

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Afscheid J.W.H. Garvelink

Gemeentelijk huisartsenbeleid

Medische hulp buiten kantooruren

Marktonderzoek jeugdtandzorg

AIDS-voorlichting aan allochtonen

en verder o.a.

Projecten

Korte berichten

*jaargang 27, 1992
nummer 4*

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

J.W.H. Garvelink, arts in dienst van de overheid 3
Historische kanttekeningen bij zijn afscheid
- H.G.J. Nijhuis

Zes jaar gemeentelijk huisartsenbeleid 8
- H.R. Lingen

Medische hulp buiten kantooruren in Den Haag en Rijswijk
Moet het anders? 12
- J.L. Engelenburg

Hoe klantgericht is de jeugdtandzorg? 15
Een marktonderzoek
- H. Westerhof

AIDS-voorlichting aan allochtonen 22
Project 'eigen-taal-voorlichting'
- Mw. F. de Jongh-Wieth en N. Apostolovic

Projecten

Het project 'Centrum'
Over communicatie en visies 25
- L.G.J. van der Maesen

Korte berichten 32

December 1992
27ste jaargang nr. 4

Epidemiologisch Bulletin

Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid in de nulde en de eerste lijn. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar en richt zich primair tot deze hulpverleners en bestuurders in de gezondheidsregio Den Haag.

Redactie

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); F.M.G. Brandts, arts; Mw. I. Burger; M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).
m.m.v. A. Pols en H. Burger

Correspondenten

Dienst Welzijn:

W.J.O. Beaumont, arts, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne
H.W. Hack, arts, afdeling Gezondheidszorg
H.J. Meiburg, sector Welzijnsprojecten
J.W.C. Rouw, sector Maatschappelijk Welzijn
Ir. H.W.A. Struben, vakgroep Epidemiologie
B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg
W.J. Vroege, vakgroep Omgevingsgezondheid
H. Westerhof, afdeling Jeugdtdanzorg
W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieudeskundige

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, arts, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, arts, PHV Den Haag e.o.
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag
Prof. dr. J.P. Vandenbroucke, universiteit Leiden
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO
Mw. H.M. Sachse-Bonhof, arts, GGD Rijswijk
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland
Dr.Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland
Mw. F.L. van Leeuwen, Haags Kruiswerk

ISSN 0921-6219

Redactieadres

Dienst Welzijn
Sector GGD
Thorbeckelaan 360
2564 BZ Den Haag
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Mw. I. Burger
Tel.: 070 - 361 94 47
Fax: 070 - 361 94 19

Vormgeving

bureau T&IC, Delft

Illustraties

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn
Sector GGD Den Haag

Oplage

1.750 ex.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin.
Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.
De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd.
Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.
Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

J.W.H. Garvelink, arts in dienst van de overheid

*Historische kanttekeningen
bij zijn afscheid*

H.G.J. Nijhuis

Waaraan geloof je?

*Hieraan: dat het gewicht van alle dingen opnieuw
bepaald dient te worden.*

F. Nietzsche, 1886

De GGD heeft de afgelopen tien tot vijftien jaar een woelig bestaan geleid. De bemoeienis van de overheid met de dienst is strakker geworden dan vanuit het oogpunt van de epidemioloog wenselijk is. Een groot deel van die hectische periode werd de Haagse GGD geleid door J.W.H. Garvelink, die nu vertrokken is. Als bijdrage aan zijn libellus amicorum een terugblik over de laatste anderhalve eeuw.

Mijn aanstelling in 1981 als epidemioloog bij de GGD Den Haag was een historische gebeurtenis. Niet, omdat mij de eer te beurt viel om als eerste de epidemiologische functie in Den Haag te vervullen. Wel, omdat met de introductie van dit vak een nieuw tijdperk leek te worden ingeluid, waarin men van de GGD en de gemeente geheel nieuwe verwachtingen ging koesteren. De lokale overheid zou - zo leek het - door 'inzicht te bieden in de gezondheidstoestand van de Haagse bevolking' een grotere betekenis krijgen voor de ontwikkeling van preventie en gezondheidszorg in meer algemene zin.

Met mijn aanstelling twaalf jaar geleden nam Den Haag als één van de eerste gemeenten in Nederland de stap om deze, nog betrekkelijk onbekende weg op te gaan. Harm Garvelink bevocht deze nieuwe positie voor de GGD. Zijn inspanningen getuigen van een scherpe neus voor de dingen die komen gaan, van lef en volharding.

Dat mij de eer te beurt viel, begrijp ik nog steeds niet. Mijn artsenbul had ik immers niet onder de Martinitoren gehaald, maar rondom het Keizer Karelplein, die 'rode' plek des onheils waar destijds ook de Studenten Vakbond werd geboren.

Bij mijn komst bestonden vage, maar wel redelijk hooggespannen verwachtingen over toekomstige rollen van de GGD in de stad. Deze hingen ongetwijfeld samen met de stemming rond de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die de gemeente

Over de auteur

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

aanzienlijke (plannings-)bevoegdheden had toegekend. Ook al was daarbij de eerste viool toegevoegd aan de afdeling Maatschappelijk Welzijn Volksgezondheid van de gemeentesecretarie - 'Mijnheer Garvelink, wij maken hier het beleid. U voert het uit.' - ook voor de GGD leek er interessante muziek in te zitten. De muziek is echter niet helemaal geworden wat we er toen van verwachtten.

Sindsdien heeft de GGD nog slechts bij uitzondering het relatief rustige vaarwater gekend, waarin hij jaren had gekoerst. Nagenoeg zonder aflaten beukten privatisering, bezuinigingen, maatschappelijke kritiek, nieuwe wetgeving en reorganisaties op de boeg van het schip. Bestemming, koers en opdracht veranderden nogal eens, terwijl de mogelijkheden om van bemanning te wisselen minimaal waren.

Een blik in 'Gepokt en Gemazeld', het geschiedkundige boekwerkje over het ontstaan en de ontwikkeling van de GGD gedurende 75 jaar, laat zien dat de Haagse GGD eerder moeilijkheden kende. Toch voorzie ik, dat bij het honderdjarige bestaan van de GGD in 2012 in een nieuw historisch boekwerkje ('Verbouwd en Vertimmerd?') de periode 1980-1992 als zeer woelig zal worden aangemerkt.

J.W.H. Garvelink, arts, de zevende directeur van de dienst, stond in deze periode aan het roer. Hij stond in alle discussies over de toekomst van de GGD als arts op de bres voor professionele autonomie.

Anderhalve eeuw arts en overheid

De betrekkingen tussen de overheid en de medische beroepsgroep zijn vanaf het ontstaan van de georganiseerde gezondheidszorg in Nederland, rond het begin van de vorige eeuw, steeds ingekleurd door spanningen. Een terugblik kan, naar het mij lijkt, de vandaag de dag de somtijds problematische verhoudingen tussen gemeentebesturen en hun medisch professionele GGD'en verhelderen.

In het begin van de negentiende eeuw bestond er nauwelijks bemoeienis vanuit de landelijke en lokale overheid met de gezondheidszorg. Particuliere artsen namen daarvoor de totale verantwoordelijkheid. Ze organiseerden zichzelf stevig als beroepsgroep en deden ook de eerste stappen om

de zorg als zodanig beter te organiseren. Zo werd in 1849 de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (NMG) opgericht van waaruit van alles door en voor artsen werd geregeld. Alle initiatieven voor de opbouw van de gezondheidszorg lagen bij de beroepsgroep zelf.

Pas in 1865 kwam, onder Thorbecke, een geregelde, grondige vorm van overheidsbemoeienis tot uitdrukking in de Geneeskundige Staatsregeling. Het staatstoezicht op de uitvoering van de zorg werd daarin geregeld. Ook werden in die wet aan gemeenten belangrijke taken opgelegd op het terrein van preventie en hygiëne. Echter, de lokale besturen bleken daarvoor geen enkele interesse te hebben en lieten het in de praktijk volkomen afweten.

De antwoorden op de grote gezondheidsproblemen van die dagen, zoals pokken, cholera, tyfus, malaria en tuberculose werden op initiatief van particuliere artsen georganiseerd. Zo ontstonden in 's-Gravenhage onder andere vaccinatiebureaus, een Vereniging voor Koepok-inenting en een Commissie tot het Verlenen van Hulp aan Choleralijders.

Ook toen de Besmettelijke-Ziektenwet het levenslicht zag, bleken de gemeentebesturen weinig interesse te hebben in het organiseren van maatregelen. Onder deze 'politieke' omstandigheden kwam de voor Den Haag belangrijke 'Vereniging ter Verbetering van de Gezondheidstoestand te 's-Gravenhage' tot stand. Deze vereniging van vooraanstaande artsen, ingenieurs, architecten en juristen deed onderzoek en bracht adviezen uit aan het gemeentebestuur over voedsel, drinkwatervoorziening, sanitair en behuizing. Meestal waren deze adviezen aan dovemansoren gericht. In andere grote steden, waaronder Amsterdam en Rotterdam, was de situatie niet veel anders.

Pas in het begin van deze eeuw begonnen gemeenten taken op te pakken op het terrein van de gezondheidszorg en preventie. De medische stand was intussen maatschappelijk reeds zeer hecht georganiseerd in instituties als de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, medische faculteiten, ziekenhuizen en talrijke particuliere verenigingen voor maatschappelijke gezondheidszorg. Zelfs in de organisatie van ons stelsel van ziektekostenverzekering hadden medici stevig de hand met de oprichting van de zogenaamde 'Doktersfondsen'. Deze vormen in wezen de oorsprong van onze huidige ziekenfondsen.

De Armenwet uit 1912 was het decor waartegen de gemeente 's-Gravenhage het initiatief nam om een eigen GGD op te richten. De eerste voorziening die deze dienst leverde was dan ook de geneeskundige eerste-hulpverlening aan arme mensen en gemeentebestuurders.

Vanaf die tijd groeide de GGD geleidelijk uit tot een groot medisch-professioneel instituut, waar een ruime diversiteit aan zorg- en preventietaken werd uitgevoerd. De gezondheidszorg in haar geheel groeide uit tot het gigantische medische zorgcomplex, dat we vandaag de dag kennen. Het werd aanvankelijk volledig beheerd door de medische beroepsgroep, later meer en meer door professionele, ook niet-medische besturen en allerlei raden.

Vermaatschappelijking

Vanaf de Tweede Wereldoorlog deed de landelijke overheid niet-aflatende pogingen om haar invloed op de gezondheidszorg en de medische professie te vergroten. De maatschappelijke noodzaak daartoe werd in de jaren zeventig pas echt groot. Immers, de collectieve lasten van het steeds maar verder uitdijende zorgcomplex waren maatschappelijk niet langer te dragen. Met behulp van een politiek veelkleurige variëteit aan wetten en maatregelen werden meer en minder succesvolle pogingen ondernomen om de gezondheidszorg te beteugelen.

Van bemoeienissen van de gemeentelijke politieke besturen met de volksgezondheid vernemen we, ook na de Tweede Wereldoorlog, weinig. De besturing van de GGD'en, die een wisselend pakket van vooral uitvoerende taken hebben opgebouwd, kan niet echt worden gekenmerkt als wezenlijk politieke bemoeienis met vraagstukken van volksgezondheid. De artsen van deze diensten dopten hun eigen boontjes wel. Binnen de gemeente hadden ze dat immers al 150 jaar gedaan.

Pas de laatste jaren begint een geheel ander besef te ontstaan over de betrekkingen tussen lokale overheid en de plaatselijke gezondheidszorg. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid bezorgt, samen met de sterke decentralisatie-neiging van deze tijd, het gemeentebestuur directe eigen verantwoordelijkheden op het terrein van de volksgezondheid. Bewegingen als het Healthy Cities-project van de World Health Organization bepleiten intensievere bemoeienis van de lokale



Sijboff pers, Maurice Neluan

drs. J.W.H. Garvelink

overheid met gezondheid. De vermaatschappelijking van de gezondheidszorg hangt als het ware in de lucht.

Zeer lange tijd hebben gemeentebesturen nauwelijks bemoeienis gewild met de gezondheidszorg. Daarmee was aan een essentiële voorwaarde voldaan om de macht van de medische professie tot grote bloei te laten komen. Deze situatie nu is in onze tijd sterk aan verandering onderhevig.

In Rotterdam speelde kortgeleden een geruchtmakende affaire over de gezondheidsrisico's van de aanleg van een nieuwe luchthaven. De directeur van de GGD ter stede sprak zich op basis van onderzoeksgegevens uit tegen een dergelijke aanleg. Het gemeentebestuur was een tegengestelde mening toegedaan. De discussie hierover, met name de manier waarop, was tekenend voor de onwennigheid van beide partijen met hun nieuwe intensieve betrokkenheid.

In Amsterdam wordt op dit moment ernstig gedebatteerd over privatisering van de GGD. In de stad, waar het gemeentebestuur als eerste in Nederland de stap nam tot de oprichting van een eigen gezondheidsdienst, vormt het handhaven van de professionele autonomie een belangrijk argument in deze discussie.

De Haagse GGD ervaart niet minder de sterk opkomende invloed uit de gemeentepolitiek. Deze invloed is niet alleen merkbaar in reorganisaties. Ze geldt evenzeer voor inhoudelijke keuzen

in de dienstverlening. Het politieke argument kan daarin - zie het voorbeeld Rotterdam - heel anders uitpakken dan het professionele gezondheidsargument van de arts.

De betrekking tussen gemeentebestuur en directeur GGD heeft - zo blijkt - ook in vroeger dagen al gevoelig gelegen. L. Heijermans, directeur van de GGD Amsterdam, merkt hierover in 1929 op: "...Kortom, de verhouding tusschen college van B en W, de Commissies van Bijstand en de directeuren behoort te zijn eene van openheid, van zoeken naar het bereikbare goede of goed bereikbare, van samenwerking met de directeuren, van wie men eischen moet, dat ze stevig hunne rapporten en inzichten verdedigen, maar beseffen dat ze ambtenaar zijn, uitvoerder van de wil van de Raad, van B en W, echter geen 'dienaar', in den slechten zin van het woord."

Versmelting van tradities?

Over de vóórs en tegens van de hierboven geschetste, historisch gegroeide professionele autonomie is veel gezegd en geschreven.

De scherpste critici stellen, dat argumenten ter ondersteuning van professionele autonomie slechts dienen om de maatschappelijke machtspositie van artsen te handhaven. Het medische bedrijf wordt in deze opvatting afgeschilderd als een door artsen beheerst complex, dat de gehele samenleving, inclusief de politiek, zijn wil oplegt.

Pleitbezorgers van de onafhankelijkheid van medische instellingen stellen daarentegen, dat de zorg voor de gezondheid alleen in goede handen is van de medische wetenschap en deskundige artsen. Bovendien vraagt de bijzondere relatie tussen een arts en zijn cliënt om bescherming tegen allerlei onheuse invloeden van buitenaf. In de euthanasie-discussie was dit standpunt duidelijk te beluisteren. Ook het advies van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong' ademt die stemming: de medische beroepsgroep moet opnieuw het heft in handen nemen om haar bestaande maatschappelijke positie te rechtvaardigen.

Harm Garvelink is arts. Hij was ook in dienst bij de overheid. Hij bekleedde zijn directeursfunctie sterk vanuit zijn medische verantwoordelijkheid en stond daarmee in de klassiek geneeskundige traditie. Hij personificeerde, zoals ook andere GGD-directeuren, een niet gemakkelijk op te los-

sen tweespalt, die de gehele instelling aangaat. De politiek, het gemeentebestuur streeft in toenemende mate naar intensieve bemoeienis op een terrein dat, onder andere door haar eigen opstelling in het verleden, krachtig bezet is door de medische professie. Artsen en lokale overheid hebben eeuwenlang in gescheiden tradities gewerkt. De samensmelting van deze tradities is niet zo vanzelfsprekend.

De politiek hanteert bij haar sturing vaak andersgeaarde argumenten en afwegingen dan de medicus of epidemioloog. Beide gezichtspunten, het politiek-maatschappelijke en het objectief-deskundige, verdienen een duidelijke plaats. Maar de vraag die zich meer en meer gaat opdringen is of een intensieve sturing van bovenaf, vanuit de politiek, op met name het medisch-technische deel van GGD'en op den duur wel zo vruchtbaar is. Vandaar dat -zoals in Amsterdam- druk wordt gezocht naar andere betrekkingen tussen gemeentebestuur en GGD. De juiste vorm voor de komende jaren is nog niet gevonden en zal ook in Den Haag nog de nodige bezinning vragen. Wanneer ik terugblik op het directeurschap van Harm Garvelink over de laatste tien jaar, kan ik niet anders dan zijn optreden zien in het licht van deze historische figuur.

Hij verdient het dat zijn vertrek óók omlijst wordt met deze historische schets.

Nog een historische figuur

Maar er was voor allen die met hem hebben gewerkt ook de markante persoonlijkheid van Harm. Een persoon die, weliswaar bij tijd en wijlen op enige afstand, een zeer persoonlijke betrokkenheid had bij het wel en wee van zijn medewerkers. Om hem de slechte dingen in een ander te laten ontdekken moest je hem tot het uiterste drijven.

In mijn ogen een groot bestuurder van oer-Hollandse snit en een meester in de vrolijke onderhandeling. Zijn met humor doorspekte, scherpe, op de persoon gerichte salvo's braken niet zelden de steriele spanning, die je aan bureaucratische tafels kunt aantreffen.

Het koffertje van mijnheer B. staat mij wat dat betreft nog helder voor de geest.

Deze mijnheer B., een hoge bestuurder ergens bij een landelijke organisatie van gezondheidszorg, had belet gevraagd bij de directie van de GGD om te praten over een eventuele overname van

'ons groeiboek'. Hij werd op zijn missie naar Den Haag vergezeld van een deskundig adviseur. De heren namen enigszins ongemakkelijk plaats op de elfde etage. Begrijpelijk, want hun verzoek stond ongeveer gelijk met de vraag aan een huis-eigenaar om een prachtige versiering op de voor-gevel van zijn huis te mogen meenemen. De introductie tot het eigenlijke gesprekstema was dan ook zeer omslachtig. Het weer, de politiek wankele positie van staatssecretaris Simons en de algemene situatie in de wereld kwamen ter sprake.

Hoe zou de mogelijkheid ontstaan om de voor-gevel op een elegante manier ter sprake te brengen? De spanning zat volop in de lucht...

De opmerking van Harm kwam als een totale ver-rassing:

'Nou, mijnheer B., maakt u nu dat koffertje maar eens open. Want daar zit natuurlijk dat miljoen in waarmee u ons boekje wilt kopen.'

De tegenstander zocht verbijsterd naar een ade-quate reactie.

We grijnsden.

Het was één-nul.

- Karskens M. Waarheid als macht: een onderzoek naar de filosofische ontwikkeling van Michel Foucault. Nijmegen: Te Elfder Ure, 1986: 37-8.
- Illich I. Grenzen aan geneeskunde. Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid? Baarn: Het Wereldvenster, 1976.
- Klynveld KPMG. Management Consultants. Onderzoek GG en GD Amsterdam, 1992.

Literatuur:

- Bent E van den. Gepokt en gemazeld: 75 jaar Haagse GG en GD, 1912-1987. GG en GD Den Haag, 1987.
- Dekker E, Elsinga E. (red). Mensen en machten, gezondheidszorg in de jaren negentig. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 1990.
- Mol A, Lieshout P van. Ziek zijn is het woord niet: medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985. Nijmegen: Sun, 1989.
- Heyermans L. Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland. N.V. 'Ontwikkeling'. Amsterdam, 1929.
- Houwaart ES. De hygiënisten: artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Groningen: Historische Uitgeverij, 1991.
- Gezondheidsraad. Medisch handelen op een twee-sprong: advies uitgebracht door de Beroepsraad Geneeskunde van de Gezondheidsraad aan de minister en staatssecretaris van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Den Haag, 1991.
- McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis. The Nuffield Provincial Hospital Trust. London, 1976.

Zes jaar gemeentelijk huisartsenbeleid

H.R. Lingen

Het 'Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen' trad op 1 februari 1986 in werking en is begin dit jaar ingetrokken. Het was bedoeld om gemeenten de mogelijkheid te geven het aanbod van huisartsenzorg te plannen. Na zes jaar is er aan die bemoeienis een eind gekomen. Als het er om ging het aantal huisartsen te reguleren, dan wel te reduceren, dan heeft de maatregel succes gehad. Hoewel de stelselwijziging een andere periode inluidt, blijft het de moeite waard de uitgangspunten van het gemeentelijke beleid te handhaven.

Op 1 februari 1986 trad het 'Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen' in werking. Op grond van dit besluit kregen gemeenten bemoeienis met de vestiging van huisartsen. Zonder vergunning van Burgemeester en Wethouders (B en W) was het huisartsen niet toegestaan zich te vestigen. Het besluit was gebaseerd op de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), die in 1982 door het parlement was aanvaard. Deze wet stond model voor de wetgevingsproblemen die eigen lijken te zijn aan het beleidsterrein volksgezondheid.

Toen de wet ten slotte na jaren van parlementaire discussie werd aangenomen, was ze inmiddels volgens inzicht van velen verouderd. Het planningsinstrumentarium dat de wet aanreikte en de daarmee gepaard gaande prominente rol van de overheid maakten spoedig plaats voor het denken in termen van 'meer markt, minder overheid'.

Het vestigingsbesluit is de enige wetgevende maatregel die op basis van de WVG is getroffen. Nu het per 1 januari 1992 is ingetrokken, zal ook de wet worden ingetrokken. Hiermee is aan de bijna zes jaar gemeentelijke bemoeienis met het vestigingsbeleid voor huisartsen een einde gekomen. Een goed moment voor een terugblik.

Het besluit

Het vestigingsbesluit had een tweeledig karakter:

- het stelde regels ten aanzien van het maximum aantal huisartsen dat in een gemeente gevestigd mag zijn en aan hun spreiding. Daartoe

Over de auteur

Mr. H.R. Lingen, hoofd vakgroep Beleidsontwikkeling Gezondheidszorg, GGD Den Haag

werd een vestiging van een huisarts en een verplaatsing van een praktijkadres aan een vergunning van B en W gebonden;

- het stelde regels aan de praktijkomvang van alle huisartsen.

Voor de bepaling van het aantal huisartsen dat in een gemeente gevestigd mag zijn werd een rekenkundige formule ontwikkeld (art. 6). Kern van deze formule was dat op basis van de door de gevestigde huisartsen nagestreefde praktijkomvang de gezamenlijke capaciteit van de in een gemeente gevestigde huisartsen werd berekend. Was de uitkomst groter dan de omvang van de bevolking vermeerderd met 1.250 inwoners dan was er ruimte voor een nieuwe vestiging.

Bij de vestiging van huisartsen diende een zodanige spreiding van praktijkadressen te worden nagestreefd dat deze voor de burgers redelijk bereikbaar waren (art. 7, lid 1). Met het oog op de handhaving van het spreidingscriterium werd de beroepsbeoefening van de huisarts geacht te zijn gebonden aan een bepaald vestigingsadres. Voor iedere wijziging van dit adres was vergunning van B en W vereist; de capaciteitsberekening werd hierbij buitenbeschouwing gelaten.

Het besluit hield voorts een aantal regels in voor de praktijkomvang. De normpraktijk werd vastgesteld op 2.350 personen. Huisartsen die een praktijkomvang nastreefden die hieronder lag konden dat aan de gemeente kenbaar maken.

Uit kwaliteitsoverwegingen werden ook een onder- en een bovengrens aan de praktijkomvang gesteld. De minimaal toegestane praktijkomvang per huisarts bedroeg 800 personen. (Gedurende een beperkte periode mocht de praktijkomvang kleiner zijn.) Het maximaal toegestane aantal patiënten lag op 2.750 (in uitzonderingsgevallen 3.400).

In een afzonderlijk besluit stelde de wetgever regels om te komen tot een geleidelijke inkrimping van de zogenoemde bovennormale praktijken (groter dan 2.750 personen).

Voordat B en W een beslissing namen op een aanvraag voor een vestigingsvergunning dan wel voor een vergunning voor verplaatsing van het praktijkadres, dienden ze het advies in te winnen van de wettelijk voorgeschreven vestigingsadviescommissie huisartsen, waarin zitting hadden: de huisartsenvereniging, de ziektekostenverzekeraars, de patiëntenverenigingen en het kruiswerk.

Gemeentelijk beleid

In de 'Nota met betrekking tot het gemeentelijke vestigingsbeleid voor huisartsen te 's-Gravenhage' d.d. 15 april 1986 werden de gemeentelijke doelstellingen van het vestigingsbeleid geformuleerd:

- het stimuleren van een rayongebonden praktijk;
- het optimaliseren van waarneemregelingen (bij voorkeur met huisartsen die binnen hetzelfde rayon hun vestigingsadres hadden);
- het bevorderen van samenwerking van huisartsen met andere eerstelijns disciplines;
- het realiseren van een aan de vraag gerelateerd aanbod van vrouwelijke huisartsen en huisartsen afkomstig uit de etnisch-culturele groepen;
- het realiseren van een aan de vraag gerelateerde verhouding tussen zogenaamde reguliere en alternatieve huisartsgeneeskunde.

Een belangrijk principe in de nota was de regionalisatie of rayonerings van de praktijkvestigingen. In navolging van de huisartsenvereniging schreven B en W dat dit proces kon worden geforceerd. 'Nog afgezien van het feit dat het gemeentebeestuur in dit opzicht niet over bevoegdheden met betrekking tot de reeds gevestigde huisartsen beschikt (behalve bij verplaatsing van vestigingsadressen), zijn we van mening dat dit proces zich slechts geleidelijk kan voltrekken. Een termijn hiervoor kan niet gesteld worden, omdat een en ander afhangt van het beschikbaar komen van vergunningen'.

Afname

Het besluit moest blijkens de bijbehorende nota van toelichting mede worden gezien als een volumebeperkende maatregel. Volgens de rijksoverheid was in 1986 sprake van een overschot van huisartsen en diende het aanbod van huisartsen in overeenstemming te worden gebracht met het aantal beschikbare plaatsen. Hiertoe diende met name de bepaling betreffende de capaciteitsberekening.

Op grond van deze capaciteitsberekening bestond in 1986 ook in Den Haag een overschot aan huisartsen. In 1988 liep dit snel terug als gevolg van enerzijds de inwerkingtreding van het besluit tot inkrimping van bovennormale praktijken en anderzijds de op landelijk niveau gemaakte afspraak dat huisartsen hun ziekenfondspraktijk

bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd dienden neer te leggen.

In totaal zijn in de periode 1986-1992 door B en W in Den Haag dertig vergunningen voor nieuwe vestigingen verleend. In 32 gevallen werd vergunning verleend aan reeds gevestigde huisartsen voor verplaatsing van hun praktijkadres.

Het aantal huisartsen in Den Haag is, bij een nagenoeg gelijkblijvend inwonertal, teruggelopen van 213 in 1986 tot 193 in 1992. Het aantal vrouwelijke huisartsen daarentegen is gestegen van 33 (15,5%) tot 38 (19,7%). Een ander concreet resultaat betreft de vermindering van het aantal vestigingsadressen en van het aantal praktijkadressen per huisarts. Het totaal aantal vestigingsadressen is afgenomen van 330 in 1986 tot 264 in 1992, een daling van 20%. Ook het aantal praktijkadressen per huisarts is belangrijk verminderd. Waren er in 1986 109 huisartsen met één praktijkadres, in 1992 was dit aantal gestegen tot 127. De stijging wordt nog opmerkelijker, als men de absolute daling van het aantal huisartsen in deze periode in ogenschouw neemt (figuur 1).

Aan de hand van de jaarlijks gehouden gegevensverzameling onder huisartsen kan voorts een aanmerkelijke daling worden geconstateerd van huisartsen die de normpraktijk (2350 personen) verklaarden na te streven. In 1986 bedroeg dit aantal 190; in 1990 was dit gedaald tot 144. Het aantal huisartsen dat de praktijkomvang wenste te beperken is in deze periode gegroeid van 20 tot 59. Deze belangrijke toename in een betrekkelijk korte periode kan gedeeltelijk worden verklaard

door de stijging van het aantal vrouwelijke huisartsen die veelal voor beperking van de praktijkomvang opteerden.

Uit kwaliteitsoverwegingen moet deze tendens tot praktijkverkleining worden toegejuicht. Praktijkverzwarende factoren manifesteren zich vooral in de grote steden. Verkleining van de praktijk kan een belangrijke bijdrage leveren tot de opheffing ervan.

Spreiding

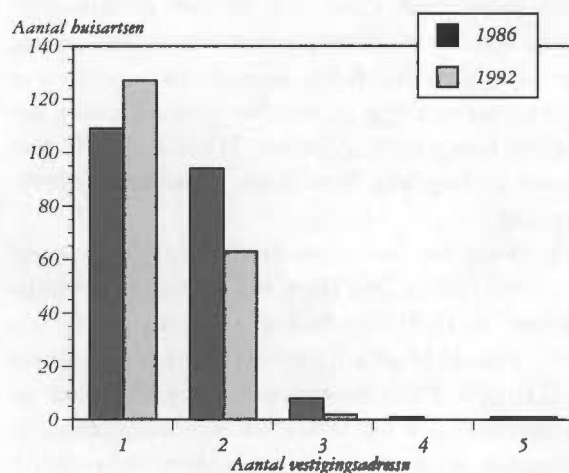
Het gemeentelijke vestigingsbeleid beoogde ook een aantal andere doelstellingen te realiseren, zoals een betere spreiding van de huisartsenpraktijken over de stad. Daartoe werd in Den Haag - hoewel de wettelijke regeling hier niet in voorzag - een capaciteitsoverzicht gemaakt voor alle veertien in 1986 vastgestelde rayons. Dit overzicht, opgesteld overeenkomstig de wijze waarop voor de gehele gemeente de capaciteit werd berekend, zou helderheid moeten geven in de spreiding van de huisartsenpraktijken zodat deze zonodig kon worden beïnvloed. Een ernstig manco van deze methode was dat de capaciteit geen rekening hield met de territoriale opbouw van de praktijken. Gegevens over de verdeling van de patiënten over de verschillende rayons bleken in veel gevallen niet beschikbaar of onvoldoende betrouwbaar. Daarom kunnen over de spreiding van de praktijkvestigingen - en daarmee over de bereikbaarheid van de huisarts voor de patiënt - hier geen nadere uitspraken worden gedaan.

Het zelfde geldt voor het aanbod van alternatieve huisartsgeneeskunde (is van een te kleine schaal) en van huisartsen afkomstig van etnisch-culturele groepen (wordt om privacy-redenen niet geregistreerd).

Slot

De resultaten van het gemeentelijke vestigingsbeleid zijn beperkt. De politieke ambities waren hoger dan de mogelijkheden die de wettelijke regeling bood. In wezen was de regeling bedoeld om het aanbod van huisartsen te reguleren c.q. te reduceren. In zoverre heeft de regeling ook het gewenste effect gehad. Hoewel resultaten betreffende de spreiding van praktijkvestigingen moeilijk meetbaar bleken, heeft het gemeentelijke vestigingsbeleid op dit gebied zonder twijfel een bij-

figuur 1
Aantal vestigingsadressen per huisarts. Den Haag
1986 en 1992.



drage geleverd aan de discussie binnen de beroepsgroep over een rayongewijze opbouw van de huisartsenpraktijken, de praktijkvoering vanuit één adres en de vorming van per rayon georganiseerde waarneemgroepen. De uitgangspunten van het gemeentelijke beleid zijn het, mede in het licht van nieuwe initiatieven in de zorg (zoals het project in het stadsdeel Centrum), waard om gehandhaafd te worden. Daarom is het van belang om de ontwikkeling van de discussie, in het licht van de stelselwijziging en de daaruit voortvloeiende verandering van verantwoordelijkheden van partijen, nauwgezet te blijven volgen.

Medische hulp buiten kantooruren in Den Haag en Rijswijk

Moet het anders?

J.L. Engelenburg

De 'medisch niet urgente hulpvraag' en de 'zich zelf verwijzende hulpvrager' blijven een punt van aandacht, waaraan onlangs een proefschrift is gewijd. Buiten kantooruren vangt de huisarts tachtig procent van de hulpvragers op. De overige twintig procent meldt zich bij een eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis. Daarvan had de helft makkelijk bij de huisdokter terecht gekund. Huisartsen die na het midden van de jaren zeventig zijn afgestudeerd blijken in de avonduren in het algemeen minder frequent beschikbaar te zijn dan de huisartsen die daarvoor afstudeerden. De 'medisch niet urgente hulpvraag' en vele andere waarnemingen.

In dit artikel worden de opzet en de resultaten van het in 1988-1989 verrichte onderzoek naar de medische hulpverlening buiten kantooruren in Den Haag en Rijswijk kort samengevat (1).

Doel van het onderzoek was wegen te vinden waarlangs de herhaaldelijk gesignaleerde belemmering van hulpverlening, ten gevolge van meningsverschillen tussen hulpvrager en hulpverlener, kan worden voorkomen. De meningsverschillen betreffen bij waarnemingsdiensten meestal de urgentie van de hulpvraag, terwijl naar de mening van de hulpverleners op de eerste-hulpafdelingen de zichzelf verwijzende hulpvrager eerst de huisarts dient te raadplegen.

De vraagstellingen van het onderzoek betroffen onder andere de verdeling van de hulpvraag tussen huisartsen en eerste-hulpafdelingen, een mogelijke relatie tussen bereikbaarheid van de eigen huisarts en de omvang van de hulpvraag uit diens praktijk, benevens een aantal factoren die geacht werden bereikbaarheid en/of hulpvraagomvang te beïnvloeden.

Het onderzoek

Er werden zes deelonderzoeken verricht, nl.:

- toetsing van de bereikbaarheid van de huisartsen buiten kantooruren;
- registratie van alle hulpvragen aan de doktersnachtsdienst en aan de vijf eerste-hulpafdelingen in Den Haag;
- een enquête onder de huisartsen. Door middel van de verkregen antwoorden werd getracht de

Over de auteur

Dr. J.L. Engelenburg, rustend huisarts in Den Haag

bovengenoemde beïnvloedende factoren te meten;

- een enquête onder de hulpvragers aan de eerste-hulpafdelingen. Hierbij werd onder andere gevraagd waarom de huisarts niet werd geraadpleegd en wat de reden was juist het gekozen ziekenhuis te bezoeken;
- verzameling van gegevens omtrent omvang en samenstelling van de huisartsenpraktijken;
- een statistische analyse van de verkregen data.

Het onderzoek werd verricht op 120 werkdagavonden, in weken waarin geen feest- of kleine vakantiedagen voorkwamen, tussen 19.00 uur en 01.00 uur. De redenen van deze beperkingen worden in het onderzoeksrapport verantwoord (1).

Op werkdagavonden werd 80% van alle hulpvragen in Den Haag en Rijswijk in eerste instantie opgevangen door de huisartsen, zijnde de dienstdoende artsen van de Haagse doktersnachtsdienst en andere waarnemingsgroepen, alsook de niet-dienstdoende, maar wel bereikbare, huisartsen. Door de eerste-hulpafdelingen werd 20% van de hulpvragen opgevangen. Van deze 20% had, naar de mening van de hulpverlener op de eerste-hulpafdeling, omstreeks de helft, dus 10% van de totale hulpvraag in de stad, door een huisarts kunnen worden behandeld.

Van de huisartsen, aangesloten bij de doktersnachtsdienst, bleek omstreeks de helft buiten kantooruren op werkdagavonden redelijk tot goed bereikbaar. Daarnaast bestond er een zwak negatief verband tussen de bereikbaarheid van de eigen huisarts en de hulpvraag uit zijn/haar praktijk aan de doktersnachtsdienst. Dit betekent dat in de jaren 1988 en 1989 het aantal huisbezoeken en het aantal consulten op de nachtdienstpost omstreeks 20% lager zou zijn geweest in geval van (de utopische) volledige bereikbaarheid van alle huisartsen. Tussen de bereikbaarheid van de huisartsen buiten kantooruren op werkdagavonden en de hulpvraag aantallen aan de eerste-hulpafdelingen op die avonden bleek geen verband aantoonbaar.

De taakopvatting ten aanzien van bereikbaarheid toonde een positief verband, de door de huisarts ervaren werklast en het afstudeerjaar van de huisarts daarentegen een negatief verband met bereikbaarheid.

Bij grote werklast gaat de negatieve invloed daarvan de positieve invloed van taakopvatting overheersen. Met andere woorden: al wil de huisarts wel 24 uren per etmaal bereikbaar en beschikbaar

zijn voor zijn patiënten, dan is hij/zij bij grote werkdruk hiertoe niet (meer) in staat.

De voornaamste redenen om de eerste-hulpafdelingen te raadplegen waren de nabijheid van het ziekenhuis en/of een bestaande (behandel)relatie met dat ziekenhuis. Ten slotte blijkt de omvang van alle hulpvraag uit de praktijken vooral te worden bepaald door de grootte en de samenstelling van de praktijken. Voor de hulpvraag aan de doktersnachtsdienst speelt ook de lokatie van de praktijken een rol. Hierbij valt op dat uit wijken met een lage sociaal-economische status het aantal hulpvragen aanzienlijk groter is dan uit gegoede wijken.

Uit het geheel van cijfers werd duidelijk dat de mogelijkheden om bereikbaarheid en/of hulpvraag aantallen te beïnvloeden gering zijn en dat het uiteindelijke resultaat moeilijk voorspelbaar is.

Beschouwing

Het onderzoek bevestigt het literatuurgegeven dat de bereikbaarheid van de huisarts geen oorzakelijke factor is voor het beroep op de eerste-hulpafdelingen. Het feit dat omstreeks de helft van de huisartsen 's-avonds vaak nog bereikbaar bleek voor de eigen patiënten, suggereert een positieve taakopvatting van een groot aantal huisartsen.

De eerdergenoemde conflicten tussen hulpvrager en hulpverlener ontstaan doordat de meeste huisartsen buiten kantooruren, ook in waarnemingsdiensten, menen alleen hulp te moeten verlenen in medisch urgente gevallen, terwijl de hulpvrager vaak hulp vraagt voor medisch niet urgente zaken waarover hij/zij zich ongerust maakt. De ongerustheid is bijwerking van de gelukkig ruime informatie waarover de huidige hulpvrager beschikt. Deze informatiestroom is deel van de maatschappelijke ontwikkelingen, waartoe tevens zowel de veranderde visie van de artsen op waarnemingsdiensten, als de algemene werktijdverkorting behoren. Deze werktijdverkorting beïnvloedt zowel hulpvragers als hulpverleners. Zo blijken huisartsen, afgestudeerd na het midden van de jaren zeventig, in het algemeen wat minder frequent bereikbaar te zijn dan de huisartsen die voordien afstudeerden. Doordat nog wordt uitgegaan van medische urgentie als rechtvaardiging van hulpvraag buiten kantooruren, is de huidige gezondheidszorgorganisatie niet berekend op grote aantallen ongeruste hulpvragers (2). Veran-

dering is dus nodig. Deze gedachte begint veld te winnen (3)(4).

In het artikel 'Blauwdruk voor een moderne huisartsenzorg' werden suggesties voor aanpassing van de zorg aan de eisen van deze tijd gegeven (5). Gepleit wordt voor de vorming van huisartscollectieven, zijnde samenwerkingsverbanden van een fiks aantal huisartsenpraktijken met een nabijgelegen ziekenhuis. De organisatievorm van het collectief kan die van een stichting zijn, bestuurd door de aangesloten huisartsen.

In Den Haag en Rijswijk zouden er bijvoorbeeld vijf huisartscollectieven van omstreeks veertig praktijken kunnen komen. De collectieven bemannen 24 uren per dag een centrale post bij of in het ziekenhuis, waarmede het collectief samenwerkt. Deze post is achterwacht voor alle spoedgevallen die de eigen huisarts niet kan opvangen binnen de door de hulpvrager gewenste tijd. Verder verzorgt de post de eerste opvang voor de eerste-hulpafdeling van het betrokken ziekenhuis. Er is een telefoondienst gevestigd die, via een centraal nummer, voor alle aangesloten praktijken zowel spoedoproepen kan afhandelen als afspraken kan maken. Iedere huisarts blijft in eigen praktijk werken en kan zelf beslissen of hij/zij al of niet (deels) meewerkt bij de bemanning van de centrale post. De nodige aanvullende mankracht voor de post kan gevormd worden door niet-gevestigde artsen in dienst van het collectief. Deze artsen fungeren tevens als waarnemer voor de aangesloten artsen in geval van vakantie of ziekte.

Met een dergelijke opzet wordt het probleem van de zelfverwijzing naar de eerste-hulpafdelingen opgevangen, is eerstelijns hulp altijd rechtstreeks bereikbaar en kan de grote hulpvraag uit minder goeie wijken beter worden opgevangen. Bovendien wordt de reeds lang gewenste rayonisatie van de eerste en tweede lijn gerealiseerd. Bestaande organisaties zoals dokterstelefoon, doktersnachtsdienst en Districts Huisartsen Vereniging kunnen in het collectief geïntegreerd of gecontracteerd worden. Bij toetreding tot het collectief kunnen kwaliteitseisen worden gesteld, terwijl het collectief als geheel een betere garantie voor de beschikbaarheid van het takenpakket kan geven dan de individuele huisarts. Ook is binnen het collectief specialisatie mogelijk.

De betere garantie van het takenpakket weegt zeker mee bij de onderhandelingen met de verzekeraars. Terwijl het collectief, of de gezamenlijke collectieven

uit een stad, een sterker georganiseerde onderhandelingspartner kan/kunnen zijn dan de Regionale Huisartsen Vereniging. Met de verzekeraars dient overlegd te worden omtrent de financiering van de centrale post. Mogelijk bieden praktijkverkleining en/of honorering per verrichting buiten kantooruren een oplossing. Hierbij kan bedacht worden dat voor het ziekenhuis de kosten van de eerste-hulpafdelingen verminderen en door de voortdurend bereikbare eerstelijns hulp de ongerustheid, dus het aantal hulpvragen, kan afnemen. Daling van de totale kosten van de gezondheidszorg is daardoor mogelijk. Een voordeel van genoemde honorering per verrichting is dat ook de hulpvragers en hun verzekeraars een beter inzicht krijgen in de omvang van de medisch niet urgente hulpvraag buiten kantooruren.

Voor de vorming van huisartscollectieven dient met patiëntenorganisaties nadrukkelijk te worden overlegd omtrent hun wensen. De praktijkvoering dient op deze wensen te zijn gebaseerd. Patiëntenbelangenverenigingen zullen dan bij verzekeraars, overheid en politici de voorgenomen organisatievorm kunnen bepleiten.

Het zal niet mogelijk zijn de vorming van huisartscollectieven van 'bovenaf' op te leggen. Daarom zal eerst een voldoende aantal huisartsen dienen te worden overtuigd van de voordelen ervan. De bedoeling is dat de in de praktijk blijkende voordelen via een sneeuwbaaleffect de aantallen aangesloten hulpverleners en verzekerden doen toenemen.

Literatuur:

- Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Lelystad: Mediatekst, 1992 (proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden).
- Jong TOH de. Ongerustheid, een eerstelijnsziekte. Med Contact 1987; 42: 828-30.
- Bijlard APH, Roos FJ. Landelijke Huisartsen Vereniging omvormen tot zorgaanbod-organisatie. De Huisarts 1992; 3 nr. 7/8: 21-6.
- Veer A de, Bakker D de, Peters P. Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg. Med Contact 1989; 46: 1033-7.
- Engelenburg JL. Blauwdruk voor een moderne huisartsenzorg. Med Contact 1989; 44 nr. 23: 773-4.

Hoe klantgericht is de jeugdtandzorg?

Een marktonderzoek

H. Westerhof

Ouders kunnen voor tandheelkundige zorg voor hun kind terecht bij de 250 vrij gevestigde tandartsen in Den Haag of bij de acht over de stad verspreide centra voor jeugdtandzorg. Wil de jeugdtandzorg klantgericht kunnen werken, dan dient er sprake te zijn van een marktmechanisme. Twee studenten van de Erasmus Universiteit in Rotterdam deden een jaar onderzoek naar de mate waarin deze zorg de klant op maat bedient. Ouders blijken zich niet als consument op te stellen, maar staan wel degelijk kritisch tegenover het doen en laten van de tandarts.

De jeugdtandzorg (JTZ) in Den Haag biedt in acht over de stad verspreide centra, met vijftien tandartsen en 45 andere hulpkrachten, een volledige tandheelkundige zorg aan kinderen van 2-19 jaar. Ouders kunnen vrij kiezen tussen tandheelkundige zorgverlening voor hun kind bij een van de ongeveer 250 huistandartsen in Den Haag of zorgverlening bij de JTZ. De JTZ en de huistandartsen hebben in beginsel dezelfde behandelingsmogelijkheden en hanteren gelijke tarieven. Bij de discussies over de stelselwijziging wordt regelmatig de tandheelkunde genoemd als een zorggebied dat geheel of gedeeltelijk buiten het verplichte basispakket zou moeten of kunnen vallen. De JTZ moet in staat zijn de gevolgen van die stelselwijziging op te vangen. De JTZ richt zich tot nu toe vooral op een aantal risicogroepen. Wil de zorgverlening voor deze groepen veilig worden gesteld, dan zal de JTZ zich ook moeten richten op andere doelgroepen. Deels om risico's beter te spreiden, deels om haar zorgverlening rendabel te houden.

Twee doctoraal studenten van de Erasmus Universiteit, hebben het afgelopen jaar op verzoek van de afdeling JTZ een marktonderzoek gedaan (1).

Het mag misschien verbazing wekken dat juist nu de JTZ behoefte had aan een marktonderzoek. Immers, sinds de afschaffing van de schooltandverzorging in 1987 kent deze dienst een ongeken- de groei van deelnemers (zie figuur 1 op de volgende bladzijde). Deze groei is echter van tijdelijke aard en wordt vooral veroorzaakt door de toename

Over de auteur

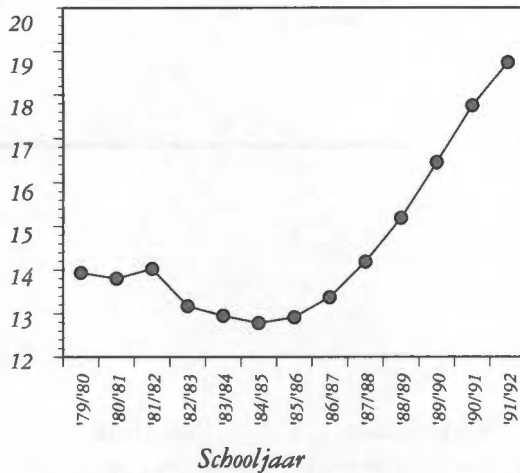
H. Westerhof, tandarts, socioloog, hoofd afdeling Jeugdtandzorg GGD Den Haag

figuur 1

Deelname jeugd tandzorg.

Den Haag 1979/80 - 1991/92.

Aantal x 1000



van het totaal aantal jeugdigen in Den Haag en doordat de dienst in 1985 begon met een geleidelijke uitbreiding van de doelgroep van 4-12 naar 2-19 jaar.

Wat is klantgericht werken?

Wat is klantgericht? Hoe kan het worden bepaald en hoe kan het worden verbeterd?

Veel instellingen (en zorgverleners) vinden zichzelf klantgericht. Maar vindt de klant dat ook? Klantgericht is niet hetzelfde als klantvriendelijk. Het aanbieden van diensten waar de klant niet om heeft gevraagd is dat evenmin.

Klanten kiezen een (tand)arts. Hoe doen ze dat? Hoe beoordelen ze de kwaliteit van de zorgverlener en van de zorgverlening? Professionele zorgverleners achten een klant vaak niet deskundig genoeg om een keuze te maken. Maar dat de klant niet 'deskundig' is doet niet ter zake: de klant hanteert zijn eigen normen. Bekend is de uitspraak dat passagiers de kwaliteit van de luchtvaartmaatschappij beoordelen aan de hand van de koffievlekken op het klaptafeltje. Een luchtvaartmaatschappij die de normen van zijn passagiers niet serieus neemt, gaat vroeg of laat failliet.

Klantgericht wil zeggen dat het aanbod (van dienstverlening) is afgestemd op de behoeften en verwachtingen van de klant. Maar de ene klant wil wat anders dan de andere. Niet alleen de klant, maar ook de zorginstelling moet keuzes

maken. In termen van marketing heet dat: productdifferentiatie en marktsegmentatie.

De onderzoekers onderscheiden een externe en een interne klantgerichtheid.

Met externe klantgerichtheid wordt bedoeld dat de organisatie de klant zelf laat bepalen wat zijn wensen en verwachtingen zijn, en vervolgens probeert zoveel mogelijk aan die wensen en verwachtingen te voldoen.

Met interne klantgerichtheid wordt bedoeld dat de organisatie zelf het beste weet wat goed is voor zijn klant en aan welke normen het produkt moet voldoen. Bij zo'n organisatie past de beroemde uitspraak van Henri Ford: 'de klant kan z'n auto in alle kleuren krijgen zolang het maar zwart is'.

Het onderzoek onder de ouders *)

Via de consultatiebureaus in Den Haag werden 235 ouders van peuters geïnterviewd aan de hand van vragenlijsten. Voor Turkse en Marokkaanse ouders was een tolk aanwezig.

Bij dit 'consumentenonderzoek' stonden twee vragen centraal:

- hoe verloopt het beslissingsproces waarlangs ouders een keuze maken voor een tandarts voor hun kind?
- welke clusters (groepen van ouders) zijn te onderscheiden waarmee de markt kan worden gesegmenteerd?

Het beslissingsproces

Het beslissingsproces kan worden opgedeeld in vijf fasen: de probleemherkenning; het verzamelen van informatie; de beslissing; de uitvoering van de beslissing; het gedrag na de beslissing (2).

De probleemherkenning

Van de geïnterviewde ouders had 70% een tandarts voor hun kind. De meeste kinderen gaan voor het eerst naar de tandarts als ze tussen twee en vier jaar oud zijn (80%).

Welke bronnen brachten de ouders op het idee om met hun kind naar de tandarts te gaan? Tabel 1 geeft een overzicht. Duidelijk zijn de verschillen te zien tussen de JTZ-kiezers en de huistandarts-kiezers: de eersten noemen als bron vooral de school en de peuterfolder, de laatsten vooral zichzelf en de huistandarts.

tabel 1

Informatiebronnen bij de keuze van een tandarts.

Den Haag 1991.

Informatiebron	JTZ-kiezer	Huistandarts-kiezer
	Abs.	Abs.
Zelf	19	63
School	41	2
Peuterfolder	23	8
Huistandarts	4	19

Het ziekenfonds wordt door niemand als bron genoemd.

Opvallend is de invloed van de peuterfolder. Voor JTZ-kiezers wordt deze folder vaak als enige bron genoemd, terwijl voor huistandarts-kiezers de folder werkt als een soort herinnering om de eerder gemaakte keuze uit te voeren.

Het verzamelen van informatie

In hoeverre gedragen ouders zich als een consument bij de keuze van de tandarts voor hun kind? 85% van de ouders koos passief, zonder tandartsen of tandheelkundige zorgmogelijkheden onderling te vergelijken.

Van de actieve kiezers (15%) koos 6% ook direct, maar was niet tevreden en heeft alsnog informatie gezocht om een betere keuze te maken. Slechts 9% van de ouders koos na een vergelijking van de mogelijkheden. Het valt op dat van de passieve kiezers 61% niet wist dat er een keuzemogelijkheid bestaat tussen de JTZ en de huistandarts. Van degenen die door anderen werden geïnformeerd zei 74% dat ze daarbij ook niet te horen kregen dat er meer mogelijkheden waren. Van ouders die nog een keuze moesten maken wist zelfs 97% niets van mogelijke keuzes.

Er was geen verschil in consumentengedrag tussen JTZ-kiezers en huistandarts-kiezers te constateren: in beide groepen koos 85% passief.

Bij de ouders die actief informatie zochten zijn de meest genoemde bronnen zichzelf en de peuterfolder. Van de actief kiezende ouders wist 63% het verschil tussen huistandarts en JTZ.

De beslissing: evaluatie van alternatieven

Slechts 27 ouders (17%) vergeleken verschillende alternatieven. Tabel 2 toont voor de huistandarts- en de JTZ-kiezers de reden(en) van de keuze.

Met 2 jaar naar de tandarts



Waarom ?

Illustrations Dick Bruna.
Copyright © Mercis b.v. 1980.

Peuterfolder

De uitvoering van de beslissing

De vroegere schooltandverzorging heeft een negatief imago, dat bleek ook uit dit onderzoek. Aan de hand van een aantal stellingen werd onderzocht of ouders die voor de JTZ wilden kiezen dat nalieten onder druk van hun omgeving. Dat bleek echter vrijwel niet meer het geval. Over het algemeen vond men de huistandarts en de JTZ reële keuzemogelijkheden en was men niet van mening dat de JTZ alleen is voor kinderen van ouders zonder eigen tandarts of voor kinderen uit 'bepaalde' milieus.

tabel 2

Reden(en) voor de keuze voor de jeugd tandzorg dan wel de huistandarts (N=21). Den Haag 1991.

Reden	JTZ-kiezer	Huistandarts-kiezer
	Abs.	Abs.
Kindvriendelijk	5	-
Slechte ervaringen	4	5
Gemak	-	4
Wens kind	3	-
Bekendheid met tandarts	-	2
Aandacht en kennis	-	1

tabel 3

De tien belangrijkste kenmerken van een kindertandarts. Den Haag 1991.

Kenmerken top-tien	%
Stelt kinderen op hun gemak	97
Is kindvriendelijk	96
Geeft veel uitleg	90
Doet veel aan preventie	83
Direct aan de beurt	80
Goed bereikbaar	78
Geeft verdoving als je er om vraagt	74
Stuurt elk half jaar een oproep	67
Is in de buurt	60
Kind wordt tegelijk met ouders behandeld	59

Het gedrag na de beslissing

Aan de ouders werd gevraagd welke kenmerken van de tandarts ze belangrijk vonden en over welke ze het meest ontevreden waren. Tabel 3 geeft de top-10 van de belangrijkste kenmerken van de tandarts en de tabellen 4 en 5 laten zien over welke eigenschappen de ouders het meest ontevreden waren.

Het beslissingsproces liet nog een aantal opvallende verschillen zien tussen ouders.

De opvangfunctie van de JTZ blijkt nog sterk aanwezig: van de ouders die zelf regelmatig naar de tandarts gaan stuurt 29% zijn kind naar de JTZ; van de ouders die zelf niet regelmatig naar de tandarts gaan, stuurt 75% zijn kind naar de JTZ. Toch blijkt dat niet stigmatiserend te werken: van de ouders die als kind naar de schooltandarts gingen stuurt nu 28% zijn kind naar de JTZ, terwijl van de ouders die als kind naar de huistandarts gingen nu een bijna even groot percentage (25%) zijn kind naar de JTZ stuurt. Van de ouders die als kind niet naar een tandarts gingen, stuurt 68% zijn kind naar de JTZ.

Voor de hand liggend zijn een aantal verschillen van demografische aard.

Bij de JTZ komen in het algemeen meer kinderen van ouders met een lagere opleiding, met lager gekwalificeerd werk en uit wijken met veel achterstand. Gemiddeld telt de JTZ dan ook meer kinderen van allochtone afkomst en ziekenfondsverzekerden.

Over het algemeen bevonden actieve kiezers zich

wat hoger in de sociale hiërarchie dan passieve. Dat gold met name voor de JTZ-kiezers. Allochtone ouders kozen niet vaker passief dan Nederlandse.

De verblijfsduur in Nederland bij allochtonen bleek niet van invloed op het keuzegedrag en de kennis over de mogelijkheden. Een aantal allochtonen dacht dat deelname aan de JTZ verplicht is.

Het clusteronderzoek

Wil de JTZ klantgericht werken, dan zijn de hierboven beschreven resultaten niet voldoende. Hiervoor is een marktsegmentatie noodzakelijk. Bekeken is welke clusters van ouders onderscheiden kunnen worden. Een cluster omvat ouders die een zekere eenheid vormen qua opvattingen, wensen en verwachtingen over tandzorg (voor hun kind), en zich tegelijk significant onderscheiden van ouders uit andere clusters. Later zijn aan deze clusters nog demografische kenmerken toegevoegd.

De clusteranalyse is gedaan met behulp van de door Maas (3) ontwikkelde methode. Daarmee kunnen zogenaamde 'dominante' en 'niet-dominante' clusters onderscheiden worden. Hoewel de dominante clusters over het algemeen de grootste zijn, zijn ze voor marketingdoeleinden niet de interessantste. Immers voor veranderingen is dissensus (van opvattingen, wensen en verwachtingen) nodig, terwijl dominante clusters juist worden gekenmerkt door consensus. De dominante clusters vertegenwoordigen het 'standaarddenken' over de tandzorg. Veranderingen in dat denken zullen moeten komen van de ouders met afwijkende visies en die zijn vooral in de niet-dominante clusters te vinden.

Het onderzoek leverde negen clusters op, waarvan vier tot de dominante clusters werden gerekend. De clusters zijn genoemd naar hun opvallendste kenmerk. In schema 1 (op bladzijde 21) staan de bijzonderheden van iedere groep ouders beschreven. De informatie spreekt voor zich.

Het zal geen verbazing wekken dat in Den Haag, waar al sinds 1925 kinderen kunnen kiezen tussen de huis- en jeugd(school)tandarts, de twee grootste (dominante) clusters het standaarddenken representeren over de huistandarts en de jeugd tandarts.

De clusters vijf tot en met negen zijn de niet-dominante clusters. Op één na zijn dit clusters van voornamelijk allochtone ouders.

tabel 4

De kenmerken ¹⁾ waarover JTZ-kiezers het meest ontevreden zijn. Den Haag 1991.

JTZ-passieve kiezers	%
Kind wordt tegelijk met ouders behandeld	28 ²⁾
Is dichtbij	26
Direct aan de beurt	26
Is jong	22
Stuurt ieder half jaar een oproep	19

JTZ-actieve kiezers	%
Is dichtbij	40
Is jong	25
Geeft veel uitleg	20
Goed bereikbaar	14
Doet veel aan preventie	11

1) De kenmerken zijn positief geformuleerd.

2) 28% van de passief kiezende ouders zegt ontevreden te zijn over het tegelijk behandelen van kind en ouders. Niet duidelijk is wat hier wordt bedoeld. Het kan betekenen dat deze ouders willen dat de JTZ ook de ouders gaat behandelen. Het kan ook betekenen dat deze ouders bij de behandeling van hun kind aanwezig willen zijn.

Klantgerichtheid bij de jeugd tandzorg

Een klantgerichte organisatie is voortdurend gericht op de wensen en verwachtingen van haar klanten en past zich daaraan aan. Geldt dat nu ook voor de JTZ?

Om daar achter te komen werden de medewerkers van de JTZ zelf geënquêteerd.

Uit de resultaten van deze enquête bleek dat het merendeel van de medewerkers bij de JTZ nog een intern klachtgerichte houding heeft. Dat leidde tot een aantal verrassende constatering. Eén daarvan is dat de JTZ minder een eenheid vormt dan ze op het eerste gezicht lijkt. Want iedere medewerker had zijn eigen opvattingen over wat goed is voor de klant en aan welke normen de zorg- en dienstverlening dient te voldoen. Sommigen legden de nadruk op de technische aspecten

tabel 5

De kenmerken ¹⁾ waarover huistandarts-kiezers het meest ontevreden zijn. Den Haag 1991.

Huistandarts-passieve kiezers	%
Stuurt ieder half jaar een oproep	55
Is dichtbij	23
Direct aan de beurt	13
Doet veel aan preventie	11
Is jong	7

Huistandarts-actieve kiezers	%
Stuurt ieder half jaar een oproep	73
Geeft veel uitleg	39
Doet veel aan preventie	27
Stelt kinderen op hun gemak	23
Direct aan de beurt	23

ten van het produkt. Het zal niemand verbazen dat deze houding vooral bij tandartsen bleek voor te komen. Anderen hechtten meer aan de sociale aspecten (klantvriendelijkheid), aan de communicatieve aspecten (voorlichting en informatie) of aan de organisatorische aspecten (bereikbaarheid, afsprakensysteem).

Een opmerkelijke constatering was dat sommigen zichzelf reeds maximaal klantgericht vonden, maar meenden dat wellicht op andere centra (waar andere normen heersten) nog wel wat te verbeteren viel.

Enkele conclusies

Opvallend is de rijkdom aan relevante gegevens die dit onderzoek heeft opgeleverd.

Een grote meerderheid van de ouders blijkt zich niet 'als een consument' te gedragen, dat wil zeggen vergelijkt niet de zorgsystemen of tandartsen alvorens een keuze te maken. Maar tegelijk blijkt (zie tabellen 3,4 en 5) dat men wel degelijk uitgesproken opvattingen hanteert en kritisch staat tegenover het doen en laten van de tandarts. Potentieel bestaat er dus wel een sterk consumentengedrag bij de ouders.

De oorzaak van deze discrepantie is, zo blijkt, dat velen zich nog niet bewust zijn dat ze tegenwoordig als klant een keus hebben. Daarmee hangt

samen dat de meeste ouders slecht geïnformeerd zijn en ook niet weten waar informatie te krijgen is. Het is heel waarschijnlijk dat de groep 'actieve kiezers', nu nog slechts 15%, aanzienlijk toeneemt als de informatiekloof wordt gedicht.

Het clusteronderzoek laat zien dat er grote verschillen bestaan tussen ouders in wensen, verwachtingen en opvattingen. Dat rechtvaardigt het bestaan van zorgsystemen die zich duidelijk van elkaar onderscheiden en die zich richten op specifieke doelgroepen. Voorwaarde is dan wel dat de bevolking goed wordt geïnformeerd over die verschillen.

Eén van de meest opvallende resultaten is dat de allochtonen geen eigen cluster vormen: de ouders van Surinaamse en Antilliaanse afkomst volgen vrijwel dezelfde patronen als de Nederlanders en bij de Turkse en Marokkaanse ouders bestaat een grote verscheidenheid van wensen en verwachtingen, deels conform het land van herkomst, deels uitstekend passend binnen de Nederlandse cultuurpatronen.

Na het voorgaande zal het duidelijk zijn dat alleen een organisatie die extern klantgericht is, zich echt klantgericht mag noemen. Wensen, verwachtingen en normen veranderen voortdurend. Een klantgerichte organisatie anticipeert op

die veranderingen en past zich voortdurend aan. Bij interne klantgerichtheid is er geen bruikbaar criterium om te bepalen hoe klantgerichtheid kan worden verbeterd, zeker als concurrentie ontbreekt. Interne klantgerichtheid brengt daarom het gevaar van verstarring met zich mee, waarbij de organisatie niet meer ziet dat de behoeften van de klant voortdurend veranderen. Ten slotte leidt deze houding ertoe dat alleen één bepaalde categorie klanten op zijn wenken wordt bediend, namelijk de categorie die dezelfde normen heeft als de zorgverlener.

Relevantie van het onderzoek

Het marktonderzoek heeft veel informatie opgeleverd waarmee de JTZ een klantgerichter beleid kan voeren. Is de methode nu ook toepasbaar op andere gezondheids- en overheidsdiensten? Die verkeren immers vaak in heel andere omstandigheden. Wat moet men zich bijvoorbeeld voorstellen van klantgericht werken bij een GVO-project om rokers van het roken af te helpen? Zij vragen immers niet om hulp. En was de overheid niet juist bedoeld om het marktmechanisme uit te schakelen vanwege de ongewenste bijwerkingen? Deze vragen zijn relevant geworden nu steeds vaker wordt gesproken over concurrentiebevorderende maatregelen binnen de gezondheidszorg en privatisering van overheidstaken. Wellicht dat in een volgend nummer van het Epidemiologisch Bulletin hier verder op kan worden ingegaan.

Literatuur:

1. Engwirda I, Rotteveel, P. Beginnende gaatjes in de tandzorg-markt. Op weg naar een klantgerichtere jeugd tandzorg. Den Haag/Rotterdam 1992.
2. Kotler P, Clarke RN. Marketing for Health Care Organizations. 1987.
3. Maas AJJA. Ongedefinieerde ruimten; sociaal-symbolische configuraties. (dissertatie). Delft, 1988.



Informa-
tiefolder
jeugd-
tandzorg

**) Het onderzoek beperkte zich niet tot de consument, maar omvatte ook andere partijen in het 'netwerk' van de JTZ, zoals de scholen, ziekenfondsen, huis-tandartsen, de GGD, enz. In dit verslag wordt daar niet verder op ingegaan.*

————— schema 1

Beschrijving van de negen clusters van ouders. Den Haag 1991.

1. 'De huistandarts-bril' (42%)¹⁾

Duidelijke voorkeur voor gezinstandheelkunde: willen met hun kinderen altijd naar dezelfde tandarts. Gaan bijna allemaal zelf naar de tandarts, de meesten zijn van Nederlandse afkomst, hebben een middelbare of hogere opleiding en wonen in wijken zonder sociale achterstand.

2. 'De JTZ-bril' (14%)

Duidelijke voorkeur voor de JTZ: zien de jeugd tandarts als kinderspecialist die beter omgaat met angstige kinderen en meer doet aan preventie. Vinden dat kinderen beter met klasgenoten dan met de ouders naar de tandarts kunnen gaan (vinden het ook gemakkelijker). De meesten gaan zelf naar de (huis)tandarts, hebben een lagere of juist een hogere opleiding.

3. 'Op afspraak en onbevooroordeeld' (11%)

Omvat tandheelkundig gemotiveerden zonder voorkeur voor huis- of jeugd tandarts. Willen aanwezig zijn bij de behandeling van hun kind. Velen hebben gekozen voor de huistandarts of moeten nog een keuze maken. Gaan bijna allemaal naar de tandarts, zijn Nederlander en hebben een middelbare opleiding. De meesten zijn als kind bij de schooltandarts geweest.

4. 'Licht afwijkende normen' (7%)

Is het enige dominante allochtonencluster. Hebben geen duidelijke voorkeur voor huis- of jeugd tandarts, maar kiezen vooral voor de JTZ. Hechten weinig waarde aan preventie en behandeling van het melkgebit, en nemen het niet zo nauw met de afspraken. Ruim twee derde gaat zelf naar de tandarts, maar het merendeel ging als kind niet naar de tandarts. De meesten hebben een lagere opleiding en komen uit een achterstandswijk.

5. 'Curatie-gericht' (8%)

Niet 'tandheelkundig gemotiveerd': vinden bezoek aan de tandarts alleen noodzakelijk bij kiespijn. Zouden willen dat de tandarts hiervoor dag en nacht bereikbaar is. De meesten kiezen voor de JTZ en zijn daar ook zeer positief over. Drie kwart gaat zelf regelmatig naar de tandarts. De meesten hebben een lagere opleiding en wonen in een wijk met veel sociale achterstand.

6. 'Preventie-gerichte allochtonen' (4%)

Deze groep allochtonen is zeer 'tandheelkundig gemotiveerd'. Vinden preventie erg belangrijk, en vinden dat men

de afspraken moet nakomen of tijdig moet afbellen. Zijn goed geïnformeerd over de tandheelkundige mogelijkheden. Er bestaat geen voorkeur voor gezinstandheelkunde of JTZ. De deelname aan de huistandarts en JTZ is dan ook even groot; het is de enige groep waarin kinderen naar beide tandartsen gaan (11%). Twee derde gaat zelf naar de tandarts, maar ging vroeger niet. De meesten hebben lager of middelbaar onderwijs gehad en komen uit 'gemiddelde' wijken.

7. 'Negatieve motivatie' (4%)

Zijn niet 'tandheelkundig gemotiveerd', nog sterker dan cluster vijf. Vinden het wel goed dat hun kind met de klasgenoten naar de tandarts gaat en de meesten zijn ook deelnemer van de JTZ. Hier zit de groep die denkt dat deelname aan de JTZ verplicht is. Hebben geen of zelfs licht negatieve meningen over de JTZ en vinden de gezinstandarts idealer. Bijna de helft gaat zelf niet naar een tandarts en een grote meerderheid ging als kind ook niet. De meesten hebben een lagere opleiding en komen uit een achterstandswijk.

8. 'Goed contact met de tandarts' (3%)

Is de enige niet-dominante groep met voornamelijk autochtonen. Leggen niet zozeer de nadruk op de tandheelkundig-technische als wel op de organisatorische en sociale aspecten. Hun tandarts hoeft niet dezelfde te zijn als die van hun kind, maar willen de tandarts van hun kind wel kennen, aanwezig zijn bij de behandeling en kunnen praten over de tandheelkundige zorg. De meesten kiezen nu voor de huistandarts. De helft heeft een hogere opleiding en komt uit wijken zonder sociale achterstand.

9. 'Informatiegebrek over JTZ' (5%)

Merendeels van allochtone afkomst hebben vergelijkbare opvattingen als die genoemd in het vorige cluster. Blijken echter slecht geïnformeerd over de JTZ (hoewel de meesten daar wel voor kiezen): weten niet dat ze aanwezig mogen zijn bij de behandeling, weten ook niet hoe het bij de JTZ toegaat en denken dat de JTZ goedkoper is dan de huistandarts. Nemen het niet zo nauw met de afspraken. Bijna de helft heeft zelf geen tandarts; de meesten hebben een lagere of middelbare opleiding en komen uit een achterstandswijk.

¹⁾ De verdeling is niet representatief voor Den Haag; wegens onderzoekstechnische oorzaken zijn de allochtonen oververtegenwoordigd.

AIDS-voorlichting aan allochtonen

Project 'eigen-taal-voorlichting'

Mw. F. de Jongh-Wieth en N. Apostolovic

Bij de GGD Den Haag zijn zes freelance 'eigen-taal-voorlichters' werkzaam om voorlichting te geven over HIV en AIDS aan allochtone mannen. In 1992 organiseerde de GGD al zo'n 250 voorlichtingsbijeenkomsten. Het is een proces van lange adem. Het resultaat is bevredigend, maar in hoeverre de (nieuwe) kennis ook tot gedragsverandering leidt blijft onduidelijk. Enkele ervaringen.

AIDS is onverminderd een bedreiging voor de volksgezondheid. De GGD in Den Haag geeft sinds 1986 behalve aan autochtonen ook voorlichting aan allochtonen over HIV en AIDS. In onze stad wonen ten minste 75.000 - 100.000 mensen afkomstig uit andere landen. Hieronder bevinden zich naar schatting zo'n 10.000 illegalen.

In 1989 startte het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een project voor allochtone mannen. Mannen afkomstig uit verschillende culturen worden gerecrueteerd en getraind om voorlichting over HIV en AIDS te geven in de oorspronkelijk taal.

In Den Haag zijn inmiddels zes zogenoemde 'eigen-taal-voorlichters' freelance bij de GGD Den Haag werkzaam om voorlichting te geven aan allochtonen. Het team bestaat uit twee Surinamers, een Antilliaan, een Chinees, een Marokkaan en een Turk. De HIV/AIDS-coördinatie van de GGD stemt de voorlichtings-activiteiten op elkaar af en begeleidt de 'eigen-taal-voorlichters'.

Hoe worden allochtone mannen bereikt

Een deel van de allochtonen wordt door de HIV/AIDS-coördinatie en de 'eigen-taal-voorlichters' bereikt. Zo nodig geschiedt dit met hulp van andere gezondheidszorgorganisaties en kerken of moskeeën. Anderen worden actief benaderd in koffie- of theehuizen. De voorlichters gaan daar

Over de auteurs

Mw. dr. Ferida de Jongh-Wieth, orthopaedagoog en N. Apostolovic, beleidsmedewerker migranten, HIV/AIDS-coördinatie, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne, GGD Den Haag

regelmatig heen om voorlichting te geven of om mensen te motiveren naar de bijeenkomsten te komen. Tevens is vanaf 1990 voorlichting gegeven bij diverse grote manifestaties zoals het Milan-festival.

Sinds 1986 is het aantal voorlichtingsbijeenkomsten vertienvoudigd (van 25 in 1986 naar 250 in 1992).

Werkwijze

De groepsvoorlichting wordt gegeven aan de hand van dia's of met hulp van videobanden. Daarnaast is schriftelijk informatiemateriaal beschikbaar in diverse talen. Condooms voor vaginaal en voor anaal sexueel contact worden getoond en bezoekers kunnen deze (gratis) meenemen. Verder is een klein informatiekaartje met de meest relevante adressen en telefoonnummers voor informatie en consultatie beschikbaar.

Na de groepsvoorlichting vinden vaak persoonlijke gesprekken plaats met de bezoekers. Gepraat wordt over eventueel opgelopen geslachtsziekten, angst voor HIV-besmetting, enz. Soms moet reeds gegeven informatie worden herhaald. Uit dergelijke gesprekken wordt vaak duidelijk dat mensen risico hebben gelopen.

Knelpunten

Naar verhouding moeten de voorlichters en de HIV/AIDS-coördinatie veel tijd steken in het motiveren van de contactpersonen dan wel de sleutelfiguren om voorlichting aan allochtonen te (laten) organiseren. Er zijn instellingen en organisaties die hun medewerking aan de voorlichting nog steeds weigeren. Dit heeft veelal te maken met de houding van de contactpersoon of de sleutelfiguur van de instelling. Het vereist veel geduld en doorzettingsvermogen voorlichting te kunnen blijven geven.

De gewoonte van veel allochtonen om te laat te komen op voorlichtingsbijeenkomsten maakt het geven van voorlichting lastig. Bovendien worden de bijeenkomsten meestal 's avonds of in week-ends gehouden.

De omstandigheden waaronder voorlichting moet worden gegeven zijn vaak verre van ideaal. Bij manifestaties zoals Milan, wordt buiten gewerkt. Van de voorlichters wordt verwacht goed te kunnen improviseren.

Positieve ervaringen

Van organisatoren van manifestaties kwamen dit jaar spontaan diverse verzoeken binnen om voorlichting aan allochtonen te geven. Het was opvallend dat met name jonge mensen bij de HIV/AIDS-informatiestand kwamen en zich zeer geïnteresseerd toonden. Ze kozen informatiemateriaal zorgvuldig uit. In voorgaande jaren was dit veel minder het geval. Toen liepen nogal wat jongeren met een grote boog om de stand heen. Tijdens de manifestaties wordt het informatiemateriaal actief aangeboden en worden gesprekken met bezoekers gevoerd. Ook dan blijkt de waardering voor de voorlichting, maar ook de weerstand tegen condoomgebruik.

Ook komen steeds meer verzoeken binnen om HIV/AIDS-(groeps)voorlichting te geven aan vrouwelijke allochtonen.

Conclusie

Gedragsverandering ter voorkoming van AIDS blijft moeilijk. Het kennisniveau, bij allochtonen (en autochtonen), lijkt redelijk hoog. Maar de ervaring heeft inmiddels wel geleerd dat wanneer mensen daadwerkelijk worden geconfronteerd met HIV/AIDS deze kennis nauwelijks toegankelijk blijkt te zijn. Ineens lijkt dan alle kennis zoek. Condoomgebruik is niet de norm, wel hebben steeds meer mensen 'de intentie' condooms te gebruiken.

Enkele opmerkingen waaruit weerstand spreekt over (de inhoud van) de voorlichting:

'De voorlichting is niet voor ons bedoeld, we hebben maar één vrouw';

'Je gaat niet met een regenpak onder de douche';

'Prostituées moeten worden getest';

'Als je het met een schone vrouw doet dan is het toch geen probleem';

'Bij ons komt die ziekte niet voor'.

Enkele opmerkingen waaruit waardering spreekt over de voorlichting:

'Het is goed om onze mensen voor te lichten';

'Jonge mensen hebben zo'n voorlichting nodig';

'Hoe kan ik meer informatiemateriaal krijgen om het aan mijn vrienden en bekenden door te geven'.

AIDS-voorlichting

De voorlichting aan allochtone mannen vindt zo goed mogelijk afgestemd op deze doelgroep plaats. Het resultaat is bevredigend wat het kennisniveau betreft. Echter kennisvermeerdering geeft nog geen garantie voor gedragsverandering.

Omdat nog steeds geen vaccin in zicht is ter voorkoming van een HIV-infectie en geen geneesmiddel verkrijgbaar om AIDS te genezen, is preventie het enige wapen in de strijd tegen besmetting met het HIV. Er bestaat geen reden tot optimisme wat de verspreiding van het HIV betreft. Een groot aantal infecties is mogelijk in een relatief korte tijd.

Een reden te meer om door te gaan met het geven van voorlichting en met het motiveren van mensen tot veilig gedrag. Het is dan ook in het belang van ons allen dat voorlichting en andere preventie-activiteiten onverminderd doorgaan. Dit alles doelgroepgericht. De 'eigen-taal-voorlichters' hebben hier een belangrijke functie.

Het project 'Centrum'

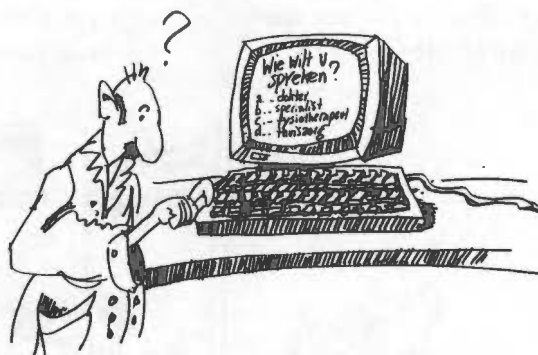
Over communicatie en visies

L.J.G. van der Maesen

Het Haagse stadsdeel Centrum is voorgesteld als proefgebied voor nieuwe initiatieven. Daarbij werd de geschiedenis van het stadsdeel gebruikt als onderbouwing voor de opvattingen van voormalig wethouder drs. D. Ramlal. De achterstand in gezondheid neemt immers in het stadsdeel Centrum en daaromheen eerder toe dan af. Het verminderen van de verschillen tussen bevolkingsgroepen in dit opzicht vergt een structureler beleid. Daarnaast zijn er actuele dilemma's in de zorg, zoals de vergrijzing en nieuwe uitdagingen als elektronische communicatie en nieuwe medische technologie. Dat alles vraagt om een lange-termijnvisie. Kortom: er breekt een nieuw tijdperk aan, waarop we moeten anticiperen,

zo betoogde Ramlal in het Epidemiologisch Bulletin van juni jl. (1). In het artikel werd het voorbeeld genoemd van de Rotterdamse benadering, zoals die momenteel in het stadsdeel Noord wordt toegepast (zie de recente studie 'Van visie naar actie' waarin dit thema voor Rotterdam is beschreven (2)). Het Rotterdamse project is in 1987 begonnen. Het inspireerde Ramlal en de Haagse GGD (3).

Dit voorjaar werd de 'Projectgroep Centrumwijken' opgericht. Daarin zitten vertegenwoordigers van stedelijke instellingen, verzekeraars en vertegenwoordigers van instellingen die in dit stadsdeel werken. Het artikel in het Epidemiologisch Bulletin vormde de openingszet voor de projectgroep (1). Er werd uiteenlopend op gereageerd, van sceptisch tot enthousiast. Sceptici gevoelen geen behoefte aan een Rotterdams voorbeeld tot verbetering van de zorg. Den Haag heeft zo'n reputatie bij de vernieuwing van zorg, dat het niet voor de hand ligt initiatieven van elders te volgen. Dit werd al eerder naarvoren ge-



Over de auteur

Dr. L.J.G. van der Maesen, hoofd van de sector Welzijn, Gezondheid en Hulpverlening, Stichting Interuniversitair Instituut Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO), Amsterdam. Hij is als adviseur verbonden aan het project Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Centrumwijken.

bracht door de Adviesgroep Thuiszorg Den Haag in 1989: 'Naast landelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen bij de lokale overheid en verzekeraars is het haast overbodig te vermelden, dat in de Haagse zorgwereld tal van initiatieven gaande zijn (...). Het moet worden gezegd dat de Haagse zorgwereld een voorbeeldwerking aan het verkrijgen is voor andere regio's voor wat betreft nieuwe ontwikkelingen.' (4) Een tweede argument van de sceptici hield in dat visies geenszins ontbraken. Daarover is genoeg gesproken, nu moeten problemen in de zorg worden opgelost. Bovendien kampen we met verouderde regelgeving, terwijl nieuwe regels en richtlijnen nog niet duidelijk zijn. Dan is het moeilijk problemen op te lossen. Alle energie moet dan ook aan de oplossing van knelpunten worden besteed, zo was de tenor tijdens de eerste bijeenkomst van de projectgroep. Deze opvatting is treffend weergegeven in 'het zorgplan' van zorgverzekeraar Haaglanden in 1991. Er zijn plannen in overvloed: 'Centraal (knelpunt vormt de huidige voorzieningen-gerichte wet- en regelgeving. Afgezien van de tijdsduur om nieuwe initiatieven uiteindelijk te kunnen opstarten, wordt de flexibiliteit van de instellingen ingeperkt vanwege de starre regelgeving. Bijvoorbeeld klinische patiënten kunnen niet meedraaien in het deeltijdbehandelingsprogramma (de zogenaamde dubbele verstreking)'. (5)

Bij de eerste bijeenkomst van de projectgroep is wegens het meningsverschil afgesproken deelnemers afzonderlijk te interviewen. Dat is in juni gebeurd en de resultaten zijn te lezen in de

notitie 'Van de brug af gezien' (6). Op de tweede bijeenkomst is afgesproken te kijken of er een lijn te ontdekken valt in deze notitie, het advies van de Adviesgroep Thuiszorg en het document van Haaglanden. Verder is overeengekomen één of twee knelpunten in Centrumwijken te benoemen, zodat actie kan worden ondernomen.

Drie standpunten van de opvolger van wethouder Ramlal, drs. J.J. Luijten, zijn in dit kader nog vermeldingswaard. Ook hij meent dat verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen moeten worden weggevoerd. Verder vindt hij een 'regiovisie' onontbeerlijk: 'De regiovisie geeft de gemeente een zekere sturingsmogelijkheid. Je spreekt die visie met de andere partijen af en het spreekt voor mij vanzelf dat je daar dan ook allemaal aan gehouden bent en daar de verantwoordelijkheid voor draagt'. In de derde plaats valt op dat hem de multidisciplinaire aanpak van de gezondheidszorg als in het project Centrum zeer aanspreekt Luijten: 'Het is een erg amorfe situatie in dat deel van de stad. Je vindt er zeer verschillende consumenten van zorg (...) Ziek zijn en je ziek voelen is sterk cultuurgebonden. Je kunt dat eenvoudig niet alleen vanuit een medische optiek benaderen'. (7)

Eerst volgen enkele kenmerkende uitgangspunten van de Adviesgroep Thuiszorg en van zorgverzekeraar Haaglanden. In de daaropvolgende paragraaf behandelen we opvattingen van de geïnterviewden over de communicatie en de lange-termijnvisie en geven we een inventarisatie van de overeenkomsten en verschillen met de documenten van de Adviesgroep Thuiszorg en Haaglanden. We eindigen met de regiovisie als politiek instrument en de bouwstenen die in stadsdeel Centrum voor het oprapen liggen.

De Adviesgroep Thuiszorg

De nota van de Adviesgroep Thuiszorg dateert van december 1989. Om de 'zorg thuis' te vernieuwen en de 'vernieuwingsstrategie' vorm te geven wordt voorgesteld twee centra voor thuiszorg op te richten. Ze hebben twee taken: het management van de zorg en het leveren van aanbod. De eerste taak omvat indicatiestelling, intake, het geven van informatie, coördinatie van aanbod, controle en financiering. De tweede taak betreft het aanbod. 'Het Centrum voor Thuiszorg fungeert als hoofdaannemer met de centrale regie per werkgebied en de deelnemende uitvoerende instellingen



gen fungeren als onderaannemers en uitvoerders van de zorgverlening.' (8)

Hieraan liggen twee opvattingen ten grondslag. In de eerste plaats, dat het accent niet op de instelling, maar op het aanbod zelf moet liggen, ofwel zijn 'functie'. Die opvatting levert stof voor discussie. In welke betekenis is de term 'functie' immers gebruikt? (9). Dit aanbod dient voorts op 'maat' te worden geboden. Maar het begrip 'maat' is niet neutraal en verwijst naar economische theorieën, waarin sociale interactie-processen van weinig betekenis zijn. Over de consequenties van dit gebruik wordt evenmin iets meegedeeld (10).

In de tweede plaats wordt gesteld dat het karakter van het zorgaanbod laagdrempelig, overzichtelijk en vanuit één loket bereikbaar dient te zijn. De dagelijkse leefsituatie van de vrager is uitgangspunt en niet meer de positie, waarbinnen het aanbod gestalte krijgt, een ware Copernicaanse omkering (11).

Er zijn nu twee experimentele centra: in het Haagse Hout en in Moerwijk. Het gaat de initiatiefnemers er niet alleen om voor vragers het hulpvragen te vergemakkelijken, zodat het leven (thuis) aanzienlijk aangenaamer kan worden. Dit initiatief is tevens gericht op het beantwoorden van de vraag hoe de fusie van het kruiswerk met de gezinsverzorging een modern en aantrekkelijk aanzien te geven. Wel blijkt uit de interviews met vertegenwoordigers van gezondheidscentra 'Rubenshoek' en 'Nieuw Schilderswijk' dat de Stichting Thuiszorg reeds nu in het stadsdeel Centrum dezelfde 'vernieuwingstrategie' toepast (6).

De Stichting Thuiszorg heeft al

een interne procesevaluatie voor de twee centra voor thuiszorg uitgevoerd en een externe evaluatie zal weldra volgen. Daarop voortlopend zullen verpleegkundigen uit beide gezondheidscentra in het stadsdeel Centrum verdwijnen. Gaat de versterking van de samenwerking kruiswerk en thuishulp ten koste van gezondheidscentra? Ten minste twee interpretaties treden hierdoor naar voren. De Stichting Thuiszorg als leverancier van een zeker aanbod lijkt zich met de kern van de centra voor thuiszorg te identificeren, namelijk met het zorgmanagement. Over deze identificatie is in de nota met geen woord gerept. Voorts lijkt de Stichting Thuiszorg op eigen gezag - wat het stadsdeel Centrum betreft - de quintessens van de 'vernieuwingstrategie' voor de zorg thuis te definiëren, ongeacht de gevolgen hiervan voor andere partners in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Dit illustreert het verschijnsel dat de vele partners binnen het zorgsysteem zich autonoom gedragen.

Haaglanden

Het zorgplan van Haaglanden is anderhalf jaar later gepubliceerd (5). Voor zover we kunnen overzien is het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden de eerste, die met dergelijke plannen voor de dag is getreden. De onvermijdelijke veranderingen in het zorgsysteem worden met andere woorden in Den Haag niet als onbeheersbare natuurverschijnselen tegemoet getreden.

Het nieuwe systeem biedt meer keuzevrijheid voor verzekerden in de keuze van zorgaanbieders en van verzekeraar: "Het 'openbreken van de beschermde markt' is aanleiding om de strategie te

bepalen, waarmee we onze huidige verzekerdenpopulatie aan ons gebonden weten te houden en nieuwe verzekerden naar ons toe kunnen halen." (12)

In het zorgplan wordt een beeld geschetst van de gevolgen van de stelselwijziging. De zorgverzekeraar wordt de makelaar van de dienstverlening op het gebied van de gezondheidszorg'. Twee onderwerpen zijn interessant. De verzekeraar als 'zorgmakelaar' wil nauw gaan samenwerken met de huisarts als 'zorgcoördinator', die tevens de doorverwijzing aanzienlijk weet te beperken. Dit veronderstelt een diepgaand inzicht van de huisarts in de positie van de hulpvrager en een betere ofwel modernere profilering van zijn of haar rol. In praktische zin zal de zorg tevens continu bereikbaar moeten zijn, waardoor meer eisen aan de waarneemgroepen van huisartsen worden gesteld. De gezondheidscentra lijken over de beste papieren te beschikken, om hiervoor de voorwaarden te scheppen. Het tweede punt houdt verband met de centra voor thuiszorg. Deze zorgverzekeraar steunt dit experiment. Het aantrekkelijke is dat, aldus Haaglanden: 'behalve de functies van de gezinszorginstellingen en het kruiswerk ook een aantal andere functies op het terrein van de thuiszorg betrokken is (...). Een belangrijk succescriterium zal zijn de mate waarin het hulpaanbod via deze centra efficiënter, flexibeler, kortom klantvriendelijker tot stand kan komen (...).' (13)

Voorts gaat Haaglanden in op de rol van de gemeente. Mede door de stelselherziening zullen de taken op het gebied van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening gaan afnemen. Het belang van toekomstige

stige gemeentelijke interventies schuilt in het scheppen van goede levensvoorwaarden: verkeersbeleid, milieubeleid, huisvestingsbeleid.

Ten aanzien van het thema van de regionalisatie merkt Haaglanden op dat met de stelselherziening de regionale oriëntatie beëindigd is. Niettemin zijn velen nog steeds voor de een of andere structurering op regionaal niveau, formeel of informeel:

"Het kan daarom niet uitgesloten worden geacht dat de politieke discussie bij een volgende 'slingerbeweging' toch bij regionalisatie uitkomt. Haaglanden moet anticiperen op zo'n mogelijke uitkomst: als het tot regionalisering komt, hoe ziet 'onze' regio er dan bij voorkeur uit?" (14)

De interviewronde

In juni van dit jaar zijn acht interviews afgenomen met deelnemers van de (eventuele) projectgroep. Het betrof enkele open vragen: over de verandering van hulpvraag, hulpvrager, extramurale en intramurale zorg en over tendensen in Den Haag. In de notitie 'Van de brug af gezien' is getracht een beeld te schetsen van de veelheid van meningen van de respondenten (6). Hier gaat het om twee thema's. Wat vinden ze van de aard en de kwaliteit van de communicatie over de gezondheidszorg als systeem? En gaan ze uit van de opvatting, dat voldoende zinvolle visies zijn geformuleerd en dat het er nu op aan komt actuele knelpunten op te lossen?

Communicatie

Wat de eerste vraag betreft waren de antwoorden ten minste

opmerkelijk. Verreweg de meeste respondenten achten de kwaliteit van de Haagse communicatie bedroevend. De teneur was, dat ook door de stelselwijziging het zicht op veranderingen zo onhelder is geworden, dat elke instelling de eigen plaats en positie centraal lijkt te stellen.

De verzekeraars kunnen vanwege de stelselwijziging een andere positie innemen. Ze worden de makelaars, die in feite alle lijnen bij elkaar zullen brengen. Indien ze het zicht blijven behouden is de communicatie per definitie goed, omdat het be-

pen. Er staat een tweede reorganisatie van deze GGD op stapel zonder dat omschreven is welk verband er is tussen de reorganisatie en de veranderingen in het zorgsysteem, waarvan de GGD een belangrijke schakel vormt (15).

Hetzelfde zien we bij het gemeentelijke en het semi-publieke welzijnswerk. Belangrijk onderwerp was de handelwijze van migranten. In de Centrumwijken zijn het vooral migranten die bij gezondheidsklachten geneigd zijn, rechtstreeks naar het ziekenhuis Westeinde te gaan.



houden en ontwikkelen van dit zicht, gegeven de stelselwijziging, als criterium geldt. Ze worden het toekomstige middelpunt van het systeem. Deze opvatting volgens de verzekeraars een gevolg van rijksbeleid, komt voort uit een autonome interpretatie. Dit geldt ook voor andere partners. De respondenten gaven enkele voorbeelden. We noemden reeds het voorbeeld van de Stichting Thuiszorg in het stadsdeel Centrum.

Volgens de onlangs vertrokken directeur van de Haagse GGD geldt voor gemeentelijke instellingen evenzeer dat ze autonoom een vernieuwingsstrategie ontwer-

Dit doen ze uit ervaring. Ook bij autochtonen komt dit voor, maar bij hen is dat niet zozeer ingegeven door onbekendheid met het systeem. Het ziekenhuis komt dan logischerwijs voor de vraag te staan of het dat getij moet keren, of dat het patiënten extramuraal faciliteiten op de lokatie van het ziekenhuis dient te bieden, bijvoorbeeld een 24-uursdienst bezet door huisartsen. Maar dit thema is niet tot onderwerp van gesprek gemaakt voor alle aanbieders van zorg in dit stadsdeel.

De onderdelen van het systeem veranderen steeds meer op basis van opvattingen, geformuleerd

door de dragers van deze onderdelen zonder publieke discussie en zonder analyse van het geheel, waarvan deze onderdelen deel uitmaken. Dit proces van toenemende fragmentatie en introversie is, aldus de meeste respondenten, reeds zo sterk gaande, dat een wezenlijk begrip van wat onder 'communicatie' kan worden verstaan, is afgenomen. Daardoor is het verklaarbaar dat in groepsverband, hier de 'Projectgroep Centrumwijken', de communicatie in Den Haag prima is. Maar dit begrip is kennelijk versmald tot het onderhouden van sympathieke contacten. Het effect hiervan is, dat werkelijk ingrijpende veranderingen niet ter sprake komen.

Over visie en knelpunten

Tijdens de eerste en de tweede bijeenkomst van de projectgroep is met klem gesteld, dat concrete knelpunten op de agenda dienen te staan. Het heeft geen zin over visies van gedachten te wisselen. De verklaring hiervoor zou aan het bovenstaande kunnen worden ontleend. Is de communicatie in Den Haag, aldus het overgrote deel van de respondenten, bedroevend, er bestaan wel zeer veel contacten over en weer. Maar niemand wil Den Haag als een voorbeeld voor het land typeren. Integendeel, volgens velen spannen Haagse instellingen de kroon met het kopiëren van wat elders in het land is ontwikkeld. Er ontbreekt op veel plekken diepgang. Daarnaast valt het de meeste respondenten op, dat de zorgverzekeraars zich presenteren als het toekomstige middelpunt ter afstemming van productie, distributie en gebruik van (gezondheids)voorzieningen, diensten en produkten.

Ze wekken vooralsnog de indruk de rol van de politiek te willen (helpen) uitschakelen. De gemeentelijke overheid zal zich, aldus de verzekeraars, kunnen beperken tot het bieden van goede 'levensvoorwaarden'. De politiek is de afgelopen jaren hierop het antwoord schuldig gebleven, aldus vele respondenten.

Waar toe leidt de veelheid van contacten? De hypothese van vele respondenten lijkt aannemelijk, dat het aantoonbaar ontbreken van communicatie voorwaarden schept voor het centraal stellen van de eigen belangen. Met alleen maar contacten wordt het vooropstellen van deze belangen in feite aan het zicht onttrokken. Er ontstaat in Den Haag een zekere schijnwereld.

Terug naar nota van de Adviesgroep Thuiszorg

Op welke probleemdefinitie zijn de centra voor thuiszorg gebaseerd? Volgens de nota van de adviesgroep uit 1989 berusten ze op twee constatering: dat de echelonnering tot grote starheid leidt en dat de hulpvraag in de thuissituatie onvoldoende wordt beantwoord. Aan de oorzaken van beide problemen zijn geen beschouwingen gewijd. Het is daarom lastig vast te stellen op welke vraagstukken de twee centra een antwoord bieden.

Evenmin lezen we beschouwingen over de filosofie of de uitgangspunten, die aan beide centra ten grondslag liggen. Benaadrukt wordt de 'functie' van het aanbod, dat op 'maat' dient geleverd te worden. Wat betekenen deze begrippen voor de po-

sitie en het werk van huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en voor de vernieuwing van samenwerking met ziekenhuizen of verpleeghuizen? De actieradius van de centra is te groot voor Haagse wijken en te beperkt voor Haagse stadsdelen, aldus de nota van de adviesgroep. Maar waarom? Welke rol kunnen de te moderniseren gezondheidscentra spelen in het beantwoorden van behoeften in het dagelijkse leven?

In Rotterdam is over deze thema's twee jaar lang op stedelijk niveau intensief gesproken; de resultaten zijn gepubliceerd (1)(2)(3). Het Rotterdamse antwoord verschilt hemelsbreed van de antwoorden die in de nota van de adviesgroep zijn gegeven. Verantwoordelijk voor de toelevering van het aanbod in de thuissituatie worden, aldus de Rotterdamse plannen, moderne gezondheidscentra of clusters van extramurale hulpverleners, die de bevolking kennen en die zeer toegankelijk zijn. De uiteindelijke plannen voor het stadsdeel Noord te Rotterdam verwijzen tevens naar voorbeelden in Engeland en Canada (2). Voor Den Haag ligt de uitdaging, het 'model voor de centra voor thuiszorg' in het licht van de Rotterdamse opzet te verklaren. De zorgverzekeraars tonen zich enthousiast voor de centra voor thuiszorg. Maar tijdens de interviews is de suggestie gewekt, dat zorgverzekeraars binnen afzienbare tijd met eigen relaties de thuiszorg efficiënter, effectiever en goedkoper kunnen aanbieden. Deze suggestie demonstreert het ontbreken van een dialoog.

Terug naar het zorgplan van Haaglanden

Interessant in het zorgplan is de beschouwing over de huidige positie van huisartsen. Door de verandering van de produktie van het aanbod en de behoeften lijkt de huisarts zijn of haar spilfunctie te verliezen. Het zicht gaat teloor. Haaglanden en ook zorgverzekeraar AZIVO bepleiten eigenlijk het verdwijnen van geïsoleerde, solistische huisartsen. Ze zullen deel moeten uitmaken van netwerken van hulpverleners, om meer zicht op de gezondheidszorg te verkrijgen en nieuwe vaardigheden te ontwikkelen. De extramurale hulpverlening mag niet verder worden ondermijnd. Integendeel. Deze voorstellen sluiten rechtstreeks aan op pleidooien van veel respondenten.

In het zorgplan wordt nauwelijks ingegaan op, de verandering van behoeften. Haaglanden verwijst naar de 'Nota zorgvernieuwing' van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het belangrijkste thema van de nota noemt Haaglanden evenwel niet. Het betreft het vergroten van de 'publieksparticipatie' tijdens de vernieuwing van het zorgsysteem. Deze participatie is niet alleen geboden om het gegeven aanbod beter op de behoeften te doen afstemmen, maar tevens om de organisatie van de te vernieuwen produktie van het aanbod vanuit een gebruikerspositie te beïnvloeden.

Dat de zorgverzekeraar Haaglanden dit thema onberoerd heeft gelaten kan mogelijk aldus worden verklaard. Centraal staat haar stelling, dat klanten vrij kunnen kiezen tussen zorg-

verzekeraars. Deze vrijheid van handelen leidt tot een indirecte publieksparticipatie. Is de these over de vrijheid van keuze ongehoorzaam, ze veroorzaakt tevens een geweldige reductie van het thema van de publieksparticipatie zelf.

In de interviews komen vele respondenten op dit onderwerp terug. Op basis van welke politiek-sociale filosofie kunnen zorgverzekeraars zich in het middelpunt van het krachtenveld plaatsen? Wat betekent hun pleidooi om als verzekeraar de klanten maximaal tegemoet te komen? Waarom hebben zorgverzekeraars zo'n behoefte zonder ophouden de these over de vrijheid van de keuze van zorgverzekeraars op de voorgrond te plaatsen? Voor vele respondenten zal het antwoord hierop een verklaring bieden waarom zorgverzekeraars aan het vraagstuk van de communicatie als maatschappelijk proces zo gemakkelijk voorbijgaan.

Interessant is de contradictie in het document van Haaglanden. In het begin is verwezen naar problemen met de 'eventuele functionele regionalisatie'. Aan het einde van het document wenst Haaglanden te anticiperen op toekomstige aandacht voor regionalisatie. Deze contradictie is mogelijk te verklaren. Het eerste lijkt te slaan op het voorkomen van politieke invloed. Het tweede houdt mogelijk verband met het besef, dat zonder ingrepen de uitkomsten van de stelselwijziging tot absurde verhoudingen gaan leiden. Huisartsen dreigen met zorgverzekeraars uit Noord-, Midden-, Zuid- en West-Nederland, zelfs met zorgverzekeraars uit Italië en Duitsland van doen te krijgen. De klanten zijn toch vrij te kiezen? Wijst dit er niet op dat met grote spoed op diepgaande

wijze het vraagstuk van de regionale organisatie van het zorgsysteem en van de stadsdeelvertaling op de agenda dient te worden geplaatst?

Over de regiovisie

In het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin heeft de nieuwe wethouder een lans gebroken om met vereende krachten aan een 'regiovisie' te werken (7). Ze dient de gemeentelijke overheid een zekere 'sturingsmogelijkheid' te geven. Dit betekent dat de wethouder onder een regiovisie een 'visie over een toekomstig politiek instrument' ten behoeve van het zorgsysteem voor de regio Haaglanden verstaat. Hieruit kan weer worden afgeleid, dat de wethouder de fundamentele processen in het zorgsysteem niet volledig aan het vragen aanbodmechanisme van de veronderstelde markt in het zorgsysteem wil overlaten. In tegenstelling tot beweringen van sommigen beschouwt hij de 'producten' van het zorgsysteem niet gelijk aan artikelen uit een warenhuis (15).

De wethouder speelt met andere woorden positief in op de opmerkingen van vele respondenten en tevens op het zorgplan. Ook onderschrijft hij de gedachte, dat het aanbod beter op de behoeften moet inspelen. De motivatie van de Stichting Thuiszorg wordt hiermee eveneens als juist erkend. Maar hoe te komen tot een aldus bedoelde regiovisie, als hiervoor de belangrijkste voorwaarde - ervaring met intensieve communicatie - onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen? Lijkt het dan niet raadzaam ten minste in één van de stadsdelen te komen tot een 'konzertierte Aktion', zoals

onze oosterburen dat zo treffend weten uit te drukken. Met andere woorden is het stadsdeel Centrum als een weg naar het ontvouwen van een regiovisie voor het hele stadsgewest Haaglanden geen aantrekkelijke optie?

Indien we de interviews goed interpreteren zijn velen in Den Haag op deze benadering aanspreekbaar, dit laat onverlet, dat het werken aan knelpunten in het hier en nu een bijzonder goed vertrekpunt voor deze 'konzertierte Aktion' kan gaan bieden.

deel Centrum. GGD Den Haag, juni 1992.

7. Pols A. Interview met nieuwe wethouder. Epidemiol Bul Grav 1992; 27 nr. 3: 3-6.
8. Zie ref-4, p 20.
9. Moor L. Haagse GGD is uitgekleeed en opgeofferd. Haagse Courant. 12 september 1992.
10. Zie ref-2, p 13.
11. Zie ref-4, p 15.
12. Zie ref-5, p 1-3.
13. Zie ref-5, p 33.
14. Zie ref-5, p 47.
15. Rutten FFH, Ven WPMM van de. Concurrenten tussen hulpverleners in de gezondheidszorg. Econ Stat Bul 1985; nr 3507: 521-5.

Literatuur:

1. Maesen LJG van der, HGJ Nijhuis. Het stadsdeel Centrum in Den Haag: een vertrekpunt voor antwoorden op nieuwe uitdagingen? Epidemiol Bul Grav 1992; 27 nr. 2: 3-12.
2. Maesen LJG van der. Van visie naar actie: het Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Rotterdam-Noord als voorziening en katalysator. SISWO/GGD. Rotterdam 1991.
3. Oliphant-groep (red. Maesen LJG van der). Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening: een nieuw plan voor regio Noord van Rotterdam. Gemeente Rotterdam, mei 1990.
4. Adviesgroep Thuiszorg. Advies van de Adviesgroep Thuiszorg Den Haag: experiment met twee centra voor thuiszorg. Stichting Thuiszorg c.s. Den Haag, december 1989.
5. Zorgplan: beleidsnotities van een zorgverzekeraar. Algemeen Ziekenfonds Haaglanden. Den Haag, maart 1991.
6. Maesen LJG van der. Van de brug af gezien: een notitie over de Haagse gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening ofwel de 'Haagse zorg' en daarvan de zorg in het stads-

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Artsen en GVO

Een groot deel van de bevolking bezoekt ieder jaar een arts. Artsen kunnen in het contact met patiënten gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) geven: ze hebben unieke kansen om riskant gedrag te beïnvloeden, bijvoorbeeld op het gebied van roken, alcohol- en druggebruik en voedingsgewoonten.

Gedragsverandering kan plaatsvinden onder invloed van velerlei elkaar versterkende factoren, waaronder: 'peet pressure', voorbeelden van rolmodellen, belangrijke gebeurtenissen, GVO via posters en massamedia, en raad van artsen, aan wie menig een toch een flinke dosis gezag toekent. Wellicht is de invloed van artsen - relatief gesproken - zeer effectief.

In de Verenigde Staten is onderzocht in hoeverre artsen routinematig raad geven aan patiënten van wie ze weten of vermoeden dat sprake is van ongezond gedrag. Huisartsen doen dat het meest (iets meer dan de helft), internisten het minst (2%). Vrouwelijke artsen meer dan mannelijke (60% versus 50%), en leden van een groepspraktijk meer dan eenlingen.

De redactie van het blad 'Morbidity and Mortality Weekly Report' merkt op dat deze resultaten nog ver af staan van de doelstellingen van de Ameri-

kaanse regering, die wil dat in het jaar 2000 in 75% van dergelijke situaties door artsen raad gegeven wordt. Nu wordt in kaart gebracht wat de obstakels zijn voor artsen om GVO te geven aan individuele patiënten en wat er gedaan kan worden om die te overwinnen.

Sporten, conditie en gezondheid

Stilzitten is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten (HVZ), daar zijn de geleerden het wel over eens. Minder duidelijk is wanneer de heilzame en beschermende werking van lichamelijke activiteit begint, het lijkt evenwel een goed advies dat mensen zich drie maal per week gedurende twintig minuten zo sterk inspannen, dat ze zweten of krachtig ademhalen, of een hartslag van 60 tot 80% van het maximum bereiken. Volgens de 'British Medical Journal' (BMJ) van 15 augustus 1992 geven Britten vaak gebrek aan tijd als belangrijkste obstakel aan. In Nederland meldt het Sociaal en Cultureel Rapport van 1992 dat de gemiddelde vrije tijd van de Nederlander sinds 1985 is gedaald van 49 tot 47,2 uur per week. De daling is het sterkst onder werkenden tot vijftig jaar, die weinig vrije tijd meer overhouden. We mogen aannemen dat onder hen een groot aantal zit met risicofactoren voor HVZ. In dit verband is de aanbeveling van de BMJ interessant om op het werk fitness te bevorderen.

Dit vraagt om goede douchegelegenheden. Immers, menigeen zou best dagelijks op de racefiets naar het werk willen snellen (of zelfs joggen), als ze ten minste niet de verdere dag zwendend en stinkend de representativiteit van persoon en bedrijf in gevaar hoeven te brengen. Een suggestie die wellicht door bedrijfsgezondheidszorgwerkers en anderen naar voren kan worden gebracht.

Onderzoek naar PAK's en lood bij kinderen

De GGD'en in Heerlen, Rotterdam, Amsterdam en de Flevopolder zijn dit jaar begonnen met een grootschalig vergelijkend onderzoek naar de aanwezigheid van lood in het bloed en PAK's (polycyclische aromatische koolwaterstoffen) in de urine van jonge kinderen.

In het onderzoek worden de lichaamsbelastingen van peuters van één tot zes jaar in vier verschillende woongebieden in Nederland met elkaar vergeleken. Daarbij wordt onderzocht of de omgeving van invloed is op het voorkomen van lood en PAK's in het lichaam van kinderen.

In Amsterdam en Rotterdam betreft het kinderen die in de binnenstad en in de buitenwijken opgroeien. In Zuid-Limburg worden kinderen onderzocht die in een gebied wonen waar relatief veel lood- en PAK-verontreiniging voorkomt. Kinderen uit de Flevopolder doen mee aan het onderzoek, omdat ze in een relatief schone omge-

ving opgroeien. Door de gegevens van de verschillende groepen met elkaar te vergelijken, willen de GGD'en nagaan in hoeverre het contact met verontreinigde bodem of lucht de lichamelijke toestand van de kinderen beïnvloedt. Het onderzoek zal medio 1993 worden afgerond.

Actuele informatie

Wethouder Luijten opent nieuw centrum GGD

Op 16 oktober 1992 heeft de wethouder voor Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg (MDWZ), drs. J.J. Luijten, een nieuw centrum voor de jeugdgezondheidszorg en de jeugd tandzorg officieel geopend. Dit centrum bestrijkt het stadsdeel Segbroek en is gelegen aan de Loosduinseweg 55 (Detamgebouw). In het pand is tevens gevestigd het Centrum voor Orthodontie van de jeugd tandzorg. Daar kunnen alle deelne-

mers van de jeugd tandzorg die een beugel nodig hebben, worden behandeld. De behandelingen worden uitgevoerd door jeugd tandartsen in samenwerking met een orthodontist.

Met het Centrum voor Orthodontie hoopt de jeugd tandzorg het probleem van de wachtlijsten bij de Haagse orthodontisten voor een belangrijk deel te kunnen reduceren.

Vuilverbranding

De Haagse vuilverbrandingsinstallatie, die midden in een woonwijk staat, gaat per 1 januari 1994 dicht. Het te verbranden Haagse afval zal na de genoemde datum waarschijnlijk worden verwerkt door de Afvalverwerking Rijnmond (AVR).

Tweede ronde borstonderzoek

In oktober 1992 is in een deel van de Haagse regio de tweede ronde van het bevolkingsonderzoek op borstkanker begonnen. Vrouwen uit een deel van Den Haag, Rijswijk, Voorburg en Wassenaar kunnen nu voor de

tweede keer deelnemen aan het borstonderzoek.

Tot en met eind 1991, vijftien maanden na de aanvang van het onderzoek, waren 24.303 vrouwen uitgenodigd. Hiervan hebben 17.127 vrouwen een mammografie laten maken. Het opkomstpercentage over 1990 en 1991 bedroeg 70,4%; het landelijke streefcijfer is 70%.

Van de vrouwen die tot en met eind 1991 hebben deelgenomen zijn er 212 doorverwezen voor nader onderzoek. Bij ongeveer de helft van deze vrouwen is een maligne afwijking geconstateerd.

In de desbetreffende periode waren drie onderzoekscentra operationeel. Inmiddels is in Den Haag een vierde unit geplaatst om de vrouwen in de resterende wijken van Den Haag te onderzoeken.

Het rendement van het bevolkingsonderzoek wordt sterk bepaald door de opkomst in de vervolgrondes. Het is belangrijk dat vrouwen die zich twee jaar geleden hebben laten onderzoeken ook deze keer deelnemen. Doordat de röntgenfoto's vergeleken worden met eerdere foto's, is het mogelijk de kleinste veranderingen in de borsten te ontdekken. Door regelmatige controle kunnen afwijkingen in een vroeg stadium worden opgespoord. Hierdoor is de behandeling minder ingrijpend en is de kans op genezing groter.

Voor een aantal vrouwen in de wijken waar de tweede ronde begonnen is, wordt dit de eerste gelegenheid om deel te nemen. Het gaat om vrouwen die in de afgelopen twee jaar de leeftijd van vijftig jaar hebben bereikt of die in de regio zijn komen wonen. Vrouwen uit de doel-



Wethouder J.J. Luijten tijdens de opening.

groep worden wijksgewijs om de twee jaar uitgenodigd een mammoografie te laten maken. Overigens kunnen Haagse vrouwen die tot op heden geen uitnodiging hebben gekregen, deze in de komende anderhalf jaar verwachten.

Voorlichting

Asbestreader

Onlangs is een reader 'Asbest' verschenen, uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde (NVMM). De reader kan worden besteld door overmaking van f. 15,- op giro 121 48 43 van de NVMM, onder vermelding van 'asbestreader'.

Prisma van het hart

Elk jaar worden alleen al in Nederland zo'n veertigduizend mensen getroffen door een hartinfarct. Ruim een kwart van de mannelijke slachtoffers en bijna tien procent van de vrouwen is op dat moment nog geen 65 jaar. Een hartinfarct kan plotseling ontstaan, maar het komt niet uit de lucht vallen. Het is het resultaat van een proces dat al jaren aan de gang is.

Een nog groter aantal mensen wordt indirect geconfronteerd met hart- en vaatziekten. Helaas betekent dit niet dat de kennis over hart- en vaatziekten en het voorkomen ervan wijd verbreid is.

De 'Prisma van het hart', een gezamenlijk initiatief van de Nederlandse Hartstichting en Uitgeverij Het Spectrum, voorziet dan ook in een behoefte. In heldere taal wordt de werking van

het hart gedemonstreerd en wordt uitgelegd hoe een hartinfarct kan ontstaan. De lezer wordt in dit boek niet vermanend toegesproken. De auteurs proberen wel aan te tonen dat bepaalde gewoonten in verband gebracht kunnen worden met het ontstaan van een hartinfarct. Hiermee levert de 'Prisma van het hart' niet alleen een bijdrage in de strijd tegen hart- en vaatziekten, ze geeft ook een beeld van de speurtocht naar de complexe en nog maar zeer ten dele opgehelderde oorzaken van het hartinfarct.

Prisma van het hart. Uitgeverij Het Spectrum B.V. Utrecht. ISBN 90 274 2964 2. Prijs fl. 12,50.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 35 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier regiogebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam/Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gemeente gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave.

Patiënt met febris typhoidea was afkomstig uit Indonesië en op bezoek in Nederland. Hier werd de typhus vastgesteld.

De gemelde brucellosis-patiënt had rauwe koemelk in Spanje gedronken.

De 3 dysenteria bacillaris-patiënten deden allen hun besmetting op tijdens vakantie in het buitenland.

Van de 3 gemelde hepatitis A-patiënten werd 1 patiënt via familie besmet, 1 patiënt werd besmet tijdens vakantie in het buitenland en van de derde patiënt was de besmetting onbekend.

Van de 2 gemelde hepatitis B-patiënten bleef de bron onbekend.

Alle 3 malaria-patiënten hadden geen of onvoldoende profylaxe genomen.

Van de 16 gemelde mazelen-patiënten bleken 15 om geloofsredenen niet gevaccineerd te zijn. Eén ongevaccineerd kind was afkomstig uit het buitenland.

Van de 11 voedselvergiftiging-patiënten waren er 5 ziek geworden als gevolg van het eten van een zelfde toetje. Ze kregen een werkverbod opgelegd omdat ze werkzaam waren in de 'voeding'.

Aan deze rubriek werken mee:

Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);

Mw. P. Krebbers (IKW);

Mw. J.C. Leegsma (GGD, Rijswijk);

Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;

H. Westerhof;

Mw. G.J. Wijkmans;

G.R. de Wildt;

K.B. Yap (GGD, Voorburg-Leidschendam);

W.A. Zwart Voorspuij.

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

Aangifte infectieziekten naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

bron	besmettingsweg	ziekte	1992 1e kw	1992 2e kw	1992 3e kw	1992 4e kw	1991 v/m 3e kw	1992 v/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)			1			1
		meningococcosis (B) *	9	10	2		12	21
		morbilli (B)	1	3	16		5	20
		(atyp.) pertussis (B) **	1	1	1		1	3
		rubella (B)					2	
		tuberculosis (B)	29	39	47		99	115
		parotitis epidemica (C)					1	
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	53	50	42		256	145
		syfilis prim./sec. (C)	1	3	3		8	7
		syfilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	3	1	3		6	7
		HIV-infectie/Aids (1) ***	8	5	10		28	23
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (3)	9	4	4		21	17
dysenteria bacillaris (B) (3)		2	4	10		17	16	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	24	18	28		9	70	
dier	inhalatie (faecaal metariaal)	ornithosis/psittacosis (B)	4	1	1		4	6
		Q-fever (B) (5)			1		1	1
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4	3	3		10	10
		typhus exanthematicus (B)			1			1
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
brucellosis (B) (5)				1		1	1	
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					6	
		consumptie						
		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	3	1	12		17	16
		febris typhoidea (A)		2	1		3	3
		paratyfus B (B)		1				1
		botulisme (B) (6)						
	contact (water/grond/diet)	leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal			143	141	177		479	461

- | | | | |
|-------------|---|-----|--|
| (A) (B) (C) | traditionele categorie-aanduiding | (2) | ook aerogene besmetting |
| * | samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis | (3) | ook besmetting via water/voedsel |
| ** | samenvoeging pertussis en atypische pertussis | (4) | soms besmetting via beddegoed |
| *** | niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD | (5) | ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten) |
| (1) | ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten | (6) | ook wondbesmetting |