

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

Interview met Dr. H.G.J. Nijhuis

Voorwaarden voor vernieuwing van public health

Over bundeling van het zorgaanbod aan verstandelijk gehandicapten

*epidemiologie*

Doodgeborenen in Den Haag 1984-1993

*en verder o.a.*

Zorgimpressies

Korte berichten

*jaargang 29, 1994  
nummer 4*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

## *Volksgezondheid*

*Interview met Dr. H.G.J. Nijhuis* 3  
- A. Pols

*Voorwaarden voor vernieuwing van public health* 8  
*Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief*  
- Dr. H.G.J. Nijhuis

*Eén zorgadres* 15  
*Over bundeling van het zorgaanbod aan verstandelijk gehandicapten*  
- Mw. Marion F. Stein

## *Epidemiologie*

*Doodgeborenen in Den Haag 1984 - 1993* 22  
*Over kenmerken van de moeder*  
- Mw. I. Burger en ir. H.W.A. Struben

## *Zorgimpressies*

*De Haagse binnenstad door de bril van een zorgverlener* 28

## *Korte berichten*

30

---

December 1994  
29ste jaargang nr. 4

***Epidemiologisch Bulletin***

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

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

**Redactie**

Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredeacteur); 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. Vroege, 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.

# Interview met Dr. H.G.J. Nijhuis

---

A. Pols

Zijn proefschrift 'Voorwaarden voor vernieuwing van public health' is niet overal met applaus ontvangen. Dr. H.G.J. Nijhuis kijkt daar ook niet van op. Hij geeft immers de beperkingen aan van zijn eigen vak - de epidemiologie - en bepleit vanuit een wetenschapsfilosofische overweging om meer aandacht voor sociale en politieke processen van waaruit een bepaald niveau van volksgezondheid en de gezondheidszorg mede voortkomen. Maar niet alleen de toren van de epidemiologie voelt zich aangesproken, ook die van de gevestigde medici, politici en de belangenvertegenwoordigers van de patiënt. Public health is meer dan volksgezondheid. Het overwegend verticale denken zou ruimte moeten maken voor een meer horizontale benadering. Een gesprek.

Over de auteur

A. Pols, journalist NRC-Handelsblad

*Wat is er eigenlijk allemaal aan de hand in de gezondheidszorg?*

Nijhuis: 'Om die vraag te beantwoorden heb ik alle beleidsnota's die de afgelopen tien tot vijftien jaar in Nederland zijn verschenen doorgenomen en ook vijf projecten hier ter stede nader bekeken. Daaruit komt naar voren dat het zorgsysteem als geheel steeds meer uiteen valt in specialismen en daarmee steeds gefragmenteerder raakt. Mensen worden niet meer in hun geheel bekeken, maar steeds meer op onderdelen. Dat zie je in ziekenhuizen aan de behandelingswijze, maar ook in de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. De spilfunctie van de huisarts, bijvoorbeeld, is duidelijk op de helling gegaan en mensen moeten in toenemende mate hun weg vinden in een steeds gecompliceerder wordend labyrint van voorzieningen.'

'Een ander toenemend besef is dat de aanbodzijde meer en meer is gaan bepalen wat er in de zorg gebeurt. Daar wordt gekozen welke aanpak er komt, welke therapieën er worden ingezet, maar ook in welke richting de gezondheidszorg als geheel zich beweegt. Dus de artsen en de instellingen, zoals ziekenhuizen hebben een aanzienlijke rol bij de vraag waar het allemaal naar toe moet.'

## *Fragmentatie*

*Dat is een veel gehoord betoog, maar hoe zou die koers kunnen worden gewijzigd?*

'Als opstap voor het proefschrift heb ik het feit genomen dat de mensen om wie het gaat onvoldoende worden betrokken bij de vraag welke kant het op moet met de gezondheidszorg. Bij de

wetenschappelijke benadering van dit vraagstuk probeer ik - in deel twee van het proefschrift - aan te tonen dat de steeds specialistischer wordende gezondheidszorg de zaak alsmat problematischer maakt. Het zijn de natuurwetenschappelijke specialismen en - tegen de verwachting in - ook de epidemiologie, die de geconstateerde tendensen aangeven. In het algemeen wordt epidemiologie naar voren geschoven als een tegenwicht tegen deze tendensen. Deze wetenschap wordt ingezet als een methodologisch instrumentarium dat ons kan helpen bij het tegengaan van fragmentatie en individualisering, zo blijkt uit vele politieke uitspraken en uit belangrijke landelijke beleidsdocumenten. De gedachte daarbij is dat de epidemiologie meer collectief gericht is en daardoor nieuwe mogelijkheden biedt om mensen te helpen beter betrokken te raken en om meer collectieve actie te ondernemen (bijvoorbeeld facetbeleid). Met mijn analyse laat ik echter zien dat epidemiologie, evenals andere medische wetenschappen, mensen bekijkt en bestudeert op onderdelen van zichzelf en hun sociale bestaan.'

#### *Hoe valt dat te verklaren?*

'Dat komt door de voorgeschreven manier van kijken bij epidemiologie. Als onderzoeker mag je je niet inlaten met de belevingswereld, ofwel de subjectieve beleving van mensen. Je moet op afstand blijven. Daarmee is dus uitgesloten dat je volwaardig zicht krijgt op allerlei subjectieve en normatieve momenten die een rol spelen bij gezondheid en ziek zijn. Tweede uitgangspunt is dat de epidemiologie als grondgedachte altijd redeneert vanuit een causaal model. Dus: dit is de oorzaak en dat is het gevolg. De maatschappij en de mens worden beschouwd als een machinerie die bestaat uit oorzaak-en-gevolg-situaties die op afstand te kennen vallen. De epidemiologische structuur dwingt je als het ware om zodanig te kijken. Deze zienswijze vormt een ernstige reductie van de sociale werkelijkheid. Want die is veel gecompliceerder. Ziekte en gezondheid worden naar mijn mening veeleer bepaald door een stroom van elkaar beïnvloedende gebeurtenissen, waarbij oorzaak en gevolg vaak helemaal niet meer uit elkaar zijn te houden.'

#### *Beperking oorzaak-en-gevolg-mechanisme*

'Als je kijkt naar volksgezondheid in zijn alge-

meenschap en je doet epidemiologische studies die zijn gericht op hele bevolkingen (bijvoorbeeld in steden of landen), dan valt er niet makkelijk te spreken over causale relaties. Daar spelen ook politieke uitspraken een grote rol en het effect die deze hebben op de richting van de gezondheidszorg. Dan stuit je op sociaal-economische verhoudingen en gezondheid. Dat luistert allemaal niet meer naar mechanismen van oorzaak en gevolg. Wat je dus met epidemiologie neigt te doen is - net als met de andere natuurwetenschappen - de werkelijkheid bezien alsof het om een machine gaat. Het behoeft geen betoog dat ons dat hoogst belangrijke technische inzichten heeft opgeleverd en nog steeds oplevert. Maar het betekent ook een forse reductie van de realiteit van wat er allemaal aan de hand is op het terrein van gezondheid.'

'En daarmee zijn twee dingen aan de orde.

Met die benadering kun je niet - wat illness wordt genoemd - de persoonlijke beleving van ziekte in beeld krijgen. Want daarvoor moet de onderzoeker zich inleven in de persoonlijke belevingswereld van mensen. Dat is subjectief en dat mag niet.

Punt twee is dat je allerlei normatieve, politieke en sociale processen, die in de gezondheidszorg meespelen, ook niet in beeld krijgt. Want het hele politieke besluitvormingsproces - bijvoorbeeld wat er tussen de verzekeraar en de ziekenhuisdirecteur en tussen de GGD en het stadsbestuur gebeurt - zijn sociale processen die niet in oorzaak-en-gevolg-gebeurtenissen te zien zijn. Als je zo naar public health kijkt geeft de epidemiologie weliswaar noodzakelijke maar onvolledige informatie. Wanneer je daarom pleit voor herbezinning, moet je aanvullende methodieken inzetten. Anders gaan we gewoon door in het natuurwetenschappelijke kielzog dat de meeste medische vakken kenmerkt. Dat voegt onvoldoende vernieuwende elementen toe.'

#### *Public health en volksgezondheid*

*Het proefschrift staat vol met de term public health. Zojuist ruidde u het in voor volksgezondheid. Wat is het verschil?*

'Public health is niet makkelijk te definiëren. Als ik Schnabels omschrijving neem kun je zeggen: het is de collectieve zorg voor gezondheid en de zorg voor de gezondheid van collectieven. Maar het begrip collectief is ingewikkelder dan het op

het eerste gezicht lijkt. Het staat niet gelijk aan een groep, want het begrip collectief heeft additionele betekenis. In 'collectief' zitten verhoudingen en verbindingen, aspecten die een groep mensen tot een sociaal geheel maken. Ik gebruik de term om te verwijzen naar een maatschappelijk domein, een gebied waar allerlei actoren met elkaar in het openbaar in interactie verkeren met betrekking tot gezondheidszaken. Dat kan in het land zijn, in de stad of in de regio. Als de wethouder een debat organiseert over thuiszorg en hij nodigt daartoe sleutelfiguren uit en ze spreken over de vraag waar het naar toe moet, dan is er 'public' health aan de orde. Als een minister zich met gezondheidszaken bezighoudt, dan heb je ook een goed voorbeeld van die openbare interactie tussen actoren. Maar als een huisarts thuis bij een patiënt komt, of als een specialist aan het bed van een ziekenhuis zijn werk doet, dan is hij in de 'privé'-sfeer met geneeskunde bezig. Dat is geen public health, want daarbij ontbreekt het aspect 'public'. Volksgezondheid is niet helemaal hetzelfde, want dat begrip verwijst naar de gezondheidstoestand van een bevolking. Dus als Amsterdam veel AIDS-gevallen kent, dan spreek je daarover in de sfeer van 'de volksgezondheid van Amsterdam kent een groot AIDS-probleem'. Dat is iets anders dan public health als sociaal domein."

*In het eerste deel van zijn proefschrift analyseert Nijhuis drie projecten in het kader van de public health van Den Haag. De antirachitiscampagne, de gemeentelijke rookontmoediging en de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de binnenstad.*

'De eerste was een preventieproject. Goed beschouwd is het volledig in handen geweest van professionals. Er is geen politiek aan te pas gekomen. De desbetreffende bevolkingsgroepen, of culturele sleutelfiguren zijn er evenmin bij betrokken geweest. Daarmee was het een heel professioneel door deskundigen opgezet medisch-preventief programma. Veel aspecten van rachitis kwamen hierdoor niet in beeld. Zoals welke achtergronden van Marokkanen, Turken en Surinamers meespeelden en leidden tot het tekortschieten op het punt van vitamine-inname of tot het beperkte bezoek van consultatiebureaus. Dat zou in het kader van public health iets zijn om met betrokkenen te bespreken. De grondslag van het sociale gedrag is onderbelicht gebleven,

omdat je je dan op een hele andere manier moet opstellen. Dan moet je je verdiepen in de culturele processen en krachten die daarin meespelen. Dat was echter gezien de onderzoeksbenadering niet bereikbaar. Het onderzoek had dus een beperkt cognitief bereik en daardoor een beperkte actie-radius. Het probleem zelf is overigens door acculturatie spontaan verdwenen in de loop van tien jaar. Had je daar echt volledig en adequaat kennis van willen krijgen, dan had je moeten praten met sleutelfiguren die deel uitmaken van die bevolkingsgroepen en met hen in gesprek raken over de vraag hoe die voor rachitis relevante gedragingen kunnen worden ontwikkeld. Maar dat vereist weer een betrokkenheid, die de regels van goede epidemiologie verbiedt. Die houdt zich immers strikt aan waarnemingen van feitelijkheden.'

'Daarnaast manifesteerde zich de gefragmenteerdheid, die ik al eerder noemde. Het heeft bijna twee jaar geduurd voordat alle betrokken partijen aan tafel zaten om te overleggen over een antirachitiscampagne. De jeugdarts, de consultatiebureau-arts, de verpleegkundige en de huisartsen. Ze hadden allemaal redenen om niet onmiddellijk aan te schuiven. Er was onvoldoende afstemming, geen centrale regie. Iedereen had eigen werkzaamheden, een eigen baas, met andere woorden verschillende prioriteiten.'

*Hoe lag dit bij het tweede project?*

'Het tweede project dat ik heb beschreven behandelt het rookontmoedigingsbeleid in Den Haag. We stelden het volgende vast: er is beleid dat zegt dat bedreigingen van de gezondheid niet alleen voortkomen uit ongezond gedrag van mensen. Nee, het heeft ook alles te maken met de omgeving van mensen. Daar moet ook aandacht voor komen. De politiek moet daarom ook betrokken zijn in allerlei gezondheidskwesties, want die hebben veel invloed op de omgeving van mensen. Zo zijn we begin jaren tachtig aan de slag gegaan met het in beeld brengen van de problematiek van roken.'

'Welnu, je hebt twee doden door roken per dag. Er is uitgebreide documentatie over tabaksreclame gepresenteerd op straat, over verkooppunten van rookwaren, over sponsoractiviteiten van de tabaksindustrie enzovoort. Die situatiedefinitie hebben we in een politieke discussie trachten te brengen. Dus je zou zeggen dat daar iets moois



uit moest komen. Echter op het terrein van de tabaksreclame op straat is er uiteindelijk heel weinig uitgekomen. Ideeën om hieraan wat te doen zijn om een veelheid van redenen en omstandigheden van de tafel verdwenen.’

‘Daar hebben we uit geleerd dat epidemiologische informatie, ook als die echt goed in elkaar zit, niet van doorslaggevende betekenis is voor beleid. Het gaat ook om andere dingen. Om economische belangen en allerlei normatieve zaken, zoals vrijheid van handelen en commerciële meningsuiting. In een liberaal klimaat zoals we dat kennen in Nederland kom je daar kennelijk moeilijk tussen. De epidemiologische argumenten hielden het geen moment tegen de economische en idealistische. De conclusie daaruit was dat goede epidemiologische gegevens maar een klein deel van het verhaal zijn, waarop beleid wordt gestoeld. Je komt met je professionele argumenten niet altijd door de politieke heen. Kennis staat in dit opzicht in geen verhouding tot het sociaal-economische krachtenveld en de bureaucratische macht of zo men wil onmacht.’

### *Van verticaal naar horizontaal*

“Uit deze overwegingen blijkt dat je het kijken naar public health een kwartslag moet keren. Als we het natuurwetenschappelijke model blijven hanteren als een interessant kijkkader om de volksgezondheid te verbeteren, dan blijken we als professionals beperkt bezig te zijn. Het natuurwetenschappelijke kader kijkt als het ware verticaal: van subject naar object. Volgens mij is dat kader dus onvoldoende voor public health. Er moet veel meer aandacht komen voor wat betrokken partijen onderling doen, want dat is van doorslaggevend belang. Het kijken naar ‘intersubjectieve processen en verhoudingen’ is zeker zo belangrijk. Maar dat is wel heel ingewikkeld.”

“De theorie van Habermas vind ik in dit opzicht heel interessant. Hij zegt het volgende: het subject-object-schema is een zeer belangrijke bijdrage aan het debat over vooruitgang. Maar naast deze objectieve oriëntatie is de ontplooiing en inbreng van andere argumenten even belangrijk. Dat zijn argumenten die te geven zijn vanuit de subjectieve oriëntatie en de normatieve oriëntatie. Objectieve oriëntatie verwijst naar de waarheid, de werkelijkheid, de wetenschap. De normatieve

oriëntatie verwijst naar de ‘sociale afspraak’. ‘Er wordt hier niet gerookt’, is zo’n normatieve verwijzing. De subjectieve oriëntatie is wat je er zelf van vindt. Dus: ‘Zou je die sigaret uit willen maken want ik krijg het benauwd’. Dat je er longkanker van krijgt komt weer voort uit de objectieve oriëntatie. Al ons handelen is als het ware opgebouwd uit onderhandelingen en overeenstemming over deze drie oriëntaties. Zo spelen deze sociale krachten op elkaar in. Habermas zegt dat deze drie zaken steeds aan de orde zijn. En waar we dus naar moeten kijken is, of deze drie zaken steeds evenredig en redelijk tot hun recht kunnen komen.”

‘We leggen in onze cultuur sterk de nadruk op de objectieve rationaliteit, gebaseerd op de gedachte dat als je maar een goede werkelijkheidskennis hebt - met andere woorden wetenschappelijke inbreng - dat je dan ook weet waar het naar toe moet. Maar dat is mijns inziens te beperkt. Je kunt het euthanasiedebat niet voeren met uitsluitend medische argumenten. Je moet in de maatschappij de normatieve standpunten in het geding brengen. Je moet ook met direct betrokkenen praten over wat ze ervan vinden.’

‘Dit vinden veel mensen een heel theoretisch verhaal. Maar als je de moeite neemt de praktijk van public health op die manier te bekijken, verschijnen heel andere zaken in beeld. Dan krijg je heel verschillende inzichten rondom een probleem.’

“Bij het project over sociaal-economische verschillen in de binnenstad zag je bijvoorbeeld heel goed dat er niet één waarheid was. De ongezondheid van mensen, bijvoorbeeld de reden waarom ze eerder doodgaan in dat sociaal achtergestelde gebied, wordt door de artsen zus gezien, de public-health-expert zo, en de mensen zelf weer anders. Enfin er zijn allerlei verschillende opvattingen. Er ontstonden dan ook geen discussies over de ‘waarheid’, maar over de ‘juistheid’ van mogelijke standpunten. Dat is heel interessant.”

### *Tot welke conclusie leidt dat?*

‘Als je vooruit wilt, moet je niet alleen streven naar steeds meer wetenschappelijk onderzoek, maar dan moet je ook proberen zodanige voorwaarden te creëren dat iedereen die wat met gezondheidszaken te maken heeft ook de kans krijgt iets over die problemen en die aanpak van de gezondheidszorg te zeggen. Dat is veel

ingewikkelder dan we ons realiseren. Je komt er dan op uit dat projecten gericht op meer samenhang in een bepaald gebied van Den Haag, zoals in het stadsdeel Centrum, interessant zijn om er iets uit te leren. Als je eenmaal voor die weg kiest bij het maken van nieuw beleid, dan moet je naar mijn idee in regionaal verband afspraken met elkaar kunnen maken, en veel meer gebiedsgericht gaan denken en samenwerken.'

*Dat lijkt bij de nieuwe manier van landelijk werkende en concurrerende zorgverzekeraars verder weg dan ooit.*

'Als ziektekostenverzekeraars landelijk als schadeverzekeraars gaan optreden wordt het moeilijker om in een gezamenlijk regionaal verband - met aanbieders en consumenten - redelijk te overleggen over de vraag waar het naar toe moet. Het uitgangspunt van gebiedsgericht werken gaat veel verder dan een soort logistiek gegeven. Het vormt een basis voor afstemming en integrale benadering.'

*Maar de wetenschap zou hier ook lering uit kunnen trekken.*

'Je moet in een bepaald gebied de betrokkenheid kunnen vragen van alle deelnemers. Dat is de ene kant. Aan de wetenschappelijke kant moet je vaststellen dat de zaak volledig gefragmenteerd is geraakt. De sociologen benaderen het punt op hun manier, de economen weer anders en de medici per discipline weer elk op hun wijze. Al die vakgebieden zijn in de loop van de tijd gedifferentieerd en uit elkaar gegroeid. Het is nodig die disciplines weer aan elkaar te verbinden en te kijken hoe ze elkaar beter kunnen aanvullen en hoe ze hun eigen zienswijze zouden kunnen corrigeren. Dan kom je ook wetenschappelijk volgens mij op een hoger plan.'

---



# Voorwaarden voor vernieuwing van public health

*Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief  
(Samenvatting van een proefschrift)*

---

*H.G.J. Nijhuis*

De traditionele weg die de gezondheidszorg gaat heeft veel te bieden, maar laat ook steeds duidelijker beperkingen en nadelen zien. De Cartesiaanse natuurwetenschappelijke gerichtheid op de gezondheid van mensen brengt de subjectief-persoonlijke en sociale aspecten ervan in de verdrukking. Voor een sociaal rechtvaardig gezondheidsstelsel is meer gestructureerde aandacht nodig voor de ontplooiing van deze aspecten van gezondheid en de georganiseerde zorg ervoor. Een renaissance van het begrip public health en tal van beleidsvisies lijken de aandacht voor de menselijke en sociale aspecten te garanderen.

## *Belangstelling voor public health*

Onder de bovenstaande titel heeft de auteur van deze samenvatting vanuit de GGD Den Haag een studieproject uitgevoerd, dat op 18 november jl. als dissertatie met succes aan de Universiteit van Utrecht werd verdedigd. De studie omvat de analyse en interpretatie van een vijftal 'public health-projecten', die in de loop van de afgelopen jaren vanuit de GGD zijn ondernomen. Deze projecten worden niet zozeer bekeken en beoordeeld vanuit hun concrete objectieve gezondheidsresultaten, maar vanuit de kwaliteit van de sociale processen en effecten, die er deel van uitmaakten. In overeenstemming met deze aandacht is het uitgangspunt van de studie dat, naast de technische kwaliteit van het (professionele) handelen, de kwaliteit van sociale verhoudingen tussen diverse betrokkenen op het terrein van de zorg voor de gezondheid evenzeer belangrijk is voor de uitkomsten van interventies. Het begrip 'public health' heeft vanwege deze oriëntatie van de studie dan ook een centrale betekenis.

Er kan worden gesproken van een sterk toegenomen belangstelling voor public health. Dit begrip heeft een vaste en belangrijke plaats ingenomen in het debat over eigentijdse vraagstukken van volksgezondheid en dilemma's waar de gezondheidszorg voor staat. De traditionele antwoorden

*Over de auteur*

*Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg Den Haag*

---

die het bestaande zorgsysteem, dat in essentie is gericht op de genezing van ziekte, weet te geven zijn niet langer adequaat. De gezondheid van ouderen, invaliden en chronisch zieken vraagt evenzeer om adequate 'care' als om 'cure'. Problemen van geestelijke volksgezondheid roepen vragen op over de predominantie van het medisch-biologische model als grondslag van de benadering in de gezondheidszorg. Sociaal-culturele verschuivingen laten de afbrokkeling van traditionele normenstelsels zien en brengen het belang van de individuele ontplooiing van personen, ook op het terrein van gezondheid, sterk voor het voetlicht. Een nieuwe, eigentijdse vorm en inhoud van solidariteit en gemeenschapszin lijken, met name met betrekking tot een sociaal rechtvaardig gezondheidsstelsel, nog niet te zijn gevonden. Moderne sociaal-economische condities vormen de achtergrond van de hardnekkige, onaanvaardbare divergentie van het gezondheidsniveau van sociaal zwakkeren en sociaal sterken. Mede onder invloed van deze maatschappelijke omstandigheden is kritiek ontstaan op het curatieve en technische karakter van het formele zorgsysteem. De ogenschijnlijk onbeheersbare groei van deze sector leidt tot een onacceptabele lastendruk en laat onvoldoende ruimte voor de ontplooiing van adequate organisatievormen voor care en voor nieuwe initiatieven van preventie. Door menigeen wordt de tendens van medische vertechnologisering in verband gebracht met het tekort aan aandacht dat de moderne gezondheidszorg heeft voor de menselijke, sociale en morele aspecten van de zorg voor de gezondheid. 'Er is een technologisch imperatief, gericht op de meetbare en behandelbare aspecten van ziekte, met verwaarlozing van sociale en psychologische behoeften van zieken en technologie in geneeskunde is verworden van middel tot doel', meent Dunning (1).

Het besef van een te eenzijdige technische oriëntatie in de gezondheidszorg en de daarmee samenhangende beperkingen en nadelen is wijd verbreid. Deze notie vormde de maatschappelijke achtergrond van een stroom van beleidsideologieën, waarin een andere zorg voor de gezondheid wordt bepleit. In documenten als de Health For All Strategy, het Lalonde-rapport, de Nota 2000, de Ottawa Charter for Health Promotion en de Adviezen van de Commissie Keuzen in de Zorg komen sociale rechtvaardigheid, participatie, emancipatie, menswaardigheid en een holistische

in plaats van een fragmenterende benadering als beleidsprincipes voor het voetlicht. Er zou meer ruimte moeten komen voor de subjectief-persoonlijke aspecten, voor de sociaal-normatieve inhoud en de emanciperende werking van de zorg voor de gezondheid. Ook wordt meer aandacht gevraagd voor integrerende benaderingen, waarin tegenwicht kan worden geboden aan de reductionistische en fragmenterende werking, die de specialistische en wetenschappelijke benadering in de moderne geneeskunde met zich meebrengt.

De discussie over deze inhoudelijke aspecten van de zorg voor de volksgezondheid gaat gelijk op met het debat over de noodzaak van een ingrijpende stelselwijziging van het zorgsysteem. Het debat hierover kent nauwelijks zorginhoudelijke argumenten, maar is in essentie gericht op het creëren van nieuwe sociaal-economische verhoudingen tussen financiers, aanbieders en gebruikers van zorg, die een betere beheersing van de kostenontwikkeling garanderen. De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg verschaftte met haar adviezen in 1987 het startsein voor het politieke debat over de versterking van het economische marktmechanisme als sturingsprincipe voor de ontwikkeling van het zorgstelsel. Sedertdien hebben verzakelijking en economisering een sterk stempel gedrukt op het handelen op het terrein van public health.

Tegen de achtergrond van deze maatschappelijke tendensen is de belangstelling voor public health en voor de vernieuwing daarvan sterk toegenomen. De term public health is gemeengoed geworden onder professionals en politici, er is een op vernieuwing gerichte stroming van de grond gekomen, die zich profileert onder de titel 'New Public Health'. Er zijn nieuwe Schools of Public Health en ook vakbladen over public health verschenen. Deze vormen, naast tal van onderzoek en op verandering gerichte projecten, initiatieven gericht op de vernieuwing van public health. De probleemstelling van de hier samengevatte studie vindt hier haar aangrijpingspunt. We zien veel initiatieven gericht op de vernieuwing van public health, maar dit begrip zelf, dat kennelijk verwijst naar een realiteit die de aandacht van vernieuwing verdient, wordt uitsluitend aan de orde gesteld in algemene omschrijvingen. Dit aandachtsgebied, of object van wetenschappelijke studie, kent in theoretische zin geen consistente uitwerking vanuit een bepaald interpretatiekader. Het Institute of Medicine verschaft met zijn

'Public health is what we as a society collectively do to assure conditions in which people can be healthy' een goede richtingwijzer voor de globale inhoud van dit begrip. De theoretische uitwerking ervan blijft echter achterwege.

### *Het natuurwetenschappelijke model als Leitmotiv*

In de bestaande praktijk van vernieuwende initiatieven valt over de theoretische uitgangspunten die als achtergrond dienen bij het wetenschappelijke werk en de veranderingsprojecten op het terrein van public health, echter meer te leren. Het belang, dat in de beleidsvoering wordt gehecht aan de uitvoerige inzet van epidemiologie, is bijvoorbeeld karakteristiek te noemen voor vernieuwingsinitiatieven op het gebied van public health. Met behulp van dit methodisch instrumentarium wordt een beter begrip nagestreefd van de etiologie van ziekte en gezondheid en wordt ook het resultaat van interventies en veranderingsstrategieën qua output en outcome beoordeeld. Epidemiologisch onderzoek gaat als regel samen met doelrationele veranderingsprojecten gericht op de verbetering van specifieke gezondheidsproblemen of bepaalde functies van gezondheidszorg. De inzet van deze onderzoeksdiscipline en de doelgerichte veranderingsstrategieën spreken boekdelen over de theoretische uitgangspunten die daadwerkelijk in het spel zijn bij de toonaangevende benaderingen gericht op de verbetering van public health. Ze vertellen dat de bij de betrokken actoren werkzame uitgangspunten afkomstig zijn van en passen bij het natuurwetenschappelijke model, dat de grondslag vormt voor epidemiologie. In de studie wordt uitvoerig beargumenteerd, dat dit model het toonaangevende begrippenkader vormt voor zowel de medische, de sociale als de beleidsepide-miologie. Ook voor de benaderingen van andere sociale wetenschappen op het terrein van gezondheid is dit - zo wordt betoogd - het geval.

Het natuurwetenschappelijke model heeft grote betekenis voor de rationalisering en vooruitgang van public health en het op deze wijze ontwikkelen van nieuwe kennis over de causale etiologie van ziektes en het effect van interventies zal immer grote bijdragen blijven leveren bij inspanningen om ziekte te beheersen en het leven te verlengen. Niettemin kennen het natuurwetenschap-

pelijke model en de daarbij passende wetenschappelijke disciplines, waaronder epidemiologie, slechts een beperkt cognitief kennisbereik. Ze zijn gebaseerd op een specifieke leer over het zijn van de dingen, waarin de werking van de werkelijkheid wordt begrepen als een universum van oorzaak-en-gevolg-gebeurtenissen. Daarnaast is het uitgangspunt, dat er een bepaalde vastliggende objectieve werkelijkheid is, die door een daarvan losstaand kennend subject (de mens) kan worden waargenomen en begrepen. De epidemiologische zienswijze blijkt daarmee op de 'ontologische' en 'epistemologische' principes van het natuurwetenschappelijke model gebaseerd en is uitsluitend gericht op de waarneming van feitelijkheden en de verklaring van causale relaties daartussen (2).

### *Een mogelijk alternatief Leitmotiv*

De probleemstelling van de studie is dat hierdoor het natuurwetenschappelijke model een te beperkt conceptueel kader vormt om public health te definiëren, te onderzoeken en er adequate veranderingsstrategieën op te baseren. In het verloop van deze studie wordt public health gedefinieerd als een maatschappelijk domein van sociale interacties tussen actoren met betrekking tot het fenomeen gezondheid. Om het handelen van actoren als cliënten/patiënten, professionals/aanbieders, verzekeraars/financiers en overheden te kunnen interpreteren in hun sociale werking ten opzichte van elkaar wordt voor de studie de theorie van het communicatieve handelen van de socioloog-filosoof Jürgen Habermas ingezet. 'Public' wordt doorgaans in de literatuur in verband gebracht met de begrippen collectief, overheid, community participation, omgeving of preventie. Met behulp van Habermas' theorie kan dit begrip nader worden uitgewerkt in de betekenis van de communicatieve interactie tussen actoren op het gebied van gezondheid 'in het openbaar'. De begrippen leef- en systeemwereld blijken zeer verhelderend voor een beter begrip van de complexe sociale processen, die op het terrein van public health plaatsvinden.

Centraal in de theorie staat een breed rationaliteitsconcept, met behulp waarvan het gerechtvaardigd is het beperkte cognitieve kennisbereik van het natuurwetenschappelijke model en van de epidemiologie te verbreden en uit te

breiden. 'Redelijkheid' is in de theorie van het communicatieve handelen niet beperkt tot het zo goed mogelijk objectiveren van de werkelijkheid (met name door middel van onderzoek) en er zo efficiënt mogelijk mee omgaan. Redelijke ontwikkeling of rationalisering is evenzeer aan de orde ten aanzien van de subjectief-persoonlijke ontplooiing van de identiteit en behoefte-interpretaties van mensen en de normatieve morele inhoud van sociaal handelen. Rationaliteit wordt in deze sociale theorie uiteindelijk gelijkgesteld met redelijke argumentatie, en dan zowel wat betreft de objectieve, de subjectieve als de normatieve aspecten van het sociale handelen van mensen (en instellingen) ten opzichte van elkaar. Emancipatie wordt gelijkgesteld met het creëren van voorwaarden voor gelijkwaardige participatie aan situatiedefinities (bijvoorbeeld diagnoses) en de afstemming van handelingen (bijvoorbeeld besluitvorming). Deze notie van sociale rechtvaardigheid raakt het hart van de uitgangspunten die in eigentijdse beleidsideologieën op het terrein van gezondheid worden uitgesproken. Met behulp van de begrippen 'disease', 'illness' en 'sickness' - die staan voor verschillende conceptualisering van gezondheid vanuit respectievelijk een objectief, subjectief en normatief perspectief - kunnen met de theorie van het communicatieve handelen belangwekkende theoretische uitwerkingen worden ontwikkeld. Deze gezondheidsbegrippen bieden aanknopingspunten voor aanvullingen op en alternatieven voor het bestaande epidemiologische en overige sociaal-wetenschappelijke werk op het gebied van public health.

Vertrekkend vanuit de probleemstelling van een onvoldoende gedefinieerd aandachtsgebied van public health worden in de studie verschillende vraagstellingen nader onderzocht, geïnterpreteerd en conclusies getrokken. Hoe valt op wetenschapstheoretische gronden het cognitieve bereik, de aanspraak op waarheidskennis en de waardenvrijheid van epidemiologie te begrijpen? Wat is op sociaal-theoretische gronden, met name op basis van de theorie van het communicatieve handelen, een adequate definitie van public health, zowel wat betreft het begrip 'public' als het begrip 'health'? Hoe kan de werking van de verzakelijgings- en economiseringstendens op het terrein van public health worden begrepen in het licht van de ontplooiingsmogelijkheden voor de persoonlijke beleving en de sociaal-normatieve inhoud van het handelen op dit terrein, en hoe

kan hieraan in het belang van gezondheid tegenwicht worden geboden? In welke richting kunnen aanvullingen en alternatieven van theorieontwikkeling en empirisch onderzoek worden gezocht en hoe kunnen deze onderling worden verbonden? Welke uitgangspunten en organisatiestructuur zijn er nodig voor praktische veranderingsprojecten gericht op de realisering van de beleidsprincipes sociale rechtvaardigheid, participatie, emancipatie en een holistische benadering? En hoe kunnen deze projecten leerstappen worden voor nieuwe theorie-ontwikkelingen en de structurele verbetering van de kwaliteit van het formele zorgsysteem?

### *Bestaande praktijk gekarakteriseerd*

Het betoog dat op basis van de studie wordt gepresenteerd is opgebouwd in vier stappen: In deel één wordt een beeld geschetst van de bestaande praktijk van public health aan de hand van een drietal Haagse projecten: de antirachitiscampagne, het rookontmoedigingsbeleid en het project sociaal-economische gezondheidsverschillen. De gekozen projecten zijn exemplarisch voor actuele benaderingen en ontwikkelingen van collectieve preventie op lokaal niveau. Van deze projecten wordt de wijze waarop de probleemdefinities en de ondernomen veranderingen tot stand kwamen beschouwd op haar sterkte en beperkingen. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar de mate waarin de deelname van betrokkenen werd of kon worden gerealiseerd bij de definitie van problemen en de coördinatie van activiteiten. Ook wordt een karakterisering gegeven van de aard en de betekenis van de gerealiseerde veranderingen voor de structurele vooruitgang van public health.

Voor de antirachitiscampagne komt een beeld naar voren van een preventief geneeskundig project gericht op allochtone gezinnen dat volledig in handen was van gezondheidsprofessionals. Het wetenschappelijke onderzoek en de interventies hadden - uitgevoerd als ze werden vanuit een objectiverende oriëntatie - een beperkt bereik. Subjectief-persoonlijke en culturele aspecten van de rachitisproblematiek werden niet of nauwelijks in de campagne betrokken. Bovendien leverde de door en door gefragmenteerde gezondheidszorg forse blokkades op voor een doelmatige en doeltreffende organisatie van de campagne. De terugtocht van deze volksziekte na tien jaar wordt

verklaard op basis van het 'natuurlijke verloop' van algemene acculturatieprocessen van allochtone gezinnen. Een direct effect van de campagne zelf was niet aantoonbaar.

De analyse van het rookontmoedigingsbeleid laat zien dat de besluitvorming in gemeentepolitiek verband met betrekking tot tabaksreclame op straat niet of nauwelijks kon worden beïnvloed door het vanuit de GGD geleverde gezondheidspleidooi op basis van objectieve informatie over tabaksgerelateerde problematiek. Het argument dat twee doden per dag ten gevolge van roken voldoende reden is de ontmoediging van tabaksreclame krachtig ter hand te nemen speelde in de uiteindelijke besluitvorming hierover door een veelheid van omstandigheden niet de rol die men vanuit professioneel gezichtspunt had verwacht. De bestaande landelijke en gemeentelijke regels en wetten, en bureaucratische omstandigheden en sociale verhoudingen (onder andere tussen gemeentebestuur en GGD) maakten een effectieve inzet van het gezondheidspleidooi onmogelijk.

Het terugdringen van gezondheidsverschillen die samenhangen met sociaal-economische condities kwam in de loop van de jaren tachtig hoog op de politieke en professionele agenda te staan. De gemeentelijke aandacht voor dit thema kwam vooral tot uitdrukking in epidemiologisch onderzoek gericht op het aantonen van verschillen, en een serie los van elkaar staande projecten van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Het gezondheidspleidooi kon - in afwijking van de beleidsintenties - niet worden betrokken bij maatregelen gericht op de verbetering van sociaal-economische condities zelf. Wel werden plannen ontwikkeld voor twee stadsdeelgerichte projecten gericht op de vernieuwing van het preventieve en curatieve zorgsysteem. De modernisering van werkwijzen, sociale verhoudingen tussen betrokkenen en structurele voorwaarden werd in deze projecten als uitgangspunt genomen om te kunnen werken aan de verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Behalve van deze uitvoeringsprojecten wordt in dit deel een beeld geschetst van beleidsvisies en theorieën, die actueel of belangrijk zijn voor de vernieuwing van public health. Enerzijds spreekt uit deze visies de noodzaak tot een meer holistische benadering van public health. Ook dienen mogelijkheden te worden gecreëerd om evenwichtige betrokkenheden, onder andere vanuit de leefwereld van cliënten, te realiseren. Anderzijds

is in de moderne beleidsvisies sprake van de noodzaak om de zorg voor de gezondheid, uit oogpunt van economische beheersbaarheid, meer te gaan zien en in te richten als een economische markt, waarop producenten, distributeurs en consumenten 'zakelijk' met elkaar in onderhandeling verkeren.

### *Epidemiologie doorgelicht*

In deel twee wordt een wetenschapstheoretische beschouwing gegeven over epidemiologie als toonaangevende wetenschappelijke discipline van public health. Allereerst wordt beargumenteerd dat epidemiologie, evenals aanverwante sociale en gedragswetenschappen van gezondheid, hun epistemologische en ontologische fundament hebben in de natuurwetenschappen.

Het algemene wetenschapsfilosofische debat over de aanspraak op waarheidskennis en de pretentie van waardenvrijheid van de natuurwetenschappen wordt geïnterpreteerd voor public health en vervolgens van toepassing verklaard op de sociale gezondheidswetenschappen. Aan de hand van de metafoor van de 'natuurwetenschappelijke trechter' wordt beargumenteerd dat epidemiologie als zienswijze de subjectief-persoonlijke en sociaal-normatieve aspecten van gezondheid en public health voor probleem- en situatiedefinities buiten beschouwing laat.

Deze voor public health toonzettende wetenschappelijke houding werkt niet bevorderlijk voor de gelijkwaardige participatie van betrokkenen in sociale processen van public health. Daarnaast worden de waarheidsaanspraak en neutraliteit van gezondheidswetenschappen ter discussie gesteld. Beargumenteerd wordt dat wetenschappelijke uitspraken over de etiologie van ongezondheid, over de aard van de gezondheidsproblematiek en het effect van interventies niet kunnen worden gevrijwaard van subjectieve invloeden. Tijdens het onderzoekproces, de consensusvorming over nieuwe theorieën en de technische toepassing daarvan zijn intersubjectieve processen in het spel, waarbij levensbeschouwelijke aspecten, professionele en andere tradities en machtsverhoudingen op de achtergrond belangrijke rollen spelen. De fragmentatie van de gezondheidswetenschappen in elkaar uitsluitende disciplines of paradigma's - zo wordt geconcludeerd - werkt contraproductief op de ontwikkeling van een meervoudige, brede theorie-ontwikkeling van gezondheid en public



health, waarvan zowel disease, illness als sickness deel uitmaken.

### *Bruikbare sociale theorieën*

In deel drie worden toonaangevende sociologische theorieën over de maatschappelijke werking van de geneeskunde en de gezondheidszorg geschetst. Diverse kritisch-theoretische stromingen wijzen op de instrumentele functie van de geneeskunde voor de sociale ordening en verhoudingen in moderne samenlevingen. Als tekortkoming van de systeemtheoretische, de marxistische en de disciplinerings-theorie wordt geconcludeerd dat deze gevangen blijven in de subject-object-scheiding, die ook de natuurwetenschappelijke trechter kenmerkt. Het hermeneutische model daarentegen stelt juist eenzijdig de intersubjectieve betrokkenheid en de betekenisvolle interpretatie vanuit de persoonlijke beleving in een bepaalde sociaal-culturele context voorop. Als belangwekkend alternatief, waarin het buiten- en het binnenperspectief worden gecombineerd, wordt de theorie van het communicatieve handelen van Habermas geïntroduceerd. De kern van dit conceptuele kader wordt gevormd door een breed rationaliteitsconcept, waarin een uitweg wordt geboden uit de bovengenoemde theoretische en praktische eenzijdigheden. Naast rationele argumentatie over de geldigheid van objectieve waarheidsaanspraken kan door betrokken deelnemers bij sociale handelingen evenzeer redelijk worden geargumenteed over de juistheid van normatieve uitgangspunten en de waarachtigheid van persoonlijke behoeftinterpretaties en identiteiten. Een brede rationalisering van samenlevingen verwijst dus zowel naar wetenschappelijke en technische ontwikkeling als naar de redelijke evolutie van de normatieve inhoud van maatschappijen en het creëren van voldoende ruimte voor de ontplooiing van persoonlijkheden. In Habermas' theorie geldt de gelijkwaardigheid voor deelname aan relevante redelijke argumentaties als normatief criterium voor vooruitgang. De mogelijkheden, procedures en structurele voorwaarden, waaronder de argumentatie en consensusvorming onder participanten plaatsvindt zijn daarmee verheven tot primaire kwaliteitscriteria voor de beoordeling van vooruitgang. In aansluiting op de uiteenzetting van de theorie van het communicatieve handelen zelf wordt dit conceptuele kader vertaald naar de maatschappelijke praktijk van

public health. Op basis van Habermas' theorie wordt eveneens getracht nieuwe inzichten te geven die bruikbaar zijn voor de verbetering van het wetenschappelijke en professionele handelen op het terrein van public health.

### *Gebiedgerichtheid als ordeningsprincipe*

In deel vier wordt de confrontatie tussen de theorie van toonaangevende beleidsideologieën en de uitvoeringspraktijk van vernieuwing hernomen. Twee Haagse projecten, gebaseerd op de holistische en participatieve uitgangspunten van deze ideologieën, en gericht op de structurele verandering van de uitvoeringspraktijk van public health, worden uitvoerig beschreven in hun opzet en voortgang. Beide projecten kennen gebiedsgerichtheid als werk-, structuur- en veranderingsprincipe om de beleidsuitgangspunten te kunnen realiseren. Naar Habermas' begrippenkader geformuleerd zijn ze gericht op het tot stand brengen van nieuwe communicatieve verhoudingen, waarin onder gelijkwaardige participatie overeenstemming kan worden bereikt over situatiedefinities van gezondheid en de afstemming van activiteiten. Met behulp van Habermas' theorie als leerzaam beoordelingskader wordt inzicht geboden in bevorderende en belemmerende factoren, die bij de praktische implementatie van de projecten in het spel waren. Het blijkt dat een eenzijdige aandacht voor wetenschappelijke kennisgeving de bestaande verhoudingen op het gebied van public health, met name het functioneren en de structuur van het ondernemende instituut, de GGD, ongemoeid laat. Verder wordt geconcludeerd dat om tot sociaal rechtvaardige vernieuwing van communicatieve verhoudingen te komen, er een evidente noodzaak is tot de regulering van nieuwe bestuurlijke en werkverhoudingen. Vernieuwing van public health is slechts mogelijk in een nieuw, eigentijds evenwicht tussen enerzijds zelfregulering en marktwerking, en anderzijds regulering van nieuwe communicatieve voorwaarden. Er worden aanbevelingen gedaan voor structurele veranderingen op het niveau van de gemeentelijke bemoeienissen met public health en op het niveau van regionale afstemmingsstructuren. Verder worden suggesties gedaan voor de ontplooiing van eigentijdse public health-professionaliteiten, die nodig zijn om aan de veranderingen van public health in de praktijk te kunnen werken. Ten slotte wordt het belang

beargumenteerd om in nauwe relatie met empirische velden, zoals de stadsdeelgerichte projecten, op wetenschappelijk institutioneel niveau te werken aan de verbinding van diverse paradigma's en wetenschappelijke stromingen, die werkzaam zijn op het terrein van public health.

### *Persoonlijke betrokkenheid en morele inhoud*

De studie vormt een kritische reflectie op bestaande wetenschappelijke tradities, professionele praktijken en maatschappelijke verhoudingen op het terrein van public health. Met hulp van de theorie van het communicatieve handelen, als alternatief leerzaam beoordelingskader, wordt getracht zowel nieuwe bruikbare inzichten te verschaffen voor de professionele praktijk van public health als een bijdrage te leveren aan de theorievorming op dit gebied. Het toonaangevende natuurwetenschappelijke kader, dat gewoonlijk wordt ingezet voor de analyse en interpretatie van public health, maakt als regel aanspraak op objectiviteit en waardenvrijheid. Deze studie heeft deze neutraliteits-aanspraak niet. Op de eerste plaats neemt het beoordelingskader, met behulp waarvan de interpretaties van deze studie worden verricht, sociale rechtvaardigheid en gelijkwaardige betrokkenheid van mensen als uitgangspunt en ook als beoordelingscriterium. Maar ook de observaties en interpretaties van de onderzochte public health-projecten in de praktijk, die onderdeel uitmaken van deze studie, zijn deels verricht vanuit de persoonlijke en professionele betrokkenheid van de auteur hierbij. De professionele historiografie en arbeidssituatie van de auteur zijn mede constituerend voor het beoordelingskader, de verrichte interpretaties en dus ook voor de uitkomsten van deze studie. Aangegeven wordt, dat deze subjectief-normatieve aspecten van de inhoud van de studie, wetenschapstheoretisch gezien verdedigbaar zijn. Goed beschouwd - zo luidt een van de conclusies - liggen deze ook ten grondslag aan de natuurwetenschappelijke waarneming en theorievorming in de geneeskunde.

1. Dunning AJ. Grensconflicten in de zorg. In: Gevers JKM, Hubben JH, red. Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens. Alphen aan de Rijn: Samson, HD Tjeenk Willink, 1990 (2): 15-23.

*'Ontologische voorstelling' verwijst naar een voorstelling over het zijn van de werkelijkheid. Het empirisme, het rationalisme en de fenomenologie vormen filosofische stromingen, die hierover specifieke opvattingen huldigen. 'Epistemologische principes en spelregels' verwijzen naar principes en regels, die iets zeggen over de wijze waarop kennis kan worden verkregen over de werkelijkheid en over de geldigheid van de verkregen kennis. Het empirisme, het kritisch rationalisme en de hermeneutiek vormen voorbeelden van filosofische stromingen, die hierover specifieke opvattingen huldigen.*

### *Literatuur:*



# Eén zorgadres

## *Over bundeling van het zorgaanbod aan verstandelijk gehandicapten*

*Mw. Marion F. Stein*

Eén 'zorgloket' voor (ouders van) mensen met een verstandelijke handicap voor hulpvragen op de gebieden wonen, werken, weten en welzijn zou buitengewoon wenselijk zijn. Zo viel te lezen in de aanbevelingen van een publicatie van de Sector GGD en Maatschappelijke Zorg van februari dit jaar. Er volgde een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden daarvan en inmiddels is het zover dat ouderverenigingen, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten in de regio unaniem hun steun hebben toegezegd. Alleen is de term 'zorgloket' inmiddels vervangen door het wat vriendelijker 'zorgadres'.

In februari 1994 verscheen bij de Sector GGD en Maatschappelijke Zorg de publicatie 'Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden'(1)(2). Een één-loketfunctie voor (ouders van) mensen met een verstandelijke handicap was zeer wenselijk, zo luidde één van de aanbevelingen. Het loket zou moeten kunnen voorzien in het verkrijgen van voorzieningen en aanpassingen bij voorkeur gekoppeld aan een (brede) informatie- en adviesfunctie.

Het overleg 'regiovisie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap'\* legde de uitwerking van die aanbeveling bij de Sector GGD en Maatschappelijke Zorg. Deze heeft daarop een verkennend onderzoek verricht naar de concrete mogelijkheden van een één-loketfunctie. Dit artikel geeft daarvan een samenvatting (3).

### *Wat is een zorgadres?*

De term 'één-loket' is vrijwel inmiddels veranderd in 'één zorgadres'. Een loket roept immers te veel de associatie op met bureaucratie. Van een loket kan men bovendien het luikje naar beneden

\* 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 en Maatschappelijke Zorg Den Haag*

doen waarmee het loket naar believen als gesloten mag worden beschouwd. Aan zorg wordt in het verkennend onderzoek een brede betekenis gegeven. Het is het geheel van hulp- en dienstverlening op de terreinen wonen, werken, weten en welzijn. Voor de term zorgadres is de volgende definiëring gekozen: 'Het vanuit één organisatie en één plaats bewerkstelligen van functionele samenhang en samenwerking ten aanzien van de vraag naar informatie-, hulp- en zorgfuncties waarbij als referentiekader geldt de zorgvraag van de verstandelijk gehandicapte en/of zijn/haar ouders.'

Er heeft een oriënterende literatuurstudie plaatsgevonden naar wat wordt begrepen onder een 'één-loketfunctie'. Daarover lopen de gedachten sterk uiteen; het blijkt een containerbegrip te zijn. In Nederland is voor de groep verstandelijk gehandicapten geen bruikbare vergelijkbare situatie aangetroffen. Alleen op onderdelen van de

zorg is soms sprake van een één-loketsituatie. Dit ligt voor andere doelgroepen duidelijk anders. Met name voor ouderen en voor lichamelijk gehandicapten zijn in het land diverse initiatieven tot stand gekomen. De informatie over deze sectoren is gebruikt bij de uitwerking. Daarnaast zijn ervaringen uit het verleden en relevante ontwikkelingen binnen het cluster zorg voor mensen met een verstandelijke handicap bij de overwegingen betrokken. In de ontwerpfasen van het zorgadres hebben bovendien gesprekken plaatsgevonden met sleutelfiguren van de verschillende partijen: zorgvragers, zorgaanbieders, financiers en overheid.

De zorg voor mensen met een verstandelijke handicap omvat globaal de volgende drie functies: informatie en advies (waaronder aanvraagverwerking), indicering (waaronder bemiddeling) en zorgtoewijzing. Schema 1 geeft weer hoe de taken en verantwoordelijkheden op dit moment in het

### schema 1.

*Huidige spreiding van zorgfuncties voor mensen met een verstandelijke handicap over de daarvoor verantwoordelijke instanties.*

Functie	Domeinen —>		
	AWBZ-categoriale zorg	Wet Voorzieningen Gehandicapten	Thuiszorg
Informatie, advies, voorlichting	SPD; Informatie en Documentatie Centrum voor gehandicapten Haagland; Federatie van Ouders, zorgaanbieders en financiers	Gemeente; Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Informatie en Documentatie Centrum voor gehandicapten Haagland; Raad Welzijnsbevordering Gehandicapten	Thuiszorg Den Haag
Ontvangst aanvragen	SPD; Verbindingskantoor	Gemeente; Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Ziekenfondsraad (woningaanpassing > f 45.000)	Thuiszorg Den Haag
Indicatiestelling	SPD; Indicatiecommissie	Gemeente; Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid	Thuiszorg Den Haag
Zorgbemiddeling	SPD; Centrale wachtlijst Zwakzinnigenzorg	Gemeente; Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid	Thuiszorg Den Haag
Zorgtoewijzing	Centrale wachtlijst Zwakzinnigenzorg (thans deels samenwerkend)	Gemeente	Thuiszorg Den Haag

veld zijn georganiseerd. De domeinen (horizontale as) vormen onvergelykbare grootheden, waar-tussen zich ondoordringbare schotten bevinden. Er is nauwelijks uitwisseling tussen functies die vanuit het categoriale circuit of vanuit het reguliere circuit worden aangeboden. Ouders van verstandelijk gehandicapten hebben dan ook gelijk als ze zeggen dat 'zorgland' een doolhof en wirwar van regelingen is.

### Voor's en tegen's van het zorgadres

De panacee voor deze kwaal lijkt dus te liggen in het zorgadres. We verwachten van het zorgadres dat het een aantal grote voordelen biedt boven de huidige gang van zaken. Dat vormt de beleidshypothese. Cliënt, financier en aanbieder van zorg, ze zijn alle drie gebaat bij het behalen van voordelen in de sfeer van: efficiency, schaalvergroting, betere informatie, optimale en flexibele verdeling van beschikbare middelen, voorkómen van 'afwentelings'-gedrag, cliëntvriendelijkheid en doelmatigheid.

Bij een betere verdeling van de middelen zal ongetwijfeld blijken dat er meer in huis is dan de som der delen.

Specifiek voor de gebruiker geldt bovendien het voordeel van toegankelijkheid en bereikbaarheid. Niet de cliënt wordt doorgestuurd maar de aanvraag.

Echter een potentieel nadeel voor de cliënt is het privacy-element. Gegevens zouden immers 'zomaar' van de ene naar de andere instantie kunnen doorschuiven.

Ook loert om de hoek datgene wat elk initiatief in de kiem kan smoren: de bedreiging die uitgaat van het inleveren van autonomie. Er zullen zeker krachten worden opgeroepen om die te behouden. Maar het gevaar bestaat dat bij overeind blijvende autonomie het zorgadres een gedrocht wordt achter een façade: er ontstaat uitsluitend een extra bureaucratische laag die nog vertragender werkt. Zonder de bereidheid ruimhartig om te gaan met autonomie ten gunste van de cliënt is het zorgadres een utopie. Maar laten we het inleveren van autonomie vooralsnog als een nadeel neerzetten.

### Vervolg domeinen —>

Sociale werkvoorziening	Speciaal Onderwijs	Optie
Gemeente; Gemeentelijke Dienst Arbeidsvoorzieningen, Den Haag; SPD; Informatie en Documentatie Centrum voor gehandicapten Haagland	SPD; Informatie en Documentatie Centrum voor gehandicapten Haagland, Rayon speciaal onderwijs Scholen (speciaal onderwijs stamscholen)	Aanbieders en financiers bieden informatie voor zover hun functie strekt
Gemeente; Gemeentelijke Dienst Arbeidsvoorzieningen, Den Haag	Speciaal onderwijs stamscholen en kinderdagverblijf	
Gemeente; Gemeentelijke Dienst Arbeidsvoorzieningen, Den Haag, Indicatiecommissie	Stamschool Haags Centrum voor Onderwijsbegeleiding	Verzekeraar, waarnemer AWBZ; nog geen differentiatie maar complexiteit
	Stamschool Haags Centrum voor Onderwijsbegeleiding	
Sociale werkvoorzieningen	Stamschool toelating speciaal onderwijs	

## Eén zorgadres

Noch een nadeel, noch een voordeel maar wel een rem op het succes is de bestaande beperking in de vorm van het aanbieden van zogenaamde deelverstrekkingen door zorgaanbieders. Naarmate hogere overheden en financiers de ruimte hiervoor vergroten, neemt het enthousiasme bij de onder de regelgeving vallende zorgaanbieders toe om het zorgadres te verwezenlijken.

### De mogelijkheden

Eén zorgadres betekent vooral samenwerking. Dat wil zeggen samenwerking op functioneel niveau en/of in de 'breedte' over de verschillende domeinen. Schema 2 visualiseert de mogelijkheden van het zorgadres op dit terrein. Het berust op een aantal vooronderstellingen:

- het zorgadres gaat uit van optimale uitwisseling van gegevens over mensen met een verstandelijke handicap. Optimaal, niet maxi-

maal: alleen die gegevens die voor een volgende schakel relevant zijn worden uitgewisseld. Zo kan worden voorkómen dat ouders elke keer opnieuw dezelfde informatie aan steeds weer andere functionarissen moeten overdragen. Om de privacy van ouders en kinderen te waarborgen moeten evenwel goede afspraken over deze informatie-uitwisseling worden gemaakt zowel tussen instellingen onderling als tussen het zorgadres en zorgvragers, met als uitgangspunten:

- het zorgadres is meer dan alleen maar het op één plaats aanspreekbaar zijn van instellingen. Het gaat om een wezenlijke integratie van functies van instellingen en diensten;
- het zorgadres is altijd aanvullend op datgene wat elke instelling tot taak heeft;
- het zorgadres mag geen extra kosten met zich meebrengen. Het gaat om verschuivingen van budgetten, niet om uitbreiding.

Het model bevat suggesties voor samen-

### schema 2

*Mogelijkheden zorgadres: modulaire opbouw zorgadres voor mensen met een verstandelijke handicap op basis van circuitverantwoordelijkheid.*

Functie	Domeinen —>		
	AWBZ-categoriale zorg	Wet Voorzieningen Gehandicapten	Thuiszorg
Informatie, voorlichting en documentatie	Zorgadres	Zorgadres	Zorgadres
Zorgbemiddeling en opstellen zorgplan	Zorgadres of SPD: casemanagement of zorgconsulent	Zorgadres of SPD: casemanagement of zorgconsulent	Zorgadres of SPD: casemanagement of zorgconsulent
Ontvangst aanvragen	Zorgadres	Zorgadres	Zorgadres
Toewijzen eenvoudige aanvragen	Zorgadres	Zorgadres	Zorgadres
Indicatiestelling (complexe hulpvragen)	Indicatie-commissie op zorgadres	Indicatie-commissie op zorgadres	Indicatie-commissie op zorgadres
Zorgtoewijzing	Zorgtoewijzings-commissie op zorgadres	Zorgtoewijzings-commissie op zorgadres	Zorgtoewijzings-commissie op zorgadres



werkingsafspraken in het zorgadres. Hierop wordt per functie nader ingegaan.

### De functies van het zorgadres

#### Informatie, voorlichting, documentatie

Het zorgadres genereert en verstrekt alle beschikbare informatie over vraag en aanbod in het gebied. Informatie is iets anders dan public relations. Daarvoor zijn de instellingen zelf verantwoordelijk.

Criterium voor de kwaliteit van de informatie is de beoogde optimale afstemming tussen hulpvraag en hulpantwoord.

Het zorgadres is in staat de individuele cliënt te informeren omtrent de capaciteit en de flexibiliteit van het aanbod, de wijze waarop een beroep kan worden gedaan op dat aanbod, en al het andere dat nodig is om snel te voorzien in de vraag. Te allen tijde attendeert het zorgadres op de mogelijkheden die er zijn bij de reguliere voorzieningen. In het bijzonder ook die voorzieningen die niet tot het 'zorgsysteem' worden gerekend, zoals regulier onderwijs of betaalde hulp uit de eigen

omgeving, en die zich niet laten 'vangen' in het zorgadres. Waar het cliëntgebonden budget aan de horizon verrijst, zal de vraag naar deze aard van informatie toenemen.

Vanwege de nadruk die vanuit het zorgadres wordt gelegd op gewone in plaats van bijzondere voorzieningen is in de tabel een dubbele streep gezet tussen de eerste en volgende functionele niveaus. In de kolom 'optie' is nog eens extra bedoeld te zeggen dat de breedte van de te verstrekken informatie principieel doorloopt van categoriaal naar regulier, en daarmee aanzienlijk verder gaat dan de reikwijdte die de participanten in het zorgadres zelf halen.

Door samenwerking op één zorgadres ontstaat een betere mogelijkheid om uit individuele vragen beleidsaanbevelingen te distilleren. Dit kan in de toekomst het belang van deze samenwerking nog verder versterken en zal het enthousiasme bij de deelnemende instellingen kunnen aanwakkeren.

#### Zorgbemiddeling en opstellen zorgplan

Het adviseren en het verduidelijken van de hulpvraag zijn in principe taken van de Sociaal-Pedagogische Dienst (SPD). Het zorgadres kan een rol

Vervolg domeinen —>

Sociale werkvoorziening	Speciaal Onderwijs	Optie
Zorgadres	Zorgadres Scholen (speciaal onderwijs en stamscholen)	1. Gewoon wat kan, bijzonder wat moet 2. Klachtenopvang/bundeling
Zorgadres of SPD: casemanagement of zorgconsulent	Zorgadres of SPD: casemanagement of zorgconsulent	Gewoon wat kan, bijzonder wat moet
Zorgadres	Speciaal onderwijs en stamscholen + Zorgadres	
Zorgadres	Indicatiecommissie Speciaal onderwijs voorlopig	
Indicatie- commissie op zorgadres	Indicatiecommissie Speciaal onderwijs voorlopig	
Zorgtoewijzings- commissie op zorgadres	Stamschool verwijzing speciaal onderwijs	

vervullen in het traject zorgbemiddeling en bij het opstellen van een individueel zorgplan. Het hangt af van de positionering van het zorgadres of de SPD de aangewezen instantie is om die functie te vervullen. Een onafhankelijke positie is een vereiste om als belangenbehartiger van de vrager te kunnen optreden.

Omdat ook hier het uitgangspunt 'gewoon wat kan, bijzonder wat moet' zo'n nadrukkelijk accent meekrijgt, alle domeinen raakt en niet alleen die van participanten in het zorgadres, is tussen deze functie en volgende functieniveaus eveneens een dubbele lijn aangebracht. Onderscheid tussen deze twee functieniveaus en de volgende is immers de 'onbegrensheid' van domeinen.

#### *Ontvangst aanvragen*

Naast de brede informatiefunctie vormt het zorgadres de plek waar aanvraagformulieren kunnen worden gehaald en ingeleverd. Het zorgadres zorgt voor verdere doorzending naar de aangewezen instantie. Niet de cliënt wordt zoals gezegd doorverwezen maar de aanvraag. Verantwoordelijke instanties bekijken zelf op welke wijze de aanvraag moet worden afgedaan.

#### *Toewijzen eenvoudige aanvragen*

Op basis van samenwerkingsafspraken en criteria kan worden gesproken van een gezamenlijke en hoogwaardige intake. Intake in de zin van inzicht hebben verworven in de situatie van de cliënt en de zorgvraag die tot aanvraag of inschrijving heeft geleid. Een eerste beoordeling door het zorgadres levert twee mogelijkheden op:

- het zorgadres handelt eenvoudige aanvragen zelf af en heeft de toewijzingsbevoegdheid gemandateerd gekregen van de afzonderlijke verantwoordelijke instellingen. Er is blijkbaar geen specialistische kennis of advies (meer) nodig om de aanvraag te kunnen beoordelen. Criteria zijn vooraf aangegeven, beroep is mogelijk;
- het zorgadres verzorgt de doorgeleiding naar de indicatiecommissie. Daarmee belanden we in het volgende functieniveau.

#### *Indicatiestelling (complexe hulpvragen)*

Op het niveau van gezamenlijk op te stellen indicatiecriteria wordt minimaal samenwerking gezocht. Iets verder gaat het gebruikmaken van dezelfde adviesinstanties. Bij nog een stap verder verzorgen samenwerkende partners een integrale

indicatiecommissie. Integraal is daarbij net zo breed als de keuze die is gemaakt op de horizontale balk van het schema. Een indicatiecommissie heeft een drieledige taak. Dat is de vaststelling van de zorgbehoefte, vervolgens de beoordeling van hetgeen de cliënt rechtens toekomt en tot slot het aangeven van een bindende volgorde van kandidaten aan de hierna te bespreken zorgtoewijzingscommissie.

De indicatiecommissie volgt een functiegerichte werkwijze. Ze bestaat uit personen die geen directe binding hebben met regionale zorgaanbieders of met de zorgtoewijzingscommissie. Maar anderzijds dienen partijen die aan de zorgverlening verbonden zijn wel degelijk te worden betrokken bij de sturing van het indicatieproces.

#### *Zorgtoewijzing*

Nadat door de indicatiecommissie de indicatie en de zorgbehoefte is vastgesteld volgt de zorgtoewijzing. Onder auspiciën van het zorgadres wijst een zorgtoewijzingscommissie zorgaanbod toe aan een individuele kandidaat. Dit aanbod is vertaald in dezelfde functionele aanspraken als de indicatie. Wat bij andere functies van het zorgadres ook al is opgemerkt, bepaalt de breedte van het zorgadres de organisatie van de zorgtoewijzingscommissie. De leden van deze commissie vertegenwoordigen de zorgaanbieders uit de regio. Aan de leden dient de eis te worden gesteld dat ze vanuit deskundigheid, kennis van het aanbod en de flexibiliteit daarvan een oordeel kunnen vormen over de meest gewenste zorgtoewijzing.

De volgorde van de kandidaten zoals aangegeven door de indicatiecommissie is bindend voor de zorgtoewijzingscommissie. De besluiten van deze laatste commissie zijn op hun beurt weer bindend voor de aanbieders van zorg.

Over de geografische omvang van het werkterrein moet nog worden beslist. Dit kan bijvoorbeeld alleen de gemeente Den Haag zijn, of de oude regio Haaglanden (SPD-gebied regio Den Haag) danwel de regio Plus (SPD- regio Den Haag + SPD-regio Delft Westland/Oostland). Er lijken meer pragmatische dan principiële motieven aan de keuze ten grondslag te liggen.

#### *Volgende stappen*

De ontwikkeling van het zorgadres is geen

eenvoudige aangelegenheid, maar de complexiteit moet ook weer niet worden overdreven. Want waar in het veld alom de noodzaak van een één-loketfunctie - naar aanleiding van het GGD-onderzoek - wordt erkend en bereidheid bestaat hierover verder na te denken, komt het bij de verdere ontwikkeling vooral aan op het nader preciseren en invullen van gemaakte of te maken beleidskeuzen.

De modulaire opbouw van het schema 'zorgadres' maakt het mogelijk een invoeringstraject te kiezen dat hierop aansluit. Het verdient de voorkeur, bij de stapsgewijze ontwikkeling de gewenste eindsituatie in het oog te houden. Voortdurend moeten alle deelnemende instanties en hun werkdomeinen bij het proces betrokken blijven. Externe begeleiding van het ontwikkelings- en invoeringstraject lijkt ons noodzakelijk.

#### *Aanbevelingen en besluiten*

- In de regio wordt één zorgadres ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke handicap of mensen met een meervoudige complexe handicap. Het zorgadres wordt bij voorkeur ondergebracht bij een bestaande instelling, die kan voldoen aan de gestelde eisen.
- Het zorgadres bestrijkt in de eindsituatie een maximaal model zoals weergegeven in het schema 'mogelijkheden zorgadres'. De invoering zal stapsgewijs geschieden met medewerking van alle participerende instanties.
- Ter realisatie van het zorgadres wordt op zo kort mogelijke termijn een overeenkomst aangegaan tussen de ziektekostenverzekeraars die in het gebied werken, de gemeente Den Haag, de zorgaanbieders, de SPD-en en de regionale Federaties van Ouderverenigingen. In de overeenkomst wordt de wijze geregeld waarop de partijen met elkaar het zorgadres nader ontwikkelen conform de uitgangspunten.
- Voor de nadere ontwikkeling en implementatie van het zorgadres moet expertise van buitenaf worden aangezocht.

Inmiddels hebben deze aanbevelingen hun verdere uitwerking gekregen in het derde plenum 'regiovisie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' op 26 oktober jl. Daarin zegden de regionale partijen, waaronder ouderverenigingen, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten unaniem hun steun toe aan het ontwikkelen van

een zorgadres. Prof.dr. A.J.P. Schrijvers van de universiteit Utrecht zal voor maart 1995 advies uitbrengen omtrent de haalbaarheid van het zorgadres.

De bijeenkomst leverde ook andere positieve resultaten op. Zo zal het pad worden geëffend om deeltijdopname - in plaats van volledige opname - in woonvoorzieningen mogelijk te maken. Eventuele knelpunten in de wet- en regelgeving zullen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waar mogelijk worden opgelost. Daarnaast is afgesproken dat de SPD van Den Haag en die van Delft hun informatievoorziening meer op elkaar gaan afstemmen.

Alle aanwezigen constateerden dat de afgelopen maanden veel is verbeterd ten aanzien van de knelpunten die in het rapport 'Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden' waren gesignaleerd, zoals ten aanzien van de tijdelijke opvang, de thuiszorg en de zaterdagopvang (1).

De bijeenkomsten 'regiovisie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' zullen worden voortgezet

#### *Literatuur:*

1. Struben HWA. Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden. Dienst Welzijn, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg. Den Haag februari 1994.
2. Stein MF. Zorgbehoefte thuiswonende verstandelijk gehandicapten. Epidemiol Bul Grav 1994; 29 nr. 2: 11-7.
3. Stein MF. Een zorgadres is (n)iets bijzonders: resultaten van een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van de één-loketfunctie voor mensen met een verstandelijke handicap. Sector GGD en Maatschappelijke Zorg. Den Haag september 1994.

*Exemplaren van het onderzoeksverslag 'Zorgbehoefte onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de regio Haaglanden' kunnen worden besteld door overmaking van f 20,- (inclusief f 5,- verzendkosten) o.v.v. 'Rapport Zorgbehoefte' en exemplaren van het verkenningsonderzoek 'Een zorgadres is (n)iets bijzonders' door overmaking van f 12,50 (inclusief f 5,- verzendkosten) o.v.v. 'Zorgadres verstandelijk gehandicapten'.*

*Het gironummer van de Dienst Welzijn Den Haag is 48 843.*



# Dodgeborenen in Den Haag 1984-1993

*Over kenmerken van de moeder*

---

*Mw. I. Burger en H.W.A. Struben*

Sterfte van zuigelingen voor of vlak na de geboorte is een graadmeter voor de gezondheidszorg van groepen mensen. Eind jaren tachtig bleek het aantal gevallen van perinatale sterfte in Amsterdam en Den Haag hoger te zijn dan elders in het land, in het bijzonder onder migrantengroepen. De afdeling Epidemiologie van de Haagse GGD onderzocht de situatie van doodgeborenen tussen 1984 en 1993. In deze periode waren er geen opmerkelijke veranderingen waarneembaar. Opmerkelijk is wel dat het kindertal bij Marokkanen en Turken zeker nog tot de eeuwwisseling daalt.

Over de periode 1975-1979 werd vergeleken met Nederland als geheel, in Den Haag en Amsterdam een hogere perinatale sterfte (dodgeborene en eerste-weeksterfte) geconstateerd (1). Vooral onder migrantengroepen bleek dit sterfterisico hoger. Perinatale en zuigelingensterfte gelden als belangrijke parameters voor de gezondheid (zorg) van groepen mensen (1). Perinatale sterfte is in het bijzonder een indicator voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van prenatale en verloskundige voorzieningen alsook voor de kwaliteit van de sociale omstandigheden waarin moeder en kind rond de geboorte verkeren (1). De kans op een doodgeborene wordt veeleer bepaald door, sociaal minder beïnvloedbare, medisch-biologische eigenschappen (zoals leeftijd) van de moeder. Het vraagt vooral op individueel niveau om een goede medisch-technische - en ook emotionele - begeleiding tijdens de zwangerschap en de bevalling.

In het kader van haar monitorfunctie heeft de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag over de periode 1984-1993 een beschrijvend onderzoek gedaan naar het voorkomen van - vanwege registratieve beperkingen - uitsluitend doodgeborenen in Den Haag. In dit bestek bekijken we relevante factoren als de leeftijd, de etnoculturele afkomst en de woonlocatie van de moeder evenals het rangnummer van het kind uit de moeder.

De gegevens van de doodgeborenen zijn afkomstig van de Dienst Burgerzaken van de

*Over de auteurs*

*Mw. I. Burger, onderzoeker afdeling Epidemiologie en ir. H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd van de afdeling Epidemiologie, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg Den Haag*

gemeente Den Haag\*. Het onderzoek omvat doodgeborenen uit moeders die in de periode 1984-1993 in Den Haag zijn bevallen en legaal in Den Haag wonen. De noodzakelijke informatie over de levendgeborenen van de woongemeente Den Haag is verkregen van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Alvorens we ons richten op de resultaten staan we stil bij twee veranderingen die zich gedurende de onderzoeksperiode landelijk hebben voorgedaan. Daarna noemen we nog een enkele bijzonderheid van de Haagse situatie.

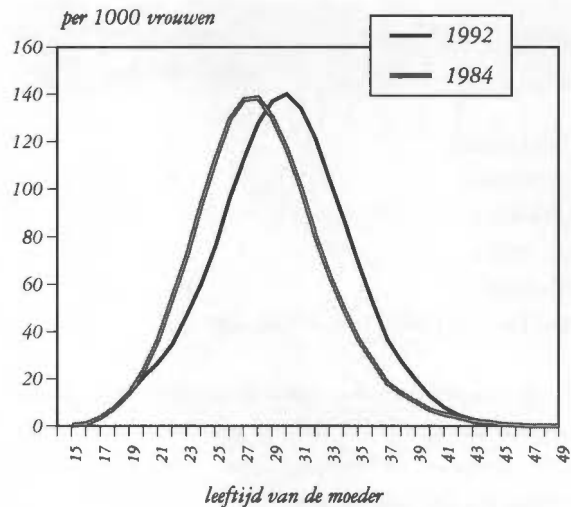
### Landelijke ontwikkelingen

De eerste verandering betreft een registratieve wijziging van de aangifte van een doodgeboren kind.

Met ingang van 1 juli 1991 is de definitie van een doodgeborene gewijzigd. Het betreft nu een menselijke vrucht die na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken (was 28 weken) ter wereld is gekomen en die na de geboorte geen enkel teken van levensverrichting heeft vertoond (ademhaling, hartactie, spieractie). In de praktijk handelden de artsen reeds vanaf 1 januari van dat jaar

\* Op verzoek van de afdeling Epidemiologie heeft de Dienst Burgerzaken in 1983 hiervoor een apart surveillancesysteem opgezet. Vanaf 1 januari 1984 geeft de Dienst Burgerzaken gegevens van iedere doodgeborene en van iedere levendgeborene die voor het moment van aangifte is overleden, door aan de afdeling Epidemiologie. Dit gebeurt op een hiervoor speciaal ontworpen formulier. Hierop staan de datum en het tijdstip (uur en minuut) van zowel de geboorte als het overlijden van het kind vermeld. Deze tijdstippen zijn overgenomen van het formulier dat de begrafenisondernemer invult bij kennisgeving van een levenloos aangegeven kind. De doodgeborenen zijn hierdoor te scheiden van de levendgeborenen maar dood aangegeven kinderen. Naast dit gegeven staat op het formulier informatie over de moeder. Deze gegevens zijn afkomstig uit het bevolkingsregister van de gemeente Den Haag. Het betreft informatie over het woonadres, de leeftijd en gegevens ter bepaling van de afkomst (nationaliteit en de geboorteplaats) van de moeder en het rangnummer van het kind uit de moeder. Is de moeder niet bekend in het bevolkingsregister van Den Haag (woont in een andere gemeente of is illegaal in Nederland) dan is de doodgeborene niet meegenomen in het onderzoek.

figuur 1  
Levendgeborenen naar leeftijd van de moeder per 1000 vrouwen in iedere leeftijd. Nederland 1984 en 1992.



volgens de nieuwe definitie (2). Tas constateerde over 1992 dat het aantal doodgeborenen volgens de nieuwe definitie bijna 20% hoger reikt.

Het tweede aandachtspunt betreft een werkelijke verandering. Gedurende het laatste decennium is de leeftijd van de moeder waarop ze haar kind(eren) krijgt hoger geworden. Het laat zich fraai illustreren aan de hand van de leeftijdspecifieke vruchtbaarheidscijfers voor heel Nederland over de jaren 1984 en 1992 (figuur 1). Dit cijfer geeft het aantal levendgeborenen weer per 1.000 vrouwen voor iedere leeftijd vanaf 15 tot en met 49 jaar. De top van de normaal curve, met 140 levendgeborenen per 1.000 vrouwen, lag in 1984 bij 28 jaar en in 1992 bij 30 jaar. Het leeftijdspecifieke vruchtbaarheidscijfer beneden de 29 jaar is gedaald en daarna over de hele linie toegenomen. Deze verschuiving laat zich mede verklaren door het langer volgen van onderwijs door vrouwen en de toegenomen arbeidsparticipatie waardoor een steeds groter aantal vrouwen later kiest voor het krijgen van kinderen (3). Aangezien de kans op een doodgeborene het hoogst is bij het eerste kind en boven de 35 jaar kan het veranderde vruchtbaarheidspatroon, vooral op hogere leeftijd, het aantal doodgeborenen doen stijgen.

### De Haagse situatie

De Haagse bevolking kent in vergelijking met Nederland een hoger algemeen vruchtbaarheidscijfer (1991: Den Haag 51,9 en Nederland 49,8

tabel 1

Totaal periodiek vruchtbaarheidscijfer <sup>1)</sup> naar geboorteland van de moeder. Nederland 1989-1990.

Geboorteland moeder	Gemiddeld aantal kinderen
Nederland	1,5
Suriname	1,8
Antillen	1,7
Marokko	4,9
Turkije	3,2

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

<sup>1)</sup> Dit cijfer drukt uit dat, indien de over 1989/1990 gemeten vruchtbaarheidscijfers op alle leeftijden gedurende langere tijd niet zouden veranderen, in Nederland geboren vrouwen uiteindelijk gemiddeld 1.5 kind zouden krijgen.

per 1.000 vrouwen). In Den Haag behoort 18% van de vrouwen in de leeftijd van 15-49 jaar tot de volgende etnische minderheden: Surinamers (10%), Turken (3,5%), Marokkanen (2,5%) en Antillianen (2%). Vooral bij Marokkaanse maar ook bij Turkse vrouwen is het gemiddelde kindertal in Nederland beduidend hoger dan bij Surinaamse/Antilliaanse en Nederlandse vrouwen (tabel 1) (4). Dat het gemiddelde kindertal bij Marokkaanse en Turkse vrouwen zoveel hoger is zal voor een belangrijk deel samenhangen met het hoge vruchtbaarheidscijfer in de landen van herkomst. Vooral op het platteland in Marokko komen doorgaans grote gezinnen voor en krijgen vrouwen boven de veertig vaker kinderen (5).

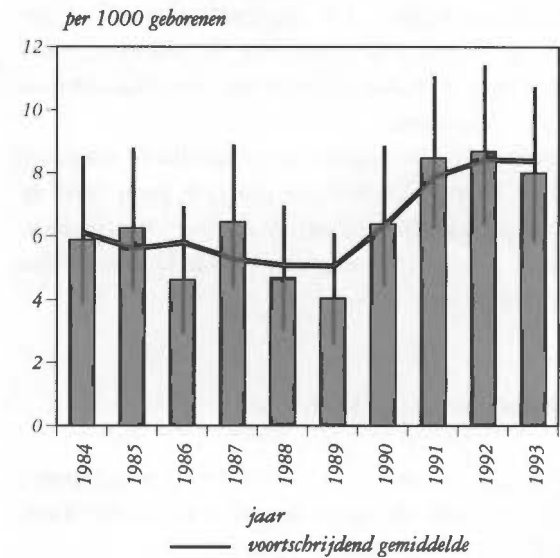
## De resultaten

### Trend

In de onderzoeksperiode 1984-1993 is bij de Dienst Burgerzaken in Den Haag aangifte gedaan van 343 doodgeborenen uit Haagse moeders. De absolute aantallen per jaar variëren tussen 22 (1989) en 49 gevallen (1991). Trendanalyses op basis van absolute aantallen per jaar zijn echter weinig zinvol. Door de geringe aantallen hebben toevalsfluctuaties een relatief sterke invloed op de omvang. Uiteraard moet bij onderlinge vergelijking de aantallen levendgeborenen worden betrokken. In figuur 2 zijn de doodgeboortecijfers \*\* per 1.000 geboren (levend en dood) per jaar

figuur 2

Doodgeboortecijfer (per 1000 geboren). Den Haag 1984-1993



weergegeven met de betrouwbaarheidsintervallen en het voortschrijdend gemiddelde.

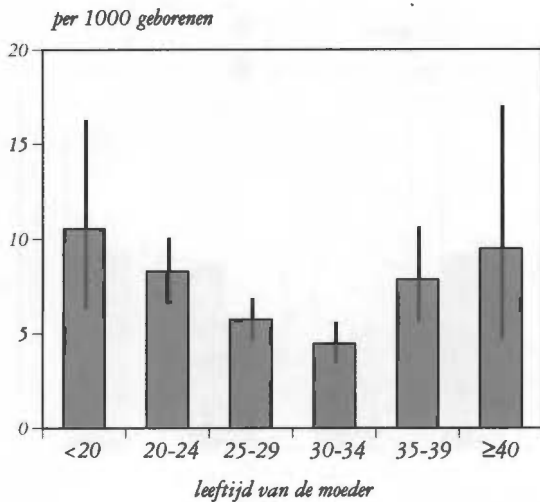
We zien daarin de brede marge die ruimte geeft aan toevalsschommelingen. De stijging van het voortschrijdend gemiddelde, vanaf 1990, kan zeker gedeeltelijk worden verklaard uit de veranderde definitie van een doodgeborene. Hiermee rekening houdend zien we een vrij constant patroon van aangiften van doodgeborenen in de periode 1984-1993.

**\*\*** Aangezien de aangifte van een (dood)geborene in de geboortegemeente plaatsvindt zijn doodgeborenen van moeders waarvan de geboortegemeente anders is dan Den Haag niet in de registratie betrokken. Doodgeborenen van moeders die 'toevallig' in een andere gemeente verblijven ten tijde van de doodgeboorte en doodgeborenen uit moeders die tijdens de zwangerschap en/of bevalling superspecialistische klinische zorg buiten Den Haag nodig hebben maken geen onderdeel uit van de registratie. Aangenomen de ruime (kraam)klinische faciliteiten in een stad als Den Haag zullen dat relatief geringe aantallen zijn. Dit alles drukt het doodgeboortecijfer wel enigszins omdat het hiervoor noodzakelijke noemer gegeven, namelijk het aantal levendgeborenen, alle geboren bij Haagse moeders betreft. Bij vergelijkingen met geboortecijfers uit andere regio's dient hier rekening mee te worden gehouden.

figuur 3

Doodgeboortecijfer (per 1000 geboren) naar leeftijd van de moeder.

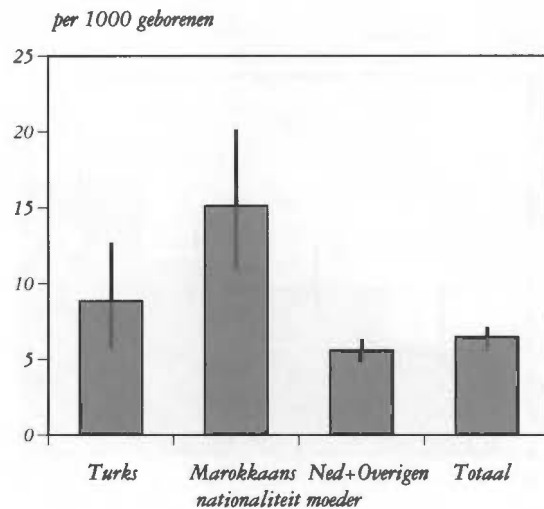
Den Haag 1984-1993



figuur 4

Doodgeboortecijfer (per 1000 geboren) naar nationaliteit van de moeder.

Den Haag 1986-1993.



### Leeftijd

De leeftijd van de moeder is een beïnvloedende factor op de kans een doodgeboren kind te krijgen. In figuur 3 is het doodgeboortecijfer voor zes leeftijdsgroepen weergegeven. De cijfers van moeders ouder dan 35 jaar (35-39 jaar 7,8, en 40 jaar en ouder 9,5 per 1.000 geboren) en jonger dan 25 jaar (20-24 jaar 8,3 en jonger dan 20 jaar 10,5 per 1.000 geboren) wijzen op een - vergeleken met de middengroepen - verhoogd risico op jonge en oudere leeftijd. Bij leeftijdsspecifieke doodgeboortecijfers is een dergelijke u-curve een vertrouwd beeld.

### Etno-culturele achtergrond

De etno-culturele achtergrond is in figuur 4 (periode 1986-1993) geoperationaliseerd via de nationaliteit van de moeder. We onderscheiden daarin Turken, Marokkanen en Nederlanders gecombineerd met de overige nationaliteiten. Voor deze vrij grove indeling op basis van nationaliteit is noodgedwongen gekozen omdat het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de levendgeborenen geen geboorteland van de moeder kan leveren. We missen op deze wijze helaas een uitsplitsing voor Surinamers en Antillianen. Zij hebben immers bijna altijd de Nederlandse nationaliteit. Uitsluitend voor de Turkse en de Marokkaanse moeders is de etno-culturele afkomst op deze wijze vrij goed te distilleren. Het doodgeboortecijfer onder de Marokkanen (15,1 per 1.000

geborenen) steekt duidelijk boven dat van de Turken (8,8 per 1.000 geboren) en de restgroep (5,6 per 1.000 geboren) uit.

### Woonlocatie

Aan de hand van het woonadres van de moeder zijn alle doodgeborenen gerubriceerd op wijk-niveau. In de Schildersbuurt deden zich absoluut de meeste gevallen voor. Rekening houdend met het aantal geboren in de wijk vonden we de hoogste doodgeboortecijfers (10 per 1.000 geboren) in het Transvaalkwartier, de Stationsbuurt en Bouwlust/Vrederust. Bij een dergelijk verfijnd niveau als een wijk hebben ook hier toevalsfluctuaties een relatief grote invloed op de rangordening tussen de wijken. Het blijkt dat alleen de wijk Benoordenhout zich duidelijk gunstig onderscheidt ( $p < 0.05$ ) ten opzichte van de genoemde wijken. De verschillen in het doodgeboortecijfer tussen de andere wijken kunnen alle op toeval berusten.

Ongezondheid in de vorm van een hoog niveau van doodgeboorte kan mogelijk verwijzen naar slechtere sociaal-economische en maatschappelijke leefomstandigheden van de moeder. Uitingvormen hiervan kunnen zijn een ongezondere leefsituatie of het slecht toegang vinden tot en/of krijgen van goede zorg.

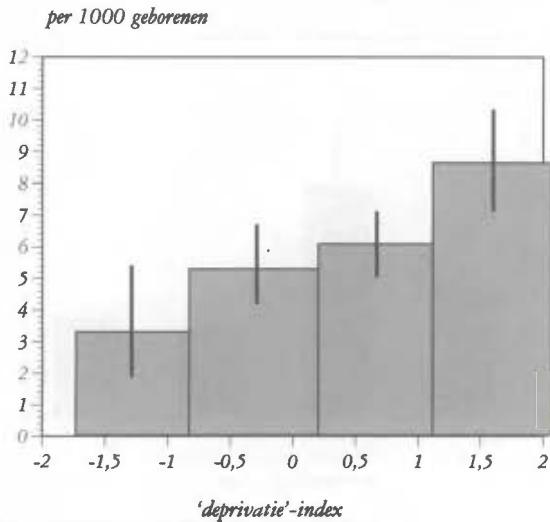
Op wijkniveau zijn indexen voorhanden die een



## Doodgeborenen

figuur 5

Doodgeboortecijfer (per 1000 geboren) naar 'deprivatie'-index.  
Den Haag 1984-1993.



differentiatie trachten aan te brengen op dergelijke leefomstandigheden. We hebben gebruik gemaakt van een index uit 1990 waarin zijn meegenomen het percentage werklozen, schoolverzuim, niet-stemmers en de sterfte beneden de 65 jaar (6). Deze factoren verwijzen in algemene zin naar mogelijkheden in de maatschappij te participeren. De maat wordt hier aangeduid met deprivatie-index.

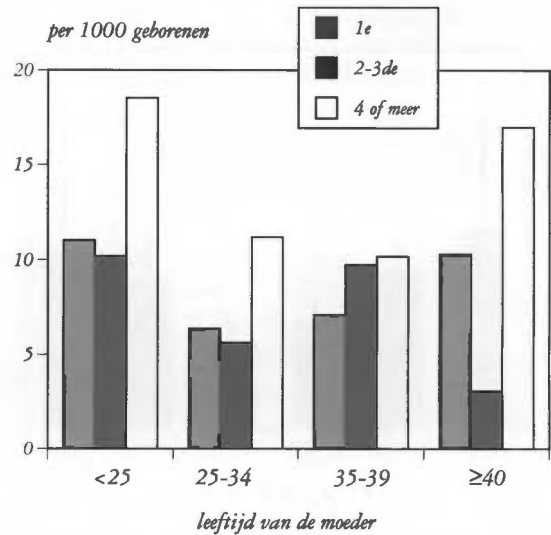
Figuur 5 toont de relatie tussen deze index en het doodgeboortecijfer. Hiervoor is de schaal van de deprivatie-index in vier gelijke delen opgesplitst. We zien een positief verband tussen beide parameters: naarmate de score op de deprivatie-index hoger is (ongunstiger) is ook het geboortecijfer hoger. In de hoogste categorie op de as van de deprivatie-index verschilt dit significant van de andere groepen.

*Rangnummer uit de moeder*

Het aantal zwangerschappen (langer dan 24 weken) dat een moeder heeft gehad is mede bepalend voor een goede afloop. Bij het eerste kind en bij hoge pariteiten (vier en meer) loopt de moeder meer risico op het krijgen van een doodgeboren kind. In figuur 6 zijn doodgeboortecijfers gepresenteerd waarbij rekening is gehouden met zowel het rangnummer van het kind uit de moeder als de leeftijd van de moeder. De doodgeboortecijfers vanaf de vierde pariteit zijn in alle leeftijdsgroepen het hoogst. Doodgeboorte bij het

figuur 6

Doodgeboortecijfer (per 1000 geboren) naar rangnummer uit de moeder per leeftijdsgroep moeder.  
Den Haag 1986-1993.



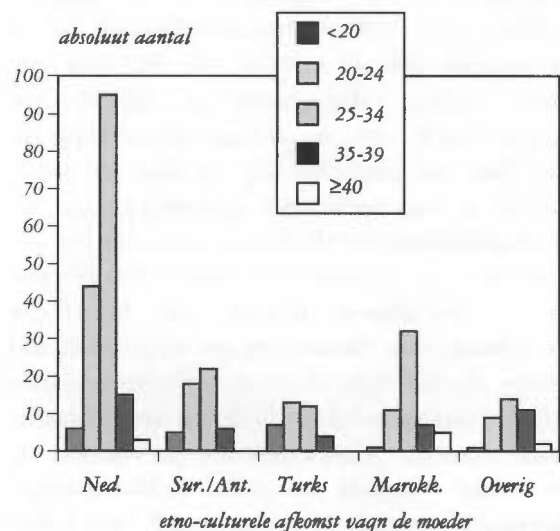
eerste kind komt relatief het meeste voor in de jongste en de oudste leeftijdsgroep.

*Enkele absolute getallen*

De beperkte uitsplitsingen die het Centraal Bureau voor de Statistiek toepast bij de analyses van de levendgeborenen per (grote) gemeente maakt het helaas onmogelijk het doodgeboortecijfer naar leeftijd en naar etno-culturele achtergrond van de moeder te berekenen. Een dergelijke diffe-

figuur 7

Absoluut aantal doodgeborenen naar leeftijd van de moeder per etno-culturele afkomst van de moeder.  
Den Haag 1984-1993.



rentiatie kan uiteraard wel worden gemaakt op basis van alleen de absolute aantallen (figuur 7). Deze resultaten moeten echter geheel anders dan tot dusverre worden geïnterpreteerd omdat ze niets zeggen over het risico dat bijvoorbeeld een Marokkaanse moeder boven de 39 jaar loopt op een doodgeboren kind, maar wel iets over de *omvang* van deze groep doodgeborenen. Een gegeven dat belangrijk kan zijn voor de (klinische) prenatale zorg.

De grootste groep is 20-24 jaar oud en van Nederlandse afkomst. Moeders beneden de twintig jaar die een doodgeboren kind hebben gekregen zijn vooral van Turkse, Nederlandse dan wel van Surinaamse/Antilliaanse etno-culturele afkomst. Doodgeborenen uit moeders op hoge leeftijd (40 jaar en ouder) zien we vooral bij Marokkaanse moeders.

### Bespreking

Samenvattend kunnen we stellen dat de gevonden patronen in Den Haag gedurende de periode 1984-1993 geen opmerkelijke veranderingen laten zien (1)(7). Voor Marokkaanse en in mindere mate Turkse moeders bestaat er een verhoogd doodgeboortecisico. Culturele verschillen in gedragingen, waardepatronen en attitudes kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn. Ook vonden we, zoals verwacht, bij jonge en oudere moeders ongunstiger doodgeboortecijfers. Evenals de leeftijd is het rangnummer van het kind uit de moeder een bekend natuurlijk biologisch risico. We vonden vanaf de vierde pariteit een hogere kans op een doodgeboren kind. De eerste pariteit was uitsluitend in de jongste en oudste leeftijds-categorie risicovoller (respectievelijk beneden de 25 jaar en boven de 39 jaar). Ten slotte zagen we op wijkniveau een positief verband tussen de deprivatie-index en het doodgeboortecijfer. Voor een deel zal dit laatste verband kunnen worden verklaard doordat in de wijken met een hogere deprivatie-index ook meer Turkse en Marokkaanse gezinnen wonen.

Het vaker voorkomen van doodgeborenen onder Marokkanen en Turken vraagt om aandacht. Graag hadden we dit gegeven verder willen onderzoeken, met name naar de leeftijd en de pariteit van de Marokkaanse en Turkse moeder. We hebben immers te maken met een hoger gemiddeld aantal kinderen bij Marokkaanse en

Turkse vrouwen in vergelijking tot andere bevolkingsgroepen. Bovendien zullen bevallingen van kinderen met een hoog rangnummer relatief meer op oudere leeftijd plaatsvinden.

Op grond van de verrichte analyses kan dus geen antwoord worden gegeven op de vraag welke van de onderzochte kenmerken van de moeder de grootste bijdrage levert op het doodgeboortecisico. Met de beschikbare gegevens was een verdere verdieping niet mogelijk.

Met een blik op de toekomst moet worden opgemerkt dat zowel onder Marokkanen als onder Turken in Nederland het gemiddeld kindertal daalt (5). Voorzien wordt dat deze vorm van accultu-ratie tot de eeuwwisseling zal voortduren. Zo zullen gewoonten en opvattingen afkomstig van het land van herkomst waarschijnlijk steeds meer worden afgestemd op de omstandigheden in Nederland.

### Literatuur:

1. Nijhuis HGJ, Nordbeck HJ en Belleman SJM. Perinatale en zuigelingensterfte in Amsterdam en Den Haag: een probleem van migranten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1985; 63 nr. 10: 409-14.
2. Tas RFJ. Doodgeborenen, 1992. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1994; nr. 3: 19-21.
3. Graaf A de. Twee derde van de jonge vrouwen gebruikt de pil. Maandstatistiek Bevolking 1994; nr. 2: 15-6.
4. Prins CJM. Totaal periodiek vruchtbaarheidscijfer naar geboorteland van de moeder, 1989/1990. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1991; nr. 10: 12-3.
5. Prins CJM. Dalend kindertal Marokkaanse en Turkse vrouwen. Maandstatistiek bevolking (CBS) 1993; nr. 10: 8-9.
6. Werkgroep Segregatie en bouwbeleid. Dienst Ruimtelijke Ordening en Economische Ontwikkeling, afdeling Planologie. Den Haag, september 1992.
7. Nijhuis HGJ, Struben HWA en Burger I. Den Haag in sociaal-demografisch perspectief: een maat voor gezondheid. GG en GD, stafbureau Epidemiologie. Den Haag, mei 1986.

# De Haagse binnenstad door de bril van een zorgverlener

---

Sommige ouderen zitten zo krap bij kas dat ze de eigen-bijdrage voor hun medicijnen niet meer kunnen betalen. Maar de nood is niet enkel financieel. Ook sociaal raken steeds meer ouderen in een isolement. De binnenstad van Den Haag, gezien vanuit het gezichtsveld van zorgverleners, een nieuwe rubriek. Deze keer een apotheker over het 'verpieteringsproces' bij senioren.

Enige tijd geleden is in de pers uitgebreid aandacht besteed aan het signaal dat ouderen die financieel zeer krap bij kas zitten, noodzakelijke medicijnen waarvoor een eigen bijdrage geldt niet langer kunnen aanschaffen. Het was een alarmkreet van huisartsen werkzaam in de Haagse binnenstad. 'Verpietering' is er echter niet alleen op het geldelijke vlak. Ook in sociaal opzicht raken sommige ouderen in een isolement. Hieronder volgen enkele indrukken en ervaringen van een Haagse apotheker in de binnenstad.

"Sommige mensen kunnen hun medicijnen niet halen, dus die bezorgen we. We hebben een vaste bezorger, maar soms valt een scholier in. Een enkele keer doe ik het zelf.

Er zijn mensen die alleen open doen voor de vaste bezorger. Ze zijn bang om voor iemand anders open te doen. Vaak lukt het de vervanger niet om binnen te komen; het is mij een keer alleen maar gelukt door met het bekende zakje medicijnen te zwaaien. Andere keren moesten we wachten tot de vaste bezorger terug kwam.

De vaste bezorger of de scholier die invalt wordt vaak gevraagd na werktijd boodschappen te doen. Mensen zijn slecht ter

*Gewoonlijk krijgt u in het Epidemiologisch Bulletin informatie over de gezondheid van Hagenaars aangereikt in de vorm van getallen over feiten. Het algemene van de informatie staat daarbij op de voorgrond. In een rubriek 'zorgimpressies' willen we regelmatig aandacht besteden aan specifieke, op zichzelf staande, alledaagse impressies van hulpverleners werkzaam in de Haagse samenleving.*



been, of bang om naar buiten te gaan. Zo zijn er enkelen die in de buurt van de Poeldijksestraat wonen en zich angstig voelen. Bezorgers komen vaak ook niet meer weg! Kennelijk hebben mensen vertrouwen in hen, ze storten hun hele levensgeschiedenis uit, opgelucht en blij met het contact. Soms zijn we ook 'sociaal raadsman' en besteden we tijd om de weg te wijzen voor het oplossen van praktische en sociale problemen. Of om uit te leggen wat de overgang van het vrijwillige ziekenfonds naar de particuliere verzekering betekent. Dat was een jaar of tien geleden. Vaak hebben mensen nog wel ergens een familielid die voor hen de financiën doet.

Wat ik me vaak afvraag is of er nog wel anderen zijn. Is er een buurvrouw die voor de primaire levensbehoeften zorgt en boodschappen doet? In het centrum zie je dat mensen de burens nog wel kennen en elkaar groeten, er is sociaal gevoel. Ik werkte eerder in een wijk verder weg. Daar ging het sociale contact verloren. Als er een plaats vrij kwam in huizen of flats waar veel ouderen woonden, kwamen daar vaak jonge mensen in, van buiten, en kennen de bewoners elkaar minder. Maar hoeveel mensen hebben niemand? Ook andere zorgverleners vragen zich dat af. Misschien is dat na te gaan door ook bezorgers van 'tafeltje-dek-je' te ondervragen, of kruideniers en andere middenstanders met de vraag of ze voor oudere mensen bezorgen. Maar misschien onttrekken mensen die geen geneesmiddelen nodig hebben, of geen gebruik maken van 'tafeltje-dek-je', zich wel helemaal aan de waarneming! Dat er verborgen leed is, dat is zeker. Maar

hoeveel, dat weten we niet.

Kinderen wonen tegenwoordig vaak verder weg en komen niet zo gemakkelijk bij de ouders op bezoek. Eenzame ouderen zijn vaak vrouwen: ze leven nu eenmaal langer. Hun echtgenoot of partner verliezen ze.

Wat me een paar keer is opgevallen is dat na de dood van de partner de achterblijver heel snel achteruit gaat. Zo was er een krasse vrouw; een half jaar na de dood van haar man herkende je haar niet meer. Ze staan er alleen voor en hebben er geen zin meer in.

Het klinkt misschien gek, maar ook in verzorgingshuizen kom je 'verpieterende' ouderen tegen. Mensen komen nauwelijks hun kamer uit. Het lijkt heel veel uit te maken hoe er in het verzorgingshuis tegenaan wordt gekeken. In het ene huis is er een beleid van activeren, van mensen bezig houden en samen dingen doen. Ouderen zijn dan 's avonds moe en vallen in slaap. In andere tehuizen worden mensen meer aan hun lot overgelaten. Ze zitten in hun kamer en de televisie staat aan. 's Avonds zijn ze niet moe en zijn slaapmiddelen nodig. Activiteiten uitvoeren vereist ook heel wat, daar heb je mensen, organisatie en geld voor nodig. Ik vind dat we dat er als samenleving voor over moeten hebben.

Sommigen hebben zo weinig geld dat ze bijvoorbeeld de telefoon weg moeten doen. Als je dan slecht ter been bent, raak je verder geïsoleerd. Dat komt vaak niet zozeer omdat mensen geen recht hebben op geld voor een telefoon, maar omdat het hun eer te na is om naar de sociale dienst te gaan en hun

hand op te houden. Ze maken geen gebruik van hun financiële rechten. 'Ik red me ook wel zonder die paar tientjes', zeggen ze dan.

Maar als je bijvoorbeeld in een verzorgingshuis zit, kun je per maand maar zo'n driehonderd gulden zakgeld overhouden, en dan kun je je niet veel veroorloven. De eigen bijdragen voor medicijnen en hulpmiddelen maken dat niet gemakkelijker. Zo was er een eigen bijdrage voor incontinentiemiddelen, tot zo'n tweehonderd gulden per jaar.

We hebben overigens met een aantal zorgverleners en verzekeraars een incontinentie-voorlichtingsproject gestart. Een verpleegkundige doet huisbezoek en neemt allerlei materiaal mee. De cliënten waarderen dat enorm! Sommigen storten ook aan haar hun hart uit, blij dat ze zijn met een persoon die ze vertrouwen.

Voor mensen die een aanvullende verzekering hebben worden sinds juli de eigen bijdragen en kunst- en hulpmiddelen betaald. Die verzekering, zo'n vijftig gulden per jaar, kan minder zijn dan de eigen bijdrage van maximaal tweehonderd gulden per jaar. Inmiddels is een voorstel uit de Haagse gemeenteraad aangenomen waarin wordt gevraagd om voor 65-plussers met een Ooievaarspas de aanvullende verzekering uit gemeentegelden te betalen. Dat is mooi, maar het blijft allemaal reparatiewerk."

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Medicijngebruik in Duindorp

De GGD heeft in 1992 een gezondheidsenquête afgenomen onder bewoners in het stadsdeel Scheveningen. Uit resultaten van deze enquête en uit aanvullend onderzoek onder hulpverleners bleek dat het medicijngebruik onder ouderen in de wijk Duindorp - vooral ten aanzien van kalmerende en slaapmiddelen - als zorgwekkend kon worden betiteld.

Onder welke omstandigheden vindt het medicijngebruik plaats en wat vinden de ouderen er zelf van? Twee HBOV-studenten hebben, om antwoord te krijgen op deze vragen, een exploratief onderzoek verricht onder tien ouderen (vijf mannen en vijf vrouwen) wonend in Duindorp. Allen waren in de leeftijd van 65-75 jaar, gebruikten bovengenoemde middelen en hadden geen frequent contact met de huisarts.

Alle geïnterviewden hadden een hoge mate van zelfredzaamheid. Ze namen hun medicijnen dagelijks trouw in en ervoeren geen hinder van gebruik in die mate, hoewel ze de middelen niet van harte namen. Hun houding bleek berustend. De ouderen vonden dat ze goed werden ingelicht door de huisarts en meestal ook door de specialist. Het liefst zouden ze alle informatie omtrent ziekte en medi-

cijnen van de behandelend arts krijgen. De geïnterviewden hadden vrijwel geen interesse in het zoeken naar extra informatie (televisie; tijdschriften; familie; apotheek). Vaak sloten ze zich er zelfs voor af omdat het verwarring stichtte. Punten waar de ouderen zelf mee kwamen:

- onzekerheid bij het lezen van de bijsluiter: 'Moet je je nu wel of niet ongerust maken om die zeldzame ernstige bijwerking?' Vooral wanneer de informatie daarover niet eensluidend was;
- herhaalrecepten worden te gemakkelijk uitgeschreven;
- moeilijke verpakkingen en onvoldoende leesbaarheid van etiketten en bijsluiters.

Een van de aanbevelingen die in het onderzoeksverslag werden genoemd was individuele voorlichting te geven via preventief huisbezoek, bijvoorbeeld door de wijkverpleegkundige. De huisarts zou de persoon kunnen zijn die de signalen opvangt, ouderen selecteert en doorverwijst naar de wijkverpleegkundige.

Het onderzoeksverslag is verkrijgbaar bij: Mw. I. Griffioen-Appels en Mw. G. van Vark-Sloot (tel.: 070 - 394 43 20).

## Voorlichting

### AIDS-bekerspel

Er is een nieuw voorlichtingsspel ontwikkeld: 'het AIDS-bekerspel'. Een ludiek groepss-

pel waarmee binnen één lesuur duidelijk wordt hoe besmetting met het HIV-virus verloopt en hoe die kan worden vermeden.

Het AIDS-bekerspel is bruikbaar in de lessen biologie, maatschappijleer, persoonlijke en maatschappelijke vorming, gezondheidkunde en in het sociaal-cultureel werk.

Het rollenspel geeft inzicht in de relatie tussen riskant seksueel gedrag en de verspreiding van het HIV-virus. Doel van het spel is het veilig-vrijgedrag van jongeren en jong-volwassenen te bevorderen.

Het spel is voor drie niveaus verkrijgbaar:

- bovenbouw VBO/ MAVO en sociaal-cultureel werk;
- bovenbouw HAVO/VWO;
- volwassenenonderwijs.

Het spel is bedacht door Lisette van Rens, als biologe en scheidkundige jarenlang werkzaam geweest in Afrika. Geconfronteerd met de dramatische verspreiding van AIDS daar, vroeg ze zich af of op een aanschouwelijke manier valt duidelijk te maken hoe zoiets onzichtbaars als het HIV-virus zich verspreidt. Na een half jaar piekeren en proberen kwam ze op de vloeistofmethode die symbool staat voor de menselijke lichaamssappen. In landen als Botswana, Zimbabwe en Lesotho wordt dit eenvoudig uit te voeren spel inmiddels op grote schaal gespeeld door studenten, leraren, verpleegkundigen en andere groepen die door hun beroep in rechtstreeks contact met de bevolking staan.

Terug in Nederland wist ze Gilles de Wildt, arts-epidemioloog bij de GGD Den Haag, voor het spel te interesseren. Het spel werd samen met de afdeling GVO van de GGD Den Haag, het Centrum Verslavingszorg Zeestraat en de HBOV-opleiding aangepast aan de Nederlandse situatie. Op het Aloysiuscollege in Den Haag werd het spel getest. Toen bleek dat het spel goed aansloeg is de keuze gemaakt het op de markt te brengen.

Het AIDS-bekerspel, bestaande uit een handleiding en een serie rolkaarten, kan voor f. 45,- (exclusief verzendkosten) worden besteld bij de Rutgers Stichting: tel. 070 - 345 46 00.

Prijs voor de toekomst van

## Actueel

### de GGD in Nederland

Ter gelegenheid van zijn 75-jarig bestaan in 1995 schreef de GGD voor Rotterdam e.o. eind 1994 een prijsvraag uit. Gevraagd werd een artikel van maximaal 5000 woorden te schrijven, waarin een nieuwe GGD wordt ontworpen die is toegespitst op de gezondheidsproblemen in een grootstedelijk gebied. Kwesties als dreigende tweedeling in de samenleving, verpaupering, werkloosheid en verslaving dienden aan bod te komen en te worden afgezet tegen de vraag of de private weg of de weg via overheidsbemoeienis de beste oplossing biedt. De oplossingen moesten in principe bruikbaar zijn.

Van de ingezonden artikelen won die van Harry Nijhuis van de GGD Den Haag de prijs omdat zijn artikel goed geschre-

ven en terzakekundig werd bevonden. "De heer Nijhuis heeft fundamenteel nagedacht over de 'public health'-problematiek van de grote steden. Ook de bestuurlijke en financieel-economische problematiek is op evenwichtige wijze uitgewerkt", aldus het juryrapport. De inzending is verkrijgbaar bij de GGD Rotterdam e.o., tel: 010 - 433 94 50.

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 32 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 aangemelde buiktyfuspatiënt had de besmetting in Nigeria opgelopen.

Van de 11 bacillaire dysenteriepatiënten liepen 9 hun besmetting op in het buitenland (onder andere in India, Pakistan, Griekenland, Marokko). Van 2 patiënten bleef de bron onbekend.

De bron van de hepatitis A-patiënt bleef onbekend.

De mogelijke bron van de hepatitis B-patiënt was seksueel contact.

Van de 2 aangemelde leptospirosispatiënten was bij de één de mogelijke bron een visvijver en bij de ander een vakantieverblijf

in Vietnam.

Er werden 4 malaria-patiënten aangemeld. Hiervan bleken 2 malaria vivax te hebben, opgelopen in respectievelijk India en Pakistan. Ze hadden geen malariaprofylaxe genomen. De andere 2 patiënten hadden malaria falciparum. Hiervan was 1 patiënt met vakantie naar Zaïre geweest en het is onbekend of deze patiënt profylaxe heeft genomen. De andere patiënt woont in Nigeria en neemt geen profylaxe.

Van de 29 aangemelde mazelenpatiënten werd de besmetting bij 28 via school opgelopen. De kinderen waren niet gevaccineerd.

Er werden 12 scabies-patiënten aangemeld. Verschillende liepen hun besmetting op in het buitenland, waarna nog eens besmetting in de huiselijke omgeving plaatsvond.

Alle 4 voedselinfectiepatiënten werden ziek na het eten van kip.

### Erratum

In het Epidemiologisch Bulletin, jaargang 29 nr. 3 staat in het artikel 'Kindermishandeling, werk voor de JGZ' op pagina 23 (rechter kolom, bovenaan) 'De Werkgroep Preventie en Voorlichting van het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld' dit moet zijn 'De Werkgroep Preventie en Voorlichting van het Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld'.

~~Aan deze rubriek werkten mee:~~

Mw. I. Burger;

Mw. J.C. Leegsma

(GGD, Rijswijk);

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

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap (GGD, West-Holland)

GGD Rotterdam e.o.

# 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 3e kw	1994 t/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	6	4	3		12	13
		morbilli (B)		69	30		3	99
		(atyp.) pertussis (B) **		4	8		3	12
		rubella (B)	1				1	1
		tuberculosis (B)	25	32	18		87	75
		parotitis epidemica (C)	4					4
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	37	30	38		114	105
		syfilis prim./sec. (C)	1	4	2		12	7
		syfilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1		1	2		2	3
		HIV-infectie/Aids (I) ***	1	3	20		20	24
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (3)	10	6	2		26	18
		dysenteria bacillaris (B) (3)	3		16		17	19
	huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	32	24	14		79	70
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)					3	
		Q-fever (B) (5)					2	
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4	4	5		6	13
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
		brucellosis (B) (5)						
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)		1			1
consumptie		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	17	4	9		5	30
		febris typhoidea (A)	2		1		5	3
		paratyfus B (B)		1			1	1
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)		leptospirosis (B)			2		1	2
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		142	184	150		380	476	

(A) (B) (C)

traditionele categorie-aanduiding  
\* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

\*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis

\*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddegoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten)

(6) ook wondbesmetting