

Een volk dat zorgt, is een volk dat leeft

Paul Cremers Lezing 2009
22 april 2009 Rotterdam

Sadik Harchaoui

Voorzitter van de Raad van Bestuur FORUM
Voorzitter van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)

Voorwoord

De Paul Cremerslezing stelt jaarlijks een podium beschikbaar aan sprekers die tegendraads en provocerend, met het hart op de goede plaats, hun visie op de ontwikkelingen in de zorg willen geven. Alles gebeurt in de geest en ter nagedachtenis van Paul Cremers. Elders in deze publicatie leest u meer over deze bijzondere man en zijn levensloop.

Nog altijd is Paul Cremers voor veel mensen een inspirerende en stimulerende persoonlijkheid en kracht. Met name voor mensen die als cliënt in de chronische zorg verblijven en voor hen die er werkzaam zijn. Zijn inzet was vooral gericht op de emancipatie van mensen die in de samenleving minder goed en vanzelfsprekend mee kunnen komen. De invloed van Paul was op veel terreinen merkbaar. In 2002 was dit, na zijn onverwachte overlijden, voor een aantal vrienden aanleiding om een jaarlijkse lezingencyclus te starten die zijn naam draagt. Het is een blijvende herinnering aan hem en zijn denkstijl.

U heeft nu de weergave van de zevende lezing in handen. De lezingen hebben vanaf de start in 2003 steeds een groot publiek geboeid. Elk jaar bezochten velen de lezingen zelf, maar ook de gepubliceerde teksten vonden gretig aftrek. Deze belangstelling is door het bestuur van de NVZD vergroot door ons de mogelijkheid te bieden de teksten elk jaar weer mee te sturen voor de lezers van het blad ZM. We zijn hen daarvoor zeer erkentelijk.

In 2007 werd de Paul Cremerslezing verzorgd door Lodewijk de Waal. Hij ging uitvoerig in op de betekenis van de bijdragen van vrijwilligers aan de kwaliteit van de samenleving. In 2008 werd de lezing gehouden door Annemarie Mol. Zij nam ons mee in een betoog waarin kiezen niet vanzelf leidt tot meer kwaliteit van bestaan. Aan de hand van maaltijdvoorziening in instellingen illustreerde zij dit en maakte duidelijk dat dit vervreemdende effecten heeft voor de werkers in de zorg.

De 7e Paul Cremerslezing 2009 werd verzorgd door Sadik Harchaoui, directeur van

Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling. In een buitengewoon meeslepend betoog maakte hij een diepgaande beschouwing over de kwaliteit van de samenleving. Onder de titel “Een volk dat zorgt, is een volk dat leeft” was de kern van zijn betoog gericht op de noodzaak van diversiteit van de samenleving. Dat dit geen automatisme is en verplichtingen met zich meebrengt voor burgers en overheid maakte deel uit van zijn boeiende betoog.

De lezing 2009 vond voor het eerst plaats in Rotterdam en trok wederom een groot aantal toehoorders. Het moderatorschap was ditmaal in handen van Pieter Hilhorst, redacteur bij de Volkskrant. Hij wist de discussie met de aanwezigen op wel heel bijzondere wijze aan te jagen en zorgde ervoor dat deze lezing de gesprekken tijdens het diner nog lange tijd beheerste.

Ook in 2010 wordt er een Paul Cremerslezing georganiseerd. Ook dit jaar gebeurt dat weer in samenwerking met het instituut voor Beleid en Management voor de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Zoals steeds ondersteunt Leeuwendaal ons op allerlei wijzen bij de voorbereiding en organisatie van de lezing.

Wij wensen u veel leesplezier en inspiratie toe en hopen u op de volgende lezing in 2010 te mogen begroeten in Rotterdam.

Namens het organiserend comité,

Willem de Gooyer

Voorzitter Stichting Paul Cremerslezing

Bestuur Stichting Paul Cremers lezing

De heer **W. de Gooyer**,
voorzitter

De heer **H.R.Th. Kröber**

Mevrouw **P.L. Meurs**

De heer **S.A.M. Reijnders**,
secretaris

Mevrouw **A.W.D. Saers**,

Comité van Ondersteuning

Mevrouw **T. Netelenbos**,
politica

Mevrouw **E. Terpstra**,
voorzitter NOC-NSF

De heer **L. Imkamp**,
ex-wethouder te Roermond

De heer **P. Quaadvlieg**,
bestuurder *Esdégé* Reigersdael

De heer **H. Simons**,
ex-voorzitter
Raad van Bestuur Stichting
Oosterscheldeziekenhuizen



Levensloop Paul Cremers

Paul werd op 4 april 1951 geboren in het plaatsje Montfort onder de rook van Roermond. Hij omschreef zichzelf als iemand die ruime ervaring met overheidsopdrachten had, waarbij hij op een uitgebreid politiek-bestuurlijk, departementaal en landelijk netwerk kon bogen. Hij was trots toen hij eens op een congres als ‘trendwatcher’ ten tonele werd gevoerd. Van 1968 tot 1975 studeerde Paul sociale wetenschappen in Tilburg en filosofie in Nijmegen en Leuven. In de periode 1975 tot 1978 was hij achtereenvolgens leraar MO, regionaal beleidsonderzoeker en gemeentelijk beleidsmedewerker. Van 1978 tot 1985 was hij beleidsmedewerker bij het Openbaar Lichaam Rijnmond. Een periode waarover hij smakelijke verhalen kon vertellen. Vanaf 1985 was hij vrijgevestigd interim-manager en beleidsadviseur, nog altijd woonachtig in Roermond. Een plaats waaraan hij verknocht was, net als aan het Limburgse land. Dicht bij België en andere landstreken waar volop culinaire genoegens te beleven zijn. Waarom zou een mens verhuizen? Paul heeft vele kilometers moeten ‘vertreinen’ of zich door zijn vrouw Karin laten vervoeren om zijn werk te kunnen doen. Hij was altijd bereikbaar en wist ook altijd direct anderen te bereiken. Zijn omgangstijl was uniek en immer gericht op het onderhouden van een goede relatie, maar tegelijkertijd vasthoudend aan de resultaten die geboekt moesten worden.

Introductie

Dames en heren,

Het verzoek te spreken over de toegang tot zorg voor migranten in Nederland noopt mij tot grote dank aan het organiserende comité dat een dergelijk belangwekkend thema heeft geagendeerd. Dank ook aan Bureau Leeuwendaal, in het bijzonder Vester Reijnders, Linde Breunis en Ria van Vliet die als preventieve toetssteen voor deze lezing vraaggesprekken hebben gevoerd met medewerkers van vier zorginstellingen die ik zo zal noemen. Van de verslagen



van deze gesprekken heb ik dankbaar gebruik gemaakt. Opvattingen hebben vanuit de zijlijn is niet ingewikkeld. Als je ze maar gepeperd genoeg brengt, ben je in dit land al vrij snel een deskundige. Althans in de ogen van diegenen die niet midden in de ontwikkelingen staan. Dat is niet mijn positie. Ik wilde in de aanloop naar deze lezing de huidige context van diversiteit in de zorg begrijpen én snappen met welke dilemma's bestuurders en medewerkers zitten. Te vaak wordt de noodzaak en de toegevoegde waarde van diversiteit geïsoleerd van de

context van zorg. Daarom hield ik ook nog vier interviews, eigenlijk waren het geanimeerde gesprekken, met vier bestuurders uit totaal verschillende zorgsectoren:

- Evert Mulder van Aveant Thuiszorg, de grootste aanbieder van Thuiszorg in Utrecht.
- Willem van Hezewijk bestuurder van de GGz Breburg Groep, een fusieorganisatie van de GGZ Midden-Brabant en GGZ regio Breda;
- Harry van Leeuwen van De Bascule, het academische centrum voor kinderen en jeugdpsychiatrie in Amsterdam e.o. en

- Hans Kröber, bestuurder van Pameijer voor mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek in de regio Rijnmond en op de Zuid-Hollandse eilanden.

Belezen heren, met decennia ervaring in de zorg. Twee van hen hebben hun kennis in proefschriften neergeslagen. Het proefschrift van Kröber - 'Gehandicaptenzorg. Inclusie en organiseren' - zou overigens met luttele aanpassingen zo tot standaardwerk over toegang tot zorg voor migranten kunnen worden verheven. Kortom: een spoedcursus was mijn cadeau. Dank daarvoor. Toch zal deze toespraak niet gaan over hun organisaties of de praktijk van diversiteit. Er zijn geweldige organisaties als Mikado die bijvoorbeeld met Pameijer schitterend werk hebben verzet op dit terrein. Waar gaat mijn lezing dan wel over?

De stelling die ik wil betrekken is dat de toegang tot zorg een fundamenteel (mensen)recht is en dat vanuit daar ook de - eventuele gebrekkige - toegang tot zorg voor migranten benaderd moet worden. Ik betrek deze stelling omdat de gebrekkige aansluiting tussen zorgbehoefte van migranten en het Nederlandse zorgaanbod naar mijn overtuiging vooral wordt gezien als een probleem van de migrant, de nieuwe Nederlander die onvoldoende geïntegreerd is om van het aanwezige aanbod gebruik te maken. Maar in plaats van de allochtone zorggebruiker te problematiseren zou ik juist - met respect - de zorgverlening willen problematiseren - tenslotte zit u ook in deze zaal - en wil ik kijken hoe vanuit uw professionaliteit een bijdrage geleverd kan worden om de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod te dichten.

Mijn lezing kent een driedelige opbouw. Allereerst ga ik in op de vraag wat het

probleem is. Ik geef enkele feiten over de gebrekkige toegang van migranten tot de zorgverlening. Ik noem een aantal cijfers over gezondheidsverschillen tussen allochtoon en autochtoon als ook verschillen in het gezondheidsgebruik. Daarnaast sta ik stil bij het zorgaanbod en de beroepsgroep, en de vraag of deze laatste voldoende toegesneden is op de zorgbehoefte van migranten.

Vervolgens staat de vraag centraal waarom deze verschillen optreden. Ik wil ingaan op de factoren waar het naar mijn idee niet aan ligt. Het ligt bijvoorbeeld niet aan een gebrek aan kennis. We weten echter de aanwezige kennis niet te kapitaliseren in de praktijk. En dat heeft als oorzaak - en daar zit de kern van mijn analyse - dat de zorg in Nederland onder invloed staat van een aantal botsende of concurrerende logica's die het recht op zorg voor alle Nederlanders en de plicht om zorg te geven aan alle Nederlanders onder druk zetten. Het zal dus gaan over de concurrerende logica's die bewust of onbewust in de zorg navolging vinden waardoor de context voor een effectief diversiteitsbeleid eigenlijk illusoir is, en daarmee de toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen Nederlanders. We zullen, vrees ik, blijven doormodderen als er geen "reframing" in de zorgbenadering ontstaat. En doormodderen is de kwalificatie die ik het meest tegenkom, zowel in de gesprekken als in de literatuur. Ondanks alle mooie projecten, programma's en ondernemerschap: een trendbreuk is nog ver weg.

Tot slot geef ik de richting aan waar reframing gezocht moet worden. Deze zal wijzen naar het loslaten van de logica van integratie en de toepassing van de rechtsstatelijke logica.

1.1. Een aantal gezondheidsverschillen

Hoewel we een groeiende kennis bezitten over **gezondheidsverschillen**¹ is er geen breed gevoelde urgentie dat deze verschillend écht geadresseerd moeten worden. Diabetes komt veel voor onder Hindoestanen, hoge bloeddruk onder Creolen, schizofrenie onder Marokkanen. Onder mensen van Surinaamse of mediterrane afkomst komt de Engelse ziekte nog voor, als gevolg van vitamine D-gebrek. Bloedarmoede en TBC komen tien tot vijftien keer vaker voor bij allochtone kinderen dan autochtone kinderen.

Zwaarlijvigheid is vaker een probleem. Er is steeds meer aandacht voor preventie van ongezond gedrag. De zuigelingensterfte onder allochtonen ligt soms 20 tot 35 procent hoger dan onder autochtonen. We weten dat bij neef-nicht huwelijken de kans op erfelijke ziekten iets hoger is. Ook is bekend dat betrekkelijk veel kinderen van migranten sterven door een ongeluk. We weten veel over tienerzwangerschappen. Daarnaast wordt het veld van de psychosociale problemen langzamerhand ontgonnen. Niet alleen op het gebied van schizofrenie, maar ook de frequentie van zelfmoordpogingen, omgang met homoseksuele gevoelens, depressies en wat dies meer zij worden onderzocht. Het hoge medicijngebruik is bekend. Promoties op het terrein van gezondheidsverschillen nemen dan ook toe. Zoals die van Fatima El Fakiri aan de Erasmus Universiteit over preventie van cardiovasculaire ziekten (hart- en vaatziekten) in achterstandwijken².



¹ J. Mackenbach, E. van der Veen (2004), *Gezondheid in kleur. Nieuwe inzichten uit het onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid*, Amsterdam: Aksant.

² Fatima El Fakiri, *Prevention of Cardiovascular Diseases in Deprived Neighbourhoods*.

Maar ondanks deze kenmerken wil ik met klem benadrukken dat de klachten van allochtone patiënten niet alleen zijn terug te voeren op hun etniciteit. Veel migranten en hun kinderen leven onder **stille stress**. Sociaal-maatschappelijke stress vanwege hun lage positie in de sociale hiërarchie. Nederlanders met een niet-westerse achtergrond worden vaak afgebrand of uitgekotst. Dat kan mensen volledig uit balans brengen en in extreme gevallen tot aanzienlijke psychische problemen leiden. Verschillende onderzoeken wijzen op de noodzaak van specifieke aandacht voor migranten en hun kinderen³.

Vele domeinen van kennis zijn echter nog niet goed ontgonnen. Denkt u maar aan niet-westerse vrouwen in de overgang of het hoge aantal Vmbo-ers dat tevens mantelzorger is.

We weten langzaam maar dus veel over de zorgbehoefte en zorgproblematiek bij allochtone Nederlanders, ondanks het feit dat allochtonen vaak niet worden



opgenomen in regulier onderzoek. De praktische aanpassing van classificatiesystemen en zorgmethodieken hinkt ook nog achter die kennis aan. De DSM-IV classificatiesystemen van ziekten is niet altijd accuraat. Zoals één van mijn gesprekspartners vertelde: -ik dacht 20 jaar geleden dat er zoveel hysterische vrouwen op Curaçao waren, terwijl ik dat nu theateraal zou noemen”.

1.2. Het zorggebruik

Ook met betrekking tot zorggebruik van migranten - of juist de

³ Karen Hosper, Health-related behaviour among Young Turkish and Moroccan people in the Netherlands, diss. 2007.

afwezigheid daarvan - is inmiddels veel kennis voorhanden. Bij de verloskunde, in de ouderenzorg of met betrekking tot geriatrie. Tweederde van de paren van Turkse en Marokkaanse afkomst die problemen hebben met zwanger worden, gaat voor advies naar het herkomstland. Ze begrijpen de behandeling in Nederland niet en vertrouwen de arts onvoldoende. Na terugkeer vertellen ze die laatste zelden over wat ze in hun herkomstland hebben gedaan. We kennen het probleem dat ruim de helft van de gehandicapte allochtone jongeren de gehandicaptenzorg niet weet te vinden. (Overigens is Pameijer hier een evidente uitzondering op!). Ook is het waar dat de scootmobiel of de maaltijdservice een tamelijk onbekend fenomeen is in allochtoon Nederland. Het tekort van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in het bereik voor andere dan de standaarddoelgroepen begint inmiddels door te sijpelen, getuige de DVD's, de projecten op lokaal niveau en de toenemende aandacht vanuit het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De gang naar de huisarts is bekend, de ziekenhuisopname, het gebruik van terminale zorg, logopedie en de ontevredenheid met het bureau Jeugdzorg ook.



We weten dus veel, maar kennelijk kunnen we met die kennis en inzichten nog geen adequaat handelingsrepertoire voor zorgaanbieding aan allochtone patiënten ontwikkelen. De kloof tussen kennis en praktisch handelen is nog te groot. Ter illustratie een aantal citaten en voorvallen.

Mijn eerste voorbeeld geef ik in de vorm van twee citaten uit het recent verschenen boek 'Yemma' van Tahar Ben Jelloun waarin hij schrijft over zijn



dement wordende moeder. Het geeft ons inzicht in de vraag waarom de thuiszorg nog niet wordt gevonden:

“Mijn moeder heeft nooit gehoord van een huis waar men zich ontdoet van de oudjes. Het komt geen moment in haar hoofd op dat een van haar kinderen niets meer van haar zou willen weten en haar zou verbannen. Of het nu asiel, hospice, rusthuis of bejaardentehuis wordt genoemd, het blijft een plek waar je wordt opgeborgen.”

“In Marokko wordt ons, gelijk met de liefde voor God, een bijna religieus respect voor de ouders bijgebracht. Het ergste wat een mens kan overkomen is dat hij door zijn ouders wordt afgewezen. Wie een kind zijn zegen weigert, verbant hem naar een gebied waar medelijden niet bestaat, laat hem in de steek, smijt hem weg als een waardeloos prul, ontnemt hem alle vertrouwen en, bovenal, gooit de deur voor hem dicht, de deur van het leven en van de hoop. Het is een zware vernedering en betekent een ernstig isolement.” (Tahar Ben Jelloun, 2009)

Als tweede wil ik het verhaal van **Aisha** aanhalen. Aisha moet vanaf haar negende regelmatig mee met haar moeder naar de huisarts. Zij is de oudste dochter en spreekt goed Nederlands. Haar moeder doet dat niet en komt bovendien nauwelijks buiten. Aisha gaat met tegenzin mee, want het gaat over zaken die zij niet begrijpt: menstruatieproblemen en onderbuikklachten. Zij vertikt het om alles correct te vertalen, want ze schaamt zich voor de woorden van haar moeder, en wat de dokter vertelt, snapt ze niet. Dus verzint zij naar beiden haar eigen verhaal. Geen wonder dat de moeder soms wekelijks naar de dokter gaat.

Veel media, opiniemakers en burgers die hiervan horen noemen dit een

integratieprobleem. Als moeder beter Nederlands leert, is het opgelost. Maar is het enkel een integratieprobleem? Vormt de zorgverlener ook niet een probleem, omdat die niet doorheeft dat hier sprake is van een onvoldoende begeleide mantelzorgster?

Het derde voorval gaat over **Bilal B.** Kunt u zich hem herinneren? Die jongeman die in oktober 2007 in een politiebureau in Amsterdam-Slotervaart door agenten werd doodgeschoten, nadat hij even daarvoor twee politiemensen met een mes had verwond? In de onrust die losbrak zei hoofdcommissaris Welten daags daarna bij Pauw en Witteman: “Je houdt er altijd rekening mee dat er een paar gewetenloze kwelgeesten uit het riool naar boven kunnen kruipen”. Dat was de visie van de man die orde en rust in Amsterdam moest handhaven. Maar was Bilal B. alleen een gewetenloze kwelgeest? Iemand, die zijdelings was betrokken bij de toen gecriminaliseerde Hofstadgroep? Een ex-crimineel, gegeven zijn vroegere frequente contacten met politie en justitie? Of was Bilal B schizofreen? Bilal B leed sinds 2003 aan een psychiatrische stoornis, die pas na enkele escalaties in april 2007 tot een gedwongen opname had geleid. Daarbij werd de diagnose schizofrenie vastgesteld, en aangetekend: “Alleen een gevaar voor zichzelf”. Zouden zorgverleners niet tot geheel andere conclusies moeten komen dan de hoofdcommissaris? Bilal B’s daad met een mes is zonder meer af te keuren, maar hij is ook patiënt en slachtoffer van falende instituten.

We moeten dus, willen we goed en efficiënt zorg bieden, een veel gevarieerder aanbod hebben. Hoe is het gesteld met dat zorgaanbod, in casu de beroepsgroep?

1.3. Beroepsgroep

De eenzaamheid van veel allochtonen in de zorg wordt versterkt door het **gebrek aan mensen** die zijn geëquipeerd om met een divers Nederland om te gaan. 'De beroepsgroep is er niet klaar voor en heeft moeite met veranderingen', zei een van de geïnterviewde bestuurders. Een ander gaf toe: 'Onze instelling heeft geen beleid voor allochtonen, er is nooit een nota over geschreven', terwijl op een gegeven moment een kwart van de zorg van deze instelling werd afgenomen door allochtonen. 'We worden puur op resultaten afgerekend, terwijl voor ons de mens en diens leefwereld centraal zou moeten staan,' zei weer een ander. Zorgconsulenten zijn bezorgd, omdat ze allochtonen - ondanks hun inspanningen - onvoldoende bereiken.

Soms tonen zorgverleners een **aversie** naar niet-westerse Nederlanders. Zo zijn er artsen in opleiding die stellen een patiënt pas te willen helpen als die goed Nederlands spreekt. Of die zullen weigeren illegalen te helpen. Thuiszorgmedewerkers die vermijden zwarte kontjes te wassen of samenwerking weigeren met vrouwen met een hoofddoek. De uitstraling van veel instellingen - het gebouw, de inrichting - is niet gericht op een kleurrijk Nederland. Af en toe komt er iets naar buiten, zoals eerder deze maand de isoleercellen in psychiatrische instellingen. Patiënten zitten daar soms te vaak en veel te lang, ruim 150 mensen langer dan een jaar! Het zal u niet verbazen dat het percentage allochtonen in die cellen boven het landelijke gemiddelde ligt.

1.4. Tussenconclusie: naar een bredere context

Op basis van het voorgaande kan ik een aantal tussenconclusies trekken. Ten eerste blijkt uit onderzoek dat niet-westerse mensen meer en soms geheel **eigen klachten** hebben. Dit leidt tot een specifieke zorgvraag. Ten tweede is de

zorg nog onvoldoende op de behandeling van deze zorgklachten ingesteld. Als derde tussenconclusie kan worden vastgesteld dat de beroepsgroep nog worstelt met de vraag hoe interculturele zorgverlening effectief geïmplementeerd kan worden. Er spelen veel meer factoren een rol in de zorgverlening aan allochtone burgers dan bepaalde etnische factoren. Te noemen zijn hun vaak armoedige omstandigheden, het lage inkomen, de ontbrekende opleiding en de ongezonde levenswandel die vaak met armoede gepaard gaat. Ten vierde neemt onze kennis van de hiaten in de zorg voor een gemêleerd gezelschap zorgvragers toe, terwijl het handelingsrepertoire er echter nog bij achterblijft. Onmiskenbaar zal onze kennis verder toenemen en zal er nog meer kennis beschikbaar komen. Zo draait ZonMw, Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, op dit moment een omvangrijk en ambitieus programma naar diversiteit in het jeugdbeleid. In dit programma genaamd 'Gelijke kansen voor migrantenkinderen' wordt veel gedaan op het terrein van interculturele kennis.



Dus natuurlijk, er is altijd een tekort aan kennis, en natuurlijk moet er nog veel onderzoek gedaan worden. Maar daarin zit naar mijn smaak uiteindelijk niet het probleem van de ontoegankelijkheid van de zorg.

Waar zit het probleem dan wel? Ik kom op het tweede onderdeel van mijn verhaal dat zal ingaan op de logica's waarin de zorgverlening naar mijn idee momenteel gevangen zit en die haaks staan op haar eigen professionaliteit. Van onderstaand genoemde logica's - ontleend aan de literatuur - zal ik er een aantal bespreken.

- de integratielogica
- de economische zorglogica
- de familiale logica
- de politieke en medialogica

2.1 Integratielogica

Ook de gezondheidszorg is helaas onderdeel geworden van het integratiedebat, en wel op twee manieren. De zorg en de beroepsgroep functioneren noodzakelijkerwijs binnen een maatschappelijk kader en maken daarom integraal deel van de samenleving uit. Dit heeft als gevolg dat zij de agenda van de zorg vanuit een integratieperspectief opzetten. Zij nemen de agenda en de zorgen van de samenleving over. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om wachtlijsten, klokkenluiders of nieuwe zorgtaken. Zorgverleners opereren in de frontlinie van de samenleving en zien als eerste nieuwe ontwikkelingen of knelpunten. Als het gaat om integratie agenderen ook steeds meer hulpverleners deze. Zij doen dit niet vanuit een zorgperspectief, maar vanuit een integratieperspectief. En dan heb ik het niet over professor Smalhout die waarschuwt tegen de islamisering in zijn columns, maar over plastisch chirurgen die een opinie schrijven over waarom jongensbesnijdenis discriminatoir is. Of over artsen die, nadat zij geen hand krijgen van orthodoxe moslims, de pen oppakken om aandacht te vragen voor dit gebrek aan integratie. Of gynaecologen die wijzen op de problemen die ontstaan bij de roep van orthodoxe moslims om de bevalling van hun vrouw per se door een vrouwelijke arts te laten plaatsvinden.

Naast deze endogene factor, de reactie door de zorgsector op het heersende integratieparadigma in de samenleving, is er de exogene factor: de politiek die op de zorg een integratieperspectief loslaat. De politiek die stelt dat het de

eigen verantwoordelijkheid is van mensen om te integreren en dat dus daarom specifieke zorg afgewezen moet worden. Dat zwarte zorg, dat wil zeggen, naar vergelijking met witte en zwarte scholen, gesegregeerde zorginstellingen voor migranten en hun kinderen, onwenselijk is. Ook als dat de vrucht is van de zo gewilde marktwerking. Of dat het gebruik van tolken in de zorg ontoelaatbaar is, omdat dit vanuit de overheid het verkeerde signaal tot integratie is.



Daarmee gaat de zorg voorbij aan haar eigenlijke taak: het verlenen van zorg zonder aanzien des persoons. De zorg is een **indicator** geworden of het goed gaat met de **integratie**:

- Het gebruik van tolken bewijst dan dat de inburgering is mislukt;
- aparte afdelingen voor bepaalde groepen in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorginginstellingen of psychiatrische inrichtingen kunnen niet, omdat er geïntegreerd moet worden;
- verschillen in gezondheidsproblemen en de aanpak daarvan is doelgroepenbeleid en dat mag niet meer;
- als een RIAGG in de zomermaanden een buitenpost in Marokko of Turkije inricht, zou dat niet mogen, terwijl we het ‘normaal’ vinden dat er gezondheidsposten voor onze witte pensionados aan de Costa del Sol zijn.

Ook bij het grote publiek bestaat weinig steun voor een diverse aanpak in de zorg. Slechts de helft van de Nederlanders vindt dat huisartsen rekening moeten houden met de religieuze en culturele voorkeuren van de patiënt. Een derde van de door gezondheidsinstituut Nivel ondervraagde mensen denkt dat artsen dat al doen. Ruim een kwart is van mening dat artsen geen rekening met die voorkeuren hoeven te houden.

Let wel; met deze constatering heb ik niet gezegd dat de dilemma's niet aanwezig zijn. Ik heb ook niet gezegd dat het onjuist is dat zorgverleners problemen agenderen. Ik constateer dat het integratievertoog inmiddels ook de zorg penetreert, zodra het over migranten en hun kinderen gaat. Alsof alle andere logica's dan niet meer van toepassing zijn. Alsof migranten en hun kinderen slechts door een integratiebril bekeken en beoordeeld kunnen worden.

2.2 Andere logica's

Naast deze integratielogica die in de zorgverlening haar intrede heeft gedaan, zijn er andere concurrerende zorglogica's die mede kunnen verklaren waarom de zorg deels ontoegankelijk is voor migranten⁴.

Economische zorglogica

Eén van deze concurrerende logica's is de economische zorglogica die het gevolg is van marktwerking. Sleutelbegrippen hier zijn ondernemerschap, concurrentie, de zorgvrager als zorgconsument, efficiency, tijdmeting en zorgprotocollen. Dit laatste betreft het aantal geholpen cliënten per tijdseenheid, oftewel het productievolume.

Het verhaal is al veel vaker verteld. Hier komen zowel marktgestuurde modediagnoses en medicalisering van klachten van burgers om de hoek kijken. Het 'rugzakje' past mooi in deze logica: de burger die zelf rechtstreeks zorg op de zorgmarkt inkoop. In deze economische zorglogica brengt elk type zorgverlening geld in het laatje. Zie ook het voorstel in Amsterdam om

⁴ T. Knijn, Het prijzen van de zorg. Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek. Oratie, Utrecht, 2004; S. Verhagen, Zorglogica's uit balans. Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard, Utrecht: De Graaf, 2005, diss.

alle Marokkaanse kinderen verplicht psychiatrisch te diagnosticeren. In al deze gevallen zeggen diagnoses misschien meer over de diagnosestellers dan over de cliënten. Voor de vraag van deze lezing is het interessant om na te gaan of deze marktlogica ook de toegang van de zorg voor migranten weet te beperken. In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat in Nederland ‘minder goed ingevoerde burgers’ zich moeilijk staande weten te houden in een samenleving waarin zij zelf hun toegang tot allerlei voorzieningen steeds meer zelf moeten regelen. Onder deze burgers vallen ouderen, analfabeten en - ja ook migranten.

De economische zorglogica zorgt ervoor dat de toegang tot zorg voor migranten vooral een markt is. Vraagsturing, je wordt er gek van. De markt van welzijn en geluk, besproken in de gelijknamige publicatie van Hans Achterhuis uit 1980 is er dan toch. Binnen deze logica zijn de door Albert Hirschman ontwikkelde begrippen ‘exit, voice en loyalty’ als dominant reguleringsmechanisme nog steeds relevant. Maar juist voice, het uiting geven aan je wensen en belangen als consument, en ook exit, het vertrekken als de dienstverlening je niet bevalt, zijn uitermate slecht ontwikkeld als het om migranten gaat. Ronald May, werkzaam bij Altrecht, wijst in deze context op negatieve gevolgen van marktconcurrentie. Noagg, centrum voor interculturele gezondheidszorg, is een succes en de reguliere afdelingen verwijzen door naar Altrecht. Specialisatie leidt in dit geval tot succes maar tegelijkertijd tot afname van de toegankelijkheid van de reguliere afdelingen voor migranten. Daarnaast vertrekken allochtone medewerkers uit deze afdelingen, omdat ze hun opleiding kunnen laten renderen. De schaduwzijde is dat dezelfde generieke afdelingen het dus met minder allochtone medewerkers moeten doen. Je kunt dit vergelijken met wat er nu gebeurt met de buurtzorg.



Laat ik u nog een voorbeeld geven van een geval dat mij aan de hand is gedaan in de gesprekken met de zorgbestuurders. De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgverleners over aantallen; de producties. We stellen voor het gemak dat er geen wachtlijsten zijn. In de situatie dat er immers wel wachtlijsten zijn, is er eigenlijk geen incentive om ondervertegenwoordiging van allochtonen aan te pakken. Dat gebeurt dan ook vaak niet. Zoals een van mijn gesprekspartners het verwoord: -allochtone cliënten zijn dan niet lucratief. Er zijn instellingen die signaleren dat er een ondervertegenwoordiging is en dat bepaalde groepen niet de hulp krijgen die ze verdienen. Outreachend werken is dan het toverwoord. Er zijn gevallen waarin dat uiterst succesvol is, zoals Noagg in Utrecht, of de Oase in Amsterdam. Als doorverwijzingen van Bureau Jeugdzorg tegenvallen, wat als ik afga op de informatie eerder regel dan uitzondering is, en via de huisarts ook, gaan sommige instellingen zoals de Bascule de -cliënten ophalen- via een specifieke inzet van allerlei netwerken buiten de reguliere instellingen om. Bij succes volgens de logica van tevreden klanten, effectief werken, wordt de instelling echter afgestraft omdat hiermee meer cliënten worden behandeld dan afgesproken met de zorgverzekeraar die dus ook meer moet betalen. Een tweedelijnsinstelling mag geen cliënten ophalen uit de eerstelijns! Deze marktlogica doorkruist dus effectieve toegang van de kinderen van migranten.

Familiale zorglogica:

Hier gaat het om de familie en gemeenschapsbanden. Denk bijvoorbeeld aan mantelzorg. Daar is de zorgverlening gecentreerd rond één of enkele familieleden die tegen - tegenwoordig - geringe vergoeding maar met veel aandacht en tijd zorg verlenen aan eigen familieleden buiten de institutionele zorg om. Sleutelmechanismen zijn hier: persoonlijke aandacht, liefde, een huiselijke situatie, en onregelmatigheid. Veelal is er sprake van voor de

buitenwereld onzichtbare zorgverlening op kleine schaal. Deze zorgverlening kent weinig structuur, maar is in vele gevallen heel intensief en leidt vaak tot overbelasting. In allochtone kringen zie je dat relatief jonge kinderen - 16 jaar of nog jonger - grote verantwoordelijkheden op zich nemen inzake medicijngebruik van ouders. Aandacht en de liefde zijn hier belangrijker dan deskundigheid en efficiency. Omdat het bij migrantengroepen - het verschilt van groep tot groep - de gewoonste zaak van de wereld is om zelf voor je zorgbehoevende familieleden te zorgen, lopen ze ook grote kans zelf oververmoeid en overspannen te raken. Ze bouwen te weinig rustmomenten in, organiseren geen afwisseling in de zorgverlening, draven door, en lopen zichzelf voorbij. Ze weten niet dat ze steun kunnen krijgen van professionele hulpkrachten, dat er zorgrespijtvorzieningen zijn en dat ze gebruik kunnen maken van mantelzorg-complimenten. Ook maken ze amper actief deel uit van de zorgsystemen middels lidmaatschap van een zorgplatform, WMO-raden of andere inspraakorganen en organisatievormen voor zorgverlening. Kortom, er is sprake van andere taal en gewoonten rond zorg en daarnaast onbekendheid met de zorgsystemen. Op de mantelzorgtop van dit jaar riep ik daarom op om de hele infrastructuur rond de mantelzorg aan een representativiteitstoets te onderwerpen. Tot dusverre kreeg deze oproep weinig weerklank.

De politieke zorglogica

In de politieke logica gaat het om verschillende dingen. Het betreft zowel de sociale rechtvaardigheid als de verdeling van schaarste. Hieraan gerelateerd is de verplichte verzekering die voor iedereen toegankelijk moet zijn; de toewijzing van de zorg die gebeurt op basis van de ernst van de ziekte; en noties als vrijheid, gelijkheid en solidariteit. Ik stel de logica vast. Logisch gedrag daarbinnen is ver te zoeken.

Maar het gaat ook om de druk van de zogeheten medialogica. Politici, media en burgers houden elkaar in een soort prisoners' dilemma, waardoor er druk ontstaat om naar aanleiding van incidenten duidelijke, harde maatregelen te nemen en die strak na te leven via allerlei controle- en verantwoordingsmechanismen. Dit leidt tot een protocollaire schijnwerkelijkheid van keurmerken en allerlei kwaliteitscriteria waarin we - in de woorden van ons RMO-lid Paul Frissen - de ene helft van het jaar opschrijven wat we gaan doen en in de ander helft van het jaar meten of we dat ook gedaan hebben⁵. De werkelijke zorgverlening - maar hetzelfde verhaal geldt voor bijvoorbeeld onderwijs - dreigt daardoor kind van de rekening te worden.

De politieke logica zorgt er ook voor dat de zorgverlening - tegen de professionaliteit van de zorgverleners zelf in - soms ingezet wordt om politieke doelen te verwezenlijken. Maar zoals een gesprekspartner mij vertelde: de zorg kan eigenlijk niet in een politieke context functioneren. Hij doelde hier op het feit dat naar aanleiding van de zogenaamde Donnergelden om criminaliteit onder Marokkaanse jongeren tegen te gaan, werd besloten een grote groep te laten behandelen. Daartoe kocht de gemeente van tevoren een aantal bedden in, in de verwachting dat er een grote groep opgepakt, gediagnosticeerd en behandeld zou worden - een illustratieve combinatie van politieke, media en integratielogica. Maar helaas; de jongeren kwamen niet, de gemeente betaalde niet, en de instelling bleef met een enorm budgetprobleem zitten. Onbehoorlijk gedrag vanuit de overheid die machotaal uiteindelijk niet kon waarmaken, en een instelling die constructief een maatschappelijk probleem

wilde helpen oplossen - een voorbeeld van integratie- en marktlogica. Kapitaalvernietiging dus.

3. Naar een reframing

Ik kom tot mijn laatste punt: welke reframing is nodig zodat de kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod gedicht kan worden?

Wat we allemaal natuurlijk het liefste willen is het herstel van de zogeheten professionele zorglogica, waar vakinhoudelijke kennis en vaardigheden voorop staan. Het beroep van zorgverlener staat hier centraal⁶. Maar hoe kunnen we dat weer versterken?

Zoals gezegd, in de gezondheidszorg wordt doorgaans de allochtoon geproblematiseerd. Als de allochtoon, als Aisha's moeder zich maar aanpast, wordt de zorg beter. De allochtone patiënt moet maatwerk leveren. Ik wil het zoals gezegd omdraaien en niet de patiënt maar de zorgverlener problematiseren. Dat doe ik vanuit een geheel andere benadering, een benadering vanuit het recht en de rechtsstaat.

Om te beginnen wil ik het over enkele basisprincipes hebben. Het eerste is het **zelfbeschikkingsrecht**: een universeel mensenrecht, genoemd in de Grondwet. In de gezondheidszorg slaat het op de onaantastbaarheid van het lichaam en het recht om naar eigen inzicht te handelen in de gezondheidszorg. De mens is de baas over zijn of haar eigen lichaam en heeft recht op respect voor de wijze waarop hij of zij daarmee omgaat.

⁵ E. Tonkens, Mondige burgers, getemde professionals (2003).

Elk recht heeft zijn beperkingen, ook het zelfbeschikkingsrecht. Dat wordt beperkt door het zelfbeschikkingsrecht van anderen - denk maar aan iemand met een besmettelijke ziekte, deze persoon heeft de plicht anderen zo min mogelijk schade te berokkenen - en door het **beschermingsbeginsel**. Dit tweede basisprincipe kan zowel de persoon zelf raken als andere personen. Het wordt bijvoorbeeld verwoord in de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen, BPOZ. Die regelt de gedwongen opname van mensen met een geestelijke stoornis. Sinds 1 januari 2004 is de mogelijkheid tot het gebruik van dwangbehandeling na een gedwongen opname uitgebreid. Was daarvoor eerst 'ernstig gevaar' vereist, nu is 'gevaar' voldoende. Zoals u zult kunnen begrijpen, kunnen de beginselen van zelfbeschikking en bescherming conflicteren.



Een derde basisprincipe is het grondwettelijke **gelijkheidsbeginsel**. Gelijkheid en non-discriminatie veronderstellen niet dat mensen geen verschillen mogen hebben, maar wel dat iedereen recht heeft op een behandeling die getuigt van gelijk respect voor ieders waardigheid. Voor minderheden is dit recht cruciaal, omdat het hen garandeert niet te worden benadeeld vanwege het feit dat ze een minderheid zijn. In de zorg voorkomt dit beginsel benadeling bij de toegang en de verdeling van de schaarse middelen.

Een vierde en laatste principe dat ik wil noemen is het **recht op gezondheidszorg**. Dit is een basisrecht, verwoord in artikel 22 van onze Grondwet, in artikel 12, lid 1 van het VN-Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, in de Constitutie van de Wereldgezondheidsorganisatie, het Europees Sociaal Handvest, verschillende verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie en ga maar door.

Dames en heren, naast deze basisprincipes, die prima passen bij de ideeën over de zelfstandige patiënt of cliënt van Paul Cremers, wil ik uw eigen



ethische codes en de eed of gelofte, die artsen afleggen, noemen. U hebt zichzelf verplicht elke patiënt zo goed mogelijk zorg te bieden. Artsen zweren of beloven om zonder aanzien des patiënts het beste te doen voor hem of haar. Die eed, ethische codes en rechtsbeginselen vormen

morele bindmiddelen voor zorgverleners en de samenleving als geheel. Als de overheid en zorginstellingen ze actief hanteren, hebben we een stevig fundament voor gelijkheid en gelijkwaardigheid, ook in het bestek van de multi-etnische samenleving.

Met een meer rechtstatelijke benadering kunnen we in de zorg weer meer werken vanuit de ziel van de zorg. De ziel die is verankerd in menige eed die wordt afgelegd. De eed van Hippocrates uit de 12^e eeuw is misschien slechts het symbool. In de artseneed van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Vereniging van Universiteiten (VSNU) uit 2003 lezen we: “Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen”. En: “Ik luister en zal hem goed inlichten”.

De ziel van de zorg weer terughalen, zou betekenen dat we de mens weer voor ons zien. De ziel van de zorg terughalen zal het imago van de zorg ongetwijfeld verbeteren.

“Het blootleggen van al deze diep verborgen kennis, het bevatten van zo ingewikkelde zaken met de krachten van het verstand, het opslaan van zoveel dingen in het geheugen, het aanbieden, voor het algemene welzijn, van diensten die zo onmisbaar zijn voor het heil van de gehele mensheid - zou men niet menen, zeg ik, dat dit iets meer dan menselijks is, ja eerder iets ronduit goddelijks?”, aldus Desiderius Erasmus in zijn Lof der Geneeskunde⁷. Deze lofredde zal in de huidige context niet afgestoken worden, maar toch.

De ziel terughalen van de zorg zou betekenen dat we de medische professionaliteit, de logica van de menselijke waardigheid centraal stellen. Over alle grenzen van etniciteit, afkomst, religie en wat dies meer zij heen. Dat geeft lucht aan de relatie tussen cliënt en zorgverlener, en geeft ons het lef om de protocollaire werkelijkheid op afstand te zetten. Dat vergt wel leiderschap. En eerlijk gezegd kom ik bij teveel bestuurders in de zorg apathie en terneergeslagenheid tegen. Men verzet zich niet meer, of heeft het opgegeven. Men zit in de zelfverdediging naar aanleiding van incidenten. Te weinig kom ik bestuurders of koepels tegen die vanuit de existentie van de zorg zich verweren, en draagvlak organiseren. Dat betekent dat de zorg innovatie moet plegen om nieuw draagvlak bij patiëntenverenigingen en aanverwante netwerken te krijgen. Zeker in het geval van allochtonen is dit draagvlak onvoldoende. Zij zijn slecht vertegenwoordigd. Uiteindelijk zal de tevredenheid over de zorg van burgers dominant zijn als de zorgverleners een strategisch bondgenootschap kunnen aangaan met deze mondige burgers. Dat kan, maar dan zal een cultuuromslag en een verzet tegen doorgeslagen

⁵ Desiderius Erasmus, Lof der Geneeskunde, 1518 (vertaling: István Bejczy), Donker, Rotterdam, 2001.

economische logica in de eigen organisatie georganiseerd moet worden. Niet dat u persoonlijk de markwerking kunt omdraaien, maar wel dat u de kwaliteit en de beroepsstandaard te allen tijde hoog houdt. Dat u dit transparant doet. Dat geeft medestanders. Tijd dus om uit de verdrukking te komen. Tijd om op te houden met navelstaarderij.

Naar mijn mening is de gezondheidszorg, en vooral de toegang daartoe voor nieuwe Nederlanders, teveel in het **integratieverdomhoekje** geraakt, terwijl zij volgens de zojuist genoemde basisprincipes en ethische codes gewoon een basisrecht is. Wie het integratieperspectief inruilt voor een zorgperspectief, ziet het plaatje van de toegang tot die zorg voor migranten en hun kinderen meteen van kleur verschieten.

Dan zegt een arts nooit tegen een allochtone patiënt: ik kan u niet helpen want u spreekt onvoldoende Nederlands.

Dan scheidt de overheid ruimte voor experimenten met bejaardenafdelingen voor mensen van niet-westerse afkomst.

Dan maak je de zorg niet afhankelijk van een paar niet-westerse consultants maar richt je je instelling in op geheel Nederland.

Dan ontwikkel je specifiek beleid, doe je aan bijscholing en werk je aan een cultuuromslag. Iedereen heeft even veel recht op gezondheidszorg. Dat is een fundamenteel mensenrecht. Dat is een gedeelde zorg. En als we die zorg delen, zullen we ook samen zorgen en uiteindelijk leven.

Afsluiting



Te bestellen via www.leeuwendaal.nl

of bij:

Leeuwendaal

postbus 1255

2280 CG Rijswijk

T (070) 414 27 00

F (070) 414 26 00

E pcl@leeuwendaal.nl