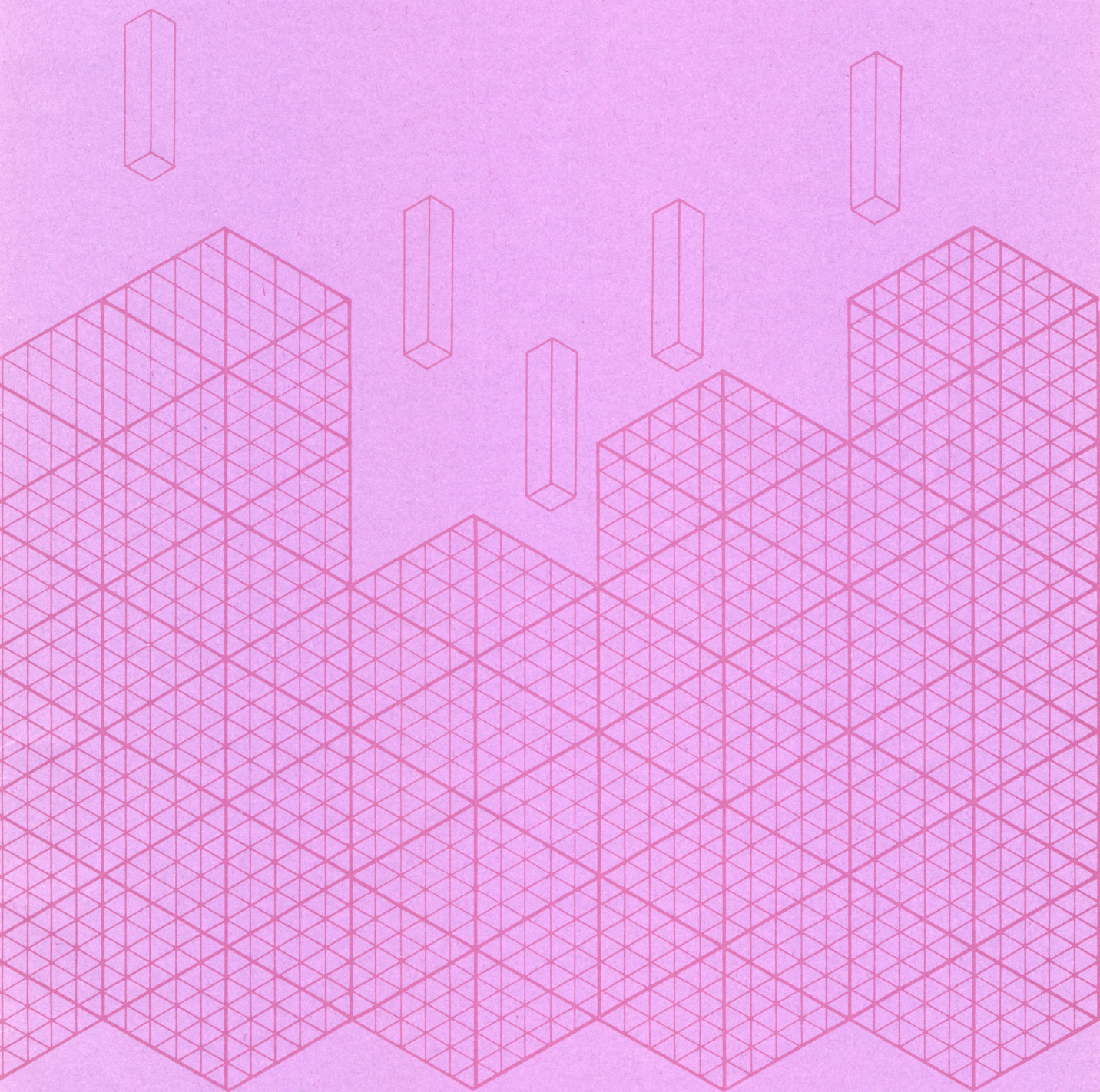


's-Gravenhage februari 1988

EPIDEMIOLOGISCH
BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH bulletin

REDACTIE

H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog (hoofd-
redacteur);
Dr. A.H. Bergink,
jeugdarts (redactielid);
Prof.dr. W.J. Schudel,
psychiater (redactielid);
I. Verkade-Burger (redac-
tiemedewerkster)

GRAFISCH ONTWERP

P.J.C. Martens

DRUKWERK

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie
GG en GD
Postbus 65783
2506 EB Den Haag
Telefoon:
070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt
viermaal per jaar en
wordt gestuurd aan
huisartsen, specialisten
en bestuurders in de
gezondheidsregio Den Haag

De redactie is verantwoor-
delijk voor de inhoud en
de samenstelling van het
bulletin

Februari 1988
23ste Jaargang nr. 1

Uitgave van de
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

Inhoud

Over behoefte, vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Prof.dr. W.J. Schudel	4
Medische hulpverlening buiten kantooruren. J.L. Engelenburg	11
Behoeften en klachten nader beschouwd. Een commentaar naar aanleiding van de artikelen van Prof.dr. W.J. Schudel en J.L. Engelenburg. H.G.J. Nijhuis	16
De voedselconsumptie van Haagse ouderen. Half- en volpensionverzorgingshuizen vergeleken. M.E. Brulez, J.W. Kraai en M. Vleeshouwers	23

Over behoefte, vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg

In april 1981 verzocht de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de Gezondheidsraad een onderzoek te doen verrichten naar 'het wezen van de geestelijke gezondheidszorg'. De betreffende adviesaanvraag bevatte een aantal vragen zowel van wetenschapstheoretische als van meer praktische aard en bleek dermate gecompliceerd, dat de beantwoording ruim vijf jaar in beslag nam. Het eindrapport besteedde uitvoerig aandacht aan de eerste kernvraag die luidde: 'Wat moet onder geestelijke gezondheidszorg worden verstaan en waar ligt de grens tussen haar en de overige welzijnszorg?' (1).

In haar samenvatting formuleerde de commissie haar visie als volgt: 'De conclusie uit het onderzoek naar de begrippen gezondheid, geestelijke gezondheid en zorg moet luiden dat het begrip geestelijke gezondheidszorg in algemene zin niet exact kan worden gedefiniëerd en dat geen wetenschappelijke gefundeerde scheidslijn kan worden bepaald tussen geestelijke gezondheidszorg en welzijnswerk. Toch is het mogelijk langs een andere weg het terrein van de geestelijke gezondheidszorg beter kenbaar te maken. Kenmerkend voor het verschil tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg is niet het verschil tussen lichaam en geest, maar tussen organisme en persoon. Lichamelijke gezondheidszorg houdt per definitie een zekere mate van reductie van de persoon in; geestelijke gezondheidszorg houdt per definitie een zekere mate van transcendentie van het lichaam in: zij zijn geen nevenschikkende of bovenschikkende vormen van zorg, maar geheel verschillende manieren om met bepaalde problemen om te gaan. In de lichamelijke gezondheidszorg ligt de kracht van de reductie in de hoge mate van specificiteit van probleemformuleringen en de hoge mate van effectiviteit van probleemoplossingen; de zwakte van de reductie ligt in de moeilijke integratie van deeloplossingen binnen het complexe systeemniveau van het organisme als geheel en binnen het nog meer complexe systeemniveau van persoon of individu. In de geestelijke gezondheidszorg ligt de kracht van de reductie niet in de beperking van het object van de aandacht zelf, maar in de poging de complexiteit te verhelderen door de samenhangen te laten zien.

De verdeling geestelijke gezondheidszorg-welzijnswerk is niet kennistheoretisch te funderen, omdat hun werkerterrein ontstaan is als gevolg van een betrekkelijk toevallige historische ontwikkeling. Wel is het mogelijk een nadere ideaaltypische omschrijving van de verschillende functies te geven. De geestelijke gezondheidszorg is te beschouwen als het systeem van professionele arrangementen dat voorziet in de opvang, behandeling en begeleiding van individuen die in hun gedrag, hun gevoelens en/of gedachten zodanige stoornissen vertonen dat het verband daartussen niet meer als geïntegreerd kan

*Prof.dr. W.J. Schudel,
hoogleraar psychiatrie,
Erasmus Universiteit
Rotterdam.*

Dit artikel is een enigszins gewijzigde weergave van een reeds verschenen artikel in 'Schering en Inslag', Liber Amicorum opgedragen aan Dr. M.H. Cohen Stuart, Publicatie Delta Ziekenhuis, 1987.

worden beschouwd of het contact met anderen ernstig bemoeilijkt wordt en de innerlijke vrijheid tot wijziging van die toestand is ingeperkt. Het specifieke welzijnswerk richt zich op de relatieve verbetering van de positie van mensen en groepen van mensen die binnen de structuur van de huidige samenleving onvoldoende tot hun recht komen: het betreft 'gewone' mensen in 'bijzondere' situaties (achterstand, tekort) waar de geestelijke gezondheidszorg zich bezighoudt met 'bijzondere' (gestoorde, ongelukkige) mensen in 'gewone' situaties. Omdat gewone mensen door bijzondere situaties bijzonder kunnen worden en bijzondere mensen van gewone situaties in bijzondere terecht kunnen komen, is er in de praktijk vaak een sterke wisselwerking tussen specifiek welzijnswerk en geestelijke gezondheidszorg. De grenzen zijn vaag, maar de kernen en uitgangspunten zijn duidelijk verschillend'.

Tegen deze achtergrond kan binnen de geestelijke gezondheidszorg de plaats van de psychiatrie nader worden aangeduid. Zo merkt de commissie verder op dat 'het onjuist is elke stoornis onder de noemer van ziekte en gezondheid te brengen: stoornis is op te vatten als de resultante van exogene en endogene krachten die per geval anders verdeeld kunnen zijn. Op het snijpunt van die krachten dient de psychiatrie haar plaats in te nemen en een centrale, schiftende en dirigerende taak te vervullen door het overzicht te houden, enerzijds over het gehele scala van psychisch dysfunctioneren, en anderzijds over het gehele scala van mogelijkheden ter behandeling en beïnvloeding daarvan. Alleen de ernstige en meer complexe vormen van psychisch dysfunctioneren, waaronder die welke door lichamelijke factoren worden bepaald, komen voor behandeling door de psychiater zelf in aanmerking. Het systeem van de geestelijke gezondheidszorg zal moeten voorzien in een zodanige opvang van cliënten en patiënten dat de 'psychiatrische' stoornissen aan de psychiater en andere aan de daarvoor meer geëigende discipline worden voorgelegd'.

De vraag dringt zich op of en zo ja in hoeverre het huidige systeem van de geestelijke gezondheidszorg inderdaad aan deze voorwaarde voldoet. Immers, de discussie over de discrepantie tussen hulpvraag, hulpbehoefte en hulpaanbod in de gezondheidszorg is geenszins verstomd. Wel zijn er aanwijzingen, op macro-niveau gesignaleerd, dat in vele landen de hulpbehoefte de hulpvraag overtreft. Voor een nadere beschouwing dienen allereerst de verschillende begrippen te worden gedefiniëerd.

1. Advies inzake geestelijke gezondheidszorg. Gezondheidsraad nr 18. 's-Gravenhage, augustus 1986.

Onder zorgbehoefte kan worden verstaan: de noodzaak c.q. wenselijkheid (algemeen aanvaard of geobjectiveerd) om zorg of hulp te verlenen. De zorgvraag is dan: de subjectief ervaren wens om die

hulp of zorg te ontvangen. Het aanbod tenslotte: de daadwerkelijk ter beschikking gestelde zorg en/of hulp. In het ideale geval geldt dat zowel op macro-niveau (de samenleving) als op micro-niveau (individuele gevallen) behoefte, vraag en aanbod kwantitatief en kwalitatief overeenstemmen. Met andere woorden: het hulpaanbod is kwalitatief en kwantitatief voldoende om zowel aan de gesignaleerde hulpbehoefte als de hulpvraag adequaat tegemoet te komen, terwijl bovendien de overlap tussen hulpbehoefte en hulpvraag vrijwel totaal is. Dat wil tevens zeggen dat publiek en gezondheidszorg het eens zijn en beide weet hebben van de criteria die gelden om voor behandeling in aanmerking te komen.

Het bereiken van deze ideale situatie is vooralsnog utopisch en vereist nog zeer veel spreiding van kennis en verandering van attitudes en gedrag zowel bij het publiek als in de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg. Maar de ideale situatie kan wel enigszins benaderd worden door het optimaliseren van het systeem van de huisartsgeneeskunde. Immers, de huisarts is in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem het meest adequaat gestationeerd en geëquipeerd om zowel rijpe als groene hulpvragen in nauw overleg met de vrager kritisch door te nemen en alleen dan een hulpaanbod te doen indien bij beiden het inzicht bestaat dat hulpvraag en hulpbehoefte met elkaar overeenstemmen en kwalitatief een zekere grenswaarde is overschreden. Door de schiftende en voorlichtende taak van de huisarts goed te vervullen kan ertoe worden bijgedragen dat op termijn steeds meer mensen adequate keuzes kunnen maken bij een beroep op de gezondheidszorg. Door uitgebreid te communiceren onder andere met behulp van de media en door middel van gezondheidsvoorlichting op scholen kan het inzicht bij het maken van keuzes verder worden versterkt. Dit staat nog los van een meer algemeen preventieve taak van de huisarts die in het verlengde hiervan ligt, bijvoorbeeld inzake (on)gezonde leefwijzen.

Een dergelijke optimale situatie lijkt nog lang niet bereikt, ondanks het feit dat juist in Nederland de voorwaarde voor een ontwikkeling in de geschetste richting meer dan elders thans al aanwezig is.

Vanzelfsprekend moet de uiteindelijke realisering plaatsvinden op het micro-niveau: bij het individu (de patiënt) en zijn directe omgeving zelf. Thans zijn we daarvan nog ver verwijderd. Als voorbeeld, afkomstig uit de somatische gezondheidszorg, kan auteur wijzen op de resultaten van een onderzoekje gehouden aan 'de poort' van het Dijkzigt Ziekenhuis in Rotterdam (2). Gedurende een etmaal (een zaterdag) werden daar alle 'spoed'-consulten geanalyseerd. Duidelijk werd dat een flink aantal hulpvragen naar het oordeel van de eerste-hulparts géén spoedeisend karakter had, dat eveneens een aantal géén

2. Kooiman CG, Wetering BJM van de, Mast RC van der. *Spoedeisende hulp in een algemeen ziekenhuis*. *Med Contact* 1988; 43: 11-4.
3. Giel R. *Vreemde zielen*. Meppel: Boom, 1984.
4. Kortmann F. *Problemen in transculturele communicatie*. Dissertatie RU Groningen, 1986.

ziekenhuishulp behoefde en zelfs sommigen géén medische hulp in het algemeen nodig hadden. In een uitgebreider onderzoek over een maand kwam naar voren dat hulpvragers uit jonge en/of allochtone bevolkingsgroepen oververtegenwoordigd waren. Dit geeft tenminste een indicatie dat de huisartsgeneeskunde (in elk geval in een grote stad als Rotterdam) (nog) niet de plaats heeft ingenomen, die hiervoor als wenselijk werd omschreven.

Richten we ons nu expliciet op de geestelijke gezondheidszorg, dan lijkt daar de ideale situatie nog verder verwijderd te zijn. Op zichzelf is dat niet zo verwonderlijk, want de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder hebben zowel inhoudelijk als qua geïstitutionaliseerde zorg een vertraagde ontwikkeling doorgemaakt.

In transcultureel perspectief is de achterstand nog immer aanzienlijk en op vele plaatsen in de wereld aantoonbaar. In grote delen van Afrika, bijvoorbeeld, worden psychiatrische stoornissen nauwelijks als zodanig erkend en herkend (3)(4). De Nederlandse huisarts en psychiater die werkt met Turkse en Marokkaanse migranten (hetzelfde geldt in mindere mate voor Surinaamse patiënten) moeten terdege rekening (proberen te) houden met de omstandigheid dat psychische en psychosociale problemen in niet-westerse culturen veelvuldig in somatische klachten worden vertaald en als zodanig worden geuit. Trouwens ook in de westerse samenlevingen is somatiseren allesbehalve zeldzaam; met name voor de psychiaters werkzaam in de consultatieve psychiatrie in algemene ziekenhuizen vormt deze categorie ziektebeelden dagelijks werk (5)(6). Maar dit terzijde. Wanneer we ons richten op de individuele hulpvraag (het micro-niveau dus) in de geestelijke gezondheidszorg, dan komen opnieuw de begrippen behoefte, vraag en aanbod aan de orde. Het fundamentele begrip behoefte verwijst naar een doel dat gehaald moet worden om een geaccepteerd niveau van welbevinden te verkrijgen. In de geneeskunde wordt het begrip behoefte vaak vertaald in objectief vastgesteld tekort of dysfunctioneren. Met het medisch diagnostisch instrumentarium immers is het tot op zekere hoogte mogelijk om een aandoening, dat wil zeggen behoefte, te objectiveren in maat en getal van symptomen. Hierbij dient onmiddellijk te worden aangetekend dat een dysfunctie aanwezig kan zijn zonder dat dit met behulp van het op dat moment beschikbare instrumentarium kan worden vastgesteld. De hulpvraag komt voort uit de subjectieve beleving van een of meer klachten, welke in directe relatie kunnen staan met de symptomen maar daar ook (ogenschijnlijk) los van kunnen staan. Het zorgaanbod wordt geëffectueerd in de in eerste instantie voorgestelde en vervolgens daadwerkelijk ingestelde behandeling. Ook hier geldt weer dat idealiter

5. Mast R.C. van der, Hengeveld MW. Een patiënte met veel lichamelijke klachten: wat te doen en wat te laten? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1987; 131:
6. Rooymans HGM. Zijn het zenuwen? Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten. *Openbare les RU Leiden*, 1977.

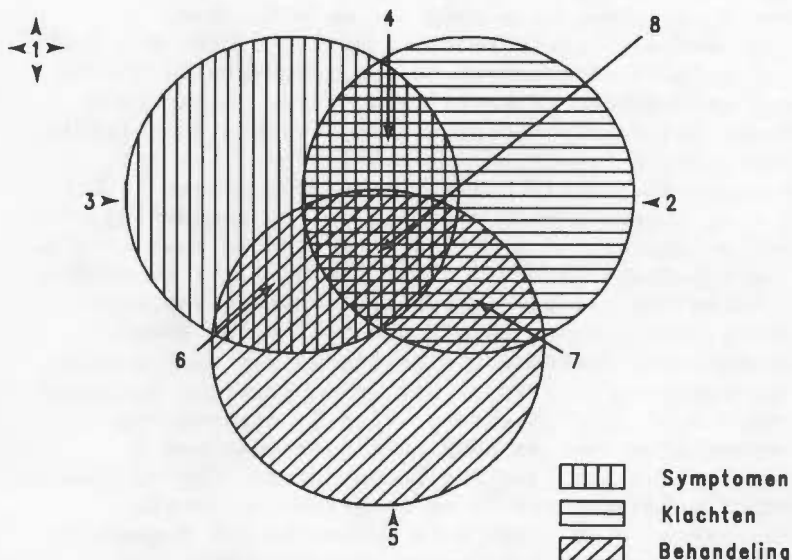
klachten, symptomen en ingestelde behandelingen in individuele gevallen van klachtenpatronen en ziektebeelden (syndromen) elkaar zouden moeten overlappen. Met andere woorden, de verzamelingen klachten, symptomen en behandelingen zouden veel elementen gemeen dienen te hebben en maar weinig elementen afzonderlijk. In de praktijk bestaat geen 100% overlap van deze drie velden en treffen we situaties aan zoals weergegeven in het venn-diagram in figuur 1.

Uit het diagram zijn een achttal categorieën van gevallen op te stellen waarbij de symptomen, klachten en behandelingen wel of niet met elkaar congrueren. Van elk van deze categorieën zijn op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg voorbeelden te geven:

Categorie 1 vertegenwoordigt het klassieke medische begrip gezondheid (7). Er is een situatie van afwezigheid van klachten, symptomen en behandelingen. Categorie 8 geeft de situatie weer indien sprake is van het klassieke medische begrip ziekte. De klachten en symptomen overlappen 100%. Daarenboven geldt voor deze categorie dat een 100% adequate behandeling is ingesteld.

Categorie 2 (alleen klachten). Hierin horen thuis psychosociale problematiek of psychische problematiek die valt binnen de in een bepaalde cultuur als normaal beschouwde variatiebreedte van menselijke ervaringen en emoties. Voorbeelden hiervan zijn verdriet, in het bijzonder rouw, zorgen om geld of gezondheid, jaloezie, zelfverwijt etc.

Categorie 3 (alleen symptomen). In deze groep vinden we een groot deel van de persoonlijkheidsstoornissen, delinquentie en alcoholisme. Van klachten is veelal geen sprake en tot (wezenlijke) behandeling komt het maar zelden. Wel is de professe het er in deze gevallen over eens dat voor deze categorie van



Figuur 1. Venn-diagram van klachten, symptomen en behandelingen.

psychiatrische stoornissen gesproken moet worden. Objectieveerbare ziekte derhalve, zonder subjectief ziektebeleven door de betrokkene zelf.

Categorie 4 (klachten en symptomen). Hier vinden we onder andere een ander (zwaarder) deel van de alcoholisten en het merendeel van de overige verslaafden. Veel neurotische stoornissen en vooral somatische klachten met een psychische origine. Indien er al een hulpvraag is, sluit deze meestal niet aan op het hulpaanbod.

Categorie 5 (alleen behandeling). Deze ongebruikelijke categorie is wellicht de kleinste. We treffen hier aan de activiteiten van geestelijke gezondheidszorg met een preventief karakter. Er zijn nog geen expliciete klachten of symptomen, er vindt evenwel reeds een behandeling plaats vanwege de aanname dat problematiek voorkomen kan worden. Voorbeelden zijn de 'therapie'-groepen voor gescheidenen, tweede generatie-kinderen en de eens zo populaire sensitivity trainingen.

Categorie 6 (symptomen en behandeling). Een flink deel van de 'grote' psychiatrische beelden hoort thuis in deze verzameling waar symptomen op de voorgrond en klachten, indien al aanwezig, op de achtergrond staan. Voorbeelden van dergelijke ziektebeelden zijn schizofrenie, vooral de paranoïde vormen en de paranoïde psychose, manieën, en last but not least de dementie (vooral de Alzheimer-varianten).

Categorie 7 (klachten en behandeling). Psychosociale problematiek zonder ziekteverschijnselen is in de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet zelden een indicatie voor behandeling, hetzij individueel of met de partners, hetzij in groepsverband. Waar klachten in de plaats komen van symptomen als doelwit van aandacht ligt een exponentiële groei van deze categorie voor de hand. In deze categorie kunnen gevallen van ziekte vóórkomen waarbij het diagnostische instrumentarium ontbreekt om objectiever symptomen te ontdekken. De klachten vormen in dat geval de aanleiding voor behandeling. Eventueel kunnen de klachten hierbij vroege uitingsvormen zijn van een objectieve zorgbehoefte en is zorgdiagnostiek en -behandeling na herkenning in adequate interpretatie mogelijk. Tevens treffen we hier aan de verzameling uitsluitend klagers die bij gebrek aan diagnostiek potentieel nimmer als niet-ziek wordt geïdentificeerd.

Waar toe leidt deze inventarisatie? Is het niet zo dat ook voor bijvoorbeeld de interne geneeskunde eenzelfde diagram is te vervaardigen? In principe is dat inderdaad het geval. Een extra moeilijkheid is evenwel gelegen in de specifieke problemen die de geestelijke gezondheidszorg in casu de psychiatrie kent in de afgrenzing van de diverse categorieën. Voor lichaamstemperatuur en elektrolyten beschikt de medische wetenschap over geaccepteerde normaalwaarden. Een klacht als verminderde eetlust wordt een objectief meetbaar symptoom als het gewichtsverlies

7. Dijk WK van. *Het medisch model in sociale context*. In: Rümke C, Boele PE, Dijk WK van. *Van kinderaanalyse tot y-chromosoom*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1973.

een zekere grenswaarde heeft overschreden. De psychiatrie heeft slechts in minderheid de beschikking over dergelijke kwantificeerbare parameters, hoezeer men ook tracht hier verandering in te brengen door middel van beoordelingsschalen en andere diagnostische en classificatiesystemen. Bovendien is de consistentie in de tijd ('de reproduceerbaarheid') van psychiatrische klachten en symptomen vaak veel minder uitgesproken. Het gevolg van een en ander is dat niet alleen de omvang van de categorieën die niet voldoen aan het traditionele begrip 'ziek' of 'gezond' (de categorieën 2 tot en met 7 dus) moeilijk is vast te stellen en wellicht sterk wisselend in de tijd is, maar tevens dat maatregelen gericht op de beïnvloeding van discrepanties tussen vraag, behoefte en aanbod als regel zeer moeilijk te effectueren zijn.

Bij de ontwikkeling van beleid gericht op sturing van de geestelijke gezondheidszorg (op macro- en meso-niveau) dient rekening gehouden te worden met deze onvermijdelijke inconsistentie in de afgrenzing van vraag en behoefte. Zonder een kritische beschouwing van deze problematiek kan men niet de capaciteit aan de aanbodzijde vaststellen. De ervaring, ook in Nederland, heeft geleerd dat het effect van 'communicerende vaten' optreedt in de geestelijke gezondheidszorg: telkens wanneer nieuwe voorzieningen worden opgezet of slimme substitutieprojecten worden gerealiseerd, blijken onverwachte categorieën patiënten zich aan te dienen op daartoe oorspronkelijk niet bestemde plaatsen. Het hulpaanbod is wellicht te weinig specifiek, te weinig gericht op een bepaalde goed gedefinieerde categorie patiënten. Zo is de 'over'-capaciteit van psychiatrische bedden waarschijnlijk voor een belangrijk deel te verklaren uit de gewoonte in ons land ook andere dan psychotische patiënten op te nemen. In de ambulante geestelijke gezondheidszorg kent men een soortgelijk fenomeen: alle categorieën hulpzoekenden zijn daar in principe welkom, hetgeen leidt tot een omvangrijke en vrijwel onbeïnvloedbare vraag.

Alleen een beleidsmatig afgrenzen van specifieke categorieën hulpvragenden, het toetsen van de behoefte aan hulp in elk van die categorieën en het vervolgens vaststellen van de daartoe bij benadering benodigde aanbod-capaciteit kan het tij keren. Op micro-niveau, in de arts-patiënt relatie dus, dient zoals gezegd de oplossing gezocht te worden in een betere communicatie tussen vrager en aanbieder. Uiteraard komen hier tevens aanpassingen in de opleiding van de huisarts te pas. Deze tenslotte moet daadwerkelijk worden bijgestaan door de poliklinisch werkzame psychiater en in de thuissituatie worden ondersteund vanuit de RIAGG. Slechts dan kan de hulpverlening aan psychiatrische patiënten worden geoptimaliseerd zonder dat de totale hoeveelheid professionele hulp oneindig hoeft toe te nemen.

Medische hulpverlening buiten kantooruren

J.L. Engelenburg,
huisarts te Den Haag.

■ INLEIDING

In een redactioneel artikel in Medisch Contact d.d. 6 maart 1987 stelt Van Es de basale vraag: Is het doel van onze gezondheidszorg tegemoet te komen aan alle subjectieve behoeften van de hulpvragers? Of vormen de medische en/of sociale noden de criteria voor onze zorg (1)?

Vertaald naar de medische hulpverlening buiten kantooruren wordt die vraag: heeft iedere hulpvrager recht op medische zorg voor elke hulpvraag, urgent of niet-urgent gedurende 24 uur van de dag? Of bestaat buiten kantooruren alleen recht op hulp voor noodgevallen? Voor steeds meer hulpvragers is dit allang geen vraag meer. Zij vragen hulp, gedurende 24 uur per dag, voor urgente en niet-urgente zaken en menen dat de betaalde premie hen daarop ook het recht geeft. De hulpverlener daarentegen is van oudsher opgeleid met een andere visie. Hij meent gehonoreerd te worden voor een drukke werkdag, met daarbuiten beschikbaarheid voor spoedgevallen. Buiten de normale werkuren tijd besteden aan medisch niet-urgente zaken belemmert de noodzakelijke hulpverlening in zijn visie. Hij wordt daarin gesteund door overheid en ziekenfondsen. In april 1982 bracht de geneeskundige inspectie voor Zuid-Holland, te samen met de Haagse GG en GD een nota uit omtrent de medische hulpverlening buiten kantooruren (2). Daarin staat onder andere: 'door het aantal consulten, in de avond en in de nacht, voor een niet-acute hulpvraag, terug te dringen zal het totaal aantal consulten dat door de ziekenhuizen en de doktersnachtdienst wordt verricht, afnemen en het 'oneigenlijk' gebruik van voorzieningen verminderen'. (Met de doktersnachtdienst wordt hier bedoeld de in Den Haag bestaande waarnemingsregeling voor avond en nacht, werkende vanuit een centrale post, voor zo'n 200 huisartspraktijken).

Het is duidelijk dat hulpvragers en hulpverleners elkaar buiten kantooruren vaak ontmoeten met een geheel verschillende visie op de basale vraag. De hulpvrager vindt dat hem geen recht gedaan wordt, de hulpverlener meent dat van zijn beschikbaarheid oneigenlijk gebruik gemaakt wordt. Meermalen is een conflict het gevolg. Vele huisartsen trachten deze conflicten te vermijden door gebruik te maken van hun antwoordapparaat. Zij hopen dat deze drempel de niet-urgente hulpvragen enigszins tegenhoudt. Deze omweg is voor werkelijke spoedgevallen echter ongewenst. Het maken van een duidelijke keuze bij de beantwoording van de basale vraag kan conflict-situaties voorkómen. De wetenschap alleen voor urgente hulpvragen gebeld te worden vergroot de bereidheid bij de huisarts tot een goede bereikbaarheid buiten kantooruren.

We vernemen in de media vrij frequent klachten omtrent de hulpverlening (hulpverleners). Zelden (of

Een keuze uit recente krantenkoppen.

Huisarts in noodgeval veel te vaak in gesprek

Vaak conflict tussen patiënt en huisarts

Nachtdokter nog te vaak telefoondokter

De auteur dankt Prof dr. J.D. Mulder, dzn, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, voor zijn inspiratie en kritisch advies.

nooit) vernemen we klachten van hulpverleners omtrent hulpvragers (hulpvraag).

Uit een 35-jarige praktijkervaring kan de auteur verzekeren dat dit niet komt doordat er geen klachten zijn. De oorzaak is, dat de hulpverlener geen echt klachtrecht heeft. Uitgaande van gelijkwaardigheid van mondige hulpvrager en hulpverlener, dient voor beiden de mogelijkheid tot klagen gelijk te zijn. Het is onder andere Vrij, geneeskundig inspecteur voor de eerstelijns, die in 1981 wijst op de gedeelde verantwoordelijkheid van hulpvrager en hulpverlener bij de hulpverlening, in het bijzonder buiten kantooruren (3). Vrij stelt onder andere: door mondigheid te eisen en tegelijkertijd zijn medeverantwoordelijkheid niet waar te maken scheidt de hulpvrager voor de hulpverlener een moeilijke situatie. In die situatie voelt de huisarts zich vogelvrij. Hij moet namelijk aan iedere, ook onredelijke, hulpvraag gehoor geven. Op het moment van de hulpvraag is er geen verweer. En door het ontbreken van klachtrecht ook achteraf niet.

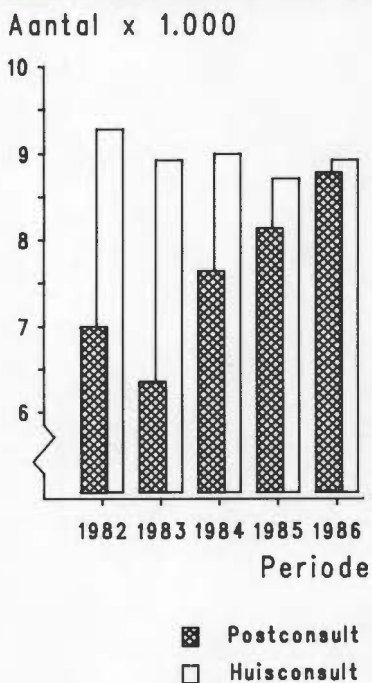
Wie moet die basale vraag beantwoorden?

In het voorafgaande werden reeds commentaren van overheid, geneeskundige inspectie en de ziekenfondsen genoemd. Hoewel niet voorbij kan worden gegaan aan deze uitspraken, mag betwijfeld worden of zij de werkelijke belangenbehartigers van de hulpvragers zijn. Naar mijn mening dient de basale vraag door de gemeenschap in zijn totaliteit beantwoord te worden. Met name de hulpvragers dienen om hun mening gevraagd te worden. Tot nog toe gebeurde dit onvoldoende. Zo stelden de leden van het Landelijk Consumenten Platform in het jaarverslag over 1986 vast, dat zij niet geraadpleegd zijn bij voorgenomen veranderingen in de gezondheidszorg. Terecht protesteren zij daartegen. Tot op heden zijn de gevolgen van het onbeantwoord blijven van de basale vraag, afgewenteld op de hulpverleners. Kerkhoff en Klumper noemen in dit verband de huisarts dan ook de 'risico-drager' voor het ziekenfonds (4).

Huisartsen verrichten nacht- en weekenddiensten zonder dat daar compensatie in vrije tijd of geld tegenover staat. Het 'ongemak-deel' van het honorarium zou immers alleen hulpverlening in noodgevallen betreffen en houdt beslist geen rekening met de bestaande situatie.

Behalve de huisartsen staan ook de eerstehulp afdelingen van de ziekenhuizen onder druk van een toenemende vraag om hulp buiten de normale werkuren. In 1980 is op alle zeven eerstehulp afdelingen in Den Haag, Voorburg en Rijswijk onderzoek verricht naar de acute hulpverlening buiten kantooruren (19.00 uur en 7.00 uur) (5). Dit onderzoek bracht aan het licht dat in 51% van de gevallen sprake was van een hulpvraag van huisartsgeneeskundige aard. Van de hulpvragers consulteerde 88% de eerstehulp op eigen initiatief, dus zonder eerst de huisarts te

1. Es JC van. *Kwaliteit. Med Contact* 1987; 42: 291.
2. *Acute medische hulpverlening in 's-Gravenhage in avond en nacht. Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid van Zuid-Holland i.s.m. de GG en GD Den Haag, april 1982.*
3. Vrij A. *Verantwoordelijkheden in de medische hulpverlening. Med Contact* 1981; 36: 749.
4. Kerkhoff AJCM, Klumper WM. *Ambulance: tussen eerste en tweede lijn. Med Contact* 1987; 42: 427-9.
5. *Eerste hulpverleningen in de Haagse ziekenhuizen. Gemeentesecretarie, Afdeling Statistiek en Onderzoek. Den Haag 1981.*



Figuur 1. Aantal huis- en postconsulten verricht door de doktersnachtsdienst. Den Haag 1982-86.

raadplegen. In totaal werden 12.670 verrichtingen genoteerd ten behoeve van inwoners van Den Haag, Rijswijk en Voorburg. Dit cijfer is vergeleken met de gegevens uit het jaarverslag over 1986 van de Haagse doktersnachtsdienst. Het aantal visites door de dienstdoende huisarts thuis verricht, samen met de consulten op de centrale post ten behoeve van dezelfde populatie, bedroeg 17.322, dus anderhalf keer zoveel.

Figuur 1 toont het verloop van deze contacten sinds 1982. Niet opgenomen in deze figuur zijn de telefonische contacten. Exacte gegevens zijn hierover niet beschikbaar. In het algemeen wordt aangenomen dat het aantal telefonische consulten 50% van het totaal aantal contacten bedraagt. Waarmee we kunnen stellen dat het totaal aantal contacten van de Haagse doktersnachtsdienst twee en een half keer zo hoog ligt dan de eerstehulp afdelingen samen. Het is juist het telefonisch medium dat van de dienstdoende huisarts het uiterste van zijn kennis, invoelend en incasserend vermogen vraagt.

■ DISCUSSIE

Bij de beantwoording van de basale vraag zijn twee wegen mogelijk.

1. De huidige praktijk wordt aanvaard waarbij gedurende 24 uur per dag hulp wordt geboden aan hulpvragen met ook een niet-urgent karakter. Hiervoor dienen dan wel de organisatorische mogelijkheden en financiële middelen voor de opvang van die hulpvraag te worden gecreëerd.
2. De 'oude' visie wordt gehandhaafd. In dat geval moeten dusdanige maatregelen worden getroffen dat de hulpvraag zich beperkt tot noodgevallen.

Wat zijn de gevolgen van de eerste keuze?

Het aantal conflicten zal drastisch worden verminderd. Het huisartsen-overschot slaat om in een tekort. De huisarts krijgt immers de middelen aangereikt om bijvoorbeeld in samenwerking met drie of vier andere collegae (of via het aantrekken van arts-assistenten) aan de 24-uurs hulpvraag te kunnen voldoen. De artsen zullen werken in ploegendiensten van 2 x 12 of 3 x 8 uur. Een andere mogelijkheid is de huisarts in loondienst te contracteren. Ook dan zullen veel meer artsen nodig zijn. Ook commerciële waarnemingsdiensten, zoals deze functioneren in de Angelsaksische landen (deputy services) en Frankrijk (S.O.S.-diensten), kunnen een 24-uurs service verlenen.

De investeringen zullen in de eerstelijnsgezondheidszorg drastisch toenemen (dit was immers toch al de bedoeling). Maar zullen deze investeringen voor de gemeenschap betaalbaar zijn? Kijken we naar Denemarken dan kan het wel degelijk. Daar wordt

namelijk de medische hulpverlening buiten kantooruren gefinancierd door de overheid (gemeenschap). Artsen werken acht uur per dag. Het bieden van hulp buiten kantooruren is facultatief en vindt plaats tegen een aparte honorering. Wellicht zijn vele hulpvragers bereid te betalen voor de mogelijkheid de arts van hun keuze op de door hen gekozen tijd en plaats te raadplegen.

Uiteraard wordt de huisartsenhulp hierdoor onpersoonlijker, immers een hulpvrager (gezin) kan gelijktijdig begeleid worden door meerdere, samenwerkende artsen. De 'oude vertrouwde huisarts' verdwijnt.

Spreeuwenberg zegt dat het beeld van 'de oude vertrouwde huisarts' meer bestaat in de harten en hoofden van de artsen, dan van de patiënten (6). Het rapport van het Nederlands Huisartsengenootschap over de weekend-waarneming (1977) vermeldt dat 91,2% van de hulpvragers desgevraagd zegt geen voorkeur te hebben voor de eigen arts gedurende het weekend wanneer geen vertrouwelijke en/of vitaalbedreigende zaken aan de orde zijn (7).

De dokterstelefoon in Den Haag vertelde mij dat hen vaak gevraagd wordt wanneer de huisarts met vakantie gaat of wanneer de weekend-dienst ingaat. Het gaat de vrager dan kennelijk om de mogelijkheid de mening van een andere arts te vragen.

Schouwstra wijst erop dat de visie van de huisarts op een gezin subjectief is en vaak bepaald wordt door contact met enkele leden van het gezin (8). Wellicht is de gecombineerde visie van twee of drie huisartsen dan meer objectief. De hulpvrager tenslotte houdt de mogelijkheid zijn huisarts te treffen door bijvoorbeeld zoveel mogelijk binnen kantooruren de huisarts te consulteren, meestal 'zijn' huisarts te treffen.

Kortom het staat niet vast welke waarde de gemeenschap aan bovengenoemde (nadelige?) consequentie zal hechten.

Slaan we de andere weg in bij de beantwoording van de basale vraag, waarbij buiten kantooruren alleen recht op hulp in nood bestaat, dan is definiëring van een noodsituatie noodzakelijk. De uitgebreide literatuur geeft hier geen eensluidend antwoord op. De hulpvragers en hulpverleners verschillen vaak van mening en hulpvragers onderling eveneens. Men kan de discussie over de mate van urgentie niet voeren ten tijde van een hulpvraag. Maar wat kan men wel doen?

- Uitgebreide en intensieve voorlichting aan het publiek over (niet)-crisissituaties met betrekking tot de gezondheid.
- Oneigenlijke gebruikers van medische hulp buiten kantooruren benaderen via andere hulpinstanties zoals maatschappelijk werk, kruisvereniging of

6. Spreeuwenberg. *Huisarts en Stervenshulp*. Deventer: van Loghum Slaterus 1981.
7. Eyk JHM van, Gubbels J e.a. *De weekend-dienst in Nederland*. Nederlands Huisartsen Genootschap 1977.
8. Schouwstra K. *De continuïteit: een zorg voor de huisarts*. *Huisarts Wetensch* 1976; 19: 386-90.

wijkagent. Vaak betreffen het zorgenaamde 'probleemgezinnen'.

- De huisarts kan een duidelijk standpunt innemen waarbij hij bijvoorbeeld recepten voor slaapmiddelen en tranquillizers niet als een urgente hulpvraag beschouwt en dit dus niet verstrekt buiten kantooruren. Blijkt een eerste oneigenlijk gebruik niet te voorkómen ten aanzien van een herhaling is dat het veelal wel.
- De financiering via een restitutiesysteem te laten verlopen. Het voordeel daarvan is dat de discussie omtrent urgentie wordt geplaatst naar een plaats waar zij hoort, namelijk tussen verzekerde en verzekeraar.
- Het creëren van een financiële drempel door hulp buiten kantooruren niet tot een basisverzekeringspakket te laten behoren.
- In uiterste gevallen van niet-beïnvloedbaar oneigenlijk gebruik kan men de rechter verlot vragen de hulpvraag alleen via een helpende instantie te accepteren, bijvoorbeeld via maatschappelijk werk of RIAGG. ■

Behoeften en klachten nader beschouwd

EEN COMMENTAAR NAAR AANLEIDING VAN DE ARTIKELEN VAN
PROF.DR. W.J. SCHUDEL EN J.L. ENGELBURG.

H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog, hoofd
Stafbureau Epidemiologie,
GG en GD Den Haag.

In de artikelen van Schudel ('Over behoeften, vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg') en Engelenburg ('Medische hulpverlening buiten kantooruren') wordt een probleem besproken dat verwijst naar een fundamenteel conflict in de gezondheidszorg. Zij laten beiden hun licht schijnen op een fenomeen dat we zouden kunnen aanduiden als 'de discrepantie tussen fundamentele behoeften en wensen'. Deze discrepantie vormt, niet altijd even duidelijk zichtbaar, dikwijls het kernthema van medisch-ethische kwesties en van financieel-economische beleidszaken in de gezondheidszorg. In wezen strekt de kwestie van fundamentele behoeften zich uit tot buiten de grenzen van de gezondheidszorg en maakt het deel uit van alle andere vormen van maatschappelijke dienstverlening. Theoretisch beschouwd behoort het onderwerp dan ook eigenlijk tot het domein van de filosofie. In dit commentaar wil ik trachten de artikelen van Schudel en Engelenburg fundamenteel te interpreteren en de voorgestelde oplossingen in dat licht te beoordelen.

Schudel onderscheidt drie verzamelingen die in hun onderling samenspel de praktijk van de gezondheidszorg opleveren. Hij demonstreert aan de hand van voorbeelden uit de geestelijke gezondheidszorg dat er zeer vaak geen volledige overlap bestaat tussen klachten, symptomen en behandelingen. In feite geeft hij ons in zijn venn-diagram een model dat de interactie tussen arts en patiënt, tussen gezondheidszorg en publiek aanzienlijk kan verduidelijken. Engelenburg presenteert zijn visie op de overconsumptie die hij waarneemt in de medische hulpverlening buiten kantooruren. Hij staat in zijn visie niet alleen. Het signaal van teveel hulpvragende c.q. klagende patiënten vormt een actueel onderwerp van bezorgdheid in medisch professionele kring. In de Volkskrant van 19 december jl. uitte I. Schretlen, huisarts te Den Bosch, zijn ongerief over het gedrag van zijn patiënten: 'Soms denk ik: ik stuur al mijn patiënten met kerst een blanco verwijskaart' (1). In Medisch Contact van juni jl. bespreekt T. de Jongh onder de titel 'Ongerustheid, een eerstelijns ziekte' eveneens het onrustbarende hulpvragende gedrag van patiënten bij de huisarts (2).

Naast deze en vele andere artikelen zijn de talloze discussies over medicalisering en overconsumptie uitdrukkingen van dezelfde probleemstelling. We zien in wezen twee partijen met opvattingen die blijkbaar niet overeenkomen: de medicus (de gezondheidszorg) en de patiënt (het publiek). Zij verrichten allebei waarnemingen aan een probleem, de arts symptomen (en klachten) en de patiënt klachten (en symptomen). De

1. Schretlen I. Soms denk ik: ik stuur al mijn patiënten met kerst een blanco verwijskaart. Volkskrant 19 december 1987.
2. Jongh TOH de. Ongerustheid, een eerstelijns-ziekte. Med Contact 1987; 42: 828-30.

eerste stelt een diagnose, de tweede presenteert een ervaren probleem.

Keren we terug naar het model van Schudel. Als ik zijn theorie juist interpreteer verwijst hij in zijn verzameling 'symptomen' naar het in de geneeskunde gangbare begrip 'objectiveerbare ziekte'. 'Ziekte' wordt in deze medische terminologie ook wel aangeduid met 'behoefte' (need). De behoefte wordt dan onderscheiden van de 'vraag' of 'wens' (demand). In de medische wetenschap en praktijk wordt in het algemeen impliciet verondersteld dat in het begrip behoefte de objectieve werkelijkheid wordt weerspiegeld. Immers via de medisch-wetenschappelijke waarneming leren we wat er echt aan de hand is. De waarheid ligt als het ware in het wetenschappelijk waargenomen. Daarnaast kent de geneeskunde de subjectieve beleving van een ziekte, die om humanitaire en ook diagnostische redenen niet minder ernstig wordt genomen. De oriëntatie van onze klassieke geneeskunde ligt echter primair bij het positivistisch wetenschappelijk vaststellen van de behoefte aan de hand van chemisch/fysische parameters. En daar ligt ook zoals haar geschiedenis laat zien haar grote waarde. Echter juist bij het primaat, dat de geneeskunde opeist ten aanzien van het kennen van 'wat er echt aan de hand' is, ligt het wezen van de problematiek, die hier wordt besproken.

Laat ik voorop stellen dat buiten kijf staat, dat de medisch-wetenschappelijke benadering een grote waarde heeft gehad om gezondheidsbehoeften beter te begrijpen en oplossingen te vinden. De appendectomie, de pokkeneradicatie en de kennis over het verband tussen roken en longkanker waren er niet geweest als we niet met empirisch wetenschappelijk instrumentarium hadden waargenomen of geïntervenieerd. Het medisch-wetenschappelijke model had en heeft een ongelooflijke betekenis gehad in het zo goed mogelijk meten en definiëren van gezondheidsbehoeften. Toch is grote voorzichtigheid geboden wanneer het laatste woord aan de wetenschappelijke geneeskunde is om uit te maken of er echt iets aan de hand is (met andere woorden of er sprake is van een behoefte). Er zijn in ieder geval twee waarheden die nopen tot deze voorzichtigheid.

De eerste is het beste te illustreren op het medische terrein dat door Schudel besproken wordt, de geestelijke gezondheidszorg. Juist op dit gebied, zoals hij ook aangeeft is nog lang niet alles begrepen van het wezen en de ontstaanswijze van de problemen. Zolang we nog niet in staat zijn om aan de hand van wetenschappelijke parameters een begrip te construeren van een bepaalde behoefte, is het uitgesloten om deze behoefte objectief vast te stellen. Toen men in de psychiatrie nog niet het fenomeen van de hysterische neurose had gedefinieerd en begrepen, kon het gedrag van een patiënt niet

worden gediagnostiseerd als een ziekte of behoefte. Het werd waarschijnlijk meestal begrepen als aanstellerij, klagerig gedrag of anderszins. Pas toen wetenschappelijk was begrepen dat het hier een psychiatrisch ziektebeeld betrof werd het mogelijk om vast te stellen dat er een ziekte, dan wel een behoefte bestond. Met andere woorden het wetenschappelijk kennen ontwikkelt zich en daarmee het instrumentarium om behoeften te kunnen waarnemen. Wat gisteren nog klagerig gedrag was kan vandaag een ziekte zijn. Om in Schudel's venn-diagram te spreken, een toestand die vandaag alleen een klacht is kan morgen ook een symptoom kennen. Zijn voorbeelden in categorie zeven waar hij spreekt over 'psychosociale problematiek zonder ziekteverschijnselen' vraagt mijns inziens om bovenstaande relativering. Het zou kunnen zijn dat gepresenteerde psychosociale problematiek een risicofactor vormt voor een later optredende psychiatrische ziekte. Als zodanig zou het, analoog aan hypertensie als risicofactor voor hart- en vaatziekten, mogelijk wel degelijk behandeling behoeven.

Het zou ook kunnen zijn dat in geval van bepaalde psychosociale problematiek de eerste 'symptomen' waarneembaar zijn in het ontstaan van uiteindelijke psychiatrische problematiek. Het is verleidelijk hier parallellen te trekken met de somatische geneeskunde, waar we bijvoorbeeld geleerd hebben een klacht van langer dan enkele weken heesheid te duiden als verdacht voor een beginnende maligniteit in de keel en dienovereenkomstig te handelen.

Het bovenstaande vormt als het ware reeds een introductie op de tweede reden om voorzichtigheid te betrachten wanneer men de medisch-wetenschappelijke waarneming van een arts het alleenrecht geeft om uit te maken of iets een behoefte is of niet meer dan een klacht. Uit deze toelichting immers blijkt reeds dat de hoedanigheid (bijvoorbeeld de aanwezige wetenschappelijke kennis) van de waarnemer bepalend is voor wat wordt gezien. De arts die kijkt vanuit zijn medisch-theoretisch model en met zijn beschikbare diagnostisch instrumentarium kan alleen zien wat daarin past. Wat deze medicus waarneemt interpreteert hij in een het model-eigen specifieke hoedanigheid. Wat niet in zijn wijze van diagnostiseren past kan niet worden gezien. Met andere woorden de hoedanigheid van de diagnostiserende medicus is primair bepalend voor wat kan worden vastgesteld.

Dit filosofisch uitgangspunt is geldig voor iedere vorm van waarneming, van het simpele met de ogen kijken tot en met wetenschappelijke, technisch complexe analyses in bijvoorbeeld de moleculaire fysica. Voor de discussie over behoeften in de geneeskunde is dit principe uiterst relevant. Het zou ons moeten leren dat er niet zoiets is als een objectief definieerbaar fenomeen als behoefte. Toch zou niemand willen bestrijden dat diagnoses als

appendicitis, pokken, longkanker of schizofrenie objectieve behoeften dan wel ziekten vormen. Indien het niet, zoals ik hierboven heb betoogd, de objectieve criteria alleen zijn die deze toestanden tot een behoefte bestempelen, wat is het dan wel? Op dit punt wil ik graag verwijzen naar een uiterst boeiend artikel van Doyal en Gough waarin zij een theorie opbouwen over het sociaal-theoretische begrip behoefte (3). Zonder hun onderbouwing hier uitgebreid uiteen te zetten is hun conclusie zeer verhelderend. Zij stellen voor om te spreken van 'fundamentele behoeften' naast 'wensen'. 'Fundamentele behoeften' zijn toestanden waarvan iedereen vindt, dat er iets aan gedaan moet worden omdat de betrokkene er recht op heeft. Bij niet 'fundamentele behoeften' of louter 'wensen'; is dat niet het geval. Er bestaat geen overeenstemming bij de betrokken partijen over het feit dat er een waarachtig probleem bestaat, dat een volwaardig bestaan in de weg staat. Het begrip 'ziekte' (of symptomen), zoals het gebezigd wordt in de gezondheidszorg en in de discussie van Schudel en Engelenburg, heeft dus eigenlijk de betekenis van een 'fundamentele behoefte'. De begrippen 'klacht' of 'hulpvraag' komen overeen met de begrippen '(niet fundamentele) behoefte' of 'wens'. Hierin wordt tot uiting gebracht dat een patiënt weliswaar wenst te worden geholpen, het staat evenwel (nog) niet vast of er sprake is van een 'ziekte' ofwel 'fundamentele behoefte'.

In onze maatschappij nu is de veronderstelling impliciet dat het oordeel van de medisch-deskundige de doorslag geeft bij het vaststellen van een fundamentele behoefte. Over het algemeen leggen andere betrokken partijen zoals de patiënt, het publiek, de ziektekostenverzekeraars of de politiek zich neer bij de opvatting in dezen van de medicus. Anders gesteld: de medische professie heeft een zeer dominante rol ontwikkeld in de besluitvorming over wat fundamenteel is en niet. Deze ontwikkeling is zeer goed begrijpelijk gezien de indrukwekkende resultaten die de wetenschappelijke geneeskunde heeft geleverd en de waardering die zij daarvoor ontvangt. Bij het gros van de ziektediagnoses staat dan ook het gewicht van de deskundige opvatting niet ter discussie (denk aan appendectomie).

Blijkens de artikelen van Schudel en Engelenburg en vele andere berichten staat deze dominante rol van de medicus op het ogenblik bij bepaalde behoeften juist wel ter discussie. Er blijkt voor diverse verzamelingen hulpvragen (bijvoorbeeld buiten kantooruren) en klachten (bijvoorbeeld in de psychosociale sfeer) geen overeenstemming te bestaan tussen de medisch-deskundige, de patiënt, het publiek en ook tussen diverse vormen van hulpverlening. Wat dit laatste aangaat ontbreekt volgens Schudel bijvoorbeeld vaak overeenstemming over het fundamentele karakter van bepaalde 'lichte' psychosociale problematiek tussen

3. Doyal L, Gough I. Een theorie over menselijke behoeften. In: SOMSO/ Staatsdebat eds. Behoeften en belangen. Amsterdam: SOMSO, 1986: 25-36.

de psychiatrische en de vroege psychosociale hulpverlening. De eerste spreekt van normale variatiebreedte in het menselijk beleven, de tweede constateert een fundamentele behoefte en gaat over tot behandeling. Eenzelfde gebrek aan consensus wordt aangetroffen tussen de 'westerse' geneeskunde en 'alternatieve' geneeswijzen. Zo bestaat volgens de allopaat een fundamentele behoefte aan vitamine D-suppletie bij kinderen, volgens andere geneeswijzen is dat niet het geval.

De kern van bovenstaand betoog is dat een fundamentele behoefte, een ziekte niet een vaststaand objectief gegeven is dat uitsluitend kan worden vastgesteld door de gangbare geneeskunde. Een ziekte is een maatschappelijke afspraak over een gezondheidstoestand die we gezamenlijk onacceptabel vinden. Vaak vormt hierbij de analyse van de medisch-deskundige een doorslaggevend advies.

Wat nu te doen wanneer er gebrek aan overeenstemming bestaat tussen medisch-deskundigen en anderen over het fundamentele van bepaalde behoeften? Engelenburg geeft een aantal mogelijke maatregelen aan die in zijn ogen de situatie kunnen verbeteren. Hij baseert zijn voorstellen evenwel onvoldoende op een fundamentele analyse van wat er 'au fond' mis is. Indien we, de theorie over het wezen van fundamentele behoeften volgend, van mening zijn dat de geconstateerde conflicten voortkomen uit een gebrek aan overeenstemming, dan is communicatie het kerngegeven waar dingen mis zijn gegaan. Er zijn een aantal omstandigheden aan te wijzen die zeker een tekortschietende communicatie parten hebben gespeeld.

Belangrijk is dat de consument, het publiek, niet wezenlijk betrokken is in de meningsvorming over zaken van gezondheidszorg, onder andere wat 'fundamentele behoeften' zijn. De patiënt in onze gezondheidszorg is een vrij passieve consument die vaak zonder een eigen kritische opvatting over onder andere zijn behoefte de hulpverlening ondergaat. In gevallen waarbij sprake is van een ernstige ziekte is een afhankelijke opstelling dikwijls natuurlijk. Echter ook in gevallen waarbij een onafhankelijker houding van patiënten mag worden verwacht vertoont de gemiddelde consument een grote volgzzaamheid. Dit geldt naar mijn oordeel voor zowel de individuele patiënt, als georganiseerde verbanden van gezonden (consumenten organisaties) of zieken (verenigingen van chronische patiënten).

Een passieve, critiekloze opstelling ten aanzien van de behoefte en de hulpverlening sluit evenwel niet uit dat, zoals blijkt, hulp op uitgebreide schaal wordt geclaimd. Een belangrijke notie hierbij is dat de consument -naar het model van de geneeskunde- primair een oriëntatie heeft op ziekte (waarvoor hulp mag worden gevraagd). Een primaire betrokkenheid op

de kwaliteit van een zo gezond mogelijk bestaan vormt, meer dan ziekte, basis voor een geëmancipeerde verhouding tussen twee autonome gesprekspartners. Het gebrek aan betrokkenheid komt niet uitsluitend voort uit óf de te passieve opstelling van de patiënt (het publiek) óf een buitensluitende autoritaire attitude van de arts (de gezondheidszorg). Het mes snijdt aan twee kanten.

Evident is dat het betrekkelijk gesloten karakter van onze gezondheidszorginstituten en de geneeskundige professie een wezenlijke communicatie over fundamentele behoeften niet bevordert. Evident is tevens dat de cliëntele niet uitgesproken de wens en het vermogen aan de dag legt om kritisch mee te praten over gezondheidszaken en eigen keuzes te maken. Uiteraard wordt hier geenszins gesuggereerd dat in alle gevallen van een hulpvraag een patiënt voldoende deskundigheid heeft om zelf beslissingen te nemen. In geval van een appendicitis domineert het deskundige advies van de arts. In veel andere gevallen waarbij de overeenstemming juist niet zo voor de hand ligt wordt de inbreng en mening van de patiënt en van anderen van meer belang om een geëmancipeerde communicatie te krijgen.

Schudel en Engelenburg bespreken uiteraard juist voorbeelden uit categorieën hulpvragen waar consensus niet evident is (de geestelijke gezondheidszorg en de doktersnachtsdienst). Voor dergelijke categorieën geldt mijns inziens dat een tekortschietende communicatie het fundamenteel vormt voor het gebrek aan overeenstemming en daarmee voor het conflict. Onze maatregelen zouden derhalve in ieder geval gericht dienen te zijn op een verbetering van de communicatie. In dat licht bezien gaat de opwelling van I. Schretlen ('ik stuur al mijn patiënten met kerst een blanco verwijskaart') volstrekt voorbij aan het wezen van het conflict. Hij stopt zelfs de communicatie in plaats van haar te verbeteren.

Engelenburg's voorstellen getuigen wél van de notie om de kennis bij de patiënt (het publiek) te verbeteren. Bedachtzaamheid is evenwel op zijn plaats indien men een geëmancipeerde communicatie wenst te bevorderen. In zijn 'voorlichting aan het publiek' gaat de aannahme schuil dat de voorlichtende partij het weet en op geleide daarvan het gedrag van het publiek probeert te veranderen. De vraag is of voorlichting, als zij geen deel uitmaakt van een interactief proces van communicatie, niet juist een passieve hulpvragende opstelling versterkt. Het is niet uitgesloten dat juist door de massale, passieve voorlichting over gezondheidszaken, waaronder de onbegrensde mogelijkheden van de curatieve geneeskunde, de medicalisering van onze cultuur wordt bevorderd en daarmee het critiekloze hulpvragende gedrag van patiënten alleen maar toeneemt. Ook de andere oplossingen als 'probleemgezinnen

benaderen', 'standpunt innemen tranquillizers' kunnen zeker adequaat uitpakken. Een voorwaarde is evenwel steeds dat de groep waarop men zich richt niet richtlijnen of nieuwe voorzieningen ondergaat maar in een open communicatie meedenkt in dit soort oplossingen. Wanneer men voorbij gaat aan het verbeteren van de communicatie, de grondslag van het conflict, kan men immers niet meer doen dan symptoombestrijding. Het creëren van een eigen financiële verantwoordelijkheid ('drempel', 'restitutie') kan in dit perspectief beschouwd zeer wel een motief vormen voor een kritische afweging om de hulpvraag door te zetten. Het kan tevens voor de actieve, geëmancipeerde communicatie tussen arts en patiënt, die immers betrokken wordt op directe financiële belangen, een gunstige betekenis hebben. Een grondige analyse van wie er eventueel gedupeerd zou worden bij een financiële maatregel vormt echter een hoofdzaak bij de discussies hierover.

Samenvattend vormt een tekortschietend vermogen om met elkaar een actieve, gelijkwaardige en geïnvolveerde communicatie te hebben over gezondheidsbehoeften de grondslag voor de in de artikelen van Schudel en Engelenburg besproken conflicten.

De communicatie hierover valt overal te verbeteren: in de spreekkamer, de huiskamer, in de krant, in vakbladen, op de televisie, in de Tweede Kamer, de Gemeenteraad en op straat. Het is onze (gezondheids)-cultuur die mank gaat, we staan dus ook voor de opgave om onze cultuur te veranderen.

Het bovenstaande commentaar verwijst naar twee artikelen die zich voornamelijk uitspreken over de hulpvraag, de behoefte en het aanbod in de curatieve gezondheidszorg. Echter ook in de preventieve sector vormt de onduidelijkheid rond het begrip behoefte en het ontbreken van consensus over het fundamentele karakter ervan de grondslag voor conflicten. Dit onderwerp is onder andere aan de orde gesteld in een door de GG en GD Den Haag en de GGD Voorburg/Leidschendam georganiseerd symposium ter gelegenheid van zijn 75- respectievelijk 50-jarig bestaan: 'Een leefbare stad; een kwestie van gezondheid' (4). Bij deze gelegenheid werd getracht meer begrip te wekken voor het gezonde bestaan van mensen in de stad. Om een gezond bestaan tot stand te brengen moet, evenals bij ziekten, aan bepaalde fundamentele behoeften in het leven van mensen worden voldaan (bijvoorbeeld een gezonde omgeving, werk, 'life style'). Ook hier ontbreekt de overeenstemming over wat echt nodig is en vormt communicatie een essentieel element. Het advies van Doyal en Gough volgend zou ik willen besluiten met de uitspraak: 'Het is de hoogste tijd dat we het concept menselijke behoeften ofwel verdedigen en verfijnen, ofwel het in zijn geheel uit ons vocabulaire schrappen'. Het laatste zijn wij niet van plan.

4. Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid. Een symposium in het kader van het WHO-project 'Healthy Cities'. GG en GD Den Haag en GGD Voorburg/Leidschendam 1987.

De voedselconsumptie van Haagse ouderen

Half- en volpensionverzorgingshuizen vergeleken

M.E. Brulez; J.W. Kraai;
M. Vleeshouwers, doctoraal-
studentes Vakgroep Humane
Voeding van de Landbouw
Universiteit Wageningen.



Het symbool van het
onderzoek.

■ INLEIDING

Zoals ook elders in de wereld hebben in Nederland de verbeterde levensomstandigheden, waaronder gezondheidsvoorzieningen, samen met een verminderde bevolkingsaanwas ertoe geleid dat het aandeel ouderen in de bevolking steeds groter is geworden. In de nabije toekomst zal vooral de groep ouderen boven de 80 jaar sterk toenemen. Men kan in feite spreken van een zogenaamde dubbele vergrijzing. Omdat het ouder worden veelal gepaard gaat met fysiek en geestelijk minder goed functioneren, betekent deze verschuiving een nieuw en zich snel ontwikkelend aandachtsgebied in de gezondheidszorg. Mede hierdoor bestaat er de laatste tijd een toenemende belangstelling voor de gezondheid en voeding van de ouder wordende mens. Zo heeft de Hoofdgroep Voeding en Voedingsmiddelen van het instituut voor Technisch Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) in Zeist onderzoek gedaan naar de voeding van zelfstandig wonende ouderen (1). Het Voorlichtingsbureau voor de Voeding heeft recentelijk een onderzoek afgerond naar de kwaliteit van de verstrekte voeding in verzorgingshuizen (2). Ook is onlangs in Den Haag een integrale ouderennota verschenen waarin onder andere het beleid ten aanzien van gezondheid en voeding van ouderen aan de orde wordt gesteld (3).

De laatste jaren zijn in onze samenleving de ideeën veranderd ten aanzien van de aard van de verzorging ten behoeve van ouderen. In de gezondheidszorg wordt steeds meer het uitgangspunt gehanteerd dat ouderen voorzieningen moeten worden geboden die het mogelijk maken zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven functioneren. In de verzorgingshuizen in Nederland zijn dan ook de implicaties van dit principe merkbaar. In steeds meer verzorgingshuizen gaat men over op een zogenaamde halfpensionsservice, waarbij alleen de warme maaltijd door het huis wordt verstrekt, in tegenstelling tot een volpensionsservice waar zowel de brood- als de warme maaltijd wordt verzorgd. Ook zijn de 'opname'-indicaties voor het wonen in een verzorgingshuis verzwakt, met als gevolg dat de gemiddelde bewoner in een verzorgingshuis hulpbehoevender is geworden. Deze op het oog tegenstrijdige ontwikkelingen riepen ongerustheid op bij hulpverleners in het veld over een mogelijk aanwezige slechtere voedingstoestand van ouderen in de halfpensionverzorgingshuizen.

Voor de GG en GD, Den Haag vormde deze gesignaleerde bezorgdheid de aanleiding om samen met de Vakgroep Humane Voeding van de Landbouwuniversiteit te Wageningen een onderzoek te verrichten naar de voedselconsumptie van ouderen in Haagse half- en volpensionverzorgingshuizen. Het onderzoek werd gedurende de tweede helft van 1987 uitgevoerd door drie doctoraal studentes van de Vakgroep Humane

Met dank aan de heer
H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog, hoofd
Stafbureau Epidemiologie,
GG en GD Den Haag; Mevr.
Dr. W.A. van Staveren,
universitair hoofddocente,
Landbouw Universiteit
Wageningen en Mevr.
Y.H. Blauw, diëtiste,
Landbouw Universiteit
Wageningen voor hun
waardevolle adviezen
bij het tot stand komen
van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is kennis te verkrijgen over de kwaliteit van de voedselconsumptie van ouderen in halfpensionverzorgingshuizen in Den Haag. Deze doelstelling is uitgewerkt in de volgende twee vraagstellingen:

- Is er verschil tussen de voedselconsumptie van ouderen in half- en volpensionverzorgingshuizen.
- Wat is de kwaliteit van de geconsumeerde voeding van ouderen in halfpensionverzorgingshuizen wanneer deze wordt vergeleken met de aanbevolen hoeveelheden.

■ ONDERZOEKPOPULATIE

Allereerst heeft een gestratificeerde steekproef plaatsgevonden van de verzorgingshuizen in Den Haag teneinde de geselecteerde huizen zo representatief mogelijk te laten zijn voor alle verzorgingshuizen in Den Haag. Daarnaast dienden de gekozen huizen met uitsluitend een halfpensionverzorging (HP) zo vergelijkbaar mogelijk te zijn met de huizen waar alleen een volpensionverzorging (VP) gegeven wordt. Gekeken is naar factoren die een rol zouden hebben kunnen spelen in de voedselconsumptie. Zo is gelet op de eetvorm (eet de oudere alleen op de kamer of gezamenlijk met andere bewoners), het aantal bewoners in een huis en het bouw- c.q. renovatiejaar. Uiteindelijk zijn tien huizen geselecteerd. Voor deelname aan het onderzoek kwamen uitsluitend die bewoners van de geselecteerde verzorgingshuizen in aanmerking die voldeden aan onderstaande kwalificaties:

- heeft leeftijd tussen 75 en 90 jaar;
- is alleenstaand;
- woont minimaal een half jaar in het verzorgingshuis;
- is 'ogenschijnlijk gezond' (dat wil zeggen niet bedlegerig; geen ziekte die invloed heeft op de eetlust of het gebruikelijke voedingspatroon);
- volgt geen extreem dieet;
- heeft geen voedingspatroon dat in sterke mate afwijkt van het gebruikelijke Nederlandse eet patroon;
- is in staat de broodmaaltijd van inkoop tot en met consumptie zelfstandig te verrichten;
- verkeert in een dusdanige geestelijke toestand dat in principe tijdens het interview betrouwbare gegevens kunnen worden verkregen.

Informatie over deze factoren is verstrekt door de directie c.q. verzorging van de deelnemende verzorgingshuizen.

Uit deze selectie van bewoners is tenslotte aselect een steekproef getrokken van 150 personen (50 mannen en 100 vrouwen), hetgeen neerkomt op een

3. *Integrale Ouderennota. Nieuw voor Oud. Actieplan; Feiten achtergronden overwegingen; De seniorennota. Gemeentesecretarie. Den Haag 1987.*
4. *Burke BS. The dietary history as a tool in research. J Am Dietary Ass 1967; 51:29-33.*
5. *Richard VL, Roberge AG. Comparison of caloric and nutrient intake of adults during week and weekenddays. Nutrition Research 1982; 2: 661-8.*

vertegenwoordiging van gemiddeld 10% van het totaal aantal bewoners per huis. Het aantal niet-deelnemers (N=29) kon bijna volledig worden aangevuld met reservepersonen. Uiteindelijk zijn er 49 mannen geïnterviewd (22 in VP en 27 HP) en 95 vrouwen (47 in VP en 48 in HP).

Het zal duidelijk zijn dat gezien de wijze van selectie van de onderzoeksgroepen de onderzoekresultaten niet zonder meer zijn te interpreteren als valide voor de situatie in Nederland.

■ ONDERZOEKMETHODE

Dietary History

De gegevens over de voedselconsumptie zijn verkregen met behulp van de crosscheck Dietary History-methode (4). Deze methode meet de gebruikelijke voedselopname van een persoon over een bepaalde periode. In dit onderzoek heeft de Dietary History betrekking op de laatste drie maanden voorafgaande aan het onderzoek (mei, juni, juli). De verzameling van de gegevens vond plaats in een anderhalf uur durend mondeling interview bij de oudere op de kamer.

De Dietary History bestaat uit twee delen.

In het eerste deel wordt gevraagd een beschrijving te geven van de gebruikelijke maaltijden en 'tussendoortjes'. Op deze manier krijgt men een globale indruk van het voedingspatroon van de oudere. In dit onderzoek is tevens gevraagd naar de voedselconsumptie op weekenddagen, daar er verschillen kunnen bestaan tussen de voedselconsumptie door de week en in het weekend (5). Dit bleek bij de onderzoeksgroep nauwelijks het geval met uitzondering van een extra koekje of gebakje dat door het huis werd geserveerd. Het tweede deel van de Dietary History bestaat uit een checklist van producten die in een gemiddeld Nederlands voedingsmiddelenpakket voorkomen aangevuld met producten die specifiek door ouderen worden gebruikt. Met behulp van deze checklist wordt nagegaan of de oudere een bepaald product eet en zo ja, met welke frequentie en in welke hoeveelheid. Voedingsmiddelen die eventueel in het eerste deel van de Dietary History nog niet zijn genoemd worden op deze manier alsnog opgespoord, waardoor een zo volledig mogelijk beeld wordt verkregen van het voedselconsumptiepatroon van de oudere.

Voor de berekening van de broodmaaltijden en 'tussendoortjes' zijn de gegevens uit het interview voldoende. In een aantal gevallen is de nauwkeurige hoeveelheid van een onderdeel van de broodmaaltijd bepaald met een keukenweegschaal (bijvoorbeeld een schepje suiker, een zelf gesneden boterham of de inhoud van een theekopje). Voor de warme maaltijd, zoals die aangeboden wordt door het huis, zijn aanvullende gegevens noodzakelijk over de receptuur en portiegroottes van de maaltijden. Op basis van een zesweekse menulijst is een gemiddelde warme maaltijd

1. Löwik MRH e.a. *Onderzoek naar de voeding en voedingstoestand van ogenschijnlijk gezonde, zelfstandig wonende oudere mensen van 65 tot 80 jaar. Deel 2. Onderzoek naar de voedselconsumptie op weg naar een voedingspeilingsstelsel deel 9. Rapport V86.001/340040. CIVO/TNO. Zeist, 1986.*
2. Anema PJ e.a. *Voedingsverzorging in bejaardenoorden, een oriënterend onderzoek naar de zorgverlening, de organisatie van de voedingsverzorging en de samenstelling en presentatie van de maaltijden in 50 bejaardenoorden. Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Den Haag 1987.*

berekend. Met behulp van de gegevens over de gemiddeld aangeboden warme maaltijd en de informatie die de oudere tijdens het interview heeft gegeven over de daadwerkelijke consumptie is per persoon de samenstelling van de geconsumeerde warme maaltijd berekend. Alle produkten zijn omgerekend naar de consumptie in grammen per dag. Voedingsmiddelen die minder dan één maal per maand gegeten worden zijn hierbij uitgesloten. De produkten zijn vervolgens voorzien van een voedingsmiddelencode (met behulp van het maten-gewichten codeboek 1987 van CIVO-TNO (6)) en een code die aangeeft of het betreffende produkt tot de broodmaaltijd, 'tussendoortjes' of tot de warme maaltijd behoort. De verzamelde gegevens zijn in de computer ingevoerd waarna de berekening van de nutriëtsamenstelling plaatsvond.

Vergelijkbaarheid van de onderzoekgroepen

Om zeker te zijn van een goede vergelijkbaarheid tussen de groep HP- en VP-bewoners is dit achteraf op een aantal factoren gecontroleerd. Deze factoren zijn:
 - leeftijdsverdeling
 - 'opname'-datum in het verzorgingshuis

Tabel 1. Vergelijking van de energie- en voedingsstofinname tussen volpension- en halfpensionverzorgingshuizen naar geslacht. Den Haag 1987.

Energie- voedingsstof	Mannen					Vrouwen				
	VP		HP		ΔX	VP		HP		ΔX
	x	sd	x	sd		x	sd	x	sd	
Energie (MJ) :	9.5	1.6	10.2	2.3	0.6	8	1.5	8.4	2.1	0.4
Eiwit (g) :	79.3	18.6	81.2	19.4	4.9	73.4	17.6	72.8	6	0.6
plantaardig :	21.9	6.5	26	8.5	4.1	19.6	5.9	21.5	6	1.9
dierlijk :	57.2	15.9	55	14.8	2.2	53.7	14.7	51.3	15.8	2.4
Vet (g) :	100	19.4	116	43.2	14.9	85.8	19.6	88.9	27.4	3.1
meerv onverz :	17.7	8	25.5	24	7.8	12.5	5.9	15	7.7	2.5
Koolhydraten (g):	239	67.5	248	68.2	9.4	206	46.2	223	63	16.5
mono- disach :	129	58.3	120	51	9.5	112	32.3	121	47.2	9.1
polysach :	109	34.7	128	44.6	18.8	94.4	29.6	102	27.5	7.4
Alcohol (g) :	14.2	13.9	10.2	10.8	4	1.6	3	2.9	5.9	1.3
Water (g) :	2181	814	2078	464	103	2001	524	2009	424	8.2
Voedingsvez (g) :	21.8	5.5	23.6	9.2	1.9	20.2	7.4	19.1	5.9	1.1
Cholesterol (mg):	324	90.3	316	119	8.5	299	75.7	267	105	31.4
Calcium (mg) :	1266	371	1175	363	91	1273	319	1214	378	59
IJzer (mg) :	12.5	3.8	13.3	3.8	0.8	11.1	3.2	11.2	2.8	0.1
Thiamine (mg) :	1.03	0.24	1.14	0.30	0.1	0.93	0.26	0.99	0.25	0.06
Riboflavine (mg):	1.89	0.49	1.78	0.44	0.1	1.79	0.42	1.76	0.42	0.04
Pyridoxine (mg) :	1.15	0.33	1.13	0.34	0.02	1.01	0.29	0.94	0.25	0.06
Ascorbinez (mg) :	86	37.2	86.5	52.6	0.5	88.6	39.1	106	70	17.5

- dieetgebruik
- eetvorm
- sociaal-economische klasse (volgens Attwood (7))
- ADL-score (algemeen dagelijkse levensverrichtingen)
- queteletindex (gewicht/lengte²).

De beide groepen zijn voor elk van deze variabelen goed vergelijkbaar.

De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde ouderen is 83 jaar. De mannen hebben een gemiddeld gewicht van 71 kg, de vrouwen 64 kg. Deze gewichten komen overeen met de waarden waarop de aanbevolen hoeveelheden zijn gebaseerd.

■ RESULTATEN

Vergelijking tussen half- en volpensionverzorging

Allereerst stellen we de vergelijking van de geconsumeerde voeding in VP- en HP-huizen aan de orde. De vergelijking is statistisch getoetst met behulp van de student's t-toets ($p=0.05$).

In tabel 1 is de gemiddelde inname van voedingsstoffen per dag vermeld, ingedeeld naar sexe en pensionsituatie. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de gemiddelde voedselconsumptie in VP en HP. Hoewel tijdens het interview gevraagd is naar het gebruik van vitamine- en mineraalpreparaten zijn deze in de vergelijking van de voedselconsumptie niet meegenomen. Dit is gedaan om de werkelijke vitamine- en mineraalopname uit de voeding te kunnen bepalen.

Ook het gebruik van voedingsmiddelen zoals brood, melk, fruit, vlees en groente is in beide pensioensituaties overeenkomstig. Wanneer de totaal geconsumeerde voeding wordt uitgesplitst in enerzijds de warme maaltijd en de verstrekte 'tussendoortjes' en anderzijds de broodmaaltijd en de zelfgekochte 'tussendoortjes' worden er ook geen relevante verschillen gevonden tussen VP en HP.

Vergelijking met de aanbevolen hoeveelheden

De voedselconsumptie in HP en VP wordt vergeleken met de voor Nederland aanbevolen hoeveelheden voor ouderen, opgesteld door de Commissie Voedingsnormen van de Voedingsraad (8). Aangezien de geconsumeerde voeding in beide pensioensituaties overeen bleek te komen, is de oorspronkelijke vraagstelling aangepast en is niet de voedselconsumptie van ouderen in HP-huizen maar is de voedselconsumptie van alle ouderen vergeleken met de aanbevolen hoeveelheden. In figuur 1 zijn de voedselconsumptiegegevens van mannen en vrouwen afzonderlijk uitgezet tegen de aanbevolen hoeveelheden.

De energie-inname van zowel de mannen als de vrouwen ligt boven de aanbevolen hoeveelheid (resp. 7.6 en 6.5 MJ) voor ouderen met een zeer geringe lichamelijke activiteit (resp. 9.9 en 8.2 MJ). Ook wanneer de energie-inname wordt uitgedrukt per kilogram lichaamsgewicht is dit het geval (resp. 139

6. Westerbrink S. *Maten, gewichten en codenummers. Rapport V84.342/040040. CIVO/TNO. Zeist, 1984.*
7. *Indeling naar sociale klasse, onderzoek op basis van consumenten- en distributiepanels. Attwoodpanels Dongen.*
8. *Nederlandse Voedingsmiddelen tabel, aanbevolen hoeveelheden en voedingsstoffen. Den Haag: VoVo, 1986.*

Tabel 2. Vergelijking van de gemiddelde energie- en voedingsstofinname bij ouderen uit het Haagse onderzoek met de voedselconsumptie van zelfstandig wonende ouderen in Nederland (12).

Energie-voedingsstof	Den Haag		Nederland	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Energie (MJ) :	9.9	8.2	10.1	7.9
Eiwit (g) :	80.4	73.1	82.2	70.1
plantaardig :	24.2	20.6	25.9	21.1
dierlijk :	56	52.5	56.3	49
Vet (g) :	109	87.4	110	83.8
meerv onverz :	22	13.8	18.2	13.6
Koolhydraten (g):	244	214	252	203
mono- disach :	124	116	128	104
polysach :	118	98.1	123	97.9
Alcohol (g) :	12.2	2.2	13.9	5.6
Water (l) :	2.1	2	2.1	2
Voedingsvez (g) :	22.8	19.6	27	23.1
Cholesterol (mg):	320	283	355	290
Calcium (mg) :	1221	1243	1128	1013
IJzer (mg) :	12.9	11.1	13.1	11.4
Thiamine (mg) :	1.1	1	1.1	0.9
Riboflavine (mg):	1.8	1.8	1.7	1.5
Pyridoxine (mg) :	1.4	1	1.4	1.2
Ascorbinez (mg) :	86.2	97.4	94	101

9. Bekker GJPM de. Nieuwe beleidslijnen van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding in de jaren '80: meer plantaardig - minder dierlijk. Voeding 1980; 41: 365-6.

10. Rapport advies richtlijnen goede voeding. Commissie Richtlijnen goede Voeding van de Voedingsraad. Den Haag 1986.

11. Wijn JF de, Hekkens WThJM. Fysiologie van de voeding. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Hoekema 1985.

wenselijke hoeveelheid (resp. 320 en 283 mg).

De voeding levert voor zowel mannen als vrouwen gemiddeld twee liter vocht per dag. De richtlijn die wordt gehanteerd voor een goede vochtvoorziening is 1600-2400 ml per dag (11).

De inname van ijzer, calcium en vitamines is goed te noemen. Alleen pyridoxine vormt hierop een uitzondering. Bij slechts 12% van de mannen en 6% van de vrouwen voldoet de voeding aan de aanbevolen hoeveelheid. De gemiddelde pyridoxine-inname ligt bij de mannen 35% lager dan de 'normaal'-referentie (1.5-2 mg); bij de vrouwen is dit zelfs 44%.

Opvallend is de zeer lage alcoholconsumptie (resp. 12 en 2 gram). Hierbij dient te worden aangetekend dat de Dietary History-methode zoals hier gehanteerd geen valide resultaten voor alcoholconsumptie garandeert.

Vergelijken we de resultaten van de voedselconsumptie in onderhavig onderzoek met een recent door TNO uitgevoerd voedselconsumptie-onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen in Nederland dan zien we dat onze resultaten hiermee sterk overeenkomen (tabel 2) (12).

■ BESPREKING

De resultaten hebben betrekking op een steekproef van 'gezonde' ouderen (49 mannelijke en 95 vrouwelijke), woonachtig in tien Haagse verzorgingshuizen. Met betrekking tot de eerste vraagstelling van het onderzoek waarbij de voedselconsumptie van ouderen wonend in HP-huizen wordt vergeleken met de voedselconsumptie van ouderen in VP-huizen zijn geen belangrijke verschillen gevonden. De bezorgdheid die in het veld bestond over mogelijke problemen met de voedselconsumptie bij mensen in HP-situaties kunnen, althans voor 'gezonde' ouderen, ongegrond worden verklaard.

De tweede onderzoeksvraag betreft de vergelijking van de resultaten van het voedselconsumptie-onderzoek met de aanbevolen hoeveelheden. Aan het gebruik van de aanbevolen hoeveelheden als 'normaal'-referentie voor de voedselconsumptie van ouderen zijn bezwaren verbonden.

De aanbevolen hoeveelheden voor ouderen zijn veelal een extrapolatie van de waarden voor volwassenen in de leeftijd van 20-35 jaar. Of deze extrapolatie gerechtvaardigd is, is niet met zekerheid te zeggen, omdat er nog zeer weinig bekend is over de fysiologie bij de ouder wordende mens.

Een ander bezwaar is dat de aanbevolen hoeveelheden worden weergegeven door middel van grenswaarden (13). Personen die een inname hebben boven de aanbevolen hoeveelheid worden als goed gevoed geclassificeerd terwijl de individuele behoefte nog hoger kan liggen en dus niet gewaarborgd wordt door de aanbevolen hoeveelheid. Zo kunnen personen met een lagere inname dan aanbevolen worden geclassificeerd als marginaal gevoed terwijl de individuele behoefte beneden deze aanbeveling ligt en er dus in werkelijkheid helemaal geen reden is tot ongerustheid.

Met inachtneming van deze beperkingen kan vastgesteld worden dat de energie-opname van zowel mannen als vrouwen aan de hoge kant is. Deze hogere energie-opname correspondeert echter niet met een hoger gemiddeld gewicht in beide groepen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het bewegingspatroon van de oudere hoger ligt dan wordt verondersteld. Ook blijkt uit de literatuur dat de Dietary History-methode de gebruikelijke voeding kan overschatten (4). Eiwitten leveren een hogere bijdrage aan de energie dan wordt aanbevolen. Opvallend is het hoge gebruik van dierlijk eiwit in tegenstelling tot het gebruik van plantaardig eiwit. De voornaamste bronnen van dierlijk eiwit zijn vlees, vis, zuivelproducten en eieren. Deze leveren bij de onderzochte ouderen ongeveer 70% van de totale hoeveelheid geconsumeerd totaal-eiwit. Een hoog eiwitgebruik is op zich niet bezwaarlijk. Het probleem is echter dat de zojuist genoemde producten tevens belangrijke bronnen van vet

zijn. De vetten leveren dan ook een hogere bijdrage aan energie dan als richtlijn wordt aangenomen. Vlees en vis leveren zowel bij de onderzochte mannen als vrouwen ongeveer 15% van de totale hoeveelheid vet in de geconsumeerde voeding; voor zuivelproducten en eieren is dit ruim 20%. Concluderend lijkt het stimuleren van het gebruik van magere producten zoals halfvolle melk, magere yoghurt, magere vlees- en kaassoorten gewenst.

De vastgestelde hoeveelheid cholesterol in de voeding is hoog. De hoeveelheid meervoudig onverzadigde vetzuren is juist veel lager dan wordt aanbevolen. De betekenis van deze constatering voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten voor deze leeftijdsgroep is onduidelijk.

De bijdrage van de mono- en disachariden aan de energie is eveneens hoger dan aanbevolen. In een recent gepubliceerd rapport wordt gestreefd naar een aandeel liggend tussen de 15 en 25 energie% (10). Een belangrijke bron van mono- en disachariden is snoep en gebak. Deze voedingsmiddelen leveren bij mannen 30% en bij vrouwen 33% van het totaal aan geconsumeerde mono- en disachariden. Ook melk en fruit blijken een belangrijke bron van enkelvoudige suikers. Fruit en melk leveren bij de mannen 43% en bij de vrouwen 36% van de totale hoeveelheid mono- en disachariden in de voeding. Concluderend kunnen we stellen dat deze waarden voornamelijk veroorzaakt worden door een sterke voorkeur voor fruit en melkproducten en niet door een overmatig gebruik van zoetigheden, zoals vaak wordt verondersteld. Polysachariden daarentegen leveren een lagere bijdrage aan de energie dan wordt aanbevolen. Aangezien ongeveer 60% van de geconsumeerde polysachariden afkomstig is van brood en de voedingsvezelinname aan de lage kant is zou het gebruik van volkorenproducten kunnen worden gestimuleerd.

De inname van de mineralen calcium en ijzer, welke vaak worden aangemerkt als 'risico-nutriënt' is ruim voldoende.

De voorziening van vitamines is voor zowel de mannen als de vrouwen goed te noemen. De vitamine C-opname is zelfs bijzonder hoog waarbij opgemerkt moet worden dat een beeld is verkregen van de voeding in een periode waarin veel vers fruit voorhanden is. Een uitzondering is de voorziening van pyridoxine in de voeding, deze is aanzienlijk lager dan de 'normaal'-referentie. Ook andere onderzoeken geven blijk van een lage pyridoxinevoorziening bij ouderen (1)(2)(12). Bronnen van pyridoxine zijn lever, vlees, bruinbrood, aardappelen, granen en groenten. De hoeveelheden pyridoxine in de voedingsmiddelen zijn echter gering en bij de bereiding van maaltijden kan een aanzienlijk deel verloren gaan omdat pyridoxine door warmte en licht kan worden afgebroken. Er bestaan ook aanwijzingen dat de pyridoxinebehoefte

12. Bergmans FW, Saris WHM. Energie en voedingsstoffeninname van 44 zelfstandig wonende bejaarden in Maastricht. *Ned Tijdschr Dietisten* 1987; 42: 224-7.

13. Beaton GH. Toward harmonization of dietary biochemical, and clinical assessments: the meanings of nutritional status and requirements. *Nutrition Rev* 1986; 44: 349-58.

stijgt met een hoger eiwitgehalte in de voeding. Ook in dit opzicht is het stimuleren van het gebruik van graanprodukten en groenten van belang. Hoewel vlees een goede bron vormt voor pyridoxine is stimulering van het gebruik met het oog op de vetvoorziening niet aan te raden.

Tot slot zien we, in tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, dat de vochtvoorziening in ruime mate in de behoefte van de oudere voorziet.

Bij de vergelijking van onze onderzoekresultaten met die van TNO, welke verzameld zijn onder zelfstandig wonende ouderen in Nederland vonden we een sterke gelijkenis.

Wanneer we de resultaten van de verzorgingshuizen afzonderlijk bekijken dan blijken er per huis grote verschillen te bestaan in de gemiddelde inname van voedingsstoffen.

Zo is in één huis de gemiddelde pyridoxine-inname hoger dan de aanbevolen hoeveelheid, terwijl de gemiddelde pyridoxine-inname van alle ouderen gezamenlijk ver beneden het aanbevolen niveau ligt. Hieruit is te concluderen dat kennelijk sprake is van een bepaalde voedingscultuur in een huis. Zo'n cultuur ontstaat onder invloed van een groot aantal diverse factoren. Factoren die een rol zouden kunnen spelen zijn bijvoorbeeld het aanbod van winkels in de buurt of de gewoonten per huis zoals het serveren van een visgerecht op vrijdag. De voedingscultuur in Nederland, het aanbod in en om het huis en het wel of niet laten gelden van gezondheidsbelangen maken hier onderdeel van uit. Op basis van de specifieke onderzoekresultaten per huis kan worden gesteld dat het zinvol is huizen te benaderen om de helpende hand te bieden bij het optimaliseren van de voedingsgewoonten.

Tenslotte willen we wijzen op de toch opmerkelijke zeer lage hoeveelheid geconsumeerde pyridoxine. Aangezien dit ook in ander onderzoek naar voren komt kan men zich afvragen of de aanbevolen hoeveelheid wel juist is.

Nadere bestudering van de aanbevolen hoeveelheid pyridoxine lijkt ons daarom zinvol. ■