

Nieuwsbrief 2019

In dit nummer:

- Symposium: Gezondheidsverschillen in de spreekkamer
- Dubbelinterview Guus Schrijvers en Paul van Velpen
- Eenzame opsluiting in vreemdelingen detentie
- Column van de voorzitter
- Financiën
- Interview met trouwe donateur



JWS

Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

info@johannes-wier.nl • www.johannes-wier.nl

Van de redactie

De Johannes Wier Stichting stimuleert en mobiliseert professionals in de zorg om de eerbiediging van het recht van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid te bevorderen.

Voor u ligt de jaarlijkse nieuwsbrief van de Johannes Wierstichting (JWS). Dit keer ligt het accent op gezondheidsverschillen in de spreekkamer. De een heeft meer kansen om gezond ouder te worden dan de ander, de een is vaardiger om zijn gezondheid te bewaken dan de ander, de verschillen worden groter, dat is betreurenswaardig en heeft een scala aan oorzaken. Oorzaken waar we ons minstens van bewust kunnen zijn en die met een beetje goede en politieke wil en voortvarendheid aangepakt kunnen worden.

Op het moment van dit schrijven is het krantennieuws dat de VVD het opvoeren van ontmoedigingsbeleid voor tabaksgebruik wil vertragen, en dat er gemeenten zijn die de uitbreiding van ongezonde fastfood ketens aanmoedigen in plaats van tegen gaan. We mogen concluderen dat er politiek nog veel weerstand valt te overwinnen om samen te streven naar een gezonde samenleving waar oog is voor de factoren die een onacceptabele ongelijkheid veroorzaken.

Het verslag van het voorjaarssymposium illustreert dat JWS dit thema ter harte neemt. Het brengt een aantal aspecten in beeld, toegelicht door bevlogen presentatoren. De sprekers laten we graag aan het woord over hun inzichten, ideeën en initiatieven. Het is een greep uit vele initiatieven, en hopelijk een zinvolle toevoeging aan uw beeldvorming en daarmee aan het maatschappelijke debat.

Zoals gebruikelijk komt een donateur van de stichting aan het woord, krijgt u nieuws over de e-learning cursussen, en leest u de financiële verantwoording van de JWS.

*Namens de redactie
Lisette Luykx*



Omslag:
'Human Rights'
Beeld van Mariano Gonzalez Beltran,
Raad van Europa, Strasbourg.

Gezondheidsverschillen in de spreekkamer

Tussen Nederlanders van verschillende klasse en afkomst zijn opvallende gezondheidsverschillen. Wat houden deze in en hoe zijn ze ontstaan? Hebben zorgprofessionals hier invloed op? Een zestigtal deelnemers kwam op het JWS symposium bijeen om zich in deze vragen te verdiepen. Onder hen huisartsen en andere hulpverleners uit voornamelijk achterstandswijken. Fransje Sniijders, dagvoorzitter en voorzitter van de Johannes Wier Stichting, onderstreepte in haar introductie dat dit onderwerp momenteel veel aandacht verdient en dat de Johannes Wier Stichting het belangrijk vindt het debat aan te scherpen. Met dank aan de inspanning van signalerende hulpverleners, wetenschappers en ook aan Pharos, die met gedegen wetenschappelijk onderzoek en lobbywerk de situatie in beeld brengt, is er meer zicht gekomen op deze onwenselijke situatie.

Als eerste spreker schetste Guus Schrijvers hoe een lagere sociaal economische status (SES) de levensverwachting tot 7 jaar vermindert. Uitgedrukt in gezonde jaren, is het verschil nog veel groter (19 jaar) en dit verschil is aan het groeien. Een van de redenen is gedrag; mensen met een lagere SES hebben vaker overgewicht en roken tot 3 x meer dan mensen met een hogere SES. Alleen gedrag verklaart deze verschillen niet. De gezondheidszorg zelf is ook een factor. Denk aan preventieve activiteiten. Preventie heeft vijf keer succes gehad en geleid tot: meer hygiëne, minder kindersterfte, minder alcohol, minder roken en minder verkeersdoden. De mensen met hogere SES pakken de voorlichting beter op en profiteren zo meer van de preventieve maatregelen. De spreker illustreert dit

aan de hand van het regenboogmodel; een model dat de overheid moet bewegen om afstand te nemen van het vermaledijde markt model.

Dit model illustreert de factoren die van invloed zijn op volksgezondheid, en de bevordering daarvan voor kinderen met overgewicht. De rol van de overheid en de rol van de professionals vind je erin terug. Het begint vaak met het signaal van de professional de politiek volgt. Denk aan Sarphati, de dokter die er voor zorgde dat er schoon water in Amsterdam kwam. Bij overgewicht is preventie van groot belang. Meer bewegen, gezond voedsel en ontspanning.



Regenboogmodel met voorbeeld: kinderen met overgewicht Centraal staan de kinderen en hun ouders (rode cirkel). Bij overgewicht van een kind is een team (oranje boog) beschikbaar voor diagnostificatie, behandeling, begeleiding en monitoring.



Vanuit de zaal noemt Paul Velpen, oud directeur GGD, een voorbeeld. De GGD Amsterdam probeert via scholen invloed uit te oefenen op het snoep- en beweeg gedrag van scholieren. Als je op een school veel dikke kinderen ziet werk dan met de hele groep en niet met elk kind afzonderlijk! De snoepautomaten moesten uit de scholen verdwijnen en er kwamen meer sport faciliteiten, vooral voor kansarmere kinderen.



Oud hoogleraar Guus Schrijvers Public Health en gezondheidseconoom van de Universiteit van Utrecht en werkte voor het Julius Centrum voor Gezondheids-wetenschappen van het UMCU

Guus, refererend aan professor Glyn Elwyn's: shared decision making, choice talk, option talk, decision talk staat ook stil bij het belang van Gezamenlijke besluitvorming (WGBO), met behulp van motiverende gespreksvoering. Dat vraagt om vaardigheden van arts en patiënt. Voorlichting zal over het algemeen meer succes hebben bij hoger opgeleide mensen. Als de informatie eenvoudiger en begrijpelijker is, kunnen ook de mensen met een lagere SES bereikt worden. De ervaring met de effectieve diabetes

voorlichting en gespreksgroepen leert dat patiënten uit zichzelf de noodzaak van deelname niet inzagen, maar gingen omdat ze door de dokter "gestuurd" werden. "Als COPD patiënten eerder stoppen met roken als er een financiële bonus voor is, dan zou dat een prima actie zijn". Over het onderzoek van Guus Schrijvers is meer te lezen op www.guusschrijvers.nl

Dicky Gingnagel werd op het podium geïnterviewd door Fransje Sniijders. Een leerzaam verhaal van een man die worstelde met laaggeletterdheid. Hij was vroeger heel zwaar, kreeg diabetes, en kwam in de medische molen. Hij begreep de instructies voor zijn medicatie niet. Hij kon de bijsluiters niet lezen. En uit schaamte durfde hij niet door te vragen bij de dokters. De diëtiste vroeg hem een dagboek bij te houden, hij schreef iedere dag hetzelfde om het zo simpel mogelijk te houden. Zijn gewicht bleef op en neer



gaan. Pas toen een diëtist het begon door te krijgen en met hem naar de supermarkt ging om samen boodschappen te doen begon hij te begrijpen hoe het zat met voeding en calorieën. Zijn advies aan hulpverleners: neem de tijd om te checken wat de patiënt van de informatie heeft begrepen.



Uiteindelijk heeft Dicky een maagoperatie ondergaan en is 65 kg afgevallen. Hij heeft zijn laaggeletterdheid onder ogen gezien en aangepakt en heeft nu zijn obstakels en ervaringen in een boekje opgeschreven.

Charles Agyemang, Hoogleraar Amsterdam UMC, locatie AMC, met leeropdracht Global Migration, Ethnicity and Health. Hij is afkomstig uit Ghana en woont al vele jaren in Nederland.



Charles Agyemang boeide met een verhaal over migratie, etniciteit en gezondheid, vooral de gezondheid van migranten in Nederland.

Met een frisse kijk op migratie: migratie is de oudste reactie op armoede en is van alle tijden. Er zijn push-factoren zoals hongersnood, oorlog en pull-factoren zoals uitzicht op betere inkomsten en scholing. Er leven momenteel 244 miljoen mensen buiten hun geboorteland.

De neiging bestaat het aantal migranten in eigen land te overschatten. Uit onderzoek in Italië bleek dat de bevolking denkt dat 30% van de bevolking immigrant is, terwijl het in werkelijkheid zeven procent is. Ook spelen financiële aspecten een rol bij migratie. Migratie levert inkomsten op voor de achterblijvers. In 2017 is door migranten 466 miljard dollar naar ontwikkelingslanden overgemaakt.

Er lopen diverse studies naar de gezondheidsverschillen, waaruit blijkt dat de gezondheid van migranten slechter is dan die van geboren Nederlanders. De verschillen ontstaan al op jonge leeftijd en veranderen van eerste naar tweede generatie migranten.

Charles Agyemang onderzoekt verschillen op het gebied van herseninfarcten, diabetes, hoge bloeddruk en depressie. Naast genetische factoren blijken vooral epi-genetische factoren van invloed, factoren die leiden tot onomkeerbare genetische veranderingen. Migratie is een ongunstige factor. Binnen de RODAM studie, (Research on Obesity & Diabetes among African Migrants)

vergelijkt hij groepen Afrikaanse migranten in Europa met bevolkingsgroepen in Ghana, zowel op het platteland en als in steden.

Hij pleit voor een breed programma van ziekte preventie gericht op migrantengroepen. De preventie zal meer resultaat hebben als professionals beter om kunnen gaan met de verschillende verwachtingen van migranten. In Ghana verwacht een patiënt dat de dokter meer zal zeggen, meer zal vinden, en meer zal doen, zonder dat de klachten heel precies zijn besproken. Een Nederlandse patiënt vindt een autoritaire arts vaak helemaal niet prettig.

Jeanny Vreeswijk-Manusiwa, coördinator zorg en welzijn van het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten in Nederland, (het NOOM), vertelt over de zorg voor oudere migranten.

Er zijn in Nederland op dit moment 300.000 oudere migranten en dat aantal is over enkele jaren verdubbeld. Jeanny onderstreept het belang om hun gezondheid en de zorg voor hen op een goed peil te houden. Het is belangrijk je bewust te zijn van het feit dat het niet meer vanzelfsprekend is dat kinderen voor hun ouders zorgen, de traditionele familieverbanden zijn aan het veranderen. Vaak begrijpen deze ouderen niet goed hoe het in Nederland werkt. Op welke voorzieningen hebben ze recht? Hoe wordt de zorg betaald? Daarnaast hebben zorgverleners vaak weinig kennis van de culturele achtergronden en de redenen voor de migratie waardoor ze de aansluiting op de leefwereld van de kwetsbare

oudere migrant mislopen. Dementie en eenzaamheid bij oudere migranten vraagt vanwege de migratieachtergrond om extra aandacht. Aandacht voor eenzaamheid is belangrijk omdat oudere migranten vaker uit elkaar gaan, de man terug naar land van herkomst, de vrouw blijft hier. Het symposium werd afgesloten met een forumdiscussie, waarbij Flip van Sloten van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en Floor Wiegman van de stichting 'ABC schrijven' zich bij het panel voegden. Punten die onder andere aan de orde kwamen: Hoe herken je of iemand de informatie begrijpt? Hoe kom je erachter of iemand laaggeletterd is? Advies is het gewoon te vragen en te benoemen. Is e-health wel goed toegankelijk voor iedereen? Advies is na te gaan of iemand het internet kan raadplegen en wat diegene daar heeft gevonden. Er is slechte informatie op het net te vinden, maar er zijn ook bijzondere initiatieven om gezondheidsinformatie op het internet begrijpelijk te maken. Denk aan www.thuisarts.nl en aan Pharos, filmpjes. Waar vind je eenvoudige informatie voor laaggeletterden? Er waren ook vragen over preventie. Voorlopig blijft het een uitdaging om passende preventie te bieden, door overheid, professionals en organisaties. Preventie, die begrepen en omarmd wordt door iedereen, en zal leiden tot het terugdringen van de gezondheidsverschillen.

Dit artikel is een bewerking door de redactie van het verslag op de JWS website van Hans Rohlof.



UITgelicht

Leidraad Cultuurspecifieke zorg

Op dit moment zijn er 312.000 ouderen met een migratieachtergrond in Nederland en de verwachting is dat dit aantal in de komende 10 tot 15 jaar zal verdubbelen. Het Netwerk Organisaties Oudere Migranten (NOOM) ontwikkelt een leidraad cultuurspecifieke zorg voor deze groep migranten.

Deze leidraad moet leiden tot meer aandacht voor voorlichting aan migrantenouderen en voor scholing van professionals met betrekking tot cultuurspecifieke zorg.

In Nederland zijn momenteel vier instellingen die cultuurspecifieke zorg bieden voor Indische en Molukse ouderen. Het is daarbij belangrijk dat de bewoners in cultureel herkenbare omgeving verzorgd worden en hun traditionele manier van leven kunnen voortzetten. De culturele achtergrond is van invloed op de zorgvraag, het is belangrijk hier oog voor te hebben, Door scholing van personeel en vrijwilligers over de taal, de geschiedenis, de omgangsvormen er dergelijke, kunnen zij beter aansluiten bij de zorgbehoefte van deze doelgroep.

‘Volksgezondheid vereist harder ingrijpen’



In hun politieke opvattingen verschillen ze, maar over hoe de volksgezondheid kan worden verbeterd zijn ze het roerend eens. Er zijn krachtiger maatregelen nodig dan het kabinet nu voorstelt. Daarvoor werken ze samen in een werkgroep aan een plan, waarmee ze hopen het verschil in levensverwachting van hogere inkomens/opleiding ten opzichte van de lagere sociaaleconomische klasse, te verkleinen.

Gezondheidseconoom Guus Schrijvers (1949) is al van jong af aan lid van de Partij van de Arbeid en heeft daar ook de werkgroep Patiënt centraal opgericht. Socioloog Paul van Velpen (1951), oud-directeur van ggd's en nu nog adviseur publieke gezondheid, zat voor Groen Links in de gemeenteraad van Maarssen.

Ze zijn beiden van een lagere klasse opgeklimmen tot academisch niveau. De vader van Guus was onderwijzer van het type dat door huisbezoeken ouders betreft bij het leerproces van hun kinderen. Een oom had zich letterlijk dood gezopen, waardoor alcohol taboe was in het gezin. Hij studeerde cum laude af in de economie, promoveerde op financiering van de gezondheidszorg en werd in 1987 hoogleraar public health in Utrecht. Sinds zijn emeritaat is hij nog actief met workshops, lezingen, en als columnist. In 2014 heeft hij al een boek over preventie geschreven (Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel) en dat heeft Paul vier jaar later ook gedaan (Het preventie-ultimatum).

Paul klom via mulo en hbs – op het zelfde jezuïetencollege waar Guus ook leerling was geweest – naar academisch

niveau. Eerst School voor Journalistiek en met dat diploma een jaartje nachtdirectie bij Trouw, maar toen hbo-bedrijfskunde gevolgd door een doctoraal arbeid- en organisatiesociologie. Met die kennis reorganiseerde hij in 1995 de GGD in Den Bosch (nu GGD Hart voor Brabant) om vervolgens in 2008 over te stappen naar de hoofdstad.

Ze staan beiden kritisch tegenover wetenschappelijke theoretici. Guus: “Economisten in de gezondheidszorg kijken vooral of ze binnen de begroting zijn gebleven in plaats van zich af te vragen wat ze hebben toegevoegd aan het ziekenhuis waar ze werken.” Paul: “Er mogen best wat meer artsen in de leiding van GGD's komen, zij hebben meer oor voor problemen bij de uitvoering van het beleid. Ik houd van activisten, zoals die twee longartsen die zich inzetten voor het bestrijden van roken door de jeugd. Schande dat zij door de alliantie voor het rookbeleid buiten de deur zijn gezet.”

“Ik houd van activisten”

Een volksgezondheidsbeleid moet zich richten op drie onderdelen: roken, alcohol en obesitas. De twee deskundigen, niet-rokers, zijn het erover eens dat bij het terugdringen van het roken de beste resultaten zijn geboekt. “Daar zie je wat werkt: Duurder maken en voor minder aanbod zorgen.”

Guus zet het als een drieslag op een rijtje: "Omgevingsprikkels terugbrengen (zoals geen rookwaar zichtbaar bij de kassa, geen snackautomaten), voorlichting geven aan ouders en jeugd en natuurlijk fiscale maatregelen, dus hogere accijns op producten die slecht voor je zijn."

Op vakantie met het gezin ervoer Guus dat in Frankrijk: "Voor vier colaatjes was ik twintig euro kwijt, dus zei ik dat we meer water gingen drinken. Maar mijn zoon zei toen dat mijn wijn ook niet gratis was..."

Paul valt hem bij: "Het is toch helemaal verkeerd dat de btw op groenten en fruit wordt verhoogd. In Engeland wordt iets duurder als er meer suiker in zit. Van tabakswaaren weten we al vijftig jaar dat ze minder worden verkocht als je ze duurder maakt en minder verkooppunten toelaat."

Hij herinnert zich dat over minder vet, suiker en zout in de producten de industrie al met de vroegere minister van volksgezondheid Edith Schipper (VVD), die tegen wettelijke maatregelen was want dat zou betutteling vormen, afspraken had gemaakt. "Maar die afspraken zijn nooit nagekomen, de doelstelling is nooit gehaald."

Guus: "Je moet de gezonde keus makkelijker maken." Dat helpt beter dan de slechte keus verbieden, is de ervaring van Paul. Hij heeft als directeur van de GGD in Amsterdam samen met de toenmalige wethouder Eric van der Burg het project "de Amsterdamse aanpak gezond gewicht" opgezet. Dat houdt onder meer in dat snacks en frisdrank uit de school en de sportkantines worden verbannen. Sponsoring van sport door fabrikanten en leveranciers van alcohol en snoep mag niet meer.

Dat leverde meetbare gezondheidswinst op, maar ook kritiek van sportclubs: "Als we op een internationaal toernooi meedoen wordt dat wel betaald door bijv. Coca Cola." Ja, beaamt Paul, "het is natuurlijk van de gekke dat wij als Nederlanders op de Olympische Spelen feestjes vieren in het Heineken House. Daarmee suggereer je dat je bier, dus alcohol, nodig hebt om het gezellig te maken."

Beide heren verzekeren dat zij hooguit één glas wijn drinken en niet eens dagelijks. Guus: "Als ik 's avonds ga bridgen, moet ik helder zijn."

Zij zouden qua figuur in een reclame voor een afslanken passen, maar Paul bekent dat hij daarvoor goed moet opletten wat hij eet, "veel groenten en een of twee keer per week fitness." Hij weegt zich regelmatig en als de weegschaal hem waarschuwt laat hij onmiddellijk alle tussendoortjes ("mijn risicoperiode is de avond") staan.

Guus is een flexitariër die niet meer dan twee keer per week vlees eet. Zonder dat zij fanatieke sporters zijn, fietsen en wandelen beide mannen veel.

Zij hebben kritiek op het Nationaal Preventieakkoord dat staatssecretaris Blokhuis (ChristenUnie) in november heeft gesloten met meer dan zeventig partijen. Voor het tegengaan van roken bevat het akkoord wel drastische maatregelen (volgend jaar pakje sigaretten 1 euro duurder, rookruimten dicht), maar voor het bestrijden van obesitas en alcohol wordt veel vertrouwd op toezeggingen van de industrie. Aan de overlegtafels voor obesitas en alcoholbeleid deden de fabrikanten volop mee, maar over het rookbeleid mocht volgens Europese richtlijn de tabaksindustrie niet meepraten. "Dat is het leuke van Europa", zegt Guus, "dat er ook zulke richtlijnen komen." En hij vindt: "Het preventieakkoord richt zich te veel op het individu. Maar mensen ergens toe dwingen is een overheidstaak."

“Wij moeten niet alles van het Rijk verwachten”

Paul voegt eraan toe: "De industrie komt steeds met maatregeltjes die moeten voorkomen dat de maatregel die echt zou helpen, het invoeren van een suikertaks, er komt." Maar Paul vindt wel dat de staatssecretaris lof verdient omdat hij preventie op de agenda heeft gekregen: "Er was op dat gebied al twintig jaar niets gebeurd." De mede door hem bedachte Amsterdamse aanpak Gezond Gewicht heeft al hier en daar navolging gekregen, bijvoorbeeld in Den Bosch.

De twee deskundigen zijn het erover eens: "We moeten niet alles van het Rijk verwachten. Er is subsidie van het ministerie van VWS beschikbaar. Wij willen graag de kennis delen over wat echt werkt. Vervolgens moet elke gemeente dat voor de eigen inwoners oppakken."

*Ger Dullens
journalist*





Hans Rohlof

Psychodiagnostic assesment with refugees

Studies on the Cultural Formulation Interview and Somatization

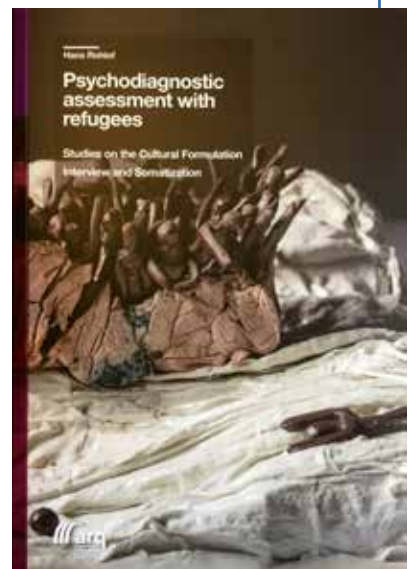
ISBN 978-9-4623397-5-0

Psychodiagnostifi bij vluchtelingen

In het proefschrift van Hans Rohlof, getiteld “psychodiagnostic assesment with refugees”, wordt een aantal onderwerpen besproken. Hij beschrijft hoe het Cultureel Interview zich heeft ontwikkeld en hoe de toepassing daarvan de relatie met de patiënt positief kan beïnvloeden. Ook de diagnostiek verbetert door toepassing van het interview. Daarnaast wordt aandacht besteed aan somatisatie, specifiek bij deze doelgroep. Hans Rohlof is psychiater en psychotherapeut en heeft veel ervaring in het werken met vluchtelingen.

Aan de wieg van het cultureel interview stond de “Outline for a Cultural Formulation” (OCF), een leidraad voor kennismaking met personen met een andere culturele achtergrond dan die van de hulpverlener. Vertaald naar het Nederlands is hieruit het Cultureel Interview voortgekomen. In deze assesment methode staan een aantal onderwerpen centraal; de culturele identiteit van de persoon, de culturele verklaringen van zijn problemen en van zijn behandelkeuzen, de culturele achtergronden van zijn spanningen en van de mogelijkheden om steun te krijgen en tot slot de culturele afstand tussen de persoon en de hulpverlener. Onderzoek in 2004 (Rohlof en Ghane) heeft aangetoond dat patiënten dit interview goed accepteerden en dat het veel bruikbare informatie oplevert voor de behandeling. Ook kwam uit het onderzoek een aantal punten voor die verbeterd konden worden. Dit is meegenomen in de ontwikkeling van het Cultural Formulation Interview, CFO, dat als bijlage in de DSM V is opgenomen. Hierbij is ook geprobeerd het cultureel interview toepasbaar te maken op relaties, waarbij de verschillen in culturele achtergrond tussen patiënt en behandelaar niet groot is. Nationaal en internationaal onderzoek naar de toepasbaarheid, leidt tot de conclusie dat het CFO wordt gezien als een praktisch, acceptabel en potentieel bruikbaar instrument in de psychiatrische praktijk.

Een hoofdstuk in het proefschrift wordt gewijd aan somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten bij vluchtelingen. Deze klachten worden vaker gezien bij vluchtelingen met een niet-westerse achtergrond dan bij de westerse populatie. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de algemene psychopathologie, met name traumatisatie, de gevolgen van marteling en stigmatisatie van psychiatrische zorg door de doelgroep. Een somatische klacht is meer acceptabel. Het is belangrijk niet te ontkennen dat er een lichamelijke oorzaak is voor pijn of andere somatische symptomen. Naar een verband tussen martelingen en onbegrepen pijnklachten bij vluchtelingen is onderzoek gedaan in Centrum '45. Dit wordt ook beschreven in het proefschrift. Een van de conclusies is dat marteling als traumatisering een connectie laat zien met lichamelijke methoden en wordt de kanttekening geplaatst dat dit kan leiden tot onnodige inzet van somatische behandelingsmethoden.



*Christel ten Berge
sociaal psychiatrisch verpleegkundige*

In gesprek met Jeanny Vreeswijk Manusiwa



Jeanny Vreeswijk-Manusiwa kwam als kind van Molukse ouders in 1951 naar Nederland, met het idee dat hun verblijf slechts tijdelijk zou zijn. Als cultureel antropoloog deed zij onder meer onderzoek aan het Moluks museum in Utrecht en aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

Zij is momenteel coördinator zorg & welzijn van het NOOM : Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten. Opgericht in 2007. Tevens is ze werkzaam als programmaleider cultuurspecifieke zorg.

Ze sprak gepassioneerd op het JWS symposium en we laten haar graag nog wat vertellen. Bovenal streeft zij ernaar haar kennis van de belevingswereld van oudere migranten te delen en te blijven verrijken. Die kennis is onmisbaar voor een goede aansluiting van de georganiseerde zorg op de wensen en behoeften van oudere migranten in Nederland. En dan gaat het inmiddels om heel veel mensen.

Mensen die ouder worden vallen terug op hun oorspronkelijke cultuur. Ze kunnen zich moeilijker aanpassen en het is fijn als ze zich veilig en thuis kunnen voelen. Omdat ze afhankelijk worden van anderen is het belangrijk dat die hiervoor begrip hebben. Het is een voorwaarde om echt contact te kunnen maken. Altijd is het van belang om cultuursensitief te handelen. Wat is iemands favoriete muziek, wat is iemands wens voor eten. Maar voor mensen uit andere culturen hoort daar ook een cultuurspecifieke kennis bij.

Op de vraag naar voorbeelden zegt ze: "Neem de maaltijden. Als je gewend bent 2x per dag rijst te eten, dan gaat die boterham er echt niet in, met als resultaat vermagering met alle gevolgen van dien. Indische mensen baden zich wel 2x per dag, als je dan maar 2x per week in bad wordt geholpen geeft dat onrust en soms gedragsproblemen. En het is fijn als de hulpverleners oog hebben voor de speciale levenservaringen die verband houden met de migratie. Wat hebben mensen meegemaakt? Waar zijn ze vandaan vertrokken? Wat missen ze?"

Andersom is het voor de ouderen belangrijk voorlichting te krijgen over thema's in de Nederlandse samenleving, bijvoorbeeld de nieuwe donor wet en over de veranderingen in de zorg. Liefst door voorlichters in eigen taal. Het is gewoon belangrijk te investeren om elkaar beter te leren kennen."

Ze spreekt in workshops, op symposia, bij cursussen en opleidingen in de zorg, bij trainingen voor vrijwilligers. Ze doet onderzoek in samenwerking met anderen, zoals universiteit en Pharos. Ze begeleidt zelf enkele projecten in cultuurspecifieke woon-zorg centra (voor Moluks/Indische en Turkse bewoners.). Het grote project waar ze nu aan begint is de ontwikkeling van de *Leidraad Cultuurspecifieke Zorg*, een opdracht aan NOOM, van het ministerie van VWS. Het gaat tools opleveren waar organisaties en hulpverleners hun voordeel mee kunnen doen, voor het contact met ouderen die nog thuis wonen en voor hen die in wooncentra verblijven. Maar vooral hoopt ze dat het bijdraagt tot een visie en structureel beleid waarin cultuurspecifieke zorg vanzelfsprekend zal zijn.

*Lisette Luykx
huisarts*

COLUMN

Van JWS voorzitter

Recht op toegang van zorg: zonder goede informatie en communicatie niet compleet.

JWS zet zich van oudsher in voor de toegankelijkheid van de zorg. Het is een mensenrecht. Bepaalde groepen vinden minder gemakkelijk de weg naar de dokter zoals daklozen en ongedocumenteerden. Maar ook als je gemakkelijk toegang hebt bij de dokter, kunnen er nog steeds verschillen in toegankelijkheid van zorg bestaan. Ik zal uitleggen wat ik bedoel. De één blijkt veel meer profijt te hebben dan de ander van de zorg die aangeboden wordt. Vooral levensstijl adviezen worden door laagopgeleiden veel minder goed opgepikt. Dit heeft grote consequenties. Een laagopgeleide leeft 6 jaar korter dan een hoogopgeleide en leeft 19 jaar korter zonder ziekte. Deze verschillen hangen ook samen met de socio-economische standaard en meer psychosociale stress die laagopgeleiden ervaren, zoals schulden, slechte woning, de digitale wereld niet begrijpen. De zogenoemde gezondheidsvaardigheden zijn daardoor lager. Huisartsen zijn steeds beter ingespeeld op het rekening houden met deze verschillen, maar in veel ziekenhuizen is de informatie die geboden wordt niet voldoende begrijpelijk voor laaggeletterden en mensen die het Nederlands niet (goed) beheersen. Zo gaat veel informatie verloren.

En hoe weet je dat de informatie goed is aangekomen? Checken of de patiënt het goed begrepen heeft is daarbij onontbeerlijk. De enige veilige manier is de patiënt laten herhalen wat je gezegd hebt. En dat kost tijd. En in het begin voelt het wat raar. Maar Dicky Gingnagel, een ex-laaggeletterde, benadrukte op ons symposium van afgelopen 15 maart, dat het laten herhalen beslist niet raar is. Want hij schaamde zich en durfde niet te bekennen dat hij het niet begrepen had. Daarom deed hij alsof hij het begrepen had. En hij was blij dat uiteindelijk een diëtiste het door had.

In steeds meer ziekenhuizen is er nu een Taalpunt in samenwerking met de stichting Lezen en Schrijven waar mensen naar toe kunnen die moeite hebben met het begrijpen van de medische informatie. Handig is ook om essentiële informatie te laten opnemen, dan kan de patiënt het thuis nog eens rustig met anderen beluisteren. In de spreekkamer kan door stress ook een deel van de informatie verloren gaan. En dit geldt eigenlijk voor iedereen. Guus Schrijvers vertelde op ons symposium, dat ook hoogopgeleiden, inclusief artsen, op het moment dat zij patiënt worden, soms zo gestrest zijn dat hun IQ als het ware keldert en geen toegang meer lijken te hebben over de kennis waarover zij normaliter beschikken.

Verder is het in ziekenhuizen heel gebruikelijk en ook wel begrijpelijk dat familieleden vertalen. Maar wij als artsen hebben geen idee wat en hoe er dan vertaald wordt. Het is in ieder geval bekend dat uit schaamte dan een deel niet verteld wordt door de patiënt.

Daarom pleit JWS al jaren voor betere tolkenvoorziening en betaling daarvoor.



Een ander punt van zorg zijn de formulieren die een patiënt moet ondertekenen als hij /zij toestemt in deelname aan onderzoek. Aan die formulieren zijn allerlei eisen verbonden, die de leesbaarheid niet ten goede komen. Een versie voor laaggeletterden ontbreekt veelal.

Laten we hopen dat er meer aandacht komt voor het effect van de medische informatie en adviezen die we geven. Heeft de patiënt het echt begrepen? Waarom worden de adviezen niet opgevolgd? Wat kunnen we daaraan doen? Want die enorme gezondheidsverschillen zouden we ons moeten aantrekken.

*Dr Fransje Snijders
voorzitter Johannes Wier Stichting*

Zie ook Medisch Contact 12-12-2018

Eenzame opsluiting in vreemdelingendetentie

2019. Mohamed, een jongen van 18 met PTSS en op dat moment reeds 7 maanden in vreemdelingendetentie, wordt drie etmalen lang in een isoleercel geplaatst vanwege vermeend suïciderisico. Hij krijgt die dagen geen dokter of psycholoog te spreken. De vierde dag wordt hij op advies van de psycholoog weer teruggeplaatst naar zijn eigen cel.

Sinds 2012 werken Dokters van de Wereld, het Meldpunt Vreemdelingendetentie en Amnesty International samen om op te komen voor de belangen van mensen in vreemdelingendetentie. De Johannes Wier Stichting wordt door de organisaties geconsulteerd bij issues rond voedsel- en vochtweigering, vertrouwensartsen en isolatie.

John is eerder fysiek bedreigd door een celgenoot en weigert daarom een meerpersoonscel. Hierdoor zit hij 5 maanden in eenzame opsluiting. Als extra straf is de televisie weggehaald. Om toch nog het gevoel te hebben ergens invloed op te kunnen uitoefenen gaat hij in hongerstaking en gooit met ontlasting. Alleen in het begin van zijn detentie sprak hij eenmalig met een psycholoog.

In 2018 kwamen 3510 mensen in vreemdelingendetentie

(een toename van 60% sinds 2015). In dat jaar zijn in 459 gevallen mensen als straf in een strafcel, of als ordemaatregel in een observatiecel geplaatst. Meer dan de helft van de keren betrof het een ordemaatregel. Vaak heeft een ordemaatregel een medische reden, met name (vermeend) suïciderisico. Cijfers over opsluiting in eigen cel voor 23 uur per dag met onthouding van TV ontbreken, maar ook dit komt geregeld voor.

Sinds eind 2013 buigt het parlement zich over de nieuwe Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring. Deze zou een bestuursrechtelijk kader voor vreemdelingendetentie creëren in plaats van het huidige strafrechtelijk kader. In navolging van mensenrechtenstandaarden zou het alleen als laatste middel worden ingezet en aandacht worden besteed aan kwetsbare groepen. Dokters van de Wereld, het Meldpunt Vreemdelingendetentie en Amnesty International roepen al jaren op om

- te zorgen voor preventie van eenzame opsluiting; stop met het detineren van kwetsbare mensen en zorg voor een omgeving en regime zonder gelijkens met een gevangenis;

- aan te sluiten bij de doelstelling van de GGZ tot reductie en uiteindelijk uitbanning van eenzame opsluiting;
- de mogelijkheid van isolatie als strafmaatregel te schrappen.

Lobby op politiek niveau heeft in al die jaren helaas weinig structurele verbetering gebracht. We constateren dat nog altijd kwetsbare mensen worden opgesloten. Ook worden nog altijd teveel mensen in isolatie geplaatst. Het wetsvoorstel geeft weinig hoop op vermindering van het aantal (kwetsbare) mensen in detentie en biedt onvoldoende kansen voor een humaan regime. Isolatie blijft mogelijk als straf - in weerwil van de aanbeveling van de VN Commissie ter Preventie van Marteling - en als 'beschermende maatregel' zonder de kaders die gelden voor de reguliere gezondheidszorg.

Discrepantie tussen isolatiebeleid reguliere zorg en vreemdelingendetentie

In de hele zorg zijn wetgeving, beleid en werkwijzen ontwikkeld om dwang te reduceren en eenzame opsluiting uiteindelijk uit te bannen. Daar waar in de reguliere zorg de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd al jaren intensief toezicht houdt op het terugdringen van eenzame opsluiting, is het isoleercelbeleid in vreemdelingendetentie sinds 2009 geen onderwerp meer van de inspectiebezoeken.

Als de nieuwe wet voor vreemdelingendetentie aangenomen wordt, blijven Mohammed, John en al die andere psychisch kwetsbare mensen overgeleverd aan de vaak repressieve regels in vreemdelingendetentie. Nu de politiek onvoldoende aanstalten maakt om de rechten van deze kwetsbare mensen te waarborgen, hopen we dat de beroepsgroepen zich steviger kunnen laten horen in het debat. Net zoals de British Medical Association, die zich uitsprekt tegen vreemdelingendetentie, en al helemaal tegen het opsluiten van kwetsbare mensen. Zij roept dokters op hun invloed te gebruiken zodat mensen met psychiatrische problematiek en suïciderisico passende zorg krijgen in plaats van dat zij in eenzame opsluiting worden geplaatst.

*Gerianne Smits,
Dokters van de Wereld.*

1 (Ministerie van Justitie en Veiligheid (2019), Rapportage Vreemdelingenketen. Periode januari-december 2018.

2 Prognose o.b.v. cijfers van de eerste maanden van 2018. Eerste Kamer (2018). Memorie van antwoord. 34309 Regels met betrekking tot de terugkeer van vreemdelingen en vreemdelingenbewaring (Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring).

3 In 2014 had 70% van de ordemaatregelen een medische reden. Suïcidedreiging 57%; verwardheid 17%; honger- of dorststaking 6%; suïcidepoging 6%; op medisch advies niet nader omschreven 5% (Amnesty International, Dokters van de Wereld, Stichting LOS-Meldpunt Vreemdelingendetentie (2015) Isolatie in Vreemdelingendetentie).

4 Tweede kamer. Regels met betrekking tot de terugkeer van vreemdelingen en vreemdelingenbewaring (Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring). Memorie van toelichting. 34 309, nr. 3. Vergaderjaar 2015–2016.

5 Amnesty International, Dokters van de Wereld en Stichting LOS – Meldpunt Vreemdelingendetentie. Geke-tende zorg. Gezondheidszorg in vreemdelingendetentie (2014); Isolatie in vreemdelingendetentie (2015); Opsluiten of beschermen? Kwetsbare mensen in vreemdelingendetentie (2016).
* Een ongezonde wet? Gezondheidszorg en Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring (2018).

6 Paragraaf 17d UN Committee against Torture Concluding observations on the seventh periodic report of the Netherlands. 18 december 2018
<https://www.atlas-of-torture.org/en/document/2admklijf0t?page=1>

7 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018), Dwangtoepassing en separeerpraktijk in de ggz, p.1; <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2019/05/16/toezichtvisie-igj-terughoudend-en-zorgvuldig-omgaan-met-onvrijwillige-en-verplichte-zorg>; P. de Leede, P. van der Helm & Yolande Voskes (2016). FHIC werkboek, High en intensive Care uit forensisch perspectief. Ook in de instelling voor forensische psychiatrie, CTP Veldzicht, waar plaatsen gereserveerd zijn voor mensen uit vreemdelingendetentie die ernstige psychiatrische problematiek hebben, wordt gewerkt volgens de huidige richtlijnen in de ggz, zonder te straffen en te isoleren.

8 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). Medische diensten in detentiecentra: verantwoorde zorg, maar nog niet geborgd. (2014) Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra; (2019) Rapport n.a.v. toezichtsbezoek aan Detentiecentrum Rotterdam.

9 British Medical Association (2017), Locked up, locked out: health and human rights in immigration detention.

10 (Amnesty International, Dokters van de Wereld, Stichting LOS-Meldpunt Vreemdelingendetentie (2015); Eerste Kamer (2018). Memorie van antwoord. 34309 Regels met betrekking tot de terugkeer van vreemdelingen en vreemdelingenbewaring (Wet terugkeer en vreemdelingenbewaring); Ministerie van Justitie en Veiligheid (2019), Rapportage Vreemdelingenketen. Periode januari-december 2018.

E-learning cursus 'hongerstaking'

Het komt in Nederland meermalen per jaar voor dat een persoon aankondigt in hongerstaking te gaan uit protest of verzet tegen de situatie waarin hij zich bevindt. Een hongerstaking wordt meestal ondernomen door personen die zich in een vrijheid beperkende situatie bevinden zoals personen in een justitiële inrichting, personen in een vreemdelingendetentiecentrum en asielzoekers in een opvangcentrum. Maar ook de twee hongerstakende Groningers die protesteerden tegen het uitblijven van een beslissing over hun door de aardbevingen beschadigde huis.

Het is van belang dat een hongerstaking door een arts wordt begeleid. Dit vanwege het risico op permanente lichamelijke en psychische gevolgen. De arts dient de hongerstaker hierover te informeren, zodat hij een 'geïnformeerde keuze' kan maken of hij wel of geen medische ingreep wenst als hij in een kritische fase van de hongerstaking dreigt te komen. Een hongerstaking vraagt dus altijd om medische zorg en begeleiding van een arts. De medische zorg en begeleiding bij een hongerstaking

vereist ook specifieke kennis over de medische gevolgen van een hongerstaking en de medische, ethische, en juridische aspecten ervan. Om die reden heeft JWS nu ook een e-learning cursus ontwikkeld waarin deze kennis wordt overgedragen. De cursus is primair bestemd voor artsen die betrokken zouden kunnen raken bij de medische zorg en begeleiding van hongerstakers, maar ook verpleegkundigen kunnen er nuttige kennis mee opdoen. In de cursus wordt de cursist stapsgewijs door twee fictieve casus met bijbehorende theorie gevoerd, waarbij verschillende probleemstellingen aan de cursist worden voorgelegd en zijn kennis daarover getoetst. De cursus wordt afgesloten met een toets. Na het succesvol afronden van de toets kan vervolgens een certificaat worden aangevraagd. Voor artsen is de cursus voor een half uur geaccrediteerd.

Studio Danae bleek bereid om tegen een 'goede doelen' bedrag het ontwerp en de software van de e-learning cursus te verzorgen. Hierdoor kon de ontwikkeling en publicatie van de e-learning cursus geheel uit de donaties aan JWS worden gefinancierd.

Loes van Willigen



UITgelicht

Taalpunten in ziekenhuizen

In steeds meer ziekenhuizen in Nederland zijn tegenwoordig taalpunten te vinden. Hier kunnen mensen terecht die moeite hebben met lezen en schrijven. Als je niet goed kunt lezen en schrijven kan dit tot veel stress leiden. Zo is het bijvoorbeeld moeilijker om je afspraken goed te maken en te onthouden en om gezondheidsinformatie te begrijpen. Scholing in taal draagt bij aan grotere zelfredzaamheid en betere gezondheid. De punten worden vaak gerund door vrijwilligers die hiervoor getraind zijn,

In veel ziekenhuizen is ook aandacht voor het herkennen van laaggeletterdheid, vaak lastig omdat het omringd is met schaamte. Door training leert personeel laaggeletterdheid eerder herkennen en kunnen ze dit adequaat aan de orde brengen en ook doorverwijzen naar de taalpunten.

De Stichting Lezen en Schrijven houdt zich actief bezig met het herkennen en tegengaan van laaggeletterdheid en stelt dat taal van levensbelang is.

Als deze initiatieven kunnen bijdragen tot het verkleinen van de verschillen in gezondheid.

Een donateur aan het woord

Trouwe donateur Aleid Ringelberg:

Gezondheidszorg moet ook in Nederland nog beter



“Het belangrijkste thema voor de Johannes Wier Stichting moet zijn verbetering van toegang tot de gezondheidszorg.” Dat zegt Aleid Ringelberg, al sinds vele jaren donateur van de stichting. “Toegang tot de gezondheidszorg moet worden gewaarborgd voor alle ingezetenen, dus ook voor vluchtelingen. Net zo goed in het buitenland als hier in Nederland. Ook hier is die toegang nog niet goed genoeg geregeld.”

Mevrouw Ringelberg is coördinerend beleidsmedewerker op het gebied van Arbeid en Gezondheid bij het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Na haar afstuderen als (basis)arts in 1980 heeft zij eerst aan de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek gedaan naar de relatie tussen schouderklachten en houding/beweging. Dit heeft geresulteerd in een wetenschappelijke publicatie.

Een overstap naar een functie bij het toenmalige Directoraat Generaal van de Arbeid (Arbeidsinspectie) was vervolgens geen grote sprong. De Arbeidsinspectie valt onder het Ministerie van Sociale Zaken en binnen dat departement kreeg Aleid Ringelberg een ambtelijke carrière. Haar werkgebied is de arbeid gerelateerde zorg, waarbij zij veel te maken heeft met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. In 2016 stond zij mede aan de wieg van wetgeving op het gebied van preventie, die de positie van de bedrijfsarts tegenover de werkgever versterkt. “Daarbij is ook een klachtregeling ingevoerd. Werknemers die met hun klacht bij hun bedrijfsarts geen gehoor vinden kunnen in beroep gaan. Zij kunnen ook een second opinion vragen bij een andere arbodienst dan die waaronder zij vallen.” Aleid Ringelberg bereikt over twee jaar de pensioengerechtigde leeftijd. “Geen probleem voor mij, er is nog zoveel te doen.”

Zo ziet zij ook voor de Johannes Wier Stichting nog veel werk te doen. “Ook in Nederland is de gezondheidszorg nog niet goed genoeg geregeld. Als ambtenaar kan ik daar natuurlijk niet te veel over zeggen, maar er moet toch worden gestreefd naar het wegnemen van het verschil in levensverwachting tussen de sociaal-economische klassen. Bij het bepalen van eigen bijdragen moet worden bedacht dat iemand met een flink inkomen een bedrag van vijf euro schouderophalend betaalt, terwijl dat voor iemand met een laag loon betekent een dag geen vlees eten. En extra aandacht voor chronisch zieken en gehandicapten, want de laatste jaren is daarop veel bezuinigd.”

Aleid Ringelberg was tot april dit jaar lid van de gemeenteraad van Hillegom voor de VVD. Die partij was toch medeverantwoordelijk voor die bezuinigingen?

“Als je je bij een partij aansluit doe je dat omdat je vindt dat die het beste past bij wat je zelf belangrijk vindt. Dat betekent niet dat je het in alles eens hoeft te zijn met wat de partij op landelijk niveau doet.”

Als fractievoorzitter binnen de tweemansfractie hield zij zich behalve met financiën ook bezig met het gemeentelijk beleid op het terrein van zorg en welzijn. “Op dat gebied valt ook nog veel te verbeteren”, was haar ervaring. “Ik hoop ook dat de Johannes Wier Stichting zal blijven streven naar brede toegankelijkheid van de zorg. Zo is er een potje beschikbaar voor geneeskundige zorg aan ongedocumenteerden. Veel artsen blijken dat niet te weten, dus daaraan mag best wat meer bekendheid worden gegeven.”

Ger Dullens
Journalist



IN MEMORIAM

Roelof Rump is in mei dit jaar in zijn geliefde Apeldoorn plotseling overleden. Hij heeft op onze symposia prachtige foto's gemaakt en tijdens het laatste symposium in maart een sfeervolle fotovoorstelling laten zien. Ook in deze Nieuwsbrief vindt u foto's van zijn hand. Hij zei over zichzelf: "Ik ben een sprokkelaar, een raaf, ik pik opmerkelijke situaties en opmerkelijke mensen eruit". Zijn missie was: "Maak zichtbaar wat we niet willen zien". Hij is 70 jaar geworden. We zullen onze aardige en onbaatzuchtige (straat) fotograaf missen.

Foto's die Roelof Rump maakte tijdens het symposium in maart.



Financiën 2018

Het jaar 2018 werd afgesloten met een nadelig saldo van € 33.749 (2017: positief saldo € 9.440). Het nadelige saldo is eenmalig. In 2018 heeft de JWS aan projectkosten een bedrag van € 76.405 verantwoord. Tegenover deze kosten stond € 34.125 aan bijdragen van derden. De JWS heeft voor € 42.280 aan eigen middelen ingezet voor de projecten. Het nadelig saldo van het jaar 2018, groot € 33.749, werd ten laste van het bestemmingsfonds gebracht.

De JWS heeft in 2018 de volgende vier projecten onder handen gehad:

- Aan de eerste e-cursus 'Gezondheidszorg voor ongedocumenteerden', welke verscheen in 2015, werd onderhoud gepleegd voor een bedrag van € 2.116.
- De tweede e-cursus 'Ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers' werd met behulp van het VU Medisch Centrum ontwikkeld en is eind 2018 opgeleverd. De kosten bedragen € 41.065. Van ZonMw en de stichting

Koningsheide werd in 2018 een bijdrage van € 14.550 verantwoord.

- De samenwerking met Dokters van de Wereld in het project 'Zorgrecht' werd in april 2018 succesvol beëindigd. In 2018 werden voor dit project € 12.167 aan kosten gemaakt.
- Tenslotte werd eind 2018 na een gedegen voorbereiding de derde e-cursus 'Hongerstaking' aanbesteed. Eind maart 2019 is deze cursus op de website geplaatst. De kosten bedragen € 21.057.

De baten uit eigen fondsenwerving blijven achter bij de begroting. De overige baten en lasten van de organisatie verliepen per saldo circa conform begroting, leidend tot een overschot van € 8.531. Wij danken alle donateurs hartelijk voor hun bijdragen. Voor een meer uitvoerige uiteenzetting van de financiële toestand van de JWS verwijzen wij u naar de jaarrekening 2018, welke op onze website is gepubliceerd.

Colofon

Algemeen Bestuur Johannes Wier Stichting

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



Johannes Wier Stichting
voor gezondheidszorg
en mensenrechten

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 aftrebaar 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