

In dit nummer:

- Interview straatdokter Marcel Slockers
- Psychologen belangrijk voor mensenrechten
- Stand van zaken mensenrechten en gezondheidszorg
- **Toegankelijkheid van zorg**
- Een donateur aan het woord



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Van de redactie

In deze editie van de nieuwsbrief van de JWS ligt het accent op de discussies over de toegankelijkheid van zorg. Over het algemeen is de zorg goed in Nederland. Het resultaat van voortdurende inspanningen van de medische beroepsgroep in dialoog met politiek, overheid en verzekeraars. De grote stelselwijziging naar marktwerking in 2006, de trend naar minder intramurale zorg en de behoefte de kosten in de zorgsector te beteugelen vragen om een alerte houding van professionals in de gezondheidszorg om knelpunten te signaleren. Alleen al het gegeven dat in 2015 en 2016 de minister desgevraagd aan de Kamer meedeelde dat de toegankelijkheid van zorg niet verminderd is door het eigen risico (gebaseerd op rapport NIVEL) terwijl de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en zorgverzekeraar VGZ wel een toename van zorgmijding door het eigen risico signaleren (o.a. gebaseerd op onderzoek van NPS NIPO), betekent dat oplettendheid is geboden.

Van oplettendheid en het vervolgens nemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen we iets leren van Marcel Slockers, te lezen in het interview. Een aantal artikelen is geïnspireerd door het JWS symposium over het thema toegankelijkheid van zorg. Loes van Willigen legt in de voorzitterscolumn uit waarom het thema JWS ter harte gaat. De sprekers op het symposium hebben allen een bijdrage voor dit nummer geleverd. Dit levert een aantal verrassende inzichten op; Sebastiaan Garvelink stelt dat het recht op zorg helemaal niet zo goed geborgd is in het gezondheidsrecht. Lewi Vogelpoel analyseert trends in de verschuiving van beschikbare budgetten en concludeert dat het zorgelijke obstakels in de dagelijkse praktijk oplevert. Prof P. Verhaak onderzoekt de consequenties voor de GGZ en de eerstelijns-professionals, als gevolg van het feit dat de poort (huisarts) meer moet opvangen en de doorstroming naar meer gespecialiseerde hulp moeilijker is geworden. Francis Bolle, met de blik van de transmurale zorg en wijkzorg, maakt duidelijk dat er nog veel moet gebeuren om de zorg goed toegankelijk te maken voor met name de kwetsbare en minder mondige of wilsbekwame patiënten.

Natuurlijk besteden we aandacht aan de stand van zaken en de actuele ontwikkelingen op het gebied van mensenrechten en zorg. De JWS is dankbaar voor de steun van alle donateurs. We laten een donateur aan het woord en JWS laat in haar jaarrekening zien hoe de middelen zijn besteed. Natuurlijk gebeurt er niks zonder de belangeloze inzet van vrijwillige redacteuren en bestuursleden en allen die hand en spandiensten verrichten. We zijn dan ook verheugd u deze nieuwsbrief weer te kunnen aanbieden. Met deze uitgave hopen wij een bijdrage te leveren aan het debat en gehoor te geven aan de wakkere gezondheids-professionals onder ons. Ten slotte hopen we u natuurlijk te inspireren.

Lisette Luykx
Huisarts en lid van de Nieuwsbrief redactie



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

'Dakloze heeft recht op erkenning'



"Het belangrijkste mensenrecht is dat mensen in je geloven, dat je voor hen bestaat, ook al ben je zwak begaafd, heb je borderline of doe je aan zelfverminking." Zo formuleert Marcel Slockers de opvatting van waaruit hij werkt als

'straatdokter'. Die geuzennaam draagt hij door zijn werk voor Rotterdamse daklozen, niet op straat maar in het nachtverblijf voor daklozen Havenzicht. Als hij een rondje loopt door het moderne gebouw kent hij zijn klanten: "Gaat het nu een beetje beter?"; vraagt hij een patiënt in de 'woonkamer' die blauw staat van de rook. "Ja, je moet die antibiotica blijven slikken"; beantwoordt hij in het voorbijgaan een vraag en tegen een in elkaar gedoken figuur op een bank: "Ik zie je woensdag weer, hè, niet vergeten".

Hij heeft een gewone huisartsenpraktijk in een naburige nieuwe wijk van Rotterdam. "Ik wil ook contact houden met de gewone bevolking, weten wat daar leeft en speelt." Maar het is duidelijk dat zijn hart uitgaat naar het werk voor daklozen, waaraan hij een kwart van zijn werkweek besteedt. En op zijn zestigste denkt hij nog niet aan stoppen; lachend: "Ik heb misschien een vorm van ADHD, maar ik kan er goed mee omgaan."

Havenzicht was ooit gevestigd in een oud schoolgebouw, maar nu staat er een nieuw gebouw, "waarschijnlijk het mooiste daklozenverblijf van de wereld", waarin de verpleegruimten voldoen aan de modernste eisen. De beveiliging is tot grote hoogte opgevoerd: In de trapgaten hangen netten om suicideplannen of -dreigingen kansloos te maken, bij de ingang staat een detectiepoort die op metaal reageert ("een mesje moeten ze inleveren bij de portier, maar dat krijgen ze volgende ochtend weer terug, want dat hebben ze nodig om hun basepijp te gebruiken") en de portier heeft met een grote hoeveelheid schermpjes via camera's zicht op alle ruimten. "Als er nu ruzie ontstaat over een pakje shag, kunnen we terugspoelen om te zien wie het heeft weggenomen." Het gebouw omvat een nachtopvang van 42 (stapel)bedden in kleine zaaltjes, 20 bedden op de verpleegafdeling en 17 plaatsen voor ex-daklozen die om medische gronden opgenomen blijven en nergens anders terecht kunnen. Het gebouw is vrijstaand maar tegenover de ene zijkant staat een winkel in soft drugs en aan de andere kant van het gebouw loopt de brede Willem Ruyslaan, met daaraan de studentensociëteit Bikini. Het is maar de vraag wat het meeste overlast geeft", glimlacht Slockers. Burgemeester Aboutaleb, volgens Marcel Slockers de held van Rotterdam die niet wil dat er in zijn gemeente mensen buiten moeten slapen, heeft het nieuwe Havenzicht enkele jaren geleden geopend. "Hij heeft ooit minister Schippers uitgenodigd en haar toen de situatie rondom onverzekerden laten zien. Dat heeft wel wat losgemaakt."

13 juni symposium straatdokers

De Nederlandse Straatdokers Groep (NSG) houdt dinsdag 13 juni het (vierde) Nederlandse Straatdokers Symposium. De NSG is de uitvoeringsorganisatie van de Doctors for Homeless Foundation, die in 2008 in Amsterdam is gesticht. Om o.a. het netwerk van gezondheidswerkers in de dak- en thuislozenzorg te versterken richtte zij in 2014 de NSG op, die jaarlijks een symposium organiseert. Vorig jaar telde dat tachtig deelnemers van wie 44 artsen en verpleegkundigen.

De symposia worden gehouden in de Verkadefabriek in 's-Hertogenbosch. Het programma biedt dit jaar raakvlakken met het project 'Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in Nederland'.

Meer informatie op www.doctorsforhomeless.org

In 2014 waren de onbetaalde premies van verzekerden hoog opgelopen. Dat werd opgelost door iedereen zonder adres te schrappen, met als gevolg dat de helft van hen geen medische zorg meer kon krijgen. Dat probleem trok de aandacht van het tv-programma Nieuwsuur, dat in Rotterdam naar Marcel Slockers werd verwezen, "want ze kennen mijn grote mond". Het werd vervolgens de opening van het achtuurjournaal en dat leidde weer tot Kamervragen. Het resultaat is dat 1 maart van dit jaar een regeling is ingegaan die ook daklozen zonder adres medische zorg biedt. Die zorg wordt nu betaald uit een noodpot van twaalf miljoen (meldpuntonverzekerdezorg.nl).

Regeling van kracht die ook daklozen zonder adres zorg biedt

In Havenzicht is dag en nacht een verpleegkundige aanwezig die zo nodig kan terugvallen op een huisarts. Uit een recent onderzoek onder daklozen in de vier grote steden is gebleken (dissertatie van september 2016 van de Rotterdamse psychologe Barbara van Straaten) dat 29 procent van hen kampt met verstandelijke beperkingen, tegen één procent van de totale bevolking. De psychologe volgde vijfhonderd daklozen; na 2,5 jaar bleek twee op de drie van hen stabiel gehuisvest te zijn, overigens zonder dat hun schuldensituatie was verbeterd. Onder hen die geen huisvesting hadden gekregen waren daklozen met een justitieverleden oververtegenwoordigd.

Marcel Slockers ziet in de weekeinden soms ook terbeschikkinggestelden bij Havenzicht aankloppen. Zij hebben wekeindverlof gekregen zonder thuisfront om op terug te vallen of daar niet (meer) toegelaten worden.

Wel recht op zorg, toch toegang geweigerd bij gangbare instituties

De straatdokter weet dat overheidsinstanties vaker steken laten vallen als daklozen bij hen aankloppen. Hij verwijst naar een onderzoek van het Trimbosinstituut (Landelijke toegang opnieuw bekeken, 2015) dat honderd mysteryguests bij overheidsinstellingen liet aankloppen. In 59 procent van de gevallen werd hun de toegang geweigerd, hoewel zij aan de toelatingseisen voldeden.

“Een hele verbetering”, constateert Marcel Slockers ironisch, “want twee jaar eerder was het percentage 72. Maar als in mijn woonwijk 59 procent bijvoorbeeld geen hypotheekaf trek meer zou krijgen, brak de pleuris uit.” Hij geeft ook colleges op de naburige Erasmus Universiteit waar hij de medisch studenten voorhoudt: “Je kunt als overheid wel streven naar opvang in eigen netwerk, maar als jullie in je mobieltje kijken staan daarin allemaal mensen met een IQ van boven de honderd, bij de gasten van Havenzicht staan daar alleen maar mensen met een IQ onder de zeventig in.”

Hij heeft ervaren dat zij hun beperking goed kunnen verbloemen. Daarom krijgen zij bij hun eerste bezoek aan Havenzicht een soort sneltest voorgelegd. De bedoeling is na te gaan of hun beperking (mede) heeft geleid tot dakloosheid. Soms hebben collega-artsen medische oorzaken over het hoofd gezien. “We kregen hier een man binnen die niet kon lopen zonder te vallen, vooral in de schemering. Hij leek voortdurend dronken, maar had ernstige staar in beide ogen, dat zag ik direct. Het duurde door onverzekerde weken voordat ik had geregeld dat hij kon worden geopereerd, maar toen kon hij me wel zoenen.”

Behalve veel psychiatrische klachten komt hij als straatdokter ook opvallend veel problemen met voeten tegen. De dakloze loopt immers veel en vaak op slecht schoeisel. “Ik denk dat ik meer van voeten afweet dan menig arts van een voetbalclub.”

Marcel Slockers draagt die ervaringen graag uit, behalve door colleges op de medische faculteit - “de patiënt die staar had neem ik mee” - ook door het schrijven van columns in Medisch Contact (medischcontact.nl). En hij is bovendien actief in de Nederlandse Straatdokers Groep (zie kader).

Ger Dullens
Journalist

E-cursus zorg ongedocumenteerden geactualiseerd

UIT gelicht



De e-cursus van de Johannes Wierstichting over zorg voor ongedocumenteerden is geactualiseerd. De uitvoering van de financieringsregeling voor ongedocumenteerde migranten wordt sinds begin dit jaar uitgevoerd door het Centraal Administratie kantoor.

De e-cursus bestaat uit twee modules en is geaccrediteerd voor diverse beroepsgroepen.

De cursus is bedoeld voor zorgverleners die te maken (kunnen) krijgen met ongedocumenteerde patiënten en geeft inzicht in de manier waarop de toegang tot zorg voor deze groep geregeld is en geeft tevens handvatten voor zorgverlening aan ongedocumenteerden.

Het Nederlands Instituut van Psychologen: Psychologen belangrijk voor mensenrechten

In juli 2013 besloot de algemene vergadering van de EFPA (European Federation of Psychologists' Associations) een Task Force Human Rights and Psychology op te richten.

'Considering the ongoing threat to human rights in the world, the EFPA GA proposes that EFPA more strongly articulates psychologists' responsibilities and develops a policy for counteracting human rights violations.'
Mensenrechten gaan over -ongelijke- menselijke relaties. De principes van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) vormen daar bij het uitgangspunt: menselijke waardigheid, de vrijheid om zich te ontwikkelen en inclusie.

Ook op het niveau van de nationale associaties bestaat behoefte om psychologen als dutybearers meer te betrekken bij de promotie van mensenrechten, de preventie van mensenrechtenschendingen en de verlichting van het leed ontstaan door die schendingen. Daarom startte het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) in oktober 2014 de projectgroep 'Mensenrechten en Psychologie' (M&Psy).

Bewust maken van belang mensenrechten voor de psychologie

Het doel van de projectgroep M&Psy is het bewustmaken van het belang van mensenrechten voor de psychologie, zowel in praktijk, theorie als beleid. Daarnaast wil de projectgroep M&Psy de bijdrage bevorderen die psychologen kunnen leveren aan mensenrechten. Dit geldt voor alle psychologen in welk werkveld ze ook werken. 'Mensenrechten en Psychologie' raakt psychologen en hun associaties in de praktijk. Het is een vakgebied dat sterk in ontwikkeling is en er bestaat de noodzaak, gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, daar meer bekendheid aan te geven en tools te ontwikkelen.

De projectgroep M&Psy organiseert regelmatig thema-avonden. De avond over Vluchtelingen, in november 2015, resulteerde in het 'Netwerk Vluchtelingen' waarin psychologen die met of rond vluchtelingen werken informatie en steun met elkaar kunnen uitwisselen. Recent organiseerde M&Psy de thema-avond 'Uitsluiting maakt ziek – professionals vóór inclusie', samen met de sectie Interculturalisatie (NIP), de afdeling Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Johannes Wier Stichting en het College voor de Rechten van de Mens.

De projectgroep M&Psy speelt in op de actualiteit: contact met de IND, een symposium over de betrokkenheid van artsen en psychologen bij de ondervragingen in Guantanamo Bay samen met de BEZ (NIP-ethiek) en artikelen in de Psycholoog.

Daarnaast is de projectgroep M&Psy bezig met een aantal initiatieven, waaronder:

- De grenzen van het vakgebied onderzoeken, met als doel als psycholoog meer over mensenrechten te leren en sociale verantwoordelijkheid te kunnen nemen.
- Met collega's van gedachten wisselen over mogelijke misstanden die men in de praktijk tegenkomt bij de hulp aan vluchtelingen, en vragen en kennis delen.
- Samenwerken met andere organisaties.
- Mede voorbereiden van de mensenrechten-bijdrage aan de *European Congress of Psychology* in 2017 in Amsterdam.
- Informatie verzamelen vanuit de media over (schendingen van) mensenrechten en daar waar nodig op reageren.
- Persberichten schrijven op belangrijke dagen voor mensenrechten.
- Bijhouden van de themadossiers met relevante artikelen en documenten over mensenrechten op de website van het NIP.
- Steunen van de *EFPA Board Human Rights and Psychology* die onlangs een aantal mensenrechten-instituten in Genève heeft bezocht.



*Polli Hagenaars
Psycholoog, Board Human Rights and
Psychology (EFPA)*

Stand van zaken mensenrechten

Het afgelopen jaar heeft de Nederlandse regering weer flink wat aanbevelingen mogen ontvangen op mensenrechtengebied. In november 2016 kwam het VN-Vrouwencomité met aanbevelingen en een paar maanden later kwam het Europese Comité voor de Preventie van Foltering met een rapport. Binnenkort kunnen er aanbevelingen verwacht worden van het VN-Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, en de Universal Periodic Review van de VN-Mensenrechtenraad. Nu het VN-verdrag Handicap door Nederland is geratificeerd zullen er op dat vlak in de toekomst ook verbeterpunten worden aangedragen door een VN-Comité. Tussen de aanbevelingen van al deze verschillende organen zitten meestal ook onderwerpen die raken aan de gezondheidszorg.

VN-verdrag Handicap geldt nu in Nederland

Sinds 14 juli 2016 is het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap in Nederland in werking getreden. Op grond van dit mensenrechtenverdrag heeft de overheid een verplichting om de positie van mensen met een beperking te verbeteren. Het betekent dat mensen met een beperking op een volwaardige manier moeten kunnen deelnemen aan de samenleving. Dit geldt voor alle levensgebieden, zoals wonen, werk, onderwijs, vervoer en vrijetijdsbesteding. Hoewel het verdrag in de eerste instantie is gericht op de overheid bevat het ook handvatten voor zorgprofessionals over hoe er binnen de zorg kan worden gewerkt aan inclusie van mensen met een beperking. Vilans, adviesorganisatie voor de zorg, heeft hierover een inspiratiedossier voor zorgprofessionals gepubliceerd.¹

VN-Vrouwencomité: Nederland moet de rechten van vrouwen beter waarborgen

Het VN Comité inzake de uitbanning van discriminatie van vrouwen heeft in november 2016 aanbevelingen uitgebracht naar aanleiding van de vierjaarlijkse regerings-rapportage over de positie van vrouwen in Nederland. Op het gebied van zorg en welzijn had het comité verschillende verbeterpunten. Zo moeten huisartsen de abortuspil kunnen voorschrijven aan vrouwen die overtijd zijn en moet er in de gezondheidszorg een op mensenrechten gestoeld protocol worden ontwikkeld voor de behandeling van transseksuele kinderen.²

Europees Comité voor de preventie van Foltering bezoekt Nederland

Het Europese Comité voor de Preventie van Foltering (CPT) bezocht in mei 2016 Nederlandse gevangenis, penitentiair psychiatrische centra en politiecellen. Naar aanleiding van dit bezoek werd in januari 2017 een rapport uitgebracht waarin ook gezondheidszorg voor gevangenen aan bod kwam. Het CPT is van mening dat gezondheidszorg in gevangenis moet worden herzien door artsen een actievere rol te geven in gevangeniszorg. De medische screening van nieuw aangekomen gevangenen kan volgens het CPT beter en de aanpak van drugsverslaving zou een meer medische en minder bestraffende benadering moeten hebben.³

Nederland weer aan de beurt bij VN-organen voor mensenrechtenorganen

Nederland kan de komende tijd nog meer aanbevelingen verwachten op mensenrechtengebied. In mei/juni 2017 moet Nederland weer verantwoording afleggen aan het VN-Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten. Op basis van de vijfjaarlijkse regeringsrapportage en een dialoog met een regeringsdelegatie zal het Comité beoordelen in hoeverre het VN-Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten in Nederland wordt nageleefd. De Johannes Wier Stichting heeft door middel van bijdrage aan een NGO-rapportage informatie aan het Comité aangeleverd over de gevolgen van de transitie in de zorg voor de thuiszorg en de GGZ voor jongeren, de afschaffing van de rijkssubsidie voor de tolken en vertaaldiensten, en het recht op een zo goed mogelijke gezondheid in vreemdelingendetentie.⁴

Op 10 mei 2017 is Nederland weer aan de beurt tijdens de Universal Periodic Review (UPR) van de VN-Mensenrechtenraad. Door middel van dit proces bediscussieert de Mensenrechtenraad met een cyclus van vier jaar de mensenrechtensituatie in de VN-lidstaten. In tegenstelling tot de VN-Comités die aan een mensenrechtenverdrag zijn gekoppeld zijn de vragen en aanbevelingen niet afkomstig van experts maar van andere VN-Lidstaten. Als gevolg hiervan kunnen de besproken onderwerpen zeer uiteen lopen en is het daarom lastig te voorspellen wat voor aanbevelingen er zullen zijn op het gebied van gezondheid.

In de tussentijd heeft ook het VN-Mensenrechtencomité, dat toeziet op de naleving van het VN-Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, voorbereidingen getroffen om volgend jaar aanbevelingen aan Nederland te doen. In maart heeft het comité een vragenlijst opgesteld voor de Nederlandse regering om inzicht te krijgen in de situatie in Nederland op het gebied van burgerrechten en politieke rechten. Kwesties op het gebied van gezondheid die hierin aan de orde zouden kunnen komen zijn: het recht op privacy en het elektronisch patiënten dossier, het gebruik van onrustbanden in de GGZ en het effect van vreemdelingendetentie op de geestelijke gezondheid.⁵

*Alicia Dibbets
Mensenrechtenonderzoeker en trainer*

¹ I. Redeker, M. de Meijer, Inspiratiedossier: VN-verdrag en zorgorganisaties, Vilans, 2017
Via: www.vilans.nl/publicatie-inspiratiedossier-vn-verdrag-handicap.html

² CEDAW, Concluding observations on the sixth periodic report of the Netherlands, 18 november 2016

³ CPT, Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands, 19 januari 2017

⁴ NJCM, Joint Parallel Report to the Sixth Periodic Report of the Netherlands on the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, augustus 2016

⁵ NJCM, Dutch NGOs contribution to the List of Issues prior to the submission of the Fifth Periodic Report by the Netherlands on the International Convention on Civil and Political Rights, december 2016

COLUMN

Over toegankelijkheid van de zorg gesproken

Een psychologe werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jongeren vertelde mij in het najaar dat zij een suïcidale jongere mogelijk niet meer opgenomen kon krijgen, omdat het budget van de gemeente voor de jeugdzorg was uitgeput. In korte tijd was dit haar tweede, vergelijkbare casus. Voor de eerste kon zij toch nog een opname in een GGZ instelling gerealiseerd krijgen door veel energie en kostbare (zorg)tijd te investeren in haar contact met de gemeente. Bij de tweede dreigde zij moedeloos te raken. "Als deze jongen met succes suïcide pleegt word ik er daarop aangesproken, niet de gemeente."

Het is maar een voorbeeld van wat er in de gezondheidszorg gaande is. Sinds de invoering van de marktwerking in de zorg en de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten zijn de wachtlijsten voor care en cure toegenomen. Een toenemend aantal mensen blijkt door de hoogte van het eigen risico zorg te mijden. In vele gemeenten wordt op de thuiszorg fiks bezuinigd. Vluchtelingen en migranten die het Nederlands onvoldoende beheersen kunnen sinds enkele jaren niet meer rekenen op een tolk in de zorg, waardoor een goede communicatie met hun zorgverlener wordt belemmerd. De toegankelijkheid van de zorg voor een ieder lijkt niet dus meer een vanzelfsprekendheid te zijn.

Toegankelijkheid van de zorg is een van de voorwaarden om het 'recht op gezondheid', d.w.z. het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid, te verwezenlijken. Daar dit onze missie betreft vormden de hierboven beschreven signalen aanleiding om het symposium over de staat van de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg te organiseren. Het was een boeiende bijeenkomst, waarover u elders in deze nieuwsbrief meer leest. De verschillende sprekers belichtten ieder een deel van de huidige problemen in de toegankelijkheid van de zorg, waardoor daar een breed, maar ook een complex beeld van ontstond. Een breed gedragen conclusie hoe de problemen opgelost zouden kunnen worden leverde het symposium dan ook niet op. Wat echter wel 'tussen de regels' hoorbaar was is dat niet alleen patiënten - en veelal de meest kwetsbare onder hen - te lijden hebben van de huidige problematiek in de zorg, maar ook hun zorgverleners en -organisaties. Enkele voorbeelden daarvan werden door de sprekers genoemd. Huisartsen worden geconfronteerd met onvoldoende beschikbaarheid van ambulante en klinische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische problematiek, waardoor een groter aantal van hun patiënten in een crisis raakt. Ziekenhuizen dreigen in financiële problemen te komen, waardoor er een beperking van het aantal beschikbare bedden ontstaat, met bijvoorbeeld overvolle spoedeisende hulpdiensten zonder doorstroom bij gebrek aan verpleeghuisbedden. Door een tekort aan wijkverpleegkundigen en verzorgenden worden mantelzorgers zwaar belast, met het risico van uitval van hen. En wat dan?

De missie van JWS is professionals in de zorg te motiveren en te stimuleren om de eerbiediging van het 'recht op gezondheid' te bevorderen. Onder de huidige staat van de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg, en de oorzaken van de gerezen problemen, is dat nog niet zo eenvoudig. Gelukkig doen Nederlandse zorgverleners en -organisaties elke dag weer hun best om dat recht zo goed mogelijk te verwezenlijken. Gezien de geschetste omstandigheden heb ik daar groot respect voor.

Loes van Willigen,
Arts n.p., voorzitter JWS

Nederland heeft voor het eerst een leerstoel mensenrechten-educatie



Felisa Tibbitts is 1 januari 2017 benoemd als hoogleraar mensenrechteneducatie aan de Universiteit Utrecht. Professor Tibbitts, afkomstig uit de Verenigde Staten, is een internationaal erkend expert op het gebied van mensenrechteneducatie en oprichtster van de Human Rights Education Associates, een organisatie die digitaal onderwijs aanbiedt over mensenrechten. Ze ziet haar aanstelling als kans om mensenrechteneducatie in Nederland te stimuleren en zal daarbij aandacht besteden aan zowel het voorgezet onderwijs als het beroepsonderwijs. De leerstoel is geïnitieerd en gefinancierd door de Nederlandse tak van de Soroptimisten, een wereldwijde organisatie van vrouwen die zich inzet voor versterking van de positie van vrouwen en het bevorderen van mensenrechten.

Het recht op gelijke toegang tot zorg bezien vanuit het gezondheidsrecht

Op het Johannes-Wier symposium van februari dit jaar stond de gelijke toegang tot gezondheidszorg centraal. Als dit thema wordt bezien door het prisma van het gezondheidsrecht, valt op dat Nederland wel partij is bij allerlei internationale instrumenten waarin dit recht wordt erkend, zoals het VN-verdrag voor burgerlijke en politieke rechten (IVBPR), maar geen prominente plek heeft ingeruimd voor dit recht in de nationale regelgeving. Sinds de grondwetsherziening van 1983 bepaalt artikel 22 Grondwet wel: 'de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' Dit is echter een instructienorm met een opdracht aan de overheid, geen aanspraak voor de burger.

Geen prominente plek in nationale regelgeving

In plaats van rechten vindt men in het gezondheidsrecht wel de nodige plichten. Iedere burger is verplicht verzekerd tegen ziektekosten (verzekeringplicht: artikel 2 van de Zorgverzekeringswet). Die zorgverzekeraars moeten verzekerden accepteren (acceptatieplicht: artikel 3 van de Zorgverzekeringswet) en hebben jegens de verzekerden een zorgplicht. Dat staat in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Artikel 11 Zorgverzekeringswet is daarmee een ankerpunt in ons stelsel: daarmee heeft de Nederlandse overheid in wezen haar grondwettelijke en internationaalrechtelijke taak t.a.v. het recht op gelijke toegang bij de private zorgverzekeraars belegd: een opmerkelijke keuze, die in het buitenland wel voor verwondering zorgt.

De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) moet er als marktmeester op toezien dat zorgverzekeraars zich aan de zorgplicht houden. In een beleidsregel heeft de NZa uitgewerkt waar de NZa daarbij zoal op let (TH/BR-018). Een essentieel bestanddeel is 'toegankelijke zorg'; hetgeen betekent dat 'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder ongewenste drempels toegang hebben tot zorgverlening'. Hier vinden we – tamelijk verstopt – de elementen terug die volgens het VN-comité voor de mensenrechten behoren tot de norminhoud van het recht op gelijke toegang tot gezondheidszorg. Dat is op zich mooi, maar een beleidsregel geeft de burger geen aanspraak. De burger is aangewezen op de NZa voor het verwezenlijken van zijn recht. De vraag rijst of het recht op gelijke toegang tot zorg niet een wat hogere plaats in de normenhiërarchie zou verdienen.

Een risico van het benadrukken van rechten in de zorg is dat mensen kunnen denken dat gezondheid vanzelfsprekend is of een taak voor de overheid en daarbij hun eigen verantwoordelijkheid – en de hoge kosten van de zorg – vergeten. Aan de andere kant is een veel gehoorde klacht dat de patiënt (resp. cliënt) niet langer centraal staat en dat de keuzevrijheid en de privacy van de individuele zorgvrager wordt geofferd aan de rationalisering van een systeem gericht op optimale allocatie en kostenbeheersing. Een dergelijk onbehagen klinkt ook door in het rapport 'Verlangen naar samenhang' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) van april 2016, met haar kanttekeningen bij te veel systeemdenken en haar roep om pluriformiteit en een meer 'rechtsstatelijke benadering'.

Meer rechtsstatelijke benadering van recht op zorg gewenst

Bij het ombuigen van een discours doen niet alleen de daden maar ook de woorden er toe. Het nieuwe kabinet erft een hele reeks wetsvoorstellen op het gebied van de zorg in verschillende stadia van wording. Het zou een begin kunnen zijn, indien in memories van toelichting, in preambules van wetten en misschien ook wel in de wetstekst zelf het recht op zorg een plaats krijgt.



*Mr Sebastiaan Garvelink
advocaat, specialist gezondheidsrecht*

Zorgen om de zorg

Menselijkheid en gelijke kansen, en daarmee ook het gelijk recht op zorg, onderwijs en rechtspraak staan aan de basis van een gezonde samenleving. Goede basiszorg als een collectieve voorziening, waar iedereen die ongelukkigerwijze ziek wordt al dan niet in gelijke mate aanspraak op kan maken, lijkt daarbij gewenst.

De introductie van marktwerking zou de wachtlijsten, de stijgende kosten en de tweedeling in de zorg oplossen. De zorg zou hierdoor efficiënter en goedkoper, klantvriendelijk, transparanter en kwalitatief beter worden met behoud van keuzevrijheid. Heeft deze wijziging van het zorgstelsel het gewenste effect gehad?

De kosten

Allereerst kan men zich afvragen of een dergelijke ingrijpende wijziging van het zorgstelsel in de cure sector wel gefundeerd was. De Nederlandse uitgaven aan zorg waren internationaal gezien inderdaad relatief hoog, echter dat kwam wellicht doordat de care beter geregeld was dan elders, onze kosten in de cure waren juist relatief laag. Cijfers uit het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) tonen dat de kostenstijging voor en na introductie van het huidig zorgstelsel in 2006 onverminderd doorging. Zouden de kosten meer gestegen zijn in het oude stelsel? Dat is betwistbaar. Natuurlijk, in vergelijking met vroeger zijn er een aantal zaken bijgekomen ten gevolge van de ontwikkelingen in de geneeskunde, doch ontwikkelingen in de zorg zijn niet exclusief iets van voor of na 2006. Daarnaast kunnen ze zowel kosten-stijgend als kosten-verlagend werken. Een voorbeeld van dat laatste is bijvoorbeeld minder ligdagen door het ontwikkelen van minder invasieve behandelingen. Gezien het feit dat na 2006 ook heel wat zorgactiviteiten uit het basispakket gehaald zijn, kan men zich net zo goed afvragen waarom de kosten eigenlijk niet gedaald zijn.

Voor de samenleving

Uit gegevens van het Centraal Planbureau (CPB) kan men opmaken dat verzekeraars jaarlijks 1,1 miljard winst maken en dat de daarbij opgebouwde solvabiliteitspot privaat is, waar de overheid dus niet meer vrij over kan beschikken. Geld wordt uitgegeven aan acquisitie, reclame en consultancy, en als we niet opletten aan winstuitkeringen via de verzekeraar. Geld dat we liever aan zorg besteed hadden willen zien.

Voor de verzekerde

De verzekerde heeft er een jaarlijks december polis circus-klusje bij gekregen. Indien achteraf de gewenste zorg niet vergoed wordt, heeft hij dit klusje kennelijk niet goed gedaan en is het dus zijn eigen schuld. Hij heeft te maken met stijgende eigen bijdragen, eigen risico en premie. De tweedeling is vervangen door een 1400 (polis) deling. En er zijn duidelijke beperkingen gesteld aan het basispakket. Anno 2017 komen de wachtlijsten terug, ze lijken met name gerelateerd aan het ter beschikking gesteld budget. Door de leidende rol van geld in een markt dreigen minder kosteneffectieve activiteiten zoals Spoedeisende Hulp

afdelingen te verdwijnen en zijn fusies in trek. Met de invoer van de Zorgverzekeringswet in 2006 is het recht op zorg kennelijk ook nog gekanteld naar een zorgplicht van de zorgverzekeraar richting de verzekerde, waarbij de zorgverzekeraar grotendeels zelf mag bepalen hoe hij deze invult.

Voor de zorgverlener

Zorgverleners vallen nu onder de Autoriteit Consument & Markt (ACM), ze moeten dus concurreren, het mogen samenwerken wordt een onduidelijke zaak. DOT's (DBC's op weg naar transparantie) en geheimhouding in het kader van marktwerking zorgen voor ontransparantie, hetgeen zorgverleners kwetsbaar maakt voor verdachtmakingen. Ook de zorgverlener heeft in de markt extra kosten en onzekerheden, leidend tot afbraak in de zorgvoorziening. De zorgverleners zijn steeds meer tijd kwijt aan bureaucratie en extra niet-medische klussen. De zorgverlener verliest steeds meer de regie, hetgeen onvermijdelijk bijdraagt tot burn-outs. Jonge specialisten kunnen ten gevolge van de voortdurende onzekerheid vaak geen praktijk opbouwen. Opgeleide talentvolle jeugd vertrekt noodgedwongen naar het buitenland.

Ethische dilemma's

Vergroting van sturingsmacht van de verzekeraar zal onvermijdelijk leiden tot verlies van het (verzekeraars) onafhankelijk medisch advies door indirect en direct verlies van professionele autonomie van zorgverleners. Het is onduidelijk óf en hoe patiënt en zorgverlener beschermd worden voor eventuele perverse prikkels van verzekeraars en/of managers. Burgers verliezen soevereiniteit aan private financiële instellingen, omdat zij gedwongen zijn tot het afnemen van een zorgverzekering, in de schuldsanering zijn geraakt bij private zorgverzekeraars en/of private verzekeraars een inzage-recht in hun medisch dossier is verleend.

Samenvattend, lijken de lasten en risico's verplaatst van overheid en verzekeraar naar burgers, patiënten en het zorgveld. Beschikbare gelden zijn verschoven naar de randsectoren. Genoeg redenen om één basiszorgvoorziening voor iedereen gelijk te bepleiten (zoals het nationaal zorgfonds) met regionale budget verdelingen, landelijke parameters ter verantwoording van de budget bestedingen, waarbij de reeds bestaande kwaliteitsinstituten de kwaliteit bewaken. Ik doe hierbij een dringend beroep op alle artsen en andere zorgverleners om continu af te wegen of hetgeen men wil dat wij doen overeenkomt met de belofte om in belang van onze patiënt te handelen inclusief het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg voor iedere burger. Wees dapper en laat als beroepsgroep zien wat je principes zijn, waarborg het medisch beroepsgeheim, de vrije artsen-keuze en het gelijke recht op zorg voor alle patiënten, rijk of arm, laag- of hoogopgeleid etc..



Lewi Vogelpoel, MD
Arts radioloog WLZ Purmerend;
blogger over de inrichting van
gezondheidszorg

Toegang tot de huisartsenzorg voor GGZ-problematiek

Wanneer is iets een psychische probleem en wanneer moet het professioneel behandeld worden? Dit verschilt in de tijd. Lange tijd zijn sociaal afwijkend gedrag, aangeboren geestelijke handicaps, psychisch lijden en andere vormen van afwijking over één kam geschoren met als remedie: opsluiten en uitsluiten. Vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw worden symptomen en syndromen van psychische aard als ziektecategorieën aangemerkt, maar hierbinnen is weer sprake van een steeds breder wordende inclusie. Baldadige jongetjes uit de 50er jaren van de vorige eeuw hebben nu de stoornis ADHD en “normale rouw” uit 1980 is nu een psychiatrische DSM-5-stoornis.

Dit heeft als consequenties dat het GGZ-hulpverleningsaanbod toeneemt en dat de kosten van de GGZ stijgen (in het eerste decennium van deze eeuw zelfs sneller dan de kosten in de somatische zorg, College voor Zorgverzekeringen, 2012). Als gevolg daarvan is het GGZ-beleid drastisch gewijzigd (invoering basis GGZ).

Vergoeding van behandeling van psychische problemen is sinds 1 januari 2014 aan de volgende restricties onderhevig:

- Er zijn drie compartimenten waarbinnen psychische problematiek aan de orde komt: de huisartspraktijk (versterkt met POH-GGZ), de generalistische basis-GGZ (maximaal 12 sessies) en de specialistische GGZ.
- Alleen behandeling van patiënten met een psychiatrische diagnose wordt nog maar vergoed binnen generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ.
- Aanmelding bij generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ geschiedt met verwijzing door de huisarts.

Een andere wijziging in het beleid betreft de verschuiving van de jeugdzorg. Deze wordt sinds 2015 niet meer gefinancierd door de zorgverzekeringswet maar door de gemeenten. Consequentie hiervan is dat de huisarts voor verwijzen naar bepaalde zorgverleners afhankelijk is van gemeentelijk inkoopbeleid. We kunnen ons afvragen wat de consequenties zijn van deze beleidswijzigingen voor de toegang tot de huisartsenzorg.

Men kan verwachten dat de restricties waarmee de basis-GGZ gepaard gaat de toestroom tot de huisartspraktijk zal doen toenemen. Immers, van psychosociale problemen als relatieproblematiek of een aanpassingsstoornis, wordt behandeling in de GGZ niet meer vergoed. Huisartsenzorg wordt altijd vergoed en is bovendien gevrijwaard van het eigen risico, dat men voor behandeling in de GGZ eerst moet hebben opgemaakt.

Van de andere kant is de achterdeur van de huisartspraktijk, waarlangs men problemen voor meer specialistische behandeling kan doorsluizen, voor een deel gesloten. Alleen problemen voorzien van een psychiatrische

diagnose kunnen verwezen worden. In het geval van jeugd-GGZ moet de persoon in kwestie daarnaast in een gemeente wonen die de beoogde specialist gecontracteerd heeft.

De verwachte toegenomen hulpvraag bij de huisarts heeft bij alle leeftijdsgroepen plaatsgevonden. Ook nam de hulpvraag toe voor psychische symptomen én voor psychische stoornissen én voor sociale problemen (zoals problemen op het werk en relatieproblemen). De hulpvraag is het grootste onder 19-44 jarigen (meer dan 15% van alle contacten betrof psychische of sociale problemen in 2015), gevolgd door de 45-64 jarigen. De relatieve stijging is echter het hoogst onder de 0-18 jarigen. We zien verder dat huisartsen aanzienlijke hoeveelheden contacten hebben vanwege psychische diagnoses, die in principe in aanmerking zouden komen voor verwijzing. De relatieve stijging is ook het hoogst binnen de categorie “diagnoses” en wel met meer dan 100% onder de 0-18 jarigen, met 66% onder de 19-44 jarigen, met 60% onder de 45-64 jarigen en met 44% onder de 65-plussers.

Huisartsen zijn de toegenomen instroom onder andere tegemoet getreden door vanaf 2008 praktijkondersteuners op GGZ-gebied in dienst te nemen. Had in 2009 tien procent van de huisartsen een Praktijkondersteuner Huisartsenzorg – GGZ (POH-GG) in dienst, in 2013 was dit vijftig procent en in 2015 meer dan tachtig procent. In onderstaand grafiekje is te zien dat ruim 80% van de patiënten binnen drie weken door een POH-GGZ gezien kon worden.

We kunnen stellen dat de grote problemen binnen de huisartspraktijk als volgt kunnen worden samengevat:

- Inperking verwijsmogelijkheden
- Behandelruk in de huisartspraktijk

Als gevolg van de inperking van verwijsmogelijkheden zien we een relatief grote toename van het aantal stoornissen dat binnen een huisartspraktijk behandeld moet worden. In een recente Landelijke Huisartsen Vereniging-enquête (LHV 2016) geeft een derde van de huisartsen aan problemen met verwijzingen naar de generalistische basis GGZ te hebben en twee derde met verwijzingen naar de specialistische GGZ. Huisartsen geven aan dat ze in beperkte mate over de competenties beschikken om meer complexe psychische problematiek zelf te behandelen. Daarnaast speelt het gebrek aan tijd in dit verband een rol. Dit tijdgebrek wordt voor een deel ondervangen door de introductie van de POH-GGZ. Ook bij deze functionaris, van wie de achtergrond en het takenpakket thans nog zeer heterogeen wordt ingevuld, kan de vraag gesteld worden hoe ver de competenties gaan om met name complexe problematiek te diagnosticeren en eventueel kortdurend

te behandelen. Bovendien geeft 52% van ondervraagde huisartsen in genoemde LHV enquête in 2016 al aan een wachtlijst voor de POH-GGZ te hanteren. Onze eigen cijfers laten zien dat 60% van de praktijken een gemiddelde wachttijd van langer dan twee weken en 18% een gemiddelde wachttijd van langer dan drie weken heeft. We mogen concluderen dat er grote veranderingen in hulp bij GGZ problemen zijn opgetreden waarbij de huisarts en de POH-GGZ in toenemende mate een rol zijn gaan spelen. Binnen de huisartsenzorg is zowel de vraag om hulp als het hulpaanbod toegenomen. In grote lijnen lijken veruit de meeste psychische problemen goed behandelbaar binnen de eerste lijn. Knelpunten doen zich met name voor waar de huisarts ernstige en gecompliceerde problematiek wil doorverwijzen en bij chronische psychiatrische problematiek. Dit kan tot menselijke

drama's leiden. Getalsmatig gaat dit echter om een kleine groep vergeleken bij de grote groep die naar tevredenheid behandeld kan worden.

In principe is aan de poort van de gezondheidszorg, in de figuur van de huisartspraktijk, de toegang gegarandeerd en ook vrij toegankelijk. De doorstroming naar meer gespecialiseerde hulp is echter weerbarstiger geworden.



*Prof. Dr. P.F.M. Verhaak
Senior onderzoeker Relatie Eerstelijns
en Geestelijke Gezondheidszorg,
Nederlands Instituut voor onderzoek
van de Gezondheidszorg*

Staat de toegankelijkheid van de extramurale zorg onder druk ?

Is de extramurale zorg in Nederland nog voor iedereen toegankelijk? Zijn er drempels opgeworpen die de toegang belemmeren of is de toegang juist beter geworden? Het kabinet Rutte II heeft een aantal stelselwijzigingen doorgevoerd die een positieve en negatieve impact hebben op de toegankelijkheid van de zorg. Eén van de speerpunten van het kabinet Rutte II is dat zorg dichtbij de burgers moet worden georganiseerd. Het kabinet heeft decentralisaties doorgevoerd waarbij de verantwoordelijkheid van het rijk naar gemeenten is overgedragen.

Neem als voorbeeld de wijkverpleging. De wijkverpleegkundige is weer terug, staat in veel krantenberichten. De wijkverpleegkundige wordt weer als spil gezien in de wijkzorg, samen met de huisarts. Ze wordt niet alleen ingezet voor verplegen en verzorgen in de thuissituatie, maar mag weer de breedte van haar vak uitvoeren. Meer aandacht voor signaleren, preventie, en coördineren van zorg. Zij moet de verbinding vormen tussen het medische en sociale domein. Iedereen met een zorgvraag op het gebied van verpleging en verzorging kan aankloppen bij de wijkverpleegkundige. Zij gaat dan samen met de patiënt (en naasten) kijken wat de vraag is en welke hulp iemand nodig heeft. De beoordeling of iemand zorg krijgt ligt bij de wijkverpleegkundige. Voor de wijkverpleging geldt, net als de huisarts, geen eigen risico of eigen bijdrage. Weinig drempels dus voor de toegang tot zorg.

In de dagelijkse praktijk loopt het helaas niet zo vlekkeloos. Door het tekort aan wijkverpleegkundigen kan het langer duren voordat de 'intake' plaatsvindt. Met name de groep patiënten die wijkverpleegkundige zorg via een persoonsgebonden budget afneemt heeft hier last van. Deze patiënten komen regelmatig op een wachtlijst voor een intake gesprek. Soms is de vraag van een patiënt thuis zo specialistisch dat er een verpleegkundige moet komen met specialistische kennis. Maar ook bij de gespecialiseerde verpleegkundigen zijn de tekorten groot. Bijvoorbeeld bij de kinderverpleegkundigen. Waar in het verleden een ziek kind in het ziekenhuis lag voor behandeling en verpleging, kan deze zorg nu vaak thuis geleverd worden. Beter voor het kind en de ouders. Maar zieke kinderen blijven nu soms langer dan nodig in het ziekenhuis liggen omdat de specialistische zorg thuis niet georganiseerd kan worden. Dit komt niet alleen door een tekort aan kinderverpleegkundigen die extramuraal werken, maar ook omdat in sommige regio's van Nederland de zogenaamde plattelandsregio's het aantal zieke kinderen beperkt is. Hierdoor is organisatorisch lastig is om in deze regio's kinderverpleegkundigen thuis in te zetten. Een oplossing zou zijn om een kinderverpleegkundige uit het ziekenhuis in de thuissituatie in te zetten. We noemen dit ook wel transmuraal werken. Maar dan lopen we tegen problemen in de financiering aan. Eind januari 2017 is er

Door gebrek aan beroepskrachten in de extramurale zorg ontstaan wachtlijsten

een motie in de Tweede Kamer aangenomen die vraagt om te gaan experimenteren met transmuraal werken in de zorg voor zieke kinderen. Een ander probleem in de toegankelijkheid van de kindzorg is de onduidelijke regelgeving. Een deel van deze zorg, de verpleging, valt onder de zorgverzekeringswet en een ander deel, de verzorging en begeleiding, valt onder de jeugdwet. Voor ouders is het soms een doolhof waar ze met hun zorgvraag voor hun zieke kind moeten aankloppen; bij de gemeente of de zorgverzekeraar. In de praktijk komt het regelmatig voor dat ze van het kastje naar de muur worden verwezen. Een splitsing in verantwoordelijkheid voor beleid kan tot problemen in de toegang leiden. Duidelijke regels en hulp om de weg te vinden zijn hier nodig.

Regelgeving zorg voor kinderen onduidelijk

Hoe staat het met de toegankelijkheid van de extramurale psychiatrische zorg. Het beleid van de regering heeft er voor gezorgd dat veel klinische bedden in de GGZ zijn gesloten, met als doel om deze zorg dicht bij huis te organiseren. Wat we zien is dat er inderdaad veel klinische bedden zijn gesloten maar dat de ambulante zorg, dus de zorg dicht bij huis, achterblijft. Er wordt te weinig ambulante zorg door zorgverzekeraars ingekocht.

Te weinig ambulante zorg ingekocht door zorgverzekeraars

Veel psychiatrische patiënten worden niet meer opgenomen, en dolen op straat. Uit cijfers blijkt dat het aantal verwarde personen op straat met 65% is toegenomen. Dit is schrikbarend. Veel psychiatrische

patiënten vragen geen hulp uit angst voor het eigen risico wat ze niet kunnen betalen. We noemen dit ook wel zorgmijders. Ze weten de weg naar zorg soms niet te vinden.

Financiële bezuinigingen zijn een ander obstakel bij de toegankelijkheid van de zorg. Dit speelt niet alleen in de GGZ, maar bij alle zorgvormen. Vooral de afbouw van huishoudelijke hulp door gemeenten is veel in het nieuws geweest. Na de overheveling van huishoudelijke ondersteuning naar gemeenten is er flink gekort op het beschikbare budget. Dit is doorvertaald naar burgers. En daar zitten grenzen aan. In de praktijk betekent dit dat naasten en familie bij moeten springen in zorg en ondersteuning. Maar deze participatiemaatschappij kraakt en piept in haar voegen. Veel naasten en familieleden zijn overbelast. De vraag is wat is realistisch wat wij van deze mensen mogen vragen.

Naasten en familie moeten bijspringen in zorg en ondersteuning

Terugkomend op de centrale vraag kan gesteld worden dat de gezondheidszorg in Nederland goed toegankelijk is, maar (nog) niet voor alle burgers. Met name voor de kwetsbare en minder mondige of wilsbekwame patiënten staat de toegankelijkheid onder druk. Als we de toegankelijkheid van de zorg niet meer onder druk willen zetten en we de overbelasting van naasten en familieleden niet verder op willen laten lopen, dan moeten we in ieder geval zorgen voor voldoende opgeleide zorgverleners.



*Drs. Francis Bolle
Verpleegkundig specialist
lobbyist Verpleegkundigen &
Verzorgenden Nederland*

Een donateur aan het woord

Trouwe donateur Yolanda Daverveldt:

Als jurist altijd medische belangstelling gehad

“Mijn band met de Johannes Wier Stichting komt eigenlijk voort uit mijn belangstelling voor de medische wetenschap. Een studie medicijnen zat er voor mij als echte alfa niet in, maar in het kader van mijn studie internationaal recht in Leiden heb ik wel gezondheidsrecht en niet-westerse medische sociologie/ antropologie en de organisatie van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden als keuzevakken gedaan .”



In dat verband las Yolanda Daverveldt het Tijdschrift voor Medische Antropologie en daarin zag zij een oproep van JWS voor deelnemers aan mensenrechtenmissies. Ook werden leden voor de Werkgroep Mensenrechteneducatie van JWS gevraagd. “Als niet-medicus zag ik mij niet uitgezonden worden, maar ik kon wel aan de slag bij de Werkgroep Mensenrechteneducatie. Ik heb dat een aantal jaren gedaan voor de stichting, o.a. heb ik een keer les gegeven aan een groep predikanten die naar het buitenland zouden worden uitgezonden.”

Zo werkte zij ook als vrijwilliger mee aan de samenstelling van een mensenrechtenklapper van de Johannes Wier Stichting met onderwijsmateriaal, waaronder casuïstiek. “Ik heb hier thuis in mijn boekenkast ook een aantal publicaties van de stichting staan.” Zij staan daar naast het leerboek biologie dat zij had moeten bestuderen voordat zij tot de colleges medische sociologie kon worden toegelaten. Na een aantal jaren verlegde zij haar vrijwilligerswerk weer naar het Rode Kruis, waar zij al eerder lessen humanitair oorlogsrecht had verzorgd. Maar zij bleef JWS steunen. “Ik lees altijd alles wat zij me sturen en als ik weer de nieuwsbrief krijg dan maak ik altijd een bedragje over.”

Toen Yolanda Daverveldt in 1985 afstudeerde als doctorandus in het internationaal recht schreef zij ook een scriptie over een medisch-juridisch onderwerp, namelijk over de internationale regelgeving met betrekking tot de export van babyvoeding en farmaceutische producten naar ontwikkelingslanden. Op aanraden van haar hoogleraar publiceerde zij in 1986 een artikel over dit onderwerp gepubliceerd in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht onder de titel Naar een internationaal consumentenrecht voor babyvoeding en farmaceutische producten? Bij het Instituut Clingendael volgde zij nog een leergang Internationale Betrekkingen. Zij droomde van een internationale carrière bij een organisatie als de Verenigde Naties of bij een ngo in de ontwikkelingssamenwerking, maar in 1985 werd daar ook bezuinigd. Als vrijwilliger van de stichting Vluchteling (“Je weet wel, van giro 999”) solliciteerde zij bij wat toen nog heette de directie vreemdelingenzaken van het Ministerie van Justitie. Die directie werd later de Immigratie- en Naturalisatiedienst, gevestigd in o.a. Rijswijk, een agentschap van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Daar werkt Yolanda Daverveldt, inmiddels 54, nog steeds als beleidsadviseur. “Mijn broer en zus zijn wel naar het buitenland gegaan, maar ik zeg altijd dat het buitenland via de IND bij mij is gekomen.” Zij voelt geen spanning tussen werken bij de overheid en het steunen van organisaties die soms tegenover die overheid staan. “Je kunt donateur zijn van een natuurbeschermingsorganisatie en toch bij het ministerie van landbouw werken. Ik ben net als veel collega’s ook lid van Amnesty International. Dat betekent niet dat ik het altijd helemaal eens moet zijn met wat die organisaties publiceren. Maar het is een goede zaak dat er mensenrechtenorganisaties bestaan, die moeten de overheid scherp houden.”

Ger Dullens
Journalist

Nieuwsbrief JWS inzake de jaarrekening 2016

Financieel gesproken was 2016 een goed jaar voor JWS. De baten uit eigen fondsenwerving overtroffen de begroting. De projectsubsidies 2016 zijn geheel te danken aan de samenwerking met Dokters van de Wereld in het project 'Zorg voor ongedocumenteerden', gericht op deskundigheidsbevordering aan zorgverleners. Dit project loopt door in 2017. Het batig saldo in de staat van baten en lasten wordt met name aangewend om het bestemmingsfonds e-learning te versterken. We hebben in 2017 het voornemen om in samenwerking met de Vrije Universiteit in Amsterdam een e-cursus 'Ethische Dilemma's' te ontwikkelen en op onze website beschikbaar te stellen aan zorgverleners.

BATEN	Realisatie 2016	Begroot 2016	Realisatie 2015
Baten eigen fondsenwerving	€ 45.835	€ 35.000	€ 56.165
Projectsubsidies	€ 34.865	€ 20.000	€ 29.529
Overige activiteiten	€ 925	€ 500	€ 2.500
Rentebaten	€ 623	€ 800	€ 776
Totaal baten	€ 82.248	€ 56.300	€ 88.970
LASTEN			
Besteed aan doelstelling	€ 55.966	€ 48.600	€ 68.607
Kosten eigen fondsenwerving	€ 5.057	€ 5.950	€ 5.239
Kosten beheer en administratie	€ 1.455	€ 1.750	€ 1.577
Totaal lasten	€ 62.478	€ 56.300	€ 75.423
Saldo van baten en lasten	19.770	-	€ 13.547

Dankzij de financiële steun van bijna 1.000 donateurs kan de JWS haar werk blijven doen! Op onze website vind u de jaarrekening 2016.

Colofon

Bestuur Johannes Wier Stichting (per 1 september 2012)

Loes van Willigen, voorzitter
Inke Schaap, vice-voorzitter
Hans Rohlof, secretaris
Wim Reinders, penningmeester
Veronika Flegar, lid
Alies Struijs, lid
Wil Voogt, lid
Kitty van Zoest, lid

De nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg verschijnt een keer per jaar. De nieuwsbrief besteedt aandacht aan onderwerpen waar de Johannes Wier Stichting zich sterk voor maakt en aan andere ontwikkelingen in het werkveld. Een keer per jaar verschijnt een themanummer. De redactie beschikt over redactionele onafhankelijkheid en artikelen geschreven door derden geven niet noodzakelijkerwijs de mening of visie van de Johannes Wier Stichting weer.

Redactie: Christel ten Berge, Alicia Dibbets, Ger Dullens, Lisette Luykx, Mette Vreeken
Secretariaat: Aggie Nieuwint, Wil Homan, info@johannes-wier.nl
Coverfoto: Lisette Luykx
Foto's: De mensen en instellingen komen niet voor in de artikelen.
Toestemming is gevraagd voor zover nodig.
Uitgelicht: Christel ten Berge, Alicia Dibbets
Lay-out & druk: Printing, Amersfoort
Oplage: 1.000
Oude nummers: PDF-bestanden van vorige nummers kunt u gratis downloaden van www.johannes-wier.nl.
Klik op 'nieuwsbrieven' in de rubriek **Wat doen wij**.
ISSN: 0927-2097

© Johannes Wier Stichting, juni 2017

Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten

Keizersgracht 177
1016 DR Amsterdam
Telefoon: 020-77 33 799
Email: info@johannes-wier.nl
www.johannes-wier.nl

Over de Johannes Wier Stichting

'Het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheidszorg' (right to health) is al decennialang een universeel mensenrecht, maar desondanks voor velen een doelstelling uit een verre toekomst of een recht dat steeds meer onder druk komt te staan door bezuinigingen, kritiek op mensenrechten of onwetendheid over het bestaan en het belang van dit mensenrecht.

De Johannes Wier Stichting stelt zich daarom ten doel de bevordering én naleving van mensenrechten in de zorg op de agenda te plaatsen en te houden. Het 'right to health' vormt daarbij het uitgangspunt voor de activiteiten van de stichting.

De activiteiten van de Johannes Wier Stichting bestaan onder meer uit het verstrekken van onafhankelijke informatie over mensenrechten en mensenrechteneducatie voor artsen, verpleegkundigen en andere medische professionals. Daarnaast organiseert de stichting debatten en refereeravonden over actuele kwesties en dilemma's, zoals met betrekking tot de zorg aan vreemdelingen, ouderen of het medisch beroepsgeheim. Waar nodig verzamelt de stichting getuigenissen van medische professionals over misstanden in de zorg en kaart zij die aan bij beleidsmakers of de media.

De Johannes Wier Stichting is een onafhankelijke mensenrechtenorganisatie van en voor professionals in de zorg. De stichting wordt sinds haar oprichting in 1986 vrijwel volledig gefinancierd door donaties, schenkingen en legaten.

Help ons

Wilt u ons werk financieel ondersteunen? Met uw gift kunnen wij onze projecten, rapporten, research en studiebijeenkomsten, symposia en mensenrechteneducatie verder financieren en continueren. Als donateur ontvangt u tweemaal per jaar de nieuwsbrief Gezondheidszorg & mensenrechten. Ook kunt u regelmatig onze e-mail nieuwsbrief ontvangen. Uw gift kunt u overmaken op IBAN NL39 TRIO 0254 695922 van de Johannes Wier Stichting. Vergeet niet om ons uw adres te sturen, zodat wij u op de adreslijst kunnen zetten voor de nieuwsbrief.

De Johannes Wier Stichting is door de Belastingdienst als ANBI erkend, dat wil zeggen erkend als een Algemeen Nut Beogende Instelling. Giften, donaties en schenkingen aan JWS zijn daarmee aftrekbaar voor de inkomstenbelasting. Voor incidentele giften en donaties geldt een drempel die afhankelijk is van uw inkomen; bij een periodieke schenking is geen drempel van toepassing.



Nieuwsbrief Gezondheidszorg en mensenrechten, e-news

Wilt u op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen en activiteiten? Bezoek dan regelmatig onze website of abonneer u op de e-mail nieuwsbrief Mensenrechten & Gezondheidszorg e-news. Deze service is gratis voor donateurs en niet-donateurs.

Aanmelden: stuur een e-mail naar info@johannes-wier.nl met als onderwerp 'toevoegen aan mailinglist e-news'

Afmelden: stuur een e-mail naar info@johannes-wier.nl met als onderwerp 'verwijderen van mailinglist e-news'

Vergeet niet uw naam, organisatie en adres te vermelden!

U kunt u abonneren op het e-nieuws via een formulier op de website van JWS: www.johannes-wier.nl.

Het e-nieuws wordt eenmaal per kwartaal verzonden.



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten