

Een volk dat zorgt, is een volk dat leeft

Paul Cremerslezing 2009

22 april 2009 Rotterdam

Sadik Harchaoui

Voorzitter van de Raad van Bestuur FORUM

Voorzitter van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)

0. Introductie

Dames en heren,

Het verzoek van de organisatoren van de Paul Cremerslezing 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 graag 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. En 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 kinder- 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 luttel aanpassingen zo tot standaardwerk over toegang tot zorg voor migranten kunnen worden verheven. Kortom: een spoedcursus was mijn cadeau. Dank daarvoor. En 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 wel over?

De stelling die ik in deze lezing wil betrekken is dat de toegang tot zorg een fundamenteel (mensen)recht is en dat daar vanuit 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 in deze driekwartier die mij gegund wordt, 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 kan dichten.

Mijn lezing is als volgt opgebouwd:

1. Allereerst: wat is het probleem: enkele feiten en gegevens over de gebrekkige toegang van migranten tot de zorgverlening. Ik noem enkele cijfers over gezondheidsverschillen tussen allochtoon en autochtoon als ook verschillen in het gezondheidsgebruik. Ook sta ik stil bij het zorgaanbod, de beroepsgroep en of die voldoende toegesneden is op de zorgbehoefte van migranten.

2. Vervolgens: Waarom treden deze verschillen op? Ik wil ingaan op de factoren waar het naar mijn idee niet aan ligt. Het ligt bijvoorbeeld niet aan een gebrek aan kennis. Eigenlijk weten we namelijk heel veel. Maar we weten die kennis om een of andere manier niet te kapitaliseren in de praktijk. En dat komt – 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 gaan over de concurrerende logica's die bewust of onbewust in de zorg opgeld doen 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 eigenlijk wel de kwalificatie die ik het meest zowel in de gesprekken als in de literatuur tegenkom. Ondanks alle mooie projecten, programma's en ondernemerschap: een trendbreuk is nog ver weg.

3. Tot slot zal ik iets zeggen in welke richting die reframing gezocht moet worden. Namelijk in het loslaten van een aantal frames (bijvoorbeeld die van integratie) en in de toepassing van de rechtsstatelijke logica.

1. Wat is het probleem waar we over spreken: Allochtone patiënten, bijzondere zorgen

1.1. Allereerst een aantal gezondheidsverschillen

Hoewel we een groeiende kennis bezitten over **gezondheidsverschillen**¹ is er niet echt een 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, 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. De zuigelingensterfte onder allochtonen ligt soms 20 tot 35% hoger dan onder autochtonen. We weten dat bij neef-nicht huwelijken de kans op erfelijke ziekten groter is. Dat betrekkelijk veel kinderen van migranten sterven door een ongeluk. We weten veel over tienerzwangerschappen, en het veld van de psychosociale

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

problemen wordt langzamerhand ontgonnen. Niet alleen schizofrenie, ook de frequentie van zelfmoordpogingen, omgang met homoseksuele gevoelens, depressies en wat dies meer zij. Promoties op dit terrein nemen dan ook toe. Zoals die van die van Fatima El Fakiri aan de Erasmus Universiteit over preventie van cardiovasculaire ziekten (hart- en vaatziekten) in achterstandwijken.²

Maar let wel - en dat vind ik heel belangrijk - de klachten van allochtone patiënten zijn niet alleen terug te voeren op hun etniciteit. Veel migranten en hun kinderen leven onder **stille stress**. Onder 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 extreme psychische problemen leiden. En steeds meer aandacht is er ook voor preventie van ongezond gedrag. Verschillende onderzoeken wijzen op de noodzaak van specifieke aandacht voor migranten en hun kinderen.³ Het hoge medicijngebruik is bekend.

Nog vele domeinen van kennis zijn 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 hinken 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 theatraal zou noemen”.

1.2. Vervolgens het zorggebruik

Ook met betrekking tot zorggebruik van migranten (of juist de 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!). En het is waar dat de scootmobiel of de maaltijdservice een tamelijk onbekend fenomeen is in allochtoon Nederland. Het tekort van de WMO in het bereik voor andere dan de standaarddoelgroepen begint inmiddels door te sijpelen, getuige de DVD's, projecten op lokaal niveau en de toenemende aandacht vanuit VWS. De gang naar de huisarts is bekend, de ziekenhuisopname, het gebruik van terminale zorg, logopedie, ontevredenheid met het bureau Jeugdzorg ook.

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

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

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

1. Uit het recente boek over zijn dement wordende moeder van Tahar ben Jelloun. Het geeft ons een inkijk over 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.” En:

“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, Yemna, 2009)

2. **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?

3. 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.

Waarom vertel ik deze voorvallen: Ik vertel ze omdat dat zorgverleners mijns inziens een eigen kijk hebben of horen te hebben op hun zorgvragers. Voor het invullen van die kijk is echter kennis vereist. Die kennis is voor een deel aanwezig, maar tegelijk ook diffuus.

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 verstrekt 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 naar 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. 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 van allochtonen ligt.

1.4. Conclusie: naar een bredere context

Ik concludeer een aantal dingen

1. Niet-westerse mensen hebben meer en soms geheel **eigen klachten** en daarmee een specifieke zorgvraag.
2. De zorg is nog onvoldoende op de behandeling van hun zorgklachten ingesteld.
3. En de beroepsgroep worstelt nog met de vraag hoe interculturele zorgverlening het meest effectief geïmplementeerd kan worden. Veel meer dan enkele etnische factoren spelen een rol in de zorgverlening aan allochtone burgers: hun vaak armoedige omstandigheden, het lage inkomen, de ontbrekende opleiding, de ongezonde levenswandel die vaak met armoede gepaard gaat.
4. Onze kennis van de hiaten in de zorg voor een gemêleerd gezelschap zorgvragers neemt toe, het handelingsrepertoire blijft er echter nog bij achter. Onmiskienbaar zal onze kennis verder toenemen en zal er nog meer kennis beschikbaar komen. Zo draait ZonMw op dit moment een omvangrijk en ambitieus programma naar diversiteit in het jeugdbeleid. *Gelijke kansen voor migrantenkinderen*, waarbij er veel wordt gedaan op het terrein van interculturele kennis.

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

2. De logica's die de zorg momenteel domineren

Waarin dan wel: ik kom naar het tweede onderdeel: de logica's waarin de zorgverlening naar mijn idee momenteel gevangen zit en die haaks staan op haar eigen professionaliteit. Ik noem er een aantal, die ik omwille van de tijd niet allemaal kan behandelen.

- * de integratielogica
- * de marktlogica
- * de familiale logica
- * de politieke en medialogica

2.1 Integratielogica

Ook de gezondheidszorg is helaas onderdeel geworden van het integratiedebat. Op twee manieren. De zorg en de beroepsgroep functioneren binnen een maatschappelijk kader, het kan niet anders. Zij maken integraal deel van de samenleving uit. Met als gevolg dat zij de agenda van de zorg vanuit een integratieperspectief opzetten. De agenda en de zorgen van de samenleving nemen zij over. Het gaat daarbij om wachtlijsten, of 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. Niet vanuit een zorgperspectief, maar vanuit een integratieperspectief. En dan heb ik het niet over prof. Smalhout die waarschuwt tegen de islamisering in zijn columns. Maar over plastisch-chirurgen die een opinie schrijven over waarom jongensbesnijdenis discriminatoir is. Artsen die geen hand krijgen van orthodoxe moslims, pakken de pen op om voor dit gebrek aan integratie aandacht te vragen. Gynaecologen die aandacht vragen voor 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. 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, gesegegreerde zorginstellingen voor migranten en hun kinderen, onwenselijk is. Ook als dat de vrucht is van de zo gewilde marktwerking. 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 verzorgingsinstellingen 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 is weinig steun voor een diverse aanpak in de zorg. Bijna de helft van de Nederlanders vindt maar 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 zouden zijn. En ik heb ook niet gezegd dat het onjuist zou zijn dat zorgverleners problemen agenderen. Wat ik constateer is 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

De economische zorglogica als gevolg van marktwerking. Sleutelbegrippen hier zijn ondernemerschap, concurrentie, de zorgvrager als zorgconsument, efficiency, tijdmeting, zorgprotocollen: aantal geholpen cliënten per tijdseenheid (productievolume).

Het verhaal is al veel vaker verteld, en u kent het ongetwijfeld ook beter dan ik. 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 elke type zorgverlening geld in het laadje. Zie ook het voorstel van Rob Oudkerk in Amsterdam met zijn organisatie om 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 interessant of deze marktlogica ook de toegang van de zorg voor migranten weet te beperken? En in zijn algemeenheid kunnen we toch wel stellen dat in Nederland

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.

'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: ouderen, analfabeten en – ja ook migranten. De RMO heeft er een interessant advies over geschreven: *Toegang tot recht*: Op papier is in Nederland alles voor iedereen even toegankelijk in de praktijk zijn er allerlei belemmerende factoren.

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 van Hans Achterhuis, 1980 is er dan toch. Voice, loyalty en exit. Exit en voice vormen het dominante reguleringsmechanisme. Maar juist voice (en ook exit) is zo slecht ontwikkeld als het om migranten gaat. Ronald May, werkzaam bij Altrecht, wijst op de concurrentie. Noagg, centrum voor interculturele gezondheidszorg is een succes en de reguliere afdelingen verwijzen door naar Altrecht. Allochtone medewerkers vertrekken uit de reguliere afdelingen, omdat ze hun opleiding nog beter kunnen laten renderen. Mag ik u een voorbeeld geven van slechts één geval dat mij ter hand is gedaan in de gesprekken:

De zorgverzekeraar maakt afspraken met zorgverleners over aantallen (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. En dat gebeurt dan ook vaak niet. Een van mijn gesprekspartners: "allochtone cliënten zijn dan niet lucratief". Er zijn instellingen die signaleren dat er een ondervertegenwoordiging is en dat dus groepen niet de hulp krijgen die ze verdienen. Outreachend werken is dan het toverwoord. Er zijn gevallen waarin dat uiterst succesvol is. 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 via allerhande 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 tweedelijsinstelling 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 aan mantelzorg. Hier is de zorgverlening gecentreerd rond een of enkele familieleden die tegen - tegenwoordig - geringe vergoeding maar vooral met veel aandacht en tijd zorg verlenen aan eigen familieleden buiten de institutionele zorg om. Sleutelmechanismen zijn hier: persoonlijke aandacht, liefde, huiselijke situatie, onregelmatigheid. Veelal is er sprake is 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 (15, 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, lopen zichzelf voorbij. Ze weten niet dat ze steun kunnen krijgen van professionele hulpkrachten, dat er zorgrespijtoorzieningen 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: andere taal en gewoonten rond zorg en onbekendheid met de zorgsystemen. Op de mantelzorgtop van dit jaar riep ik daarom de hele infrastructuur rond de mantelzorg aan een representativiteitstoets te onderwerpen. Tot dusverre nog weinig weerklank.

De politieke zorglogica

In de politieke logica gaat het om verschillende dingen: de sociale rechtvaardigheid en de verdeling van schaarste. Het gaat hier bijvoorbeeld om de verplichte verzekering die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Om de toewijzing van de zorg die gebeurt op basis van de ernst van de ziekte. Om noties als vrijheid, gelijkheid en solidariteit. Ik stel de logica vast. Logisch gedrag daarbinnen kan echter ver te zoeken.

Maar het gaat ook om meer onder 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 en vaak harde maatregelen te nemen en die strak na te leven via allerlei controle en verantwoordingsmechanismen. Dit leidt tot een protocollaire schijnwerkelijkheid van keurmerken en allerhande kwaliteitscriteria waarin – in de woorden van ons raadslid Paul Frissen: lees zijn boek over de staat van het verschil – we 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 hebben. 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 – 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 (politieke, media en integratielogica). 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 (integratie- en marktlogica). Kapitaalvernietiging dus.

3. Rechtenbenadering: de rechtstatelijke logica

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: vakinhoudelijke kennis en vaardigheden staan voorop. Het beroep van zorgverlener staat hier centraal.⁵ 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 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.

Elk recht heeft zijn beperkingen, ook het zelfbeschikkingsrecht. Dat wordt beperkt door het zelfbeschikkingsrecht van anderen - denk maar aan iemand met een besmettelijke ziekte, die 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 hun 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

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

voor hem. 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 KNMG en de 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”. “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 is dat het imago van de zorg ongetwijfeld zal verbeteren.

“Het blootleggen van al deze diep verborgen kennis, het bevatten van zo ingewikkelde zaken met de krachten van het verstand, het opslaan van zovele 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 de lofrede van Desiderius Erasmus op de geneeskunst in zijn *Lof der Geneeskunde*.⁶ Deze lofrede zal in de huidige context niet afgestoken worden, maar toch...

Die 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 zal wel leiderschap vergen. En eerlijk gezegd kom ik bij teveel bestuurders in de zorg de apathie en de 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 tegen of koepels 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 e.d. te krijgen. Zeker in het geval van allochtonen is dit 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 culturomslag en een verzet tegen doorgeslagen economische logica in de eigen organisatie georganiseerd moeten 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.

5. Afsluiting

⁶ Desiderius Erasmus, *Lof der Geneeskunde*, 1518 (vertaling: István Bejczy), Donker, Rotterdam, 2001.

Naar mijn mening is de gezondheidszorg, en vooral de toegang daartoe voor nieuwe Nederlanders, dus 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, want 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.