

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Substitutie in Den Haag: waar zijn de ouderen gebleven?

Zorggarantie: een serieus alternatief?

Beïnvloeding van overgewicht bij Turken en Marokkanen

epidemiologie

Werklast van huisartsen in achterstandswijken

Hagenaars buiten Den Haag overleden

projecten

korte berichten

jaargang 30, 1995

nummer 2

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

- Substitutie in Den Haag: waar zijn de ouderen gebleven?*
- A.R. Noyon 3
- Zorggarantie: een serieus alternatief?*
- H. Eitjes 7
- Beïnvloeding van overgewicht bij diabetes mellitus:
groepsgesprekken met Turken en Marokkanen*
- Mw. M. Slijkerman en Mw. M. Daling 13

Epidemiologie

- De werklust van huisartsen in achterstandswijken*
- F.L.J. Tjadens en Mw. M.C.G. Luijten 16
- Beschouwing*
- M.F. Cox 21
- Hagenaars buiten Den Haag overleden (1982-1991)*
Gemeente en land van overlijden
- W.J. Schudel en Mw. J.M. Vroom-Jongerden 22

Projecten

- Project Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening*
De eerste concrete resultaten
- Mw. T.G.M. van der Maat 27

Korte berichten

32

Juni 1995
30ste jaargang nr. 2

Epidemiologisch Bulletin
Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

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

Redactie

Dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker; Mw. I. Burger; Dr. M.F. Cox;
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, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne
J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen
H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie
B.A. Teng, afdeling Jeugdgezondheidszorg
W.J. Vroege, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
H. Westerhof, hoofdafdeling Jeugd tandzorg
W.A. Zwart Voorspuij, afdeling (milieu)hygiëne

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, 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. 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.

Substitutie in Den Haag

Waar zijn de ouderen gebleven?

A.R. Noyon

Ouderenzorg is 'big bussiness', maar ook voortdurend onderwerp op de politieke agenda, want de vraag is hoe 'de grijze golf' moet worden gefinancierd. Het antwoord wordt gezocht in substitutie; bejaarden blijven thuis - eventueel met hulp - zo lang het kan en verdwijnen niet langer in bejaarden- of verpleeghuizen. De eerste indrukken van die trend laten zien dat zwaardere vormen van zorg teruglopen. Of die ontwikkeling parallel loopt met een grotere vraag naar thuiszorg is echter niet duidelijk.

Inleiding

De toekomst van de ouderenzorg is een onderwerp dat veel mensen bezig houdt. De politiek, de commercie, de ouderen, allen hebben zo hun beeld van de ouderenzorg in de toekomst. Verschillende geledingen van de maatschappij spelen hierop in en maken van de 'ouderenmarkt' big business. Zo benadrukken pensioenverzekeraars de teruglopende inkomsten in de derde levensfase (het Zwitserleven gevoel), richten reisbureaus zich op de welgestelde ouderen en hebben fabrikanten van allerlei waren in de oudere de consument van de toekomst ontdekt.

Bepalend voor het toekomstbeeld is in ieder geval de sterke toename van het aantal ouderen en de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. En wanneer het niet langer zelfstandig gaat, dan moeten ouderen die hulp krijgen waaraan op dat moment behoefte is.

Met een groeiende groep van ouderen betekent dit een toename van de kosten. De politieke issues van het moment hebben dan ook met geld te maken. De reden is de veronderstelde 'onbetaalbaarheid' van de zorg in de toekomst. Het gaat bijvoorbeeld om de verhouding actieven - inactieven en om de vraag of de AOW straks nog betaalbaar is. Ook de wijze waarop de zorgverlening moet worden georganiseerd en gefinancierd is onderwerp van discussie.

Het antwoord op deze problematiek is 'substitutie'. De zorg blijft betaalbaar als er minder gebruik wordt gemaakt van duurdere voorzieningen: de verschuiving van zorgverlening van dure,

Over de auteur:

A.R. Noyon, senior beleidsmedewerker ouderenbeleid, hoofdafdeling Ouderen, Sector GGD/MZ Den Haag

intramurale naar goedkopere, extramurale voorzieningen is het uitgangspunt.

In de nota 'Zorg voor Ouderen', maar ook in tal van andere publikaties, wordt dit beleid uitgewerkt (1). De meest recente bijdrage aan deze discussie is het rapport van de commissie 'Modernisering Ouderenzorg', in de wandeling ook wel de commissie Welschen genoemd (2). Door de toegang tot de zorg met strengere indicatiecriteria moeilijker te maken, wordt volgens Welschen een substitutie-effect van 30% haalbaar. De intramurale zorg is dan alleen voor de zwaar-zorgbehoevende ouderen. Andere hulpvragen moeten met lichtere vormen van zorg worden beantwoord.

Ook in Den Haag speelt deze thematiek. De gemeente Den Haag reduceert het aantal verzorgingsplaatsen. Ouderen die voorheen in een verzorgingstehuis zouden worden opgenomen moeten nu zelfstandig blijven. Dat is een vorm van substitutie. De eventuele zorgvraag leidt in een beperkter aantal gevallen tot opname.

In dit artikel gaat het om de vraag of die verschuivingen in het totale zorgaanbod zichtbaar worden: leidt de reductie tot langere wachtlijsten en een sterke druk op de thuiszorg?

Eerst krijgt het begrip 'substitutie' zelf aandacht. Vervolgens staat de Haagse situatie centraal. Aan de hand van onder andere wachtlijstgegevens worden verschuivingen in het zorgaanbod toegelicht. Daaruit blijkt dat er volop sprake is van substitutie van zorg. Dat diverse processen nader moeten worden onderzocht om de verschuivingen inzichtelijk te maken, is één van de conclusies.

Het gebruik van het begrip substitutie

In het spraakgebruik kan het begrip 'substitutie' naar verschillende verschijnselen verwijzen. Ten eerste wordt de term substitutie gebruikt in beleidsnota's om de verschuivingen binnen het totale zorgaanbod aan te geven: van zwaardere naar lichtere vormen van zorg, van intra- naar extramuraal, van duur naar goedkoop, enzovoorts. Het begrip substitutie wordt ook gehanteerd voor die projecten waarbij vormen van verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen worden aangeboden. Dit betekent dat zwaar zorgbehoevende ouderen niet naar het verpleeghuis verhuizen, maar de benodigde (verpleeghuis)zorg ontvangen in het huis waar ze op dat moment woonachtig zijn. De

zorg komt naar de mensen toe. Het substitutie-effect zit in het feit dat er, zonder opname in het verpleeghuis, toch 'verpleeghuiszorg' wordt geboden. De Ziekenfondsraad heeft voor dit soort projecten een speciale financieringsregeling.

Het begrip substitutie wordt ook gehanteerd in relatie tot een bepaald type experiment (3). In het kader van de nota 'Zorg voor Ouderen' werd de mogelijkheid geboden om vormen van substitutie te testen. Daarin is de haalbaarheid van verschuivingen in zorgverlening en financiering van zorg onderzocht.

Deze experimenten leiden tot positieve bevindingen: verschuiving van zorg kan, en zonder kwaliteitsverlies.

In Den Haag is het zorghuis dr W. Drees als substitutie-experiment gestart; andere voorbeelden zijn de 'zorg op maat-projecten' aan de Borneostraat en het Ledeganckplein. Daar wordt aan ouderen die een indicatie voor opname in een bejaardenoord hebben, zorg geboden in de eigen, zelfstandige woning. De stichting Thuiszorg Den Haag verleent deze zorg.

Een variant hierop is het project aan de Aaltje Noorderwierstraat. Daar biedt het verzorgingstehuis Tabitha de zorg aan ouderen in de thuissituatie.

In de discussie over de voor- en nadelen van substitutie spelen diverse argumenten. Eén ervan is de vraag of professionele hulp door vrijwillige hulpverlening kan worden vervangen; anders gezegd: kan de mantelzorg worden belast met zware hulpvragen?

Die vraag is extra interessant wanneer het toekomstperspectief wordt meegenomen.

Op dit moment wordt van elke vijf uren zorg er vier door niet-professionele krachten verleend (4). Maar of deze familiehulp of mantelzorg in de toekomst op een zelfde schaal kan worden gegeven is onzeker. Het zijn nu met name de kinderen en andere familieleden die de zorg verlenen. Veranderingen in gezinssamenstelling en familiebanden zullen ook hun weerslag op deze vormen van zorgverlening hebben.

Substitutie van zorg en de situatie in Den Haag.

Demografie

De Nederlandse bevolking telt 13% mensen ouder dan 64 jaar, ofwel twee miljoen mensen. De

verwachting is dat na het jaar 2010 dit percentage zal stijgen tot 17%, terwijl een vooruitberekening van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) aangeeft dat in het jaar 2035 een kwart van de bevolking bestaat uit 65-plussers.

Op dit moment heeft Den Haag rond de 444.500 inwoners. Daarvan zijn er 124.000 55 jaar of ouder. De prognose is dat dit aantal in het jaar 2007 gedaald zal zijn tot 107.000 personen. Echter het beeld voor de groep 85-plussers is anders: op dit moment zijn er 9.453 mensen 85 jaar of ouder. In de prognose voor 2007 loopt dit aantal op tot 10.190 personen (5).

Hoewel het totaal aantal ouderen in Den Haag afneemt, bestaat de verwachting dat de zorgvraag aanzienlijk blijft. Het aantal 85-plussers - de zorgconsumenten bij uitstek - neemt niet af. Daarbij komt dat 45% van de 75-plussers alleenstaand is. Dat is relevant, omdat alleenstaande ouderen relatief vaker gebruik maken van gezinsverzorging. In een onderzoek van Huijsman en Dolmans uit 1990 wordt de verwachting uitgesproken dat het gebruik van deze voorziening tot de eeuwwisseling nog met gemiddeld 1,8% per jaar zal toenemen. Dit leidt tot een uitbreiding van de bestaande capaciteit met een kwart (6).

Twee benaderingswijzen voor substitutie

Tegen deze cijfermatige achtergrond bekijken we substitutie vanuit twee invalshoeken, namelijk een 'cliëntgerichte' en een 'bestandgerichte' (7). Bij de cliëntgerichte benadering wordt gekeken naar het aandeel van een (soort van) voorziening binnen de hulpverlening. Wanneer het aandeel mensen in het verzorgingstehuis afneemt ten gunste van de thuiszorg, is er sprake van substitutie. Bij de bestandgerichte benadering gaat het om 'het bestand' van de instelling. Bedoeld zijn veranderingen in (kenmerken van) het cliëntenbestand van de instelling. Een indicatie voor deze vorm van substitutie is bijvoorbeeld een zwaardere hulpvraag van gebruikers.

De cliëntgerichte benadering

Het aandeel van de intramurale voorzieningen binnen het verzorgingsaanbod loopt terug. Dat blijkt uit de volgende gegevens. Landelijk woonden er in 1992 ruim 126.000 ouderen in een bejaardenoord. Maar de omvang

van deze bewonersgroep is sinds 1985 met meer dan 10.000 personen afgenomen (8).

Ook in Den Haag loopt het aantal verzorgingsplaatsen terug. Per februari 1995 waren er 4.769 plaatsen (één- en tweepersoonskamers) en telde de wachtlijst 888 personen (9). Toch lijkt er geen tekort aan verzorgingsplaatsen te zijn.

Ervaringsgegevens wijzen uit dat de gemiddelde verblijfsduur in een verzorgingstehuis vijf jaar is. Met deze roulatiesnelheid per jaar is de vraag en het aanbod in evenwicht.

Eind 1992 werd het 'Plan op de Bejaardenoorden 1993 - 1996' door de gemeenteraad vastgesteld (10). Op dat moment beliep het aantal plaatsen in Haagse verzorgingshuizen nog 5.329. Ook toen leek het aantal plaatsingen en het aantal aanmeldingen in evenwicht te zijn. In 1991 stonden 1.375 mensen op de wachtlijst.

In één van de uitwerkingsnota's die rond het plan op de bejaardenoorden waren opgesteld, zijn gegevens opgenomen over de gezinszorg in Den Haag (11). Daaruit blijkt dat 10.000 personen zorg ontvingen. De wachtlijst beliep 500 à 600 personen. Op dit moment - begin 1995 - is er geen wachtlijst voor thuiszorg.

De situatie in zowel de somatische als de psychogeriatrische verpleeghuizen geeft een zelfde trend te zien: wat de somatiek betreft werd reeds in 1992 vastgesteld dat nauwelijks van een wachtlijst kon worden gesproken. In 1991 was de wachtlijst voor psycho-geriatrie gemiddeld 388 personen lang. De wachttijd lag rond de acht maanden. Cijfers over 1994 laten zien dat deze wachttijd inmiddels aanmerkelijk korter is geworden: per eind 1994 was die tijd ongeveer 1,5 maand, met 279 mensen op de wachtlijst. Als oorzaken worden onder meer aangegeven een uitbreiding van de capaciteit met zestig plaatsen en de extreme weersomstandigheden in de zomer van 1994, waardoor de sterfte hoger was (12).

De bestandgerichte benadering

De intramurale voorzieningen krijgen steeds meer te maken met zwaar-verzorgingsbehoevende ouderen. Dit blijkt uit de volgende gegevens.

De tijd die in verzorgingshuizen voor de verzorging van bewoners nodig is, neemt in heel Nederland toe. CBS-cijfers geven aan dat het percentage bedlegerige en volledig hulpbehoevende bewoners in de periode 1985 - 1992 met 5 is toegenomen tot meer dan 60%.

Ook in de Haagse huizen neemt de zorgtijd toe. Omdat de personeelsformatie op basis van (metingen van) de zorgtijd wordt vastgesteld, kan deze trend worden afgeleid uit de verhouding tussen verzorgden en verzorgenden. In 1986 was die verhouding 10 : 3,82. In 1992 was die verhouding 10 : 4,17.

De toename van de zorgbehoefte in verpleeghuizen blijkt uit het steeds korter worden van de verblijfsduur. In 1993 was de doorlooptijd 28 maanden, in 1994 26 maanden.

Conclusie

Het beleid, gericht op het zo lang mogelijk zelfstandig blijven van ouderen werkt: in Den Haag lijkt de vraag naar zwaardere vormen van zorg terug te lopen. Navraag bij andere grote steden Amsterdam, Rotterdam en Utrecht geeft een zelfde beeld. Het besluit tot opname stellen ouderen waarschijnlijk uit tot het moment dat het echt niet langer gaat: de zorgbehoefte in de verzorgings- en verpleeghuizen neemt daardoor toe. Of de verschuivingen in de intramurale sector ook leiden tot een toename van de vraag naar thuiszorg is niet duidelijk. Het feit dat er geen wachtlijst voor deze vorm van zorg is, betekent niet automatisch dat ook het aandeel van de thuiszorg op de zorgmarkt is teruggelopen. Een efficiëntere bedrijfsvoering en de fusie tussen gezinszorg en kruiswerk heeft de capaciteit doen toenemen.

Toch lijken de resultaten op het eerste gezicht in tegenspraak met de verwachting. Substitutie van zwaardere naar lichtere vormen van zorg veronderstelt dat de (toename van) cliënten bij de lichtere zorgvoorzieningen zichtbaar worden. En dat lijkt in Den Haag niet het geval.

Daarvoor zijn twee verklaringen mogelijk: òfwel de zorgbehoefte van ouderen loopt terug - ondanks de steeds hogere leeftijd en groei van het aantal personen; òfwel de zorgbehoefte van de huidige oudere wordt niet minder, maar er wordt op een andere manier aan tegemoet gekomen.

De laatste jaren is het aanbod van ondersteunende voorzieningen voor zelfstandig wonende ouderen sterk veranderd. Zo zijn er diverse particuliere bureaus die vormen van thuiszorg aanbieden. Ook zijn de technische mogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van aanpassingen in de thuissituatie, sterk verbeterd. Nog onvoldoende zicht is er op de effecten van het servicepakket met zorggarantie

(zie elders in dit tijdschrift). Verschillende Haagse verzorgingshuizen bieden deze voorziening aan. Daarmee creëert het verzorgingstehuis zijn eigen substitutieproject. Logisch, want ook de zorgaanbieder moet zich marktgericht opstellen.

En met die laatste constatering zijn we dan terug bij het begin van dit artikel. Het feit dat de zorg voor ouderen een groeiende markt is, biedt ouderen ook de relatieve luxe van een keuzemogelijkheid. De sterk toegenomen variatie in het ondersteuningsaanbod heeft (onbedoeld?) een substitutie-effect tot gevolg. Een effect dat best eens in de buurt kan komen van de door Welschen genoemde 30%.

Literatuur:

1. Nota Zorg voor Ouderen. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Staatsuitgeverij: Den Haag 1986.
2. Ouderenzorg met toekomst. Eindrapport van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Den Haag, mei 1994.
3. Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg. Demonstratieprojecten in de ouderen- en verpleeghuiszorg, evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid. Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen. Nijmegen 1991.
4. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, februari 1995.
5. De vergrijzing voorbij: ouderenhuisvesting in Den Haag tot 2007. Dienst Bouwen en Wonen. Den Haag, juni 1994.
6. Huisman R, Dolmans ELJ. Ouderen en het gebruik van gezinsverzorging. Tijdschr Gerontol Geriatrie 1990; 21 nr 1: 17-26.
7. Linschoten CP van, Wolffensperger EW. Substitutie-effecten in de zorg voor ouderen in Zuid-oost Groningen. Tijdschr Gerontol Geriatrie 1992; 23 nr 5: 171-8.
8. Verzorgingshuizen in beeld. In: Achtergrond bij het advies van de commissie Modernisering Ouderenzorg. RIGO, Research en Advies BV, mei 1994.
9. Bron: indicatiecommissie Den Haag.
10. Plan op de bejaardenoorden 1993 - 1996. Gemeentebestuur Den Haag, oktober 1992.
11. Bovens HFM, Eitjes HBFM. Contourennota projectgroep plan op de bejaardenoorden. Den Haag, januari 1993.
12. Bron: bemiddelingsbureau voor verpleeghuizen in 's-Gravenhage en omgeving.

Zorggarantie

Een serieus alternatief?

H. Eitjes

Haagse verzorgingshuizen ontwikkelen op het ogenblik in snel tempo alternatieven voor de hulp die ze traditioneel bieden. Het gaat om 'de klant' buiten het huis, die 'zorggarantie' wordt geboden. Er zijn plannen en mogelijkheden te over. Vraag blijft alleen of die zich allemaal gemakkelijk verdragen met de bestaande wet- en regelgeving.

Ouderenzorg in beweging

Verzorgingshuizen ontdekken de markt. In Den Haag ontwikkelen verzorgingshuizen momenteel in snel tempo alternatieven voor de traditionele aanpak. En dat is nodig want de middelen volgens de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) lopen terug en de aanvragen voor plaatsing in verzorgingshuizen eveneens. Bedroeg het aantal wachtenden voor verzorgingshuizen enkele jaren geleden nog gemiddeld 2.500 personen, momenteel is dat gedaald tot minder dan 900, hetgeen betekent dat gemiddeld alle wachtenden binnen een jaar plaatsbaar zijn. Aangezien het aantal ouderen in de stad niet in dezelfde mate is gedaald en de groep van 75 jaar en ouder vrijwel stabiel is gebleven kan de conclusie zijn dat ouderen kennelijk steeds duidelijker ervoor kiezen om thuis te blijven wonen.

De verzorgingshuizen in Den Haag zijn zich vanwege deze ontwikkelingen gaan richten op de markt voor extramurale zorg inclusief de (aanvullende) commerciële zorg om zich te verzekeren van een stevige relatie met toekomstige cliënten. Gelukkig valt dit nieuwe aanbod samen met de behoefte van veel thuiswonende ouderen aan zekerheid. Ouderen weten vaak niet goed de weg in 'zorgland' en hebben er daarom niet zonder meer vertrouwen in dat er zorg aanwezig zal zijn op het moment dat die voor hen nodig is (zorggarantie). De wachtlijsten van de Stichting Thuiszorg en de verzorgingshuizen uit het recente verleden staan velen nog scherp op het netvlies.

Over de auteur:

H. Eitjes, directeur van de stichting ProZorg Den Haag

Een andere belangrijke ontwikkeling in deze is het ontwikkelen van één-loketfuncties en - in het verlengde daarvan - het streven naar een geïntegreerde indicatiestelling voor de reguliere zorgvoorzieningen. Achterliggende gedachte bij een dergelijke functie is enerzijds het creëren van een duidelijke toegangspoort tot de zorg voor zorgvragers en anderzijds, achter dit loket, het beter kunnen afstemmen van het zorgaanbod op de (complexe) zorgvraag. Zo is door de gemeente met Nuts verzekeringen een convenant gesloten om tot een goed functionerende één-loketfunctie en een geïntegreerde indicatiestelling te komen. In het verlengde van deze stedelijke aanpak hebben in twee stadsdelen (Haagse Hout en Escamp) de gezamenlijke zorgaanbieders een project gestart om zo'n 'loket' te realiseren.

Daarnaast wordt door de verzorgingshuizen en de verpleeghuizen ook gewerkt aan het aanbieden van 'eigen intramurale zorg' aan thuiswonende ouderen. Hiermee is de zorg die in verzorgingshuizen en/of verpleeghuizen wordt aangeboden ook thuis verkrijgbaar.

In dit artikel wordt allereerst ingegaan op de aard en de betekenis van zorggarantie voor thuiswonende ouderen. Vervolgens wordt geschetst welk totaalaanbod nodig is om ouderen daadwerkelijk verantwoord thuis te kunnen laten verblijven. Aangegeven wordt welke knelpunten er momenteel zijn om zorggarantie regionaal van de grond te krijgen. Ten slotte wordt getracht een toekomstperspectief te bieden, waarbij een relatie wordt gelegd tussen zorggarantie en de één-loketgedachte.

Zorggarantie: een verzekerd gevoel

Sinds 1992 is 'Maison Gaspard de Coligny' als pionier begonnen met het verstrekken van zogenoemde zorggarantiepakketten aan thuiswonende ouderen.

Centraal element in het pakket is het aanbieden van zorggarantie. Dit houdt in dat de oudere, in de hoedanigheid van abonnee, verzekerd is van (bemiddeling van) hulp thuis en altijd aanspraak kan maken op tijdelijke opname in 'Gaspard', gebruik kan maken van maaltijden (bezorgd door of in Gaspard verstrekt) en andere faciliteiten van het huis tot zijn of haar beschikking heeft, zoals de kapsalon, de schoonheidssalon, de pedicure, ontspanningsactiviteiten en

informatievoorziening. Abonnementhouders zijn ook welkom op borrelmiddagen en bij concertseries. In geval hulp thuis wenselijk is bemiddelt Gaspard bij de gewenste vorm of levert deze zorg zelf.

Dit zorggarantiepakket wordt inmiddels aan meer dan zeshonderd abonnee-houders geleverd. De houders betalen een abonnementsprijs van f 25,- per maand en krijgen daarvoor korting op de bovengenoemde faciliteiten van Gaspard naast zorggarantie. Is hulp nodig dan bedraagt de eigen bijdrage bij tijdelijke verzorging f 70,- per dag (basiszorg) en voor een warme maaltijd f 12,- (thuis bezorgd) of f 8,- (in Gaspard genoten).

Voor het project is door Gaspard een zorgcoördinator aangesteld die het centrale aanspreekpunt is voor de abonnees. Deze gaat op huisbezoek, regelt de (thuis)zorg - inclusief de tijdelijke zorg - en houdt de zorgdossiers per abonnee bij. De zorgcoördinator is dus degene die rechtstreeks contact onderhoudt met de abonnee en direct aanspreekbaar is voor vragen. Zij of hij wordt bekostigd uit de abonnementsgelden.

Sinds Gaspard in 1992 is begonnen zijn meer verzorgingshuizen zich gaan richten op het aanbieden van een zorggarantie aan thuiswonende ouderen. In Den Haag zijn dat de verzorgingshuizen Landscheiding en Huize Royal (in samenwerking met Gaspard), het Uiterjoon en Loosduinse Hof (in samenwerking met woningbouwverenigingen). Ook andere huizen zijn bezig zich op deze markt te oriënteren.

De Stichting Experimenten Volkshuisvesting (SEV) heeft het project van Gaspard als experiment erkend in het kader van haar programma diensten aan huis. Inmiddels gaat ze een stap verder en wordt een grootschalig stedelijk experiment in de regio Den Haag voorbereid. Doel daarvan is het nagaan van de haalbaarheid van het grootschalig aanbieden van zorg- en woongarantiepakketten in een regio. Daarnaast zijn ook de Humanistische verzorgingshuizen in de Haagse regio doende samen met een achttal woningbouwcorporaties een dergelijke grootschalige aanpak voor te bereiden.

Waarom kiezen ouderen voor zorggarantie?

Uit de evaluatie van het project van Maison Gaspard de Coligny (en van andere projecten) blijkt dat een combinatie van factoren een dergelijk aan-

bod voor ouderen interessant maakt. Een belangrijke motor voor de groei vormt de mond-tot-mond-reclame: 'in deze buurt kennen we elkaar wel en spreken we elkaar vaak over nieuwtjes'. Ook de naam van het huis in de buurt is een katalyserende factor: 'Er gaat een zekere uitstraling van Gaspard uit, hierdoor ontstaat een magneetwerking', aldus twee abonnees desgevraagd.

Ten aanzien van de redenen waarom wordt deelgenomen geeft het evaluatieonderzoek de volgende informatie. Centraal staat het begrip voorzorg en de garantie dat als er iets gebeurt er daadwerkelijke hulp/zorg klaar staat. Zo kunnen uit de gesprekken met de ouderen de volgende antwoorden worden opgetekend:

- 'Het geeft je een veilig gevoel, dat heb ik achter de hand';
- 'Het is iets om op terug te vallen en zij vinden de kanalen om in die hulp te voorzien';
- 'Het maakt niet uit als je er zes jaar geen gebruik van maakt';
- 'Als je opeens zit met de vraag "wat moet ik nou" is het goed dat je dit abonnement heb genomen';
- 'Het is iets om jezelf in slaap te sussen, iets om jezelf gerust te stellen'.

Meer dan de helft van de abonnees maakt (nog) niet echt gebruik van de mogelijkheden van het pakket: ze hebben een abonnement uit voorzorg. Daar staat tegenover dat bijna de helft van de abonnees gebruik maakt van de kernonderdelen van het pakket: tijdelijke verzorging, zorgbemiddeling of maaltijden. Van de abonneementhouders maakt een beperkt deel gebruik van de overige faciliteiten van 'Gaspard'. Over de samenstelling van het pakket zijn de ouderen in het algemeen tevreden, er is slechts een geringe vraag naar uitbreidingen op het pakket. Het pakket blijkt in de evaluatie een stimulans voor de ouderen om langer thuis te blijven en wordt door een deel dan ook afgewogen tegen de keuze voor een serviceflat. Meer dan de helft van het abonneestand is ouder dan tachtig jaar.

Ook van gelijksoortige projecten buiten Den Haag zijn evaluatiegegevens bekend. Er blijkt een samenhang te bestaan tussen het 'gebruiksmotief' en de schaarste aan vooral zorgfuncties in de projectgebieden. Toch is het 'voorzorgsmotief' in alle gebieden dominant aanwezig. Het 'gebruiksmotief' speelt minder bij de woon- en welzijnsfunc-

ties. Het gevoel van veiligheid en vertrouwen staat voorop in de keuze voor deelname aan de zorggarantieprojecten.

Noodzakelijke ingrediënten voor thuisblijvers

Om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven is een aanbod nodig dat aansluit bij de vragen van de ouderen. Aan de hand van de nu aanwezige gegevens is het mogelijk een overzicht te maken van de vraaggebieden en de mogelijke antwoorden (zie schema 1 op bladzijde 10).

Om zo'n totaalaanbod gecoördineerd, overzichtelijk en daar waar nodig gegarandeerd aan te bieden is samenwerking van de verschillende leveranciers en financiers noodzakelijk. Op zichzelf is het genoemde aanbod al vrijwel overal in de stad aanwezig, alleen niet in onderlinge afstemming en samenhang verkrijgbaar en niet via één punt toegankelijk. Ook ontbreekt vaak de zekerheid dat de zorg ook daadwerkelijk beschikbaar is op het moment dat deze nodig is.

Om tot een goed zorg- en dienstenaanbod te komen is het derhalve noodzakelijk:

- een herkenbaar en vertrouwd aanspreekpunt voor de zorgvragers te realiseren;
- een aanspreekpunt te creëren dat het totale aanbod kan overzien en samen met de aanvrager kan komen tot een goede vraagverheldering: wat zijn de behoeften en welk (op de eigen mogelijkheden aanvullend) aanbod zou daarin kunnen voorzien;
- dat dit aanspreekpunt - het liefst een directe relatie kan leggen met de in ons zorgsysteem noodzakelijke indicaties: komt de vrager volgens de vigerende indicatie in aanmerking voor hulp;
- bij een acute (zorg)vraag direct een (zorg)antwoord te kunnen geven: de zorggarantie;
- de geleverde zorg vertrouwd te laten zijn, liefst gegeven door zo weinig mogelijk uitvoerenden. Dit alles zoveel mogelijk met behoud van eigen autonomie en instandhouding van het aanwezige sociale netwerk van de oudere.

Knelpunten voor zorggarantieprojecten

Welke problemen komt men zoal tegen als men een zorggarantiesysteem in breed verband van de

Vraagvelden in de diensten- en zorgsfeer van zelfstandig wonenden ouderen met de aanbodmogelijkheden.

<i>Vragen</i>	<i>Aanbodmogelijkheden</i>
Veiligheid/zekerheid	Goed hang- en sluitwerk Huismeesterfunctie Zorggarantie Aandacht voor woonomgeving Alarmering
Informatie/wegwijzerfunctie	Consulent/Coördinator Informatiepunten Informatiegids
Mobiliteit	Aanpassingen in de woning Aanpassingen en aandacht voor mobiliteit in de wijk Openbaar vervoer Wijkbus
Onderhoud en klussen	Huismeesterfunctie wonen-plus-pakket Technische dienst Klussengroep
Huishoudelijke hulp	Huishoudelijke hulp Maaltijdbezorging Maaltijdprojecten Boodschappendienst
Persoonlijke verzorging/verpleging	Verzorgende enverplegende hulp Tijdelijke verzorging Dagverzorging Overbruggingshulp

grond wil krijgen? Een eerste probleem vormt de financiering. De projecten vragen aan de belangstellenden gemiddeld een abonnementsprijs van f 25,- per maand. Hieruit wordt de coördinator betaald en een gedeelte van de noodzakelijke overbruggingshulp, die immers een aanvulling vormt op de regulier beschikbare zorg. De zorggarantie is een soort verzekering 'voor het geval dat'. De zorgverzekeraar neemt de kosten van dit aanbod (nog) niet op zich omdat deze bang is dat zich meer 'gebruikers'-abonnees dan 'voorzorg'-abonnees melden. Bovendien is het moeilijk de huidige zorgverzekering in die zin uit te breiden omdat de standaardpolis, waarvan veel ouderen gebruik

maken, landelijk qua prijs en inhoud wordt vastgelegd.

De thuiszorg die uit de AWBZ wordt gefinancierd voorziet weliswaar in een recht op zorg, maar dat recht kan niet worden vertaald in een garantie. Hierdoor ontstaat de situatie dat er naast de reguliere AWBZ-bijdrage voor zorg nog een keer apart moet worden betaald voor een aanvullende coördinatie en garantie van de zorg.

Het abonnementsgeld voor zorggarantie is niet op te brengen voor ouderen met alleen AOW. Ouderen vragen zich dan ook af of ze nu niet dubbel betalen, en of ze nu bijvoorbeeld het lidmaatschap van de kruisvereniging kunnen opzeggen. Voor

sommige ouderen is niet alleen het abonnementsgeld een hoge drempel maar ook het gegeven dat bij afname van zelfstandigheid er vaak ook eigen bijdragen gelden.

Het tweede probleem is de versnippering van het huidige zorggarantie-aanbod. Diverse huizen bieden een 'eigen' zorggarantieplan aan, al dan niet in samenwerking met woningbouwverenigingen, thuiszorg of andere verzorgingshuizen. Aan de andere kant is deze kleinschaligheid ook een sterk punt van de huidige projecten. Daardoor blijft het project in de vorm van de coördinator en/of het huis herkenbaar en vertrouwd. Ook hoeft een zorggarantieaanbod niet overal hetzelfde te zijn. Er zijn verschillen tussen zorgvragers (bijvoorbeeld wel of geen eigen huis) die tot verschillen in zorggarantiepakketten leiden.



Een derde probleem is de beperking van de huidige projecten tot 'lichte' zorgvragen. Een verdere combinatie van het leveren van verzorgingshuiszorg thuis (reikwijdteverbreding) en verpleegzorg thuis (extramurale plaatsen) ligt voor de hand.

Zorggarantie in de toekomst

Er is alle reden te trachten een regionaal woonzorggarantieplan te realiseren voor ouderen en (niet-oudere) gehandicapten. De SEV geeft in haar advies experimententhema serviceplus een aantal noodzakelijke voorwaarden hiervoor aan:

- schotten weg tussen de budgetten WBO en AWBZ;
- overgang van instellingsgebonden financiering naar clientgebonden verzekeringsaanspraken;

- overgang van een uitvoerende rol van gemeente/regiobestuur naar een voorwaardenscheppende en toezichhoudende rol.

De SEV stelt tevens voor te komen tot serviceplus(zorggarantie) op regionale schaal en daartoe proeftuinen in te stellen. Zoals gezegd is de regio Den Haag een van de proefgebieden.

Een belangrijke keuze bij het uitwerken van een regionaal plan is de positie van de coördinator in het geheel. Is deze meer een ouderenadviseur en dientengevolge onafhankelijk of blijft deze in dienst bij de (gezamenlijke) aanbieders en is de oudere ondanks de garantie min of meer afhankelijk van hem/haar? Een onafhankelijke positie lijkt op het eerste gezicht de voorkeur te hebben. Hierbij is echter de vraag of de verzorgingshuizen de overstap wel maken van een zorggarantiesysteem dat als nevendoelelstelling heeft het toegeleiden naar het eigen aanbod, naar een zorggarantiesysteem waarbij de zorgvragers geheel centraal staan. Om dat te bereiken moeten ook enkele paradoxen worden opgelost. We zoeken naar een aanpak, die oudere abonnees zo goed mogelijk adviseert over alle mogelijkheden. Daarbij komt het begrip onafhankelijkheid om de hoek. Maar we zoeken ook naar een aanpak dat vertrouwen geeft bij de oudere doordat er direct zorg wordt gegeven als dat nodig is.

Daarvoor is een directe en hechte relatie nodig met een instelling die dat vertrouwen bij de gebruikers al heeft. Daarnaast moet de reguliere zorg direct toegankelijk blijven voor zorgvragers die geen abonnement hebben; daarvoor is men immers verzekerd. Bovendien moet het systeem regionaal werken en tegelijkertijd nabij zijn (of althans zo aanvoelen).

Een mogelijke verbinding kan worden gevonden in:

- het realiseren van een regionale laagdrempelige informatie- en intakefunctie. Deze functie moet telefonisch (06-65 zoals in Escamp bedacht) en via stadsdeel'kantoren' (ook zonder abonnement) bereikbaar zijn en geleiden naar daadwerkelijke zorg, indien nodig;
- het realiseren van een (aanvullend) woonzorggarantie-abonnement, dat recht geeft op een VIP-behandeling bij zorg- en woonvragen en dat de garantie biedt dat er nooit nee wordt verkocht. Voor dit abonnement wordt een bedrag (SEV noemt f 10,-) per maand betaald. Een 'persoonlijke' coördinator houdt met de abonnee contact en komt zo nodig langs. Aan

dit basisabonnement kunnen allerlei plusdiensten worden opgehangen;

- de coördinator is al dan niet in dienst van een onafhankelijke organisatie en de abonnee sluit rechtstreeks een contract af met de (gezamenlijke) garanderende aanbieders. Deze dienen zich rechtstreeks verantwoordelijk te voelen voor het leveren van een goed produkt en moeten daar ook een (klantenbindend) belang bij hebben;
- de gemeente en zorgverzekeraar houden toezicht en faciliteren;
- er wordt zorggedragen voor een zo direct mogelijke belangenbehartiging van de consumenten bij het zorggarantieconsortium door het instellen van een cliëntenraad en een goed georganiseerde klachtenregeling.

Zo opgeschreven lijkt de integratie simpel mogelijk, maar ik ben over de bestaande regelgeving wat losjes heengestapt. Bij de verdere uitwerking zijn die natuurlijk wel degelijk van belang.

ProZorg is een adviesorgaan voor ouderenzorg. Ze heeft kennis van en ervaring met nieuwe vormen van zorgverlening en specifiek met zorg- en woonprojecten voor ouderen. Marktonderzoek, evaluatieonderzoek, ontwikkeling van innovatieve projecten en begeleiding van veranderingstrajecten behoren tot haar activiteiten. Ondersteuning en advies wordt onder meer geboden aan overheden en zorgorganisaties.

ProZorg heeft haar basis in de stad Den Haag. Momenteel ontvangt ProZorg een gemeentelijke subsidie voor projecten zorgvernieuwing en zorginnovatie in de stad.

Geraadpleegde literatuur:

- Eitjes H, Vliet J van. Zelf kiezen voor gegarandeerde zorg. Evaluatie. ProZorg. Den Haag 1994.
- De aanleunwoning thuis bezorgd. Het ATB-project geëvalueerd. Gelders Instituut voor Zorg en Welzijn. Arnhem 1993.
- Knapen M, Joosten R. Experimenten dienstenmakelaar in Druten. Social Research. Nijmegen 1994.
- Koetsier K. Wonen+ voor 60+: evaluatieonderzoek onder de deelnemers. Amsterdam 1992.
- Lange P de et al. Verzekerd thuis wonen voor Scheveningse ouderen. Nationale Woning Raad. Utrecht, 1994.
- Mols JFJM. Woonzorg voor ouderen thuis: een evaluatie van negen lichte projecten. Hoeksma Homans en Menting; Enschede 1994.
- Polman RMP. Evaluatie van het project aanleunwoning thuisbezorgd van het Oud Burgeren Gasthuis te Nijmegen. Gelders Instituut voor Zorg en Welzijn. Arnhem 1994.
- Schuijt-Lucassen NY. Wonen+ voor 60+. Evaluatie van een woonzorgexperiment in Amsterdam Oud-West. Amsterdam 1994.
- Advies inzake het experimententema serviceplus bij huurwoningen. Stichting Experimenten Volkshuisvesting. Rotterdam 1994.
- Oudere eigenaar-bewoner. Diensten aan huis bij koopwoningen. Stichting Experimenten Volkshuisvesting. Rotterdam 1994.
- Smeenk ME. Onderzoek naar de zorgvraag van bewoners in de aanleunwoningen van de Stichting Huize Royal. Den Haag 1994.
- Wel G van der. Loketfuncties wonen-plus. RIGO. Amsterdam 1994.
- Wel G van der. Servicepakketten in de vrije sector: zes projecten vergeleken. RIGO. Amsterdam 1994.

Beïnvloeding van overgewicht bij diabetes mellitus

Groepsgesprekken met Turken en Marokkanen

Mw. M. Slijkerman en Mw. M. Daling

Een multidisciplinair diabetessprekuur bestaat al drie jaar in de Rubenshoek in de Schilderswijk. Daar bleek behoefte aan, gezien het feit dat 80% van de niet insuline-afhankelijke diabetici van niet-Nederlandse afkomst is. Een aantal groepsgesprekken met Marokkaanse en Turkse mannen en vrouwen leert dat er sterke behoefte is aan voorlichting in de eigen taal en liefst in groepsverband. Dat is beter voor de steun aan elkaar.

Vanaf januari 1992 bestaat er in het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' in de Haagse Schilderswijk een multidisciplinair diabetessprekuur voor niet insuline-afhankelijke diabetespatiënten (1). Van de gebruikers is 80% van niet-Nederlandse afkomst. De huisarts, de doktersassistente, de diëtist en de wijkverpleegkundige vervullen allen een op elkaar afgestemde functie in het contact met de diabetespatiënt. Standaard bezoekt de patiënt volgens het diabetesprotocol vier maal per jaar de huisarts en één maal per jaar de wijkverpleegkundige en de diëtist. Zonodig komt een patiënt vaker.

Bij evaluatie van het multidisciplinaire diabetessprekuur na een jaar bleek dat méér diabetespatiënten dan voorheen goed zijn ingesteld en dat afspraken voor controle beter worden nagekomen. Echter, de Quetelet-index (een maat voor overgewicht) was ook bij deze nieuwe benaderingswijze niet veranderd. Meer dan 90% van de patiënten kampte nog met overgewicht. Voor het overgewicht zijn vooral weinig lichaamsbeweging en ongunstige voedingsgewoonten verantwoordelijk. Omdat diabetespatiënten met overgewicht op de langere termijn een verhoogd risico lopen op complicaties vroeg dit om extra initiatieven; hiervoor werd onze inzet gevraagd.

Om het kennisniveau, de persoonlijke motieven en de gedragspatronen die mogelijk van invloed zijn op het overgewicht, beter te leren kennen en in gunstige zin te kunnen veranderen is in samenspraak met de professionals besloten, voor niet insuline-afhankelijke diabetespatiënten groepsge-

Over de auteurs

Mw. M. Slijkerman en Mw. M. Daling, HBO-studenten 'Voorlichting in de gezondheidszorg' STIOM Den Haag

Beïnvloeding overgewicht

sprekken te organiseren. Uitsluitend Marokkaanse en Turkse patiënten werden hiervoor uitgenodigd. De reden hiervoor was dat zij, met betrekking tot dit onderwerp, een homogene groep vormden en ook het omvangrijkste aandeel hadden in de groep niet-Nederlanders. De groepsgesprekken vonden in de eigen taal plaats en werden begeleid door een kaderman of -vrouw ¹⁾.

Er werden drie groepen gevormd van ieder tien personen:

- Marokkaanse vrouwen, onder leiding van een Marokkaanse kadervrouw;
- Marokkaanse mannen, onder leiding van een Marokkaanse kaderman;
- Turkse vrouwen en mannen, onder leiding van een Turkse kadervrouw.

Bij de groepsgesprekken werd een lijst met vragen gehanteerd die informeerde naar gezondheidsgedrag beïnvloedende factoren volgens het Health Belief Model (2). Dit model houdt rekening met diverse elementen die tot een bepaald gezondheidsgedrag kunnen leiden, zoals de beleving van de dreiging van de ziekte, het vertrouwen in de effectiviteit van eigen gedrag, de ervaren barrières van het gedrag en de sociale druk.

De kadervrouw/man leidde de gesprekken en vertaalde de antwoorden voor ons. Het opkomstpercentage was bijzonder hoog, gemiddeld 93% per groep. De deelnemers waren vooral zo enthousiast omdat ze hun taal konden spreken en ze voor het eerst lotgenoten ontmoeten. Ook de manier waarop de deelnemers voor de groepsgesprekken waren uitgenodigd zal een belangrijke rol hebben gespeeld bij de hoge opkomst.

We hadden namelijk voor de volgende intensieve werkwijze gekozen:

- de uitnodiging verstuurd op briefpapier van de huisarts en ook door hem/haar ondertekend;
- de naam van de kadervrouw/man vermeld in de brief;
- de brief twee weken van te voren opgestuurd;
- een dag voor de bijeenkomst een herhalingstelefoontje gepleegd of een briefje gestuurd;
- de plaats van de bijeenkomst was bekend voor de deelnemer.

1) Een kadervrouw/man is een migrante vrouw/man die is geschoold in het geven van gezondheidsvoorlichting aan migranten, in de eigen taal.

We noemen een aantal uitkomsten uit de groepsgesprekken. Uitgebreidere informatie is te vinden in het verslag 'Als de dokter zegt dat het moet, dan lukt het!' (3).

Het ziekte-inzicht was niet bijzonder groot. De deelnemers konden slecht benoemen wat de ziekte diabetes mellitus inhield en ze waren onbekend met de risico's en eventuele complicaties. 'Dik zijn' werd wél als ongezond ervaren en de relatie tussen overgewicht en (suiker)ziekte legde bijna iedereen.

Men kon de adviezen van de huisarts en diëtist aangaande diabetes mellitus goed reproduceren. Twee derde van de geïnterviewden zei de dieetadviezen toe te passen; een derde hield er geen rekening mee.

Opvallend was dat met name de Marokkanen de geadviseerde dieetprodukten te duur vonden. Tevens leefde een groot deel van de groep met het idee dat de geadviseerde 'zoetjes' slecht zijn voor de gezondheid. De bewegingsadviezen vond men moeilijk uitvoerbaar.

Overwegend bleek uit de gesprekken dat het hele gezin nauw betrokken was bij de leefregels van de diabetespatiënt. Er lijkt sprake te zijn van een sterke onderlinge gedragsbeïnvloeding. Een aantal geïnterviewden gaf ten slotte aan het moeilijk te vinden buitenshuis aangeboden eten te weigeren.

Het niet (volledig) beheersen van de Nederlandse taal werd als een grote barrière ervaren bij het begrijpen van de voorlichting. De tolkentelefoon gebruiken de huisarts, de wijkverpleegkundige en de diëtist nauwelijks. Hoewel de groepsleden positief tegenover deze manier van tolken staan, nam men zelf niet het initiatief tot het gebruik ervan. Folders werden veelal voorgelezen en zo nodig vertaald door de kinderen.

Er bleef een sterke behoefte aan meer voorlichting over diabetes mellitus. Men gaf daarbij de voorkeur aan voorlichting in de eigen taal. Het merendeel zou voor groepsvoorlichting kiezen, want het werd als belangrijk ervaren steun te krijgen van elkaar en men vond het prettig onderling ervaringen uit te wisselen.

Vier aandachtsvelden verdienen vooral aandacht bij de voorlichting over diabetes door de huisarts, de wijkverpleegkundige en de diëtist:

- kennisvermeerdering inzake het ziekte-inzicht en risicoperceptie;
- motiveren tot het opvolgen van de bewegingsadviezen;

- het praktisch omgaan met de dieetadviezen;
- aandacht voor eventuele vooroordelen omtrent het dieet.

Voor de bepaling van de inhoudelijke kant van de voorlichting en de keuze van de materialen is samenwerking tussen huisarts, diëtist, wijkverpleegkundige, kadervrouw/man en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders gewenst.

Literatuur:

1. Avezaat JJM. Diabetesspreekuur in het gezondheidcentrum 'De Rubenshoek'. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 1: 5-8.
 2. Damoiseaux V, Molen HT van der, Kok GJ. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen, 1993: 109-33.
 3. Daling M, Slijkerman M. Als de dokter zegt dat het moet, dan lukt het! Resultaten van een onderzoek naar de oorzaken van overgewicht bij Turkse en Marokkaanse diabeten. 1995.
-

De werklast van huisartsen in achterstandswijken

F.L.J. Tjadens en Mw. M.C.G. Luijten

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft onderzoek laten doen naar de werklast van huisartsen in de drie grootste steden. In dit bulletin verslag van de bevindingen in Den Haag. Gevreesd moet worden dat meer huisartsen het na een aantal 'tropenjaren' voor gezien houden in probleemwijken. De LHV neemt initiatieven om oplossingen aan te dragen. De redactie van het bulletin wil een discussie met landelijke en regionale betrokkenen aangaan, waarvan de neerslag in het volgende nummer van dit tijdschrift verschijnt.

Eind 1993 heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) het bureau Research voor Beleid te Leiden opdracht verleend de werklast van huisartsen in achterstandswijken in de drie grootste steden te onderzoeken. In het voorjaar van 1994 is daartoe bij een aantal huisartspraktijken in elk van deze steden onderzoek verricht.

Onlangs is hiervan het onderzoeksverslag verschenen (1). Met toestemming van de LHV publiceren we in dit bulletin een (verkorte) samenvatting van het rapport, met hier en daar aanvullingen op de Haagse situatie.

Vraagstelling en opzet van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op de beantwoording van de vraag: wat is de aard en de omvang van de werkbelasting van huisartsen in achterstandsbuurten in grote steden?

Allereerst zijn op basis van een bestaand databestand de achterstandswijken in Amsterdam, Den Haag en Rotterdam gedefinieerd. De hierbij gehanteerde criteria zijn: het gemiddelde besteedbaar inkomen per inkomenstrekker is maximaal f 21.000,- en ten minste 12% van de totale bevolking is werkloos. Uiteindelijk hebben 33 huisartsen uit 23 praktijken, na enig proefdraaien, vanaf medio april tot en met 1 mei 1994 hun werkzaamheden geregistreerd. Daarbij zijn zowel over de werkdagen als de diensten de volgende gegevens verzameld:

- tijdsbesteding (aantal werkuren naar soort werkzaamheden);

Over de auteurs:

F.L.J. Tjadens, projectleider gezondheidszorgonderzoek en Mw. M.C.G. Luijten, senior-onderzoeker, beiden werkzaam bij Research voor Beleid in Leiden

- patiëntencontacten:
- achtergrondkenmerken patiënten, aard hulpvraag, activiteiten huisarts, enzovoorts;
- belevingsvariabelen als: spoedeisendheid van het contact, 'eigenlijkheid' van de hulpvraag, agressiviteit en taalproblemen tijdens de patiëntencontacten.

Daarnaast zijn gegevens verzameld omtrent de samenstelling, de organisatie en de omvang van de praktijk en over medisch gedelegeerde handelingen verricht door de praktijkassistente.

De gepresenteerde uitkomsten worden waar mogelijk vergeleken met de 'Nationale Studie' en 'De huisarts in de grote stad' (2)(3). Beide studies zijn gebaseerd op data uit 1987 en 1988. De vergelijking is globaal, maar richt zich op kerncijfers.

Om vergelijkingsmateriaal te bieden zijn de data omgerekend naar de normomvang (2.350 patiënten) en worden doorrekeningen gemaakt op jaarbasis.

Deze samenvatting gaat vooral in op de Haagse situatie. Er is echter differentiatie tussen 'de steden'; waar nodig zullen de uitkomsten met Amsterdam en Rotterdam worden vergeleken.

De onderzoeksgroep

De gemiddelde praktijkomvang in Nederland komt vrijwel overeen met de normomvang (2.350 patiënten). In Den Haag en Rotterdam is de gemiddelde praktijkomvang over alle aldaar werkende huisartsen groter dan in Nederland en dus ook groter dan de normomvang. De gemiddelde praktijkomvang per huisarts in de onderzoeksgroep is in alle drie de steden kleiner dan het stadsgemiddelde (Den Haag 1880; Amsterdam 1764 en Rotterdam 2102).

In Den Haag is - evenals in Amsterdam - het aandeel niet in een solo-praktijk werkende huisartsen in de onderzoeksgroep groter dan in de hele stad.

Het aandeel ziekenfondspatiënten ligt, vergeleken met Nederland (62%) en met de normverhouding (61%), vermoedelijk in elk van de drie steden hoger. Het aandeel ziekenfondspatiënten in de onderzoeksgroep ligt aanmerkelijk hoger (Den Haag 83%; Amsterdam 74%; Rotterdam 86%).

De huisartsen in de drie steden noemen diverse patiëntencategorieën die de werklast verhogen: allochtonen, ouderen, verslaafden, sociaal-zwakke-

ren/uitkeringsgerechtigden en (ex-) psychiatrische patiënten. In Amsterdam vergroten voorts HIV/AIDS-patiënten de werklast; in Rotterdam en Den Haag zijn dit vluchtelingen en asielzoekers.

Gegevens over de leeftijdsopbouw en het aantal patiënten van allochtone afkomst in de praktijkpopulatie zijn gebaseerd op schattingen. Uit deze gegevens blijkt dat in Rotterdam wat meer ouderen en in Den Haag wat meer allochtonen deel uitmaken van de praktijkpopulaties dan elders. In de drie steden tezamen is het aandeel 65-plussers 15,5%, in Nederland als geheel 13%. Het aandeel niet-Nederlanders is in de grote steden ruim twee keer zo hoog als in geheel Nederland.

De praktijken van de onderzoeksgroep kennen relatief veel nieuwe inschrijvingen per jaar. Ter indicatie: in Amsterdam als geheel woont (anno 1993) 6,7% van de bevolking minder dan een jaar in een bepaald stadsdeel. Voor de stadsdelen waarbinnen de huisartsen uit de onderzoeksgroep praktijk voeren, ligt dit percentage op ten minste 17%. Omrekening naar een praktijk met een normomvang in één van deze stadsdelen kan betekenen dat jaarlijks circa 400 nieuwe patiënten worden ingeschreven. De Amsterdamse onderzoeksgroep noemt ook soortgelijke percentages (Den Haag en Rotterdam wat lager). Een dergelijk percentage is niet alleen een administratieve last, maar betekent voor de huisarts ook een extra werklast. Hij of zij zal zich, vaker dan elders, in de voorgeschiedenis van de patiënt moeten verdiepen om goede huisartsgeneeskundige zorg te kunnen leveren (continue, integrale en persoonlijke zorg).

Reguliere werkuren

Tijdsbesteding

Per week werkt de huisarts in een achterstandswijk met een fictieve praktijk met normomvang 46,4 uren tijdens reguliere werkuren, dus exclusief diensten. Op basis van andere gegevens is bekend dat de onderzoeksgroep bij een normomvang formeel gemiddeld 38,8 uren per week (excl. diensten) zou moeten werken. Gemiddeld per week werkt de huisarts in een achterstandsbuurt, exclusief diensten, dus acht uur meer dan op basis van formele opgave kan worden verwacht en ligt het benodigde aantal werkuren 15% hoger dan bij een full-time baan (40 uur). Overigens werkt de

gemiddelde huisarts in Nederland - exclusief diensten - circa 50 uur per week, inclusief avonden en de tijd buiten de openingstijden van de praktijk. Bij de meting in de achterstandswijken zijn deze twee laatste variabelen niet expliciet betrokken. In ieder geval is er niet tijdens de weekeinden geregistreerd indien men geen dienst had. De conclusie lijkt dan ook dat in een achterstandswijk *ten minste* net zoveel uren per week (exclusief de diensten) wordt gewerkt als elders.

De reguliere werktijd bestaat voor 69% uit patiëntencontacten. De totale tijd besteed aan patiëntgebonden taken (contact, overleg, regelen van deze zaken en administratie) beslaat 85% van de werktijd. Dat komt neer op 39,4 uur per week. De gemiddelde huisarts in Nederland besteedt circa 35 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten. Het aantal uren dat in de achterstandswijken wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten ligt dus hoger.

Praktijkassistentie is vrijwel continu aanwezig en besteedt 41% van de werktijd aan gedelegeerde taken.

Patiëntencontacten

Een huisarts in een achterstandswijk in een fictieve praktijk met normomvang heeft tijdens praktijken gemiddeld 9.167 patiëntencontacten per jaar, dat is 3,9 contacten per patiënt per jaar. De gemiddelde contactfrequentie per ziekenfondspatiënt is 4,1 en per particuliere patiënt 3,0. Ter vergelijking: de Nationale Studie berekent voor alle ingeschreven patiënten 3,2 contacten per jaar met de huisarts.

De praktijkassistente heeft per jaar gemiddeld 2,1 contacten per patiënt rond medisch gedelegeerde taken.

Contactwijze

Meer dan de helft van de contacten met de huisarts vindt plaats via het afsprakenspreekuur (56%) en 19% via het inloopspreekuur (Den Haag respectievelijk 60 en 18%). Gesprekken tijdens het telefonische spreekuur en visites nemen ieder 7% van de contacten in beslag. In Den Haag worden de minste visites afgelegd (5%).

Het aandeel spreekuurcontacten in achterstandswijken is iets groter dan elders. Maar het aandeel telefonische contacten is in achterstandswijken bijna drie keer zo hoog als elders. Huisartsen in

achterstandswijken leggen minder visites af dan elders. Het lijkt erop dat huisartsen in de achterstandswijken minder snel bij hun patiënten op bezoek gaan en hen vaker in de praktijk of over de telefoon spreken.

De praktijkassistente verricht de meeste (gedelegeerde) handelingen op basis van telefonisch contact (57%), of contacten via de balie (30%).

Bijzondere aard contact

Bij 10% van de patiëntencontacten zet de huisarts vraagtekens bij het 'eigenlijke' karakter van het contact. Bij bijna een derde van de contacten is er sprake van een psycho-sociale klacht (Den Haag een kwart), 36% betreft een meervoudige hulpvraag en 10% van de contacten is medisch spoedeisend. Den Haag heeft het grootste aandeel uitsluitend of vooral somatische klachten (Den Haag 73%; Amsterdam 61% en Rotterdam 68%).

Een kwart van de patiëntencontacten is voor de huisarts emotioneel belastend, waarvan 30% redelijk/zwaar belastend. In Den Haag is men in bijna 10% van de patiëntencontacten (zeer) ontevreden over het contact, de huisartsen in Rotterdam hebben dit gevoel in ruim 8% van de gevallen en de huisartsen in Amsterdam bij 6% van de contacten.

In vergelijking met de andere steden komen taalproblemen in Den Haag het minst voor: in bijna 8% van alle patiëntencontacten, tegen ruim 11% in de overige steden (het aantal patiëntencontacten met allochtonen ligt overigens wel het hoogst in Den Haag).

In Den Haag komt ook eisend gedrag het minst voor: 2,5% van de contacten tegen 3,4% in Rotterdam en 3,8% in Amsterdam.

Verbale agressie/fysiek geweld komt echter in Den Haag het meeste voor: zeven op elke duizend patiëntencontacten (Amsterdam 0,3% en Rotterdam 0,4%).

Dit voorkomen is ondanks de maatregelen die veel huisartsen al hebben ondernomen om agressie tegen te gaan.

Activiteiten tijdens het patiëntencontact

Gemiddeld voert de huisarts 1,5 activiteiten uit per patiëntencontact: bij 15% van de patiëntencontacten wordt verwezen, bij 73% wordt medicatie voorgeschreven en bij 68% vindt diagnostisering en/of een verrichting plaats.

Huisartsen in achterstandswijken schrijven, vooral in Den Haag (83%) en Rotterdam (84%), vaker (eerste of herhaal-)medicatie voor dan in Nederland als geheel (de Nationale Studie vermeldt 54%). Diagnostiek, waaronder fysische diagnostiek, vindt in achterstandswijken minder vaak plaats.

Handelingen praktijkassistente

De praktijkassistente verricht in een praktijk met normomvang gemiddeld per jaar 5.868 door de huisarts gedelegeerde medische handelingen, deze betreffen in meerderheid het voorschrijven van medicatie (53%). Medische/gezondheidskundige adviezen, laboratoriumwerkzaamheden en het uitschrijven van verwijskaarten volgen op afstand (respectievelijk 13%, 10% en 8,5% van de taken). Deze activiteiten vinden meestal plaats zonder ruggespraak met de huisarts (bij het schrijven van verwijskaarten: 90% zelfstandig, waarbij de huisarts alleen parafeert).

Diensten

Het draaien van avond- en weekenddiensten vormt voor veel huisartsen een grote belasting. Naast het feit dat de huisarts door de beschikbaarheidsdiensten wordt beperkt in de besteding van zijn tijd, blijken ook oneigenlijke hulpvragen en vervelende patiëntencontacten zich in belangrijke mate tijdens deze diensten af te spelen (3). Om deze reden is ook tijdens deze diensten door de huisartsen geregistreerd. De diensten tijdens de avond en nacht zijn in Den Haag geregeld via de doktersnachtdienst; de huisartsen werken dan veelal voor de hele stad. Onderstaande gegevens tonen aldus niet zozeer een beeld van de situatie in achterstandswijken, als wel van de grote stad als geheel. De gegevens over diensten, op basis van de belangrijkste verschillen met reguliere praktijkuren, zijn derhalve indicatief.

Patiëntenkenmerken en wijze van contact

Het aandeel 'eigen' patiënten is tijdens diensten fors lager dan tijdens reguliere uren. Tijdens diensten hebben contacten meer plaats in verband met 0-4-jarige patiënten. Ook zijn er (met name in het weekend) meer contacten met allochtonen. Patiëntencontacten vinden tijdens diensten, vergeleken met reguliere uren, meer telefonisch dan

langs andere weg plaats. Tijdens diensten worden meer visites afgelegd.

Specifieke kenmerken en activiteiten

Matig/zeer oneigenlijke hulpvragen, puur somatische klachten, onduidelijke klachten, enkelvoudige hulpvragen en (enigszins of zeer) spoedeisende contacten komen tijdens diensten meer voor. Tijdens diensten verwijst men minder, maar als wordt verwezen, gebeurt dit vooral in de avond en nacht beduidend meer naar de somatische tweede lijn. Tijdens de avond en de nacht verwijst men relatief veel naar 'overige' instanties. Ook wordt tijdens diensten minder vaak medicatie voorgeschreven en vinden minder diagnostiek en/of verichtingen plaats. Indien diagnostiek plaatsvindt is dit vaker fysische diagnostiek.

Bijzonderheden en beleving

Tijdens diensten - vooral in de avond of nacht - is de huisarts vaker (zeer) ontevreden dan tijdens reguliere uren. De contacten 's avonds en 's nachts zijn het vaakst emotioneel belastend. Eisend gedrag en agressie komen tijdens de avond en nacht vaker voor dan tijdens de weekenddienst of reguliere uren.

Concluderend

De werklast van een huisarts in een achterstandswijk in de drie grote steden is hoog. Dit hangt samen met onder meer de volgende gegevens:

- de contactfrequentie per patiënt per jaar is in het algemeen, maar vooral bij ziekenfondspatiënten hoog;
- het aandeel ziekenfondspatiënten in de praktijkpopulatie is hoog (variërend tussen 75 en 90%);
- het benodigde aantal werkuren is hoog;
- een groot deel van de reguliere werktijd wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten;
- één op elke zeven patiëntencontacten betreft een psycho-sociale klacht;
- ruim een derde van de patiëntencontacten van de huisarts betreft patiënten van allochtone afkomst.

Ook in de beleving is de werklast in een achterstandswijk voor de huisarts hoog:

- een kwart van de patiëntencontacten is voor de

Werklast huisartsen

huisarts emotioneel belastend, waarvan 30% zwaar emotioneel belastend;

- één op elke twaalf contacten leidt in medisch of sociaal opzicht tot ontevredenheid voor de huisarts;
- eens per tien contacten doen zich taalproblemen of oneigenlijke hulpvragen voor;
- eens per 26 contacten heeft de huisarts te maken met agressie en/of eisend gedrag tijdens het consult.

Relatie werkomgeving, werklast en honorering

Hoewel op zichzelf de honorering geen inhoudelijke variabele is als het gaat om de werklast, heeft het relatief grote aandeel ziekenfondspatiënten (75-90%) in de praktijken van de onderzoeksgroep tot consequentie dat - gegeven de relatief hoge contactfrequentie van deze patiëntencategorie - de benodigde extra inspanning door de huisarts voor deze categorie patiënten niet evenredig wordt gehonoreerd en achterloopt bij die van hun collega's elders. Bij een normpraktijk van 2.350 patiënten overstijgt het aantal ziekenfondspatiënten ruimschoots de grens van 1.600, het maximale aantal waarop het volledige abonnement van toepassing is. Uit de berekening blijkt, dat de kostenvergoeding die huisartsen in achterstandswijken ontvangen onvoldoende is om de kosten te dekken. Het verschil passen ze bij uit het ontvangen honorarium.

Bij de beleving van de werklast speelt overigens niet alleen de contactfrequentie een rol, maar spelen evenzeer aspecten als werkinhoud en -beleving mee. Hierbij valt te denken aan meervoudige of oneigenlijke hulpvragen, emotionele belasting tijdens het contact, taalproblemen, eisend gedrag of zelfs agressie.

Een huisarts kan zich niet onttrekken aan zijn of haar werkomgeving. Daardoor kan de discrepantie tussen werk en honorering diens motivatie frustreren, zodanig dat hij of zij zich zowel financieel als praktisch de gevangene voelt in en van zijn praktijk.

Literatuur:

1. Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken: de werklast in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden, februari 1995.
2. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, Utrecht 1992.
3. Verheij RA, Bakker DH de, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. NIVEL, Utrecht, 1993.

Beschouwing

Dit rapport van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) roert het probleem aan van een dreigend tekortschietende gezondheidszorg in achterstandswijken van grote steden. Dit probleem kan dus worden toegevoegd aan de reeds bekende sociaal-economische problemen die deze wijken kennen.

Het rapport heeft de hoge werklast voor huisartsen in achterstandswijken in de drie grote steden voldoende in kaart gebracht. Op grond van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat ten minste honderd huisartsen in de drie grote steden structureel overbelast zijn. Gezien de uitkomsten van het onderzoek met betrekking tot de invulling van werkzaamheden (veel tijd aan patiëntencontacten, weinig tijd voor voorwaardenbevorderende activiteiten) dreigt ook kwaliteitsverlies. De huisartsen ontvangen daarnaast een honorering die achterblijft bij die van hun elders werkzame collega's.

Dit is een ongewenste situatie die de kwaliteit van de gezondheidszorg in achterstandswijken onder druk zet. De bestaande situatie heeft in Den Haag de laatste jaren al geleid tot een merkbare uitstroom van huisartsen uit achterstandsgebieden naar de meer welvarende periferie. In de wijken Spoorwijk en Laakkwartier in Den Haag is momenteel sprake van een manifest huisartsentekort.

Deze situatie kan de komende jaren verslechteren ten gevolge van een te verwachten algemeen huisartsentekort in Nederland, dat zich in versterkte mate zal doen gelden in de voor huisartsen onaantrekkelijke achterstandswijken. Daarnaast zal door een verdere verschuiving van de medische zorg van de tweede- naar de eerstelijns, een nog grotere belasting van de huisartsen het gevolg zijn. Hierdoor kan de neiging van huisartsen het, na een aantal 'tropenjaren' in achterstandswijken voor gezien houden, worden versterkt.

Er is dus alle reden op korte termijn naar oplossingen te zoeken. Werken in een achterstandswijk hoeft namelijk niet perse onaantrekkelijk te zijn. De variatie in samenstelling van de bevolking, de rijk geschakeerde pathologie en de vaak levendige communicatie met de patiënt kunnen voor huisartsen met sociale betrokkenheid bevredigend werk opleveren. Van belang is wel dat voorwaar-

den worden geschapen voor een goede kwaliteit, een goed werkklimaat en een adequate honorering. Dit nu vormt op landelijk niveau een belangrijk thema van de LHV, de ziekenfondsraad en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Maar ook op regionaal niveau kan in overleg tussen District Huisartsen Vereniging en plaatselijke zorgverzekeraars het probleem worden gedefinieerd en oplossingen worden ontworpen*. Omdat bij structurele oplossingen ook de samenwerking met andere instellingen (bijvoorbeeld GGD en de Stichting Thuiszorg) en de gemeenten (voorwaardenscheppend) een rol hebben, moeten ook zij op een of andere wijze erbij worden betrokken.

Het lijkt van belang dat de LHV zelf het voortouw neemt bij het aandragen van oplossingen. De LHV zal in mei van dit jaar een Invitational Conference organiseren dat aan dit onderwerp is gewijd. De aangekondigde onderwerpen die daar aan de orde zullen komen zijn onder meer:

- de honoreringswijze van huisartsen (opheffen van de ziekenfondsknik);
- de gemiddelde praktijkgrootte;
- vormen van samenwerking tussen huisartsen;
- hogere praktijkkosten in binnensteden;
- het huisvestingsbeleid van gemeenten;
- de medische consumptie en 'oneigenlijke hulpvragen'.

Het is te hopen dat deze conferentie tot concrete voorstellen leidt. Daarna is het zaak met de hiervoor genoemde instellingen op landelijk en regionaal niveau realisatie van deze voorstellen tot stand te brengen. Op die manier kan worden voorkómen dat in Nederland een dreigende tweedeling in de gezondheidszorg doorzet.

M.F. Cox,
huisarts in centrumwijk van Den Haag

* De redactie van het Epidemiologisch Bulletin zal binnenkort betrokkenen op landelijk niveau en in de regio uitnodigen hierover gezamenlijk van gedachten te wisselen. Van dit rondetafel-gesprek zal verslag worden gedaan in het volgende bulletin.

Hagenaars buiten Den Haag overleden (1982 – 1991)

Gemeente en land van overlijden

W.J. Schudel en Mw. J.M. Vroom-Jongerden

Uit een uitgebreide mortaliteitsstudie zijn cijfers beschikbaar gekomen waar Hagenaars overlijden. Dergelijke gegevens vormen een buitenkansje voor statistische analyse. Over de mortaliteitstudie in volgende bulletins, nu komen plaats van overlijden naar leeftijd en geslacht aan bod met mogelijke redenen voor overlijden buiten de woonplaats. Te vroeg geboren en of zuigelingen met een ernstig defect overlijden veelal in steden met een academisch ziekenhuis. Bij (zeer) oude patiënten wordt dat fenomeen niet waargenomen. De cijfers bieden aanleiding tot voorzichtige indicatie en verleidelijke speculaties.

Onlangs kwamen bij databewerking voor een uitgebreide mortaliteitsstudie over de jaren 1982 tot en met 1991 - waarover in volgende bulletins verslag zal worden gedaan - gegevens beschikbaar over de plaats (gemeente en land) waar Hagenaars overlijden. Aangezien dergelijk cijfermateriaal slechts sporadisch in voldoende grote aantallen beschikbaar is hebben we gemeend een bescheiden selectie - met alle beperkingen die dergelijke gegevens hebben - te presenteren.

Overigens dient dit beeld van de Haagse situatie voornamelijk als illustratie. Er zijn geen aanwijzingen dat de Haagse cijfers over de plaats van overlijden wezenlijk verschillen van de gegevens van de gehele Nederlandse bevolking.

Leeftijd en geslacht

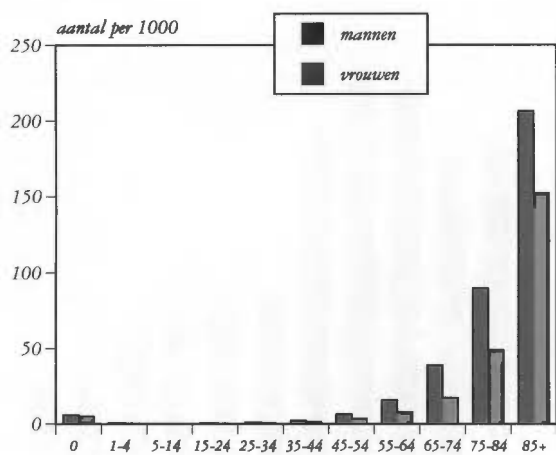
Allereerst een beeld van de sterfte naar leeftijd en geslacht in de onderzoeksperiode. In de tien-jaarsperiode van 1982 tot en met 1991 overleden in totaal 53.820 inwoners van Den Haag, en wel 26.237 mannen en 27.583 vrouwen. Jaarlijks betreft het dus 5.000 à 5.500 personen.

Hoewel er in totaal meer vrouwen dan mannen overleden ligt de leeftijdsspecifieke sterfte van vrouwen vrijwel steeds onder die van de mannen, hetgeen betekent dat vrouwen gemiddeld langer leven. Uit figuur 1 blijkt dat verschil in sterfterisico vooral in de leeftijdscategorieën boven 45 jaar

Over de auteurs:

*Prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam en
mw. J.M. Vroom-Jongerden, onderzoeksmedewerker afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ Den Haag*

figuur 1
Leeftijdsspecifieke sterftecijfers (per 1.000 per jaar) van mannelijke en vrouwelijke Hagenaars. Den Haag 1982-1991.



optreedt. Vergelijken we per leeftijdscategorie van de absolute aantallen overledenen het aandeel mannen en vrouwen met elkaar dan zien we een mannelijke oversterfte in alle leeftijdscategorieën tot 75 jaar (figuur 2). Op of omstreeks die leeftijd is het aantal nog in leven zijnde vrouwen zoveel groter dan dat van de mannen, dat er daarna (veel) meer vrouwen dan mannen overlijden ondanks het nog steeds lagere sterfterisico per leeftijdsgroep voor vrouwen.

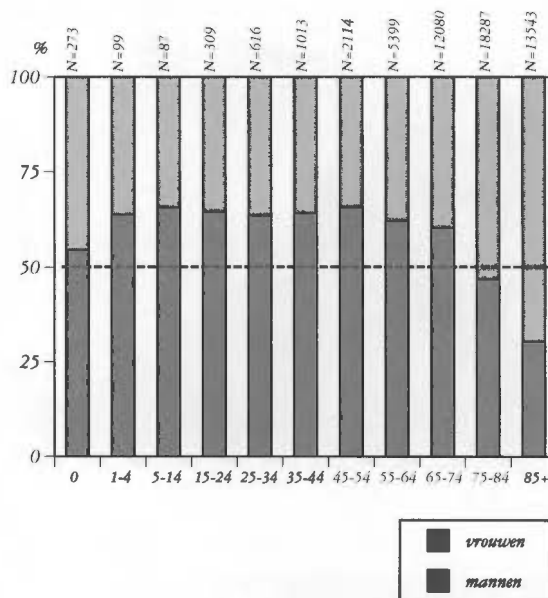
Gemeente van overlijden

In tabel 1 is het aantal overleden Hagenaars buiten Den Haag naar gemeente weergegeven voor zover in de onderzoeksperiode het meer dan 25 overledenen betrof. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de overgrote meerderheid van de gevallen van overlijden van Haagse inwoners ook op Haags grondgebied plaatsvindt en voorts dat de verminderde mobiliteit die met een hogere leeftijd gepaard gaat specifiek de oudste Hagenaars in Den Haag doet overlijden. Blijkens figuur 3 (bladzijde 24) gaat het laatstgestelde inderdaad op, maar voor de leeftijdsgroepen tot 35 jaar vindt één op de drie sterfgevallen buiten Den Haag plaats.

Hoewel voor dit onderzoek uitsluitend demografische gegevens beschikbaar waren (en bijvoorbeeld geen doodsoorzaken) menen we met alle voorzichtigheid het volgende te kunnen opmerken.

Zuigelingssterfte (0-jarigen) kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan conge-

figuur 2
Per leeftijdscategorie de procentuele verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke overleden Hagenaars. Den Haag 1982-1991.

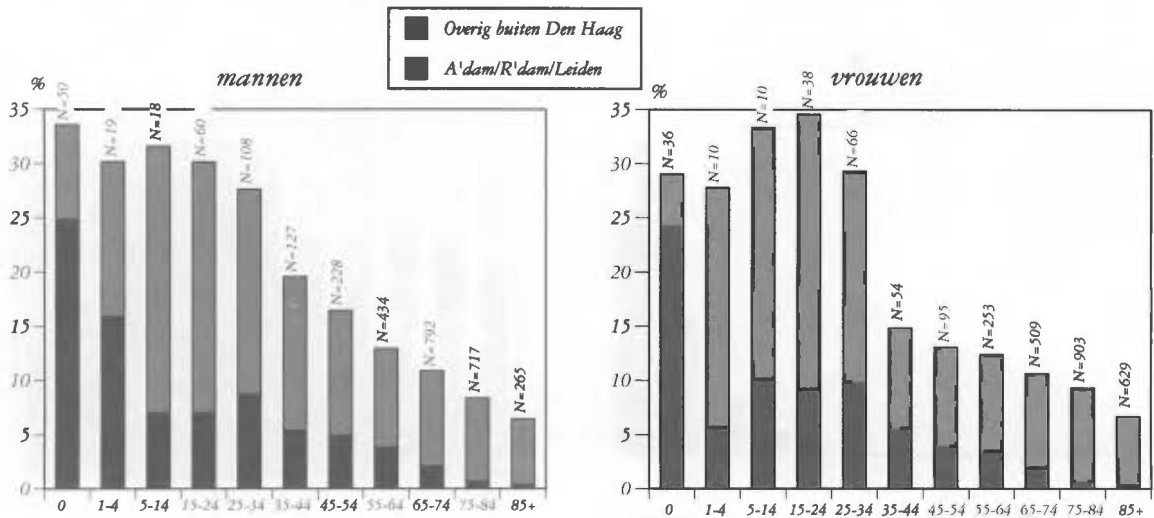


tabel 1
Hagenaars en gemeente van overlijden (ondergrens 25 gevallen). Den Haag 1982-1991.

Gemeente	Abs.
Randgemeenten	
Leidschendam	872
Voorburg	791
Rijswijk	678
Wassenaar	92
Wateringen	46
Gemeenten met academische ziekenhuizen	
Leiden	513
Rotterdam	220
Amsterdam	165
Utrecht	44
Anderszins	
Zoetermeer	205
Delft	112
Apeldoorn	29
Gouda	27
(Den Haag)	48.399)

figuur 3

Per leeftijdscategorie het percentage buiten Den Haag overleden Hagenaars (met apart vermeld Amsterdam, Rotterdam en Leiden) voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Den Haag 1982-1991.



nitale (aangeboren) afwijkingen en geboortetrauma (bijvoorbeeld hersenbeschadiging). Het betreft dan baby's die al bij de geboorte verminderde levenskansen hebben en nogal eens op gespecialiseerde ziekenhuisafdelingen (neonatologie) terechtkomen. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de academische kinderklinieken in Rotterdam, Leiden en Amsterdam hiervoor in aanmerking komen en derhalve ook de lokaties zijn waar meer dan gemiddeld Haagse zuigelingen overlijden.

Ditzelfde zou met wat voorbehoud kunnen gelden voor de mortaliteit onder de peuters (1-4-jarigen), ofschoon in deze leeftijdsgroep ook dodelijke ongevallen plegen plaats te vinden. Voor oudere kinderen, adolescenten en jong-volwassenen geldt dat onnatuurlijke doodsoorzaken (in het bijzonder ongevallen) relatief frequent voorkomen. Het overlijden van deze laatste categorieën zouden we dan ook eerder elders (bijvoorbeeld in het buitenland) verwachten dan in de steden met universitaire ziekenhuizen. (Overigens zijn bij de volgende resultaten de aantallen voldoende groot om toevaligheid uit te sluiten.)

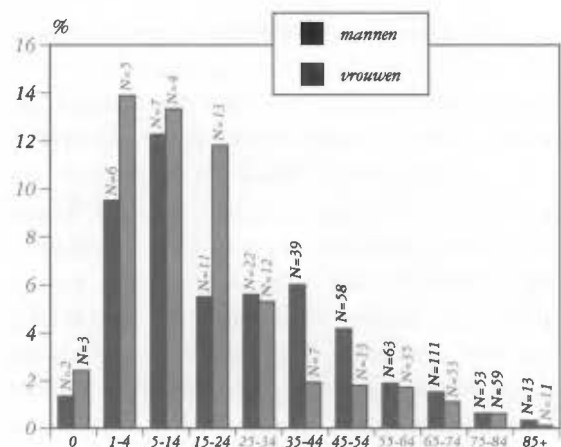
In figuur 3 vinden we inderdaad steun voor de 'neonatologie'-hypothese: een kwart van de overleden Haagse zuigelingen stierf in Amsterdam, Rotterdam¹⁾ of Leiden (dit was de overgrote meerderheid van alle sterfte voor deze leeftijdscategorie buiten Den Haag). Voor de peuters geldt het hiervoor veronderstelde slechts gedeeltelijk, voor de kleine meisjes zelfs nauwelijks. Deze blijken,

zoals in figuur 4 is te zien zelfs vaker in het buitenland te zijn overleden, waarschijnlijk nogal eens ten gevolge van een ongeval (of toch ziekte). Ditzelfde kan mutatis mutandis gelden voor de oudere kinderen en jong-volwassenen. Onverklaarbaar is echter dat er relatief méér meisjes en

figuur 4

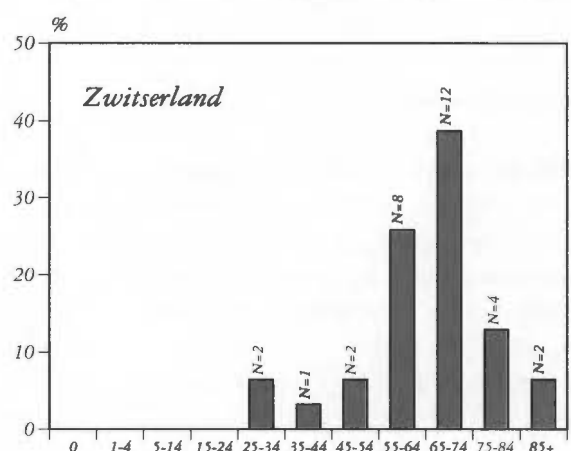
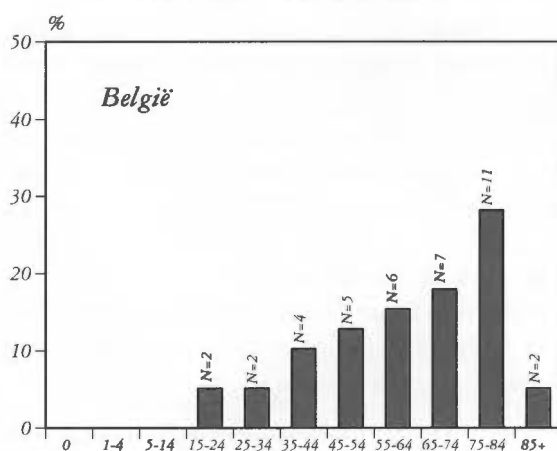
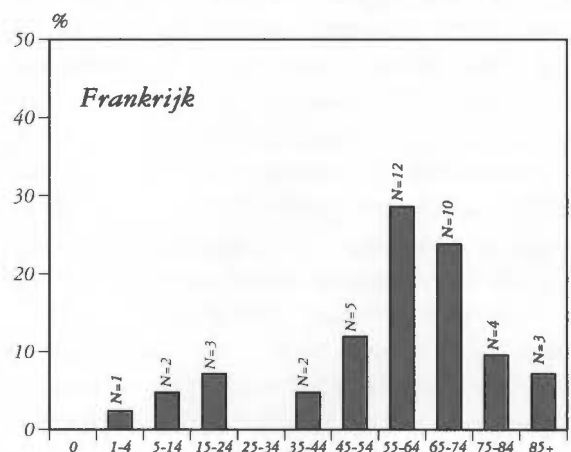
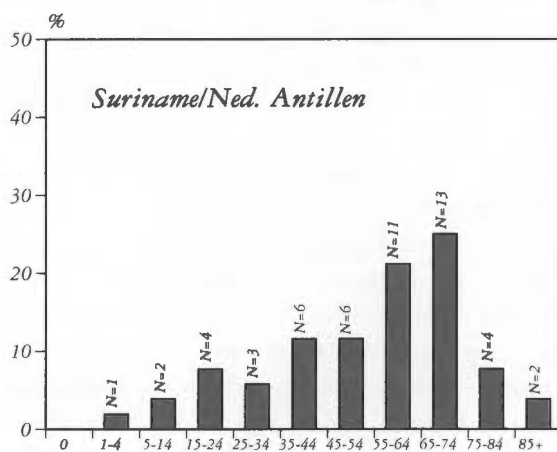
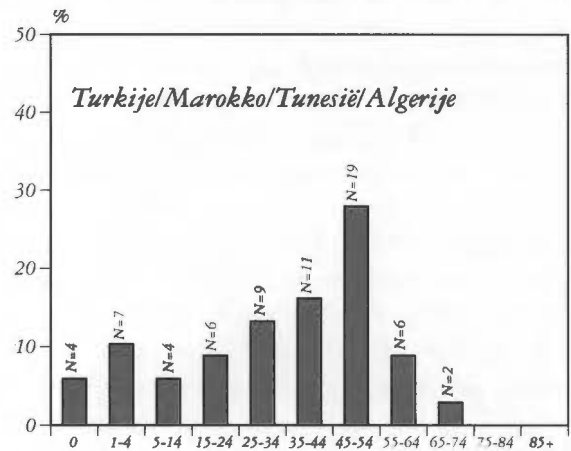
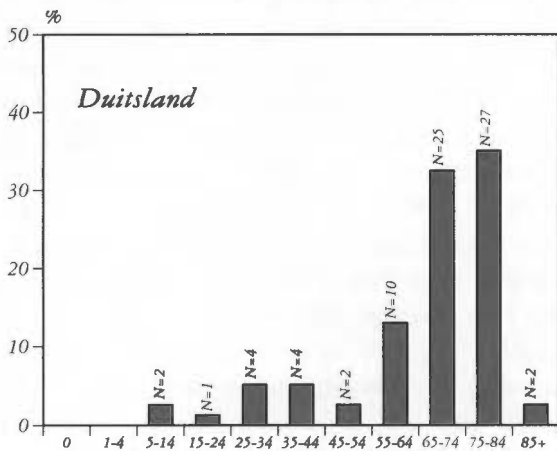
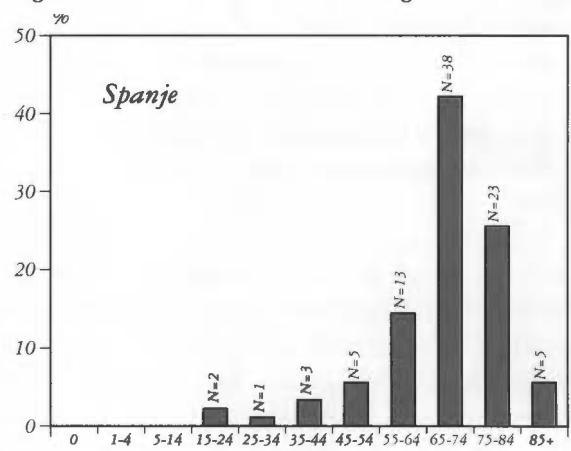
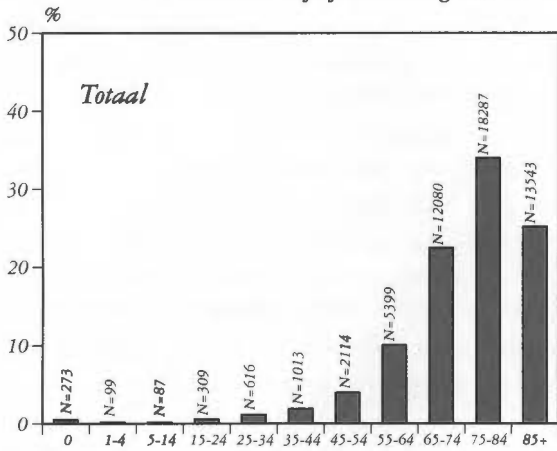
Per leeftijdscategorie het percentage in het buitenland overleden Hagenaars naar geslacht.

Den Haag 1982-1991.



1) Een vergelijking met de geanonimeerde gegevens van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR) over 1991 toonde aan dat de drie Haagse kinderen die dat jaar in Rotterdam stierven, allen in het AZR overleden.

figuur 5
 Procentuele leeftijdsverdeling van overleden Hagenaars in diverse landen. Den Haag 1982-1991.



jonge vrouwen dan jongens en jonge mannen in het buitenland overlijden. Men kan slechts gissen naar de oorzaak hiervan: overkomt meisjes in het buitenland eerder een onnatuurlijke dood? Het feit dat ruim 10% van alle Haagse kinderen die tussen één en vijftien jaar overlijden, in het buitenland omkomt stemt op z'n minst tot nadenken.

Is de rol van de academische ziekenhuizen bij de oudere leeftijdscategorieën ook te traceren? Uit figuur 3 is op te maken dat in elk geval uit de oudste leeftijdscategorieën heel weinig sterfte plaatsvindt in Amsterdam, Rotterdam of Leiden. Het lijkt niet zo vreemd te veronderstellen dat (zeer) oude patiënten, ongeacht hun ziekte, minder gauw vanuit Den Haag naar een academisch ziekenhuis zullen worden overgeplaatst. De 'doelgroep' voor dergelijke verwijzingen zou redelijkerwijs de leeftijdscategorieën van 25-65 jaar omvatten. Zo overleden in 1991 elf volwassen Hagenaars in Rotterdam. Van hen overleden er zes in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR). Overigens blijkt uit de ziekenhuisstatistiek van het AZR *niet* dat Haagse patiënten een relatief groter overlijdensrisico zouden hebben in vergelijking met alle aldaar opgenomen patiënten. De beperkingen van ons gegevensbestand laten geen nadere interpretaties van de bevindingen toe. De buiten-Haagse sterfte onder de oudste leeftijdsgroepen vindt voornamelijk plaats in de randgemeenten. Het blijkt dat de ziekenhuizen in Leidschendam en Voorburg, voor welke de 'aangrenzende' Haagse wijken, respectievelijk Bezuidenhout/Mariahoeve en Laakkwartier/Spoorwijk tot het verzorgingsgebied behoren, hierin het grootste aandeel hebben. Het hoge aandeel Hagenaars dat in Rijswijk sterft is niet herleidbaar tot een ziekenhuis. Mogelijk dat hier een administratief artefact optreedt vanwege de drie verpleeghuizen aldaar?

Land van overlijden

Tot slot enkele opmerkingen over het onderscheid tussen landen als plaats van overlijden. In enkele landen was het totaal aantal overlijdensgevallen in de onderzoeksgroep groot genoeg om een nadere beschouwing te rechtvaardigen. Zo overleden in Spanje 90 personen, in Duitsland 77, in Turkije, Marokko, Algerije en Tunesië te samen 68 personen, in Suriname en de Antillen 52, in Frankrijk

42, in België 39 en in Zwitserland 31 Hagenaars. In figuur 5 (op bladzijde 25) is de procentuele leeftijdsverdeling voor mannen en vrouwen te samen naar land(en) van overlijden weergegeven. In tegenstelling tot vorige figuren betreft het hier geen percentages van de totale populatie in de desbetreffende leeftijdsklasse, maar het aandeel van elke leeftijdsgroep in het totaal van in dat (die) land(engroep) overleden Hagenaars.

Zoals te verwachten was zien we de jongere leeftijdsegmenten nu meer gevuld aangezien jongere mensen meer reizen en dus ook een grotere kans hebben in het buitenland te overlijden.

Diverse veelal sociale c.q. sociologische factoren zullen van invloed zijn op de sterfte in de verschillende landen. Het reisgedrag van de Hagenaars speelt hier een rol, waarbij bijvoorbeeld de buurlanden Duitsland en België niet alleen als reisbestemming maar ook als doorgangsland fungeren. Specifieke groepen van de Haagse bevolking kiezen waarschijnlijk specifieke reisbestemmingen. Zo zullen allochtone inwoners vaker op reis gaan naar hun land van origine. Aangezien de absolute aantallen van in het buitenland overledenen zelfs over tien jaar samengevoegd toch betrekkelijk klein zijn is bijvoorbeeld de invloed van verkeersongelukken met een collectief karakter (busongeluk, vliegramp) relatief groot.

Voor het overlijden in de mediterrane landen en dat in Suriname/Nederlandse Antillen lijkt een relatie te bestaan met de leeftijdsopbouw van de Haagse bevolkingsgroepen die uit de desbetreffende gebieden afkomstig zijn. Dit geldt bij uitstek voor het overlijden in Turkije, Marokko, Tunesië en Algerije, waar overwegend jongere mensen stierven. Ook hier weer vermoeden we, dat onnatuurlijke doodsoorzaken een relatief groot aandeel moeten hebben gehad, aangezien het onwaarschijnlijk is dat ernstig zieke mensen tot grote reizen in staat zijn. Voor Spanje en Suriname/Nederlandse Antillen zijn de grafieken wezenlijk anders. Mogelijk overlijden in Spanje vooral oudere 'overwinteraars'. En is het speculatief om te veronderstellen dat mensen afkomstig uit Suriname tegen het einde van hun leven nog éénmaal teruggaan naar hun geboortegrond?

Tot slot willen we er nogmaals de nadruk op leggen dat bovenstaande constatering als niet meer dan speculatief en hier en daar hooguit indicatief dienen te worden beschouwd.

Project Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienst- verlening

De eerste concrete resultaten

Mw. T.G.M. van der Maat

De gezondheidszorg in wijken als Transvaal, Schilderswijk, Stationsbuurt en Oude Centrum vormt een opeenhoping van problemen. Hoge medische consumptie, versnipperd aanbod, dreigend tekort aan huisartsen en overbelasting van dienstverlening. Vandaar dat begin 1992 met een modernisering van zorg en hulp werd begonnen. De projecten die zich hiermee bezig hebben gehouden blijken succesvol. Maar er moet meer worden gedaan aan samenwerking binnen het complexe zorgaanbod en aan betere zorg en hulp aan met name ouderen en migranten.

Korte voorgeschiedenis

Begin 1992 werd vanuit de gemeente Den Haag het startschot gegeven voor een modernisering van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de centrumwijken van Den Haag. Verschillende onderzoeken hadden immers uitgewezen dat het met de gezondheid van de bewoners in dit deel van Den Haag slechter was gesteld dan in andere wijken. De maatschappelijke gezondheidszorg in wijken als de Transvaalbuurt, de Schilderswijk, de Stationsbuurt en het oude centrum kenmerkte zich door een opeenhoping van probleemsituaties en knelpunten: een hoge medische consumptie door allochtone bevolkingsgroepen, een sterk versnipperd hulpaanbod, een dreigend tekort aan huisartsen, overbelasting van hulp- en dienstverleners, enzovoorts.

Slechts een nieuwe, gezamenlijke aanpak van deze problemen zou aan deze situatie iets

Over de auteur:

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

kunnen veranderen. Een aanpak, gericht op méér samenwerking en op minder versnippering samen met het zoeken naar meer adequate antwoorden op zich voordoende (vaak complexe) hulpvragen, was dringend gewenst.

Om deze wijze van werken structureel mogelijk te maken is een 'Stedelijke Projectgroep' in het leven geroepen, waarin op staf- en bestuurlijk niveau zorginstellingen, hulpverleners, ziektekostenverzekeraars en vertegenwoordigers van gebruikerszijde zitting namen. Deze Stedelijke Projectgroep kreeg de opdracht zowel voorstellen te doen gericht op de verbetering van de maatschappelijke gezondheidszorg in (met name) de centrumwijken, als de uitvoering daarvan te begeleiden.

Daarnaast was een nauwe betrokkenheid van de uitvoerders onontbeerlijk. Daarom werd een breed samengesteld 'Platform van Hulpverleners' opgericht in de centrumwijken. En ten slotte kwam er een (klein) ondersteuningsbureau 'STIOM' (STIOM staat voor: Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag Centrum) (1). Het STIOM kreeg tot taak zorg te dragen voor de coördinatie in de aanpak van knelpunten; voorkoming van hiaten en overlappings in het zorgaanbod; ondersteuning van hulp- en dienstverleners in de extramurale zorg in het stadsdeel en ten slotte te fungeren als centraal informatiepunt. STIOM werd daarmee, ondanks haar bescheiden omvang, een belangrijke schakel in het totale project. Ze is het centrale punt in een omvangrijk netwerk. Begin 1994 kon het 'Project Gezond-

heidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening' integraal van start gaan.

Nieuwe activiteiten

Vanuit STIOM werd gestart met het doorlichten op belangrijke knelpunten, hiaten en overlappings van het totale eerstelijns hulp- en zorgaanbod in de centrumwijken. Daarbij werd aangesloten op reeds beschikbaar materiaal, onder andere vanuit de drie gezondheidscentra. Vanuit het hulpverlenersplatform werden, rondom gesignaleerde knelpunten, regelmatig kleine werkgroepen samengesteld van waaruit gewerkt kon worden aan de (concrete) aanpak van problemen. Voortvloeiend daaruit zijn de volgende deelprojecten in behandeling genomen, waarvan hier kort verslag wordt gedaan.

Project integrale CARA-zorg

De centrumwijken kennen een relatief groot aantal CARA-patiënten; ook blijkt een effectieve behandeling van deze ziekte in dit deel van Den Haag lastiger dan elders. De noodzaak tot een meer samenhangend en meer effectief hulpaanbod was dan ook evident. In samenwerking met de Stichting Thuiszorg, de huisartsen, de fysiotherapeuten, de jeugdgezondheidszorg, de longartsen, de apothekers en het plaatselijke Astmafonds is onder begeleiding van STIOM gewerkt aan verschillende initiatieven.

Zo is op een tweetal plaatsen in de centrumwijken een laagdrempelig CARA-spreekuur opgezet om een meer gestructureerde en intensieve voorlichting aan CARA-patiënten te be-

werkstelligen. Via de huisarts kunnen bewoners van de centrumwijken worden verwezen naar dit spreekuur, waar een deskundige verpleegkundige hen uitgebreid wegwijs maakt in 'wat is CARA?'; 'hoe ga je er mee om?'; 'wat mag wel?'; 'wat mag niet?'; 'hoe moet je de medicijnen gebruiken?' enzovoorts. Een goede voorlichting, juist bij dit soort chronische ziekten, heeft in de meeste gevallen positieve effecten en kan gezondheidsbevorderend en kostenbesparend werken. Verder zijn gezamenlijke protocollen 'wiedoet-wat-wanneer' ontwikkeld voor behandeling van CARA-patiënten om zo de kwaliteit en de intensiteit van de eerstelijns CARA-zorg te verbeteren. Ook is gezorgd voor een wijkgerichte nascholing van dokters- en apothekersassistenten en wijkverpleegkundigen, gericht op een deskundiger medicijngebruik (inhallatietechnieken zijn moeilijk: veel patiënten maken daarom een verkeerd gebruik van de medicijnen met als resultaat een blijvende benauwdheid en onnodig hoge medicijnkosten). Een groot deel van de (éénmalige) kosten die deze CARA-projecten met zich meebrengen zal kunnen worden gefinancierd uit fondsen. STIOM heeft hiervoor zo'n f 15.000,— bij elkaar gekregen.

Project samenwerking welzijnswerk en gezondheidszorg

Vanuit de gezondheidszorg werd het als een knelpunt ervaren dat men slecht op de hoogte is van wat het welzijnswerk in de wijken te bieden heeft. Door veel huisartsen wordt onderkend dat men juist in deze wijken niet kan volstaan met een louter medische aanpak van de

problemen: daarvoor zijn de meeste problemen te complex en te nauw verbonden met de maatschappelijke omstandigheden van de bewoners. Samenwerking met het welzijnswerk zou dan tot een effectievere aanpak kunnen leiden. Vanuit het welzijnswerk zou meer kunnen worden ingespeeld op signalen en behoeften vanuit de gezondheidszorg (ontspanningscursussen, voorlichtingscursussen en dergelijke).

Met begeleiding van STIOM is daarom gewerkt aan:

- het opstellen van wijkgerichte overzichten van activiteiten vanuit het welzijnswerk (iedere huisarts en fysiotherapeut beschikt thans over een dergelijk overzicht);
- het aanstellen per wijk van een contactpersoon vanuit het welzijnswerk die verantwoordelijk is voor een goede communicatie met werkers uit de gezondheidszorg (tweemaal per jaar zal hiervoor een behoeftepeiling plaatsvinden);
- het houden van een tweetal voorlichtingsavonden voor doktersassistenten en fysiotherapeuten, teneinde inzicht te bieden in de mogelijkheden van het welzijnswerk.

Deze avonden bleken in een grote behoefte te voorzien; vanuit de hulpverleners werd STIOM daarom verzocht blijvend aandacht aan deze voorlichting te besteden. In samenwerking met de decentrale welzijnsorganisaties zal dit vorm worden gegeven.

Experiment praktijkverpleegkundige

Onder de paraplu van STIOM wordt een samenwerkingsexperiment gestart dat als doel heeft de huisartsenzorg in de achterstandswijken zorginhoudelijk

te verbeteren. Uit alle onderzoeken naar de huisartsenzorg in achterstandswijken blijkt, dat hier vaker een hoge werklast bestaat en dat ook de werkbeleving aanmerkelijk belastender is dan elders. Recent onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging - dat óók in Den Haag is uitgevoerd - heeft dit weer eens bevestigd (zie elders in dit tijdschrift).

Teneinde de werklast en -beleving te verbeteren zal, in samenwerking met de huisartsengroep in Den Haag centrum en de Stichting Thuiszorg Den Haag, de functie van 'praktijkverpleegkundige' worden ontwikkeld. Het betreft hier een verpleegkundige die in deze huisartsenpraktijken gaat werken. Samen met de huisarts gaat zij of hij zorgdragen voor een intensievere en uitgebreidere begeleiding van chronisch zieken (diabetespatiënten, CARA-patiënten, hypertensiepatiënten en dergelijke), ouderen (hoe ouderen zo lang mogelijk zelfstandig - thuis - kunnen blijven wonen) en allochtonen (extra voorlichting over gezondheid en gezondheidszorg). Patiënten van deze huisartsen krijgen dus behalve met de huisarts ook met de verpleegkundige te maken, die hen extra voorlichting geeft of uitgebreid(er) zal behandelen. We verwachten dat zowel voor de huisarts als voor de patiënten de praktijkverpleegkundige een welkome aanvulling zal zijn op de zorg. De zorgverzekeraars, de huisartsenverenigingen en de Stichting Thuiszorg Den Haag zijn nauw bij dit experiment betrokken. Begeleidend onderzoek zal moeten uitwijzen of dit experiment in het centrum straks navolging verdient in andere stadsdelen.

Experiment migrantenvoorlichting

Effectieve voorlichting aan migranten is al jaren een aandachtspunt. De behoefte aan verbetering van de bestaande voorlichting is groot; daarbij gaat het niet om méér voorlichting, maar om andere, effectievere methoden.

Juist in de centrumwijken, waar een groot deel van de bevolking van allochtone afkomst is, lopen de verschillende hulp- en dienstverleners aan tegen de moeizame communicatie met migranten. Huisartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg-medewerkers, maar ook welzijnswerkers, worden - ondanks de geweldige hoeveelheid hulpmiddelen en materialen die hen inmiddels ter beschikking staan - nog steeds geconfronteerd met gebrekkige communicatiemogelijkheden met deze bevolkingsgroepen. Een effectieve en efficiënte zorgverlening wordt daarmee onmogelijk gemaakt.

Bijgestaan door STIOM zijn deskundigen op dit terrein bij elkaar gekomen, zijn bestaande voorlichtingsprojecten op effectiviteit beoordeeld, zijn belangrijke signalen verzameld en gaat uiteindelijk een experiment van start waarbij voorlichting wordt gegeven 'door migranten voor migranten'. Hierbij kan worden aangesloten op een kleinschalig experiment in gezondheidscentrum 'Nieuw Schilderswijk', waarbij - met financiële middelen vanuit het project Sociale Integratie Stationsbuurt (Sociale Vernieuwing) - door Turkse vrouwen voorlichting wordt gegeven aan bezoekers. Alle ervaring wijst er thans op, dat voorlichting-in-de-eigen-taal zeer effectief werkt (zie ook elders in dit bulletin). Het experiment houdt in dat in de drie gezond-

heidscentra een viertal migrantenvrouwen, die in (gezondheids)voorlichting zijn geschoold (van Turkse en Marokkaanse afkomst), worden aangesteld. Deze vrouwen gaan op verwijzing van de huisarts, de fysiotherapeut, de schoolarts, het maatschappelijk werk en/of anderen tijdens individuele gesprekken voorlichting-in-de-eigen taal geven aan de desbetreffende migranten. Ook groepsvoorlichting gaat tot de mogelijkheden behoren. Een nauwe samenwerking tussen de migrantenvoorlichtsters en de hulpverleners, zal uiteindelijk moeten leiden tot een betere communicatie met deze bevolkingsgroepen. Ook de decentrale welzijnsorganisaties zullen hierbij intensief worden betrokken. Dit experiment wordt door onderzoek begeleid, teneinde te bekijken of uitbreiding is gewenst. Bij een positief resultaat zal het worden uitgebreid. Het ligt in de bedoeling dat later ook alle vrijgevestigde hulpverleners van deze migrantenvoorlichtsters gebruik kunnen maken. Ook voor deze activiteit heeft STIOM fondsgelden weten te werven: een deel van de éénmalige kosten zal hieruit kunnen worden gefinancierd.

Andere activiteiten

Voorts is een onderzoek gestart naar aard en omvang van de groep sociaal geïsoleerde ouderen in de centrumwijken. Verschillende signalen van hulpverleners wezen erop, dat in de centrumwijken een groeiende groep ouderen bestaat, die sociaal volstrekt geïsoleerd leeft. Uiteindelijk doel van dit onderzoek is te komen tot preventieve activiteiten voor deze ouderen. Er is onder begeleiding van STIOM een structureel overleg

gestart tussen alle in de centrumwijken werkzame fysiotherapeuten. Tot voor kort functioneerde deze beroepsgroep vrij geïsoleerd. Doel van het overleg is meer samenwerking en afstemming te bewerkstelligen tussen de verschillende fysiotherapiepraktijken onderling en in de richting van andere beroepsgroepen. Alle centrumpraktijken nemen aan dit overleg deel. Inmiddels is er een gezamenlijk waarneembestand en worden activiteiten samen georganiseerd. Verder is (met succes) overleg gevoerd met de zorgverzekeraars om de beschikbare gelden efficiënter te besteden.

Vanuit STIOM is, onder andere in samenwerking met de District Huisartsen Vereniging, gecoördineerd actie ondernomen vanwege de slechte huisvesting van sommige huisartsenpraktijken en vanwege de parkeerproblemen van huisartsen en verloskundigen in de centrumwijken (bij spoedgevallen kunnen deze hulpverleners de auto niet kwijt). Met de betrokken gemeentelijke afdelingen zijn inmiddels afspraken gemaakt om deze problemen, die kenmerkend zijn voor de binnenstad, te verminderen of te verhelpen.

STIOM heeft zorggedragen voor een voortgang in de financiering van het Prinsproject. Dit succesvolle project, waarbij rondom basisscholen in de Schilderswijk een netwerk van hulpverleners wordt ingezet, dreigde medio 1994 zonder financiering te komen zitten. Gelukkig heeft gecoördineerde actie dit kunnen voorkomen.

Alle bovengenoemde deelprojecten hebben met elkaar ge-

meen, dat ze uitgaan van nieuwe vormen van samenwerking, gericht op méér samenhang in het totale zorgaanbod. In één jaar tijd is er, dankzij het brede draagvlak waarop dit project steunt, veel van de grond gekomen. De structuur van het totale project, waarbij op verschillende niveaus wordt gewerkt aan de verbetering van het zorgaanbod in de centrumwijken, werpt haar vruchten af. Hulpverleners in deze wijken hebben niet langer het gevoel, dat ze 'ieder voor zich' aan het 'dweilen zijn met de kraan open'. Het leidt tot een helder overzicht van 'wie-doet-wat-waar', 'wat zijn waar de belangrijkste knelpunten' en 'wie moeten er op welk niveau bij de oplossingen worden betrokken'.

Hoe verder?

Uit bovenstaand overzicht mag worden afgeleid, dat het 'Project Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening' en STIOM als centraal scharnier hierbinnen, een duidelijke functie vervullen in de hulp- en zorgverbetering in de centrumwijken. Voor 1995 willen we daarom doorgaan op de ingeslagen weg. Daarnaast zal meer en meer prioriteit worden gelegd bij verbeteringen in:

- de samenwerking bij complexe zorgproblematiek;
- de ondoorzichtigheid van de zorg;
- de zorg/hulp aan ouderen;
- de zorg/hulp aan migranten.

Voorts zal de functie van de Stedelijke Projectgroep nader moeten worden bekeken. De oorspronkelijk geformuleerde functie van dit overleg is in het totale project (nog) niet voldoende uit de verf gekomen.

Het vertrekpunt van het hele project was en blijft: 'niet méér' maar 'anders' en 'niet alleen' maar 'in samenwerking'! STIOM zal daarbij op de oude voet doorgaan, dat wil zeggen met bescheiden middelen het centrale scharnier in het geheel zijn. Juist deze kleinschaligheid leidt in de praktijk tot een efficiënte, effectieve en directe aanpak.

Het betrekken van bewoners c.q. gebruikers bij het zoeken naar nieuwe oplossingen zal extra aandacht vragen. Op stedelijk niveau wordt door de patiënten/consumentenorganisaties deelgenomen aan de activiteiten van de Stedelijke Projectgroep. Op uitvoerend niveau ligt dit echter minder eenvoudig aangezien het ontbreekt aan een goed werkende structuur, waarin ook van gebruikerszijde een aandeel in de zorgverbetering kan worden geleverd. In het afgelopen jaar is daarom vanuit STIOM geprobeerd per project de bewoners/gebruikers te betrekken bij de zorgverbetering. Zo is in het CARA-project de plaatselijke Astmavereniging nauw betrokken en bij het project migrantenvoorlichting is dit het opbouwwerk.

Resumé

Samenvattend kunnen we stellen dat er in de centrumwijken inmiddels een ontwikkeling gaande is, waarbij op de werkvloer tussen zo'n vijftien verschillende disciplines vormen van samenwerking en communicatie zijn ontstaan die uniek zijn in hun soort. De noodzakelijke zorgverbetering en -vernieuwing wordt hier op samenhangende, efficiënte en ef-

fectieve wijze opgepakt. Ook op bestuurlijk/institutioneel niveau heeft dit inmiddels geleid tot nieuwe vormen van samenwerking, die ook elders in Den Haag hun vruchten kunnen afwerpen (praktijkverpleegkundige, CARA-activiteiten). Daarmee heeft het project een belangrijke voorbeeldfunctie voor overige delen van Den Haag.

Ten slotte, zo is het afgelopen jaar herhaaldelijk gebleken, is er ook van buiten Den Haag grote belangstelling voor het project. STIOM is door verscheidene hulpverleners, projectleiders en ambtenaren uit Amsterdam en Rotterdam benaderd om uitleg te geven over de (vruchtbare) aanpak en werkwijze van dit project. Met name de concrete, praktische en doelgerichte aanpak spreekt daarbij aan.

Literatuur:

1. Maat TGM van der. Het project 'Centrum': een nieuw initiatief van start. Epidemiol Bul Grav 1994; 29 nr 2: 25-7.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Ontstekingsremmende middelen lijken ziekte van Alzheimer te kunnen vertragen

Recent onderzoek heeft uitgezonden dat het ontstaan van Alzheimer dementie mogelijk wordt vertraagd door langdurig gebruik van ontstekingsremmende middelen, zogenaamde NSAIDs. Het bedoelde onderzoek, verricht door de afdeling Epidemiologie en Biostatistiek aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam (prof.dr. A. Hofman) berust op een hypothese die werd ontwikkeld op de afdeling geronto-psiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam (prof.dr. P. Eikelenboom).

NSAIDs (niet-steroïde anti-inflammatoire farmaca) worden veel voorgeschreven als ontstekingsremmer en pijnstillers aan patiënten met reumatische aandoeningen en andere auto-immuunachtige ziekten. De Rotterdamse groep vergeleek een groep Alzheimerpatiënten met een controlegroep van gezonde Nederlanders en stelde vast dat het gebruik van NSAIDs in de Alzheimergroep opvallend lager was dan in de controlegroep. Voor andere geneesmiddelen werd dit verschil niet gevonden. Deze Rotterdamse bevindingen werden onlangs bevestigd door recent epidemiologisch onderzoek in Canada en de Verenigde Staten.

Diagnose en therapie in de huisartspraktijk door verpleegkundigen

Ervaren verpleegkundigen kunnen veel diagnostisch en therapeutisch werk verrichten in de huisartspraktijk. Dat blijkt uit een studie, beschreven door de huisarts Marsh en de verpleegkundige Dawes in de *British Medical Journal* van 25 maart 1995. In een Engelse groepspraktijk met 15.000 patiënten werd de verpleegkundige getraind in case-management van een aantal aandoeningen, waaronder niet-ernstige luchtweginfecties, conjunctivitis, huidaandoeningen, kleine verwondingen en bepaalde vrouwenziekten. Aan patiënten die opbelden om een consult in verband met klachten die op voornoemde aandoeningen wezen en die nog dezelfde dag gezien wilden worden, werd door de praktijkreceptionisten voorgesteld om door de verpleegkundige gezien te worden. De meesten accepteerden dit. Tijdens de onderzoeksperiode voerde de verpleegkundige 696 consulten uit, ongeveer 12 per dag, van wie 86% niet door een arts gezien hoefde te worden. De helft van de patiënten had voldoende aan advies, terwijl de andere helft naar huis ging met een recept, dat door de verpleegkundige werd uitgeschreven en door een van de huisartsen getekend. 79% van de patiënten vroeg niet opnieuw om een consult voor dezelfde aandoening en de onderzoekers kregen de indruk

dat de patiënten tevreden waren. Een voorwaarde voor het welslagen van deze werkwijze is de directe beschikbaarheid van een arts in de praktijk.

Stijging aantal ongevallen in Nederland met 11%

Jaarlijks worden in Nederland 3 miljoen mensen het slachtoffer van een ongeval waarvoor medische behandeling noodzakelijk is. Privé-ongevallen veroorzaken verreweg de meeste slachtoffers (1,6 miljoen). Gevolgd door sportongevallen (1,1 miljoen), verkeersongevallen (340.000) en bedrijfsongevallen (230.000). Naast een stijging van het totaal aantal ongevallen, is er een lichte daling van ernstige ongevalsetsels, waarvoor opname in het ziekenhuis noodzakelijk is. Deze resultaten zijn afkomstig van het zojuist verschenen rapport 'Ongevallen in Nederland, opnieuw gemeten' met ongevalscijfers over 1992/1993. Het rapport is een gezamenlijk project van Stichting Consument en Veiligheid (SCV), Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) en TNO Preventie en Gezondheid. De ernst van de ongevallen loopt uiteen van een behandeling door een huisarts (2 miljoen slachtoffers), een behandeling op een eerste-hulpafdeling (830.000 slachtoffers) tot een ziekenhuisopname (59.000 slachtoffers). Van de slachtoffers zegt 7% blijvend letsel overgehouden te hebben aan het ongeval. Bij slachtoffers van een ver-

keersongeval komt blijvend letsel relatief vaak voor (11%), terwijl dit bij sportblessures relatief weinig het geval is (4%). Voorgaand onderzoek uit 1986/1987 liet zien dat de omvang van het aantal ongevallen in Nederland ernstig werd onderschat. Onvoldoende brede en diepgaande registraties waren daarvan de oorzaak. Met het vervolgonderzoek 'Ongevallen in Nederland, opnieuw gemeten' worden de bestaande cijfers geactualiseerd. Zo blijkt uit de nieuwe cijfers bijvoorbeeld dat het aantal bedrijfsongevallen in Nederland drie maal zo groot is dan de officiële statistieken laten zien. Aan het onderzoek verleenden 24.000 huishoudens (in totaal zo'n 67.000 personen) hun medewerking. Er werd door middel van een telefonische enquête nagegaan of er zich in deze huishoudens gedurende een bepaalde periode een ongeval had voorgedaan. De enquête vond plaats in de periode van 1 augustus 1992 tot 1 augustus 1993.

Naast het verbeteren van de kwaliteit van de huidige registratiesystemen, bestaan de belangrijkste aanbevelingen uit (meer) aandacht voor:

- Preventie van verkeersongevallen met betrekking tot (brom)fietsers, motorrijders, voetgangers, jongeren tot 20 jaar en ouderen vanaf 65 jaar.
- Preventie van privé-ongevallen door een veilige woon- en spelomgeving voor kinderen, en door een goede woningaanpassing voor senioren.
- Preventie van bedrijfsongevallen bij jongeren tot 20 jaar, laaggeschoolden, werkenden in de bouw, landbouw, industrie, handel en overige dienstverlening en voor preventie van bedrijfsongevallen als ge-

volg van schadelijke houdingen en bewegingen.

- Preventie van sportblessures die optreden bij met name voetbal en tennis en meer aandacht voor fysieke overbelasting in het algemeen.

Informatie: Stichting Consument en Veiligheid, tel. 020 - 511 45 11.

Actuele informatie

Sociaal-demografische en gezondheidskenmerken

In toenemende mate wordt door beleidsmakers, hulpverleningsinstanties en hulpverleners van zowel binnen als buiten de GGD gevraagd naar sociaal-demografische kenmerken en gegevens over de gezondheidssituatie en de -voorzieningen. Vaak zijn deze verzoeken op buurt-, wijk- of stadsdeelniveau geformuleerd.

Recentelijk zijn weer door de afdeling Epidemiologie gegevens over onder andere bevolking, totale sterfte (uitgedrukt in Standardized Mortality Ratio) en voorzieningen in een rapport gebundeld. De gegevens zijn verwerkt per stadsdeel, zodat er in totaal zeven rapporten zijn verschenen.

Voor zover mogelijk is gekozen voor een opzet waarbij niet alleen de buurten onderling vergeleken kunnen worden, maar tevens een referentie mogelijk is aan het stadsdeel- en stedelijk niveau.

Informatie: Sector GGD/MZ, afd. Epidemiologie, tel. 070 - 361 94 48.

Unit met intensieve zorg voor mensen met HIV/AIDS
De Stichting Bosch en Duin be-

staat uit een gecombineerd verpleeghuis en een aanpandig verzorgingshuis. Als bijzondere functie is er een unit voor HIV/AIDS-zorg. De unit is ondergebracht in het verzorgingshuis en bestaat uit zeven éénpersoons- en twee tweepersoonskamers, alsmede een huiskamer voor gemeenschappelijk gebruik. De unit is zo huiselijk mogelijk ingericht en staat in verbinding met de rest van het huis. De kamers zijn ruim en beschikken over een toilet en wasgelegenheid. Op de kamers is het mogelijk kabeltelevisie en telefoon te laten aansluiten. Op de unit vindt zorgverlening plaats aan mensen met HIV/AIDS die niet (langer) zelfstandig kunnen wonen en aangewezen zijn op intensieve zorg. Het kan gaan om een tijdelijk verblijf ter reactivering na een ziekenhuisopname, waarna iemand weer naar huis kan gaan. Een andere reden voor een tijdelijk verblijf kan zijn een opnameperiode ter ontlasting van de mantelzorg. Het kan echter ook gaan om een blijvende plaatsing, als de zorgvraag de mogelijkheid thuis permanent te boven gaat. De unit is een AWBZ-voorziening. In het algemeen kunnen externe hulpverleners zoals de AIDS-consulenten vragen beantwoorden over de mogelijkheden van opname op de unit. Daarnaast is het altijd mogelijk in Bosch en Duin zelf informatie en een rondleiding te krijgen.

Voor informatie: Hoofd dienst Consultatie, Behandeling en Begeleiding, tel. 070 - 351 21 81.

Beeldvorming over ouder worden

Dienstverleners in de sector Zorg en Welzijn krijgen veelvuldig te maken met oude en

nieuwe stereotiepe beelden over ouder worden. De vraag is in hoeverre zij zich bewust zijn van de invloed van die beelden op de dagelijkse praktijk. 'Beeldvorming over ouder worden', cahier 36 in de serie Cahiers Ouderdom en Levensloop is bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) geschreven als handreiking om de bewustwording te stimuleren. Het uitgangspunt in dit cahier is dat niet 'de oudere' maar de individuele mens centraal moet staan in de dienstverlening. Het cahier bevat praktische suggesties om een eenzijdige benadering van oudere cliënten te voorkomen of tegen te gaan.

Beeldvorming over ouder worden kost f. 35,— (ISBN 90 313 1706 3). De uitgave is verkrijgbaar in de boekhandel.

Voorlichting

Voorlichting aan psychiatrische patiënten

Een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is voor de meeste patiënten erg ingrijpend. Patiënten hebben vele vragen en een grote behoefte aan informatie over tal van onderwerpen. Tegelijkertijd vinden veel patiënten dat ze niet op al hun vragen antwoord krijgen. Daarnaast weten familieleden vaak niet hoe ze met een patiënt moeten omgaan. Patiënten en familieleden die minder goed vragen durven of kunnen stellen krijgen ook minder voorlichting, ongeacht hun behoefte.

En hoewel voor de meeste hulpverleners in de psychiatrie het belang van goede voorlichting onomstreden is, schiet de kwali-

teit ervan nogal eens tekort. De voorlichting gebeurt vaak nog te veel ad hoc en te weinig systematisch. In bijna ieder behandelgesprek geeft een psychiatisch hulpverlener voorlichting aan de betrokken patiënt. Toch hebben ze vaak twijfels of hun informatie overkomt. Er zijn dus duidelijk knelpunten in de voorlichting aan psychiatrische patiënten. In de reeks 'Patiëntenvoorlichting' van het Landelijk Centrum GVO zijn twee deeltjes verschenen die aangeven hoe voorlichting in de psychiatrie kan worden verbeterd. In het boekje 'Voorlichting, zo gek nog niet' ligt het accent op groepsvoorlichting aan patiënten en hun familie. Het deeltje 'Individuele voorlichting in een psychiatrisch ziekenhuis' legt de nadruk op individuele patiëntenvoorlichting. De beide boekjes vullen elkaar dus aan.

'Voorlichting, zo gek nog niet' kost f. 25,— (inclusief porto). 'Individuele voorlichting in een psychiatrisch ziekenhuis' kost f. 20,— (inclusief porto). Beide boekjes zijn verkrijgbaar bij het Landelijk Centrum GVO, tel. 030 - 971160, fax 030 - 971166.

Gokstrip 'Rolberoerte'

Medio mei presenteerde Centrum Verslavingszorg Zeestraat de strip 'Rolberoerte' die speciaal is gemaakt om de jeugd en jongeren op een hen aansprekende manier te wijzen op de risico's van gokken op fruitautomaten.

De strip is getekend door Mar-nix Rueb, de tekenaar van de bekende strip 'Haagse Harry'.

Bij de strip behoort een handleiding die docenten en jeugd- en jongerenwerkers in staat stelt het thema gokken met jongeren te behandelen.

Een pakket, bestaande uit een

handleiding en een set stripverhalen, is binnen de regio Den Haag, gratis af te halen bij:

Sector Preventie, Paul Krugerslaan 129, tel. 070 - 346 17 06.

'Groeiboek' in een nieuw jasje

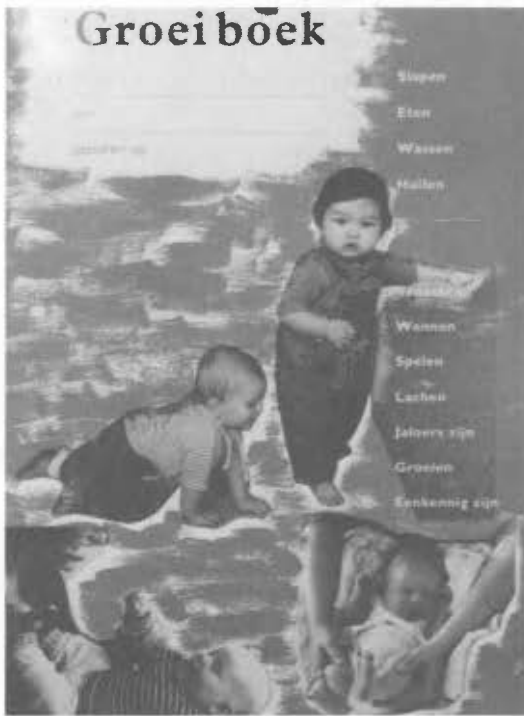
Op 10 mei 1995 overhandigde drs J.J. Luijten, wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie, het eerste exemplaar van de 18e druk van het groeiboek aan de heer F.J. van der Heijden, plaatsvervangend voorzitter van de commissie Volksgezondheid van de Tweede Kamer én aan een ouder.

De eerste druk van het groeiboek verscheen in 1978. Iedere ouder ontvangt kort na de geboorte van een kind gratis een groeiboek. In een aantal gemeentes wordt het uitgereikt bij de aangifte op het stadhuis. Per jaar worden 200.000 groeiboeken door de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (GVO) Den Haag verspreid.

In het groeiboek staat informatie over de verzorging, ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Het consultatiebureau schrijft haar adviezen in het boekje en de ouders houden de vorderingen van hun kind erin bij. Zo ontstaat een goede communicatie tussen de ouders en het consultatiebureau. Ouders schrijven ook hun vragen erin.

Het groeiboek wordt door de gemeente, het consultatiebureau of de huisarts gekocht.

Het groeiboek is veranderd: de opbouw van de tekst is gewijzigd. Het eerste jaar is nu in vier blokken van drie maanden verdeeld. Het tweede tot en met het vierde jaar heeft zes blokken van een half jaar. In ieder blok staat informatie over de verzorging, het omgaan met het kind en de ontwikkeling.



De grondige herziening van het groeiboek is tot stand gekomen door de samenwerking van de Landelijke Redactieraad Groeiboek, waarin consultatiebureauartsen, wijkverpleegkundigen en pedagogen uit het land vertegenwoordigd zijn, en een groep 'meelezers'.

Informatie: Sector GGD/MZ, afd. GVO, tel. 070 - 361 94 51.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 36 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (lokatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio 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 over het eerste kwartaal 1995.

De gemelde lepra-patiënt werd jaren geleden in Suriname besmet.

Alle 3 aangegeven meningococcosis-patiënten waren volwassen. Familieleden kregen geen profylaxe.

Van de 4 gemelde hepatitis-B-patiënten werd 1 patiënt besmet via sexueel contact. Bij de andere patiënten vond de besmetting plaats in het ziekenhuis.

Er werden 18 hepatitis-A-patiënten gemeld. Hiervan werd 1 patiënt in het buitenland besmet. In twee gezinnen vond besmetting plaats via gezinsleden. Door sexueel contact werden 2 patiënten besmet. Van de resterende patiënten bleef de bron onbekend.

De aangegeven dysenteria bacillaris-patiënt liep de besmetting in het buitenland op.

Van de 54 gemelde scabies-patiënten vond voor het merendeel de besmetting plaats in het gezin. Enkele patiënten werden op school of in het buitenland besmet.

Er werden 3 ornithosis/psittacosis-patiënten aangegeven. Hiervan waren 2 patiënten uit één gezin, waar men sinds kort een parkiet in huis had. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend. In alle gevallen werd de Veterinaire Dienst geïnformeerd.

Van de 5 gemelde malaria-patiënten waren 4 patiënten woonachtig of met vakantie in respectievelijk Ghana, Ruanda, Gambia en Kameroen (*P. falciparum*). De patiënten hadden geen van allen profylaxe genomen. De patiënt met vakantie in Thailand en Vietnam had wel profylaxe genomen, maar kreeg toch malaria (*P. vivax*).

De besmettingsbron van de gemelde legionella pneumonie-patiënt bleef onduidelijk.

De aangegeven leptospirosis-patiënt werd besmet in Suriname.

Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);
Mw. N. Goedée;
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
Mw. G.J. Wijkmans;
G.R. de Wildt;
K.B. Yap (GGD West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1995 1e kw	1995 2e kw	1995 3e kw	1995 4e kw	1994 t/m 1e kw	1995 t/m 1e kw	
mens	inhalatie	difterie (B)							
		lepra (B)	2					2	
		meningococcosis (B) *	4				6	4	
		morbilli (B)							
		(atyp.) pertussis (B) **	1					1	
		rubella (B)					1		
		tuberculose (B)	30				25	30	
		parotitis epidemica (C)					4		
		sexueel contact	gonorrhoea (C)	35				37	35
			syfilis prim./sec. (C)	1				1	1
	syfilis congenita (C)								
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	5					5	
		HIV-infectie/Aids (1) ***	3				1	3	
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)							
		hepatitis A (B) (3)	25				10	25	
dysenteria bacillaris (B) (3)		1				3	1		
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	55				32	55		
dier	inhalatie (faecaal metariaal)	ornithosis/psittacosis (B)	3					3	
		Q-koorts (B) (5)							
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)							
		febris recurrens (B)							
		gele koorts (B)							
		malaria (B)	6				4	6	
		typhus exanthematicus (B)							
	beet/speeksel	rabies (A)							
		pest (A)							
	aanraking	anthrax (B)							
		tularemia (B)							
brucellose (B) (5)									
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1					1	
		consumptie							
		cholera (B)							
		trichinosis (B)							
		voedselvergiftiging (B)	2				17	2	
		febris typhoidea (A)	1				2	1	
		paratyfus B (B)							
		botulisme (B) (6)							
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1					1		
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)								
totaal			173				142	173	

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