

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Organisatie thuiszorg

Zorgbehoefte thuiswonende verstandelijk gehandicapten
Eén-loketfunctie van groot belang

Huisartsengeneeskunde in hartje Den Haag

en verder o.a.

Projecten

Korte berichten

*jaargang 29, 1994
nummer 2*

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Redactioneel

3

Volksgezondheid

Hoe organiseren we de thuiszorg?

4

- A. Pols

Zorgbehoefte thuiswonende verstandelijk gehandicapten

11

- Mw. Marion F. Stein

Eén-loketfunctie van groot belang

18

- Mw. N. van Poppel

Huisartsengeneeskunde in hartje Den Haag

21

25-jarig jubileum van een groepspraktijk van huisartsen

Projecten

Het project 'Centrum'

25

Een nieuw initiatief van start

- Mw. T.G.M. van der Maat

Korte berichten

28

Juni 1994
29ste jaargang nr. 2

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); R.B.M.R. Bakker, arts, Mw. I. Burger;
dr. 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; Sector GGD en Maatschappelijke Zorg

W.J.O. Beaumont, arts, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne

J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen

Ir. H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie

B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg

W.J. Vroeghe, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

H. Westerhof, tandarts, hoofdafdeling Jeugd tandzorg

W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieukundige, afdeling (milieu)hygiëne

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, DHV 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, Rijksuniversiteit Leiden

S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam

Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO Amsterdam

J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland

Dr. Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland

Mw. F.L. van Leeuwen, Stichting Thuiszorg Den Haag

ISSN 0921-6219

Redactieadres

Dienst Welzijn

Sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Thorbeckelaan 360

2564 BZ Den Haag

Postbus 65 783

2506 EB Den Haag

Mw. I. Burger

Tel.: 070 - 361 94 47

Fax: 070 - 361 93 39

Vormgeving en opmaak

T&IC, Delft

Illustraties

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Koninklijke drukkerij

de Swart BV, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn

Sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Den Haag

Oplage

1.500 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.

r e d a c t i o n e e l

Dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin is voor een belangrijk deel gewijd aan het thema thuiszorg. U treft hierover geen onderzoeksinformatie aan, dus geen cijfers over patiënten, verrichtingen of financiën, maar wel meningen en interpretaties van sleutelfiguren op dit gebied in de regio Haaglanden.

De actualiteit en het belang van het thema thuiszorg behoeven nauwelijks betoog. De vergrijzing van onze samenleving, alsmede het toenemende aantal chronisch zieken en mindervaliden vormen als het ware de epidemiologische achtergrond van dit onderwerp van zorg. De vrij algemene wens, en ook het recht, om ziek te zijn in de eigen thuissituatie kan worden beschouwd als de morele noodzaak om het thuis ziek-zijn mogelijk te maken.

Het is duidelijk, dat ons zorgstelsel nog niet is ingesteld op deze vorm van zorg op maat. Veel van de benodigde expertise en technologie zit bij intramurale instellingen. Maar ook de daadwerkelijke uitvoering van de zorg in de thuissituatie verloopt nog lang niet op rolletjes.

In het land, maar ook in Den Haag, zijn intussen al heel wat experimentele projecten uitgevoerd om uit te vinden hoe en onder welke voorwaarden de extramurale thuiszorg het beste kan worden aangeboden. De samenwerking tussen betrokken hulpverleners en instellingen ten behoeve van de zorg zelf, maar ook in het kader van een centraal meldpunt of een centrale intake laat, zo wijzen deze experimenten uit, nogal te wensen over. Wat het vooral ingewikkeld maakt is, dat de benodigde moderne werkvormen ook veranderingen in de verschillende werksoorten en werkbelasting met zich meebrengen. Verschuivingen in de bestaande financiering zijn dan ook onvermijdelijk. Echter het financieringsstelsel van de gezondheidszorg is qua structuur sterk verkokerd. Het vormt als het ware de grondslag van de zorg, waarover de laatste jaren steeds meer kritiek valt te beluisteren.

De uitkomsten van de experimenten tenderen dan ook zonder uitzondering naar een ingrijpende wijziging in de afstemming en financiering van de gezondheidszorg, omdat een flexibele orga-

nisatie ervan, die op maat gesneden is, nu gewoon onmogelijk is. Niet zelden gelden de onmogelijkheden, die hiermee samenhangen, als een argument om maar niets te doen aan de ontwikkeling van een moderne integrale thuiszorg.

Het ligt voor de hand dat een adequaat georganiseerde thuiszorg ook verschuivingen in het bestaande rollenpatroon van deelnemende aanbieders en financiers met zich meebrengt. Niet iedere aanbieder ziet met verlangen uit naar een nieuwe rolverdeling en al helemaal niet naar het inleveren van een stukje autonomie ten behoeve van een geregelde afstemming.

Het organiseren van een goede, moderne thuiszorg op projectbasis heeft al heel wat voeten in aarde. Laat staan dat het regelen van adequate voorwaarden (waaronder afspraken, financiering enzovoort) voor een structurele betere aanpak van de zorg in de thuissituatie gemakkelijk verloopt.

Uit de gepresenteerde meningen, interpretaties en argumenten in het artikel 'Hoe organiseren we de thuiszorg?' spreekt eensgezindheid in de intentie om eraan te werken. Over de maatregelen die genomen moeten worden en over nieuwe rolverdelingen lopen de meningen uiteen. Om eruit te komen is gedachtenwisseling, communicatie en overleg nodig tussen alle partijen, ook de - veelal oudere - gebruiker zelf. Deze editie van het Epidemiologisch Bulletin beoogt aan de consensusvorming over dit bijzonder belangrijke thema van volksgezondheid een bijdrage te leveren. Het initiëren van overleg en ook van experimentele projecten die de weg kunnen wijzen naar de toekomst lijkt, ook voor Haaglanden, broodnodig.

Hoe organiseren we de thuiszorg?

A. Pols

De opmars van de thuiszorg is niet te stuiten. Het belang wordt algemeen onderkend. Instellingen, koepels en wet- en regelgeving zijn er echter nog niet op ingericht. Thuiszorg is vriendelijker voor de patiënt en kosteneffectiever. Maar waar 'nieuwe' zorg wordt gecreëerd zou 'oude' zorg moeten verdwijnen. De praktijk is iets weerbarstiger dan de theorie. Deskundigen en betrokkenen geven hun visie.

De ontwikkeling naar bredere en betere thuiszorg lijkt niet te stuiten, maar het gaat niet zonder slag of stoot. De instellingen, de koepels en de wet- en regelgeving zijn er nog niet op ingericht. Duidelijk is wel dat thuiszorg de toekomst heeft en dat de opnameduur in het verpleeg- of ziekenhuis steeds korter wordt. Dat is in het belang van de patiënt, maar het is ook kosteneffectiever. In het vorige Epidemiologisch Bulletin werd het succesvolle experiment beschreven van de liaisonverpleegkundige, die de schakel vormt tussen ziekenhuis en thuis. Vraag is welke problemen voor de organisatie van een moderne integrale thuiszorg nog in het verschiet liggen.

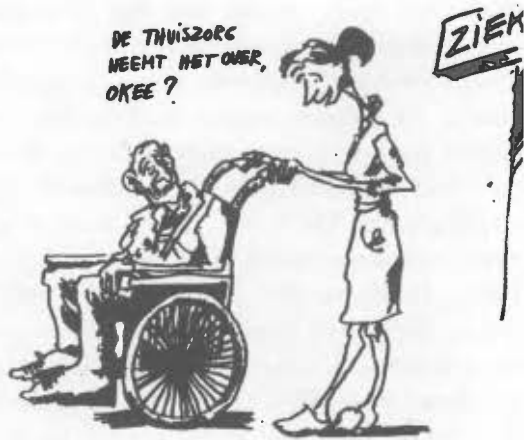
Kwestie van logistiek?

Professor dr. J.J. Ramondt, hoogleraar in de sociologie van arbeid en organisatie aan de Erasmus-universiteit in Rotterdam, doet onderzoek naar de structuur van de gezondheidszorg. Hij heeft vanuit een wetenschappelijk oogpunt een fundamentele kijk op de krachten die heersen in het veld van de gezondheidszorg. Hij beziet de gezondheidszorg in zogeheten diagnose-groepen en benadert het probleem van de thuiszorg als een kwestie van logistiek.

"De gezondheidszorg is op dit moment sterk georganiseerd rond beroepsgroepen. Het probleem is dat ze beter moeten gaan samenwerken, zodat echte 'zorgketens' kunnen ontstaan rond groepen."

Over de auteur

A. Pols, *journalist NRC-Handelsblad*



‘Met diagnose-groepen bedoel ik geriatrische patiënten, allochtonen, AIDS-patiënten, noem maar op. Bij ouderen bijvoorbeeld zie je vaak dat, als ze ziek zijn, er regelmatig naast een somatische klacht ook psychische en sociale problemen aan de orde zijn. Rond die groepen zou je diverse professies - huisarts, specialist, fysiotherapeut, psycholoog enzovoort - moeten laten samenwerken.’ Ramondt noemt hartpatiënten als voorbeeld. ‘Als je naar die groep kijkt, zie je dat er sterk is bezuinigd. Niet zozeer op de medische kosten, maar wel op de verpleegkundige kosten. Het aantal ligdagen is ingekort. Ook in medische kringen kan men nu vernemen dat het verpleegkundige niveau voor deze zorg beneden internationale standaards is gekomen. Een groot aantal hartpatiënten behoort tot de categorie recidieven. Men gaat er bij de verkorting van de ligduur van uit dat deze patiënten goed worden opgevangen door thuiszorg en kruiswerk. De praktijk wijst echter uit dat dat niet goed is georganiseerd. Deze groep krijgt niet de aandacht en de verpleging die nodig is. Daardoor keert een deel na een paar maanden weer terug in het ziekenhuis. Dat zou niet nodig zijn als er een zorgketen was waarbinnen goed wordt samengewerkt.’

‘In feite gaat het om een logistiek proces. Op zekere hoogte is de problematiek identiek met die bij een dealernet van een automerk. Een ziekenhuis kan niet voorspellen wanneer patiënt A binnenkomt. Maar op jaarbasis is het aantal hartpatiënten dat in een ziekenhuis komt te liggen vrij ‘safe’ voorspelbaar. Dus moet je daar je voorzieningen op enten en organiseren. Ook de nazorg.’

‘Zo gaat het alleen niet in de praktijk. Alle specialisten denken vanuit hun werkstation en kijken

bovendien vooral naar de individuele patiënt. Binnen de hele keten werkt daardoor iedereen langs elkaar heen. Ieder met een eigen administratieve structuur, eigen financiële positie, eigen relatie met de verzekeraars, enz. Dat is zo vastgelegd in wet- en regelgeving. Daar moet je wat aan doen, wil je de thuiszorg goed van de grond krijgen.’

‘Het logistieke proces begint bij de huisarts. Ze zijn het intake-station. In Amsterdam is de regionale zorgverzekeraar doende huisartsen te faciliteren met computertechnologie, zodat ook de verzekeraar zicht krijgt op patiëntenstromen. Dat betekent dus ook dat iedereen bij de zorgverzekeraar in dat gebied moet worden ondergebracht. Dat is ook logisch, gezien vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar. Ze moeten gaan concurreren en dan is het heel simpel: het idee van concurreren is bedreigend dus je organiseert je tegen bedreiging.’

‘Het is interessant om naar zorgketens in Denemarken te kijken. In Kopenhagen hebben we een week lang naar zo’n keten gekeken. Men is daar wijkgebonden met integrale zorgketens aan de gang gegaan. Het begon met geriatrische patiënten, een voorziening voor een nachtverpleging. Doordat de ouderen daar heel tevreden over waren, was opa ook geneigd met zijn kleinkind daar naar de dokter te gaan. Het heeft zich zodoende ontwikkeld tot iets omvangrijkers dan alleen een voorziening voor oudere patiënten. Het is een laagdrempelige regionale voorziening geworden en dat werd een bedreiging voor het ziekenhuis. Er is hier dan wel geen sprake van echte thuiszorg, maar het is een gezondheidscentrum geworden van waaruit de thuiszorg werd georganiseerd. Wat je daar ziet is dat een patiëntenstroom wordt verlegd en er ontstaat een heel andere zorg, die vanwege het preventieve karakter goedkoper is. Mensen laten de zaken niet zo hoog oplopen dat ze in het echte medische terechtkwamen.’

‘Het Nederlandse model is natuurlijk sterk medisch. Als je wat meer af wil van die sterke gerichtheid op het ziekenhuis dan wordt de huisarts heel belangrijk. Hij zou bij een sterkere thuiszorg een kleinere praktijk moeten hebben. In totaal krijg je dan meer huisartsen, die per patiënt meer betaald krijgen. Verzekeraars moeten daarover ‘managerial’ gaan denken. Nu ze een grotere vrijheid van handelen hebben en niet meer zijn gebonden aan een contracteerplicht kunnen ze het voortouw nemen.’

Minder bedden nodig

Drs. A. Klein, als 'manager zorginkoop' werkzaam bij zorgverzekeraar Nutsverzekeringen, maakt zich wel om het voorbeeld van de computerisering van de Amsterdamse huisartsen. In Den Haag loopt een vergelijkbaar project - Haagnet - waar bijna de helft van de huisartsen nu aan meewerkt; 'het verkeer' tussen beroepsoefenaren kan daardoor duidelijk worden versneld en biedt ook op termijn inzichten aan de verzekeraar. Met andere woorden: wat in Amsterdam kan, gebeurt hier ook.

Het project van de liaisonverpleegkundige vindt hij overigens een goede zaak. 'We zijn er vanaf het begin bij betrokken en hebben geprobeerd een inhoudelijke bijdrage te leveren. Het probleem voor de zorgverzekeraar is echter de financiering van de thuiszorg. 'We hebben er geen extra budget voor beschikbaar gesteld, want het is gewoon een reguliere taak van het ziekenhuis om mensen te ontslaan en er zorg voor te dragen dat de patiënt dan niet in het luchtledige komt te hangen. Ik moet wel zeggen, dat nu het project zo succesvol lijkt te zijn, je jezelf gaat afvragen wat voor taken het maatschappelijk werk van de ziekenhuizen in het verleden heeft uitgevoerd.'

'Je zou de afspraak moeten kunnen maken dat er van het ziekenhuisbudget extra thuiszorg kan worden geleverd. Wil dat echt wettelijk kunnen worden geregeld, dan zit je weer op een veel te breed vlak, dan heb je het feitelijk weer over stelselherziening. In de sector verpleeghuiszorg, zwakzinnigenzorg en psychiatrie is een heleboel gebeurd, ondanks de politieke besluiteloosheid en dankzij de Ziekenfondsraad. Die raad heeft voor een regeling gezorgd die er in voorziet dat je minder vastzit aan bijvoorbeeld de definitie van verpleeghuiszorg. Daardoor is er een soort 'regelvrije zone' gemaakt, waarbinnen we andere vormen van zorg mogelijk kunnen maken en dat ook kunnen financieren. Dat is bij ziekenhuizen moeizaam. Ik zou er wel voor zijn dat er ook een substitutieregeling kwam voor ziekenhuiszorg, als dan tegenover het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur maar redelijk wordt gegarandeerd dat het niet tot gigantische kostenstijgingen leidt. Om die reden durft WVC het ook niet aan. Maar ik durf wel te stellen dat wat we nu kunnen substitueren met verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen en psychiatrische instellingen tot heel wat meer zorgvernieuwing heeft geleid dan

wijzigingen in het stelsel; die gaan nu eenmaal ontzettend traag, omdat het veel principelere stappen betreft. Maar door die regeling kun je dus andere productie-afspraken met een instelling maken. Bij verpleeghuizen en dergelijke is er minder angst voor kostenexplosie omdat het allemaal veel overzichtelijker is: dagbehandeling en verpleegdagen. Vol is vol en dus kun je nooit meer afspraken maken dan de bezetting van 100%. Goed, nu gaan we tot 104%, zodat de andere vormen van verpleeghuiszorg kunnen worden gefinancierd vanuit het budget van een verpleeghuis. Voor WVC is dat heel overzichtelijk. Maar bij ziekenhuizen ligt dat moeilijk omdat het om veel grotere bedragen gaat.'

'Zorgverzekeraars dienen natuurlijk ook te denken om hun positie. Straks worden we gebudgetteerd en gaan we meer risico's lopen. Historische kosten zullen daarbij waarschijnlijk uitgangspunt zijn. Het is voor verzekeraars dus niet zo verschrikkelijk aantrekkelijk om nu al met alle gewicht bovenop de rem te gaan staan als het om kostenbeheersing en kostenbewaking gaat. Je zou je kunnen voorstellen dat als je substitutie-afspraken met ziekenhuizen maakt je aan de riante kant gaat zitten. Dan scoor je in de richting van je verzekerde en uiteindelijk is zo'n ruime afspraak op de langere termijn in je eigen belang. Dat maakt de discussie ook wat ingewikkeld en dat weet de politiek donders goed.'

'Maar de vraag naar thuiszorg neemt toe, en daar willen we als verzekeraar in mee, omdat we willen dat onze verzekerden zo goed mogelijk worden bediend. De vraag of thuiszorg nou zo veel goedkoper is laat ik daarbij maar even buiten beschouwing, want ik maak me sterk dat het nog altijd duurder is dan een verpleeghuis, waar een bed f24.- per dag kost. Bij een paar uur thuiszorg zit je daar ook al snel aan, nog los van de huisarts en de medicijnen. Laten we het dus houden op een kwalitatief verhaal: het sluit beter aan op de vraag van wat mensen willen. Als je kosten reduceert bij ziekenhuizen, door die te sluiten dan vallen er ineens wel tientallen miljoenen vrij waarmee je de thuiszorg kan uitbreiden. Dat zou een mooie verschuiving van middelen zijn. Het kan ook, want er staan bedden leeg.

Daarnaast zouden in Den Haag de ziekenhuizen niet allemaal topfuncties moet ambiëren, want dat kost veel geld. Dat heeft alles met status te maken.'

'Wat je zou willen is dat er ook eens gevolg zou worden gegeven aan een algemeen verlangen om de geldstroom wat meer van cure naar care te verleggen. Thuiszorg is natuurlijk vooral care. Maar wat gebeurt er? De thuiszorg wordt geknepen en we kunnen feitelijk niet bijspringen, omdat we niet met ziekenhuizen mogen overeenkomen om wat extra productie-afspraken te maken waaruit de thuiszorg zou kunnen worden gefinancierd. Tegelijk ziet de thuiszorg zich geconfronteerd met een toenemende concurrentie waartegen ze zich moet wapenen met middelen die er niet zijn. Er wordt stevig getrokken van alle kanten. Er is een forse fusie in Den Haag geweest. Ze zijn nog niet op adem of het volgende probleem staat alweer voor de deur. Het wrange is dat er in andere sectoren veel minder van het beschikbare geld wordt geknabbeld.'

Transmurale zorg is een issue

R.B.M.R. Bakker, directeur van het Westeinde ziekenhuis deelt niet de mening dat een uitdijende thuiszorg een probleem zou kunnen worden voor ziekenhuizen. 'Ik zie het niet zozeer als een probleem, eerder als een uitdaging. Het is duidelijk dat verkorting van ligduur leidt tot intensivering van de zorg tijdens de opname-periode. Mensen gaan daardoor minder mobiel, zieker naar huis. Je moet dus een adequate opvang voor die mensen thuis realiseren. Dat vraagt goede samenwerking en een andere organisatie van de thuiszorg. Er is een aantal beloftevolle initiatieven, zoals de liaisonverpleegkundige. Ze heeft een soort makelaarsfunctie. Ze organiseert allemaal vormen van zorg, kijkt welke nodig zijn en ziet er op toe dat ze worden geleverd. Je zou in het ziekenhuis een schatting kunnen maken van

welke zorg thuis nodig is en die ook leveren. Je bepaalt het pakket. Iemand moet een infuus hebben, wondverzorging en fysiotherapie. Ik noem maar wat. Vanuit het ziekenhuis stel je dat pakket samen: de huisarts moet worden ingeschakeld, er moet een fysiotherapeut worden geregeld en een verpleegkundige moet die wond verzorgen. Dat hoeft niet allemaal door het ziekenhuis te worden geleverd, maar de afstemming moet daar gebeuren. Ook al door de automatisering is dat het handigst. Nu is voor een wijkverpleegkundige vaak moeilijk te achterhalen wat er van de patiënt bekend is in het ziekenhuis. Dat kan nog aanzienlijk gemakkelijker. Delen van de verpleegkundigerapportage zou dan standaard kunnen worden ingezien.'

'De levering van technische hulpmiddelen zou ook beter door het ziekenhuis kunnen gebeuren dan door commerciële bedrijven, zoals nu; we hebben die know-how immers in huis. Dat is goed realiseerbaar. De financiering is echter een probleem.'

"Dit verhaal kun je ook houden voor een diabetespatiënt. De diabeteseducatie gebeurt nu door de internist, door de diabetesverpleegkundige op de polikliniek, door de huisarts, de verpleegkundige van thuiszorg. Dat zou je kunnen stroomlijnen. Maar in de huidige systematiek is er geen budget voor deze 'transmurale zorg'. Ik denk dat dat er wel komt, want uiteindelijk zal de verzekeraar zeggen: wat is het goedkoopste en beste voor de patiënt."

"In de thuiszorg heb je verscheidene gebieden die nu in de picture staan, gespecialiseerde verpleegkundigen met name bij stoma-zorg, AIDS-zorg, oncologie, diabetes, alle redelijk chronische ziektebeelden. Er is ook zoiets als de 'verplaatste thuiszorg'. In een bejaardenhuis, bijvoorbeeld, kunnen we heel adequaat hulp bieden. We gaan naar een verpleeghuis, maar het kan natuurlijk ook in een verzorgingshuis. Het hangt ook af van de mobiliteit van de patiënt. Een specialist is te duur om naar een patiënt thuis te gaan, maar hij zou visite kunnen lopen in een verpleeghuis. Onze internisten en orthopedisch chirurgen doen dat al. Dat is een heel efficiënt systeem en is kosteneffectief te maken."

"Een andere mogelijkheid is case-management: de patiënt maakt uit hoe en waar hij zijn zorg haalt. Met de verzekeraars willen we eerst inhoudelijk wat dichter bij elkaar komen. We participeren in



een aantal projecten. We kijken eerst of het werkt en dan willen we met de verzekeraars bekijken of het 'bulk' wordt en of er dus anders moet worden gefinancierd", aldus Bakker.

'Het vol leggen van de bedden, die redenering ken ik. Er zit een dubbele kant aan. De patiënt die vroeger zes weken in het ziekenhuis lag en in de laatste week de verpleging meehielp koffie schenken, kostte die laatste week niks maar leverde geld op. Als je nu naar prijzen van ligdagen kijkt zie je dat deze sterk gerelateerd zijn aan het feit dat een ziekenhuis operatie-kamers en een intensive-care heeft. De kosten van de ligdag is een verzamelpot van alles wat een ziekenhuis je kan geven. Alleen het bieden van een ligplaats is niet zo duur. Maar wil je je infrastructuur op peil houden, dan kan die prijs ook niet gek veel naar beneden. Ik denk dan ook niet dat het enige zin heeft die ligduur voortdurend korter te maken.'

'Het bed kost de verzekeraar niet veel geld, de opname wel in de huidige systematiek. Als je hele ziekenhuizen sluit heeft de verzekeraar gelijk, sluit je delen van ziekenhuizen, dan levert dat niks op. Sluiting van ziekenhuizen is politiek. Het gaat ook niet zozeer om die dagen. Of iemand nu twee dagen in het ziekenhuis ligt voor z'n appendix of twintig dagen, we doen die appendix. Als je praat over wachtlijsten, zeg ik: reken ons dan voortaan af op het aantal ingrepen of behandelingen, die we doen. Bij een minimum aantal verpleegdagen heb je een Westeinde ziekenhuis nog nodig. Want de kern van onze taak ligt niet in het feit dat de patiënt tien dagen blijft, maar dat hij een ingreep ondergaat en drie dagen blijft. De uurprijs gaat omhoog, de eerste deskundigheid van de verpleegkundigen - 24 uur per dag - blijft nodig. 80% van onze kosten is personeel. Ik vraag me af of we naar een Amerikaanse situatie zouden moeten, waar mensen na vijf, zes dagen naar huis gaan. Als je iemand doodziek naar huis stuurt kun je je afvragen wat je nou eigenlijk beoogt, als je in een ziekenhuis voor de nodige zorgverlening de mensen hebt. Maar het zou een misverstand zijn te denken dat het aantal ligdagen zo belangrijk is, het gaat vooral om de opnamen. En die hou je toch', aldus Bakker.

Eén aanspreekpunt

Drs. F. van de Heuvel, directeur van Azivo: 'Waar

we problemen mee hebben is dat mensen vijf, zes loketten af moeten met hun hulpvraag. Plus het feit dat de zorg niet op maat wordt geleverd. Er is dus een situatie ontstaan dat mensen 's avonds om zeven uur naar bed moeten, omdat de thuiszorg dat bepaalt. De behoefte wordt dan afgestemd op de organisatie, terwijl dat toch omgekeerd zou moeten zijn. Eind vorig jaar hebben we een probleem gehad rond het Carel van den Oeverhuis, een verzorgingshuis dat aanleunwoningen heeft. Als daar zich problemen voordoen zijn mensen aangewezen op de thuiszorgorganisatie. Wat blijkt: mensen worden 's ochtends om elf uur gewassen. Het was niet anders in te vullen. Dat kan dus volgens mij niet.'

'Het idee dat we hebben is dat mensen binnen één wijk één aanspreekpunt moeten hebben. Voor alle soorten van hulp. De partner en de kinderen van een opgenomen zouden zonodig ook hulp moeten kunnen krijgen. Alle vormen van zorg zouden vanuit dat centrum moeten worden geleverd. Dat moet via de AWBZ te financieren zijn. Als mensen vanuit een ziekenhuis vervroegd naar zo'n centrum gaan moet dat door een zorgverzekeraar kunnen worden gefinancierd.'

'De kritiek als zouden specialisten die opengevalen bedden dan opvullen met anderen is absolute onzin.

Specialisten staan toch niet klaar om mensen onnodig te opereren?

Waar het om gaat is dat het toch te gek is dat we wachtlijsten hebben en buiten de regio hulp moeten halen. Het is toch niet te verkopen dat mensen die een orthopedische operatie moeten ondergaan zes, zeven maanden moeten wachten. Het is toch van de gekke, dat we zaterdag en zondag operaties hebben laten verrichten en daar nog extra betalingen voor hebben gedaan. Dat moet je ziekenhuizen niet kwalijk nemen, daar hebben we als zorgverzekeraar ook een verantwoordelijkheid.'

'De basis ligt bij de zorg die een patiënt nodig heeft. Als alle deskundigen dat nou eens zouden beseffen en die zorg voor de patiënt zo simpel en zo prettig mogelijk zouden willen realiseren. Ik merk overigens dat het idee van één centraal loket voor alle vormen van zorg vanuit één centrum, zoals we nu hopen te realiseren in samenwerking met het Carel van den Oeverhuis, een steeds bredere belangstelling krijgt.'

Nieuwe tariefstructuur

Huisarts M. Goense zit in het regionale bestuur van de huisartsenvereniging en doet de thuiszorgzaken. 'Het is duidelijk dat bij deze tendens de druk op de huisarts toeneemt en die bij het ziekenhuis afneemt. Er zijn natuurlijk huisartsen die bang zijn dat ze het niet kunnen manen en anderzijds huisartsen die vrezen dat ze met hun deskundigheid in de knel komen. Onbekende infuussystemen, ziektebeelden enzovoort. Dat is een kwestie van bijscholing.'

'Tweede punt is de tijd. Als thuiszorg te veel druk oplevert moet je naar een kleinere praktijkomvang, waar tegenover een redelijke vergoeding staat. Het zou kunnen dat daardoor een tekort aan huisartsen ontstaat. Dat probleem ligt op de loer, maar ik ben er niet echt bang voor. Voor intensieve thuiszorg is nu al een aparte honorering, al een jaar of drie. Misschien moeten we dus naar een hele nieuwe tariefstructuur.'

'Wat de verantwoordelijkheid betreft, denk ik dat die als je een goede taakafbakening hebt geen probleem hoeft te zijn. Je moet een goede samenwerking hebben met de specialist. Huisartsen ervaren het als een taakverzwaring, maar dat is niet meer dan een punt van onderhandeling.'

Regionale regievoering

'Laten we even stilstaan bij het begrip thuiszorg', zegt J.S. Moraal, directeur van de Stichting Thuiszorg Den Haag. 'We hebben een brede 'range' van activiteiten, maar laten we ons bepalen tot de verpleging en verzorging van mensen thuis. Wat we al een aantal jaren zien gebeuren is dat mensen sneller naar huis worden 'gewerkt'. Vroeger lag je met een galblaas acht tot tien dagen in het ziekenhuis, nu probeert men je na een paar dagen naar huis te sturen. Toen je vroeger naar een verzorgingshuis ging was je zeventig, nu vijftientig. Het adagium is dus: zo lang mogelijk thuis. Dat is allemaal prachtig. De druk op ons neemt toe, maar de budgetten niet. Sterker: ze nemen af. Het wordt steeds lastiger.'

'Wat het ziekenhuis betreft: doordat we in goed overleg mensen uit het ziekenhuis sneller thuis kunnen helpen met beter opgeleid personeel en betere apparatuur kan de produktie in het ziekenhuis toenemen. Er wordt harder gewerkt aan wachtlijsten, er worden meer operaties gedaan, meer verrichtingen, specialisten kunnen meer

declareren, enzovoort. Het ziekenhuis ziet de kosten stijgen, maar de thuiszorg ook. Het is niet zo dat als we meer te doen krijgen, we meer geld kunnen claimen, want het is gebudgetteerd. We moeten schipperen. Dat is een rare situatie. Het is dus substitutie van zorg, maar er hoort geen geld bij. De gedachte dat òfwel mensen vroeger onbehandeld bleven, òfwel nu verrichtingen worden gedaan die niet nodig zijn, ligt dus voor de hand. Maar dat kun je niet hard maken. We hebben geen zicht op de medische noodzaak van handelingen.'

'Het gaat dus vooral om oudere mensen. Zeker in Den Haag, de meest vergrijsde stad van Nederland: 19% is 65 jaar of ouder, het landelijke gemiddelde is circa 12%. Het zorgsysteem staat zwaar onder druk. Kinderen die hun ouders ondersteunen zijn er minder en minder. Mensen van in de negentig hebben kinderen van dik in de zeventig. Buurtsystemen zijn er niet meer en mensen zijn vervreemd van hun wijk.'

'We ondersteunen dus wel de tendens, maar er hoort geld bij. Vorig jaar hebben we een budgetreductie gehad van tien miljoen op een totaal van honderd miljoen. Verder hebben de steden geld moeten inleveren terwille van het platteland. En het stemt mij zorgelijk dat van de vijfduizend verzorgingshuisplaatsen in Den Haag er in drie jaar tijd rond 1.100 moeten worden opgeheven. Die 85-plussers krijg ik er dus bij. Daar staan alleen maar kortingen tegenover. We hebben heel serieus onderzoek laten doen, waaruit blijkt dat het helemaal fout gaat. Wat we nog aan zorg kunnen geven is mondjesmaat, nog los van de wachtlijsten. Dat gaat dus spaak lopen. Iedereen heeft vingers in de pap, maar besluitvorming komt er niet uit.'

'Dat alles komt als een lawine op me af. We doen erg ons best, we zien uitdagingen, we proberen flexibeler te zijn en elke gulden zo goed mogelijk te besteden. De politiek roept nogal gauw: spreek je overhead maar aan. Maar juist door allerlei randvoorwaarden heb je die overhead hard nodig.'

'We hebben negen organisaties tot één samengesmeed, vierduizend werknemers. Dat is geen sine cure geweest. De efficiëntie-winst zou ten goede komen aan de zorg, maar dit is inmiddels afgeroomd.'

'Het is ook moeilijk om de beleidsverantwoordelijken te pakken te krijgen. Zelfs als de politiek bereid is besluiten te nemen, blijkt die toch te

worden gesmoord in organen als de Ziekenfondsraad, Centraal Overleg Tarieven Gezondheidszorg en noem maar op. Dat is wel treurig.'

'Macro gezien zou je moeten kunnen bezuinigen. Maar dan moet de boel onder één regie. Misschien haal je dan 20% winst. Maar nu zitten er allemaal schotten tussen. En overheveling is niet mogelijk. Onze fusie van gezinsverzorging en wijkverpleging geeft aan dat zulks niet mogelijk is. Er zitten nog steeds schotten tussen, terwijl ik het verschil niet meer zie. Toch moeten we proberen die zaken nog uit elkaar te houden vanwege de stringentere regelgeving.'

"Ook als een ziekenhuisverdieping leeg staat kost dat nog geld. Je begrijpt niet dat dat mogelijk is. Je zou zeggen: gooi die budgetten op één hoop, zet er één regie op, onder leiding van de verzekeraar en je kunt veel meer doen met veel minder geld. Maar dat gebeurt niet. Vandaar dat ik wat cynisch ben. Het slopen van die schotten is dus ook niet gelukt onder het plan 'Simons'. Hij is er op stuk gelopen en ik denk niet dat er iets gaat gebeuren, voorlopig. Misschien lukt het de commissie Welschen nog. Misschien lukt het de kabinetsformatie nog die schotten te slechten. Daar is eigenlijk het wachten op. Ik hoop dat het cluster verpleging en verzorging dan onder één financier komt en voor mij maakt het niet uit of dat de verzekeraar wordt of de gemeente. Hoe dan ook, ik hoop dat de wethouder in een nieuwe ambtsperiode tot goede afspraken komt met de verzekeraar."

Zorgbehoefte thuiswonende verstandelijk gehandicapten

Mw. Marion F. Stein

De Sector GGD en Maatschappelijke Zorg in de regio Haaglanden heeft onderzoek gedaan onder ouders van kinderen met een verstandelijke handicap die thuis wonen. Aanleiding tot het onderzoek vormde de ontwikkeling van een zogeheten regiovisie. Het rapport vormt een basis om ook rond andere thema's dan de thuissituatie van verstandelijk gehandicapten met elkaar in gesprek te blijven. Zorgverzekeraars hebben al laten weten dat het onderzoek voor hen richtinggevend is voor de beoordeling van nieuwe initiatieven.

Ouders van vooral zwaarder verstandelijk gehandicapte kinderen die thuis wonen blijken vaak in een sociaal isolement te verkeren. Onbegrip, fysieke belemmeringen en gebrek aan tijdelijke opvang en aan oppashulp zijn hiervan oorzaken. En door het sociale isolement kan weer moeilijker een beroep worden gedaan op de omgeving waarmee de cirkel rond is.

Dit is één van de conclusies uit het onderzoek dat de sector GGD en Maatschappelijke Zorg in de regio Haaglanden¹ heeft verricht onder ouders van kinderen met een verstandelijke handicap die thuis wonen (1).

De ontwikkeling van een regiovisie² vormde de directe aanleiding voor het onderzoek. Onder andere de gemeente Den Haag krijgt in het licht van de stelselherziening in de gezondheidszorg de taak periodiek een regiovisie vast te stellen. Vooruitlopend op een wettelijke basis kregen de regionale overheden van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de vrijheid, zelf invulling te geven aan de regiovisie en praktisch aan de slag te gaan met het instrument regiovisie. Op initiatief van de wethouder

¹ Regio Haaglanden: Den Haag, Voorburg, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar en Zoetermeer.

² Regiovisie: een visie op de uit oogpunt van het algemeen belang meest gewenste inrichting van het zorgaanbod in de provincie/grote stad. Ontwerp van wet tot wijziging van de Gezondheidswet 1992.

Over de auteur

Mw. Marion F. Stein, beleidsadviseur volksgezondheid, Sector GGD/MZ Den Haag

voor Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg heeft Den Haag aan deze uitnodiging gevolg gegeven.

De zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is één van de beleidsterreinen waarmee Den Haag in het kader van de regiovisie is gestart. Zorgaanbieders, zorgvragers, financiers en provinciale en Haagse overheid, kortweg partijen in het stelsel, lieten in een eerste bijeenkomst hun bijval blijken voor het instrument regiovisie en selecteerden de thuissituatie van mensen met een verstandelijke handicap als een thema dat zich goed zou lenen voor een eerste proeve van een deelregiovisie. Een onderzoek naar de situatie en de zorgbehoefte van deze mensen zou daarbij vooraf dienen te gaan aan uitspraken over wat het meest gewenst is ten aanzien van het zorgaanbod.

Het onderzoek

Doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in de (gezondheids)situatie en zorgbehoefte van thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden. Onder andere werden vragen beantwoord als:

- in welke mate is de lichamelijke verzorging, de opvoeding en de begeleiding belastend voor de ouders;
- in hoeverre worden de ouders in hun dagelijkse activiteiten, sociale contacten en vrije tijd belemmerd;
- welke hulp en ondersteuning zijn gewenst of zullen moeten worden uitgebreid;
- is plaatsing in een woon- of dagvoorziening aan de orde en zo ja, hoe zal de voorziening er uit moeten zien?

Ouders van éénendertig thuiswonende verstandelijk gehandicapten zijn via de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) regio Den Haag geselecteerd en in december jl. bezocht voor een uitgebreid interview. De onderzoeksgroep is niet helemaal representatief voor de totale populatie thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio. De SPD is namenlijk verzocht gezinnen te kiezen waarin zich op enigerlei wijze 'problematiek' voordeed, ongeacht of ze wel of niet op een wachtlijst voor een woon- of dagvoorziening voor verstandelijk gehandicapten stonden. De keuze van de 'problematieke' gevallen is gemaakt om een duidelijk beeld te krijgen van de in de thuissituatie bestaande knelpunten.

Er is in Nederland verschillende keren onderzoek gedaan naar de wachtlijsten die de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap teisteren. De 'breder' keuze van de onderzoekspopulatie in de GGD-studie vloeit voort uit de doelstelling van de regiovisie, die zich immers niet beperkt tot geïncideerden voor 'AWBZ-voorzieningen'.

Bovendien wordt met deze keuze van de onderzoekspopulatie het nogal eens geopperde bezwaar ondervangen dat 'wachtlijst-onderzoek' door vertekening geen getrouw beeld zou geven van de werkelijke vraag.

Vanuit de gedachte 'zorg op maat', die aan de ontwikkeling van een regiovisie ten grondslag ligt, is het onderzoek dus primair gericht op de mate van zorgbehoefte die gepaard gaat met het niveau van functioneren en de mate van afhankelijkheid van thuiswonende gehandicapten. Een vergelijking tussen wel of niet geplaatsten op de wachtlijst is in de context van de onderzoeksvraagstelling dan ook minder relevant. Uit het GGD-onderzoek bleek wel een duidelijk verschil te bestaan tussen enerzijds de opgave van de ouders over de aard van de voorziening waarvoor hun kind op de wachtlijst stond en de daaraan gekoppelde mate van urgentie, en anderzijds de wachtlijstgegevens.

Behalve het criterium 'wachtlijst' versus 'niet-wachtlijst' is bij de selectie variatie nagestreefd op de kenmerken leeftijd, etniciteit, zwaarte handicap, zwaarte hulpvraag en de speiding over de gemeenten in de regio. In verband met de uniformiteit en de vergelijkbaarheid met elders verricht onderzoek is de vragenlijst uit een wachtlijst-studie te Rotterdam voor een belangrijk deel overgenomen (2).

Naast de voorgecodeerde vragen is vaak diepgaand doorgevraagd naar de achterliggende beweegredenen van bepaalde antwoorden. Eerder onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat de zorgbehoefte van verstandelijk gehandicapten zeer individueel wordt bepaald en dat deze zorgbehoefte complex is verstrengeld met de aard en de mate van de handicap, met de gezinssituatie en met de woon- en leefomstandigheden. Een en ander laat zich, zo blijkt uit de literatuur, maar moeilijk kwantitatief uit elkaar rafelen tot afzonderlijk analyseerbare aspecten of feiten. Kwalitatieve diepte-interviews, waarin de dingen in hun onderlinge samenhang worden beschreven, zijn daarom onontbeerlijk voor het verkrijgen van het benodigde inzicht. In dit onderzoek is naast de kwantitatieve vastlegging per ondervraagde een kwalitatieve be-

schrijving samengevat opgesteld.

Hoewel de onderzoekspopulatie in het GGD-onderzoek dus afwijkt van elders verricht wachtlijstonderzoek komen de bevindingen wel in hoofdlijnen daarmee overeen, zoals bijvoorbeeld met het onderzoek in Rotterdam (2). Opmerkelijk is wel dat in het GGD-onderzoek degenen die niet op een wachtlijst staan (ongeveer twee derde van de onderzoekspopulatie) er qua afhankelijkheid en zelfredzaamheid slechter bleken voor te staan, en dus in zwaardere mate gehandicapt bleken te zijn, dan anderen die wel op een wachtlijst staan. De behoefte aan bepaalde voorzieningen hangt dus niet alleen af van de zorgintensiteit maar ook van de 'draagkracht' van de ouders en/of de gezinssituatie. Zo kunnen oudere ouders uit voorzorg hun kind op een wachtlijst plaatsen. Uit de analyses blijkt dat verstandelijk gehandicapte kinderen jonger dan 14 jaar aanzienlijk zwaarder gehandicapt zijn dan oudere. Het kan zijn dat dit ook verband houdt met de keuze 'problematische' gezinnen te selecteren.

De conclusies van het onderzoek zijn inmiddels voorgelegd aan het tweede plenum van partijen zoals dat op 16 februari jl. bijeen was. Aan de bevindingen van het onderzoek was een, vooralsnog, zevental aanbevelingen gekoppeld: een zevental uitnodigingen aan partijen, voorzover hun invloed reikt, verbeteringen aan te brengen in het aanbod.

Op een aantal resultaten van het onderzoek, en waar aan de orde aanbevelingen, wordt hieronder ingegaan; daarbij is tevens aangegeven wie welke uitnodiging heeft aanvaard.

Resultaten en aanbevelingen

Informatie en voorlichting

Er is grote behoefte aan voorlichting en informatie. Door gebrek aan voorlichting hebben veel ouders het gevoel in een doolhof te verkeren waarbij ze zijn overgeleverd aan willekeur.

Globaal zijn de onderwerpen waarover de ouders informatie wensen:

- regelgeving;
- beschikbaarheid categoriale en reguliere voorzieningen;
- sociaal-medische aangelegenheden.

Het verdient aanbeveling onafhankelijk van partijen aanvullende voorzieningen te creëren voor

informatie en voorlichting. Hierbij kan onder meer worden gedacht aan een informatiecentrum en aan cursussen voor ouders van jonge kinderen met een verstandelijke handicap met het doel hen in een vroeg stadium bekend te maken met zodanige informatie.

De SPD, regio Den Haag, die een belangrijke functie vervult op dit terrein, zal kijken hoe hieraan vorm kan worden gegeven.

Opvang

Vanwege de zeer belangrijke ontlastende functie in de thuissituatie behoeven alle vormen van tijdelijke opvang zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin uitbreiding. Het betreft logeer-, weekend-, zaterdag-, vakantieopvang en oppas. Oppas is vooral een probleem voor ouders van zwaarder gehandicapte kinderen. Het sociale isolement dat ouders ondervinden is nadrukkelijk verbonden aan allerlei vormen van opvang. Naarmate het kind zwaarder gehandicapt is, worden de sociale contacten bovendien in toenemende mate problematischer door fysieke problemen zoals vervoer, rolstoelen, het op schoot moeten houden door het ontbreken van een geschikte stoel en huizen van kennissen die niet op deze problemen zijn ingesteld.

Ouders stellen specifieke eisen aan de opvangvoorzieningen zoals deskundigheid, begeleiding, continuïteit en flexibiliteit.

De intramurale instellingen voor zwakzinnigenzorg Westerhonk te Monster en Craeyenburch te Nootdorp gaan in de komende tijd uitbreiding voor tijdelijke opvang realiseren. De resultaten en de ondervonden knelpunten zullen door hen worden aangereikt op het derde plenum van partijen. Mogelijk kan daarbij ook een andere aanbeveling van het rapport - die vanwege de tijd op 16 februari niet meer in bespreking kon komen - hierin haar weg vinden. Het betreft de aanbeveling dat deeltijdplaatsing in een woonvoorziening, gecombineerd met dagbesteding elders, een alternatief vormt voor volledige plaatsing in een woonvoorziening. Een dergelijk aanbod kan een belangrijke substitutie teweegbrengen, vooral door het effect van uitstel van volledige plaatsing. Een voordeel daarvan is ook dat een zo 'normaal' mogelijk dagelijks levensritme kan worden bereikt, overeenkomstig de bestaande scheiding in de samenleving tussen wonen en dagbesteding. De flexibele opvang die bijvoorbeeld Craeyen-

Verstandelijk gehandicapten

burch gaat realiseren lijkt hiervoor eveneens mogelijkheden te bieden. Schroeder van der Kolk (dagactiviteitencentra) en SPC Sandhaghe hebben daarnaast toegezegd de mogelijkheden, inclusief financiering, van uitbreiding van de zaterdagopvang te onderzoeken.

Papierwerk en procedures: het moet echt beter

Het regende klachten over de procedures en het 'papierwerk' die nodig zijn voor het verkrijgen van voorzieningen en aanpassingen. Het vormt een enorme belasting voor de ouders. Jonge ouders ervaren dit zelfs als sterker belastend dan de omgang met hun kind. Het ontbreekt vooral aan onderling overleg en terugkoppeling tussen betrokken instanties, aldus de ouders. De wachttijd voordat een aanvraag wordt ingewilligd is ook één van de problemen. Een jaar wachten blijkt geen uitzondering. Het herhaaldelijk

verschaffen van niet ter zake of reeds bekende informatie irriteert velen.

De invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten in diverse regiogemeenten lijkt dan ook een uitgelezen moment om een radicale verbetering te brengen in ten minste een deel van deze situatie. Verkorten van de procedures leidt al snel tot aanzienlijke terreinwinst. Maar het gaat om meer. De roep om een één-loketfunctie kan hierbij natuurlijk niet uitblijven.

In dit geval heeft de GGD op zich genomen te onderzoeken óf, en zo ja onder welke voorwaarden, een één-loketfunctie in de regio kan worden gerealiseerd.

Thuishulp

In ongeveer de helft van de gezinnen komen de huishoudelijke werkzaamheden in het gedrang door de verzorging, de opvoeding en de begelei-

Gemiddelde belastingscore ¹⁾ van de lichamelijke verzorging, de opvoeding en de begeleiding van verstandelijk gehandicapten. Regio Den Haag 1994.

	< 14 jaar N=17	14 jaar en ouder N=14	Totaal N=31
<i>Lichamelijke verzorging</i>			
Aan- en uitkleden	2.8	1.8	2.3
Wassen/baden/tandenpoetsen	2.8	1.8	2.3
Zindelijkheid	2.9	1.4	2.2
Eten en drinken	2.5	1.7	2.2
Verplaatsing buitenshuis	2.3	1.8	2.1
In, uit bed gaan	2.2	1.7	2.0
Vervoer naar dokter/fysiotherapeut e.d.	2.2	1.6	1.9
Tijdens bed/nachtrust	1.7	1.4	1.6
<i>Opvoeding en begeleiding</i>			
Bezighouden	2.4	2.1	2.3
Procedures m.b.t. verkrijgen voorzieningen/aanpassingen	2.5	1.7	2.2
Ontwikkeling vaardigheden	2.2	1.8	2.0
Zgn. papierwerk/formulieren invullen e.d.	2.1	1.8	2.0
Omgaan met gedrag	2.3	1.5	1.9
Overleg met maatschappelijk werkers	1.9	1.6	1.8
Zoeken/verkrijgen van ontspannings- mogelijkheden (sport en recreatie)	1.5	1.7	1.6

¹⁾ Belastingsscore: 1 = niet belastend; 2 = enigszins belastend en 3 = erg belastend.

ding van het gehandicapte kind (tabel 1). De 'spitstijden' vormen vooral een probleem. Ook aandacht voor andere kinderen komt onder druk te staan. Bij gericht doorvragen door de interviewer kwamen de volgende argumenten om geen (thuis)hulp te vragen boven tafel:

- negatieve verwachting ten aanzien van deskundigheid en praktijkervaring van de hulp;
- negatieve verwachting omtrent het in aanmerking komen voor hulp;
- negatieve verwachting omtrent tijden waarop hulp kan worden aangereikt;
- verwachte discontinuïteit in de hulp;
- persoonlijke omstandigheden.

Er is grote behoefte aan een breder inzetbare vorm van hulp in de thuissituatie. Ouders verwachten van deze hulp dat deze meedenkt en meedraait in alle aspecten van het huishouden. Deskundigheid en praktische ervaring zijn daaraan verbonden voorwaarden. Dergelijke hulp bestaat op dit moment nog niet, doch wordt ten hoogsten door afzonderlijke hulpverleners aangeboden.

Dit aandachtspunt was aanleiding om voortaan ook de Stichting Thuiszorg bij het plenaire overleg te betrekken. Craeyenburch heeft de handschoen van het knelpunt thuiszorg en de daarop geformuleerde aanbeveling opgepakt: het gaat de mogelijkheden na voor het meer op maat aanbieden van thuiszorg. Memorabel in dit verband is de situatie in Groningen waar de reguliere thuiszorg erin is geslaagd tot een vraaggerichte vorm van thuishulp te komen voor mensen die langdurig zijn aangewezen op hulp, waaronder mensen met een handicap (3).

Georganiseerde vrijetijdsbesteding

Naar het oordeel van ouders is georganiseerde vrijetijdsbesteding niet of onvoldoende aanwezig. Zwemmen en snoezelen worden hierbij nogal eens genoemd. Ouders geven aan dat ze veel tijd, geld en energie kwijt zijn aan het vinden van geschikte ontspanningsmogelijkheden. In het reguliere aanbod wil dat nog wel eens stuiten op een non-acceptatie door anderen, onbegrip zoals ouders en kinderen die vaker ontmoeten. Maar ook de weg naar categoriale voorzieningen blijkt niet bovengronds te zijn aangelegd. Sommigen geven het dan maar op. En ook de afstand speelt een grote rol. Het (georganiseerd) vervoer is er daardoor nauw aan verbonden. Daar waar wel vervoersmogelijkheden zijn spelen de kosten de ouders nog wel eens parten.

De aanbeveling luidt op dit punt dat activiteiten zoveel mogelijk decentraal, dicht in de buurt, moeten worden aangeboden. Dit drukt niet alleen de vervoerskosten in belangrijke mate maar ook kunnen afspraken tussen ouders onderling, bijvoorbeeld om te poolen, eenvoudiger tot stand komen.

Ook op deze aanbeveling heeft de SPD regio Den Haag ingestoken. Deze dienst gaat de behoefte en de mogelijkheden voor sociaal-culturele voorzieningen, waaronder zwemmen en snoezelen, in kaart brengen en voorstellen doen voor verbetering of uitbreiding.

Medische en maatschappelijke hulpverlening

De meerderheid van de ouders is tevreden met de huisarts getuige uitspraken als: 'staat altijd klaar voor het gezin' en 'kan er altijd terecht met vragen of problemen'. Problemen komen inderdaad voor. Verschillende ouders waren of zijn regelmatig overspannen of depressief. Dit houdt bijvoorbeeld verband met de wens voor een tweede kind en de vrees om nog een gehandicapt kind te krijgen. Waar de kinderen worden behandeld door verschillende artsen vinden ouders het belangrijk dat deze zorg wordt gecoördineerd en op elkaar afgestemd. De ouders merken op dat ook bij medische specialisten soms onvoldoende kennis is over verstandelijke handicaps (bijvoorbeeld een verhoogde pijngrens bij autisten).

Heel verschillend ligt het oordeel van ouders over het maatschappelijk werk (mw) van de SPD. Eén derde oordeelt over de contacten met het mw neutraal, zoals 'nemen zelf wel contact op als het nodig is' en circa één derde reageert positief, nagenoeg allen afkomstig uit Zoetermeer, in de trant van: 'waardeer contact' en 'kan er altijd met vragen terecht'. Ook circa één derde vindt de contacten met het mw nogal belastend en heeft er een negatief tot zeer negatief oordeel over zoals: 'weet dat er goeden bij zijn, maar die heb ik nog niet gehad'.

Dagbesteding

De ouders geven ten aanzien van de dagbesteding aan dat deze er - rekening houdend met de verstandelijke en lichamelijke capaciteiten en de leeftijd van het kind - zo 'normaal' mogelijk dient uit te zien. Ouders hechten in hoge mate aan blijvende stimulering in de ontwikkeling en ont-plooiing van hun kinderen. Ze willen dat het kind

Verstandelijk gehandicapten

iets zinvol doet en dat het zich nuttig maakt waardoor hij of zij zich net als ieder ander gewaardeerd voelt.

Als het kind daarvoor de leeftijd heeft willen ze graag dagactiviteiten buiten het internaat, als het kan een sociale werkplaats of een (beschutte) arbeidsplaats zoals werken in een kantine, een kwekerij of een bejaardentehuis.

Er blijkt een grote tevredenheid te bestaan over de dagactiviteiten, te weten het dagverblijf voor oudere verstandelijk gehandicapten (DVO) en in het bijzonder het kinderdagverblijf (KDV). Bij deze laatste wordt de brede service bijzonder gewaardeerd (onder andere de hulp bij procedures). Er is wel behoefte aan langere en flexibelere openingstijden van het KDV.

Aspecten van de woonvoorziening

Veelvuldig onderzoek naar de wachtlijsten voor een inrichting of gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk gehandicapten in Nederland levert telkens hetzelfde beeld op. De conclusie dat de wachtlijst onvoldoende het functioneren, de feitelijke urgentie en de gewenste woonvoorziening weergeeft komt hierin steeds naar voren. Ouders willen meer ontlasting van de thuissituatie, meer kleinschaligheid van voorzieningen en deze ook dicht bij huis. In de wetenschap dat gegeven de omstandigheden veranderingen in de gezondheidszorg bij regel tijd, zeer veel tijd vergen, is de ouders gevraagd aan te geven welke aspecten bij toekomstige woonvoorzieningen ze het belangrijkste vinden. Ze konden een prioriteit toekennen aan de volgende aspecten: dichtbij de huidige woning, kleinschaligheid, kwaliteit van de begeleiding (deskundigheid, continuïteit), veiligheid en bescherming, zinvolle dagbesteding of een andere dan de genoemde aspecten.

'De kwaliteit van de begeleiding' wordt veruit het belangrijkste gevonden (tabel 2). 'Veiligheid en bescherming' komen op de tweede plaats gevolgd door 'een zinvolle dagbesteding', 'kleinschaligheid' en 'dichtbij de woning'.

Een aantal ouders kon echter met deze vraag niet goed uit de voeten, omdat men de antwoordcategorieën te algemeen geformuleerd vond, en heeft geen antwoord gegeven of zei alle aspecten even belangrijk te vinden. Toch kan deze rangordening dienen als signaal voor het veld als antwoord op de vraag waaraan in de nabije toekomst het eerst aandacht dient te worden geschonken. Of anders gezegd: hoe de armoede te verdelen.

tabel 2

Rangorde prioriteitstelling woonaspecten.
Regio Den Haag 1994.

	Gemiddelde puntenwaardering
Kwaliteit van de begeleiding (deskundigheid, continuïteit)	1.7
Veiligheid en bescherming	2.6
Zinvolle dagbesteding	3.2
Kleinschaligheid	3.4
Dichtbij de huidige woning	3.5

¹⁾ Rangorde op basis van belangrijkheid:

1 = meest belangrijk en 5 het minst belangrijk.

Tot slot

In deze fase van de invulling van de regiovisie zijn nog niet voor alle conclusies uit het onderzoek aanbevelingen gedaan. Daarvoor was de hoeveelheid informatie te groot' zouden ze het landelijke beleid aangaan, of een toekomstige woonsituatie in een intra- of semimurale omgeving betreffen en daarmee minder de thuissituatie van nu.

In elk geval biedt het onderzoek voor partijen een basis om ook rond andere thema's dan de thuissituatie van verstandelijk gehandicapten met elkaar in gesprek te blijven. Van de zijde van de financiers is al aangegeven dat voor hen het onderzoek richtinggevend zal kunnen zijn in de beoordeling van de bij hen aangediende initiatieven.

De rol van de Sector GGD en Maatschappelijke Zorg ten aanzien van de regiovisie blijft driedelig: monitoren, procesmanagement en het bij de regiovisie betrekken van de gemeentelijke uitvoerende zorgtaken.

Dit onderzoek heeft in context neergezet waar (ouders van) kinderen met een verstandelijke handicap mee te maken krijgen. Elk kind en elke thuissituatie is anders en vraagt om andere vormen van ondersteuning en hulp. Hulp die veelal permanent van aard is maar die in vorm en tijd variërend kan zijn.

Er bestaat geen panacee voor alle kwalen. Eén van de geïnterviewde ouders zei het als volgt toen haar de vraag werd voorgelegd waaraan de toekomstige woonvoorziening moest voldoen: 'Als ze ze maar niet allemaal een gestreept broekje met een geblokt T-shirtje aantrekken'.

Literatuur:

1. Struben H.W.A. Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden. Dienst Welzijn, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg, afdeling Epidemiologie. Den Haag, februari 1994.
2. Gennep A van, Calis W. Waar wachten we op: een onderzoek naar de hulpvraag van wachtenden op een plaats in een inrichting of een gezinsvervangend tehuis in Rotterdam. Beleidsondersteunend bureau voor instellingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Amsterdam/Rotterdam 1991.
3. Schippers A, Kraan T. Flexibele thuishulp: een klantgericht aanbod voor langdurige gebruikers. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Utrecht 1993.

Exemplaren van het onderzoeksverslag 'Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden' kunnen worden besteld door overmaking van f20,- (inclusief f5,- verzendkosten) op gironummer 48 843 t.n.v. Dienst Welzijn Den Haag o.v.v. 'Rapport Zorgbehoefte'.

Eén-loketfunctie van groot belang

Mw. N. van Poppel

De zorgbehoefte onder thuiswonende, verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden werd in het vorige artikel beschreven. De knelpunten zijn één voor één bij de ouders bekend, maar het totale overzicht geeft niettemin een schrikbeeld. 'Het is heel moeilijk om concreet oplossingen te bedenken, want als er eenvoudige oplossingen waren, bestonden de problemen niet.' Maar het is een goede zaak dat er wordt gewerkt aan de regiovisie.

'Niet het ontbreken van informatie is het probleem, maar de manier waarop ouders aan de informatie kunnen komen; het is een doofhof', zegt Elly Rijsbergen, voorzitter van de Regionale Federatie van Ouderverenigingen Verstandelijk Gehandicapten in Den Haag en omgeving. Er worden door de federatie zo'n drieduizend ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen bereikt, ongeveer 45% van alle verstandelijk gehandicapten in de regio.

De voorzitter reageert op het in februari jl. uitgebrachte rapport over het onderzoek naar de zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden, uitgevoerd door de Dienst Welzijn Den Haag (1).

Genoeg informatie

Voor Elly Rijsbergen is het merendeel van de resultaten uit het onderzoek geen verrassing. 'De knelpunten zijn bekend. Maar als je het allemaal op een rij zet, schrik je er toch van. Het geeft goed de problemen weer die ouders van verstandelijk gehandicapten tegenkomen'. Als ouder van een thuiswonende 25-jarige verstandelijk gehandicapte zoon herkent ze een aantal problemen uit eigen ervaring.

Toch heeft het haar verbaasd dat uit het onderzoek een schreeuwende behoefte aan informatie naar voren komt. 'Dat valt mij tegen. Er zijn nog te weinig jonge ouders lid van onze vereniging. Ik

Over de auteur

Mw. N. van Poppel is freelance-journalist. Zij was één van de interviewers in het onderzoek naar de zorgbehoefte onder verstandelijk gehandicapten.

krijg altijd van hen te horen dat ze zelf de weg wel weten en het zelf wel uitzoeken.'

Volgens Elly Rijsbergen is er voldoende informatie te krijgen. 'Alleen al de ouderverenigingen hebben een schat aan informatie en die is voor iedereen beschikbaar.' De regionale federaties van ouderverenigingen worden ondersteund door een overkoepelende professionele organisatie met informatie op elk terrein en met consultants en cursussen. De in het onderzoek aanbevolen cursussen voor jonge ouders worden in de regio's al gegeven.

'Het is niet zozeer dat er geen informatie is', zegt Elly Rijsbergen. "Maar we merken een bepaalde weerstand bij ouders zich erin te verdiepen. Dat kan ik wel begrijpen. Als je als jonge ouder om informatie vraagt dan geef je toe dat je een verstandelijk gehandicapt kind hebt. Daar wil je nog niet alles van weten. De ouders hebben vaak genoeg aan zichzelf en ze staan aan het begin van een andere weg dan de weg die ze zich hadden voorgesteld'

Onvoldoende bereik

De ouderverenigingen hebben al eerder gesignaleerd dat de beschikbare informatie de ouders van verstandelijk gehandicapten niet voldoende bereikt. Als voorzitter van de regionale federatie heeft Elly Rijsbergen dit probleem met de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) besproken. 'De SPD stelt zich op het standpunt dat ouders zelf contact moeten opnemen. Dat is de vrijheid van ouders. Vroeger kwam er automatisch iemand bij je aan de deur als bekend was dat je een verstandelijk gehandicapt kind had. Nu komt men alleen op verzoek. Dat kan ik wel waarderen, maar mensen moeten wel van het bestaan van de SPD op de hoogte zijn.'

Elly Rijsbergen vindt dat elke ouder van een verstandelijk gehandicapt kind bij de SPD terecht moet komen, ze kunnen de ouders dan verder begeleiden. Maar er is een leemte in de verwijzing. 'Huisartsen hebben er in hun praktijk slechts bij één op de duizend patiënten mee te maken. Dat is natuurlijk erg weinig om voldoende op de hoogte te zijn. In het onderzoek is echter gebleken dat ouders over het algemeen wel tevreden zijn over hun huisarts.'

Elly Rijsbergen vindt dat het huidige systeem niet kloppend is. De regionale federatie is dan ook voorstander van kortere lijnen. Ook zal er meer

samenwerking en afstemming tussen alle zorgvoorzieningen tot stand moeten komen. "De situatie van je kind kan op een gegeven moment weer wijzigen. Bijvoorbeeld als een kind te oud wordt voor een school of dagcentrum. Dan rijst bij de ouders opnieuw de vraag: 'Wat nu?' Het is jammer dat het van het huidige systeem afhangt of er af en toe eens wordt opgebeld naar de ouders."

Regiovisie goede zaak

Elly Rijsbergen vindt het een goede zaak dat er wordt gewerkt aan een regiovisie, waarin zorgvragers (ouderverenigingen), zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelijkwaardig samenwerken; via brede samenspraak kan daardoor de meest gewenste inrichting van het zorgaanbod worden geformuleerd. Ze ervaart dat er nogal wat zaken naast elkaar of dubbel gebeuren. Met een regiovisie worden de verschillende activiteiten beter op elkaar afgestemd. Als voorbeeld noemt ze de jobcoaching, waarbij voor oudere verstandelijk gehandicapten maatschappelijk zinvolle projecten worden geschapen, zoals het bekende Konmarkarretjesproject. In oorsprong kwam het idee van de Landelijke Federatie van Ouderverenigingen, maar nu zijn de SPD, de dagcentra van Sandhaghe en van de Schroeder van der Kolk er gezamenlijk aan gaan werken. Dit is een voorbeeld hoe het ook samen kan.

De instellingen Sandhaghe, Craeyenburg en Schroeder van der Kolk - samen verenigd in PantoZ - ontwikkelen een één-loketfunctie voor hun eigen voorzieningen. Ouders hoeven zo niet meer bij elke instelling apart hun verhaal te doen. Elly Rijsbergen waardeert het initiatief, maar ze vindt het ontoereikend. 'Er zijn nog meer voorzieningen in de regio. Het is uitstekend dat de voorlichting vanuit één loket wordt gegeven, maar dan voor alle instellingen. En dat is een taak van de SPD, daar ligt de coördinatie. Als de SPD goed werkt is het niet nodig dat instellingen op eigen houtje iets organiseren. Iedereen moet zijn eigen taak goed doen en niet op elkaars terrein komen.'

Een één-loketfunctie

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek heeft de SPD vanuit PantoZ nogal wat kritiek gekregen. Elly Rijsbergen onderschrijft de

Eén-loket functie

kritiek deels, maar heeft er ook begrip voor dat de SPD - vroeger tot stand gekomen door de ouderverenigingen en nog niet zo lang geleden vanuit verschillende levensbeschouwelijke organisaties tot één gesmeed - nog niet optimaal werkt. Ze heeft echter alle vertrouwen in de toekomst. Veel heil ziet ze in het nieuwe zorgregistratiesysteem, dat de SPD gaat opzetten. Hiermee komt er een beter zicht op de zorgbehoefte van de cliënten en kan men adequater reageren.

Enthousiast is ze over de in het onderzoek aanbevolen één-loketfunctie, waar ouders met alle vragen terecht kunnen. De één-loketfunctie moet zo breed mogelijk zijn. Ouders moeten er terecht kunnen voor informatie, maar ook voor het aanvragen van voorzieningen en aanpassingen. Het verduidelijken van de zogenaamde zorgvraag/zorgwens zal ook binnen dat loket moeten worden geboden. De termen case-manager en zorgconsulent vindt hier hun entree. Ze ziet dat als een taak van de SPD. Eventueel kan het centrale loket ook worden bestemd voor lichamelijk gehandicapten.

Uitbreiding tijdelijke opvang

Elly Rijsbergen verwacht veel van het onderzoek. Ze hoopt dat er oplossingen worden bedacht voor de problemen. Belangrijk vindt ze de uitbreiding van de mogelijkheden voor tijdelijke opvang. Flexibeler openingstijden van de activiteitencentra, zoals door ouders in het onderzoek is aangegeven, zou ze zeer toejuichen, omdat ondersteuning in de thuissituatie van groot belang is.

Wat de regionale federatie van ouderverenigingen zelf zou kunnen doen, ziet de voorzitter nog niet duidelijk. 'Het is heel moeilijk om concreet oplossingen te bedenken, want als er eenvoudige oplossingen waren, bestonden de problemen niet.' Ze ziet wel als taak voor de federatie om zoveel mogelijk betrokken te zijn bij de verschillende voorzieningen, onder andere in de oudercommissies. De regionale federatie is immers de representant van de zorgvragers, ouders en verzorgers. Ze behartigen de belangen ook op collectief niveau. Ze zullen optreden als de kwaliteitsbewaker en voeren als partij overleg met de aanbieder en de verzekeraar.

Eén probleem heeft ze gemist in het onderzoek. Dat is de situatie van de ouders op leeftijd met een verstandelijk gehandicapt kind in huis, die het kind zo lang mogelijk thuis willen houden. "Er ligt een enorme druk op die ouders: waar

komt mijn kind terecht wanneer ons plotseling iets overkomt? Nu worden de kinderen in een dergelijke situatie van de ene instelling naar de ander gestuurd, totdat er ergens een vaste plek vrij komt. Dat kan lang duren. 'Het beddencarrousel' wordt dat wel genoemd. Veel ouders weten dit niet en dat is misschien maar goed ook, dat zou de zorg alleen maar groter maken. Wij vinden dat je een soort contract zou moeten kunnen afsluiten, waarmee je de zekerheid krijgt dat er een plek voor je kind is wanneer de zorg door de ouders plotseling wegvalt. Een cliëntgebonden budget is daarbij een belangrijk middel, zodat je een plaats als het ware zou kunnen kopen. Het uitgangspunt zou het individu en de hulpvraag moeten zijn. Je moet gebruik kunnen maken van hetgeen er regulier aanwezig is aan voorzieningen. Wanneer deze niet toereikend zijn zal er naar alternatieven moeten worden gezocht. Dit geldt op het gebied van wonen, dagopvang, onderwijs, thuishulp en andere functies van zorg."

Literatuur:

1. Struben H.W.A. Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden. Dienst Welzijn, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg, afdeling Epidemiologie. Den Haag, februari 1994.

Huisartsengeneeskunde in hartje Den Haag

25-jarig jubileum van een groepspraktijk van huisartsen

Dokter Rensing van de jubilerende huisartsengroepspraktijk in het Transvaalkwartier en directeur Bakker van het ziekenhuis Westeinde spraken begin februari op een symposium over de binnenstadsgezondheidszorg. Rensing: 'De bevolking in het Transvaalkwartier komt 50% vaker bij de dokter dan de bewoners van een welstandswijk.'

Bakker: 'Er moet structureel meer geld beschikbaar komen voor binnenstadsgeneeskunde. Dat gebeurt uiteindelijk ook voor maatschappelijke functies zoals het onderwijs en de politie.'

De eerste Haagse huisartengroepspraktijk, gevestigd in het Wijk- en Dienstencentrum Transvaal in de Scheepersstraat, vierde 5 februari jl. haar 25-jarig bestaan. Reden genoeg voor de vijf praktizerende huisartsen om bij dit lustrum van huisartsenwerk in de Haagse binnenstadswijk Transvaalkwartier stil te staan in de vorm van een symposium.

Wat is er zo bijzonder aan hun werk; kunnen ze het werk nog wel aan, waar en hoe kan het worden verbeterd? Huisarts J.C.B.M. Rensing, woordvoerder van de huisartsengroep, en R.B.M.R. Bakker, directeur van het ziekenhuis Westeinde, laten tijdens het lustrumsymposium hun licht schijnen op de binnenstadsgezondheidszorg.

Phoenix opgebrand?

Rensing: "De huisartsen van onze groepspraktijk ervaren het zwaartepunt van hun werk, letterlijk en figuurlijk, in de centrumwijk Transvaalkwartier. Daarnaast oefenen we praktijk aan huis uit. We wonen - en werken deels - in welvarende wijken, die niet ver van het Transvaalkwartier zijn gelegen. Frustrerende werkomstandigheden en chronische stress zouden bij met name huisartsen in de grote steden leiden tot een nieuw syndroom: het burnt out syndroom. Ik vind dat als de huisarts in de grote stad al aan het opbranden is, er alle reden is aan te nemen dat een herrijzenis uit

Over de sprekers

J.C.B.M. Rensing, huisarts in Den Haag en R.B.M.R. Bakker, directeur van het Westeinde ziekenhuis in Den Haag

de as mogelijk is. Huisartsen hebben in het verleden wel voor hetere vuren gestaan.

Een huisartspraktijk in een binnenstadswijk heeft zo zijn specifieke kenmerken. Er wonen relatief meer mensen met achterstanden op diverse gebieden: scholingsniveau, arbeidsparticipatie, kwaliteit van huisvesting, financiële omstandigheden. In het Transvaalkwartier is het aantal bejaarden, onvolledige en anderszins gebroken gezinnen en allochtonen groter dan elders in de stad. Onder de allochtonen zien we vooral Hindoestaanse Surinamers, Turken en Marokkanen en in mindere mate wonen er ook vluchtelingen en illegalen.

De huisarts ziet bij allochtonen vaak een ander morbiditeitspatroon en klachtenpresentatie in vergelijking met hun Nederlandse leeftijdsgenoten en hij vindt bij patiënten met een lager sociaal-economisch niveau in samenhang daarmee ook vaak een minder goede gezondheid. Tussen allochtone en autochtone bewoners van dezelfde wijken zijn de verschillen in niveau van gezondheid minder uitgesproken.

De laatste 25 jaar is de huisartsengeneeskunde in Nederland sterk geprofessionaliseerd (leerstoelen huisartseneeskunde aan alle faculteiten; beroepsopleiding; nascholing; introductie van 'standaarden'). De Nederlandse huisarts handelt meer dan 90% van de hem gepresenteerde gezondheidsproblemen zelf af (meer dan 60 miljoen contacten per jaar), à raison van 4% van de totale kosten in de gezondheidszorg. We zijn 'de vleesgeworden trechter van Dunning'. De keerzijde van de toegenomen professionalisering is dat er vele, vaak niet-patiëntgebonden, taken zijn bijgekomen, zoals farmacotherapeutisch overleg, coördinatie intensieve thuiszorg, opleiding, nascholing, automatisering en preventie. De huisarts voelt dat hij soms door dit alles van zijn ambachtelijke werk en zijn patiënt verwijderd raakt.

Als alle huisartsen staan huisartsen in de grote steden middenin dit spanningsveld. Laatstgenoemden melden daarnaast problemen die samenhangen met de omstandigheden van een grote stad en van haar bewoners. Aan de huisarts in de grote stad worden vele sociale problemen gepresenteerd als eenzaamheid, gedragsstoornissen, verslaving, psychoses, sociaal-culturele problemen en agressief gedrag, ook in de huisartspraktijk. Elke huisarts is bekend met het begrip 'co-morbiditeit', de grote-stadshuisarts kent daar-

naast het begrip 'co-problematiek'. Onderzoek uit eigen praktijk toont aan dat de bevolking in het Transvaalkwartier 50% vaker wordt gezien dan de bewoners uit de welstandswijken.

Behalve met de bijzondere kenmerken van de grote-stadspraktijkpopulatie heeft de huisarts ook te maken met een sterk wisselende praktijkpopulatie, waardoor er sprake is van een korte contactduur, gebrek aan continuïteit van de zorg en anonimiteit. De hulpverlening, zowel in de eerste als in de tweede lijn, is complex en onoverzichtelijk en vertoont vaak hetzelfde gebrek aan continuïteit als de patiëntenpopulatie, waardoor het moeilijk is afspraken te maken. Vooral wanneer veel deeltijdfunctionarissen bij de betrokken instellingen werken is de communicatie niet eenvoudig.

H.O.E.D.-constructie

In Rotterdam vergeleek de District Huisartsen Vereniging de werkomstandigheden van huisartsen in achterstandsbuurten met die van huisartsen in welvarende buurten. Een groot deel van de Rotterdamse huisartsen uit achterstandsbuurten ervaart de 'diensten' als het meest belastende van hun werk, daarna komt de 'oneigenlijke hulpvraag' en de 'werklast'. Door de huisartsen uit welvarende buurten wordt de 'werklast' het meest genoemd. Druk hebben ze het kennelijk allemaal. Huisartsen praktizerend in de minder gegoede buurten van Rotterdam blijken zeer geïnteresseerd te zijn in het werken met verschillende Huisartsen Onder Eén Dak (zogenaamde H.O.E.D.-constructie) en in praktijkverkleining (mits mogelijk gemaakt door verhoging van het tarief) om de werkbelasting te verminderen.

Recentelijk werd een gelijksoortig onderzoek onder de Haagse huisartsen verricht. Ook hierin kwam de werklast als voornaamste knelpunt naar voren. Een aantal Haagse huisartsen bleek geïnteresseerd in gezamenlijke huisvesting, in extra-honorering voor bijzondere verrichtingen en - opvallend genoeg - in oplossing van parkeerproblemen. In Den Haag werden de 'diensten' niet als een bijzonder knelpunt gezien. Hieraan zal het bestaan van de doktersnachtsdienst niet vreemd zijn.

Overbelasting voorkómen.

Hoe kan worden voorkómen, dat de huisarts in de grote stad door overbelasting het basistakenpakket niet meer volledig kan uitvoeren? De volgen-

de maatregelen stel ik voor:

- aanvullende faciliteiten (extra praktijkruimte, extra assistentie, 'faciliteitsbedrijf' voor meer incidentele behoeften). Zorgverzekeraars en gemeente zouden H.O.E.D.-constructies moeten bevorderen;
- een flexibeler honoreringssysteem, dat meer recht doet aan een bovennormaal arbeidsintensieve praktijksamenstelling en dat het honoreringsonrecht van de bovennormale ziekenfondspraktijk corrigeert ('ontknikking');
- grote terughoudendheid met verdere rayoneringsgebied tot de praktijk toelaten). Rayoneringsgebied leidt tot concentratie van problematiek in een steeds kleiner aantal praktijken;
- de gemeente speelt een rol bij het creëren van praktijkruimten in renovatie- en nieuwbouwggebieden en bij de oplossing van parkeerproblematiek.

En verder nog enkele adviezen uit de dagelijkse praktijk:

- een huisarts is geen alleskunner. Soms zijn anderen beter in staat problemen op te lossen;
- een eerste kennismaking tussen huisarts en een nieuwe patiënt biedt beiden voordelen. De spelregels binnen de praktijk kunnen worden uitgelegd en de gegevens van de vorige huisarts kunnen direct worden opgevraagd;
- huisartsen doen er goed aan binnen hun huisartsgroep af te spreken hoe te reageren op agressie, bijvoorbeeld in de waarneming. Het is belangrijk dat er in ieder geval een reactie volgt. De directe confrontatie tussen agressief gedrag en de gevolgen daarvan is voor de patiënt de meest effectieve methode om dit gedrag te veranderen.

Tot slot, en het zal u niet verbazen dit te horen uit de mond van huisartsen die al zoveel jaren samenwerken: samenwerken is zinnig. Je kunt gebruik maken van specifieke kennis en vaardigheden van een ander, je kunt taken verdelen, je kunt je als groep profileren, tegenover je patiënten, tegenover verzekeraars en tegenover overheden.

De laatste paar jaar lijkt de ontwikkeling van samenwerking tussen huisartsen te stagneren. Volgens mij komt dat omdat we teveel vastzitten aan de geijkte vormen: het stramien gezondheidscentrum: groot, log, kostbaar; het stramien groepspraktijk: contracten, veel vergaderen. Uit



de onderzoeken in Den Haag en Rotterdam krijg ik de indruk, dat veel huisartsen naar veel lichtere vormen van samenwerken zoeken: gezamenlijke huisvesting om te beginnen en dan al werkend zien hoever je de samenwerking wilt verdiepen. Voor de lichte samenwerkingsvormen is al een naam bedacht: H.O.E.D.. De eerste H.O.E.D.-praktijk moet nog worden opgericht, maar ik voorspel hem alvast een bloeiende toekomst!

Als ik de manier, waarop we in de afgelopen jaren met elkaar hebben gewerkt zou moeten karakteriseren zeg ik: proberen optimaal samen te werken maar met behoud van maximale individuele professionele autonomie.

Het heeft ervoor gezorgd, dat we nog lang niet zijn opgebrand."

Het binnenstadsziekenhuis

Bakker concentreert zich in zijn voordracht op de gemeenschappelijkheden waarmee zowel de specialisten in het Westeinde ziekenhuis als de huisartsen werkzaam in de Haagse binnenstad zich geconfronteerd zien. "Boeiend hierin is dat ze aan de ene kant heel negatief te duiden zijn als een grote belasting voor de huisarts en voor de specialist. Zo klagen de artsen over het grote aantal patiënten waarmee ze niet goed kunnen communiceren of dat zich onttrekt aan hun therapie. Maar aan de andere kant zijn er evenzovele boeiende kanten: in het Westeinde ziekenhuis werken specialisten die niets liever doen dan traumatologie midden in de nacht, of die genieten van bijzondere ziektegevallen.

Een deel van de negatieve aspecten kunnen worden verminderd door de opvang anders te organiseren. En dat is in Den Haag ook gebeurd via de organisatievorm van de doktersnachtdienst en in

Binnenstadsgezondheidszorg

het functioneren van de eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen. Het gevolg is dat juist de huisartsen in Den Haag de 'diensten' niet als een bijzonder knelpunt zien. De avond- en nachtdiensten bij de doktersnachtdienst kunnen fysiologisch worden opgebracht ook omdat de huisarts samen met collega-huisartsen werkt. Weliswaar hoort een deel van de hulpvraag die op de eerste-hulpafdeling van het ziekenhuis wordt neergelegd bij de huisartsen thuis of zelfs niet eens bij hen (paracetamol was toch ook verkrijgbaar bij de drogist) maar Den Haag scoort - zoals de Haagse huisarts Engelenburg recentelijk in zijn proefschrift heeft vastgesteld - met het percentage hulpvragen dat op de eerste-hulpafdeling van Haagse ziekenhuizen komt en dat ook door de huisarts had kunnen worden behandeld zeker niet hoger dan andere steden. Ik stel voor bij oneigenlijke hulpvragen reëel en praktisch te blijven: de urgentie van de hulpverlening moet niet tijdens de nachten en 'diensten' aan de orde worden gesteld; een aanvraag voor een spoedvisite kan veelal niet worden geweigerd, zeker niet als iemand een indrukwekkende voorgeschiedenis opdist. En ten slotte: moet je van een verpleegkundige op de eerste-hulpafdeling vragen om twintig minuten negatieve energie te steken in een doorverwijzing van een onwillige patiënt als tien meter verderop een arts-assistent in de koffiekamer zit?.

Ik vind het ook een bespreekbare optie om de sterk vergrote hulpvraag vanuit de binnenstad op te vangen met de infrastructuur die het Westeinde ziekenhuis al heeft. Ik denk dan aan een aanleunend 'huisartsencomplex' dat samenwerkt met (de eerste-hulpafdeling van) het Westeinde ziekenhuis.

Transmurale zorg

Een ander onderwerp, vanwege zijn specifieke binnenstadsaspecten heel actueel, is de transmurale zorg. De samenwerking tussen specialist en huisarts moet worden versterkt. Ik citeer uit het rapport 'Biesheuvel': 'Het echelon denken met alle daarbij behorende regels en financiële schotten moet worden ingeruild voor het denken in de vorm van een continuüm van zorg!' Willen we de huisartsgeneeskunde in de binnenstad op een kwalitatief hoog niveau en het werk interessant houden dan moeten we het pleidooi van huisartsen voor meer faciliteiten, bijvoorbeeld in



de vorm van extra inzet van verpleegkundigen en een flexibel honoreringssysteem, ondersteunen.' Er moet structureel meer geld beschikbaar komen voor binnenstadsgeneeskunde. Dat gebeurt uiteindelijk ook voor andere maatschappelijke functies zoals het onderwijs en de politie. Een voorbeeld van dergelijke bij uitstek transmurale gezondheidszorg is de diabeteszorg: diabetespatiënten blijven immers zowel bij de specialist als bij de huisarts bekend. Een goede begeleiding door de huisarts kan alleen efficiënt zijn, als er ondersteuning is van een diabetesverpleegkundige. Het ziekenhuis Westeinde heeft er wel eens over gedacht zijn diabetesverpleegkundige zowel in het ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk spreekuur te laten doen. Helaas is het aantal huisartsenpraktijken dat daarvoor in aanmerking komt te groot en de formatie diabetesverpleegkundigen te klein om dat verantwoord te kunnen doen. Bovendien ligt het beheer van het budget voor de gespecialiseerde verpleegkundige bij de thuiszorgorganisatie.

Verantwoorde zorg in de binnenstad kan alleen overleven als er ruimte komt voor meer ondersteunende faciliteiten en dus meer geld. Voor de relatie tussen huisarts en ziekenhuis is het van belang dat we begrip hebben voor elkaars beperkingen, dat we korte communicatielijnen realiseren en ook directe suggesties doen voor verbeteringen. Het ziekenhuis beschikt door zijn omvang over een grotere - overigens zeker niet altijd betere - infrastructuur dan de huisartsenpraktijk. Ik bied aan deze infrastructuur ook voor de huisartsen te gebruiken."

Het project 'Centrum'

Een nieuw initiatief van start

Mw. T.G.M. van der Maat

Het verminderen van de achterstand in gezondheid, zoals deze zich in stadsdeel Centrum en directe omgeving, in vergelijking met andere stadsdelen in Den Haag voordoet, vergt een structurele aanpassing van beleid. Plannen hiertoe zijn eerder in het Epidemiologisch Bulletin beschreven (1)(2). Inmiddels is het bureau van de Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) in het stadsdeel Centrum van start gegaan. Het mag worden bestempeld als een bijzonder initiatief op het terrein van de Haagse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Over deze nieuwe ontwikkeling wordt u in dit artikel geïnformeerd.

Wat maakt de STIOM zo bijzonder?

STIOM beoogt in het stadsdeel Centrum, en dan met name in de wijken Transvaalkwartier, Stationsbuurt, Schilderswijk en het Oude Centrum:

- het aanspreekpunt te zijn voor de eerstelijns zorg;
- de samenwerking en de samenhang in de eerstelijnszorg te vergroten;
- de zorgverbetering c.q. -vernieuwing meer gestructureerd en gecoördineerd van de grond te tillen.

Dit is geen geringe opdracht. Karakteristiek is bovendien dat de STIOM tot stand is gekomen met steun van de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, de gebruikers en de gemeente. We mogen dus rustig concluderen, dat het 'experiment STIOM' over een (groeïend) draagvlak beschikt dat in het kader van interdisciplinaire afstemming veelbelovend is. Niet alleen het grote draagvlak maakt STIOM uniek: ook het feit dat aan dit experiment met name vorm en inhoud wordt gegeven vanuit de dagelijkse uitvoeringspraktijk.

Over de auteur

Mw. T.G.M. van der Maat, projectleider STIOM in Den Haag Centrum

De voorgeschiedenis

Begin 1992 gaf de toenmalige wethouder van Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg drs. D. Ramlal het startschot voor de ontwikkeling van een strategie ter vernieuwing van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in het stadsdeel Centrum van Den Haag. Diverse onderzoeken hadden namelijk aan het licht gebracht, dat de maatschappelijke gezondheidszorg in Den Haag zich kenmerkte door een veelheid van probleemsituaties en knelpunten. Een nieuwe strategie, gericht op het ontwikkelen van meer adequate antwoorden op de zich voordoende zorgbehoefte of hulpvraag was dringend gewenst.

Daarbij werd gekozen voor een stadsdeelgerichte benadering in het centrum van Den Haag om, als mogelijk voorbeeld voor de andere stadsdelen, een nieuw patroon van samenwerking te ontwikkelen tussen de zorgaanbieders in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Als eerste stap werd op initiatief van de gemeente (en gefinancierd uit de sociale-vernieuwingspot) een stedelijke projectgroep geïnstalleerd, waarin op staf- en bestuurlijk niveau zorginstellingen, hulpverleners, ziektekostenverzekeraars en vertegenwoordigers van de gebruikerszijde zitting namen. Deze projectgroep kreeg als opdracht voorstellen te doen, gericht op de verbetering van de gezondheidszorg, en de uitvoering daarvan te begeleiden. Na enige tijd werd echter duidelijk, dat voor het concreet ontwikkelen van verbeteringen in de zorg de af-

stand van deze projectgroep tot de concrete uitvoeringspraktijk (te) groot was en dat een nieuwe structuur op uitvoerend niveau gewenst was. Dit leidde in 1993 tot de oprichting van een breed samengesteld platform van hulpverleners in het stadsdeel Centrum.

Vanuit dit platform werd het idee ontwikkeld om, ten behoeve van de extramurale werkers in dit stadsdeel, een ondersteuningsbureau in het leven te roepen dat zorg zou dragen voor coördinatie, informatie en ondersteuning van de eerstelijnszorg in dit deel van Den Haag. Hiermee zou namelijk volgens het platform het belangrijkste knelpunt worden weggenomen; bovendien zou een dergelijk ondersteuningsbureau wel eens van essentieel belang kunnen zijn om daadwerkelijk enige zorgverbetering en -vernieuwing mogelijk te maken. Het ontbreken van coördinatie leidde tot dan toe immers voornamelijk tot veel inefficiency in de aanpak van problemen, tot een gebrekkige samenhang in de zorg en vooral tot veel verspilling van kostbare energie.

STIOM is daarmee het - gezamenlijk ontwikkelde - antwoord op de behoefte van de verschillende uitvoerders aan meer communicatie, coördinatie en ondersteuning in de eerstelijnszorg in stadsdeel Centrum.

Hoe werkt STIOM?

Allereerst is STIOM een soort facilitair bedrijf. Ze heeft een dienstverlenende functie en biedt op velerlei wijze ondersteuning aan extramurale werkers in het stadsdeel Centrum zoals:

- centraal informatiepunt
STIOM verzamelt stelselmatig alle informatie met betrekking tot 'wie doet wat waar' in stadsdeel Centrum en met welk resultaat;
- ondersteuning
STIOM biedt ondersteuning aan eerstelijnswerkers bij het opzetten van nieuwe projecten en activiteiten of het verbreden van bestaande, goedlopende projecten (denk aan organisatorische en methodische ondersteuning, fondswerving en dergelijke);
- coördinatie
STIOM zal waar mogelijk projecten en activiteiten met elkaar verbinden zodat de samenwerking en de samenhang in de centrumwijken worden vergroot en het wiel niet iedere keer opnieuw hoeft te worden uitgevonden. Daarnaast kan STIOM worden beschouwd als de 'paraplu' waaronder zorgverbetering en zorgvernieuwing gecoördineerd van de grond kunnen komen.

Verder is STIOM het platform voor structureel overleg in de eerstelijnszorg in de vier centrumwijken. Tweemaandelijks organiseert STIOM een platformbijeenkomst voor extramurale werkers vanuit de verschillende werksoorten/beroepsgroepen op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Dit platform kent de volgende functies:

- systematisch informatie uitwisselen en verzamelen omtrent ontwikkelingen, (nieuwe) knelpunten en/of verbeteringen in de eerstelijnszorg;
- centraal (in het platform) of decentraal (in werkgroepen) werken aan de oplossing van

concrete knelpunten en ideeën ontwikkelen ter verbetering van de zorg;

- gezamenlijk actie ondernemen om structurele knelpunten in het zorgaanbod of problemen in de uitvoering ervan bij gemeente, zorgverzekeraars en andere beleidsmakers/financiers onder de aandacht te brengen. Indien het platform stuit op knelpunten die onmogelijk op platformniveau tot een oplossing kunnen worden gebracht, worden deze knelpunten voorgelegd aan de stedelijke projectgroep. In aanvulling op de activiteiten op uitvoerend niveau kan op deze wijze tegelijk op institutioneel niveau worden gewerkt aan de verbetering van het zorgaanbod of de uitvoering van de zorg in het stadsdeel Centrum.

Het bijzondere karakter van dit experiment zit hem vooral in het feit dat vanuit verschillende niveaus en vanuit verschillende werksoorten en beroepsgroepen tegelijkertijd en in aanvulling op elkaar wordt gewerkt aan de verbetering van het totale zorgaanbod in stadsdeel Centrum. Niet alleen de verantwoordelijke beleidsmakers zitten met elkaar om de tafel, ook alle uitvoerders op dit brede zorgterrein hebben zich via STIOM structureel georganiseerd.

Het platform heeft onlangs besloten via een viertal concrete deelprojecten vorm en inhoud te geven aan een op stadsdeelniveau afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dit zijn:

- het (multi-disciplinaire) CARA-project;
- het project (nieuwe werkvormen) voor Gezondheidsvoor-

lichting en -opvoeding;

- het project samenwerking tussen gezondheid welzijnsorganisaties;
- het project inventarisatie van ouderenproblematiek in stadsdeel Centrum.

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. Het project 'Centrum': over communicatie en visies. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 4; 25-31.

STIOM

Mw. T.G.M. van der Maat
 p/a Teniersstraat 13
 2526 NX Den Haag
 tel: 070 - 388 94 08
 fax: 070 - 389 72 15

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Grieprik voor ouderen

Vaccinatie tegen influenza, de 'grieprik', heeft bij ouderen meer effect dan tot nu toe werd aangenomen: een reductie met 50% van het optreden van de ziekte is zonder meer haalbaar, terwijl bij grote epidemieën een nog groter rendement kan worden verwacht.

Deze conclusie berust op een promotie-onderzoek van huisarts Th.M.E. Govaert te Stein. Dit onderzoek werd gedaan in samenwerking met het Huisartseninstituut van de Rijksuniversiteit Limburg en het Internationaal Influenzacentrum te Rotterdam.

Het rendement van griepvaccinatie ligt tussen 40 en 70%, een percentage dat door retrospectief onderzoek bij voornamelijk jonge, gezonde mensen tot stand is gekomen. Bij ouderen zou vaccinatie aanmerkelijk minder resultaat afwerpen, zo werd doorgaans gesteld. Vaccinatie wordt vooral aanbevolen voor bepaalde risicogroepen: cara-, hart- en diabetespatiënten. Bij ouderen die niet tot deze risicogroepen behoren was de aanbeveling tot nu toe min of meer vrijblijvend.

"Dat is niet terecht," stelt Govaert. 'De waarde van griepvaccinatie bij ouderen wordt veelal onderschat. Dat komt voor een deel doordat men aller-

lei aandoeningen van de luchtwegen, vaak veroorzaakt door andere luchtwegvirussen, voor een 'griepje' verslijt. Daartegen helpt de influenzavaccinatie uiteraard niet en daarom neemt men voetstoots aan dat vaccineren weinig uithaalt. Intussen kan een echte griep bij ouderen ernstige gevolgen hebben, vooral als het ouderen betreft die nog niet herkende aandoeningen hebben. Naar schatting vergt de griep in ons land per jaar 2.000 doden, voor 95% in de categorie 60-plussers, ongeacht of ze al of niet tot de bekende risicogroepen behoren. Bij een griep epidemie van enige omvang, zoals we sinds 1968 nog niet hebben gehad, zal dit aantal aanmerkelijk groter zijn."

Het onderzoek van Govaert duurde van 1 november 1991 tot 15 april 1992 en ging uit van vijftien huisartspraktijken in Zuid-Limburg met in totaal 69.000 patiënten. Hieruit werden alle 60-plussers geselecteerd, met uitzondering van degenen van wie bekend was dat zij tot een van de genoemde risicogroepen behoorden dan wel in een verpleegtehuis verbleven. Er resteerden 10.000 personen, en die werden uitgenodigd deel te nemen aan een dubbelblind vergelijkend interventieonderzoek. 1838 Personen konden in het onderzoek worden opgenomen: 869 mannen en 969 vrouwen van gemiddeld 67 jaar; zij staan model voor de totale 60-plus populatie van Nederland.

De deelnemers werden opgeroepen in de praktijk van hun eigen huisarts. Hier werd hun door een speciaal team bloed afgenomen voor serologisch onderzoek en een injectie toegediend die volgens protocol óf vaccin óf placebo bevatte. Via vragenlijsten en nieuw serologisch onderzoek werd later nagegaan wie in de tussenliggende periode griep had gekregen en wie niet. In de gevaccineerde groep kreeg 4,5% griep, in de placebogroep 9,0%. Dat betekent een significante afname met circa 50%.

De positieve bevindingen van Govaert lijken geheel aan te sluiten bij de vaccinatie-campagne die de Nederlandse Influenzastichting voor de jaren 1994-1996 heeft gepland. De stichting wil bereiken dat de vaccinatiegraad onder risicopatiënten, thans nog beneden de 40%, tot ten minste 70% wordt verhoogd. In Frankrijk is gebleken dat dit percentage haalbaar is. De stichting zal een publiekscampagne voeren en tevens de voorlichting onder medische beroepsgroepen vergroten. Tot slot wordt een evaluatieonderzoek gedaan onder risicopatiënten en huisartsen.

Thans roept circa 50% van de huisartsen via een briefkaartje de in hun praktijk bekende risicopatiënten op om zich te laten vaccineren (lieft in oktober en november). Het streven is dat ten minste 90% van de huisartsen voortaan dit initiatief zal nemen.

Voorlichting

Voedingsgids voor mensen met kanker

In februari verscheen bij uitgeverij De Toorts de 'Voedingsgids voor mensen met kanker'. Dit boek is een inventarisatie van vragen die veelvuldig door mensen met kanker (of door mensen in hun omgeving) worden gesteld. De auteurs, oncologisch diëtisten, hebben de antwoorden op die vragen zorgvuldig geformuleerd. Vragen en antwoorden zijn per onderwerp gerangschikt.

Het boek kost f 27,50 en is verkrijgbaar bij de boekhandel (ISBN 90 6020 712 2).

Adressengids Patiëntenorganisaties 1994-1995

Onlangs is de 'Adressengids Patiëntenorganisaties 1994-1995' verschenen. Deze gids dient ter informatie van hulpverleners en instellingen in de gezondheidszorg en aanverwante terreinen. In deze gids staan gegevens (adres, doelstelling, activiteiten) van patiëntenorganisaties en andere zelfhulpgroepen op het gebied van de gezondheidszorg, die een contactpersoon hebben in de gezondheidsregio Den Haag (de gemeenten Den Haag, Leidschendam, Rijswijk, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer).

Ook wordt een overzicht gegeven van de landelijke organisaties van mensen met een chronische ziekte. Het betreft hier veelal ziekten, die betrekkelijk weinig voorkomen en waar (huis)artsen in hun praktijk derhalve weinig mee zullen worden geconfronteerd. Juist daarom is

het belangrijk dat artsen en ook andere hulpverleners over deze informatie/adressen beschikken, onder andere om hun patiënten respectievelijk hun cliënten te kunnen wijzen op de mogelijkheid van lotgenotencontact.

De adressengids is (gratis) te verkrijgen bij:

Dienst Welzijn, Sector GGD/Maatschappelijke Zorg, afdeling Beleidsontwikkeling Volksgezondheid, Thorbeckelaan 360, 2464 BZ Den Haag, tel. 070 - 361 92 59.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 31 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Rijswijk en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gebied 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.

De 2 febris typhoidea-patiënten liepen hun besmetting op in respectievelijk Pakistan en Indonesië.

Tot de 10 hepatitis A-patiënten behoorden 6 kinderen uit dezelfde schoolklas. Via deze kinderen werden nog eens 2 vriendjes besmet.

De bron bij 2 gemelde volwassenen bleef onbekend.

Van de 4 malaria-patiënten hadden 2 patiënten wel profylaxe

gekregen, maar deze niet volledig ingenomen.

De andere 2 patiënten hadden helemaal geen profylaxe genomen, ofschoon ze wel een profylaxe-advies hadden gekregen.

Er werden 3 meningococcosis-patiënten gemeld. Snel reageren kon paniek bij de ouders en op de scholen voorkomen.

De rubella-patiënt was een zwangere vrouw. Deze patiënt heeft inmiddels in overleg een abortus gehad.

Van de 30 aangemelde scabies-patiënten liepen velen de besmetting in het buitenland op, waarna binnen de familie verdere besmetting plaatsvond.

Eénmaal vond besmetting via seksueel contact plaats.

In een verzorgingshuis in Den Haag vond eind januari een voedselinfectie-explosie plaats, waarbij voor in totaal 16 personen een salmonella groep B type agona in de faeces kon worden aangetoond. De Keuringsdienst van Waren werd ingeschakeld en hygiënische maatregelen werden getroffen. Een duidelijke bron kon echter niet worden aangetoond.

De besmetting van de 3 dysenteria bacillaris-patiënten werd door allen in het buitenland opgedaan.

Gehoord of gelezen

Hash en Wietje *)

Hij had een hele bazige vrouw, die Marihuana heette. Ze had

den twee kinderen en die waren Hash en Wietje gedoopt. Wietje speelde met haar barbituraatjes en Hash speelde met Stuffie, zijn hond, en met zijn kat Morfientje.

Marihuana zei: 'We moeten iets doen.' Parihuana snoof eens diep maar wist niets te zeggen. Ze hadden namelijk niets meer te eten. Marihuana bedacht toen een boos plan. Ze zouden met z'n vieren een tripje gaan maken in het bos waar de wind door de bomen blowde.

's Middags in het bos deden Hash en Wietje een dutje en toen gingen hun ouders er stilletjes vandoor. Maar Hash had met zijn mesje lijntjes getrokken in de sneeuw, dus ze konden makkelijk de weg naar het dorp terugvinden.

Ze durfden echter niet naar huis, dus gingen ze naar de LSD-speler luisteren, waaruit de hit klonk:

*Altijd rookt Kortjakje wiet
Midden in de week
maar 's zondags niet
's Zondags rookt zij heroïne
Met een snuifje cocaïne
Altijd rookt Kortjakje wiet
Midden in de week
maar 'zondags niet.*

Toen Opium en Omium de kinderen zagen, begroetten ze hen uitbundig. 'High!' riepen Opium en Omium, en, 'High!' riepen Hash en Wietje. Ze kregen een cracker aangeboden.

'Hebben jullie honger?' vroeg Opium. 'Jaaa,' riepen Hash en Wietje. 'Laten we gaan chinzen.' 'Goed,' zei Omium, 'ik coke wel.'

De volgende dag werden Hash en Wietje naar huis gebracht. Parihuana was blij, maar Marihuana niet.

Toen ze dus weer een tripje gingen maken in het bos, lette Ma-

rihuana extra goed op Hash, zodat hij geen kans zag lijntjes te trekken.

Toen ze opnieuw alleen achterbleven, waren Hash en Wietje heel vermoeid, maar wel zagen ze een vogeltje dat floot: 'Wiedewiedewiet.' Ze volgden het en kwamen bij een huisje dat helemaal van coke gemaakt was. Zoveel coke hadden ze nog nooit bij elkaar gezien. Ze begonnen meteen te snuiven, maar terwijl ze zo heerlijk snoven werden ze bespied door de boze H-XTC die in het huisje woonde.

Ze hoorden een kraakstem: 'Sniffel, snaffel, snuifje, wie snuift er aan mijn huisje?'

'Het is de wind, de wind, het highe kind,' riepen Hash en Wietje in koor.

Dit herhaalde zich een paar maal. Maar toen kreeg H-XTC argwaan. Ze kwam naar buiten en zei met een lief stemmetje: 'Kom maar mee naar binnen. Daar heb ik lekkere spacecake voor jullie.' Maar eigenlijk had de boze H-XTC veel meer zin in Hash en Wietje.

Na een tijdje zaten Hash en Wietje helemaal stoned en uitgeteld bij H-XTC aan tafel.

Nu wilde H-XTC Wietje gaan drogen in haar drooghok en Hash samenpersen in haar persijzer om hem vervolgens in blokjes te snijden. Nu konden ze niet meer ontkomen.

'Hennep!' riep Hash. 'Hennep!' riep Wietje. Ze waren bang om gekookt te worden.

Wietje moest gaan kijken of de kolen in het drooghok al heet genoeg waren. Ze zei tegen H-XTC dat ze het niet goed kon zien. H-XTC ging nu zelf kijken en Wietje duwde H-XTC in het drooghok en deed de deur dicht.

H-XTC begon te schreeuwen:

'Hennep!' Al gauw bleef er niet veel meer over dan een sissend hoopje groene blubber.

Wietje haalde Hash en ze waren blij. Ze doorzochten het huisje en namen zoveel drugs mee als ze maar konden houden. Hun zakken puilden uit van heroïne, morfine, methadon, hash, wiet, coke en vooral XTC.

Ze staken het huisje achter zich in brand. Crak zei het huisje.

Ze gingen met speed naar huis. Het wiedewiedewiet-vogeltje wees hun de weg.

Onderweg kwamen ze Rookkapje en Sneeuwrietje nog tegen.

Toen ze thuis kwamen was Parihuana heel blij. Marihuana was dood en ze leefden nog lang en gelukkig.

*) Vrij naar een bekend sprookje

Stelling

Het feit dat de Europese Unie jaarlijks 6,5 miljoen ECU besteedt aan anti-rookvoorzichting, terwijl 960 miljoen ECU subsidie wordt uitgekeerd aan tabaksproducenten, geeft geen reden tot optimisme over de consistentie van de besluitvorming op Europees niveau.

(G. van Poppel, Rijksuniversiteit Limburg.)

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. I. Burger;

Mw. J.C. Leegsma

(GGD, Rijswijk);

H.R. Lingem;

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

Mw. G.J. Wijkmans;

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

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1994 1e kw	1994 2e kw	1994 3e kw	1994 4e kw	1993 t/m 1e kw	1994 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	6				6	6
		morbilli (B)					3	
		(atyp.) pertussis (B) **					2	
		rubella (B)	1				1	1
		tuberculosis (B)	25				24	25
	sexueel contact	parotitis epidemica (C)	4					4
		gonorrhoea (C)	37				43	37
		syfilis prim./sec. (C)	1				4	1
	sexueel contact/bloed	syfilis congenita (C)						
		hepatitis B (B) 1						
			HIV-infectie/Aids (1) ***	1			2	1
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
hepatitis A (B) (3)		10				19	10	
dysenteria bacillaris (B) (3)		3				4	3	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	32				19	32	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)					1	
		Q-fever (B) (5)					1	
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4				1	4
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
		brucellosis (B) (5)						
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					
consumptie								
		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	17				3	17
		febris typhoidea (A)	2				2	2
		paratyfus B (B)					1	
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)							
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal			142				134	142

- | | | | |
|-------------|---|-----|--|
| (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(produkten) |
| (1) | ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten | (6) | ook wondbesmetting |

