

In dit nummer:

- Opvang in de regio is geen optie
- Kwetsbare, kansrijke kanarie pietjes
- Stijging aantal daklozen en krapte op de woningmarkt
- Zorg voor iedereen?
- Pleidooi voor een mensenrechteneducatie binnen medische opleidingen
- Interview met trouwe donateur



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Van de redactie

Deze jaarlijkse nieuwsbrief biedt stof tot bezinning op de effecten van een zorgstelsel dat met innovatieve daadkracht vooruit stormt, en ondanks alle goede bedoelingen, een groeiende groep mensen in de kou laat staan. Tegenwicht is nodig. Met als belangrijkste uitgangspunt 'adequate zorg voor iedereen', zoals we die verankerd zien in mensenrechten verdragen, verdient dit thema onze aandacht.

Om te beginnen door het onder ogen te zien en erover met elkaar in debat te gaan. De WRR publiceerde een belangrijk rapport met de titel "weten is nog geen doen", "Een realistisch perspectief op redzaamheid". Zij gaat in op de (te)hoge eisen die aan de redzaamheid van burgers worden gesteld. Er zijn begrenzingen aan de cognitieve en mentale vermogens van burgers en er bestaan (te) hoge verwachtingen van hun vaardigheden om datgene te doen wat rationeel en logisch lijkt. Hier helpen psychologische inzichten en het rapport roept de overheid op om in haar beleid veel beter rekening te houden met de beperkingen van redzaamheid. Dat onderschrijven we en met deze nieuwsbrief dragen we dit signaal graag verder uit.

De Johannes Wier Stichting nam hiertoe een initiatief met het symposium onder de titel "Daklozenzorg: kanariepietje en afvalputje". Waarom groeit het aantal mensen dat dakloos raakt? Hoe houdt de samenleving rekening met minder kansrijke en minderbedeelden onder ons? U leest een verslag en de sprekers op dit symposium schreven hun inzichten en gedachten voor u op, zodat het kan blijven prikkelen en inspireren.

Strengere maatregelen voor mensen die hier zonder expliciete toestemming verblijven, dwingen die mensen nog meer in de marge, met consequenties voor hun gezondheid en voor die van de samenleving. Het is een thema dat onverminderd aandacht nodig heeft. Dit wordt duidelijk uit het interview met prof v Kalmthout en de ervaringen vanuit het werkveld van Dokters van de Wereld.

Dat het mensenrechten perspectief een goed kader biedt om deze thematieken aan te zwengelen leest u onder andere in de column van Loes van Willigen. Zij nam afscheid als voorzitter van de stichting en dit is haar laatste column voor ons.

Tot slot biedt deze nieuwsbrief ook een verantwoording van het bestuur van de Johannes Wier Stichting.

Namens de redactie

Lisette Luykx



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

Zorg voor iedereen?



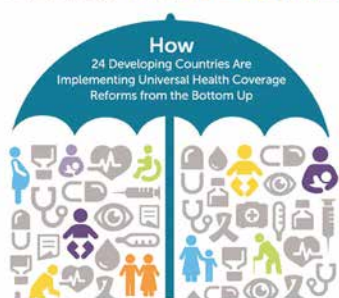
GOING UNIVERSAL: HOW COUNTRIES ARE IMPLEMENTING PRO-POOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE REFORMS

Het campagnethema van de Wereldgezondheidsorganisatie dit jaar is *Universal Health Coverage, toegang tot kwalitatief goede gezondheidsdiensten waar en wanneer het nodig is, voor iedereen.*¹

In Nederland is het, om invulling te geven aan het recht op gezondheidszorg, wettelijk geregeld dat ook mensen zonder verblijfsrecht toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg.² De overheid heeft een goede regeling opgezet waar zorgverleners de zorgkosten eenvoudig kunnen declareren, de Regeling onverzekerbare vreemdelingen.³

Ondanks dat vinden veel ongedocumenteerden de weg naar de zorg niet, of ondervinden financiële of andere barrières in de toegankelijkheid van zorg. Dokters van de Wereld houdt daarom spreekuren, biedt psychosociale ondersteuning en runt een Helpdesk. Vaak is een eerste barrière dat mensen niet weten dat zij recht op zorg hebben. Daarnaast is toegang tot zorg niet eenvoudig als je weinig kennis hebt van de Nederlandse taal en het zorgsysteem, en bang bent voor de overheid. Een grote barrière is zorg waarvoor geen vergoeding mogelijk is, zoals tandartszorg en abortus. Huisartsenzorg valt wel onder de Regeling. Laagdrempelige toegang tot een huisarts, de poortwachter van het zorgsysteem, is van groot belang.

GOING UNIVERSAL



Echter, we hebben te maken met overbelaste huisartsen en overvolle praktijken. Soms moeten vijf huisartsen op rij worden gebeld, voordat een patiënt geaccepteerd wordt. Wij zien gelukkig vele competente en welwillende huisartsen en assistenten. Zij

kunnen en willen hun medische verantwoordelijkheid nemen voor deze doelgroep. Aan de andere kant zijn er praktijken die niet goed op de hoogte zijn van de Regeling en niet weten hoe om te gaan met ongedocumenteerden. We maken mee dat huisartspraktijken hen niet accepteren. De redenen variëren van de categorie invoelbaar tot de categorie onbegrijpelijk. Begrijpelijk is het als een praktijk vol is, ook voor Nederlandse patiënten, of als een praktijk in haar patiëntenbestand al een significant percentage ongedocumenteerden heeft. Minder begrijpelijk zijn redenen die met de complexiteit van de doelgroep te maken hebben. Zo kan een consult langer duren en kunnen er uitdagingen zijn op het gebied van communicatie en verwachtingen. Assistenten van diverse huisartsenpraktijken horen wij zeggen dat de praktijk "niet aan deze doelgroep doet". Daarom blijft Dokters van de Wereld zich inzetten om patiënten en zorgverleners goed te informeren en de drempels aan beide zijden zo laag mogelijk te maken en te houden.

In juni brengt Dokters van de Wereld een rapport uit waarin beschreven wordt hoe het Nederlandse beleid rond zorg aan ongedocumenteerde mensen in de praktijk uitwerkt. Het beschrijft barrières die waarborging van het recht op gezondheid en de toegang tot zorg in de weg staan, zoals de slechte leefsituatie van veel cliënten van Dokters van de Wereld, barrières vanwege het financieringssysteem, en de rol van zorgverleners.

*Adriaan Terwindt en Gerianne Smits,
Dokters van de Wereld*

¹ WHO (2018) Key messages for World Health Day 2018. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/key-messages/en/>, bezocht op 7 april 2018

² Verantwoorde en passende medische zorg (Klazinga et al. (2007). Arts en vreemdeling. Rapport van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen.

³ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>

'Opvang in de regio is geen optie'



"De zorg voor ongedocumenteerden ligt nu vooral in de charitatieve sfeer en dat zouden we voor ons zelf toch niet willen. Het huidige politieke klimaat is uiterst ongunstig voor wie zonder de juiste papieren leeft en dat creëert onzekerheid." Prof. dr. Anton van Kalmthout weet uit zijn jarenlange bemoeienis met vreemdelingen: "Zij zijn bang voor alle officiële instanties. Wie niet over verblijfspapieren beschikt vreest dat hij zal worden teruggestuurd naar zijn eigen land als hij zich voor behandeling bij een dokter meldt. Ze doen alles om onder de radar te blijven. Dat zou niet nodig moeten zijn want de Vreemdelingenwet zegt dat ze recht op medische zorg hebben."

Zorg voor ongedocumenteerde migrant zou niet in de charitatieve sfeer moeten liggen

De emeritus-hoogleraar die straf- en vreemdelingenrecht doceerde aan de Tilburgse universiteit, ziet de toegang tot de zorg als een van de grootste problemen voor ongedocumenteerden. "We hebben goed gemotiveerde artsen en verpleegkundigen die hen willen helpen. Er zijn huisartsen die hun hand over hun hart willen strijken, maar we weten nooit of we de patiënten bereiken die bereikt moeten worden. In grote steden zijn er vrijwilligers

die hen bij de hand willen nemen maar daarbuiten ligt het moeilijker. Bij voorbeeld met uitgeprocedeerde asielzoekers die na vreemdelingendetentie zonder status op straat komen te staan. Zij hebben er alle belang bij uit het zicht van de autoriteiten te blijven."

Prof. Van Kalmthout wijst op de gevaren van die situatie. "Onder de mensen zonder papieren komen meer besmettelijke ziektes voor dan onder Nederlanders. En als ze in nood bij een ziekenhuis aankloppen zijn ze niet altijd welkom. De toegang tot de medische zorg kent grote beperkingen, want een ziekenhuis krijgt nauwelijks vergoeding voor de hulp die het verleent."

Hij was voorzitter van de Commissie van Toezicht van de voormalige Penitentiare Inrichting voor illegale vreemdelingen in Tilburg "Gedetineerden bij wie tbc werd geconstateerd kregen daarvoor de behandeling die nodig was. Als ze uit detentie werden ontslagen kregen ze wat medicijnen mee en het advies om naar de GGD te gaan. Maar dat deden ze vervolgens niet, met het risico dat ze anderen besmetten. Hun kinderen gingen soms ook niet naar school, uit vrees te worden uitgezet. Gelukkig gaan de scholen daar tegenwoordig soepeler mee om."

Over het geheel genomen heeft de hoogleraar overigens "geen hoge pet op van de medische zorg in detentie. Bij een besluit tot operatie of een andere ingrijpende medische ingreep, dwingt de wet de medische staf de te verlenen zorg te laten afhangen van de verwachte verblijfsduur. Het overlaten van de behandeling aan het land waarheen iemand wordt uitgezet, mag alleen als de zorg daar gegarandeerd is."

Hoe zou Nederland de zorg voor ongedocumenteerden moeten aanpakken? "Dat is een moeilijke vraag, want onder de noemer ongedocumenteerden vallen veel verschillende categorieën. Een deel van hen, gezonde jonge mannen, kan inderdaad beter naar eigen land terugkeren dan hier in de marge van de samenleving te blijven leven. Maar er zijn ook mensen die naar mijn mening ten onrechte geen verblijfsvergunning krijgen, zoals kinderen die hun hele leven al in Nederland hebben gewoond."

"Onze samenleving moet zich veel meer verdiepen in andere culturen. Aanpassen ja, maar dat is een gruwelijk woord als zij niet van twee kanten komt. We moeten veel meer openstaan voor religies en culturen die niet de onze zijn. Dat geldt ook voor de zorgverleners." Prof. Van Kalmthout over zijn vakgebied: "Iedereen die de praktijk van het vreemdelingenrecht kent, weet dat ze soms geen verblijfsstatus krijgen alleen omdat ze geen goede advocaat hebben getroffen. Soms kan iemand niet worden uitgezet omdat het eigen land geen papieren wil verstrekken. Mijn stellige opvatting is dat je dat dan als overheid maar moet accepteren."

Overheid moet accepteren dat iemand niet uitgezet kan worden

Eén ding staat voor prof. Kalmthout vast, op grond van zijn uitgebreide internationale ervaring: "Wat in ieder geval geen oplossing vormt is opvang in de regio. Iemand met enig gevoel voor menselijke waardigheid en mensenrechten kan dat niet bepleiten. Zelfs de deal met Turkije over de opvang daar werkt niet goed."

Ik heb de kampen aan de randen van Europa bezocht. Als je ziet hoe vrouwen en kinderen daar moeten leven draait je hart om. Daarvan zien we veel te weinig op de televisie. Soms zijn de plaatselijke gevangenissen te verkiezen boven die open vluchtelingenkampen want voor die gevangenissen bestaat nog internationaal toezicht."

Prof. Van Kalmthout heeft jarenlang deelgenomen aan dat toezicht. Tot 19 december vorig jaar was hij twaalf jaar lid van het European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Met vertegenwoordigers van 47 landen van de Raad van Europa nam prof. Van Kalmthout deel aan bezoeken aan buitenlandse gevangenissen en detentiecentra voor vreemdelingen.

Als bestuurslid van Penal Reform International (PRI) blijft hij ook nu nog betrokken bij de internationale zorg om een correcte behandeling van gevangenen. "PRI streeft onder meer naar aparte gevangenissen voor gedetineerden met een besmettelijke ziekte. Maar dat

heeft weinig zin als ze, na genezen te zijn, weer teruggaan naar een gevangenis waar ze soms met 140 man onder barre hygiënischeomstandigheden in een ruimte moeten leven."

Hij is ten tijde van het interview net terug uit Kazachstan, waar hij zag dat het aantal gedetineerden per gevangenis vermindert. "Het gaat beter in dat land sinds er olie en gas is gevonden. Ik heb er zelfs het parlement mogen toespreken om te pleiten voor alternatieven voor de gevangenis."

Zijn ervaring daar nuanceert het beeld dat vele Nederlanders hebben van asielzoekers. "Hier wordt gedacht dat het vooral om strenggelovige moslims gaat, maar dat is maar een minderheid, velen hebben een andere godsdienst of gaan er vrijzinnig mee om. Kazachstan is een islamitisch land maar ik heb er met bewoners bier en wijn gedronken en varkensvlees gegeten."

Ger Dullens, journalist

Prof. dr. Anton van Kalmthout (73) heeft behalve rechten ook klassieke talen gestudeerd. "Ik beheers passief acht verschillende talen. Daardoor kon ik buitenlandse literatuur meestal in de originele taal lezen." Maar hij is allesbehalve een kamergeleerde. In 2005 werd hij lid van het European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, na 1945 opgericht door de Raad van Europa. In 2009 werd hij benoemd in de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming en kwam hij in de wetenschappelijke raad van Penal Reform International, een organisatie met als hoofdvestiging Londen die zich wereldwijd bekommert om de behandeling van gevangenen. Die functies hielden vele buitenlandse reizen in en dat is na zijn emeritaat niet veranderd. Vorig jaar bezocht hij o.a. Malawi ("De gevangenis was daar nog te verkiezen boven het staatsziekenhuis, waar twee patiënten een bed moesten delen"), dit voorjaar Kazachstan, daarna Kirgizië om vervolgens met vakantie naar Armenië te gaan, waar hij zich inzet voor de bouw van veilige kinderspeelplaatsen in de grensdorpen die regelmatig worden beschoten vanuit Azerbeidzjan. Verder is hij nog lid van de stuurgroep van het Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, een non-gouvernementele organisatie die zich vanuit Brussel inzet voor de mensenrechten van ongedocumenteerden.



“Daklozenzorg: kanariepietje en afvalputje?”

Op 6 april jongstleden kwamen zo'n 70 bezoekers samen in het Amnesty-gebouw op het symposium van de Johannes Wierstichting (JWS) over daklozenzorg.

De reden van het symposium was het volgende:

In vroegere tijden namen mijnwerkers als ze ondergronds gingen een kanariepietje mee. Begon de kanarie te zingtogen dan wisten ze dat er iets goed mis was en dat ze maatregelen moesten nemen. De sterke stijging van het aantal daklozen de laatste jaren wordt wel gezien als zo'n kanariepietsignaal. Zo'n signaal gaf ook de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) vorig jaar af. In het rapport “Weten is nog geen doen” constateert ze dat er een behoorlijk verschil is tussen wat er van mensen verwacht wordt en wat ze daadwerkelijk aan kunnen. Gevolg is dat ze verzeild kunnen raken in situaties waarin hun redzaamheid ontoereikend is en ze in een neerwaartse spiraal raken die zelfs kan resulteren in dakloosheid. Het groeiend aantal cliënten in de daklozenzorg is te zien als het kanariepietje dat duidelijk maakt dat er iets niet deugt.

Een groot aantal daklozen heeft psychiatrische problemen, is verslaafd en/of heeft een licht verstandelijke beperking. Het College voor de Rechten van de Mens wees er onlangs op dat mensen met een verstandelijke handicap of met een chronische psychische aandoening toegankelijkheidsproblemen ervaren, die niet veroorzaakt worden door hun handicap maar door de wijze waarop de samenleving is ingericht. Voor deze mensen bestaan er tal van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verslavingszorg. Maar voor veel van hen die niet (meer) in de reguliere zorg terecht kunnen of willen komen resteert de daklozenzorg. Deze wordt dan ook wel gezien als het afvalputje van de zorg.

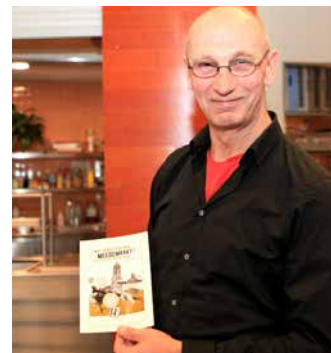
De bezoekers beleefden een leerzame en boeiende middag met veel informatie en indrukken.

Het symposium werd geopend door Fransje Snijders, de nieuwe voorzitter van de JWS. Ze meldde dat de middag grotendeels was georganiseerd door Wil Voogt, bestuurslid van de JWS, die stelde dat bij daklozen de gezondheidszorg vaak gebrekkig was: niet alleen omdat daklozen in het algemeen niet verzekerd zijn en een vergoeding moeten krijgen vanuit een speciaal fonds dat beheerd wordt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK), maar ook omdat ze zelf niet snel geneigd zijn naar een arts of andere behandelaar te gaan.

De eerste lezing werd gegeven door Lia van Doorn, lector en directeur Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI) aan de Hogeschool Utrecht. Ze gaf veel informatie over het vóórkomen van daklozen in de maatschappij, en de oorzaken ervan. Ook sprak ze over het beleid ten aanzien van daklozen en interessante nieuwe ontwikkelingen

daarin. Ze deed een oproep aan de Johannes Wier Stichting om de rechten van daklozen aan te kaarten bij beleidsmakers en in de media en om met name te pleiten voor meer betaalbare sociale huisvesting.

Vervolgens kwam in het symposium Wim Eickholt aan het woord. Hij is een ex-dakloze die zeer levendig en met mooie beeldspraak het leven van een dakloze wist te schetsen. De dakloze zit vaak in een machteloze positie ten opzichte van anderen, en moet zich ook de acties van instanties laten welgevalen, hoewel die



Wim Eickholt
(fotograaf Roelof Rump)



Muriel Kloek
(fotograaf Roelof Rump)

soms tegen de borst stuiten. Het leven van een dakloze en de problemen om aan goed onderdak, goede voeding, en goede gezondheidszorg te komen werden door hem duidelijk naar voren gebracht. Zijn relaas werd ondersteund door de zangeres Muriël, die in het Frans bepaalde zaken extra dichterbij belichtte.

De laatste spreker was Joanneke van der Nagel, een psychiater die in het Johannes Wierhuis, een onderdeel van Tactus verslavingszorg. Zij richt zich vooral op verslaafden met een licht verstandelijke beperking (LVB), onder wie veel daklozen en voormalige daklozen.

Ze heeft dit beschreven in www.resultatenscoren.nl en ook in enkele boeken, te weten *Handboek en casusboek LBT en verslaving* en *de Handleiding CGT+*.

Van der Nagel doet ook onderzoek op dit vlak en probeert de methodieken door te ontwikkelen in:

- Preventie
- Triple behandeling
- eHealth

De drie optredens gaven aanleiding tot een pittige discussie, waarbij ook de vraag werd gesteld aan de JWS om zich nog meer hierin te profileren. De JWS kan immers vanuit zijn positie op het vlak van gezondheidszorg en mensenrechten nog meer bezighouden met de meest kwetsbare groep in onze maatschappij: de dakloze, die vaak ook verslaafd, en zwakbegaafd is, en van wie de helft ook een niet-Westers allochtone achtergrond heeft.

Hans Rohlof, secretaris JWS

Kwetsbare, kansrijke kanariepietjes?

Mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) zijn soms als het kanariepietje in de kolenmijn: zij tonen feilloos aan dat er iets goed mis is in de omgeving waarin zij zitten. Helaas betreft dat vaak onze complexe maatschappij en ons ingewikkelde, bureaucratische zorgsysteem. Lees mee en huiver..

Ons zorgsysteem is ingewikkeld en bureaucratisch

Op een dinsdagmiddag zaten we weer eens bij elkaar. Bemoeizorgmedewerker, maatschappelijk werker, LVB begeleider, wijkcoach, wijkagent, psychiater, en nu voor het eerst ook het zorgkantoor. Zuchtend keken we elkaar aan. Want eigenlijk wisten we wel wat goed was voor Antonio. Maar ja...

Antonio had op zijn 27e al 10 jaar (jeugd) detentie achter de rug, voordat een alerte gevangenispsycholoog een intelligentietest op hem los liet. Oeps: een IQ van 52. En dat terwijl hij zo fris als een hoentje was, want Antonio doet het in detentie altijd prima. Voor hem zit het probleem juist in het meedoen in de maatschappij. Ondanks zijn herhaalde wens en inzet om tot 'huisje boompje beestje' (in gevangenis jargon ook wel 'werk, wijf, woning' genoemd) te komen, lukte het hem niet zich staande te houden. Vrijlating en het brave bestaan eindigden dan ook doorgaans snel met delict-gedrag, dakloosheid, en fors cocaïnegebruik, waarbij Antonio eerder opnieuw in detentie, dan in zorg belandde. Tot die ene IQ test in het gevang.

Dit patroon zien we wel vaker: mensen met een licht verstandelijke beperking die zich min of meer (of eigenlijk net of helemaal niet) sociaal maatschappelijk staande houden. Ze vallen onvoldoende op om als 'beperkt' herkend te worden. Dat komt ook omdat deze groep fantastische survival kwaliteiten heeft. Het zijn knokkertjes die zich op de een of andere manier weten te handhaven. Soms met aangepast gedrag, maar soms ook met een stoere houding van 'ik heb niemand nodig'. Wanneer ze dan maatschappelijk over de schreef gaan, of anderszins in de problemen komen, wordt er snel geconcludeerd dat het om opzettelijk vervelend gedrag gaat. Of om een 'gebrek aan motivatie'. Daar doorheen prikken is een kunst.

Die detentieperiode werd gevolgd door plaatsing in 24-uurszorg voor mensen met een LVB. Daar voelde hij zich eigenlijk erg thuis, en won - ondanks zijn bajeskant gedrag - de harten van begeleiders. Helaas lukte het hem niet clean te blijven. Ambulante verslavingsbehandeling bleek - ondanks goede ketenzorg met de LVB collega's - onvoldoende soelaas te bieden. Toen hij knetter-psychotisch de stopcontacten uit de muur sloopte wilde hij - om dwangopname te voorkomen - wel vrijwillig naar de kliniek.

Helaas herhaalde na ontslag het circus zich meermalen, waarbij een 'draaideur' constructie ontstond. Twee jaar

geleden was het voor de LVB-zorg begrijpelijk genoeg: om de veiligheid in de instelling te garanderen kon Antonio na het zoveelste voortijdige ontslag niet terugkomen. Antonio belandde weer op straat. In een gezelschap vergelijkbaar zoals dat van vandaag besloten we - aangezien vrijwillige zorg niet afdoende bleek - aan te sturen op een langdurigere opname met een gedwongen kader. We zoeken een besloten woonplek, zodat hij ook eens buiten detentie een veilige plek kan vinden.

Meer hulpverleners bereid over de grenzen van hun eigen vak te kijken

Geschikte plekken voor complexe problematiek bestaan, en goede ketenzorg heeft zijn nut bewezen. Het is prima mogelijk om deze groep goede zorg te bieden. De methodieken zijn er en steeds meer hulpverleners en ketenzorgpartners zijn bereid om over de grenzen van het vak te kijken. Maar dat is nog geen garantie...

Sinds het overleg bijna 2 jaar geleden proberen we het samen voor elkaar te krijgen. Het lukt niet, en daarom zuchten we vandaag zo met ons allen. Een BOPZ opname strandt, omdat we hem niet kunnen beoordelen (hij is onvindbaar), of omdat hij weer in het gevang zit (het gaat dan te goed om een BOPZ machtiging te krijgen). Voor een forensische behandeltitlet zijn de delicten niet ernstig genoeg. Nu is het 'sparen voor de ISD' (Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders, red).

Zelfs als de beperking WEL herkend wordt, is het in een complexe casus lastig om goede zorg te leveren. Veel cliënten vallen tussen LVB zorg, psychiatrie, verslavingszorg en forensische zorg in. Al deze vormen van zorg hebben hun eigen toegangspoort, met vaak strenge bewakers, en de noodzaak om een geldig toegangsbewijs (een 'indicatie' of 'behandeltitel') te tonen. De aansluiting tussen deze zorgpoorten is een woestenis van wachttijden en bureaucratische procedures. Daar vind je als je geen problemen hebt al nauwelijks je weg in, laat staan wanneer je een beperking hebt. Als hulpverleners voelen we de machteloosheid van de gebrekkige zorg mee. Want ook wij zijn beperkt in het helpen van deze kanarie pietjes.



Joanneke van der Nagel
(fotograaf: Roelof Rump)

Bizar dat we moeten hopen op een serie nieuwe 'feiten', zodat Antonio eindelijk op een passende plek komt. Oh, trouwens, als hij daar niet snel geplaatst wordt, vervalt zijn WLZ (Wet Langdurige Zorg), waarmee hij aanspraak kan maken op intensieve zorg. Hij heeft dan door zijn 2 jaar zwerven 'laten zien niet afhankelijk te zijn van permanente zorg en bescherming'. Dat u 't even weet.

Joanneke van der Nagel, psychiater

Stijging van het aantal daklozen en krapte op de woningmarkt

Het aantal daklozen stijgt fors. In 2006 telde ons land 18.000 daklozen. In 2015 was dit aantal opgelopen naar 31.000. In krap tien jaar is het aantal bijna verdubbeld (CBS, 2016). De oorzaken van dakloosheid worden toegeschreven aan een combinatie van factoren op micro- en macroniveau.

Op het microniveau van de individuele levensloop vloeit dakloosheid vaak voort uit financiële problemen, psychische problematiek (zoals trauma's of verslaving), psychiatrische ziektebeelden of verstandelijke beperking. Individuele kwetsbaarheden worden versterkt door uitsluitingsmechanismen op macroniveau. Zo legt het CBS een verband tussen de toename van dakloosheid en de gevolgen van de economische crisis en van bezuinigingen op sociale voorzieningen. Daarnaast wordt de toename van het aantal daklozen gerelateerd aan de toenemende complexiteit van de samenleving waardoor kwetsbare burgers door de mazen van het net vallen. Een andere veelgenoemde reden van de stijging van het aantal daklozen is de krapte op de woningmarkt en de stijging van woonlasten. Sinds de eeuwwisseling zijn in ons land de maandelijkse woonlasten veel sneller gestegen dan de gemiddelde inkomens. De ratio woonlasten-inkomen bereikte een piek tijdens de financiële crisis in 2008. Dat vormt voor minvermogenenden een ernstige hindernis om toegang te krijgen tot betaalbare huisvesting. Wachttijden voor sociale huurwoningen lopen in veel gemeenten op tot tien jaar of langer. Door de krapte op de woningmarkt kunnen privé-besognes zoals relatieproblemen en echtscheiding, uitmonden in dakloosheid. De afgelopen jaren signaleerden medewerkers van de instellingen voor opvang van daklozen een relatieve toename van gescheiden mannen die geen betaalbare vervangende huisvesting konden vinden. Deze nieuwe categorie wordt ook aangeduid met de term 'pechmannen'.

Opvanginstellingen voor daklozen raken overvol

Bottom line is dat de instellingen voor daklozenopvang overvol raken. Aan de voorkant is er een forse instroom van nieuwe daklozen en aan de achterkant stagneert de uitstroom. Mede vanwege de krapte op de woningmarkt, de lange wachttijden voor sociale huisvesting en de stijgende huurprijzen, hebben daklozen geringe kansen om van de straat af te komen. Mensen die eenmaal dakloos zijn, blijven noodgedwongen op straat en in de opvang. Dit heeft een negatieve invloed op hun welbevinden en het is funest voor hun gezondheid.

Gevolgen van dakloosheid

Het zwervende bestaan trekt een zware wissel op het psychisch welbevinden en de fysieke gezondheid van daklozen. Doorgaans intensiveren de problemen waarmee daklozen al kampten toen ze op straat belandden (zoals schulden, verslaving of psychiatrische ziektebeelden). En als gevolg van de zwervende levenswijze komen er uiteenlopende nieuwe problemen bij. Zo leidt de situatie van dakloosheid doorgaans tot een lagere levensverwachting. Het zijn tropenjaren. Door de ongezonde leefstijl overlijden daklozen gemiddeld tien jaar eerder dan de gemiddelde Nederlander.

Jaren op straat zijn tropenjaren

Voorts gaan dakloosheid en verslaving vaak hand in hand. Op straat komen daklozen veelvuldig in aanraking met alcohol en drugs. Naarmate ze langer op straat verblijven, neemt de kans toe dat ze vluchten in roesmiddelen en (nieuwe) verslavingen ontwikkelen. Daarnaast veroorzaakt dakloosheid trauma's. Veel mensen die op straat belanden hebben eerder in hun levensloop al traumatische ervaringen meegemaakt. Mede daardoor is hun leven ontwricht. Zo zijn vooral de meest kwetsbare daklozen - zoals zwervjongeren, vrouwen of daklozen met een verstandelijke beperking of psychiatrisch ziektebeeld - vaak slachtoffer van afpersing, geweld of seksueel misbruik. Dit kan leiden tot nieuwe trauma's. Dakloosheid leidt op den duur vrijwel onvermijdelijk tot het opbouwen van een strafblad. Voor hun dagelijkse levensbehoeften - zoals eten, slapen en hun sanitaire behoeften - zijn daklozen aangewezen op de openbare ruimte. Echter, buitenslapen, wildplassen of bier drinken en samenscholen in een park, zijn bij de wet verboden. Er staan boetes op. Onbetaalde boetes worden op den duur veelal omgezet in detentie. Ook heeft het straatleven negatieve gevolgen op sociale netwerken. Daklozen verliezen na verloop van tijd vaak de contacten met familie/eventuele kinderen en vrienden. Hun sociale netwerk wordt beperkter en eenzijdiger. Ten slotte heeft onderzoek uitgewezen dat dakloosheid vaak repeteert: ex-daklozen lopen een verhoogde kans om opnieuw dakloos te worden. Ongeveer de helft van de daklozen die in de opvang komt, is eerder in hun levensloop ook al eens dakloos geweest. Het terugvalpercentage onder (ex-)daklozen is zeer hoog. Dat stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de nazorg: voldoende woonbegeleiding en langdurige ondersteuning is noodzakelijk om terugval te voorkomen.

Goede nazorg nodig om terugval te voorkomen

Kortom: de daklozenopvang staat onder druk. Aan de voorkant komen er dagelijks nieuwe daklozen bij. Aan de achterkant stromen daklozen – mede als gevolg van krapte op de woningmarkt en stijgende huurprijzen – maar mondjesmaat door naar stabiele woonplekken. Dientengevolge moeten daklozen noodgedwongen langer op straat en in de opvang verblijven. Dat vormt een aanslag op de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het is in strijd met de menselijke waardigheid en sociale grondrechten.

Graag roep ik de leden van Johannes Wier Stichting op om de mensenrechten van daklozen te agenderen en vooral te pleiten voor (het recht op) betaalbare sociale huisvesting. Daar zijn niet enkel (ex-)daklozen bij gebaat.

Voldoende aanbod van toegankelijke en betaalbare sociale huisvesting is van essentieel belang voor een grotere groep kwetsbare burgers die moeite heeft om zich in de samenleving staande te houden.

Lia van Doorn

Lia van Doorn is lector en directeur van het Kenniscentrum Sociale Innovatie bij Hogeschool Utrecht. In 2002 promoveerde ze aan de Universiteit Utrecht op de publicatie Een tijd op straat, een volgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht (1993-2000).



*Lia van Doorn
(fotograaf Roelof Rump)*

UITgelicht **Verschil moet er zijn**

Door een bomvolle zaal en met een warm applaus werd de oratie van Maria van de Muijsenbergh "Verschil moet er zijn" ontvangen. Met een stevig pleidooi voor actie om sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan te pakken aanvaarde zij haar nieuwe ambt als bijzonder hoogleraar aan de Radboud universiteit Nijmegen.

Door middel van onderwijs en onderzoek wil zij bijdragen aan kennis van en oplossingen voor de onaanvaardbare situatie dat een lagere positie op de sociale ladder gepaard gaat met een hoger risico op chronische ziektes en vroegtijdig overlijden. Medische zorgverleners moeten het verschil kunnen maken en afwijken van 'de standaard' om vermijdbare achterstanden in gezondheid te verminderen. De leerstoel draagt de titel: 'Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg' en is mede mogelijk gemaakt door Pharos. De oratie is na te horen en lezen : <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/nieuws/970/oratie-verschil-moet-er-zijn-prof-dr-maria-van-den-muijsenbergh>



Foto beschikbaar gesteld door Pharos

COLUMN

JWS blijft pleiten voor mensenrechteneducatie

Huisartsenopleidingen bleken vorig jaar nauwelijks aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van de zorg voor ongedocumenteerden (inventarisatie door JWS met Dokters van de Wereld). Als het al gebeurde, viel het onder diversiteit. Maar om bestaande gezondheidsverschillen in Nederland te bestrijden is meer nodig: een mensenrechtenperspectief, het voldoen aan alle voorwaarden die artikel 12 van het Internationaal Verdrag van de Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), stelt. Deze voorwaarden betreffen o.a. goede toegankelijke, beschikbare en aanvaardbare gezondheidszorg voor een ieder, ongeacht sociale, etnische en juridische status (toelichting op art. 12, General Comment nr. 14). In de Nederlandse gezondheidszorg klinkt echter dit 'recht op gezondheid', met de voorwaarden daarvoor, nauwelijks door.

Het IVESCR speelt in de Nederlandse wet- en regelgeving en het beleid geen rol van betekenis, concludeerde het VN Comité betreffende dit Verdrag in juni 2017 in nogal bitse bewoordingen. Het dringt er daarom bij de Nederlandse regering op aan om de rechten uit het Verdrag op te nemen in wetgeving en de toepassing ervan te verwerken in regelgeving en beleid. Tevens concludeert het Comité dat bij de recente grote hervormingen van de sociale dienstverlening – o.a. decentralisatie van jeugd- en ouderenzorg – geen rekening is gehouden met het Verdrag. Het wijst erop dat de regering ook verantwoordelijk is voor de toepassing van het Verdrag in gemeenten. Het Comité dringt er bij de Nederlandse regering op aan terug te komen van haar besluit van 2011 om de landelijke subsidie voor tolkendiensten in de zorg af te schaffen, waarbij het verwijst naar het hierboven vermelde General Comment nr. 14. Verder herhaalt het Comité zijn aanbevelingen van 2010 om de toegang tot de zorg voor ongedocumenteerden te garanderen en discriminatie van minderheden in Nederland op alle terreinen van het Verdrag tegen te gaan.

Als je de conclusies en aanbevelingen van het Comité van 2010 en van 2017 vergelijkt, zou je kunnen concluderen dat, in ieder geval voor de gezondheidszorg, er eerder sprake is van een teruggang dan van een vooruitgang in de realisatie van het ook door Nederland geratificeerde IVESCR. Voor het invoeren van een mensenrechtenperspectief, is systematische educatie nodig over het Verdrag, zoals het Comité in 2010 nog stelde, *"to members of all professions and sectors that play a direct role in the promotion and protection of the rights contained in the Covenant, including judges, law enforcement officers, migration officers, lawyers, civil servants, teachers, and health-care professionals"*. Al langer pleit JWS ervoor om mensenrechten in te voeren in medische opleidingen, maar tot op heden heeft dat nog (te) weinig weerklank gevonden.

Laten wij hopen dat de Nederlandse regering de aanbevelingen van het Comité van de IVESCR ter harte neemt en de verdragsbepalingen gaat invoeren. Zo lang dat niet het geval is blijft het voor JWS een grote uitdaging om – samen met relevante partners – professionals in de zorg te (laten) onderrichten over artikel 12 van het Verdrag en hen te stimuleren en te mobiliseren om dit recht te realiseren.

*Loes van Willigen,
tot december 2017 voorzitter JWS*





Voorzitter Fransje Snijders tijdens symposium (fotograaf Roelof Rump)

Fransje Snijders, de nieuwe voorzitter JWS

Op 15 februari 2018 heeft het bestuur Fransje Snijders als nieuwe voorzitter van JWS verwelkomd. Fransje Snijders is internist acute geneeskunde en heeft ook 17 jaar op de Intensive Care gewerkt. In de jaren negentig van de vorige eeuw heeft zij in het AMC AIDS patiënten behandeld en is op dat onderwerp gepromoveerd.

Zij heeft kortdurend met Artsen zonder Grenzen Ebola patiënten behandeld in Sierra Leone. Zij zat vroeger in de medische onderzoeksgroep van Amnesty International (AI) en is nu lid van de ledenraad van AI. Mensenrechten gaan haar aan het hart en zij hoopt haar steentje te kunnen bijdragen als voorzitter van JWS.

Een eerste steen was een reactie naar de KNMG om een fermere standpunt in te nemen voor het waarborgen van bescherming medische gegevens in het kader van de nieuwe wet, de WIV, wet op inlichtingen en veiligheidsdiensten, ook wel bekend als de sleepwet. Garanties van controle op het delen van deze gegevens zijn boterzacht. De verzwaarde toets voor het raadplegen van medische gegevens zoals voor gegevens van advocaten en journalisten komt er bijvoorbeeld niet!

Fransje volgt Loes van Willigen op als voorzitter van JWS die na zes jaar voorzitterschap het bestuur verliet. Loes blijft nog wel als vrijwilliger actief voor JWS. Tegelijkertijd nam ook Inke Schaap afscheid van het bestuur. Alies Struijs, die al enige tijd lid was van het algemeen bestuur van JWS, heeft haar plaats ingenomen als vicevoorzitter.

Een donateur aan het woord

Trouwe donateur bepleit: 'Bureaucratie en invloed industrie bestrijden'



"Ik ben al zo lang donateur van de Johannes Wier Stichting dat ik niet meer weet hoe ik ermee in aanraking ben gekomen, een advertentie of een artikel in Medisch Contact? Maar ik weet wel wat me aansprak in de stichting: Het streven naar gezondheidsrechten voor iedereen en het wegnemen van vooroordelen over bepaalde ziekten. Zo verzette de naamgever Johannes Wier zich indertijd ook tegen de vervolging van heksen."

Internist-oncoloog dr. Joke Baars heeft ook wel gedachten over wat JWS nu moet aanpakken: "Goed, die aandacht voor ongedocumenteerden, maar ook andere kwetsbaren als ouderen raken in de knel. De bureaucratie moet worden bestreden, zoals in de jeugdzorg, die er niet beter op geworden is sinds die bij de gemeenten is ondergebracht. Een groot probleem vind ik ook de enorme verwevenheid van de gezondheidszorg met de farmaceutische industrie. Zij betalen een groot deel van de medische educatie en bekostigen ook de patiëntenverenigingen. Dat brengt de objectiviteit in gevaar."

Joke Baars had met haar werk in de Amsterdamse kankerkliniek Antonie van Leeuwenhoek (AVL) altijd een te volle agenda om symposia van JWS te bezoeken. "Misschien wordt dat nu anders, nu ik ben gestopt met werken."

Zij was onder andere gespecialiseerd in de behandeling van lymfeklierkanker, onderdeel van de hemato-oncologie. Die afdeling heeft de raad van bestuur van AVL 1 januari afgestoten. De raad meende dat de voortschrijdende subspecialisatie en de concurrentie met andere klinieken het onmogelijk maakten goede zorg,

kennis en klinisch onderzoek te blijven garanderen.

Hoewel ze begrip heeft voor het besluit, heeft zij de manier waarop het uitgevoerd werd als pijnlijk ervaren.

Terwijl andere internist-oncologen van haar team zich meer gingen verdiepen in andere specialismen, koos de 62-jarige dr. Baars voor vertrek.

"Ik wil me veilig en prettig voelen in mijn werkomgeving en omdat dit niet meer zo was, ben ik weggegaan. Ook fysiek viel het werk me steeds zwaarder. Er zitten afgestudeerde jonge internisten thuis op de bank, dus die wil ik een kans geven, ik heb immers een groot deel van mijn beroepsleven achter me. Mijn werk heb ik altijd met hart en ziel gedaan en ik heb, afgezien van de laatste periode, een goede tijd gehad in het AVL. Ik kan nu nog wel waarnemingen doen, maar ik houd ervan om een band op te bouwen met een patiënt."

Zij had als jong arts bewust gekozen voor een specialisme dat een langdurig contact met patiënten oplevert, waarbij zij aarzelde tussen kinderarts en internist. Op advies van een hoogleraar werd het internist. Zij deed haar opleiding in ziekenhuizen in Groningen en Deventer – "ik was de laatste die het in een niet-academisch ziekenhuis mocht afmaken" – en werd toen al snel chef de clinique in Heerlen. Een promotieplek bij de VU bracht haar naar Amsterdam. Zij promoveerde op immuuntherapie met interleukine-2 bij nier- en een subtype huidkanker (melanoom) en kreeg vervolgens in 1993 een vaste aanstelling in het Antonie van Leeuwenhoek.

Het kostte een paar maanden om haar vertrek daar, na bijna 25 jaar, te verwerken. Alleen haar om veel aandacht mauwende katten zullen de nieuwe situatie op prijs stellen. Die geeft haar meer tijd voor haar hobby's: zwemmen, pianospelen en zingen in de Cantorij van de Westerkerk. Zij oriënteert zich daarnaast op vrijwilligerswerk. "Begeleiden van aankomende artsen? Dat vind ik vreselijk leuk, maar ik vind dat je dat alleen goed kan doen als je zelf ook nog op de vloer werkt."

Ger Dullens
Journalist



Wim Eickholt

Wat ik nou toch heb meegemaakt, verslag van een jaar dakloosheid

ISBN 978-90-77024-57-7, € 16,50 euro.
Uitgeverij de Graaff, Utrecht

Het meegemaakte valt in veel opzichten uniek te noemen. Misschien nog wel het meest in wat er gebeurde na de periode van dakloosheid en de publicatie van het boek "Wat ik nou toch heb meegemaakt".. Wim Eickholt presenteert zich op zijn website als schrijver, presentator, tourguide en inspirator en is hierin succesvol.

Wim Eickholt werd dakloos. Hij is een jaar dakloos geweest, wat volgens de statistieken kort is, maar in werkelijkheid als heel lang ervaren wordt. "Dakloos zijn ontmenst", schrijft Wim Eickholt. Zowel de maatschappij als de dakloze zelf heeft hierin een aandeel. "De maatschappij gaat je zien als tweederangs burger en zelf ga je er ook naar handelen." In het boek dat Wim Eickholt heeft geschreven over zijn periode van dakloosheid wordt ons een blik gegund in het wereldje van de daklozen. Met recht een verkleinwoord. De plaatsen waar je kunt, mag en wilt zijn, zijn zeer beperkt. Er is geen ruimte voor privacy, er is geen rust. Wim beschrijft het leven op straat en geeft onomwonden zijn visie op dakloosheid.

Relatief snel kreeg Wim hulp waardoor zijn periode van dakloosheid zich heeft beperkt tot één jaar. Hierbij zijn een relatief soepel lopend traject binnen de

hulpverlening en "een stevige poot in de normale wereld, met vrienden die me niet hebben laten vallen" helpend geweest.

Het boek is gepubliceerd in oktober 2017, inmiddels is een

tweede druk verschenen. Na het verschijnen van het boek is Wim een graag geziene gast om op een podium over het thema dakloosheid te spreken en in debat te gaan. Hij heeft een eigen website (www.wimeickholt.nl) en een theatervoorstelling, in samenwerking met zangeres Muriel Kloek, waarmee hij dakloosheid op de kaart wil zetten. Dit lukt hem goed. Zelf zegt hij "Ik ben een soort troeteldakloze nu."

Het boek is in een vlotte stijl geschreven. Het is waardevol een invoelbaar inkijkje te hebben in een wereld die veel te ver van ons afstaat, en waar je maar al te gemakkelijk in terecht kunt komen als het je op meerdere gebieden niet mee zit.

*Christel ten Berge,
sociaal psychiatrisch verpleegkundige*



Wim Eickholt (fotograaf Roelof Rump)



UITgelicht

"Is it tough to have less people sleeping rough?"

Onder deze titel worden de Nederlandse lessen van de straat op 4 oktober aan de wereld gepresenteerd op het 14de "International Street Medicine Symposium".

Dakloosheid is een wereldwijd groeiend probleem. Aangezien het met vele gezondheidsrisico's gepaard gaat is het belangrijk dat er ook vanuit medisch perspectief aandacht aan wordt besteed. Professionals in de medische zorg voor dak- en thuislozen uit verschillende landen zullen hun ervaringen uitwisselen om de zorg aan dak- en thuislozen te verbeteren en om van elkaar te leren. Juist binnen de hulpverlening aan deze doelgroep is het nodig om creatief te denken en te leren van ervaringen van anderen.

Het congres vindt plaats van 3 tot en met 6 oktober in Rotterdam en wordt georganiseerd door de Nederlandse Straatdoktergroep en het "Street Medicine Institute".

Aanmelden voor het symposium kan vanaf mei 2018 via www.streetmedicine.org. Voor vragen en informatie kunt u terecht bij de Nederlandse Straatdokter Groep via www.straatsdokter.nl.

*Christel ten Berge,
sociaal psychiatrisch verpleegkundige*



E-learning ethische dilemma's in de GGZ aan asielzoekers



Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) aan asielzoekers ervaren meer dan gewone lastige dilemma's. Dat deze dilemma's zo lastig zijn is vooral het gevolg van de verstrengeling van medische, juridische en humanitaire aspecten die de behandelkeuze kunnen beïnvloeden. De keuze van de zorgverlener kan vérstrekkende (bij)effecten hebben in of tijdens de asielpcedure.

De Johannes Wier Stichting (JWS) laat nu een e-learning module ontwikkelen op basis van de in 2015 verschenen Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers. Deze handreiking bleek in een grote behoefte te voorzien. Al snel daarna verscheen een tweede druk. Met de e-learning module hoopt JWS dat nog meer GGZ professionals leren reflecteren op en omgaan met ethische dilemma's in de praktijk van GGZ zorg aan asielzoekers. Behalve ethische basiskennis en juridische achtergrondinformatie kunnen de cursisten aan de hand van drie casusbeschrijvingen en animatiefilmpjes over 'informatie delen', 'suïcidereiging' en 'diagnostiek en behandeling' oefenen met het herkennen en hanteren van ethische dilemma's. Na het doorlopen van de module wordt de kennis van de cursist getoetst. Accreditatie wordt aangevraagd voor deze module.

Naar verwachting is de e-learning module deze zomer beschikbaar.

Alies Struijs

Nieuwsbrief JWS inzake de jaarrekening 2017

Financieel gesproken was 2017 een goed jaar voor de JWS. De baten uit eigen fondsenwerving overtrof de begroting. De projectsubsidies 2017 zijn nagenoeg 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 2018. Het batig saldo in de staat van baten en lasten wordt geheel aangewend om het bestemmingsfonds e-learning te versterken. In 2018 komt in samenwerking met de Vrije Universiteit in Amsterdam een e-cursus 'Ethische Dilemma's' op onze website beschikbaar voor zorgverleners.

BATEN	Realisatie 2017	Begroot 2017	Realisatie 2016
Baten eigen fondsenwerving	€ 41.052	€ 40.000	€ 45.835
Projectsubsidies	€ 35.117	€ 40.000	€ 34.865
Overige baten	€ 446	€ 500	€ 1.548
Totaal baten	€ 76.615	€ 80.500	€ 82.248
LASTEN			
Besteed aan doelstelling	€ 60.451	€ 75.100	€ 55.966
Kosten eigen fondsenwerving	€ 4.995	€ 5.800	€ 5.057
Kosten beheer en administratie	€ 1.729	€ 1.600	€ 1.455
Totaal lasten	€ 67.175	€ 82.500	€ 62.478
Saldo van baten en lasten	€ 9.440	€ -2.000	€ 19.770

Dankzij de financiële steun van bijna 1.000 donateurs kan de JWS haar werk blijven doen! Op onze website vind u binnenkort de jaarrekening 2017.

Colofon

Algemeen Bestuur Johannes Wier Stichting

Fransje Snijders, voorzitter
Alies Struijs, vicevoorzitter
Hans Rohlof, secretaris
Wim Reinders, penningmeester
Petra de Jong, lid
Kitty van Zoest, lid
Wil Voogt, lid

De nieuwsbrief *Mensenrechten & Gezondheidszorg* verschijnt een keer per jaar in juni.. De nieuwsbrief besteedt aandacht aan onderwerpen waar de Johannes Wier Stichting zich sterk voor maakt en andere ontwikkelingen in het werkveld.. 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
Secretariaat: Aggie Nieuwint, Wil Homan, info@johannes-wier.nl
Coverfoto: Christel ten Berge
Foto's: De mensen en instellingen komen niet voor in de artikelen. Toestemming is gevraagd voor zover nodig.
Lay-out & druk: Drukkerij Printing BV, Amersfoort
Oplage: 1000
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*

Johannes Wier Stichting voor Gezondheidszorg en Mensenrechten

Keizersgracht 177
1016 DR Amsterdam
Telefoon: 020-33 46 776
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 gezondheidszorg & mensenrechten en mensenrechteneducatie op dit terrein voor artsen, verpleegkundigen en andere professionals in de zorg. 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.

Steun ons

Wilt u ons werk financieel ondersteunen? Met uw gift kunnen wij onze projecten, rapporten, bijeenkomsten en mensenrechteneducatie financieren en continueren. Als donateur ontvangt u eens per jaar de nieuwsbrief *Gezondheidszorg & mensenrechten*. 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-nieuws

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



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten