 1: Ontwikkelen van een klankbordgroep van de doelgroep en het project IEP. Inzet is het bevorderen van de participatie van de doelgroep in IEP.
- 2: De vrijwilligersgroep 'De Vriendendienst'. Deze groep ondersteunt de cliënten bij het ondernemen van alledaagse dingen. De vrijwilligers zijn een 'buddy' van de cliënten en be-

geleiden hen bij allerlei activiteiten.

- 3: Een voorlichtingsproject gericht op het ontwikkelen van meer begrip en kennis over psychiatrie bij bewoners en buurtinstellingen. Doel hiervan is het slechten van drempels die de integratie belemmeren.
- 4: De vorming van het kunstenaarscollectief 'de Vereniging Diep Water Collectief' (zie kader).
- 5: Het opzetten van het buurtnetwerk 'Contactpersonen'. Inzet hiervan is het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving dichtbij huis die de acceptatie van mensen uit de doelgroep zal bevorderen. Volgende stap is dat mensen met een psychiatrische handicap uit vrije keuze met buurtgenoten kunnen deelnemen aan alledaagse activiteiten.

Het resultaat

Hoe zinvol was het project IEP? En hoe waardevol was de inzet van het opbouwwerk daarbij? Twee vragen die moeilijk - misschien zelfs niet - te beantwoorden zijn. Al was het maar omdat de drie jaar die het project duurde, te kort zijn gebleken. Het initiëren van activiteiten volgt noodzakelijkerwijs een lange weg. Na de fase waarin instellingen overtuigd moeten worden van de noodzaak van meewerken, volgt een experimentele fase en pas daarna de concrete activiteit. Veel van de beoogde effecten zijn dan ook pas op langere termijn merkbaar.

Als het beoogde resultaat wordt uitgesplitst in 'beter samenwerkende instellingen' en 'meer geïntegreerde patiënten', dan is vooral bij de instellingen veel bereikt. De rehabilitatie van patiënten vraagt om begrijpelijke redenen meer tijd. Complicerende factor daarbij is bovendien dat de beoogde integratie moet plaatsvinden in verpauperde wijken en buurten. In drie jaar nieuwe maatschappelijke structuren uit de grond stampen, waar de patiënten in kunnen integreren, is een onhaalbare kaart.

Over de toegevoegde waarde van het opbouwwerk kan misschien

meer gezegd worden. Als onafhankelijke schakel tussen instellingen onderling en instellingen en maatschappij blijkt het opbouwwerk goed te functioneren. Ook het aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep werkt goed. Er wordt niet van bovenaf gewerkt, de nadruk ligt op ondersteuning en participatie. Het resultaat daarvan is dat de cliënten zich serieus genomen voelen door de opbouwwerkers en dat dit een belangrijke stap vooruit voor hen betekent.

Publikaties over IEP

'**Kwartiermaken**' Eindverslag van het Project Integratie (Ex) psychiatrische patiënten ; Doortje Kal et al. Amsterdam, 1995.

Deze publikatie beschrijft in verschillende bijdragen de geschiedenis, activiteiten en resultaten van het project. Het is verkrijgbaar voor f 10,- bij:

het RIAGG Centrum Oud-West (Keizersgracht 477, 1017 DL Amsterdam, 020 520 9700, Lenie Huizing).

'**Onderzoeksverslag IEP**' van Dirk Jan Haitsma behandelt de inzet van opbouwwerk bij IEP. Verkrijgbaar bij: Hogeschool Rotterdam en Omstreken, Centrum voor Contractonderwijs/LOCO, Postbus 420, 3000 AK Rotterdam, 010- 440 3200

Eind januari 1995 werd het project IEP afgesloten met de conferentie 'Tussen Zorg & Zorg(e)loosheid. Samenlevingsopbouw als instrument bij ondersteuning van mensen met een psychiatrische handicap.' Er is een conferentiemap met inleidingen en achtergrondmateriaal. Informatie bij LOCO.



redactie

Ferie Loos, Stichting O&O, Eindhoven
Kees Stuurup, LCO Zwolle
Peter Rokers, Steunpunt 'Gezond-in-West'.

redactieadres

Landelijk Centrum Opbouwwerk Zwolle
Postbus 1004
8001 BA Zwolle
tel.: 038- 232112 - fax: 038- 230714

Workshop migranten en gezondheid

Op 18 mei a.s. organiseert het Landelijk Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid een workshop over 'Migranten en gezondheid'.

tijd: 13.30-17.00 uur
plaats: Utrecht.

Deelnamekosten fl 45,-
Voor informatie/inschrijving :
secretariaat Landelijk Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid,
tel. 038- 232112

Toelichting op het workshopthema:
Ziekte en ziektebeleving van allochtonen en autochtonen is verschillend. Migranten komen bij hun huisarts en hebben 'pijn aan hun hart'. Pijn als metafoor voor hun totaal gevoel van onwelbevinden. In de communicatie tussen westers

opgeleide gezondheidszorgwerkers en migranten gaat het om meer dan een taalbarrière. Een tolk biedt geen oplossing voor dit communicatieprobleem, voor de verschillende verwachtingen tussen de migrant en zijn huisarts. Het integreren van migranten in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is onderdeel van het ontwikkelen van een multi-culturele samenleving in het algemeen. Een proces waar het professionele gezondheidszorgsysteem en de migranten in moeten investeren. Projecten waarin migranten, gezondheidszorg en buurtwerk samenwerken, kunnen hierbij resultaat boeken. Gespreksgroepen, voorlichtingsactiviteiten, kwaliteitskringen, interculturele bemiddelaars verbonden aan

gezondheidscentra, buurtgerichte gezondheidsinformatiepunten voor migranten, zijn voorbeelden van deze ontwikkelingen.

Tijdens de workshop zullen een aantal buurtgerichte gezondheidsprojecten die vanuit het opbouwwerk en van uit GGD-gezondheidsvoorlichting zijn geïnitieerd. Voor commentaar op de projecten worden een aantal sleutelfiguren uitgenodigd die vanuit verschillende disciplines betrokken zijn bij 'migranten en gezondheid'.



Project 'Een hoed met een Rand'

Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand. Het project 'Een Hoed met een Rand' is een initiatief van het Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO). Dit project beoogt een bijdrage te leveren aan terugdringing van gezondheidsachterstand in (grote) stadswijken. De afgelopen jaren is kennis en ervaring opgedaan in innovatieve projecten met een buurtgerichte aanpak van gezondheidsproblemen. Deze expertise benut het LCO bij de ontwikkeling van gezondheidsprogramma's in grote stadswijken, waarin het opbouwwerk samenwerkt met huisartsen, 1e lijns gezondheidswerkers, GGD-en, scholen etc. Een gezamenlijke aanpak van gezondheidsproblemen in nieuwe combinaties van professionals (zorg en welzijn), middelen (zorgverzekeraars en overheid) en bevolkingsparti-

cipatie. Het project scheidt via een samenhangend geheel van landelijke en lokale activiteiten de voorwaarden voor de uitvoering van buurtgerichte gezondheidsprogramma's.

Landelijke activiteiten

De algemene en landelijke activiteiten zijn voorwaardenscheppend van aard en bedoeld ter versterking van de ontwikkelingsmogelijkheden van lokale gezondheidsprogramma's. Deze activiteiten bestaan o.a. uit: het verzamelen en verspreiden van informatie inzake buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand door middel van het samenstellen van een themanummer van het vakblad MO/ Samenlevingsopbouw; en de organisatie van studiebijeenkomsten voor de betrokkenen bij de lokale gezondheidsprogramma's alsmede het organiseren van een landelijke conferentie.

Lokale programma's

In het project 'Een hoed met een Rand' staan de opzet en uitvoering van enkele buurtgerichte gezondheidsprogramma's centraal. Het LCO heeft contacten gelegd met personen en organisaties in (grote) stadswijken om de ontwikkeling van deze gezondheidsprogramma's te realiseren. Deze contacten zijn in een oriënterende fase en betreffen wijken in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, en 's Hertogenbosch. De bijdrage van het LCO op lokaal niveau bestaat uit begeleiding van de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de lokale gezondheidsprogramma's. De Buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand bestaat uit de volgende elementen:

1. Het selecteren van een aantal wijken waar de gezondheidsachterstand groot is.
2. Per betrokken buurt wordt voor de geselecteerde gezondheidsdoelen een programma opge-

steld om de gezondheids-situatie te verbeteren. Het gaat hier niet om brede doelen zoals overleg verbeteren of participatie bevorderen, maar bijvoorbeeld om:

- het terugdringen van cara-verschijnselen en het medicijngebruik in verband daarmee, door verbetering van de vocht- en ventilatiesituatie in woningen, verandering van leefstijl van betrokkenen, woningverbetering, gerichte voorlichting over cara aan de betrokkenen, zelfhulp en onderlinge hulpverlening, ander behandel- en verwijsgedrag van artsen;
 - betere opvang van mensen met psycho-sociale moeilijkheden door het opzetten van een laagdrempelig buurtopvang/inloophuis en van sociale-steun-netwerken voor deze groep.
3. Om 1 en 2 te realiseren dienen op verschillende niveaus (beleid en uitvoerend) door een aantal centrale actoren contractueel afspraken te worden gemaakt voor de uitvoering van de gezondheidsprogramma's. Gemeente, GGD, opbouwwerk, huisartsen, RI-AGG, zorgverzekeraars etc. moeten overeenstemming bereiken over deze aanpak en moe-

ten middelen beschikbaar stellen.

4. Per buurtgezondheidsnetwerk wordt een functionaris aangesteld, gefinancierd door betrokken organisaties, die gezondheidsopbouwwerk verricht. Deze zorgt ervoor dat de gestelde gezondheidsdoelen in de afgesproken periode worden bereikt.
5. Per buurt wordt een (laagdrempelig, goed herkenbaar en zichtbaar) gezondheidssteunpunt ingericht van waaruit de gezondheidsbevorderende activiteiten worden gestimuleerd en gecoördineerd.
6. Per buurt worden bewonersgroepen opgezet die in verschillende rollen medeverantwoordelijk zijn voor de gezondheidsactiviteiten, meedenken en meedoen. Deze mensen moeten gericht geworven, moeten ondersteund en 'gehonoreerd' worden.
7. Er moet een systeem, een regeling, ontworpen worden waardoor de te kapitaliseren resultaten van gezondheids-winst, bevolkingsparticipatie en kostenbeheersing ten goede komen aan de betrokken buurt, voor nieuwe activiteiten (collectief doel) en voor ver-

minding van de ziektekosten van de buurtbewoners als 'gezondheidsconsument' (individueel doel).

8. Via de stappen in 4,5,6,7 en 8 ontstaat een 'buurtgezondheids-onderneming' die zich ook op langere termijn bezig kan houden met buurtgezondheidsbeheer.
9. De lokale/buurtgroepen 'buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand' worden bijgestaan door een landelijk adviesteam van een 'Hoed met een Rand' dat zorg draagt voor consultatie, scholing, ondersteuning etc.

Netwerk van adviseurs

Het LCO heeft een groep van adviseurs samengesteld, die beschikken over specifieke kennis op het gebied van buurtgerichte gezondheidsprogramma's. De betrokken deskundigen kunnen aansluitend bij de lokale vraag worden ingezet bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de lokale programma's.

Voor informatie over het project: Mariet Paes, Kees Stuurup, LCO Zwolle tel. 038- 23 21 12.



Ronde tafel-gesprek met zorgverzekeraars en huisartsen

Op 1 december vorig jaar werd in Utrecht door het Landelijk Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid een ronde tafelgesprek georganiseerd onder de titel 'Een hoed met een rand'.

Het doel van deze bijeenkomst was tweeledig: een verkenning van de positie van huisartsen en zorgverzekeraars met betrekking tot een buurtgerichte aanpak van gezondheidsachterstand. Welke mogelijkheden en belemmeringen zijn er voor huisartsen, zorgverzekeraars en welzijns- en opbouwwerk wat betreft intersectorale samenwerking en wat betreft bevolkingsparticipatie bij buurtgerichte gezondheidsprojecten. Dit ronde-tafel-gesprek werd gevoerd vanuit 3 posities:

- huisarts;
- zorgverzekeraar;
- welzijnswerk/opbouwwerk.

De huisartsen en de zorgverzekeraars vervulden daarbij de rol van 'aangever'. Aanleiding voor deze bijeenkomst zijn de volgende constatering:

- Er is gezondheidsachterstand,

deze is o.a. wijksgewijs te lokaliseren,

- Sociaal economische gezondheidsverschillen zullen in de toekomst nog toenemen,
- In diverse innovatieve projecten is ervaring opgedaan met een buurtgerichte aanpak van gezondheidsvraagstukken.

Ter toelichting: De bedoelde innovatieve projecten werden als experiment tijdelijk gefinancierd en o.a. uitgevoerd door welzijnswerk/opbouwwerk en GGD-en (Gezonde Steden-beweging). Welke nieuwe perspectieven zijn er om de werkwijzen, kennis en ervaringen, die ontwikkeld zijn in deze projecten, een structureel vervolg te geven, is een vraag die in dit ronde tafel-gesprek aan de orde zal komen. Een eerste stap voor een structureel vervolg is het bevorderen van effectieve samenwerking met nieuwe partners uit het betrokken veld: huisartsen en zorgverzekeraars. Hiervoor is het leren kennen van elkaars posities noodzakelijk. Voor een effectieve aanpak van gezondheidsachterstand op buurt-

niveau is betrokkenheid van huisartsen/eerste lijn en zorgverzekeraars noodzakelijk.

Willemin van Woensel, hield een inleiding over 'huisartsen onder druk' in Rotterdam naar aanleiding van een door haar uitgevoerd onderzoek naar de werkbelasting van huisartsen in Rotterdamse achterstandswijken. Huisartsen zoeken naar nieuwe werk- en financieringsvormen om de complexe problematiek waarmee zij geconfronteerd worden, beter aan te kunnen. De huisartsen in achterstandsbuurten halen nauwelijks het norm-inkomen van collega's in de 'betere wijken'.

Paul van Dijk, geneeskundig adviseur van ZAO zorgverzekeringen in Amsterdam bevestigde het beeld van huisartsen onder druk in Amsterdamse wijken. ZAO staat oplossingen op maat voor. Zij willen projecten honoreren, die voldoen aan het oplossen van specifieke knelpunten in de betreffende situatie. Zij willen niet zo maar gelden geven, omdat een huisarts in een probleebuurt werkt. Goed geanalyseerde knelpunten, waar-

aan via een project aan een oplossing gewerkt wordt, willen zij financieren.

De ZAO is momenteel een fonds aan het vullen vanuit o.a. de besparingen op prescripties. Zij willen deze besparingen inzetten op de plekken waar deze besparingen gerealiseerd worden ('geld volgt zorg'). De schotten in de regelgeving vragen om een creatief beleid van de ZAO; zij zitten vast aan het financieren van verrichtingen.

Bij het indienen van projectaanvragen zal getoetst worden op:

- aanpak van knelpunten op maat;
- besparingen elders in de zorg;
- de marketing-waarde van het project (binding van verzekerden).

Mariet Paes, directeur van Gezondheidscentrum Samen Beter in Den Bosch en LCO-medewerkster 'Opbouwwerk en gezondheid' benadrukte in haar inleiding de noodzaak tot samenwerking van huisartsen met welzijns- en opbouwwerk en preventiefunctiona-

rissen.

Als huisartsen in probleebuurt te maken hebben met complexe problematiek ben je er niet met te zeggen 'huisarts blijf bij je leest'. Het klopt dat huisartsen deze problemen niet alleen/zelf kunnen aanpakken; zij zijn er voor de medische invalshoek. Knelpunten signaleren, oplossingen bedenken, projecten in elkaar zetten; dit alles kan niet van individuele huisartsen verwacht worden. Wat hierbij nodig is:

- een structuur waarin knelpunten gemeld en besproken kunnen worden;
- een cultuur van samenwerken, waarin de verschillende werksoorten elkaar kennen;
- personen die projecten kunnen ontwikkelen.

Enkele reacties op de inleidingen: In Rotterdam is het opbouwwerk gestart met ondersteuning van een vrijwilligersinitiatief voor stervensbe-

geleiding thuis. Bij het zoeken naar samenwerking en ondersteuning vanuit het zorgcircuit stuitte men op de huisartsen die niet meewerkten; en de zorgverzekeraar die stelde dat zij geen welzijnswerk financierde. Resultaat is, dat het project ondergebracht is bij de thuiszorg en dat via de thuiszorg de ondersteuning gefinancierd wordt.

Twee reacties:

- de zorgverzekeraar: dit is creatief omgaan met de schotten in de regelgeving en een uitweg hiervoor vinden;
- de opbouwwerker: een initiatief van onderop wordt in het medisch circuit opgenomen.

Conclusie: samenwerking is mogelijk als men elkaars belangen erkent, elkaars werkwijzen kent en vooraf heldere afspraken maakt over gewenste resultaten.



Het Landelijk Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid zal dit jaar doorgaan met haar werkzaamheden. De Kerngroep van het Netwerk is uitgebreid tot vier personen: Peter Rokers (opbouwwerker van het Rotterdamse Instituut voor Bewonersondersteuning, RIO), Ferie Loos, opbouwwerker van St. Ontwikkeling en Ondersteuning (O & O) in Eindhoven en Mariet Paes en Kees Stuurup van het Lan-

delijk Centrum Opbouwwerk. Zij zullen tevens als kernredactie voor de Nieuwsbrief fungeren. De Nieuwsbrief verschijnt dit jaar drie maal in MO- Samenlevingsopbouw. Ook dit jaar zullen twee netwerkbijeenkomsten worden georganiseerd over een gezondheidsthema dat van belang is voor opbouwwerkers. De eerst volgende bijeenkomst is gepland op 18 mei. (Zie de aankondiging elders in

deze Nieuwsbrief). Besloten is de komende periode vooral aandacht te besteden aan verschillende aspecten van 'gezondheidsachterstand'.



In de serie 'Community based lokaal gezondheidsbeleid' zijn verschenen:

1. Opbouwwerk en rehabilitatieprojecten. Geestelijke Gezondheidszorg als samenlevingsvraagstuk. Auteur: Kees Stuurup. Prijs: f 16,-
2. buurtgericht Vrouwen Gezondheidswerk auteur: Mariet Paes. Prijs: f 22,50 (incl. Porto)
3. Buurten voor gezondheid.

Verslagboek van een tweedaags congres in 's-Hertogenbosch.

Redactie Mariet Paes en Kees Stuurup. Prijs: f24,50 (incl porto)

4. Buurtgerichte gezondheidsbevordering. Projecten, groepswerk, cursussen. Auteur: Mariet Paes. Prijs: f 24,50 (incl. Porto)
5. Zorgen doe je met je hand, hoofd, en hart. ontwikkeling, be-

tekenis en begeleiding van een informeel buurt- zorgsysteem.

Auteur: Mariet Paes Prijs: f26,50 (incl. porto).

Bestellen: door overmaking op bankrekening 42.94.40.804 t.n.v. St. LCO-Zwolle o.v.v. titel en adressering. □

Opbouwwerker zorg in Rotterdam-Noord hoe maak je van een Olifant een mug

door Luc Boss, journalist

Rotterdam kende de afgelopen jaren de primeur van de aanstelling van een zorgopbouwwerker. Zijn taak was om in het gebied Rotterdam-Noord participatie van de bevolking te stimuleren bij de gewenste vernieuwing van de gezondheidszorg. Het idee voor het reorganisatieproject kwam uit de denktank die in 1987 onder leiding van de toenmalige wethouder Henderson aan het denken sloeg. Maar hoe kom je van visie naar actie en hoe maak je van een zwaar institutioneel gestuurd plan 'van boven', kleinschalige samenwerking 'van onderen' met de wijkbewoners waar. Een mooie taak voor een zorgopbouwwerker.

Het CGM

De Olifant-groep presenteerde in 1989 een plan. Zij stelde een meer (regionaal) geïntegreerde aanpak van de hulpverlening voor. Het ontbreken van samenhang tussen de verschillende aanbieders van zorg - het beperken tot de eigen taakstelling - moest doorbroken worden. Kortom: minder loketten, beter toegankelijk en beïnvloedbaar. Het plan kreeg nog een nadere onderbouwing in 'Van visie naar actie'. In die publikatie schetste Laurent J.G van der Maesen, één van de drijvende krachten van de Olifant-groep, de contouren van het CGM: het Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening. Hij concludeerde dat in de bestaande situatie onvoldoende instrumenten voorhanden waren en onvoldoende communicatie bestond. Dat leidde onvermijdelijk tot een gebrekkige visie op gezondheidszorg. Het stadsdeel Noord werd voorgesteld als experimentele regio voor nieuwe instrumenten en vormen van communicatie. Daarnaast zag Van der Maesen verbanden met het proces van Sociale Vernieuwing en met de internationale 'healthy cities'. CGM in Noord is een Nederlands voorbeeld van een Gezonde Steden Project.

CGM en SV

Om het experiment op de rails te zetten werd de Olifant-groep opgevolgd door de Stuurgroep Noord. De Stuurgroep sprak zich niet uit over de vele beleidsvoornemens van het (toenmalige) Ministerie van WVC - substitutie, kwaliteit van zorg, drie partijen-overleg, vernieuwing thuiszorg, keuzen in de zorg enzovoorts -, noch over de aard en uitgangspunten van de beoogde stelselherziening. In navolging van de Olifant-groep gaf zij voorrang aan de opzet van een maatschappelijk proces om de zorg te vernieuwen. Met als leidend idee, dat de uitkomsten van dat proces in de toekomst mogelijk aangrijpingspunten bieden om de beleidsvoornemens vanuit de praktijk bespreekbaar te maken.

De Stuurgroep wilde dus aan de slag. Zij had de wind mee, omdat tegelijkertijd de Sociale Vernieuwing in beeld kwam. Het CGM kon van start als voorbeeldproject Sociale Vernieuwing. De visie kon worden omgezet in actie. Eind 1991 leverde de stuurgroep een inhoudelijk ondernemingsplan af. Begin 1992 kon men daadwerkelijk van start, met een opbouwwerker in dienst. Overigens dienden de gelden uit de Sociale Vernieuwings-pot vooral voor de financiering van de opbouwwerker.

Katalysator

Algemeen doel van het CGM is het verbeteren van de hulpverlening, door meer samenhang tussen zorg en maatschappelijke dienstverlening te creëren. Het uitgangspunt moet niet zijn wat hulpverleners te bieden hebben, maar wat bewoners van een wijk of buurt vragen. Daarvoor moet het nodige bij de zorgaanbieders veranderen. Het CGM voorziet dat dat een langdurig proces zal zijn. Als katalysator van dat proces wordt een centraal gebouw gepland in Noord, waarin de verschillende instellingen samen worden gehuisvest. In dat gebouw wordt dat ene loket, waar het altijd over gaat, werkelijkheid. Dat CGM-gebouw maakt het proces heel concreet en tastbaar. Het zal fungeren

als voorbeeld van een andere manier van werken.

Op het terrein van de gezondheidszorg spelen altijd drie partijen: de aanbieders, de financiers en de afnemers. De laatste, tevens zwakste, partij komt niet altijd aan bod bij het maken van beleid. Eén van de doelen van het CGM-project is het steunen van de zorgvragers. Ten eerste via het stimuleren van de kennis en creativiteit bij bewonersgroepen en bij formele, en vooral, informele hulpverleners. Als katalysator kan het Centrum, ten tweede, de hiermee bereikte effecten ten nutte maken voor het samspel tussen zorgaanbieders, zorgfinanciers en zorgvragers.

Participatie

De inzet van het opbouwwerk is vanzelfsprekend gericht op de zwakste partij in het veld, de zorgvragers. Opbouwwerk staat voor samspraak met de doelgroep, voor participatie van en sturing door de doelgroep. De achterliggende redenen zijn:

- de gebruikers van gezondheidszorg willen meer zeggenschap over de zorg zodat deze beter aansluit bij hun behoefte;
- bewoners willen betere, gezondere leefomstandigheden;
- het beleid speelt in op het postvatende idee dat gezondheid een samenlevingsvraagstuk is.

Het opbouwwerk moet een proces in gang zetten waardoor bewoners zelf kunnen bepalen aan welke vorm van gezondheidsbevordering behoefte is. Het opbouwwerk vervult dus een organiserende en ondersteunende rol bij lokale gezondheidsinitiatieven.

Opbouwwerker-zorg

En zo kwam er een nieuwe loot aan de stam van het opbouwwerk. 'Gevraagd: opbouwwerker-zorg', meldde het Rotterdamse Instituut voor bewonersondersteuning (RIO) per personeelsadvertentie in de Volkskrant. Die zorgopbouwwerker werd Arie Harthoorn. Hij kreeg een aanstelling voor drie jaar. Hij kreeg onder andere als taak om te zorgen

voor overlegplatforms waarin bewoners hun mening zouden kunnen geven over de gezondheidszorg in Noord. Zo kwam onder andere de 'Werkgroep zorg' tot stand.

Arie Harthoorn vindt dat naast deze overleg-activiteiten een 'praktische' basis in de wijken noodzakelijk is om de bevolkingsparticipatie voor het CGM-project vorm te geven. De daartoe benodigde strategie verandert. In eerste instantie lag veel nadruk op het bevorderen van de deelname van de bewoners aan verschillende overlegvormen. In een tweede periode gaat meer aandacht uit naar de participatie van bewoners bij het ontwikkelen van activiteiten. Hij kiest als zorgopbouwwerker voor het ondersteunen van die activiteiten, die direct aansluiten bij de leefwereld en de beleving van de gebruikers van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Noord. Drie projecten/activiteiten waarbij de opbouwwerker betrokken is, worden hier in het kort besproken.

Terminale thuiszorg

De eerste signalen wat betreft de problematiek rond de mogelijkheid om thuis te kunnen sterven, komen naar voren in de Werkgroep Zorg in Noord. Door onvoldoende mogelijkheden voor professionele zorg thuis en door onvoldoende (of het ontbreken van) mantelzorg moeten die patiënten alsnog worden opgenomen. De zorgopbouwwerker legt naar aanleiding van deze signalen contact met vrijwilligers en hulpverleners. In samenwerking met een medewerker van het Katholiek Centrum voor Welzijnsbehartiging en enkele actieve bewoners uit Noord, is het eerste initiatief verder uitgewerkt. Het doel luidt: 'problemen rond de terminale thuiszorg bespreekbaar maken en ontdekken hoe er aanzetten gegeven kunnen worden die leiden tot de mogelijkheid voor terminale patiënten om thuis te sterven. Hoe vrijwilligers daar bij kunnen worden betrokken is mede een vraag.'

Een eigen plek van vrijwilligers in het project wordt benadrukt; het moet een vrijwilligersproject wor-

den, gesteund door professionals. Vanuit deze achtergrond is ook contact gezocht met het Steunpunt Vrijwilligers Thuiszorg Rotterdam. Uit een inventarisatie bij diverse professionele instanties in de deelgemeente blijkt dat deze instanties veelal onbekend zijn met het verschijnsel 'vrijwilliger'. Er wordt een thema-bijeenkomst georganiseerd voor betrokkenen in de deelgemeente Noord. De bijeenkomst levert een werkgroep, bestaande uit zowel vrijwilligers als hulpverleners, op die zich gaat buigen over het vormen van een organisatie voor vrijwilligers in de terminale thuiszorg. Medio 1994 is de Stichting Thuiszorg bereid gevonden om het plan zowel organisatorisch als financieel uit te voeren in samenwerking met de werkgroep. Begin '95 is de 'Vrijwillige Terminale Thuiszorg Noord' operationeel.

Arbeidsproject

In één van de Werkgroepen in het kader van het CGM-project, wordt ervoor gepleit dat het CGM ook iets zou moeten betekenen voor de doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens hebben de zorgopbouwwerker en het Basisberaad GGZ begin 1992 een voorstel gedaan om in het kader van het 'Bergwegproject' een arbeidsproject te realiseren voor (ex-)clinten van de psychiatrie uit de deelgemeente Noord. Het Bergwegproject betreft aangepaste zelfstandige woonruimte voor ouderen met een indicatie voor dienstverlening en zorg.

Integratie van (ex-)cliënten van de GGZ in de samenleving is erg belangrijk. Het hebben van werk stimuleert de integratie. De kern van het arbeidsproject ligt in de restaurantvoorziening die in het kader van het project wordt opgezet. De bedoeling is dat het project eind 1995 via een traject van werving, selectie, scholing en stage een aantal geschoolde werknemers uit de doelgroep oplevert. Voor dit project is subsidie verkregen van de provincie Zuid-Holland.

Klussendienst

In een maatschappij waarin iedereen roept dat ouderen zolang mogelijk thuis moeten blijven, zijn vele ouderen en/of gehandicapten hier toe niet in staat, ook al zouden ze dit willen. Veel ouderen en/of gehandicapten zijn niet in staat om bepaalde zaken in huis zelf te regelen. Veel ouderen kunnen voor het uitvoeren van kleine klusjes in huis niet meer terugvallen op burens of familie. Het inschakelen van vaklieden is te duur of ze komen niet meer voor kleine klusjes. De initiatiefnemers van het project, onder andere het Ouderenwerk, Verzorgingshuis De Provenier en de zorgopbouwwerker, hebben een projectplan ontwikkeld. De deelgemeente Noord subsidieert het project voor een periode van drie jaar. Het verzorgingshuis is bereid een bijdrage te leveren aan de uitvoering van het project.

Bewonersorganisaties

In de beginfase van het project is verondersteld dat de zorgopbouwwerker via zijn inzet een draagvlak zou hebben bij de bestaande bewonersorganisaties in Noord en dat deze sturend zouden kunnen optreden. De werkelijkheid is anders. De bewonersorganisaties hebben een lange traditie opgebouwd op het terrein van stadsvernieuwing. "De cultuur van de stadsvernieuwing is echter niet te vergelijken met de cultuur van de zorg", aldus de zorgopbouwwerker. Bewonersorganisaties hebben deze cultuuromslag nog niet kunnen maken. Voor bewonersorganisaties is gezondheidsbevordering en gezondheidszorg een nieuw terrein.

Evaluatie

Begin 1994 is door het Instituut voor Publiek en Politiek een evaluatie uitgevoerd van de functie zorgopbouwwerker. Het is een probleem dat duidelijke evaluatiecriteria ontbreken. De zorgopbouwwerker heeft bij verschillende deelprojecten samengewerkt met diverse organisaties. De verschillende organisaties hanteren verschillende waarde-

ringen en criteria, via welke zij het nut van de functie zorgopbouwwerker voor de eigen organisatie, op het eigen werkterrein beoordelen.

Eind 1994 neemt de deelgemeenteraad het besluit dat de taken van de zorgopbouwwerker, eind 1995 moeten zijn opgenomen in het reguliere wijkopbouwwerk. De werkzaamheden van de zorgopbouwwerker gaan dus in 1995 nog door en richten zich op:

1. het vormgeven van bewoners- en gebruikersparticipatie ten aanzien van zorgbeleid op lokaal niveau.
2. het mede ontwikkelen van lokale gezondheidsbevordering; voorbeelden zijn: een programma rond kinderen en veiligheid, meiden en seksualiteit, oudere migranten en informatie.
3. ondersteuning van de Oudergroep Bergweg, het onderhouden van contacten wat betreft het project arbeidsrehabilitatie voor (ex) psychiatrische patiënten.
4. Overdracht/deskundigheidsbevordering wijkopbouwwerk.

Wat betreft de positionering van de

zorgopbouwwerker in 1995 kunnen we stellen dat de deelgemeente Noord opdrachtgever is van het project Zorg. De deelgemeente stelt dus het werkplan vast. Dit betekent dat de zorgopbouwwerker rechtstreeks onder de districtmanager van het RIO valt en dus niet wordt verbonden aan een organisatie in de deelgemeente. Ook wordt de opbouwwerker vaste deelnemer van het team van wijkopbouwwerkers, dat maandelijks bijeenkomt om werkprogramma's te bespreken.

Een CGM-gebouw

Met het oog op de afronding van het CGM-project per 1 januari 1994, is veel tijd besteed aan de vraag hoe het CGM als samenwerkingsverband gefinancierd kan worden. De CGM-partners van het samenwerkingsverband vinden het verband dusdanig zinvol dat besloten is om na 1 januari 1994 in elk geval nog één jaar als zodanig te blijven functioneren.

Eind 1994 is het CGM als projectorganisatie opgeheven. De Stichting CGM, waarin de instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zich met elkaar

verbonden hebben, nam het per 1 januari 1995 over. Ondersteund door een bescheiden bureaufaciliteit neemt dit samenwerkingsverband de verdere ontwikkelingen van deeltrajecten op zich. Begin 1996 zal het CGM verhuizen naar het Eudokiaterrein. De volgende voorzieningen worden dan ondergebracht in het CGM gebouw:

- de Gezondheidswijzer
- de Spreekuurpost Bureau Slachtofferhulp
- het Bloedprikpunt Sint Franciscus Ziekenhuis
- het Meldpunt complexe zorg
- het Consultatiebureau Thuiszorg
- het Schoolartsencentrum van de GGD
- de Therapieruimte van het Riagg
- Kantoren van Thuiszorg Rotterdam
- het maatschappelijk werk
- het Ouderenwerk Noord.



Zorgvernieuwing aan de basis

een bijzonder project in Den Haag Centrum

door Trees van der Maat, projectleider STIOM, Den Haag

Het verminderen van achterstand in gezondheid, zoals deze zich in bepaalde wijken van de grote steden voordoet, vergt, zo is langzamerhand wel bekend, een structurele beleidsaanpassing. Vanuit een sterke en goed georganiseerde extramurale zorg zal, meer dan nu het geval is, gewerkt moeten worden aan een integrale aanpak van gezondheidsproblemen. Juist in de oude stadswijken, waar immers vaak sprake is van een opeenstapeling van proble-

men, is samenwerking en afstemming tussen de verschillende hulpverlenende disciplines van groot belang. Niet alleen als antwoord op de als maar groeiende vraag naar gezondheidszorg in deze wijken, maar ook om gezamenlijk en in onderlinge samenhang te zoeken naar nieuwe, adequatere antwoorden of werkwijzen voor deze multi-probleemwijken.

Het project 'Centrum Den Haag' is zo'n voorbeeld van een zorgvernieu-

wende aanpak, gericht op het realiseren van een eigentijds en adequaat patroon van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in het stadsdeel Centrum. Hiertoe werd begin 1994 in Centrum Den Haag - met steun van de zorgverzekeraars, de gemeente, de zorgaanbieders, de zorggebruikers én gefinancierd vanuit Sociale Vernieuwingsgelden - de Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) opgericht. STIOM beoogt:

- a. het aanspreekpunt te zijn voor de extramurale zorg in dit stadsdeel;
- b. de samenwerking en samenhang in de totale zorg in dit deel van Den Haag te vergroten;
- c. de zorgverbetering en -vernieuwing meer gecoördineerd en gestructureerd ter hand te nemen.

Voorgeschiedenis

Begin 1992 werd het startschot gegeven voor de ontwikkeling van een strategie ter vernieuwing van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag. Diverse onderzoeken hadden aan het licht gebracht, dat de maatschappelijke gezondheidszorg in met name de Haagse centrumwijken zich kenmerkte door een veelheid aan probleemsituaties en knelpunten. (Ik noem hier: een hoge medische consumptie door allochtone bevolkingsgroepen, een sterk versnipperd hulpaanbod, een dreigend tekort aan huisartsen, overbelasting van hulp- en dienstverleners.)

Een nieuwe strategie, gericht op méér samenwerking, minder versnippering en het zoeken naar meer adequate antwoorden op de zich voordoende zorgbehoefte of hulpvraag, was dringend gewenst. Daarbij werd gekozen voor een brede, gebiedsgerichte benadering in Centrum Den Haag om - als mogelijk voorbeeld voor de andere stadsdelen - een nieuw patroon van samenwerking te ontwikkelen.

Als eerste stap werd op initiatief van de Gemeente een 'Stedelijke Projektgroep' in het leven geroepen, waarin op staf- en bestuurlijk niveau zorginstellingen, hulpverleners, ziektekostenverzekeraars en vertegenwoordigers van gebruikerszijde zitting namen. Deze Stedelijke Projektgroep kreeg als opdracht voorstellen te doen, gericht op de verbetering van de maatschappelijke gezondheidszorg en de uitvoering daarvan te begeleiden. Na enige tijd werd echter duidelijk, dat de afstand van deze Projektgroep tot de uitvoeringspraktijk te groot was. Een nieuwe struc-

tuur op uitvoerend niveau was gewenst.

Dit leidde eind 1993 tot de oprichting van een breed samengesteld 'Platform van hulpverleners' in stadsdeel Centrum. Vanuit dit Platform werd de behoefte geuit, een ondersteuningsbureau in het leven te roepen, dat zorg zou dragen voor méér afstemming van de hulp, voor één centraal informatiepunt ten behoeve van hulp- en dienstverleners en praktische ondersteuning van de eerstelijnszorg in de centrumwijken. Volgens het Platform zou een dergelijk ondersteuningsbureau wel eens de enige garantie kunnen zijn voor daadwerkelijke én structurele zorgverbetering en -vernieuwing. Het ontbreken van enige vorm van coördinatie leidde tot dan toe immers tot veel 'inefficiency' in de aanpak van knelpunten. Begin 1994 werd er daarom een part-time projectleider aangesteld en ging bureau STIOM van start.

Organisatiestructuur

Tweemaandelijks organiseert STIOM een Platformbijeenkomst voor extramurale werkers vanuit alle beroepsgroepen op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Tijdens deze bijeenkomsten (duur: één uur) wordt op zakelijke en systematische wijze informatie uitgewisseld, worden knelpunten geïnventariseerd, concrete afspraken gemaakt omtrent de (integrale) aanpak van deze knelpunten en wordt gezamenlijk actie ondernomen om structurele knelpunten in het zorgaanbod bij de gemeente en/of zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen.

Ten behoeve van dit laatste functioneert de reeds genoemde Stedelijke Projektgroep, waarin gewerkt wordt aan de (voorwaarden voor) structurele verbetering van het zorgaanbod in stadsdeel Centrum. Door deze constructie wordt het mogelijk, dat er vanuit de verschillende niveaus en vanuit verschillende beroepsgroepen tegelijkertijd en in aanvulling op elkaar, gewerkt wordt aan de verbetering van het totale zorgaanbod in dit deel van Den Haag. Naast de verantwoordelijke

beleidmakers zitten dus ook de uitvoerders met elkaar om de tafel.

Concrete aanpak

Vanuit STIOM werd allereerst prioriteit gegeven aan de verdere opbouw en invulling van het 'Platform van extramurale hulpverleners in stadsdeel Centrum' en het doorlichten van het totale extramurale hulp- en zorgaanbod in het stadsdeel op belangrijke knelpunten en hiaten. Aan de Platformbijeenkomsten werd al spoedig met groot enthousiasme door (vertegenwoordigers van) nagenoeg alle beroepsgroepen op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg deelgenomen. Het gaat hier om huisartsen (ook de vrijgevestigde huisartsen zijn in dit Platform vertegenwoordigd), apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, jeugdartsen, thuiszorgers, tandartsen, de RIAGG, het Maatschappelijk Werk, Sociaal Raadslieden, de Decentrale Welzijnsorganisaties (DWO's) en het Opbouwwerk (bewonersondersteuning).

Op basis van een door STIOM opgestelde knelpuntenlijst, is door de gezamenlijke Platformleden een prioritering aangebracht. Men was daarbij unaniem van mening dat een aantal knelpunten absolute voorrang verdiende. In kleine, maar wel breed samengestelde werkgroepen is vervolgens onder leiding van STIOM gewerkt aan de concrete aanpak van deze problemen. Deze vernieuwende, integrale aanpak leidde er al snel toe dat nieuwe samenwerkingsafspraken tussen verschillende beroepsgroepen werden gemaakt, er vaker dan voorheen gezamenlijk prioriteiten werden gesteld, overlappingsen in het hulp- en zorgaanbod werden besproken en er voor het éérst bij hulpverleners een gevoel ontstond, ook gezamenlijk verantwoordelijk te zijn voor de kwaliteit van het hulp- en zorgaanbod in stadsdeel Centrum. Vanaf februari 1994 is er in stadsdeel Centrum gezamenlijk gewerkt aan de volgende knelpunten:

Integrale CARA-zorg

Het stadsdeel Centrum kent een relatief groot aantal CARA-patienten;

ook blijkt een effectieve behandeling van deze ziekte in dit deel van Den Haag lastiger dan elders. In samenwerking tussen Thuiszorg Den Haag, huisartsen in de centrumwijken, een aantal fysiotherapeuten, de jeugdgezondheidszorg, de longartsen, apothekers en het plaatselijke Astmafonds is gewerkt aan een aantal vernieuwingen in de CARA-zorg, gekoppeld aan méér samenhang en samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines. Zo startte er op 1 april jl. op verschillende plaatsen in het stadsdeel een CARA-spreekuur, waarbij er vanuit Thuiszorg in samenwerking met de huisartsen en de fysiotherapeuten op gestructureerde wijze inhoud wordt gegeven aan preventie en voorlichting aan CARA-patiënten. Voorts is er vanuit STIOM in samenwerking met het Astmafonds wijkgerichte bijscholing georganiseerd voor dokters- en apothekersassistenten tezamen, met als doel CARA-patiënten beter te instrueren inzake het gebruik van medicijnen. In samenwerking met de longartsen zal op termijn ook nascholing voor huisartsen, gespecialiseerde fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen plaatsvinden en zullen er samenwerkingsprotocollen worden opgesteld tussen de eerste en tweede lijn. Tenslotte fungeert STIOM ook als meldpunt richting gemeente voor huisvestingsproblemen van CARA-patiënten.

Samenwerking welzijnswerk en gezondheidszorg

Vanuit de gezondheidszorg werd het als een knelpunt ervaren, dat men slecht op de hoogte is van wat het welzijnswerk in de wijken te bieden heeft. Daarnaast constateerde men dat er vanuit het welzijnswerk weinig ingespeeld werd op signalen en behoeften vanuit de gezondheidszorg. Tegelijkertijd werd het vanuit het welzijnswerk als een knelpunt ervaren, dat er onvoldoende gebruik werd gemaakt van hun mogelijkheden. Een veel gehoorde klacht was bijvoorbeeld dat veel huisartsen wél de RIAGG kennen, maar van het Algemeen Maatschappelijk Werk 'nog nooit gehoord hebben'!

Onder leiding van STIOM is er gewerkt aan het vormgeven van concrete en praktische afspraken tussen de betrokken welzijnsorganisaties en huisartsen en fysiotherapeuten. Zo zijn er vaste contactpersonen aangesteld, zijn er per wijk activiteiten-overzichten opgesteld ten behoeve van huisartsen en fysiotherapeuten en zijn voorlichtingsavonden georganiseerd om-trent de activiteiten en mogelijkheden van het welzijnswerk. Als vervolg hierop zal er tweemaal per jaar een behoefte-peiling plaatsvinden bij werkers in de gezondheidszorg. Het betreft hier een stap-voor-stap-aanpak. Gezondheidszorg en welzijnswerk hebben immers altijd vanuit gescheiden werelden geopereerd; iedere stap in de richting van een meer op samenwerking gebaseerde aanpak vergt daarom tijd.

Migrantenvoorlichting

De behoefte aan verbetering van de voorlichting aan migranten is groot; daarbij gaat het niet om méér voorlichting, maar andere, meer effectieve voorlichting. Onder de paraplu van STIOM zijn alle deskundigen op dit terrein bij elkaar gezet, zijn lopende projecten op effectiviteit bekeken, zijn signalen verzameld en is uiteindelijk gestart met de voorbereiding van een stadsdeelbreed experiment, waarbij zogenaamde kadervrouwen (in voorlichting geschoolde migrantenvrouwen) een belangrijke, nieuwe rol krijgen. Zowel vanuit de gezondheidszorg als de maatschappelijke dienstverlening kunnen hulpverleners straks een beroep doen op deze kadervrouwen, die middels individuele spreekuren, groepsactiviteiten en toeleiding naar GVO- en welzijnsactiviteiten een effectievere invulling zullen geven aan de migrantenvoorlichting.

Dit stadsdeel-brede experiment zal starten in de drie gezondheidscentra in de centrumwijken, die voor dit doel intensief met elkaar zullen gaan samenwerken. Indien dit experiment slaagt, zullen óók de vrijgevestigde hulpverleners van deze kadervrouwen gebruik kunnen maken. **Experiment Praktijkverpleegkundige**

Onder de paraplu van STIOM zal een zestal vrijgevestigde huisartsen uit de centrumwijken een experiment starten met als doel de huisartsenzorg in deze problematische wijken zorginhoudelijk te verbeteren. Zoals het er nu naar uit ziet, zal in samenwerking met Thuiszorg Den Haag een praktijkverpleegkundige worden aangesteld, die vanuit deze huisartsenpraktijken gaat werken aan een meer gestructureerde en uitgebreide begeleiding van chronisch zieken, ouderen en migranten. Een méér preventieve aanpak staat hierbij voorop. Tegelijkertijd zal met dit experiment ook worden geprobeerd, de samenwerking tussen de huisartsen en Thuiszorg te optimaliseren. De zorgverzekeraars zijn bij dit experiment betrokken. Begeleidend onderzoek zal moeten uitwijzen of dit experiment in het Centrum straks navolging verdient in andere stadsdelen.

Daarnaast heeft STIOM, op verzoek van het Platform, ook op een groot aantal andere terreinen actie ondernomen. Zo is er onder leiding van STIOM een structureel overleg opgezet tussen alle, in de centrumwijken gevestigde, fysiotherapeuten. Doel van dit overleg is méér samenwerking en afstemming tussen de verschillende praktijken onderling én naar andere beroepsgroepen te bewerkstelligen, het gezamenlijk oppakken van knelpunten en het gezamenlijk organiseren van activiteiten voor patiëntgroepen (ontspanningscursussen ed.). Ook is er vanuit STIOM gecoördineerde actie ondernomen met betrekking tot de huisvestings- en parkeerproblemen van medische hulpverleners in stadsdeel Centrum. Het is immers vaak niet alleen de werkdruk, maar het zijn óók de werkomstandigheden (slechte huisvesting) die het werken in deze achterstandswijken minder aantrekkelijk maken.

Naar aanleiding van alarmerende signalen van hulpverleners is onlangs in samenwerking met de GGD een verkennend onderzoek gestart naar 'sociaal geïsoleerde ouderen' in de centrumwijken. Hulpverleners vanuit verschillende hoeken (medicijnbezorgers,

opbouwwerk, huisartsen) constateren een toename van het aantal ouderen dat sterk geïsoleerd leeft.

Er is een peiling gedaan naar de behoefte om besnijdenissen door huisartsen te laten verrichten. Thans vinden besnijdenissen in het ziekenhuis plaats; niet alleen is dit duurder, ook geven steeds meer migranten de voorkeur aan besnijdenissen 'dicht-bij-huis'. In samenwerking met Moslim-organisaties zal aan een alternatieve opzet worden gewerkt.

Resultaat

Het meest kenmerkend aan al deze activiteiten is nu, dat zij zowel dicht-bij-de-werkvloer als op het institutionele niveau een realisering vinden. Afzonderlijke initiatieven kunnen met elkaar in verband worden gebracht en kunnen elkaar daardoor versterken. De structuur van waaruit STIOM opereert, draagt op diverse niveaus zorg voor terugkoppelingen, vertalingen en dwarsverbindingen. Naast het Platform van hulpverleners functioneert immers de Stedelijke Projektgroep, van waaruit op bestuurlijk niveau met de signalen uit het Platform aan de slag wordt gegaan. Deze infrastructuur draagt er inmiddels zorg voor, dat (incidentele) geluiden of signalen vanuit de dagelijkse praktijk in het stadsdeel worden opgepikt en vertaald naar meer structurele vraagstukken.

Een gefragmenteerde en geïsoleerde aanpak van knelpunten in het zorgaanbod wordt daarmee uitgesloten. Niet alleen werkt dit kostenbesparend, het vergroot ook de noodzakelijke samenhang in het zorgaanbod en geeft hulpverleners uit de verschillende disciplines niet langer het gevoel dat ze 'ieder voor zich aan het dweilen zijn met de kraan open'. De gecoördineerde aanpak vanuit STIOM leidt tot een helder overzicht van:

- wie doet-wat-waar,
- wat zijn waar de belangrijkste knelpunten en
- wie moeten er op welk niveau bij de oplossingen betrokken worden.

STIOM functioneert in alle vernieuwingsprocessen als 'centraal informatiepunt' en tegelijk als 'katalysator' en 'transformator'. We zien dan ook dat in stadsdeel Centrum inmiddels een ontwikkeling gaande is, waarbij er op-de-werkvloer tussen zo'n 15 verschillende disciplines vormen van communicatie en samenwerking zijn ontstaan die uniek zijn in hun soort. Ook op bestuurlijk/institutioneel niveau heeft dit inmiddels geleid tot nieuwe vormen van samenwerking die ook elders in Den Haag vruchten kunnen afwerpen.

Hoe verder?

Uit bovenstaand overzicht mag worden afgeleid dat het project 'Centrum Den Haag' (met STIOM als centrale scharnier) een duidelijke functie vervult in de hulp- en zorgverbetering in stadsdeel Centrum. Er zal daarom worden doorgegaan op de ingeslagen weg. Daarnaast wordt meer prioriteit gelegd bij verbeteringen in:

- de samenwerking bij complexe zorgproblematiek;
- de ondoorzichtigheid van de zorg;
- de zorg voor en de hulp aan ouderen;
- de zorg voor en hulp aan migranten.

Het vertrekpunt in het hele project was en blijft 'niet méér' maar 'anders' en 'niet alleen, maar in samenwerking'. Het betrekken van bewoners/gebruikers bij dit zoeken naar nieuwe oplossingen zal opnieuw extra aandacht vragen. Op stedelijk nivo wordt weliswaar door de patiënten- en consumentenorganisaties deelgenomen aan de activiteiten van de Stedelijke Projektgroep. Gebleken is echter dat het in het stadsdeel op uitvoerend niveau ontbreekt aan een goede structuur, waarin ook vanuit gebruikerszijde een aandeel in de zorgverbetering kan worden geleverd. Vanuit STIOM is daarom een structureel contact opgebouwd met het Opbouwwerk (Stichting Bewonersondersteuning). Ten slotte zal de (structurele) financiering van het project op termijn verder moeten worden geregeld. Tot eind 1994 kon STIOM gefinancierd worden uit de Sociale Vernieuwings-gelden. Voor 1995 hebben de in Den Haag werkzame zorgverzekeraars (AZIVO en Nuts) én de Gemeente Den Haag de financiering van het Buro STIOM op zich genomen. Hieruit mag blijken, dat het project ook door deze partijen een warm hart wordt toegedragen. Voor 1996 en verdere jaren zal evenwel naar een meer permanente oplossing moeten worden gezocht.

□

Spoorwijk wil gezondheidscentrum

door Piet Laeven, organisatie- en beleidsadviseur Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra

In Spoorwijk in Den Haag klagen de bewoners over de gezondheidsvoorzieningen. En niet voor de eerste keer... In het jubileumboek 'Een bedrijf waar je huizen op kunt bouwen' van de stichting Woningbedrijf Den Haag staat te lezen:

"De medische voorzieningen in Spoorwijk waren spaarzaam aanwezig. In april 1925 hield er in de ochtenduren een huisarts van het Burgerziekenfonds spreekuur in het wijkgebouw aan de Hildebrandstraat. Alle andere ziekenfondspatiënten, van het Nuts en van de Volharding, moesten voor het spreekuur naar de binnenstad. Het bestuur van de huurdersvereniging trachtte daar wat aan te doen."

Dat er ook later meer structuur in de gezondheidszorg moest komen bleek uit een onderzoek van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra.* In 1993 heeft in opdracht van het Bewonersplatform Spoorwijk de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra een onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van een gezondheidscentrum in Spoorwijk; ook de naburige wijk Laakkwartier-West werd hierbij betrokken. Uit dit haalbaarheidsonderzoek bleek, dat er in Spoorwijk geen samenhangende eerstelijns gezondheidszorg bestaat. Dat is niet verwonderlijk, als blijkt dat meer dan 60% van de bewoners van Spoorwijk niet bij een huisarts-praktijk in de eigen woonomgeving ingeschreven staat. De conclusie uit het onderzoek was: een gezondheidscentrum in Spoorwijk kan de samenhang van de eerstelijns zorg ten behoeve van de bewoners van Spoorwijk bevorderen. Het rapport is toegezonden aan de GGD, de zorgverzekeraars De Haaglanden en AZIVO, het Bewonersplatform en de Districts Huisartsen Vereniging 's-Gravenhage e.o (DHV). Volgens de beide verzekeraars 'kan het initiatief na realisering een bijdrage leveren aan de gezondheidszorg ten behoeve van de verzekerden, die in dat deel van Den Haag woonachtig zijn'.

In augustus 1993 is een initiatiefgroep van start gegaan, om een plan te maken voor een gezondheidscentrum in Spoorwijk. Bij het opstellen van dit plan zijn de zorgverzekeraars, de gemeente, de DHV, het Deel-Woningbedrijf Zuid-Oost en de Stichting Gezondheidscentra Den Haag betrokken. Het ziet er naar uit dat de bouw van het gezondheidscentrum in Spoorwijk in '96 van start gaat.

De wijken

Spoorwijk en Laakkwartier-West zijn aangrenzende wijken in het zuiden van Den Haag, tegen Rijswijk aan. Ze worden van de rest van Den Haag gescheiden door de spoorlijn. Spoorwijk dateert uit de periode 1920-1930 en bestaat voor het overgrote deel uit woningen van het Gemeentelijk Woningbedrijf; ook Laakkwartier-West is in die tijd gebouwd. Spoorwijk telt 5834 inwoners. Het is een kinderrijke buurt. Het percentage 65-plussers is met 7.5% veel lager dan het percentage voor geheel Den Haag (18%). In Spoorwijk wonen 3040 allochtonen (53% van de bevolking).

In Laakkwartier-West wonen 7343 mensen. Deze buurt wijkt qua leeftijdsopbouw van de bevolking niet veel af van de cijfers voor geheel Den Haag. In Laakkwartier-West wonen 3686 allochtonen (50%). In de nota 'Spoorwijk op de rails' (gemeente Den Haag, '91) wordt melding gemaakt van 'een slechter wordend leefklimaat' in Spoorwijk. Spoorwijk is een doorgangswijk: er is een sterke instroom van mensen, die uit nood een woning in Spoorwijk accepteren, maar vervolgens zo snel mogelijk willen verhuizen naar een andere buurt. Van enige betrokkenheid van deze mensen bij de buurt is geen sprake. Het traditionele verenigingsleven is nagenoeg verdwenen. De woonsituatie in Spoorwijk vertoont tekortkomingen: te kleine woningen, geluidsoverlast, toename van vervuiling en criminaliteit, afname van winkelvoorzieningen. Ruim 20% van de beroepsbevolking is werkloos. Van Laakkwartier-West is geen beschrijving voorhanden, maar in beide wijken doet zich gelijksoortige

problematiek voor.

Knelpunten

Aan hulpverleners met veel patiënten in beide buurten zijn vragen voorgelegd over de gezondheidssituatie van de bewoners. Genoemd werden door de huisartsen: drankproblemen, overmatig roken, psychosociale problemen, CARA. De apotheker constateerde een te hoog medicijn-gebruik. Er wordt bij verschillende apotheken 'geshopt', vooral voor slaapmiddelen. Ook bestaat de indruk, dat in enkele gevallen het voorschrijfgedrag tot een te hoog of niet adequaat geneesmiddelengebruik leidt.

De fysiotherapeut heeft in zijn praktijk patiënten van 50 huisartsen; afstemming en overleg is dan niet meer mogelijk. Als knelpunten in de praktijkvoering werden genoemd: te weinig huisartsen, slechte bereikbaarheid van huisartsen, taalproblemen, gebrekkig contact met de huisartsen, slechts minimaal overleg tussen de hulpverleners.

Huisartsenzorg

Zowel uit opmerkingen van het bewonersplatform van Spoorwijk als van hulpverleners ontstond de indruk, dat er problemen zijn met de bereikbaarheid van de huisartsen. In verpauperde wijken als Spoorwijk wonen meestal geen huisartsen. Huisartsen die in een dergelijke wijk een praktijk vestigen, hebben vaak een tweede praktijk elders in de stad, bijvoorbeeld op hun woonadres. Het is duidelijk, dat de bereikbaarheid van de huisarts hierdoor beperkt wordt.

Hoe zit het nu met de beschikbare huisartsenzorg voor de bevolking van Spoorwijk en Laakkwartier-West? De zorgverzekeraars AZIVO en De Haaglanden, waarbij 82% van de bewoners van beide wijken verzekerd zijn, hebben hierover registratie-gegevens beschikbaar gesteld. Deze bewoners blijken bij in totaal 196 huisartsenpraktijken ingeschreven te staan (bron: De Haaglanden). Bij 42 huisartsenpraktijken zijn 30 of meer verzekerden uit Spoorwijk of Laakkwartier-West ingeschreven (bron: De Haaglan-

den). Een blik op de stadsplattegrond leert, dat deze 42 praktijken verspreid liggen over het stedelijk gebied, met concentraties in Den Haag-Noord, Laakkwartier-West en Rijswijk.

Volgens opgave van de beide zorgverzekeraars zijn bij de 6 meest nabij gelegen huisartsenpraktijken (alle gevestigd in Laakkwartier-West) 4324 personen uit Spoorwijk en Laakkwartier-West (33 % van de bevolking van deze wijken) ingeschreven. Wat kan uit deze gegevens over de huisartsenzorg voor de bewoners van Spoorwijk en Laakkwartier-West worden geconcludeerd?

1. Bij zeer veel huisartsen staan bewoners van Spoorwijk en Laakkwartier-West ingeschreven. De lokaties van deze praktijken zijn wijd en zijd over Den Haag verspreid, wat de bereikbaarheid van huisartsenhulp voor veel bewoners zal beperken. De dubbele praktijken met als gevolg een geringere aanwezigheid op één praktijkadres nabij de woonomgeving van de patiënt, beperkt de bereikbaarheid van de huisarts voor zijn/haar in Spoorwijk of Laakkwartier-West woonachtige patiënten.
2. In Spoorwijk zijn geen, in Laakkwartier-West 6 huisartsenpraktijken gevestigd; bij deze meest nabij gelegen praktijken is slechts 33 % van de bewoners van Spoorwijk en Laakkwartier-West ingeschreven. Aangenomen mag worden, dat met name bij de vele tientallen huisartsen met betrekkelijk kleine aantallen patiënten uit Spoorwijk en Laakkwartier-West weinig of geen kennis over de situatie in beide wijken en over de overige eerstelijnszorg zal bestaan. Terwijl net de sociaal-economische en maatschappelijke situatie van deze wijken inzicht en kennis van de hulpverleners over deze situatie vergen.

Eerder is de conclusie uit het haalbaarheidsonderzoek in Spoorwijk en Laakkwartier-West vermeld: 'een gezondheidscentrum in Spoor-

wijk kan de samenhang van de eerstelijns zorg ten behoeve van de bewoners van Spoorwijk bevorderen.' Een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband van eerstelijns hulpverleners (zoals huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, apotheker, maatschappelijk werker, tandarts), die in één gebouw werken. Men voert een gezamenlijk beleid uit van eerstelijnszorg, dat aansluit op de situatie van de wijk. Er worden afspraken gemaakt over samenwerking, patiëntenbejegening en zorgaanbod. Een goed werkend gezondheidscentrum is een stimulans voor doelmatig werken, samenhangende gezondheidszorg gericht op de wijk, service-kwaliteit en besparingen. Deze kenmerken van een gezondheidscentrum zullen met name een toegevoegde waarde voor de gezondheidszorg in een specifiek gebied opleveren als het betreffende gebied knelpunten in de gezondheidszorg vertoont, zoals:

- gebrek aan samenhangende zorg,
- onvoldoende toegankelijkheid (bijvoorbeeld door taalproblemen of culturele verschillen),
- gebrekkige bereikbaarheid en beschikbaarheid van hulpverleners (bijvoorbeeld door inschrijvingen bij ver buiten het woongebied gevestigde huisartsen),
- specifieke, tot de culturele en sociaal-economische situatie te herleiden volksgezondheidsproblemen.

Spoorwijk en - in mindere mate - Laakkwartier-West, zijn als dergelijke gebieden te beschouwen, opgezet met de meervoudige problematiek van de oude binnensteden. Of de toegevoegde waarde door het gezondheidscentrum ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt, hangt af van de mogelijkheid en de capaciteit van het gezondheidscentrum en van de motivatie en creativiteit van de medewerkers, om een dergelijk beleid voor te bereiden en uit te voeren.

**) De LVG is een landelijke vereniging van 150 gezondheidscentra, met een uitvoerend bureau in Utrecht. Dit bureau doet voor de leden aan belangenbehartiging, geeft adviezen op financieel en ander gebied, voert een programma van kwaliteits-ontwikkeling uit en ondersteunt nieuwe initiatieven tot vestiging van gezondheidscentra.*

(LVG
Koningslaan 19
3583 GD Utrecht
tel. 030- 52 28 04.)



Gezondheidscentrum Venserpolder:

Buurtgericht gezondheidsprogramma noodzakelijk

door Jeroen Straatman, directeur gezondheidscentrum Venserpolder

'Met het oog op de buurt', was het thema van een minisymposium, dat gezondheidscentrum Venserpolder onlangs organiseerde. De buurtgerichtheid is een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidscentrum. De buurt en de buurtkenmerken bepalen in hoge mate de problemen en klachten, waarmee de hulpverleners van het gezondheidscentrum geconfronteerd worden. Een verhaal over eerstelijns hulpverlening in de Venserpolder en de beperkingen die het gezondheidscentrum tegen komt. Maar ook een verhaal, waarmee een begin gemaakt wordt met een toekomst van een gezamenlijke, structurele aanpak van de gezondheidsproblematiek in de buurt.

Hoe het begon

Gezondheidscentrum Venserpolder is officieel van start gegaan op 1 maart 1983. Bij de oprichting kreeg het gezondheidscentrum twee opdrachten cq. doelstellingen mee: het bieden van een geïntegreerde medische en sociale dienstverlening en het helpen bevorderen van gezondheid en welzijn in de buurt Venserpolder. De voorbereidingen voor de eerstelijns zorg in Venserpolder zijn ruim vóór 1 maart 1983 gestart. In 1981 werd een team van enthousiaste hulpverleners geformeerd met als opdracht een centrum voor de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de steigers te zetten.

De wijk Venserpolder bestond toen nog voornamelijk op de tekentafel van de Amsterdamse stadsplanologen: een nieuwe, ruim opgezette wijk naar het model van Amsterdam-Zuid. Grote woonblokken met fleurige, multifunctionele binnentuin. Door de lage huren moest Venserpolder een aantrekkelijke buurt worden voor mensen met lagere inkomens. Al bij voorbaat stond vast dat toekomstige buurtbewoners voor een belangrijk deel tot de sociaal-economisch zwakkere groepen zouden gaan behoren. Al bij voor-

baat was bekend dat zich in Venserpolder relatief veel daaraan gerelateerde gezondheids- en welzijnsproblemen zouden voordoen. Deze pessimistische verwachting is ook uitgekomen.

De wijksituatie

De wijk bestaat grotendeels uit grote woonblokken. Er is een nieuw buurtje met koopwoningen en duurdere appartementen. Er zijn winkels, scholen, een wooncentrum voor ouderen De Venser, buurtcentrum Anansi en het gezondheidscentrum.

Opvallend is het grote aantal alleenstaanden (43%) ook in de groep van 20-35 jaar. Venserpolder kent veel HAT-woningen. Van de groep van jonge alleenstaanden is bekend, dat zij relatief veel geestelijke (veelal eenzaamheidsproblematiek) kennen, en dat zij vaker naar hulpverleners gaan. Er is een groot aantal één-ouder gezinnen (13%); opvoedingsproblemen vragen veel aandacht van de hulpverleners. De buurt is voor veel bewoners een doorgangswijk. De migratie is hoog. Ten gevolge van de voortdurende migratie is de mutatiegraad in het cliëntenbestand van het gezondheidscentrum ook hoog. Deze factor zorgt samen met de al eerder genoemde factoren voor een hoge bewerkelijkheid in met name de huisartsenpraktijken.

In Venserpolder wonen 72% allochtonen en 28% autochtone Nederlanders; 42% van de bevolking is van Surinaamse afkomst. In Venserpolder hebben we niet te maken met één, maar met meerdere, totaal verschillende populaties met hun eigen taal en cultuur, hun eigen gezondheids/ziekte-beleving en hun eigen verwachtingspatroon ten aanzien van de gezondheidszorg in Nederland. Communicatieproblemen komen vaak voor. Hogere medische consumptie en druk op de hulpverleners is het gevolg. Wat betreft de sociaal-economische situatie van de wijkbewoners valt een groot percentage werklozen en cliënten van de sociale dienst te melden. Voor het gezondheidscentrum Venserpolder is het feit dat 33% van de hulpvragen die het Al-

gemeen Maatschappelijk Werk behandelt, voortvloeien uit inkomensproblemen en schulden. Dit is een duidelijk signaal dat de sociaal-economische status van de wijk laag is.

Schets

Het gezondheidscentrum ontvangt voortdurend signalen over verpaupering van de wijk, onveiligheid, bedreiging, inbraken, drugsoverlast, geringe verdraagzaamheid, weinig sociale samenhang, eenzaamheid, het ontbreken van mantelzorg enz. De praktijk van elf jaren eerstelijns hulpverlening leert dat Venserpolder een wijk is geworden met een aanzienlijke gezondheids- en welzijnsproblematiek en een bewerkelijke populatie. Uit onderzoeken is bekend dat een sociaal-economische achterstand van buurten gepaard gaat met een relatief slechte gezondheidstoestand van de buurtbevolking. De GG&GD heeft onlangs de Gezondheidsprofielen van de Amsterdamse Stadsdelen gepubliceerd.

Op basis van het gezondheidsprofiel van Zuid-Oost kunnen enkele globale conclusies getrokken worden voor Venserpolder. Globaal, omdat de beschikbare cijfers niet op buurtniveau beschikbaar zijn. Ze zijn berekend voor het Noordelijke Deel van Zuid-Oost en worden vergeleken met Amsterdam als totaal:

- Sterfte in de leeftijdscategorie 1 - 64 jaar is voor zowel mannen als vrouwen verhoogd in vergelijking met Amsterdam.
- Het stadsdeel Zuid-Oost kent het hoogste ziekenhuisopnamecijfer van alle stadsdelen van Amsterdam.
- Het aantal ziekenhuisopnamen in de leeftijdscategorie 16-64 is hoger dan in Amsterdam, met name voor vrouwen.
- Astma/bronchitis lijkt in Bijlmer-centrum vaker voor te komen dan in Stadsdeel Zuid-Oost met name in de leeftijdscategorie 40-60 jaar.
- Ernstig overgewicht komt in de Bijlmer-centrum vaker voor dan in Zuid-Oost en vaker dan in Amsterdam.
- Vrouwen van 16-34 jaar hebben in Zuid-Oost vaker geestelijke pro-

blematiek in vergelijking met Amsterdamse leeftijdsgenoten.

- Thuiswonende ouderen in Zuid-Oost hebben gemiddeld meer chronische functiebeperkingen dan Amsterdamse ouderen.

Wat betekent deze werkelijkheid voor het team van het gezondheidscentrum Venserpolder? Hulpverleners hebben soms het gevoel dat hun werk lijkt op 'dweilen met de kraan open'. Dat is zeer uitputtend. De 'migratiegraad' bij de hulpverleners is dan ook eveneens hoog. Toch biedt de structuur, de ondersteuning en de voorwaarden van het gezondheidscentrum een basis aan de hulpverleners om kwalitatief goede zorg te blijven leveren. De afgelopen jaren is het besef gegroeid dat een andere en bredere aanpak van de problematiek in Venserpolder nodig is om gezondheid en welzijn te bevorderen.

Alle problemen van de buurtbewoners komen, vertaald als gezondheidsproblemen, op het bord van de hulpverleners terecht. Wanneer in Venserpolder niet wordt gekozen voor een meer structurele aanpak van problemen van en in de buurt, blijft hulpverleners 'dweilen met de kraan open'.

Het gezondheidscentrum wil op basis van haar doelstellingen een voortrekkersrol spelen bij die bredere aanpak ter bevordering van gezondheid en welzijn. Samenwerking met buurtbewoners en andere instellingen in de buurt is daarbij een voorwaarde. Samen met het buurthuis Anansi heeft het gezondheidscentrum vier jaar geleden het initiatief genomen tot oprichting van het instellingenoverleg Venserpolder. Hierin zijn alle buurtinstellingen en de bewoners vertegenwoordigd. Het instellingenoverleg Venserpolder wil samen met het stadsdeel en de regionale zorgverzekeraar een 'buurtgericht gezondheid- en welzijnsbeleid' formuleren voor Venserpolder. Dit beleid zal een antwoord dienen te geven op de problemen en behoeften van de wijkbewoners. Ook het zorgaanbod van het gezondheidscentrum zal dienen aan te sluiten bij de specifieke behoeften van bewoners en buurt.

Het gezondheidscentrum Venserpolder ziet in het kader van een buurtgericht gezondheidsbeleid vanuit de invalshoek van het gezondheidscentrum een drietal samenwerkingsterreinen:

- de gezamenlijke aanpak van individuele gezondheids- en welzijnsproblemen in samenwerking met de scholen en het buurthuis in het kader van jeugdhulpverlening en samenwerking met wooncentrum De Venser;
- de aanpak van 'categoriale' gezondheids- en welzijnsproblemen in samenwerking met het buurthuis in de voorlichting aan ouders van peuters, voorlichtingsprojecten in en met de scholen, gezamenlijke deskundigheidsbevordering met buurthuis en scholen op het gebied van 'allichtone culturen';
- de samenwerking gericht op verbetering van algemeen welzijn en leefbaarheid in de buurt. In dit verband is het goed functionerende tweemaandelijks leefbaarheids-overleg Venserpolder, waar bewoners en gemeentelijke diensten en politie samen werken aan het oplossen van problemen op het gebied van veiligheid, vervuiling, achterstallig onderhoud enz. van belang. Het buurtconciërgeproject dat de instellingen en bewoners in Venserpolder met elkaar op de rails hebben gezet is voor de leefbaarheid van de buurt van essentieel belang. Een aansluiting vanuit dit project op het werken aan verbetering van gezondheidsachterstand vormt een uitdaging.

Een noodzaak voor het gezondheidscentrum is de aanwezigheid van het Algemeen Maatschappelijk Werk. Het AMW speelt, zeker in een sociaal zwakke wijk als Venserpolder, een cruciale rol op het snijvlak van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Zij dient de voorwaarden te scheppen om de aanwezigheid van het AMW in het gezondheidscentrum te continueren.

Buurtgericht

In Venserpolder is een samenhangend, buurtgericht beleid nodig ter bevordering van gezondheid en welzijn. Het gezondheidscentrum is bereid hierbij een voortrekkersrol te spelen, als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Die voorwaarden zijn nader uitgewerkt in het project 'Buurtgericht gezondheidsprogramma Venserpolder' dat samen met het Landelijk Centrum Opbouwwerk is ontwikkeld. Voor het realiseren van dat programma moeten alle betrokken partijen de handen ineen slaan: bewoners en buurtinstellingen, maar ook het stadsdeel Zuid-Oost en ZAO-zorgverzekeringen. Stadsdeel en ZAO-zorgverzekeraar hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid waar het gaat om welzijn en gezondheid. Wil een buurtgericht beleid kans van slagen hebben, dan zullen extra financiële middelen beschikbaar moeten komen. Het gezondheidscentrum wil haar bijdrage leveren.



Schakels voor een gezondere buurt

door Mariet Paes, directeur Gezondheidscentrum Samen Beter, 's Hertogenbosch

Welke mogelijkheden en methoden zijn er voor een gezondheidscentrum om te werken in een buurt waar armoede en ongezondheid samengaan en elkaar versterken. De ontwikkeling en samenwerkingsactiviteiten van gezondheidscentrum 'Samen Beter' in Den Bosch-Oost illustreren knelpunten en kansen voor een buurtgerichte vorm van gezondheidszorg, waarbij sprake is van een samengaan van behandeling/gezoning, zorg en preventie.

nen mensen er graag en is er weinig verloop. Maar elke wijk heeft zijn moeilijke kanten en zijn mogelijkheden. Zo kent Den Bosch-Oost het fenomeen van uitsluiting van nieuwkomers, vete's tussen families in de wijk, de verstikkende ellende van problemen die overgaan van generatie op generatie. Maar Den Bosch-Oost biedt ook mogelijkheden. In deze wijk begon 'Samen Beter' zo'n 17 jaar geleden met de voorbereidingen voor een gezondheidscentrum. Vooral mensen met veel gezondheidsproblemen stapten over naar het gezondheidscentrum; de allochtonen, de

buurt werden een groot aantal initiatieven van zelfwerkzaamheid van de bewoners op het terrein van welzijn en gezondheid ontwikkeld. Opvattingen en methoden van samenlevingsopbouw op het gebied van achterstandsbestrijding, democratisering, emancipatie en belangenbehartiging speelden hierbij een rol. Wijkbewoners en professionals bouwden een buurtnetwerk Hulpsector Oost op, waaruit vele activiteiten ontstonden. Activiteiten, waarin welzijnswerk, educatie en gezondheidszorg hand in hand gingen. Uitgangspunt voor al deze activiteiten was het streven om:



Den Bosch-Oost telt zo'n 13.000 inwoners. De percentages ouderen, allochtonen, één-ouder-gezinnen, werklozen en WAO-ers zijn alle hoger dan de gemiddelden in de hele stad. Het opleidingsniveau is ook niet hoog: na het basisonderwijs vindt er hoofdzakelijk een doorstroming plaats naar lbo en mavo. Het is een vergrijsde wijk met nog diverse hechte sociale groot-familieverbanden. Over het algemeen wo-

vluchtelingen (die nieuwkomers in de wijk waren), kwamen bij 'Samen Beter' terecht. Het sociale gezicht van 'Samen Beter' trok probleemgroepen van drugsgebruikers, zwerfers en psychiatrische patiënten aan. 'Samen Beter' bouwde een patiëntenbestand op, dat arbeidsintensief te noemen is. Daar lag en ligt ook de uitdaging en de missie voor 'Samen Beter'. Samen met het welzijnswerk in de

- mensen in staat te stellen zelf beter sturing te geven aan de gezondheidsaspecten in hun leven;
- uit te gaan van de eigen ervaring en beleving van mensen;
- evenwicht te creëren tussen het optimaal benutten van de zelfwerkzaamheid van mensen en hun gebruik van (gezondheidszorg-)voorzieningen.

Een benadering die in de jaren tacht-

tig al snel onder druk kwam te staan, want het 'marktgerichte' denken werd geïntroduceerd in de gezondheidszorg en het welzijnswerk. Dit leidde in de gezondheidszorg tot een opdeling in drie partijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers. Een rolverdeling, waarin je gevangen blijft in het 'medisch denkmodel'. Het ondersteunen en stimuleren van zelfwerkzaamheid van mensen ten aanzien van hun gezondheid is in dit concept moeilijk te plaatsen. Ook het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen past niet in dit concept. Anderzijds duikt in diezelfde tijd het woord 'gezondheidsbevordering' op geïntroduceerd door de World Health Organization. De Nederlandse regering stelt in navolging van de WHO in 1986 de 'Nota 2000' op. Hieruit spreekt een andere visie: gezondheid is een positieve levenskwaliteit, die meer omvat dan de afwezigheid van ziekte. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor de sociale, economische en persoonlijke ontwikkeling van mensen. Mensen zijn niet alleen consumenten, maar tevens producenten van gezondheid; zij dienen betrokken te worden bij een nieuw gezondheidsbeleid.

Vanuit het Sociale Vernieuwingsbeleid, het Gezonde Steden-beleid, 'community-based' gezondheidsbeleid etc. werden actieprogramma's ontwikkeld om uitvoering te geven aan dit nieuwe denken over gezondheid. Steeds terugkerende elementen in deze actieprogramma's zijn de integrale benadering, bevolkingsparticipatie en intersectorale aanpak. Deze invulling biedt 'Samen Beter' aanknopingspunten voor uitbreiding en verankering van het buurtgerichte gezondheidswerk.

Sociale vernieuwing

Via een sociale vernieuwingsproject kon tussen 1991 en 1994 een nieuwe impuls aan de samenwerking en aan het buurtgerichte gezondheidswerk worden gegeven. Belangrijk uitgangspunt voor de werkwijze in Den Bosch-Oost is: vertrekken vanuit de praktijk. De basis van het sociale vernieuwingspro-



ject vormden acht praktische vernieuwingsprojecten, waarin steeds verschillende instellingen en wijkbewoners samen werken. Geen nieuw 'gedropte' projecten, maar activiteiten, die in een beginfase verkeerden of opgezet werden naar aanleiding van gesignaleerde behoeften in de wijk: een klusdienst van en voor ouderen, een eetproject voor ouderen, een ondersteuningsstructuur voor mantelzorgers, een vrouwenhulpverleningsproject, een migrantengezondheidsproject, een psychiatrieproject, gezondheidsbe-

vorderende cursussen, training/scholing van vrijwilligers. Projecten gericht op alledaagse noden van wijkbewoners om verdere vereenzaming, isolering en gezondheidsbedreigende bestaansonzekerheid te keren.

De praktijk in Den Bosch-Oost leert dat op verschillende terreinen voorwaarden nodig zijn om gezondheidsbevorderende activiteiten een kans van slagen te geven. De samenwerking tussen zorg-welzijn-educatie en de 'bottom-up' aanpak komen als belangrijke elementen naar voren. De in Den

Bosch-Oost gegroeide infrastructuur is noodzakelijk om op deze wijze te kunnen werken. De infrastructuur kenmerkt zich door schakels op vier niveaus:

- 1. De schakels die wijkbewoners onderling vormen: activiteiten, waarin wijkbewoners elkaar ontmoeten, elkaar ondersteunen.
- 2. De verbindingslijnen en contacten tussen professionals in de wijk en wijkbewoners is de volgende schakel.
- 3. De samenwerking tussen de verschillende disciplines en werksoorten, die uitvoerend werk in de wijk verrichten zijn een volgend verbindend element in de infrastructuur.
- 4. De afstemming tussen instellingen op beleidsniveau is de laatste schakel.

Een op deze wijze ingericht netwerk levert voortdurend nieuwe projecten op. De omvang van het netwerk eind 1994 illustreert dit. Het netwerk omvat een minimaal aantal gestructureerde overlegvormen, maar dankt zijn bestaan en levensduur met name aan de open communicatie-lijnen in het werk van alledag. In deze lijnen, in deze schakels investeren werkers en wijkbewoners tijd en aandacht en zo brengt de Hulpsector Oost verbindingen tot stand tussen de leefwereld van wijkbewoners en de wereld van de instellingen en organisaties.

Samenwerkingscontract

Het Innovatieproject heeft het buurtnetwerk verstevigd. Een belangrijk resultaat was het besluit van zeven zorg- en welzijnsinstellingen om een samenwerkingscontract aan te gaan, waarin zij gezamenlijk de verantwoordelijkheid en financiering van de coördinatie van Hulpsector Oost op zich nemen. Het kruiswerk, de gezinsverzorging, het maatschappelijk werk, het verzorgingstehuis, het welzijnswerk, het gezondheidscentrum en de GGD zetten hun handtekening. Een besluit dat niet zonder meer tot stand kwam. Gedurende de looptijd van het Innovatieproject bleek, dat een integrale benadering van problemen en een intersectorale aan-

pak moeizaam vorm krijgt. De individuele belangen van instellingen om zich te profileren, beperkte budgetten voor innovatie, cultuurverschillen tussen welzijnswerk- en gezondheidszorginstellingen waren middelpuntvliedende krachten ten aanzien van de samenwerking. Belangrijke elementen voor het slagen van het innovatieproject waren:

- een projectleider die met bovenstaande moeilijkheden om kan gaan,
- de praktijk als uitgangspunt kiezen; de grote inzet van wijkbewoners in alle activiteiten laat directe effecten zien,
- verschillende activiteiten kiezen waar instellingen in verschillende allianties baat bij hebben; als het ene niet lukt, dan misschien het andere wel en zo blijf je bij elkaar.

Het uitgaan van de verbindingen tussen mensen in een wijk en deze verbindingen stimuleren, biedt een vruchtbare voedingsbodem voor nieuwe perspectieven en nieuwe oplossingen voor zowel individuele problemen als maatschappelijke problemen. Alhoewel het beeld van de eensgezinde en strijdbare buurt achterhaald is, blijken er gevoelens van wederkerigheid en verantwoordelijkheidszin aanwezig te zijn in de wijk. Er is voor gekozen om deze gevoelens te stimuleren en te organiseren. De 'draagkracht' van de wijk en het vermogen van de buurtbewoners om zelf de problemen aan te pakken nemen hierdoor toe.

In Den Bosch stelde de gemeente pas na landelijke druk financiële middelen beschikbaar voor het sociale vernieuwingsproject. In het project waren onderzoeken opgenomen naar de methode van werken en een onderzoek naar de gezondheidssituatie en zelfwerkzaamheid in de wijk. Dit leverde als aardig resultaat op dat er 553 mensen in de wijk actief bleken te zijn in een of ander(e) project of zorgactiviteit. Cijfers van de zorgverzekeraar over de output van gezondheidscentrum 'Samen Beter' toonden aan dat er minder verwijzingen waren en 'Samen Beter' in vergelijking met anderen in de regio een behoorlijke be-

sparing per patiënt realiseert. Duidelijk werd ook dat de resultaten en effecten in Den Bosch-Oost niet afhangen van een 3-jarig sociale vernieuwingsproject. Er ligt jarenlang intensief werk aan ten grondslag. De extra prikkel van het sociale vernieuwingsproject was echter wel nodig om dit moeizame langeadem-werk een stimulans te geven.



Rotterdam-Delfshaven

door Peter Rokers, Steunpunt Gezond-in-West, Rotterdam

In de Rotterdamse wijk Bospolder-Tussendijken nam het opbouwwerk een aantal jaren geleden het voortouw ten behoeve van de verbetering van de gezondheidssituatie van wijkbewoners van buitenlandse afkomst. Met het innovatieproject 'Migranten + Gezondheid' is in de wijk de afgelopen periode ervaring opgedaan met een wijkgerichte aanpak van de gezondheidsachterstand van wijkbewoners van buitenlandse afkomst. Kenmerken van de gehanteerde aanpak zijn een integrale benadering van factoren die van invloed zijn op de gezondheidssituatie van de bewoners (leefwijze, fysieke omgeving, sociale omgeving, maatschappelijke omgeving, aanbod en functioneren van de gezondheidszorg), intersectorale samenwerking en participatie van bewoners.

In het kader van het project heeft het opbouwwerk in samenwerking met wijkbewoners van buitenlandse afkomst, zelforganisaties, het sociaal-cultureel werk, de GGD, de gezondheidszorg, het welzijnswerk, scholen en andere participanten verschillende gezondheidsbevorderende activiteiten opgezet:

- voorlichtingsbijeenkomsten voor bewoners in de eigen taal;
- gespreks- en zelfhelpgroepen;
- themabijeenkomsten met bewoners en professionals over gezondheidsvraagstukken in de wijk;
- bewonersnetwerken gericht op het bevorderen van sociale steun, organisatie van informele hulpverlening en verspreiding van informatie en kennis;
- acties gericht op verbetering van de woningen en de woonomgeving;
- het opzetten van een gezondheidssteunpunt in de wijk waar bewoners terecht kunnen voor informatie inzake gezondheid en gezondheidszorg, en van waaruit gezondheidsbevorderende activiteiten in de wijk worden gestimu-

leerd en ondersteund.

Over de in het project opgebouwde ervaring en de gehanteerde methodieken zijn een aantal publicaties uitgebracht (zie kader). In overleg met de Deelgemeenteraad Delfshaven en de GGD heeft het opbouwwerk een programma opgesteld voor de implementatie en uitwerking van wijkgerichte gezondheidsbevordering in alle wijken van de deelgemeente. Het gaat daarbij niet alleen om de verbetering van de gezondheidssituatie van bewoners van buitenlandse afkomst, maar om de verbetering van de gezondheidssituatie van alle bevolkingsgroepen met gezondheidsachterstand. De Deelgemeente en de GGD hebben middelen en menskracht beschikbaar gesteld voor de realisering van het programma. Getracht wordt om ook de zorgverzekeraars te interesseren voor (de financiering van) wijkgerichte gezondheidsbevordering.

Begin 1995 is gestart met de implementatie en uitwerking van wijkgerichte gezondheidsbevordering in de wijken Bospolder-Tussendijken, Spangen en Delfshaven-Schiemond. Volgend jaar zal worden gestart in de andere wijken van de deelgemeente. Per wijk wordt in overleg met bewoners, opbouwwerk, huisartsen, de GGD, het welzijnswerk, scholen, woningbouwverenigingen, etc. een wijkgezondheidsplan opgesteld om een aantal specifieke gezondheidsvraagstukken aan te pakken. Met de betrokken partijen moet overeenstemming worden bereikt over de inzet van middelen en menskracht voor de uitvoering van de wijkgezondheidsplannen. Het gezondheidssteunpunt in de wijk Bospolder-Tussendijken heeft een functie gekregen voor de gehele deelgemeente. Het gezondheidssteunpunt ondersteunt de werkgroepen in de wijken bij het opstellen en het uitvoeren van de wijkgezondheidsplannen. In het steunpunt werken het opbouwwerk en de GGD samen.

*Meer informatie bij:
Peter Rokers (Projectleider)
Steunpunt 'Gezond-in-West'
Bospolderstraat 15a
3025 ES Rotterdam
tel.: 010 - 425 96 39.*

Publicaties van het project 'Migranten + Gezondheid Bospolder-Tussendijken'

1. Het project 'Migranten + Gezondheid'; een initiatief in een oude wijk van Rotterdam; Peter Rokers en Annemarie Sweep, november 1991.
2. Een gespreksgroep voor Turkse vrouwen met psychosomatische klachten. Annemarie Sweep, Henna Dundas en Greetje Verheul, april 1992, 28 pag., prijs: f 12.50.
3. "Ik reken op mijn kinderen"; een onderzoek naar de levensomstandigheden en zorgbehoeften van Marokkaanse ouderen; Sandra van Wersch, januari 1993, 92 pag., prijs: f 20.00. (ISBN 90-74650-01-5)
4. Gezondheidsvoorlichting in de wijk voor migrantenvrouwen; Annemarie Sweep, april 1992, 58 pag., prijs: f 24.90. (ISBN 90-74650-02-3)
5. Een gezondheidsinformatiepunt in de wijk; Annemarie Sweep, april 1994, 58 pag., prijs: f 24.00. (ISBN 90-74650-03-01)
6. Drie jaar werken aan het project 'Migranten + gezondheid Bospolder-Tussendijken'; Annemarie Sweep, juli 1994, 53 pag., prijs: f 20.00. (ISBN 90-74650-04-x)

De publicaties kunnen worden besteld bij: Steunpunt Gezond-in-West, Bospolderstraat 15a, 3025 ES Rotterdam, telefoon: 010-425 96 39.

Samen werken aan gezondheid in de wijk

Gezondheidsbevordering is een aandachtsgebied dat de grenzen van zorg en welzijn overstijgt. De vernieuwende buurtgerichte aanpak van gezondheidsbevordering stelt mensen in staat zelf sturing te geven aan gezondheidsaspecten in hun leven. Centraal hierin staan: buurtgericht werken, participatie, intersectorale samenwerking en een integrale visie op gezondheid. Gezondheidsbevordering vindt zijn inkleuring in buurten en wijken. Het is dan ook van belang dat bewoners zelf daadwerkelijk betrokken worden bij gezondheidsinitiatieven. Daarnaast is het bevorderen van gezondheid veel meer dan alleen een medisch technisch vraagstuk. Gezondheid moet om die reden beschouwd worden in relatie tot sectoren als wonen, werkgelegenheid, educatie en milieuzorg. Dit onderstreept het belang van intersectoraal samenwerken.

Vernieuwende trends implementeren in de praktijk van lokale organisaties

Voor zorg- en welzijnsinitiatieven is het een uitdaging om huidige ontwikkelingen om te zetten in een nieuw efficiënt beleid en concrete resultaten. Het decentralisatieproces op landelijk en lokaal niveau leidt tot verschuivingen in taken en verantwoordelijkheden van overheden naar werkers en organisaties in het zogenaamde maatschappelijk middenveld.

Daarnaast wordt er een steeds groter belang toegekend aan preventie en gezondheidsbevorderende activiteiten die 'op maat' en 'dicht bij huis' worden georganiseerd. Specifiek aandachtspunt hierbij is het werken van gezondheidsachterstanden in achterstandswijken.

Daardoor is er meer vraag naar mogelijkheden om specifieke doelgroepen in lagere sociaal-economische omstandigheden te bereiken en te betrekken bij lokale gezondheidsbevordering.

Dienstverleningspakket 'Samen werken aan gezondheid in de wijk'

Temidden van deze ontwikkelingen zien organisaties, initiatiefnemers en uitvoerende werkers in de lokale gezondheidsbevordering zich ge-

confronteerd met vragen als:

- hoe implementeer ik de vernieuwende trends in de praktijk van gezondheidsbevordering?
- hoe geef ik de veranderingen vorm in de structuur en cultuur van de organisaties?
- welke deskundigheden of organisaties heb ik nodig bij de ontwikkeling van lokale gezondheidsinitiatieven?

De Stichting Pique Project en het Landelijk Centrum Opbouwwerk (project Opbouwwerk en Gezondheid) hebben een dienstverleningspakket ontwikkeld, dat onder meer inspeelt op bovengenoemde vragen.

Advies en ondersteuning kan worden gegeven bij de ontwikkeling, organisatie en uitvoering van symposia, studiedagen, workshops, trainingen, cursussen, projecten en consultancy-trajecten. Voor meer informatie kunt u zich wenden tot:

Pique Project:
Margot Beneken of
Frans Koopman, 013-362474.
Landelijk Centrum Opbouwwerk,
project Opbouwwerk en Gezondheid:
Kees Stuuroop, 038-232112.



Evaluatie van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)

Op 25 november 1994 vond in Guldenberg Helvoirt het symposium 'Trends in het lokale gehandicaptenbeleid' plaats. Op deze dag evalueerden deelnemers en inleiders de WVG die toen 8 maanden in werking was. Onlangs is het verslag van deze bijeenkomst verschenen. Hierin zijn inleidingen opgenomen over:

- Deregulering en decentralisatie in het gehandicaptenbeleid;
- Effecten van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) voor de gehandicapten en de lokale organisaties;
- Behoeften en betrokkenheid van de gehandicapten.

Tevens bevat het verslag een rapportage van drie workshops over: de evaluatie van de WVG, de organisatorische ondersteuning van gehandicaptenplatforms en de arbeidsvoorziening voor gehandicapten. Het ligt in de bedoeling om ook regionale bijeenkomsten te organiseren waarin genoemde thema's terug zullen komen. Deze bijeenkomsten zullen samenvallen met de landelijke evaluatie van de WVG die medio van dit jaar zal plaatsvinden.

Het verslag kunt u telefonisch bestellen bij de Stichting Pique Project, telefoon 013-362474

(prijs f17,50, incl. porto). Voor meer informatie over de regionale bijeenkomsten kunt u terecht bij Frans Koopman van Pique Project (013-362474).

