

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

## *inhoud*

### *volksgezondheid*

Geestelijke verzorging voor moslims en hindoes

Vernieuwing in een verzorgingshuis

Huisartsenzorg in achterstandgebieden

### *epidemiologie*

Sociaal-economische sterfteverschillen

### *korte berichten*

*jaargang 31, 1996*

*nummer 1*

---

# Colofon

Maart 1996  
31ste jaargang nr. 1

## Redactie

drs. R.B.M.R. Bakker, *Westeinde Ziekenhuis*  
mw. I. Burger, *sector GGD/MZ*  
mw. M. van Leeuwen, *arts,*  
*Stichting Thuiszorg Den Haag*  
mr. H.R. Lingen, *sector GGD/MZ*  
mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*  
B.J.C. Middelkoop, *arts, sector GGD/MZ*  
dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),  
*sector GGD/MZ*  
drs. E. Pieters, *Riagg Noordhage*  
prof.dr. W.J. Schudel, *sector GGD/MZ*  
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),  
*sector GGD/MZ*  
m.m.v. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en A. Pols

## Redactieadres

Dienst Welzijn,  
sector GGD en Maatschappelijke Zorg  
Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag  
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 7196  
fax.: 070 - 353 7294

## Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

## Druk

Helton Van Haeringen & Kon.Drukkerij De Swart, Den Haag

## Uitgave

Dienst Welzijn, sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

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 redactie-secretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactie-secretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

## Inhoud

---

### Redactioneel 3

### Volksgezondheid

- Geestelijke verzorging voor moslims en hindoes in zorginstellingen  
Een actuele verkenning naar mogelijkheden  
*A.W.I.M. de Gruijter* 4
- Vernieuwing in een verzorgingshuis  
Wat zijn de ervaringen van de bewoners?  
*A.D.C. van Biezen* 10
- De versterking van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in Den Haag  
Een tussenrapportage  
*H.G.J. Nijhuis en A. van Ooijen* 15

### Epidemiologie

- Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen?  
Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar  
*H.W.A. Struben, mw. I. Burger en B.J.C. Middelkoop* 19

### Korte berichten 34

## Redactioneel

*Vanaf 1996 is een nieuwe redactionele opzet werkzaam voor het Epidemiologisch Bulletin. Sinds 1991 werd het werk vooral verricht door een betrekkelijk kleine redactie van zeven leden. Op afstand waren een twintigtal correspondenten beschikbaar voor adviezen en aanlevering van kopij. Na een uitvoerige evaluatie heeft de redactie besloten van deze redactionele structuur af te zien. Enerzijds bleek in de praktijk dat, door de gegeven afstand tot de periodieke redactionele werkzaamheden, de correspondenten onvoldoende bij de productie van artikelen konden worden betrokken. Anderzijds bestond toch de behoefte aan een verbreding van de inbreng bij de aanlevering en beoordeling van de kopij. Op deze plaats willen we de correspondenten hartelijk danken voor hun geleverde inspanningen.*

*Er is nu gekozen voor een gelaagde opbouw van de redactie. Als centraal uitgangspunt voor de structuur van het redactionele werk heeft daarbij gegolden, dat het Epidemiologisch Bulletin gericht zou blijven op de publikatie van artikelen over onderzoek en volksgezondheid in de regio. Een 'kernredactie' van personen, werkzaam in de onmiddellijke nabijheid van het redactiesecretariaat, verricht allerhande voorbereidende arbeid van acquisitie van artikelen tot en met een eerste beoordeling van manuscripten. Een 'grote redactie' stelt vervolgens de artikelen vast. Die zet ook het beleid uit voor de vulling van de volgende nummers en de inhoud op langere termijn. Voor de samenstelling van de redactie is - zoals het colofon laat zien - gezocht naar een werkbare, brede vertegenwoordiging van in de regio Haaglanden aanwezige aanbieders van zorg.*

*Daarmee is in feite gezegd dat het Epidemiologisch Bulletin van een blad van de GGD Den Haag verder gaat op de weg naar een regionaal medium, waarin alle zorginstellingen en hulpverleners kunnen communiceren over onderzoeksresultaten, inzichten en opvattingen met betrekking tot de plaatselijke zorg voor de volksgezondheid. Het bulletin kan in deze hoedanigheid een interessante functie blijven vervullen in het tot stand brengen van wederzijds begrip en samenhang in de regionale gezondheidszorg.*

# Geestelijke verzorging voor moslims en hindoes in zorginstellingen

## *Een actuele verkenning naar mogelijkheden*

A.W.I.M. de Gruijter

**De dominee en de pastoor zijn vertrouwde verschijningen in het ziekenhuis. Ook de humanistische patiënt krijgt geestelijke verzorging als hij dat wil. Hoewel Den Haag inmiddels 45.000 moslims en 22.000 hindoes telt - met elkaar vijftien procent van de totale bevolking - ontberen deze groepen veelal religieuze bijstand als ze in een ziekenhuis of verpleeginrichting terechtkomen. Dat zal voorlopig wel zo blijven als imams en pandits niet worden opgenomen in de formatie van zorginstellingen. Men moet goed beseffen dat geestelijke verzorgers een dubbele professionaliteit hebben, waarbij 'leerroutes' moeten worden ontwikkeld. Er is dus nog een lange weg te gaan.**

Geestelijke verzorging maakt deel uit van het zorgconcept en het zorgaanbod van instellingen in de gezondheidszorg. Maar de vraag, hoe kan worden ingespeeld op de specifieke levensbeschouwelijke uitingen en verlangens van de moslims en hindoes in zorginstellingen, is tot op heden onvoldoende beantwoord. Voor hen is nog nauwelijks iets geregeld, ondanks dat in Den Haag nu ongeveer 45.000 moslims en 22.000 hindoes wonen (15% van de Haagse bevolking).

Cultuur en religie hangen ten nauwste samen, maar het besef daarvan is in het gesecculariseerde Westen somtijds verwaterd. Daar is religie teruggedrongen naar het privé-domein en daardoor minder zichtbaar geworden in het publieke leven.

In de gezondheidszorg is men jaren geleden al geconfronteerd met wensen van allochtone patiënten of bewoners van instellingen waarop op grond van religie of cultuur een antwoord moest worden gegeven. Daarbij denken we aan de tolkentelefoon, het vertalen van informatiefolders in Arabisch of Turks, het verschaffen van 'halal'-maaltijden of vegetarische maaltijden, maar ook aan het inrichten van een islamitische of multireligieuze gebedsruimte, een ruimte waar rituele wassingen na overlijden kunnen plaatsvinden, aan het in voorraad hebben van de Qur'ân en gebedsmatjes tot en met het informeren van medewerkers over belangrijke islamitische en hindoeveestdagen en de islamitische vastenmaand Ramadan. Aan de specifieke wensen werd tegemoet gekomen op het niveau van faciliteiten. Geestelijke verzorging vraagt echter om meer. De moslim- en hindoeapatiënt is gebaat bij en heeft recht op een eigen geestelijk verzorger die zijn levensbeschouwing en cultuur van binnenuit kent en de zieke kan begeleiden in een fase van afhankelijkheid en existentiële crisis.

---

*Over de auteur:*

A.W.I.M. de Gruijter is als geestelijk verzorger werkzaam in het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag en bestuurslid van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen, katholieke sector.

Van recente datum zijn nieuwe ontwikkelingen te melden. In de zomer van 1995 wendde het bestuur van de Stichting Haags Islamitisch Platform (SHIP) zich tot de Stichting Ziekenhuizen 's-Gravenhage met het verzoek te komen tot overleg over geestelijke verzorging aan moslimpatiënten in de ziekenhuizen. De SHIP vertegenwoordigt 83% van de Haagse moslims (32 moslimorganisaties en een islamitische basisschool). Twee geestelijk verzorgers, één van het Rode Kruis Ziekenhuis en één van het Westeinde Ziekenhuis, gingen met de SHIP in gesprek om de problematiek in kaart te brengen en met aanbevelingen te komen. Omdat de Stichting Sanatan Platform Den Haag (SSP) op het punt stond om voor de hindoepatiënten eenzelfde verzoek in te dienen, zijn ook de hindoes tot deze overleggroep toegetreden. De SSP vertegenwoordigt 80% van de Haagse hindoes. Daarmee kwam in Den Haag een uniek interreligieus gespreksplatform van de grond.

Dat het vraagstuk al eerder de aandacht vroeg blijkt onder meer uit het congres dat de Commissie Geestelijke Verzorging van de Nederlandse Zorgfederatie (NZf) organiseerde op 14 oktober 1993 in Bussum onder de titel: 'Kleur bekennen: een veranderende geestelijke verzorging in een multiculturele gezondheidszorg' (1). Op het congres werd ingegaan op de inhoud van islamitische en hindoeïse geestelijke verzorging. Bovendien werden mogelijke modellen gepresenteerd om te komen tot een verankering van deze geestelijke verzorging in instellingen voor de gezondheidszorg.

De NZf definieert in 1987 geestelijke verzorging als volgt: 'Geestelijke verzorging is de professionele en ambtshalve begeleiding van en hulpverlening aan mensen vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging. In instellingen van (intramurale) gezondheidszorg zal de begeleiding zich veelal richten op fundamentele vragen rondom ziekte, dood en gezondheid en de existentiële invulling van het leven' (2). Deze definitie is nog steeds leidraad voor de bij de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ) aangesloten geestelijk verzorgers en is dan ook vastgelegd in het beroepsprofiel van de VGVZ (3). Daarin worden ook nog als taken van de geestelijk verzorger genoemd: zorg dragen voor (kerkelijke) vieringen/bijeenkomsten, betrokkenheid bij de zorgvisie of identiteit van de instelling, het hebben van een inbreng bij het ethisch beleid en het verzorgen van na- of bijscholing op het terrein van levensbeschouwing aan medewerkers.

Op basis van de Nederlandse culturele traditie zijn deze taken tot op heden voorbehouden aan de christelijke en humanistische geestelijk verzorgers, hoewel de imam en pandit als bezoekers van 'hun' patiënten of bewoners natuurlijk welkom zijn.

Wat zijn de redenen dat aan een geprofessionaliseerde moslim en hindoe geestelijke verzorging nog geen vorm is gegeven terwijl de populatie moslim- en hindoepatiënten en bewoners in de instellingen voor gezondheidszorg al jaren een stijgende lijn vertoont? Voordat hierop kan worden ingegaan is enige kennis nodig van de tradities van de geestelijke verzorging volgens de verschillende levensbeschouwingen evenals van de historie van de geestelijke verzorging in zorginstellingen in Nederland.

### *Levensbeschouwingen en aard van de geestelijke verzorging*

In het Jodendom is één van de belangrijkste geboden de 'bikoer choliem', het ziekenbezoek. Hoewel dat gebod voor allen geldt is het daarnaast geworden tot een specifieke verantwoordelijkheid van de rabbijn.

In het Christendom behoort de zorg voor de zieken eveneens tot de kern van de geloofspraxis en deze komt onder meer tot uitdrukking in Matteüs 25, 36b: 'Ik was ziek en jullie hebben naar me omgezien'. De ambtsdrager (pastor, predikant) verricht namens de hele geloofsgemeenschap rituelen en stelt de kerk present in de instelling (in gebed en kerkdiensten). Daarnaast heeft de christelijke geestelijk verzorger zich - vooral de laatste decennia - meer en meer gericht op en gekwalificeerd voor de beleving van ziekte, de begeleiding bij ziek zijn en het omgaan met zingevingsvragen in gesprekken met patiënt, bewoner of naaststaande.

In de Islam geldt de verplichting tot ziekenbezoek, de 'ajadat', waarbij de imam een eigen taak heeft, waaronder het lezen van die sura's (hoofdstukken) uit de Qur'an (Koran) die bij ziekte troost geven. De imam spreekt de Sharief (het zegengebed) uit, leest bij de zieke uit de Qur'an sura 113 Al-Falak (de ochtendschemering) of sura 114 An-Naas (de mensen). En bij stervensgevaar leest men sura 36 Ja Sien. In het oor van de stervende wordt de Shahada (de geloofsbelijdenis: Er is maar één God en dat is God en Mohammed is zijn boodschapper) gefluisterd. Dat wordt ook in het oor gefluisterd van elke pasgeborene. Na het overlijden volgt de rituele wassing volgens nauwkeurig omschreven regels.

In het Hindoeïsme is het voltrekken van de rituelen een wezenlijk aspect van geestelijke verzorging. De pandit is degene die deze rituele begeleiding van de zieke op zich neemt. Hij verzorgt pujâ's (offerdiensten) waarin om zegen en genezing wordt gevraagd. Het agni-hôtra (vuuroffertueel) vindt vaak elders plaats omdat daar in de instelling doorgaans geen mogelijkheden voor bestaan. Bovendien onderhoudt de pandit goede banden met de familie. Hij behartigt

alle godsdienstige belangen. (Deze nauwe band wordt het 'ajmâni-systeem' genoemd.)

**Humanistische** geestelijk verzorgers ten slotte begeleiden patiënten en bewoners in een periode van ziek zijn, waarbij de oriëntatie zich niet richt op God of het 'goddelijke' of op voortlevingsvoorstellingen en daarbij behorende tradities, heilige boeken en rituelen, maar op een zoeken naar een autonome zinverlening tijdens ziekte in een humanistische traditie.

### ***De veranderde positie van de geestelijk verzorger***

Met name in confessionele instellingen was de plaats van de geestelijk verzorger van oudsher vanzelfsprekend. De geestelijk verzorger was rechtstreeks werkzaam onder het bestuur of de directie en was daaraan verantwoording verschuldigd. Bij 'geestelijk verzorger' werd dan vooral gedacht aan de rooms-katholieke priester of de predikant. De dominee of rector bracht het in sommige gevallen zelfs tot de functie van ziekenhuisdirecteur. Die vanzelfsprekende aanwezigheid van de toenmalige geestelijk verzorger sprak ook uit het takenpakket waarover consensus bestond. De priester of predikant stond de zieke bij, met name in gebed, in rituelen zoals bijvoorbeeld de ziekenzalving, in het voorgaan in de kerkdiensten en bij stervensbegeleiding. De geestelijk verzorger was als vanzelfsprekend deskundig op het terrein van de ethiek; hij verwoordde de kerkelijke standpunten terzake die in de confessionele instellingen doorgegaan werden gevolgd. Er waren ook niet zoveel vragen als vandaag de dag.

Wanneer we de huidige positie van de geestelijk verzorger spiegelen aan die van vroeger dan is welhaast alles veranderd.

### ***Ten aanzien van organisatiecultuur en structuur van de zorginstellingen:***

- was de geestelijk verzorger vroeger soms in dienst van de instelling, maar soms ook in dienst van een kerkelijk genootschap (de geestelijk verzorger werd 'gedoogd' of 'toegelaten' maar was niet altijd in de organisatiestructuur opgenomen), tegenwoordig is de geestelijk verzorger altijd in dienst van de zorginstelling;
- functioneerde de geestelijk verzorger vroeger als een kleine zelfstandige in de organisatie, tegenwoordig spreken we van 'geïntegreerde geestelijke verzorging' en functioneert de geestelijk verzorger tezamen en in overleg met andere disciplines;
- werd de geestelijk verzorger vroeger door de organisatie nauwelijks bevraagd op de inhoud van zijn werk, tegenwoordig moet hij duidelijk maken wat zijn zinvolle bijdrage is, wat zijn produkt is. Bij- en nascholing zijn vanzelfsprekend geworden.

### ***Ten aanzien van de professionaliteit van de geestelijk verzorger:***

- lag vroeger het hoofdaccent met name op 'sacramenteel of liturgisch pastoraat', nu ligt de nadruk vooral op de begeleiding van zingevingsvragen van patiënten en bewoners. Die ontwikkeling heeft consequenties gehad voor de professionalisering van deze beide aspecten van het vak van geestelijk verzorger. In opleiding en nascholing leert de geestelijk verzorger zieken te begeleiden in existentiële en zingevingsvragen op basis van geloofs- en levensovertuiging, onder meer door training in gesprekstechnieken. De geestelijk verzorger leert ook de patiënt of bewoner te helpen bij het opheffen van blokkades van godsdienstige en levensbeschouwelijke aard, zodat deze weer een rol kunnen spelen voor de beleving en verwerking van ziek zijn. Dit uiteraard als de patiënt dit zelf wenst. Daarnaast worden ook professionele eisen gesteld aan het ambtshalve functioneren. Door een levensbeschouwelijk steeds meer pluriforme patiënten- en bewonerspopulatie wordt een creatiever en op de persoon toegesneden omgaan met rituelen, sacramenten en kerkdiensten verlangd.

Van de huidige geestelijk verzorgers wordt verwacht dat ze een universitaire theologische opleiding hebben gevolgd of een opleiding aan de universiteit voor humanistiek, aangevuld met de leerroute voor geestelijk verzorgers, bestaande uit een introductieweek gezondheidszorg, een klinische pastorale training en persoonlijke supervisie.

### ***Ten aanzien van een levensbeschouwelijk steeds pluriformer wordende samenleving:***

- werd de geestelijk verzorger vroeger vooral gezien als een hulpverlener voor patiënten of bewoners en medewerkers van de eigen denominatie, tegenwoordig werkt de geestelijk verzorger in instellingen met een levensbeschouwelijk steeds gevarieerdere populatie aan patiënten of bewoners en medewerkers. De afdelingen of lokaties zijn doorgegaan verdeeld onder de aangestelde geestelijk verzorgers. De geestelijk verzorger biedt op zijn locatie of afdelingen zijn diensten in principe aan allen aan voorzover hij in de hulpvraag kan voorzien. Dat vereist nieuwe deskundigheden. Deze ontwikkeling wordt wel genoemd de verschuiving van categoriale naar territoriale geestelijke verzorging.
- Naast de rooms-katholieke en protestantse geestelijk verzorger en de joodse geestelijk verzorger in joodse instellingen deden de humanistische raadslieden hun intrede. Hier en daar zijn nu ook experimenten gaande met imams en pandits in dienst van instellingen voor de gezondheidszorg. We lopen de verschillende aandachtspunten na om te kijken of en hoe de geestelijke verzorging in bij-

zonder voor moslims en hindoes in zorginstellingen hierop kan worden aangesloten.

### *Parallele geestelijke verzorging voor moslims en hindoes?*

#### *Organisatorische en structurele aspecten*

Tot voor kort was niet duidelijk tot wie men zich moest richten in overlegsituaties met moslims of hindoes. Maar sinds enkele jaren zijn de Islamitische Raad Nederland (IRN) en de Nederlandse Moslimraad (NMR) landelijke gesprekspartners voor de overheid. Op lokaal niveau geldt in Den Haag dat de SHIP gesprekspartner is. De lokale platforms zouden kunnen dienen als zendende instanties die in overleg met de moskeeën van de diverse nationaliteiten eisen stellen aan de opleiding van de imams. Voor de hindoes geldt eenzelfde ontwikkeling. Landelijk zijn de hindoes georganiseerd in de stichting Lalla Rookh en sinds kort kan in Den Haag de SSP als gesprekspartner en zendende instantie optreden in plaats van de afzonderlijke mandirs (tempels) en religieuze hindoe-organisaties.

Wil een imam of pandit op instellingsniveau met andere disciplines in contact treden over het zorgplan voor de patiënt of bewoner, dan kan dat uitsluitend indien hij in dienst is van de instelling. In Amsterdam is in het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit een imam aangesteld. In Den Haag is in het psychiatrisch Ziekenhuis Rosenburg op dit ogenblik een experiment gaande waarbij een imam en een pandit in de formatie zijn opgenomen.

De geestelijk verzorgers van christelijke en humanistische huize zijn in dienst van de instelling. Dat vergroot de mogelijkheden voor een integrale benadering van het totale zorgconcept en bovendien gaat het aanbod van geestelijke verzorging al vooraf aan de vraag. Soms melden werkers in de gezondheidszorg dat ze maar zelden verzoeken krijgen voor het inschakelen van een imam of pandit. Dat ligt voor de hand als deze geestelijk verzorgers niet in de instelling aanwezig zijn en men ook niet weet of het tot de taak van de instelling behoort dit aanbod te doen, contact te leggen of door te verwijzen. Bij het experiment in Rosenburg blijkt dat er een toenevende vraag is naar ondersteuning door de imam en pandit nu deze in de instelling aanwezig zijn.

Tot nu toe worden de meeste imams opgeleid in het thuisland en uitgezonden naar een moskee. Daar kleven nadelen aan. Deze imams zijn te weinig op de hoogte van de Nederlandse cultuur en beheersen de Nederlandse taal onvoldoende. De overheid en de moslimorganisaties onderzoeken momenteel de mogelijkheid om een Nederlandse imamopleiding aan een universiteit van de grond te krijgen. In de toekomst zullen er imams zijn die in Nederland zijn



volksgezondheid

geboren en getogen. Op dit ogenblik is het moeilijk een Marokkaanse imam in contact te brengen met een Turkse moslimpatiënt, of omgekeerd, gezien de onderlinge taalbarrière. Er zijn in Den Haag wel Nederlands sprekende imams die door de eigen achterban worden gerespecteerd en geaccepteerd als geestelijk verzorger. Imams met een Surinaamse achtergrond ondervinden minder problemen omdat voor hen geen taalbarrière bestaat. Voor de pandits geldt hetzelfde. Bijna alle hindoes in Nederland hebben een Surinaamse achtergrond en spreken in de meeste gevallen Nederlands.

#### *Inhoudelijke verschillen*

De inhoud van de geestelijke verzorging wordt niet bepaald door de instelling maar door de zendende instanties, de beroepsgroep van geestelijk verzorgers en de wensen van de patiënt of bewoner. Ook de overheid houdt zich wat dit betreft strikt aan de scheiding kerk/religie en staat. De inhoud van de moslim en hindoe geestelijke verzorging is niet zonder meer inpasbaar in de gangbare geestelijke verzorging door katholieken, protestanten en humanisten.

Een belangrijk onderscheid met de gangbare geestelijke verzorging door katholieken, protestanten en humanisten is dat - tot nog toe - bij moslims en hindoes de inbedding van de religie in het gehele culturele en publieke leven als vanzelfsprekend aanwezig is en veel minder wordt beïnvloed door secularisatie. Het is daarom wenselijk dat het eigene van de inhoud van de moslim en hindoe geestelijke verzorging wordt doorgegeven aan de werkers in de gezondheidszorg. En voor de imam en pandit is het wenselijk dat ze vertrouwd raken met de wijze waarop de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd en met de wijze waarop de geestelijke verzorging daarin gestalte kan krijgen. Zij staan aan het begin van het integratieproces terwijl hun joodse, christelijke en humanistische collega's al een hele traditie van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg hebben opgebouwd.

Voor de moslim en hindoe geestelijke verzorging lijkt

de tijd aangebroken te komen tot een eigen leerroute geestelijke verzorging waarin aandacht wordt geschonken aan het professionele gesprek met de zieke. Nu wordt de geestelijke verzorging nog met name vanuit het ambtelijk functioneren beoordeeld.

#### 'Categoriaal versus territoriaal'

In bijna alle instellingen voor de gezondheidszorg werken de humanistische raadslieden, de rooms katholieke en protestantse pastores territoriaal. Dat wil zeggen dat ze werkzaam zijn op vaste afdelingen waar in principe patiënten of bewoners worden bezocht van alle levensbeschouwelijke richtingen. Alleen als de patiënt of bewoner vraagt om een geestelijk verzorger van de eigen richting, wordt doorverwezen. Toch voelen de huidige geestelijk verzorgers enige schroom om geestelijke verzorging te bieden aan de hindoe- of moslimpatiënt. Niet alleen vanwege onbekendheid of een culturele kloof zodat de pastor of raadsman zich afvraagt of hij zich wel op dit terrein kan begeven, maar met name vanuit het besef dat men op grond van het eigen ambt niet kan bieden wat de patiënt verlangt. Met alle respect voor de Qur'ân zal de pastor of raadsman dit boek niet ter hand nemen en ook geen hindoe-rituelen voltrekken. Omgekeerd zal de imam of pandit er nog niet aan toe zijn om anderen dan moslims of hindoes te begeleiden. Eén en ander betekent dat de imam of pandit voorlopig nog niet kan functioneren in een territoriale opzet. Hij zal de patiënt of bewoner van de eigen denominatie bezoeken oftewel 'categoriaal' werkzaam zijn.

#### Slotbeschouwing

Samenvattend kunnen we stellen dat voorlopig nog geen sprake kan zijn van een *parallele* geestelijke verzorging voor moslims en hindoes. Dat kan pas wanneer imams en pandits in de formatie van zorginstellingen zijn opgenomen, wanneer multidisciplinair wordt samengewerkt in een territoriale setting. Er zal over de inpassing en de inhoud van de islamitische en hindoe geestelijke verzorging moeten worden gecommuniceerd. Ook is van belang dat de hindoes en moslims komen tot een leerroute tot islamitisch en hindoe geestelijk verzorger waarbij aandacht wordt geschonken aan de dubbele professionaliteit die we eerder hebben onderscheiden. Wat de zendende instanties betreft lijken geen bezwaren meer te bestaan.

Het is goed te beseffen dat de geestelijk verzorgers van christelijke en humanistische huize een lange weg hebben afgelegd. De moslim- en hindoe-organisaties staan aan het begin van hun weg. Het is onjuist om bij zo'n start al te veeleisend te zijn. Bovendien wordt de wijze waarop geestelijke verzorging vorm en inhoud krijgt bepaald door de moslims en hindoes

zelf. Het is dus niet noodzakelijk dat wordt gekozen voor een *parallele* geestelijke verzorging. Maar de geschiedenis van de geestelijke verzorging in de Nederlandse instellingen voor de gezondheidszorg levert wel aanknopingspunten op voor de moslims en hindoes waarmee ze hun voordeel kunnen doen.

Het is de vraag of in een tijd van bezuinigingen en krapte de instellingen voor de intramurale gezondheidszorg gevoelig zullen zijn voor het aanstellen van eigen geestelijk verzorgers voor moslim- en hindoe-patiënten. Bovendien zal men er niet voor voelen om binnen de bestaande Diensten Geestelijke Verzorging een versnippering van de formatie te zien ontstaan waardoor de territoriale werkwijze en de multidisciplinaire samenwerking onder druk kunnen komen te staan. Dat laatste gebeurt wanneer op basis van de afspiegeling van de patiënten- of bewonerspopulatie de formatie van de Dienst Geestelijk Verzorging wordt vastgesteld. De populatie kan er immers over tien jaar weer anders uitzien. Dan zijn er nog de instellingen die op grond van de signatuur van het huis (rooms katholiek of protestants) de eigen religieuze traditie willen blijven beklemtonen en dat mede tot uitdrukking laten komen in de formatie van de Dienst Geestelijke Verzorging.

Tussen het niveau van het bieden van faciliteiten waarmee we dit artikel zijn begonnen en het niveau van volkomen geïntegreerde geestelijke verzorging voor moslims en hindoes is een derde weg mogelijk. De NZf stelde op het congres 'Kleur bekennen' in 1993 voor om te komen tot een regionale stichting die gekwalificeerde islamitische en hindoe geestelijk verzorgers in (vaste) dienst heeft (andere geloofs-gemeenschappen zouden daar ook deel van kunnen uitmaken). Instellingen die belang hebben bij een pluriform aanbod van geestelijk verzorgers houden die stichting in stand door 'abonnementsgelden'. Voorwaarde is dat bij een verzoek om geestelijke verzorging deze snel wordt geboden op een kwalitatief acceptabel niveau. Voor de bewezen diensten rekent de zorginstelling ad-hoc af met de desbetreffende regionale stichting, die op haar beurt afrekent met de desbetreffende geestelijk verzorger. Indien een instelling vaak gebruik maakt van een geestelijk verzorger kan worden overwogen zelf een geestelijk verzorger in de formatie op te nemen.

De feitelijke behoefte van de patiënten en bewoners van de instellingen kan zo in kaart worden gebracht. De noodzakelijke financiële bijdrage die voor zo'n regionale voorziening noodzakelijk is kan voor een deel ook afkomstig zijn van de diverse culturele groeperingen zelf en in de aanloopfase (als startsubsidie) in het kader van het gestimuleerde minderhedenbeleid door de overheid.



Of dit model het aangewezen model is voor de Haagse situatie staat nog allerm minst vast. Maar het biedt een creatief perspectief in een stad met een gemêleerde bevolking op een tijdstip dat langzaamaan een positiebepaling van de instellingen wenselijk is.

De andere in dit artikel genoemde aandachtspunten en elders opgedane ervaringen, zullen in ieder geval ook een rol spelen bij het opstellen van de aanbevelingen aan de Stichting Ziekenhuizen 's-Gravenhage voor het realiseren van mogelijkheden voor moslim en hindoe geestelijke verzorging.

Literatuur:

1. Kleur bekennen: een veranderende geestelijke verzorging in een multi-culturele gezondheidszorg. Congresbundel. Nederlandse Zorgfederatie. Utrecht, maart 1994.
  2. Commissie geestelijke verzorging van de Nederlandse Zorgfederatie. Nota dienst geestelijke verzorging in organisatie en beleid. Utrecht 1987.
  3. Beroepsprofiel geestelijk verzorger. Vereniging van Geestelijk Verzoekers in Zorginstellingen. Utrecht 1995.
-

# Vernieuwing in een verzorgingshuis

## *Wat zijn de ervaringen van de bewoners?*

Mw. A.D.C. van Biezen

**Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Meer aandacht hiervoor betekent een omwenteling ten aanzien van de cultuur van bejaardenhuizen die de afgelopen decennia is ontstaan. De laatste drie jaar werd in Den Haag het aantal plaatsen in verzorgingshuizen met een vijfde teruggebracht. Interessant is om te zien hoe intussen de vernieuwingsprojecten gestalte krijgen. Naar hoe bewoners van verzorgingshuizen dit ervaren is onlangs onderzoek gedaan in wat we even Huize A noemen. Een verslag.**

De laatste jaren is steeds meer aandacht gekomen voor de wens van ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen. In het ouderenbeleid van de gemeente Den Haag is deze wens centraal gesteld (1). Voor de verzorgingshuizen betekent deze modernisering van de ouderenzorg een grote omwenteling in hun positie en functie in de samenleving. Het aanbieden en bevorderen van faciliteiten waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen zal er immers toe leiden dat de ouderen later naar het verzorgingshuis komen; dat betekent dus op hogere leeftijd, en veelal met een zwaardere zorgbehoefte.

In verband met de toenemende vergrijzing en de trend naar zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen, is het des te belangrijker dat de middelen voor zorg aan ouderen zo effectief en efficiënt mogelijk worden ingezet. De rijksfinanciering wordt sinds enige tijd onder andere gebaseerd op het percentage ouderen (75-plussers). Omdat in Den Haag het aantal ouderen van 75 jaar en ouder tot 2001 ongeveer gelijk zal blijven, terwijl dit landelijk toeneemt, daalt het budget dat Den Haag van het rijk ontvangt.

Op grond van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) stelt de gemeente Den Haag elke vier jaar een gemeentelijk 'Plan Bejaardenoorden' op. In verband met bovenstaande ontwikkeling werd in het plan voor 1993-1996 ervoor gekozen om in Den Haag het aantal plaatsen in verzorgingshuizen met ongeveer een vijfde te verminderen (van 5.329 plaatsen in 1992 naar 4.066 plaatsen in 1996). Eveneens werden allerlei zorginhoudelijke vernieuwingen ingevoerd (2).

Om zicht te krijgen op de gevolgen van deze keuzen is de gemeente geïnteresseerd in de vraag hoe ver-

---

*Over de auteur:*

Mw. A.D.C. van Biezen, Vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht. Afstudeeropdracht specialisatie Gezondheidsstudies in opdracht van de hoofdafdeling Ouderen, Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ Den Haag.

nieuwingsprojecten in de praktijk gestalte krijgen en hoe ze worden beleefd door de bewoners van verzorgingshuizen. Hiertoe is onlangs onderzoek gedaan in een Haags verzorgingshuis ('Huize A'). In het onderzoek is gekeken naar zowel de ervaringen van leiding en personeel van het tehuis als naar de beleving van de bewoners. Dit artikel is gebaseerd op de uitspraken die de onderzoekster aan de bewoners ontlokte, en handelt dus niet over de bijdragen van het personeel en het management.

Huize A heeft in de periode 1993-1994 zestien verzorgingsplaatsen ingeleverd. Bovendien zijn vernieuwingen tot stand gebracht om tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag van ouderen en om als organisatie te overleven in een veranderende samenleving. De vernieuwingen zijn hun implementatiefase inmiddels voorbij, waardoor eventuele effecten nu meetbaar kunnen zijn. Daarbij moet niet uit het oog worden verloren, dat veel verzorgingshuizen in Den Haag met gelijksoortige typen vernieuwingen bezig zijn. Hiermee ontstaan meer gevarieerde mogelijkheden voor verzorging en verpleging, waardoor de continuïteit van zorg, ook bij een wisselende zorgbehoefte van een individuele oudere, beter kan worden gegarandeerd.

### Zorgvernieuwingsprojecten in Huize A

Huize A geeft gestalte aan zorgvernieuwing door zich te richten op nieuwe doelgroepen:

- ouderen uit de wijk en ouderen wonend in de aanleunwoningen van het verzorgingshuis;
- 'particulier inwonende ouderen';
- ouderen met psycho-geriatrische problematiek.

Ouderen in de directe woonomgeving kunnen gebruik maken van diensten van het verzorgingshuis. Dit kan variëren van maaltijden tot georganiseerde sociale activiteiten (bijvoorbeeld kaart- en bingo-avonden).

Verder kunnen ouderen die een somatische zorgbehoefte hebben, maar geen verzorgingshuisindicatie, zich 'inkopen' in een particuliere, luxere afdeling van het huis (afdeling P; zeven appartementen). Hier krijgen ze een zelfstandige woonruimte en zorg op maat, afgescheiden van de mensen die op basis van de WBO een indicatie voor een verzorgingshuis hebben. De bewoners van afdeling P worden aangeduid als 'particulier inwonende ouderen'.

Verder kunnen ouderen met psycho-geriatrische problematiek opvang krijgen in het huiskamerproject, het substitutieproject (afdeling S; tien plaatsen) en het verpleeghuisproject (afdeling V; vijftien plaatsen).

Het huiskamerproject geeft groepsgewijze opvang overdag aan zo'n twintig bewoners die in het ver-

zorgingshuis wonen en lichte psycho-geriatrische klachten hebben en/of eenzaamheidsproblemen. Het zijn mensen die geen (AWBZ-)indicatie voor opname in een verpleeghuis bezitten.

Bij zwaardere psycho-geriatrische problematiek biedt het huiskamerproject geen voldoende adequate opvang. Het substitutieproject is dan meer geschikt.

Met de term 'substitutie' doelt men op een verschuiving in het aanbod van zorg van duurdere vormen (bijvoorbeeld het verpleeghuis) naar goedkopere vormen van zorg, zoals - in dit geval - het verzorgingshuis. In het substitutieproject wordt zorg geboden aan psycho-geriatrische bewoners met een indicatie voor een verpleeghuis. Deze bewoners hebben dagelijks gemiddeld meer dan twee uur extra zorg nodig. Die zorg wordt grotendeels geboden door het personeel van het verzorgingshuis.

In het verpleeghuisproject wordt psycho-geriatrische zorg verleend aan bewoners die eveneens geïndiceerd zijn voor het verpleeghuis maar van wie de zorgvraag te zwaar is voor het substitutieproject. Deze zorg wordt verleend door personeel uit het verpleeghuis, met andere woorden: verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis.

### Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoekszopzet omdat daarmee de meningen en ervaringen van de ouderen het beste tot hun recht komen.

Vooraf zijn alle bewoners schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek. Negentien ouderen hebben geparticipeerd. Vijf bewoners weigerden deelname omdat ze er te moe voor waren of te weinig waren geïnteresseerd in de vernieuwingen. De ouderen voor het onderzoek zijn deels willekeurig geselecteerd en deels gekozen op aanraden van de afdelingshoofden. Dit waren personen van wie werd verwacht dat ze goed in staat zijn om opvattingen van bewoners te ventileren.

De ouderen zijn mondeling geïnterviewd aan de hand van een lijst met onderwerpen. De interviewster zorgde ervoor dat alle onderwerpen van de lijst aan de orde kwamen, zonedig door specifiek door te vragen. Gevraagd werd naar eigen ervaringen met zorgvernieuwing (bijvoorbeeld in contacten met bewoners van de nieuwe afdelingen), naar kennis van en meningen over de projecten, en naar de invloed van de projecten op de dagelijkse gang van zaken in het verzorgingshuis.

De geïnterviewden zijn ouderen die in twee verzorgingsgedeeltes wonen van Huize A, dus niet op de vernieuwingsafdelingen zelf en er al woonden vóór de veranderingen.

De onderzoekspopulatie is zoveel mogelijk gevarieerd samengesteld. Zowel mannen als vrouwen zijn

geïnterviewd; gehuwden en verweduwden zowel als ongehuwden; ouderen met en zonder kinderen; bewoners die veel dan wel weinig zorg ontvangen; en ouderen met een verschillende verblijfsduur.

In de drie volgende paragrafen worden de drie soorten vernieuwingsprojecten successievelijk belicht. De cursieve fragmenten zijn afkomstig uit de gehouden interviews.

### Ouderen uit de wijk en in aanleunwoningen

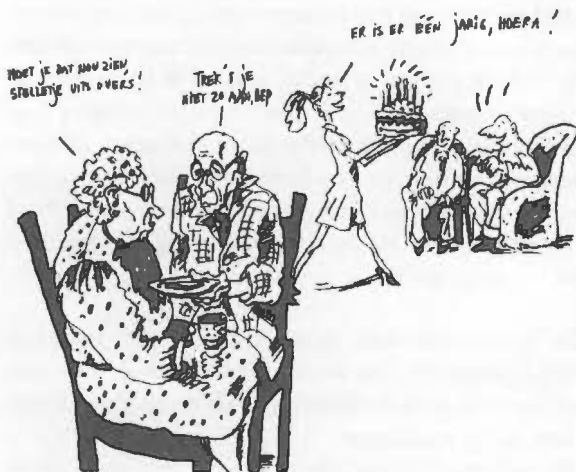
In de interviews wordt over het algemeen laconiek gereageerd op het feit dat ouderen uit de wijk en de aanleunwoningen gebruik maken van de diensten van het huis:

*'Ik vind dat) gewoon. Het zijn óók oudere mensen, ik vind het wel leuk, die samenwerking. Niet dat ik nou voordelen zie, maar waarom moeten we opgesloten worden? We willen graag bij de mensen horen. En je hoort weer eens wat anders.'*

Maar contacten tussen ouderen uit de aanleunwoningen of de wijk en de bewoners uit het verzorgingshuis zijn schaars. De redenen hiervoor zijn divers.

*'Nou, ze houden zich altijd een beetje apart. Ze doen net of ze ietsje meer zijn dan die in de verzorging zijn. Die indruk hebben meer mensen hoor.'*

*Ze gaan ook altijd bij elkaar zitten, aan één tafel. Van de aanleunwoningen dan, uit de wijk zie je ze niet zoveel. Niet dat ik het erg vind, want wij zitten ook altijd bij elkaar. Je kent elkaar natuurlijk veel beter. Eigenlijk is het ook wel een beetje logisch. Maar ze houden zich zo afzijdig, ze moesten eigenlijk ook een beetje door elkaar gaan zitten, dat vind ik wel gezelliger. Dan hoor je ook weer wat van buiten en alles.'*



En een andere bewoner:

*'Maar het vreemde is dat we dikwijls aan lange tafels zitten en dan zijn er mensen uit de aanleunwoningen en die vragen dan: "Mogen we hier zitten?" Natuurlijk! Stoelen zijn vrij. We maken een praatje en ze vinden het heel gezellig dat je ze zo verwelkomt hebt. "Leuk hoor en we moeten contact houden". Maar het eigenaardige is, die contacten... , het wordt wel gezegd maar het komt er nooit van. Ik denk dat iedereen toch op zichzelf wil zijn. Iedereen trekt zich weer in zijn eigen hokje terug. Ik vind het net een bijenkorf. Meestal weet je ook wel wie wel in het verzorgingshuis zit en wie niet. En ik heb ook het idee dat dat afstand scheidt. Dan zeggen ze: "We moeten contact houden", en dan weten ze nog niet waar je woont en dan zeggen we het gewoon: "Afdeling X", en dan blijken zij in de aanleunwoningen te zitten. Nou, dan blijkt er toch ineens een afstand te bestaan. Dat schrikt toch een beetje af.'*

### Afdeling P: het verschil tussen cake en koek

Het karakter van de afdeling voor 'particulier inwonende ouderen' blijkt voor de bewoners van het verzorgingshuis nog niet zo duidelijk. Dit kan wellicht samenhangen met de verschillende groepen ouderen die op die afdeling worden opgevangen. Het zijn voornamelijk particulier verzekerde ouderen met somatische klachten die er permanent wonen, maar ook ouderen uit de wijk die via het flankerend beleid tijdelijk zijn opgenomen en ouderen uit het verzorgingshuis die tijdelijk van de 'ziekenboegfunctie' gebruik maken. Afdeling P is luxer van opzet dan de andere afdelingen in het verzorgingshuis.

Als gevraagd wordt of men weet wat de doelgroep is van afdeling P komt een divers beeld naar voren.

*'Niet voor ons. Voor centen, mensen die rijk zijn. Ik heb het al lang door hoor.'*

En een andere bewoner:

*'Nou ja, mindervaliden en minder ... zeg maar ... dementen, dacht ik. Mensen, dat verschil zie je wel, die moeten óf gereden óf verder worden verzorgd. Die hebben meer verzorging nodig.'*

En weer een ander:

*'Nou, voor mensen die in het ziekenhuis hebben gelegen, die mogen hier dan drie weken liggen. Of als je een arm hebt gebroken of iets van dien aard, dan word je daar prima verzorgd.'*

In de beeldvorming van de ouderen is de nieuwe afdeling vooral bestemd voor mensen met somatische klachten. Op een gedeelte tweede plaats staan de tijdelijke opnames en de doelgroep 'particulieren'. Het creëren van mogelijkheden voor een nieuwe, 'rijke' doelgroep brengt gevoelens van achterstelling of jaloezie teweeg bij sommige bewoners.

*'Daar komen mensen die kunnen betalen, dan gaan we weer terug naar vroeger. Daar ben ik het niet mee eens. We zijn zeer vooruitstrevend, daar ben ik het wel mee eens, maar nu is het zo, en dat is mijn persoonlijke mening, de mensen die geld hebben die mogen hier nu wonen en die arme stakkers die nodig hier naar toe moeten, daar is geen plaats voor. Voor heel veel mensen die op de wachtlijst staan is het: "Sorry, daar is geen plaats voor."*

En een ander:

*'Ik heb wel gehoord van haar (een kennis die daar woont, red.). Ze krijgen van alles, de verzorging is goed, ze bakken cake en gebak voor de mensen. Ja, het is luxe, luxer dan hier. Maar we komen hier ook niets tekort, want eens per maand krijg je ook wat bij de koffie, hetzij gebak of ... En in de weekeinden is er een koekje.'*

In de benadering van het personeel van de particuliere afdeling naar 'hun' bewoners, zien bewoners van het verzorgingshuis wel verschillen met hun eigen zusters.

*'Jawel, betere, nee betere mag ik niet zeggen, eh ... zusters die meer onderlegd zijn. Toen ik ziek was hier, kwamen vaak de zusters van de ziekenboeg.'*

En een andere bewoner:

*'Het personeel heeft daar meer tijd. Of er meer personeel daar is weet ik niet, maar er liggen natuurlijk wel ook mensen die aan het dementeren zijn. (Als ik daar kom) dan hoor ik ze, hoe de zusters met die mensen omgaan, zo lief. Ja, ze geven meer aandacht gewoon. Dat komt dan zitten wij in de tuin van de Instuif en dan zie je iedere keer zo'n mevrouwje. En dan vragen ze: "Kan die mevrouw even hier zitten, dan is ze even lekker naar buiten." Die is dan van afdeling P, hè. Dan is het altijd zo even lief: "Hè, dan kan je lekker even zitten." Echt ... nou, dat vind ik hartstikke leuk.'*

### **Psycho-geriatrische zorg**

Het huiskamerproject is bedoeld als dagopvang voor ouderen in het verzorgingshuis die zich eenzaam voelen en/of een lichte vorm van dementie hebben. De geïnterviewden zien het voornamelijk als opvang voor dementerenden. Zichzelf zien ze niet als mogelijke deelnemers.

*'Ik kom daar niet. Ik heb er geen zin in, want dan zitten ze te praten en te doen. Er zitten daar allemaal verschillende mensen, en een heleboel die helemaal niet zo goed zijn. En ik ben zelf lichamelijk niet goed, ik ben heel ziek, maar mijn hersens zijn goddank wel goed. Echt mensen die blijven zitten, niets meer doen. Wat ik ervan gezien heb, die mensen doen niet veel. Ze zijn denk ik dement. Je ziet ook: ze zijn heel lief met ze, over hun bolletje aaien. Dat*

*doen ze hier niet, ze gaan mijn man niet over zijn bol staan aaien. Maar dat doen ze daar wel.'*

Het huiskamerproject wordt door de geïnterviewde bewoners in het verzorgingshuis gezien als een proeftuin voor dementerende ouderen. Pogingen van het personeel om sociaal geïsoleerde bewoners daar voor de gezelligheid naar toe te brengen, worden door dit beeld gedwarsboomd.

De reacties op het substitutieproject (afdeling S) en het verpleeghuisproject (afdeling V) liggen dicht bij elkaar. Dat daar demente mensen wonen, weet elke geïnterviewde oudere. Het merendeel is ook op één of beide afdelingen gaan kijken.

*'We hebben het toen met de zusters bezocht. Afdeling S of V, allebei, om te kijken. Ik wilde het graag zien. Dat vonden ze ook heel goed. Toen ging er een zuster met me mee en daar was nog een zuster die me weer opving, die was echt wel kundig hoor. Het ziet er keurig uit allemaal.'*

Bij het geconfronteerd worden met demente ouderen, komen veel emoties los bij de geestelijk gezonde ouderen. Men vindt het vaak moeilijk met zulke bewoners in huis om te gaan en men weet niet goed wat men van het afwijkende gedrag moet denken.

*'Nou, ik heb medelijden met ze en ik heb een hekel aan ze. Er moest es een keer een foto worden gemaakt, toen zag ik ze lopen. Gewoon zo iets denigrerends. Om zo te zijn, zielig voor ze. Verschrikkelijk. Weet je, ik ken mensen die ik vroeger heb gekend, die daar wonen. Nou, als je ze dan ziet dan denk je: Oh, wat treurig. Dat iemand die zó ontwikkeld was en alles, zó achteruit kan gaan. Maar als je dan ziet hoe behulpzaam ze voor ze zijn, dan vind ik het prima dat ze hier worden verzorgd. Er zitten een beetje twee kanten aan.'*

Bij het zien van de ouderen van afdeling S en V, worden bewoners van het verzorgingshuis met hun neus op het feit gedrukt dat zijzelf óók zo kunnen worden.

*'Al die narigheid van die mensen allemaal. Weet je, je bent zelf op een leeftijd en dan ga je denken: Als ik zo ben ... Maar als je met gewone mensen bent, dan zit je gewoon te praten over wat er allemaal gebeurt. Maar die mensen daarkan je niet mee praten natuurlijk. Je wordt er toch een beetje triest van.'*

Een belangrijke uitkomst van het onderzoek is dat geïnterviewde ouderen vaak in enigerlei vorm aangeven dat de aanwezigheid van demente ouderen in het huis invloed heeft op hun psychisch welbevinden. Anders dan bij het huiskamerproject, is de mogelijkheid er niet om de bewoners van afdeling S

en V te ontlopen. Deze afdelingen worden, mede om stigmatisering tegen te gaan en integratie van de ouderen met psycho-geriatrie problematiek te bevorderen, betrokken bij georganiseerde sociale activiteiten. Dit is voor veel geestelijk gezonde bewoners moeilijk.

*'Ik vind het moeilijk. En ik vind, dat is mijn persoonlijke mening, ik word er onrustig van. Om de volgende reden. Er loopt hier zo iemand en dan is het van: "Zo moedertje, ga maar lekker stil zitten!"*

*Dan denk ik: "Mijn God! Liever euthanasie dan daar komen!" Dat is geen personeel die dat zegt hoor, dat is een vrijwilliger. Van het personeel daar wil ik niks van zeggen, die zijn heel lief, zorgzaam.*

*Maar daar erger ik me aan, dat ze zeggen: "Lekker zitten, moedertje, lekker zitten" en nog een duwtje en nog een duwtje. Je moet niet laten merken dat mensen zo dement zijn. Het gaat toch wel goed. Maar ik word er onrustig van als ik dat zie. Dan denk ik: Oh jee, ik zal ook zo worden en ik zal ook zo worden gecommandeerd ...'*

### Beschouwing

In deze interviewronde komen een aantal opvallende zaken naar voren.

Met betrekking tot de particuliere inwonende ouderen blijken de geïnterviewden vooral erg gevoelig voor verschillen in financieel opzicht, waardoor ze het gevoel hebben als 'minder' te worden gezien. Bewoners geven in de interviews aan dat ze zich terdege ervan bewust zijn dat zij hun spaargeld hebben moeten inleveren en dat mensen die zelfstandig wonen dit nog hebben. Het wordt als achteruitgang ervaren wanneer je 'in de verzorging zit'. Dit zelfbeeld kan onbedoeld worden versterkt door de regelmatige confrontatie met andere groepen bewoners die het in hun ogen beter hebben. Als een bewoner zich daarnaast ook nog achtergesteld voelt in de benadering door het personeel of door beperktere zorgmogelijkheden, is dit moeilijk te verkroppen. Per 1 januari 1997 wordt de vermogenstoets voor WBO-geïndiceerden afgeschaft. Welke effecten dit zal hebben op de beschreven belevingen, valt op dit moment nog moeilijk te zeggen.

Duidelijk is wel dat meer aandacht geschonken moet worden aan dergelijke vragen en aan de belevingen van de bewoners, teneinde een goed sociaal leven in het verzorgingshuis te bewaren.

In Huize A heeft men gekozen voor concentratie van de psycho-geriatrie zorg op twee aparte afdelingen. Veel geïnterviewden zeiden spontaan dat zij aan deze situatie de voorkeur geven boven een huisvesting van dementerenden op de gewone verzorgingsafdelingen. Vaak verwees men daarbij naar negatieve ervaringen die men in het contact met

dementerende ouderen in huis heeft gehad. Men vond de situatie zoals die nu is al confronterend genoeg.

Dit stelt nogal wat vragen bij het voorgestane kabinetsbeleid en de ontwikkeling naar een 'verzorgingshuis nieuwe stijl', bedoeld voor 'ouderen die de regie over hun leven beginnen te verliezen' (3).

Mogelijk kan het helpen als aan de bewoners meer informatie wordt gegeven over dementie. Om te beginnen kunnen op die manier de bestaande angsten in kaart worden gebracht. Dit kan dan een eerste stap zijn om deze gevoelens te verduidelijken en wellicht te verminderen.

Zorgvernieuwingsprocessen hebben voor bewoners van verzorgingshuizen gevolgen voor hun psychisch welzijn, op de activiteiten die ze ondernemen en op de meningen die ze zich vormen van het huis. Het implementeren van vernieuwingen vraagt dan ook gerichte aandacht, niet alleen voor de beoogde doelgroep van vernieuwing maar ook voor hen die daar omheen staan.

### Literatuur:

1. Nota Ouderenbeleid. Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ, hoofdafdeling Ouderen. Gemeente Den Haag, oktober 1995.
2. Plan Bejaardenoorden 1993-1996. Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ, hoofdafdeling Ouderen. Gemeente Den Haag, juni 1992.
3. Beleidsbrief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijswijk, november 1995.

# De versterking van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in Den Haag

## *Een tussenrapportage*

H.G.J. Nijhuis en A. van Ooyen

**Afgelopen zomer werd in het nieuwe stadhuis een bijeenkomst belegd met alle betrokken partijen om te komen tot afspraken, die een goede huisartsenzorg in binnenstadswijken veilig moeten stellen. Er werden spijkers met koppen geslagen en er werd een agenda opgesteld, die naderhand niet helemaal haalbaar bleek. Ook al is er niet veel van naar buiten gekomen, sindsdien is er zowel plaatselijk als landelijk veel gebeurd. Een stand van zaken.**

In het Epidemiologisch Bulletin van september 1995 werd verslag gedaan van de zogenaamde 'Ronde tafel-conferentie' betreffende de problematiek van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in Den Haag (1). Om voor dit nijpende probleem oplossingen te creëren waren vertegenwoordigers van de huisartsen zelf (Regionale Huisartsen Vereniging en een betrokken huisarts), de Stichting Thuiszorg, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), de ziektekostenverzekeraars, de Ziekenfondsraad en Burgemeester en Wethouders van Den Haag bijeengekomen.

Ondanks de niet geringe complexiteit van het onderwerp werden op voortvarende wijze afspraken gemaakt:

- iedere deelnemer zou vanuit zijn functie naar vermogen bijdragen aan de oplossing;
- versterkingen zouden niet alleen 'intern' zijn gericht op de huisartspraktijk zelf, maar ook 'extern' op het tot stand brengen van noodzakelijke samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling en met andere disciplines;
- goed onderbouwde plannen konden in aanmerking komen voor extra financiering vanwege de ziektekostenverzekeraars;
- de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) en de GGD zouden zorg dragen voor de formulering van de beoogde plannen.

Sindsdien is er voor het Haagse weinig nieuws naar buiten gekomen. Zowel plaatselijk als landelijk is er echter heel wat gebeurd. Nu de daad steeds meer bij het woord gevoegd lijkt te kunnen worden, wordt de stand van zaken medio februari 1996 opgemaakt.

*Over de auteurs:*

*Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag en A. van Ooijen, directeur Districts Huisartsenvereniging Den Haag*

### Haagse ontwikkelingen

In vervolg op de 'Ronde tafel-conferentie' zijn RHV en GGD aan de slag gegaan met het ontwikkelen van plannen. Daarvoor werd voortgebouwd op de ruime informatie, die in tal van inventarisaties en onderzoeken reeds is verzameld over de knelpunten in de huisartsenzorg. Ter verdieping werd een gespreksronde gehouden met huisartsengroepen (HAGRO's) in de binnenstadswijken. Deze ronde leverde nog geen gekwantificeerde plannen met de daarbij behorende begrotingen op. De gesprekken waren vooral waardevol omdat een haalbare en adequate aanpak in beeld kwam voor dit complexe probleemveld. RHV en GGD ontwikkelden het voorstel om niet alle huisartspraktijken in achterstandsgebieden tegelijkertijd bij de plannen te betrekken, maar te beginnen met een beperkt aantal groepen praktijken.

Er dienden zich vijf groepen aan, die objectieverbaar 'noodlijgend' zijn en voldoende mogelijkheden bieden om noodzakelijke aanpassingen te kunnen verwerken. In de aanpak zou veel aandacht moeten zijn voor gesprekken met huisartsen over gemeenschappelijk ervaren knelpunten en nieuwe samenwerkingsverbanden. Zodoende zou veel meer recht kunnen worden gedaan aan de specificiteit van de huisartspraktijk, in vergelijking met een afstandelijke standaardbenadering op basis van universele criteria. Een kleinschalig, maar grondig begin is niet alleen behapbaar, maar levert ook lessen op die weer bruikbaar zijn voor andere groepen huisartsen, die door sociale achterstand van hun praktijkbevolking versterking behoeven.

Bij de vijf groepen huisartsen die tot dusverre in beeld zijn gekomen, kwam reeds een rijke diversiteit aan ideeën voor versterking naar voren: gezamenlijke, betaalbare en adequate huisvesting (waarin onder andere ruimte is voorzien voor aanpalende functies); meer samenwerking onderling (bijvoorbeeld semi-specialismen); structurele samenwerking met thuiszorg-, RIAGG- en GGD-disciplines; aanstelling van praktijkverpleegkundigen en allochtonen-consulenten; meer tijd voor contacten (verkleining praktijkomvang) en centralisering van bedrijfsaspecten.

Naast de eerste gespreksronde bij huisartsen zijn in hetzelfde tijdvak op stedelijk niveau ook de nodige discussies gevoerd over de vraag welke instanties moeten worden betrokken bij deze processen. De problematiek van gezondheidszorg in achterstandsgebieden is immers niet alleen bij uitstek een zaak van verschillende hulpverlenings-disciplines, maar vraagt ook om adequate betrokkenheid van ziektekostenverzekeraars en gemeente, die voor de financiering en het creëren van nieuwe voorwaarden verantwoordelijkheid dragen. Omdat de aandacht

voor de gezondheidszorg in achterstandsgebieden thans langs verschillende financiële kanalen vorm krijgt, is een goede afstemming tussen de afzonderlijke financieringsstromen noodzakelijk. Zo zijn er initiatieven gaande of te verwachten met solitaire projectbudgetten (bijvoorbeeld het project praktijkverpleegkundige in de stadsdelen Centrum en Scheveningen) en vanuit een door de wethouder Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie (WGSR) ingesteld 'fonds voor de zorg in achterstandsgebieden'. Indien afzonderlijke initiatieven, waarover steeds andere personen beslissen, niet in een of andere afstemmingsstructuur met elkaar in verband worden gebracht, kan moeilijk van een efficiënte inzet van middelen worden gesproken. En hieraan hechten we immers als nooit tevoren, ook in Den Haag.

Tussen de ziektekostenverzekeraars, de gemeente en de DHV is dan ook onlangs de intentie uitgesproken om met betrekking tot de huisartsenzorg in achterstandsgebieden een goed voorbeeld te stellen. Er komt een adviescommissie, die met de huisartsen meedenkt over zinvolle projecten in dit verband. De betrokkenheid in deze groep van de Stichting Thuiszorg, het STIOM, de GGD, de DHV/RHV en de Stichting Gezondheidscentra levert zowel de mogelijkheid op van nieuwe ideeën, als van het maken van nieuwe afspraken met aanpalende disciplines.

Daarnaast is het de bedoeling, dat projecten ter advisering en afstemming op bestuurlijk niveau zullen worden voorgelegd aan een afstemmingsoverleg tussen de DHV, de ziektekostenverzekeraars en de gemeente. Via dit overleg kunnen verbanden worden gelegd met andere geldstromen en met algemene beleidslijnen. Zo zijn de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts, de extra-muralisering van de zorg en de aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen voorbeelden van relevante, actuele beleidsprioriteiten, die in een dergelijk afstemmingsoverleg tot hun recht kunnen komen (2)(3)(4)(5)(6)(7). Naarmate de zorgsector meer wordt opgevat als een economische vrije markt wordt het lastiger om, door het eigenbelang van iedere partij heen, dwarsverbanden te leggen en te sturen. De goede intenties wat dit betreft voor de huisartsenzorg in achterstandsgebieden zijn er. Den Haag zou een 'model of good practice' van public health kunnen worden indien het mogelijk blijkt om op dit terrein de daad bij het woord te voegen.

### Landelijke ontwikkelingen

Tijdens het verloop van deze Haagse gebeurtenissen is er ook op landelijk niveau het nodige gebeurd om daadwerkelijke versterkingen te kunnen realiseren.



Evenals in Den Haag is ook in den lande de bezorgdheid over de huisartsenzorg in achterstandsgebieden toegenomen. In diverse onderzoeken is gepoogd, de knelpunten en achtergronden van deze problematiek beter te doorgronden (8)(9). Op basis van enkele onderzoeksrapportages nam de LHV in mei 1995 het initiatief tot een werkconferentie over dit thema. Te zelfdertijd verschenen de conclusies van een 'Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg' 'over de plaats en financiering van huisartsenhulp in ons land'. Uit deze werkgroep, waarin vertegenwoordigers van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zitting hadden, is het initiatief afkomstig om extra financiën te regelen voor de versterking van deze huisartsenzorg in ons land. In de loop van het afgelopen jaar is financiële ruimte gevonden die voor dit doel zal worden besteed. Deze ruimte behelst een bedrag van twintig miljoen gulden.

Een ingewikkeld punt van regeling was uiteraard de toegeleiding van deze gelden naar de praktijken in achterstandssituaties. De volgende uitwerkingen hiervoor zijn intussen in beeld gekomen.

Alle postcodecijfers met een verstedelijkingsfactor van meer dan 2.500 inwoners in ons land zijn 'gelabeld' met een indicator voor sociale achterstand. Hiervoor is een index samengesteld uit het gemiddeld besteedbare inkomen per inkomensstrekker en het percentage uitkeringsgerechtigden van 15 tot 64 jaar. Het totale beschikbare bedrag wordt langs twee wegen naar het doel, de versterking van de huisartsenzorg, geleid: via een opslag op het honorarium en via een fonds voor de financiering van 'projecten'.

Huisartsen met ingeschreven patiënten die voldoen aan het criterium sociale achterstand ontvangen een opslag op het abonnementshonorarium. Dit deel van de extra financiën kan naar de inzichten van de betrokken huisartsen, vrij worden besteed. Het tweede, 'project-deel' wordt via een abonnementsmodule geleid naar een aantal regionale fondsen voor de versterking van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden. De grote steden, waaronder Den Haag, zullen in ieder geval over een dergelijk projectfonds de beschikking krijgen. Hieruit kunnen structurele versterkingen in de huisartsenzorg en ook incidentele projecten worden gefinancierd. De verantwoordelijkheid voor en het beheer van deze regionale fondsen liggen bij de DHV. Voor een juiste coördinatie met eerder genoemde instanties dienen op regionaal en grootstedelijk niveau goede afspraken te worden gemaakt. Voor Den Haag, waar het thema in de afgelopen periode voortvarend is opgepakt, zijn hiertoe dus de nodige besprekingen gevoerd.

### *Hoe nu verder?*

Het heeft er alle schijn van dat de lokale en de landelijke ontwikkelingen vanaf heden in elkaar gaan grijpen en elkaar kunnen versterken. Op landelijk niveau zijn extra financiën vrijgemaakt en is een systematiek ontworpen om langs twee lijnen te kunnen werken aan verbeteringen in de huisartspraktijk in achterstandssituaties. In Den Haag zijn verschillende inventarisaties van knelpunten uitgevoerd en zijn besprekingen tussen partijen gevoerd die reeds hebben geleid tot werkbare afspraken. Hoe nu verder?

DHV en GGD hebben, gesteund door de ziektekostenverzekeraars en de wethouder WGSR, een subsidie aangevraagd bij het Ministerie van VWS om de volgende concrete stap te kunnen doen. Als concreterend vervolg op de eerste gespreksronde met een beperkt aantal groepen huisartsen dient nu een objectief, gekwantificeerd beeld te worden gevormd van de knelpunten en de oplossingen. Vervolgens moet een helder zicht hierop leiden tot plannen ter verbetering, inclusief de benodigde extra financiën. Deze aldus onderbouwde plannen zullen daarna worden aangeboden voor financiering vanwege het 'projecten-fonds', dat de huisartspraktijk in achterstandssituaties binnenkort tegemoet kan zien. Het formuleren van deze plannen voor een beperkt aantal groepen huisartsen vraagt nog heel wat werk. Dit werk kan het beste worden geleverd door een voor enkele maanden aan te trekken, externe deskundige. Om deze eerste investering te kunnen uitvoeren is de genoemde subsidie bij het Ministerie van VWS aangevraagd.

Het lijkt passend, zowel binnen de landelijke spelregels als binnen de Haagse afspraken, de primaire verantwoordelijkheid voor het gehele project te leggen bij de DHV. De bovengenoemde adviescommissie kan in deze voorbereidingsfase optreden als begeleidingscommissie. Via de afstemmingsgroep worden de plannen in verband gebracht met andere initiatieven van 'zorgvernieuwing in achterstandssituaties' en met algemene beleidsuitgangspunten. Het werken aan de gezondheidszorg via dit soort brede overlegstructuren is enerzijds eenvoudigweg nodig, omdat deze betrokkenheid wordt gevraagd bij een project dat 'structurele versterking' en 'samenwerking' in het vaandel heeft staan. Anderzijds dreigt daarmee ook een hoge mate van bureaucratie 'stropigheid', die daadwerkelijke verbeteringen eindeloos kan ophouden. Een gebrek aan daadkracht is - getuige ontboezemingen van huisartsen zelf - wellicht wel de meest uitgesproken indruk, die de ontwikkelingen van de afgelopen jaren op 'het veld' hebben gemaakt. Onze wet- en regelgeving in

de gezondheidszorg maken het blijkbaar bepaald niet gemakkelijk om flexibel in te spelen op gesignaleerde noden. In het verleden werden de zaken meer van hogerhand geregeld of lagen ze vast in geaccepteerde tradities. Vernieuwing en versterking vragen nu veel meer initiatieven op plaatselijk niveau. En versterken vraagt - zeker met het oog op complexe zorgvragen - ook het zoeken en appreciëren van vormen van samenspraak met anderen. Het in een evenwichtig samenspel sturen van ontwikkelingen vraagt, in dat perspectief bezien, zowel de identificatie met het 'eigene' als het openstaan voor het 'andere'. De wijze waarop in Den Haag op dit moment 'de versterking in de huisartsenzorg' wordt benaderd is veelbelovend. Indien op redelijke termijn met alle betrokkenen verbeteringen kunnen worden gerealiseerd, zal dit voorbeeld zonder twijfel een goede ervaring zijn op weg naar een meer in onderling overleg gestuurde, regionale gezondheidszorg in Den Haag.

#### Literatuur:

1. Pols A. Hoe organiseren we goede gezondheidszorg in achterstandsgebieden? Verslag van een discussiebijeenkomst. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 3: 3-8.
2. Secretariaat Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in de praktijk. Rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in het land. Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht 1995.
3. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Poortwachtersfunctie en informatievoorziening. Advies over de informatievoorziening ten behoeve van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer 1995.
4. Gemeente Den Haag. Beleidsprogramma 1994-1998. Nieuwe impulsen voor Den Haag. Den Haag 1994.
5. Gemeente Den Haag. Nota Sturen op Doelen. Vertrekpunt voor Sport, Zorg en Welzijn. Den Haag 1995.
6. Mackenbach JP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. In: Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid. Preadviezen. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Den Haag: SDU 1991.
7. Mackenbach JP. Ongezonde Verschillen. Over de sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum 1994.
8. Luijten MCG, Thadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken: de werklast in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Research voor Beleid BV. Leiden, februari 1995.
9. Woensel W van. De ervaren werkbelasting van huisartsen in achterstandsbuurten van Rotterdam. RHV en SZR. Rotterdam, maart 1993.

# Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen?

*Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar*

*H.W.A. Struben, Mw. I. Burger en B.J.C. Middelkoop*

**De levensverwachting van stadsgenoten in achterstandswijken is aanmerkelijk ongunstiger dan in sociaal-economisch beter bedeelde woongebieden. Onderzoek leert dat Den Haag zich hiermee niet onderscheidt van de andere grote steden. Wel wordt geconstateerd dat zich in Den Haag zowel de sterkste geografische sociale scheiding voordoet als het grootste verschil in deze buurtsterfte.**

**Uitsplitsing naar doodsoorzaken levert belangrijke gegevens voor preventieve interventie, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar harten vaatziekten, beroerten, longkanker, suikerziekte en chronische leveraandoeningen.**

Haagse wijken met ongunstige sociaal-economische condities kenmerken zich door een hoge sterfte (1). Uit onderzoek, verricht door de GGD-en van de vier grote steden, komt naar voren dat de mate waarin de sterfte bij slechtere sociaal-economische omstandigheden in Den Haag stijgt, vrijwel gelijk is aan die in de drie andere grote steden (2). Maar uit deze studie blijkt ook dat zich in Den Haag zowel de sterkste geografische sociale scheiding voordoet als het grootste verschil in deze buurtsterfte. Tot dusverre hebben we dit verschil in Den Haag alleen kunnen bestuderen voor *de totale sterfte*, vanwege het ontbreken van sterftegegevens per doodsoorzaak op het niveau van woongebieden. Ook elders in de (grote) steden in Nederland is nog maar weinig gedetailleerd onderzoek gedaan naar dergelijke sterfteverschillen per doodsoorzaak. Dit geldt zeker voor de vroegtijdige sterfte beneden de 65 jaar.

Wanneer we de samenhang kennen tussen het sociaal-economische niveau per woongebied en de sterfte per doodsoorzaak, kan hiervan gebruik worden gemaakt bij invulling van bepaalde zorgvoorzieningen en effectieve preventiestrategieën. Ook kan het een onderbouwing betekenen van eventueel andere prioriteiten op het terrein van de volksgezondheid.

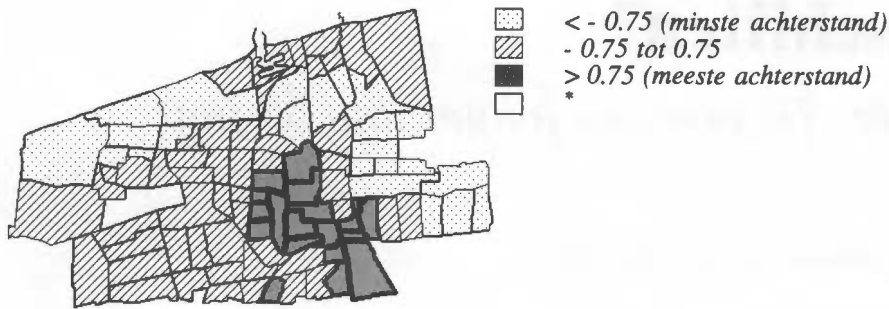
Aan de hand van via het CBS verkregen doodsoorzaken van 53.816 Hagenaars die in de periode 1982-1991 zijn overleden kan voor het eerst voor Den Haag op buurtniveau het sterftepatroon per doodsoorzaak worden onderzocht. We bekijken in dit artikel, vooralsnog op een vrij globale wijze, welke doodsoorzaken samenhangen met de sociaal-economische omstandigheden van de woongebieden en in hoeverre ze bijdragen aan het totaal van de sociaal-economische sterfteverschillen tussen woon-

*Over de auteurs:*

*H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling, mw. I. Burger, onderzoeker, B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, allen werkzaam op de afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag.*

**plattegrond 1**

Per woongebied de mate van sociaal-economische achterstand weergegeven in drie partities. Den Haag 1982-1991



gebieden. Zowel de mate van samenhang tussen de specifieke sterfte per doodsoorzaak en het niveau van achterstand, als het absolute voorkomen van de doodsoorzaak zelf is hierbij van belang.

We beperken ons tot de sterfte beneden de leeftijd van 65 jaar. Deze keuze is gemaakt omdat op hogere leeftijd de doodsoorzaak minder eenduidig kan worden vastgesteld vanwege veel voorkomende comorbiditeit op die leeftijd. Een tweede reden voor de keuze voor uitsluiting van sterfte boven de 65 jaar is de ongelijke geografische spreiding van verpleeghuizen over de stad die de sterfte in een wijk op hoge leeftijd 'kunstmatig' kan vertekenen.

**Van 29 naar 27 woongebieden**

Voor de algemene methodologische verantwoording verwijzen we naar het introducerende artikel in het vorige Epidemiologisch Bulletin (3). We vatten kort nog enige hoofdpunten samen en geven enkele aanvullende informatie over de gebiedsindeling.

Den Haag is voor het onderzoek opgedeeld in 29 woongebieden waaraan op basis van inkomen en werkloosheid een deprivatie-score is toegekend die de mate van achterstand van een woongebied weergeeft ten opzichte van het gemiddelde niveau van Den Haag (3). De scores op deze schaal variëren van -1.93 voor het woongebied met de minste tot +1.83 voor het woongebied met de meeste achterstand. Het maximale verschil op deze schaal bedraagt binnen Den Haag dus 3.76. Het is een relatieve schaal die uitsluitend de sociaal-economische positie van een woongebied aangeeft ten opzichte van de andere. In plattegrond 1 zijn de woongebieden conform deze schaal in drie groepen ingedeeld.

Uit berekeningen blijkt dat de relatieve rangordering van woongebieden naar mate van achterstand - met uitzondering van woongebied 23 (Houtwijk) - in de onderzoeksperiode 1982-1991 zeer stabiel was. Dit geldt voor verschillende indicatoren voor mate van achterstand. Zo was de samenhang op woongebiedniveau tussen het gemiddelde inkomen per inkomensrekker in 1984 en dat in 1989 bijzonder hoog (correlatiecoëfficiënt = 0.93)<sup>1)</sup>. Ook als we kijken naar het niveau van politieke participatie van de bevolking gemeten aan de opkomst bij verkiezingen in 1982 en in 1991 blijkt dat deze nagenoeg onveranderd bleef (correlatiecoëfficiënt = 0.99).

Na berekening van de diverse sterftematen bleek een aanpassing in de gebiedsindeling noodzakelijk omdat tussen twee aangrenzende woongebieden zich, gedurende de onderzoeksperiode, dusdanige grenswijzigingen hadden voorgedaan dat deze mogelijk- wets tot foutieve overlijdens- en/of bevolkingsaantallen zouden leiden. Besloten is deze woongebieden 24 (Waldeck-zuid; Nieuw Waldeck en Rosenberg) en 25 (Vruchtenbuurt en Eykenduinen) samen te voegen. Woongebied 23 (Houtwijk), een nieuwbouwwijk, is in dit artikel niet meegenomen omdat de bevolking zich aldaar in de onderzoeksperiode verdrievoudigde en twijfels rezen over de kwaliteit van de gegevens bij het beschrijven van de samenhang tussen sterfte en mate van sociaal economische achterstand. De analyses zijn derhalve gebaseerd op 27 woongebieden.

**Enkele cijfers****Demografie**

De Haagse bevolkingsomvang veranderde gedurende de jaren van 1982 tot en met 1991 weinig en

<sup>1)</sup> Blanco gebied niet meegenomen in de analyse vanwege afwijkend karakter van woongebied (het inwonersaantal heeft zich in de onderzoeksperiode verdrievoudigd)

**tabel 1**

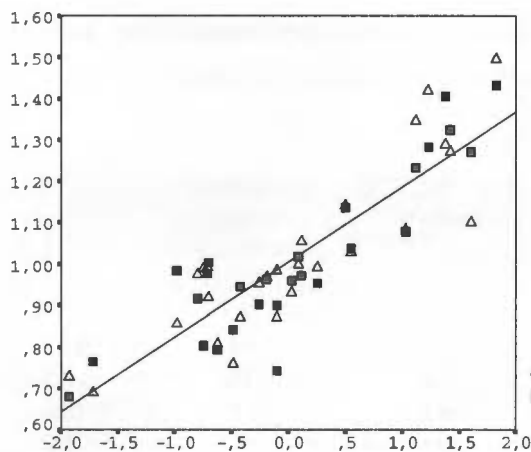
Per woongebied de deprivatie-index, het aantal inwoners jonger dan 65 jaar (gemiddeld per jaar), die inwoners als percentage van de totale gebiedsbevolking en de procentuele verdeling naar afkomst, op volgorde van de deprivatie-index. Den Haag 1982-1991.

Woongebied	Deprivatie-index	Absoluut	% van totale gebiedsbevolking	Nederlands	AFKOMST * Sur/Tur/Mar/Eur	Overigen
5	-1.93	9938	70.6	86.6	2.3	11.1
1	-1.72	10682	66.9	93.8	1.9	4.3
4	-0.98	10741	76.5	86.7	2.7	10.6
6	-0.80	10744	70.7	89.0	5.7	5.3
29	-0.74	11530	75.5	93.4	4.2	2.4
24 en 25	-0.71	19959	81.7	93.4	5.2	1.4
22	-0.70	7617	78.8	95.3	2.7	2.0
26	-0.62	11518	74.1	94.6	3.9	1.5
3	-0.48	11261	80.1	87.6	3.1	9.3
7	-0.42	11038	80.8	88.6	7.4	4.0
21	-0.26	8872	78.2	88.7	9.9	1.4
27	-0.19	14409	79.9	89.4	8.8	1.8
2	-0.10	17413	77.4	94.9	2.4	2.7
13	-0.10	9172	85.2	83.6	8.7	7.7
20	0.03	13462	84.9	80.2	17.7	2.1
19	0.09	13747	73.0	87.5	10.4	2.1
10	0.12	15800	80.5	84.3	13.4	2.3
18	0.26	16173	72.5	85.1	12.8	2.1
15	0.50	14192	86.0	77.4	16.4	6.2
28	0.55	18384	86.2	70.9	24.0	5.1
14	1.03	12854	89.1	71.9	21.7	6.4
12	1.12	8738	87.6	75.4	18.2	6.4
8	1.23	9033	86.6	64.6	29.9	5.5
9	1.38	14923	89.1	55.7	40.9	3.4
17	1.42	15982	89.0	42.3	53.9	3.8
16	1.60	16184	91.9	31.0	63.9	5.1
11	1.83	16035	91.9	38.7	57.7	3.6
DEN HAAG		361145	81.7	77.9	18.0	4.1

\* Surinamers, Turken, Marokkanen, Euromediterranen en overigen per 31 december 1991

1) De Pearson-correlatiecoëfficiënt(R) is een getal dat de mate van lineaire samenhang uitdrukt tussen de waarden van twee variabelen. De uitkomst kan variëren van -1 tot +1. De waarde nul duidt op het ontbreken van een samenhang, terwijl -1 en +1 respectievelijk wijzen op een perfect rechtlijnig negatief dan wel positief verband. De associatie is dus sterker naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter bij -1 en +1 ligt.

SMR



Deprivatie-index

**figuur 1**

Samenhang tussen de SMR's van de totale sterfte en de mate van achterstand van de woongebieden voor mannen en vrouwen beneden de 65 jaar\*. Den Haag 1982-1991.

bedroeg gemiddeld 445.500 inwoners per jaar waarvan 81% (361.145) jonger was dan 65 jaar (tabel 1). De man/vrouw-verhouding onder hen was nagenoeg gelijk (50.5% versus 49.5%).

Het percentage inwoners jonger dan 65 jaar liep uiteen van 67% in woongebied 1 tot 92% in de Schilderswijk (woongebied 11 en 16) terwijl de absolute aantallen varieerden van circa 7.600 tot bijna 20.000 (de samengevoegde woongebieden 24 en 25)

Per 31 december 1991 bedroeg het aantal Hagenaars van niet-Nederlandse afkomst 22.1%. Tabel 1 laat zien dat de meerderheid van de allochtone Hagenaars van Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en Euro-mediterrane afkomst geconcentreerd is in de achterstandsgebieden. In de Schilderswijk (woongebied 11 en 16) bedraagt dit percentage circa 60%.

Den Haag telt als regeringsstad ook een aanzienlijk aantal inwoners uit andere dan de traditionele migratielanden zoals ambassadepersoneel en werknemers van internationals. In tabel 1 zijn zij ondergebracht in het afkomstpercentage 'overige'. Zij zijn vooral woonachtig in de welgestelde woongebieden 3, 4 en 5 (onder andere Scheveningen badplaats; Belgisch park; Van Stolkpark/Schev. bosjes; Statenviertel; Zorgvliet; Westbroekpark; Duttendel; Nassaubaart; Duinzigt; Waaldorp; Arendsdorp en Van Hoytemastraat e.o.).

**Mortaliteit**

Van alle in het onderzochte tijdvak overleden Hagenaars waarvan de overlijdensakte werd achterhaald, stierven er 9.924 (18.4%) vóór het bereiken van het 65 levensjaar. De hogere sterfte onder mannen wordt al meteen zichtbaar aan het feit dat van die overledenen liefst 63.1% (N = 6.263) tot het mannelijke geslacht behoren (vrouwen N = 3.661; 36.9%).

\* De regressielijnen van mannen en vrouwen vallen samen

De resultaten in het vervolg van dit artikel, hebben betrekking op deze bevolkingsgroep beneden de 65 jaar. Voor de classificatie van de doodsoorzaken is de zogeheten aangepaste mortaliteitslijst (AM-lijst) gehanteerd.

Hart- en vaatziekten (32.5%) en kanker (29.7%) nemen bij de mannen beneden de 65 jaar elk bijna een derde van de sterfte voor hun rekening, gevolgd door uitwendige doodsoorzaken (12.1%) (tabel 2).

Onder de Haagse vrouwen eist kanker (44.0%) twee keer zoveel tol als hart- en vaatziekten (21.3%). Ook bij de vrouwen nemen uitwendige doodsoorzaken (9.6%) de derde plaats in op de ranglijst van meest voorkomende doodsoorzaken. Zelfdoding (5%) neemt hiervan bij zowel de mannen als de vrouwen ongeveer de helft voor haar rekening.

Van ongeveer 6% is de doodsoorzaak onduidelijk of onbekend (symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden).

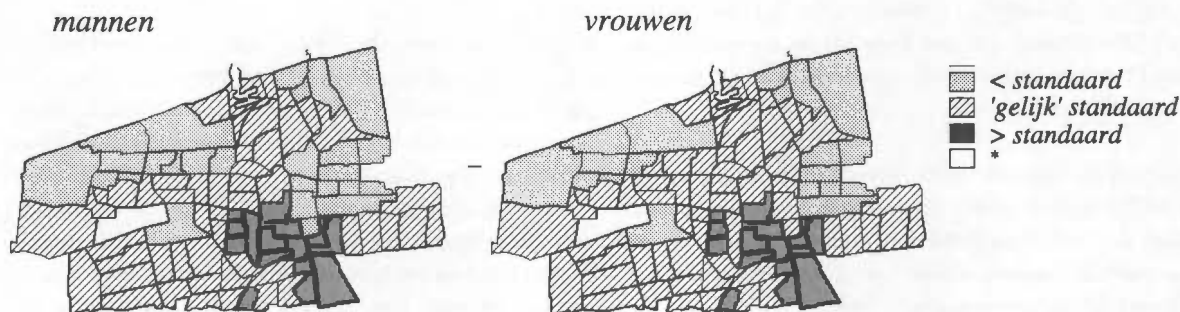
**Berekeningswijzen****Woongebied**

Per woongebied is voor zowel mannen als vrouwen per doodsoorzaak(groep) een samenvattende sterfemaat, de Standardized Mortality Ratio (SMR), berekend die niet wordt vertekend door verschillen in leeftijdsopbouw tussen woongebieden<sup>2)</sup> (3). In figuur 1 is de samenhang tussen de SMR's en de achterstand van de woongebieden voor mannen en vrouwen weergegeven.

<sup>2)</sup> De SMR geeft de verhouding aan tussen de sterfte in een woongebied en de sterfte in de rest van Den Haag. Een voorbeeld: een SMR van 1.10 in een woongebied voor bijvoorbeeld CARA wijst op een 10% hogere sterfte dan elders in Den Haag in de periode 1982-1991.

## Plattegrond 2a en b

Woongebieden met een significant ( $p < 0.05$ ) verhoogde en verlaagde sterfte (SMR) voor mannen en vrouwen beneden de 65 jaar. Den Haag 1982-1991



De samenhang tussen de sterfte en de achterstand van een woongebied is in deze studie onderzocht met behulp van een lineair regressiemodel (figuur 1). Hierin zijn twee aspecten van belang, namelijk de helling van de (regressie)lijn die in figuur 1 getrokken is door de punten in het spreidingsdiagram en de mate van spreiding van de afzonderlijke punten rondom deze lijn. De helling van de lijn (gradiënt) informeert over de sterkte waarmee de sterfte toe- of afneemt naar gelang de mate van achterstand ver-

andert. Ze wordt uitgedrukt in de regressiecoëfficiënt  $\beta$ <sup>3)</sup>. Het tweede aspect zegt hoe nauwkeurig aan de hand van de mate van achterstand de sterfte in het woongebied kan worden voorspeld. (Hoe dicht ligt de punt van het woongebied bij de rechte regressielijn.) Dit wordt uitgedrukt in de correlatiecoëfficiënt  $R$ <sup>1)</sup>.

De regressiecoëfficiënt is een schatter die een bepaalde mate van onzekerheid kent. Het zogenoemde 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft het bereik aan waarbinnen met 95% waarschijnlijkheid de werkelijke waarde ligt.

In figuur 1 illustreren we dat de sterfte voor mannen en vrouwen bij toenemende achterstand even sterk stijgt; voor beide geslachten geldt dat per eenheid op de achterstandsschaal de sterfte met 18% toeneemt ( $\beta = 0.18$ ). Uit deze waarde volgt dat de sterfte in het woongebied met de meeste achterstand 68% hoger ligt dan de sterfte in het meest welgestelde woongebied (spreidingsbreedte  $\times \beta$ :  $3.78 \times 0.18$ ). De samenhang is zo sterk ( $R=0.89$ ) dat statistisch gezien 79% ( $R^2 \times 100$ ) van de gevonden sterfteverschillen kunnen worden toegeschreven aan de sociaal-economische posities die de gebieden karakteriseren<sup>4)</sup>.

Op de plattegronden 2a (mannen) en 2b (vrouwen) is geografisch weergegeven waar de SMR's hoger, gelijk dan wel lager waren ten opzichte van de rest van Den Haag.

<sup>3)</sup> De regressie-coëfficiënt ( $\beta$ ) ofwel de hellingshoek (gradiënt) van de regressielijn is een maat voor de sterkte waarmee, in ons geval, de sterfte toeneemt ( $\beta$  heeft een positieve waarde) of afneemt ( $\beta$  heeft een negatieve waarde) gerelateerd aan de verandering in de mate van achterstand. Als de regressiecoëfficiënt nul is varieert de sterfte niet bij veranderende achterstand; er is derhalve geen verband.

Een voorbeeld: de regressiecoëfficiënt  $\beta$  bedraagt voor de sterfte ten gevolge van alle doodsoorzaken 0.18, hetgeen betekent dat per eenheid toename van achterstand, uitgedrukt in de deprivatie-score, de sterfte 18% hoger is. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de geschatte sterfte in het meest welgestelde woongebied, met een deprivatie-index van -1.93, 35% ( $1.93 \times 0.18 = 0.35$ ) lager ligt dan gemiddeld in de rest van de stad. Ook kunnen we aan de hand hiervan zeggen dat de geschatte sterfte in de woongebieden met de uiterste posities op de deprivatie-index (-1.93 en +1.83 = 3.76) volgens de regressie-rechte met 68% ( $3.78 \times 0.18 = 0.68$ ) verschilt.

<sup>4)</sup> De correlatiecoëfficiënt gekwadrateerd en vermenigvuldigd met 100 geeft het percentage aan van de verschillen in sterfte tussen de woongebieden die (statistisch) 'verklaard' kunnen worden door de associatie met de mate van achterstand.

\* Blanco gebied niet meegenomen in de analyse vanwege afwijkend karakter van woongebied (het inwonersaantal heeft zich in de onderzoeksperiode verdrievoudigd)

*Woongebiedcombinatie 'hoog' en 'laag'*

Nu kan uit figuur 1 eveneens worden opgemaakt dat niet ieder 'stapje' sociaal verschil eenzelfde sterftetotename teweeg lijkt te brengen. Want de woongebieden met de meeste achterstand (rechts op de horizontale as) liggen vooral boven de lijn en relatief ver van de lijn af. Dit wil zeggen dat de sterfte daar, mogelijk als gevolg van probleemcumulatie, hoger ligt dan de lijn schat. Omgekeerd zien we links op de horizontale as dat na het bereiken van een bepaald welzijnsniveau de sterfteafname afvlakt.

Teneinde de feitelijke sterfte tussen de meest en minst bedeelde wijken goed te kunnen beoordelen zijn zowel de drie woongebieden met de laagste als de drie met de hoogste mate van achterstand samengevoegd tot een woongebiedcombinatie. Dit heeft als voordeel dat door de grotere aantallen overledenen in deze combinatiegebieden het statistisch vermogen wordt vergroot zodat ook minder frequent voorkomende doodsoorzaken kunnen worden onderzocht op de aanwezigheid van een sociaal-economische verband <sup>5)</sup>. Voor beide woongebiedcombinaties zijn de SMR's berekend en op basis hiervan zijn de aantallen sterfgevallen per 100.000 personen per jaar vastgesteld, de zogeheten indirect gestandaardiseerde sterftecijfers. Deze sterftecijfers geven een goed (dat wil zeggen gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw) beeld hoeveel overledenen per doodsoorzaak meer zijn overleden in de minst welgestelde ten opzichte van de meest welgestelde woongebieden (de zogenoemde oversterfte). Dit laatste zal het meest tot de verbeelding spreken. Wanneer in de paragraaf Resultaten wordt gesproken van oversterfte, wordt bedoeld op de vergelijking van deze uiterste twee sociaal-economische woongebiedcombinaties.

Het gebied dat bestaat uit de drie samengevoegde woongebieden met de meeste welstand duiden we in het vervolg aan als (combinatie) 'hoog' en de ander met de minste welstand als (combinatie) 'laag'. Het sociaal hoge gebied kent een gewogen mate van achterstand van -1.55 en telt 8.7% van de Haagse bevolking beneden 65 jaar. Het sociaal lage gebied scoort +1.61 op de achterstandsschaal terwijl 11.9% van de onderzoekspopulatie daar woonachtig is. Qua sociaal-economische positie wijken de beide gebieden dus in nagenoeg even sterk mate af van het gemiddelde Haagse niveau (score nul).

Na het bespreken van de totale sterfte zullen we achtereenvolgens de bijdragen bespreken die de verschillende (groepen van) doodsoorzaken afzonderlijk leveren aan het totaal van de sociaal-economische sterfteverschillen. De hierboven vermelde berekeningswijzen zullen hierbij worden gehanteerd. De uitkomsten zijn terug te vinden in de tabellen 2 en 3

en figuur 2 (vanaf pagina 29). In de tekst zal hiernaar niet steeds specifiek worden verwezen. Tabel 2 geeft een overzicht van de totale aantallen overledenen naar doodsoorzaak(groep) en drukt dit uit als percentage van de totale sterfte. Ook geeft deze tabel weer hoe de samenhang is met de sociaal-economische achterstand. De cijfers zijn gebaseerd op de 27 woongebieden.

In tabel 3 worden de SMR's van woongebiedcombinatie 'hoog' met combinatie 'laag' vergeleken. Figuur 2 geeft de oversterfte in woongebiedcombinatie 'laag' ten opzichte van 'hoog' voor de belangrijkste doodsoorzaken. De oversterfte wordt uitgedrukt in een (gestandaardiseerd) aantal per 100.000 inwoners per jaar (bovenste X-as) en als percentage in de totale oversterfte (onderste X-as). Enkele van de interessantste bevindingen van tabel 3 worden voorts nog op een iets andere wijze gevisualiseerd in figuur 3.

**Resultaten***Totale sterfte*

Zoals gezegd is de samenhang tussen achterstand en de sterfte voor beide geslachten even sterk ( $\beta = 0.18$ ). In het sociaal 'lage' gebied overlijden jaarlijks per 100.000 inwoners 475 mannen en 275 vrouwen. Voor het sociaal 'hoge' gebied bedragen deze aantallen 273 en 152. Zowel bij de mannen als de vrouwen is het aantal overledenen in het sociaal 'lage' gebied circa 75% hoger. Dat betekent dat vrouwen die in het sociaal 'hoge' gebied wonen het beste af zijn en mannen in het sociaal 'lage' gebied veruit het slechtste. Laatstgenoemden hebben maar liefst een driemaal zo grote overlijdenskans als de vrouwen in de combinatie 'hoog'.

De oversterfte van mannen ten op zichte van vrouwen bedraagt voor zowel de 'hoge' als de 'lage' combinatie eveneens zo'n 75%. De man-vrouw sterfteverhouding blijkt dus gelijk te zijn aan de sociaal-economische 'laag-hoog' sterfteverhouding tussen de twee woongebiedcombinaties. Een beeld dat we in wisselende mate ook bij veel afzonderlijke doodsoorzaken zullen terugvinden.

<sup>5)</sup> Een mogelijk nadeel van deze benadering is dat een woongebied natuurlijk ook door andere dan sociaal-economische kenmerken een specifiek sterfjepatroon kan vertonen. Zo is bijvoorbeeld voorstelbaar dat er in een woongebied oversterfte is ten gevolge van verkeersongevallen door onveilige situaties. Dit leidt tot vertekening indien het verschil in sterfte tussen beide woongebiedcombinaties als een sociaal-economisch verschil wordt geïnterpreteerd. Inspectie van de per doodsoorzaak specifieke spreidingsdiagrammen liet overigens



### Kanker

Onder de mannen is de sociaal-economische gradiënt voor 'alle nieuwvormingen' lager dan die van de totale sterfte ( $\beta = 0.08$ ). Kanker levert bij de mannen een bijdrage van 20.7% aan de oversterfte.

Bekijken we de nieuwvormingen bij de vrouwen dan vinden we geen samenhang ( $\beta = -0.02$ ) met de achterstand en daarmee ook geen bijdrage in de oversterfte.

De belangrijkste kankerdoedsoorzaak, longkanker, neemt met de mate van achterstand onder beide geslachten bijna even sterk toe ( $\beta \approx 0.15$ ), maar is onder vrouwen niet significant. Bij de mannen levert dit een flinke bijdrage aan de oversterfte in sociaal 'laag' (13.8%). Sterfte aan maagkanker komt onder de mannen uit achterstandswijken aanzienlijk vaker voor ( $\beta = 0.22$ ). Onder vrouwen is het aantal overlijdensgevallen te gering om het verband te kunnen meten.

Dat relatief gezien niet meer vrouwen uit de achterstandsgebieden aan kanker overlijden vindt mede zijn oorzaak in het feit dat het overlijden aan borstkanker ( $\beta = -0.19$ ) en dikke-darmkanker ( $\beta = -0.22$ ) een negatief verband laat zien. In de welgestelde wijken sterven dus meer vrouwen aan borst- en dikke-darmkanker. In de combinatie 'laag' zien we dat borstkanker een flinke ondersterfte (-7.0%) geeft. Baarmoederhalskanker levert wel een bijdrage aan de oversterfte (4.9%).

### Hart en vaatziekten

De belangrijkste sterftebijdrage onder mannen leveren de hart- en vaatziekten (HVZ). De HVZ-sterfte stijgt gestaag met het toenemen van de mate van sociale achterstand ( $\beta = 0.19$ ). De SMR in de sociaal 'lage' gebieden is twee maal zo hoog. De bijdrage die HVZ levert aan de oversterfte onder mannen (laag versus hoog) bedraagt 38.6% van de totale oversterfte.

De ischaemische aandoeningen, het acuut myocardinfarct en beroertes (CVA) vertonen eenzelfde sociaal-economische gradiënt als de totale HVZ-sterfte. Het aandeel in de oversterfte bedraagt voor myocardinfarct 19.5%.

De HVZ-sterfte onder vrouwen laat een veel sterker verband met achterstand zien vergeleken met de mannen ( $\beta = 0.40$ ). Hierin is de sociaal-economische gradiënt het grootst voor het acuut myocardinfarct, zeker vergeleken met CVA ( $\beta = 0.47$  versus  $\beta = 0.25$ ). In de sociaal 'lage' gebieden is de SMR voor HVZ vier maal zo hoog, met een aandeel in de oversterfte onder vrouwen van 45.3%. Het aandeel acuut myocardinfarct in de oversterfte is 23.6%, bij CVA is dit 6.2%. Opmerkelijk is dat de optelsom van de oversterfte aan myocardinfarct, CVA en overige ischae-

mische hartziekten (samen circa 33%) aanzienlijk lager uitkomt dan de gezamenlijke HVZ-oversterfte (45.3%). Blijkbaar nemen de andere hart- en vaatziekten bij vrouwen ook een aanzienlijk deel van de oversterfte voor hun rekening. Uit onze gegevens kan niet worden afgeleid in hoeverre het hier diagnoses betreft als decompensatio cordis en aneurysma aorta.

### Levercirrose, CARA en diabetes

Van de andere niet-uitwendige doodsoorzaken wordt onder mannen zowel de sterfte aan levercirrose als aan CARA ( $\beta \approx 0.41$ ) flink hoger bij toenemende achterstand. Beide aandoeningen tellen te weinig vrouwelijke overlijdensgevallen voor meting van dit verband. De bijdrage tot de oversterfte onder mannen vanwege levercirrose is 6.4%

Diabetes laat een duidelijke relatie met de mate van achterstand zien, vooral onder de vrouwen (mannen:  $\beta = 0.33$ ; vrouwen:  $\beta = 0.48$ ). Mannelijke diabetici leveren 5.3% aan de oversterfte; onder vrouwelijke is dit aanzienlijk meer namelijk 9.5%.

### Overige ziekten en 'onbekend'

De categorie 'Overige ziekten' vertoont onder vrouwen ( $\beta = 0.32$ ) een duidelijk verband. Tot deze groep behoren onder andere direct verloskundige oorzaken, aangeboren afwijkingen en geboortetraumata. De bijdrage aan de oversterfte is bij de vrouwen twee en een half maal zo hoog als bij de mannen (respectievelijk 18.8% en 7.1%).

Wanneer de doodsoorzaak onbekend is (symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden) zien we bij de vrouwen ook een dubbel zo steil verband ten opzichte van mannen (vrouwen:  $\beta = 0.42$  en mannen:  $\beta = 0.17$ ). En bij de vrouwen draagt dit maar liefst 10.9% bij aan de oversterfte.

Voor beide geslachten kon in de achterstandsgebieden dus vaker de doodsoorzaak niet worden vastgesteld, bijvoorbeeld ten gevolge van overlijden in het buitenland. Dit is een belangrijke bevinding bij het interpreteren van de sociaal-economische sterfteverschillen, omdat dit leidt tot een onderschatting van het verband tussen de oorzaaksspecifieke sterfte en de achterstand. In de achterstandsgebieden wordt immers het aantal overledenen ten gevolge van de wél bekende oorzaken sterker onderschat dan in de welgestelde gebieden.

### Uitwendige doodsoorzaken

De uitwendige doodsoorzaken dragen alleen voor mannen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen. Ze leveren een aanzienlijke bijdrage aan de oversterfte (12.9%). Er is onder hen een verhoogd sociaal-economisch risico te overlijden aan verkeersongevallen ( $\beta = 0.30$ ) en door doodslag ( $\beta = 0.64$ ). De geringe aantallen zelfdodingen onder vrouwen vin-

den meer in de welgestelde buurten plaats (ondersterfte: -5.8%).

#### *Samenvatting van de uitkomsten*

Samenvattend is de relatie tussen sterfte en sociaal-economische achterstand op woongebiedniveau in Den Haag als volgt te karakteriseren. Een toename in achterstand die gelijk is aan circa 25% (1 / 3.76) van de maximaal in Den Haag optredende sociaal-economische verschil tussen woongebieden gaat voor zowel mannen als vrouwen samen met een circa 18% hogere sterfte. Van alle onderzochte doodsoorzaakgroepen vertonen alleen onder de vrouwen alle nieuwvormingen samen en de uitwendige sterfte geen sociaal-economische gradiënt.

Bij de mannen variëren de HVZ (acuut myocardiinfarct en CVA) en maag- en longkanker in dezelfde mate als de totale sterfte ( $\beta \approx 0.18$ ) terwijl de sterfte aan uitwendige doodsoorzaken een sterkere toename ( $\beta = 0.30$ ) laat zien, vooral als gevolg van de oversterfte door verkeersongevallen en moord. De sterfte aan diabetes, CARA en levercirrose neemt ongeveer tweemaal zo sterk toe als de totale sterfte.

Bij vrouwen bestaat op het niveau van de afzonderlijke kankeroorzaken wel een samenhang. Dikke darm- en borstkanker eisen in welgesteldere woongebieden meer slachtoffers, baarmoederhals- en longkanker daarentegen minder. HVZ (acuut myocardiinfarct, CVA) en diabetes vertonen een bijna driemaal zo sterk verband in vergelijking tot de totale sterfte. Voor vrouwen in de achterstandsgebieden bestaat tevens een verhoogde sterfte tengevolge van CARA, levercirrose, 'overige ziekten' en vooral voor de categorie 'onbekend'. Zelfdoding onder vrouwen ten slotte behoort tot de weinige doodsoorzaken met een omgekeerde sociaal-economische gradiënt.

De indirect gestandaardiseerde sterfte in de door ons als 'hoog' gedefinieerde woongebieden bedraagt voor de mannen 273 en voor de vrouwen 152 per 100.000 personen per jaar. Voor zowel mannen als vrouwen ligt dit niveau in 'laag' circa 75% hoger, respectievelijk 475 en 275 per 100.000 per jaar.

De oversterfte bij mannen wordt voor 39% door HVZ veroorzaakt. Alleen al het acuut myocardiinfarct heeft een aandeel van bijna een vijfde van de oversterfte, evenveel als door kanker wordt bijgedragen. Longkanker domineert daarbij met 14%. Van 7% van de oversterfte is de oorzaak onbekend.

De hogere sterfte onder vrouwen wordt bijna voor de helft bepaald door HVZ (daarvan acuut myocardiinfarct 24%), gevolgd door de categorie 'overige ziekten' met 19% en de etiologisch aan HVZ gerelateerde diabetes die bijna een tiende van de oversterfte voor zijn rekening neemt. Van 11% is de oorzaak niet bekend.

## **Bespreking**

### *Vergelijkende studies?*

In dit artikel is een eerste beschrijving gegeven van doodsoorzaken die bijdragen aan de Haagse sociaal-economische sterfteverschillen. In volgende artikelen zal een nadere analyse plaatsvinden van verhoogde sterfte die mogelijk door interventie had kunnen worden voorkomen. In tegenstelling tot deze bijdrage waarin we ons voornamelijk beperken tot een algemene beschrijving van het totale doodsoorzakenpatroon zal in de komende beschouwingen nadrukkelijker op mogelijke verklaringen worden ingegaan zodat zicht wordt geboden op de aangrijpingspunten om deze sociaal-economische gezondheidsverschillen te reduceren.

We lieten zien dat er in de periode van onderzoek tussen de woongebieden onderling qua sociaal-economische positie weinig verschuiving optrad. Uit aanvullende analyses bleek dat ook de onderlinge verschillen in sterfteniveau vrij stabiel bleven, zodat samenvoeging over een periode van tien jaar gerechtvaardigd is. Dit is in overeenstemming met bevindingen in Rotterdam en Amsterdam (4)(5).

Een soortgelijke uitgebreide analyse van sociaal-economische sterfteverschillen binnen een stedelijk gebied voor de leeftijd tot 65 jaar heeft naar ons weten elders nog niet plaatsgevonden. Wel werden op het niveau van woongebieden analyses verricht voor mannen en vrouwen gezamenlijk en voor het gehele leeftijdstraject. Belangrijke sekse-specifieke verschillen komen hierdoor niet aan het licht en de sterfte op oudere leeftijd zal dusdanig domineren dat verschillen op jongere leeftijd worden gemaskeerd.

Uit onderzoek blijkt bovendien dat de sociaal-economische oversterfte zich vooral beneden 65 jaar manifesteert en op hogere leeftijd afzwakt en zelfs kan omslaan in een ondersterfte (6)(7)(8). Ook in Den Haag is dit het geval (1). Een verklaring hiervoor kan zijn dat met het ouder worden leeftijdsgebonden morbiditeit c.q. mortaliteit een steeds belangrijkere rol gaat spelen en andere factoren van ondergeschikt belang worden, zodat verschillende sociaal-economische groepen, gemeten aan de sterfte, steeds meer op elkaar gaan lijken (6). Mogelijk speelt ook een 'survival of the fittest'-effect een rol (1).

De enige ecologische sterftestudie die aanknopingspunten voor vergelijking biedt is een recente Amsterdamse studie over de jaren 1986-1991 (9). Hierin werd voor de leeftijdperiode 1-64 jaar de bijdrage aan de Amsterdamse sociaal-economische sterfteverschillen onderzocht voor zes categorieën van doodsoorzaken. Deze indeling was gebaseerd op interventiemogelijkheden. Vier categorieën zijn voor ons

van belang: aan roken gerelateerde oorzaken (longkanker, ischaemische hartziekten, CVA en CARA), 'gescreende' nieuwvormingen (borst- en baar-moederhalskanker), uitwendige oorzaken en ten slotte 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden'. Voor mannen werd de sterkste samenhang met achterstand vastgesteld voor 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden' en uitwendige doodsoorzaken. Voor de aan roken gerelateerde oorzaken werd een zwak positief, maar niet significante relatie aangetroffen. Dit is opmerkelijk omdat voor alle oorzaken die deel uitmaken van deze categorie in Den Haag wel een positieve samenhang met achterstand bestaat. Mogelijk spelen de kleinere aantallen overledenen uit het Amsterdamse onderzoek hierin een rol.

Voor vrouwen werd daarentegen in Amsterdam wel een grotere aan roken gerelateerde sterfte vastgesteld in de sociaal-economische meer achtergestelde gebieden. Dit gold eveneens voor de groep 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden', maar niet voor de uitwendige doodsoorzaken en de groep 'gescreende' nieuwvormingen. Voor vrouwen stemt dit dus overeen met Den Haag. Dat in Amsterdam geen samenhang is gevonden voor de sterfte aan borst- en baarmoederhalskanker wekt geen verbazing daar in Den Haag deze beide oorzaken onderling tegengestelde sociaal-economische sterfte-effecten te zien geven. Uit de Amsterdamse gegevens valt verder af te leiden dat, evenals in Den Haag, voor vrouwen een sterkere samenhang voor HVZ met achterstand bestaat dan voor longkanker terwijl voor mannen hiertussen nauwelijks verschil werd waargenomen.

Voor verdere vergelijking met Nederlandse bevindingen zijn we aangewezen op onderzoeken gemeten op individueel niveau. In een recente overzichtsstudie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland wordt een overzicht gegeven van de gezondheidsaspecten waarvan bewezen wordt geacht dat de situatie stelselmatig ongunstiger is in de lagere sociaal-economische groepen (10). Met betrekking tot zelfgerapporteerde gezondheidsproblemen geldt dit onder andere voor CARA, hartklachten en -aandoeningen, diabetes en maagzweer en maagklachten. Onder de gezondheidsproblemen waarvoor dit objectief uit registraties of uit medisch onderzoek is vastgesteld, vinden we onder andere CARA, myocardinfarct, longkanker en de totale sterfte. We kunnen constateren dat in Den Haag voor al deze aandoeningen overwegend hogere sterftecijfers voorkomen in de achterstandswijken. (Het ulcus pepticum is in verband met de geringe aantallen niet in onze bespreking aan de orde gesteld, maar vertoonde inderdaad een oversterfte in het 'lage' woongebied.)

Ook de bevindingen uit de internationale literatuur blijken in belangrijke mate consistent met het in Den Haag aangetroffen sociaal-economische patroon van oversterfte, de mate van de oversterfte buiten beschouwing latend. Zo wordt in de westerse landen vrij algemeen een lagere sterfte ten gevolge van borst- en dikke-darmkanker en een hogere sterfte aan HVZ en long-, maag- en baarmoederhalskanker in lagere sociaal-economische groepen vastgesteld. Uit de literatuur blijkt voorts dat zelfdoding onder vrouwen een van de weinige doodsoorzaken is die juist de hogere sociale groepen vaker treft. Ook in Den Haag treffen we deze samenhang - weliswaar niet significant - aan.

#### *Etniciteit*

Bij onze Haagse studie naar de bijdragen van doodsoorzaken aan de sociaal-economische sterfteverschillen moeten we een kanttekening plaatsen. In veel niet-westerse landen wordt een geheel andere samenhang gevonden. Veel Hagensers van allochtone afkomst wonen in de sociaal-economisch meer achtergestelde woongebieden. Dit brengt ons bij de vraag in hoeverre etniciteit een eigen bijdrage, los van sociaal-economische kenmerken, levert aan de oversterfte. Hoewel de verklaring van de gevonden sterfteverschillen buiten het bestek van dit beschrijvende artikel valt, willen we voor etniciteit een uitzondering maken.

Recent onderzoek laat zien dat er geen aanwijzingen zijn dat sociaal-economische verschillen systematisch groter of kleiner zijn onder de ene dan onder de andere etnische groepering. Maar wel is gebleken dat binnen elke opleidingsgroep de frequentie van gezondheidsproblemen onder de etnische minderheden hoger is dan onder autochtone Nederlanders, hetgeen wijst op een onafhankelijk effect van beide kenmerken op de gezondheidstoestand (10). Onderzoek onder in Nederland woonachtige Turken en Surinamers wijst uit dat de veronderstelling, dat de gezondheidstoestand of de sterfte onder deze groepen in algemene zin ongunstiger is, niet zonder meer kan worden bevestigd (11)(12). Het is zeer goed denkbaar dat een hogere sterfte door de ene aandoening wordt gecompenseerd door een lagere sterfte door de andere aandoening, hetgeen echter geenszins betekent dat deze verschillen vanuit het oogpunt van public health minder relevant zouden zijn. Het zal niet gemakkelijk zijn de effecten op de sterfte van ófwel etniciteit ófwel sociaal-economisch niveau met hulp van statistische analyses te isoleren omdat allochtone afkomst en het verkeren in een ongunstige sociaal-economische positie vaak samenvallen.

In onze vervolgsérie komen we hier uitgebreider op terug. Dit ook omdat er sterke aanwijzingen zijn dat sommige aandoeningen, met name diabetes en hart- en vaatziekten, zich frequenter voordoen onder som-

mige groepen allochtonen (13)(14)(15). Dit zou mogelijk bijdragen tot het verklaren van de geconstateerde opmerkelijke samenhang tussen achterstand en deze sterfte.

### Tot slot

Wat betekenen, gezien vanuit het Haagse volksgezondheidsperspectief, de hierboven gepresenteerde inzichten in de bijdragen tot de sociaal-economische sterfteverschillen? De geconstateerde geografische variatie in sterfrequentie indiceert potentiële vermijdbaarheid. Verschillen in bijvoorbeeld kankersterfte worden grotendeels bepaald door leefstijl- en omgevingsinvloeden (16). Het spreekt vanzelf dat concrete interventies meer kennis vragen over de onderliggende toedracht. Dit neemt niet weg dat bij het maken van beleidsvoornemens en -keuzen gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen de aangedragen resultaten reeds houvast kunnen bieden.

Een belangrijk gegeven daarbij is de vastgestelde sociaal-economische oversterfte over een breed front van oorzaken hetgeen zowel duidt op gemeenschappelijke onderliggende oorzaken, als op een cumulatie van risicofactoren in de meer achtergestelde woongebieden. Gezien hun bijdrage aan de oversterfte vragen aandoeningen als ischaemische hartziekten, CVA, longkanker, diabetes en levercirrose speciale aandacht. Vooral het zeer verhoogde HVZ- en diabetesrisico van vrouwen uit de achterstandswijken springt daarbij in het oog.

### Literatuur:

1. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr. 4: 3-16.
2. Haverkate I, Reijneveld SA, Oers JAM van, e.a. Sterfte per buurt naar sociaal-economische status: een vergelijking tussen de vier grootste Nederlandse steden. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Amsterdam, november 1993.
3. Burger I, Vroom-Jongerden JM, Middelkoop BJC, e.a. Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status: een introductie. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 4: 19-29.
4. Oers JAM van, Teeuwen JHM. Sterfte en sociaal-economische status in Rotterdam. GGD Rotterdam e.o. Rotterdam, januari 1990.
5. Maas PJ van der, Habbema JDF, Bos GAM van den, e.a. Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II naar sterfte en ziekenhuisopnamen 1977-1983. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, augustus 1987.
6. Duijkers TJ, Kromhout D, Spruit IP, e.a. Inter-Mediating Risk Factors in the Relation between Socio-economic Status and 25-year Mortality (The Zutphen Study). *Inter J Epi* 1989; 18 nr.3: 658-62.
7. Kunst AE, Mackenbach JP. International Variation in Socio-economic Inequalities in Mortality. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg. Rotterdam 1992.
8. Carstairs V. Deprivation Indices: their Interpretation and Use in Relation to Health. *J Epidemiol Comm Health* 1995; 49 (suppl 2): 53-8.
9. Reijneveld SA. The Measurement of Local Public Health: Studies on the Health Status of an Urban Population. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, november 1995.
10. Mackenbach JP. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
11. Mackenbach JP. Ziekte en sterfte onder Turken in Nederland. *Ned T Geneeskd* 1992; 136: nr. 22: 1044-9.
12. Kocken PL, Mackenbach JP, Oers JAM van, e.a. Sterfte, ervaren gezondheid en gerapporteerd voedinggebruik van Rotterdamse Surinamers. *T Soc Gezondheidsz* 1994; 72 nr. 5.: 231-6.
13. Nijhuis HGJ, Struben HWA. Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem?: beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 4: 13-8.
14. Struben HWA. Sterfte in Den Haag: Sterfte aan hart- en vaatziekte opmerkelijk, vooral in relatie tot die aan suikerziekte. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 1: 12-9.
15. Bongers I, Westendorp RGJ, Stolk B, e.a. Vroegtijdige coronaire hartziekten samengaan met diabetes mellitus II bij personen van Hindoestaanse afkomst. *Ned T Geneeskd* 1995; 139 nr 1.: 16-8.
16. Doll R, Peto R. The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States today. *J Nat Cancer Inst* 1981; 66: 1192-308.

tabel 2

Per doodsoorzaak(groep) de absolute aantallen overledenen, het percentage van de totale sterfte, de regressiecoëfficiënt ( $\beta$ ) met tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval en de correlatiecoëfficiënt (R) voor mannen en vrouwen jonger dan 65 jaar. Den Haag 1982-1991.

AMnr.	DOODSOORZAAK	MANNEN				VROUWEN			
		Abs.	%	$\beta$ (95% b.i.)	R	Abs.	%	$\beta$ (95% b.i.)	R
1-53	ALLE DOODSOORZKN.	6.263	100	0.18 (0.14/0.22)	0.89	3.661	100	0.18 (0.14/0.22)	0.88
1-47	NIET UITWENDIG	5.503	87.9	0.16 (0.12/0.20)	0.86	3.311	90.4	0.20 (0.15/0.25)	0.85
1-11, 24	Infectie- en parasitaire ziekten	49	0.8	"		25	0.7	"	
12-19	Nieuwvormingen	1.859	29.7	0.08 (0.03/0.14)	0.51	1.612	44.0	-0.02 n.s. <sup>2)</sup>	
12	Maagkanker	125	2.0	0.22 (0.03/0.40)	0.44	55	1.5	"	
13-14	Dikke darm kanker	148	2.4	0.09 n.s. <sup>2)</sup>		132	3.6	-0.22 (-0.44/-0.02)	-0.41
15	Kanker van de luchtwegen	672	10.7	0.15 (0.04/0.25)	0.49	211	5.8	0.16 n.s. <sup>2)</sup>	
16	Borstkanker	-				470	12.8	-0.19 (-0.32/-0.06)	-0.51
17	Baarmoederhalskanker	-				75	2.0	"	
18	Leukemie	72	1.1	"		42	1.1	"	
20-23	Diabetes en ondervoeding	148	2.4			115	3.1		
20	Diabetes	139	2.2	0.33 (0.12/0.54)	0.55	108	3.0	0.48 (0.20/0.77)	0.57
26-32	Hart- en vaatziekten	2.033	32.5	0.19 (0.12/0.25)	0.77	779	21.3	0.40 (0.30/0.50)	0.85
28	Acuut myocardiinfarct	981	15.7	0.20 (0.10/0.30)	0.64	326	8.9	0.47 (0.36/0.59)	0.86
29	Ov. ischaemische hartzkt.	227	3.6	0.07 n.s. <sup>2)</sup>		54	1.5		
30	Cerebrovasculaire aand.	272	4.3	0.19 (0.02/0.36)	0.42	163	4.5	0.25 (0.07/0.43)	0.50
33-35	Ademhalingsaand.	156	2.5	0.43 (0.22/0.63)	0.65	66	1.8	"	
35	Cara	109	1.7	0.41 (0.21/0.60)	0.65	45	1.2	"	
36-38	Ziekten van het spijsverteringsorg.	192	3.1			84	2.3		
38	Levercirrose	167	2.7	0.42 (0.23/0.60)	0.68	67	1.8	"	
46	Sympt. +onvol. omschr. ziektebl.	438	7.0	0.17 (0.05/0.29)	0.50	206	5.6	0.42 (0.18/0.66)	0.59
42-45, 47	Overige ziekten	619	9.9	0.14 n.s. <sup>2)</sup>		410	11.2	0.32 (0.20/0.44)	0.74
48-53	UITWENDIG	760	12.1	0.30 (0.18/0.42)	0.71	350	9.6	0.01 n.s. <sup>2)</sup>	
48-49	Motorvoertuigen ongevallen	157	2.5	0.30 (0.14/0.45)	0.62	69	1.9	"	
50	Accidentele val	50	0.8	"		14	0.4	"	
51	Zelfdoding	316	5.0	0.10 n.s. <sup>2)</sup>		188	5.1	-0.10 n.s. <sup>2)</sup>	
52	Moord	80	1.3	0.64 (0.42/0.86)	0.76	24	0.7	"	

<sup>1)</sup> Niet berekend in verband met te gering aantal gevallen

<sup>2)</sup> Niet significant ( $p > 0.05$ )

tabel 3

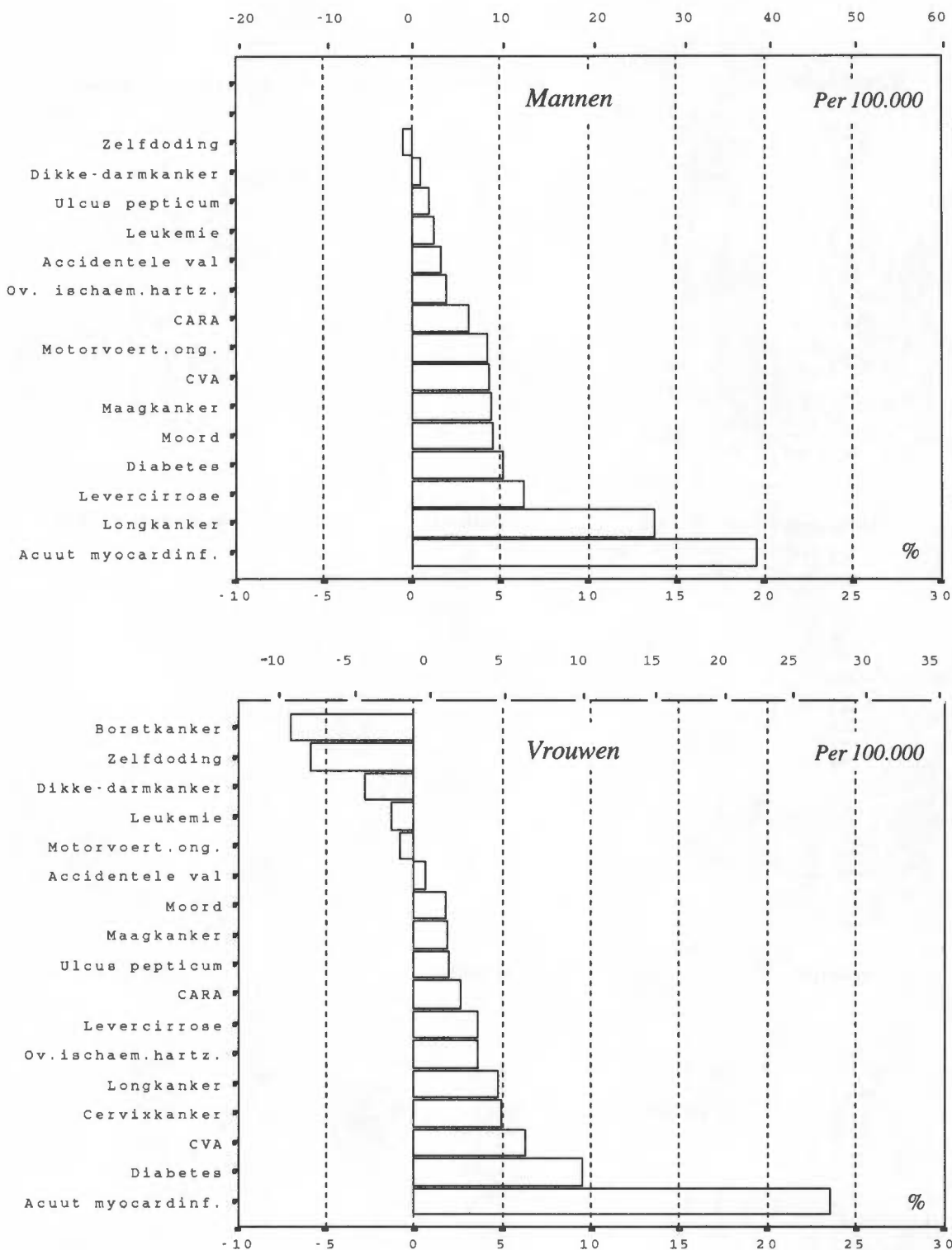
Per doodsoorzaak(groep) voor woongebiedcombinaties 'hoog' en 'laag' de SMR met tussen haakjes het 95% betrouwbaarheidsinterval voor mannen en vrouwen. Den Haag 1982-1991.

AMnr.	DOODSOORZAAK	MANNEN SMR (95% b.i.)		VROUWEN SMR (95% b.i.)	
		Hoog	Laag	Hoog	Laag
1-53	ALLE DOODSOORZKN.	0.79 (0.72- 0.86)	1.38 (1.29-1.47) <sup>1)</sup>	0.73 (0.65- 0.82)	1.32 (1.19-1.45) <sup>1)</sup>
1-47	NIET UITWENDIG	0.79 (0.72- 0.87)	1.35 (1.26- 1.46) <sup>1)</sup>	0.69 (0.61- 0.78)	1.35 (1.21-1.50) <sup>1)</sup>
1-11, 24	Infectie- en parasitaire ziekten	0.66 (0.13 - 1.93)	0.93 (0.34 - 2.04)	0.37 (0 - 2.06)	0.35 (0 - 1.98)
12-19	Nieuwvormingen	0.77 (0.65 - 0.90)	1.13 (0.97 - 1.30) <sup>1)</sup>	0.92 (0.79 - 1.07)	0.86 (0.71 - 1.04)
12	Maagkanker	0.44 (0.16 - 0.95)	1.80 (1.08 - 2.81) <sup>1)</sup>	0.29 (0.03 - 1.03)	0.98 (0.27 - 2.49)
13-14	Dikke-darm kanker	0.91 (0.50 - 1.53)	0.96 (0.51 - 1.64)	1.03 (0.59 - 1.68)	0.51 (0.16 - 1.18)
15	Kanker van de luchtwegen	0.59 (0.42 - 0.79)	1.30 (1.03 - 1.63) <sup>1)</sup>	0.80 (0.49 - 1.24)	1.27 (0.77 - 1.96)
16	Borstkanker			1.02 (0.77 - 1.34)	0.62 (0.40 - 0.92)
17	Baarmoederhalskanker			0.34 (0.07 - 0.99)	1.88 (0.94 - 3.36)
18	Leukemie	0.42 (0.08 - 1.24)	1.07 (0.49 - 2.03)	1.65 (0.66 - 3.39)	0.78 (0.16 - 2.29)
20	Diabetes	0.70 (0.33 - 1.28)	2.22(1.48 - 3.22) <sup>1)</sup>	0.37 (0.12 - 0.87)	2.46(1.46 - 3.88) <sup>1)</sup>
26-32	Hart- en vaatziekten	0.76 (0.65 - 0.88)	1.43 (1.26 - 1.62) <sup>1)</sup>	0.40 (0.28 - 0.55)	1.70 (1.37 - 2.08) <sup>1)</sup>
28	Acuut myocardiinfarct	0.66 (0.51 - 0.83)	1.37 (1.13 - 1.63) <sup>1)</sup>	0.34 (0.19 - 0.57)	1.98 (1.43 - 2.66) <sup>1)</sup>
29	Ov. ischaemische hartzkt.	1.07 (0.69 - 1.58)	1.31 (0.86 - 1.93)	0.44 (0.09 - 1.28)	1.97 (0.79 - 4.04)
30	Cerebrovasculaire aand.	0.85 (0.55 - 1.27)	1.42 (0.99 - 1.97)	0.56 (0.28 - 1.00)	1.39 (0.81 - 2.22)
33-35	Ademhalingsaand.	0.36 (0.13 - 0.78)	1.22 (0.73 - 1.93)	0.12 (0 - 0.67)	1.35 (0.54 - 2.77)
35	Cara	0.25 (0.05 - 0.72)	1.30 (0.67 - 2.27)	0.18 (0 - 0.99)	1.49 (0.48 - 3.50)
38	Levercirrose	0.59 (0.28 - 1.09)	2.20 (1.54 - 3.06) <sup>1)</sup>	0.78 (0.28 - 1.69)	2.02 (0.97 - 3.72)
46	Sympt. + onvol. omschr. ziektebl.	1.12 (0.82 - 1.50)	1.78 (1.42 - 2.21)	0.81 (0.47 - 1.30)	2.18 (1.57 - 2.95) <sup>1)</sup>
42-45, 47	Overige ziekten	1.00 (0.75 - 1.30)	1.16 (0.93 - 1.43)	0.58 (0.38 - 0.85)	1.70 (1.32 - 2.15) <sup>1)</sup>
48-53	UITWENDIG	0.79 (0.59- 1.03)	1.51(1.27- 1.78) <sup>1)</sup>	1.16 (0.82- 1.59)	1.11 (0.80- 1.50)
48-49	Motorvoertuigen ongevallen	0.44 (0.16 - 0.96)	1.61 (1.11- 2.25) <sup>1)</sup>	1.06 (0.42 - 2.18)	0.75 (0.27 - 1.63)
50	Accidentele val	0.64 (0.13 - 1.89)	2.07 (1.04 - 3.71)	0.78 (0 - 4.36)	2.01 (0.40 - 5.88)
51	Zelfdoding	1.10 (0.74 - 1.57)	1.02 (0.74 - 1.38)	1.42 (0.92 - 2.10)	0.64 (0.34 - 1.09)
52	Moord	0.29 (0.03 - 1.04)	3.13 (2.06 - 4.55) <sup>1)</sup>	0.47 (0 - 2.61)	2.72 (1.09 - 5.59)

<sup>1)</sup> Significant (p < 0.05)

figuur 2

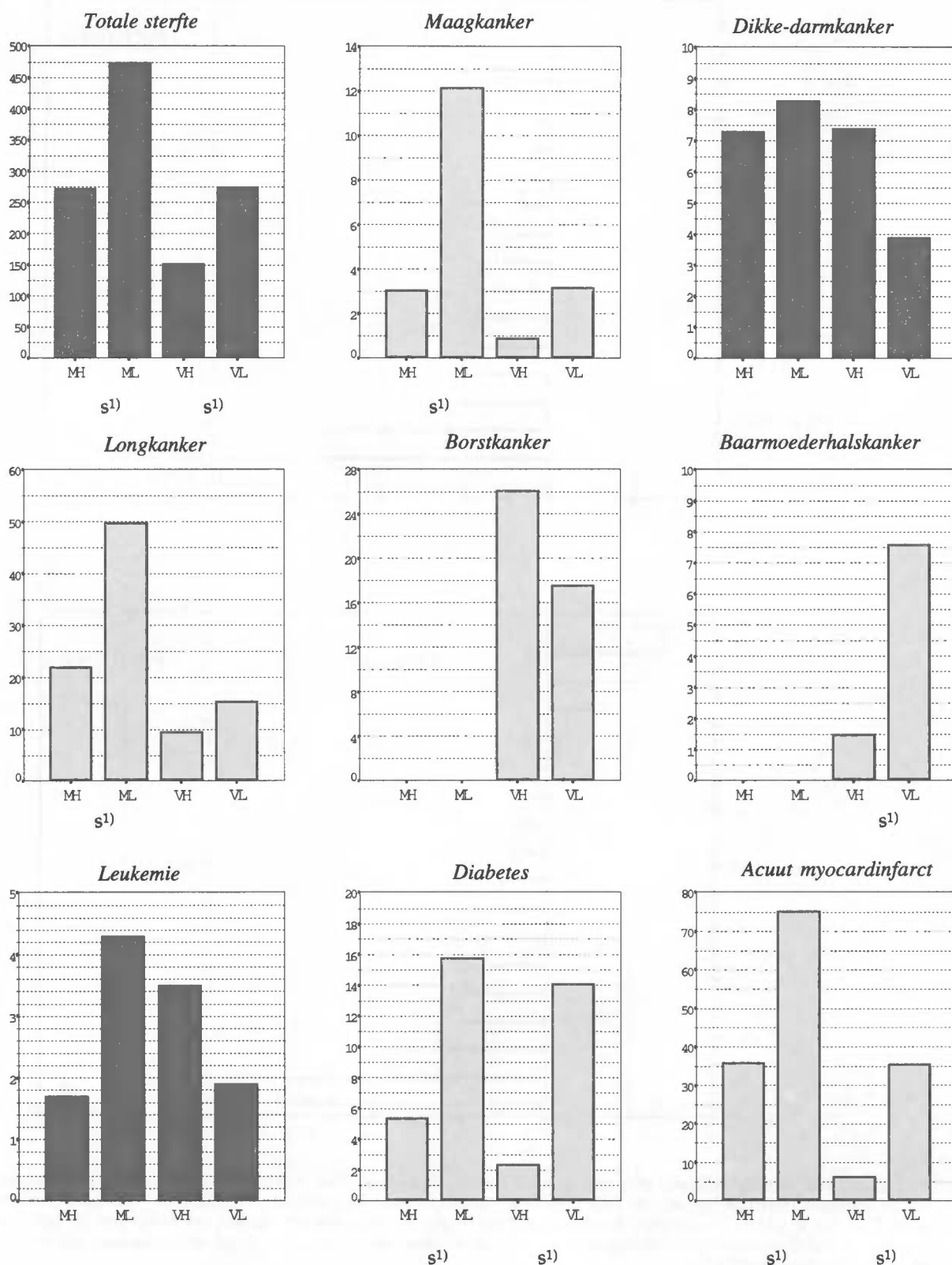
Oversterfte in de woongebiedcombinatie 'laag' ten opzichte van 'hoog', uitgedrukt in een gestandaardiseerd aantal per 100.000 personen per jaar (bovenste X-as) en als percentage van de totale oversterfte (onderste X-as) <sup>1)</sup>. Den Haag 1982-1991.



<sup>1)</sup> In verband met de eenduidigheid zijn uitsluitend doodsoorzaken volgens de AM-lijst weergegeven en geen doodsoorzaakgroepen. Daardoor zijn de in de tekst genoemde groepen 'overige niet-uitwendige oorzaken' en 'onbekend' niet uit deze figuur af te leiden. Voor andere doodsoorzaakgroepen zijn de waarden wel (globaal) te berekenen. Zo leidt bij mannen de optelsom van de oversterftepercentages voor dikke-darmkanker, leukemie, maag- en longkanker ongeveer tot de in de tekst genoemde 20.7%.

**figuur 3**

Vergelijking van de indirect gestandaardiseerde sterftecijfers (per 100.000 per jaar) tussen de woongebiedcombinaties 'hoog' en 'laag' per doodsoorzaak voor mannen en vrouwen.  
Den Haag 1982-1991.

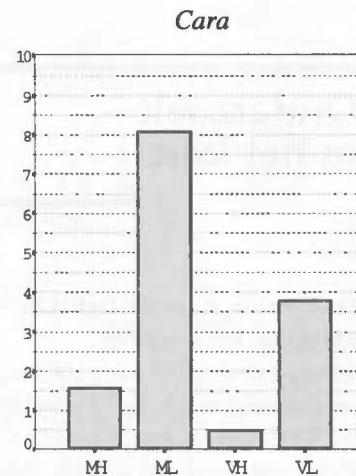
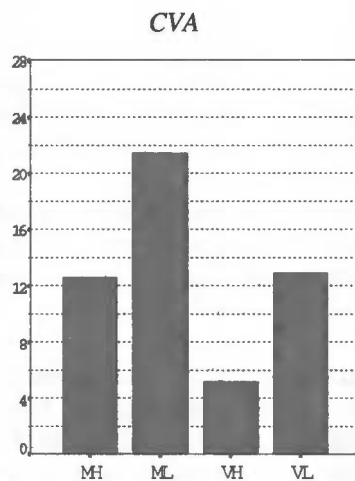
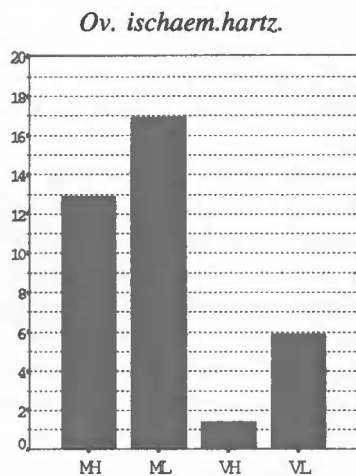
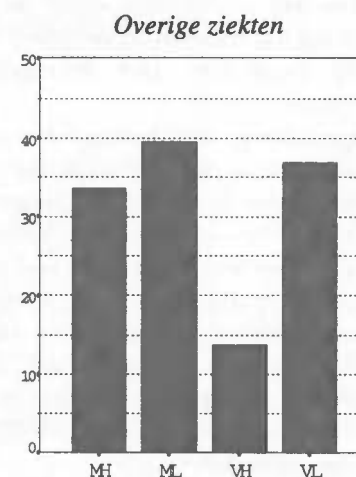
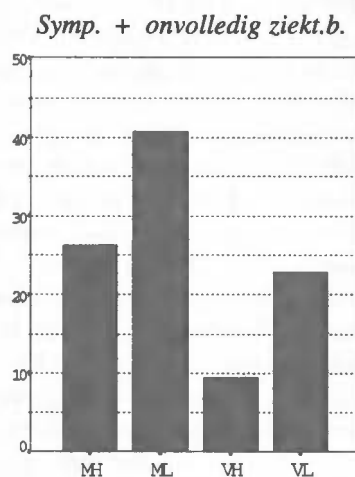
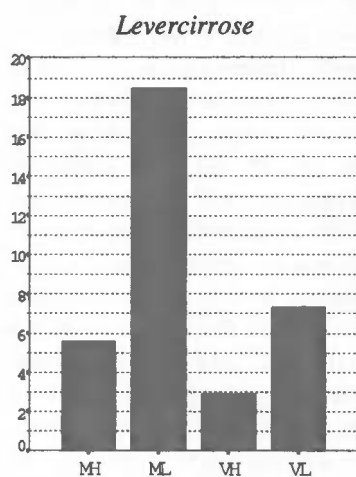
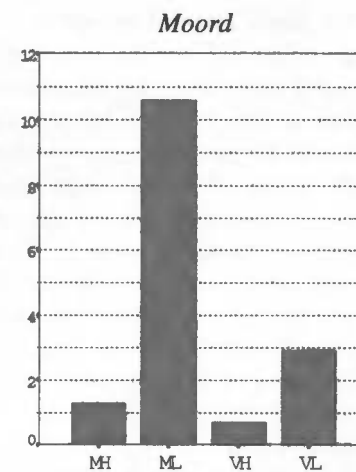
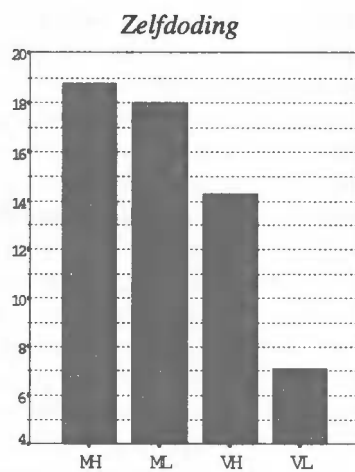
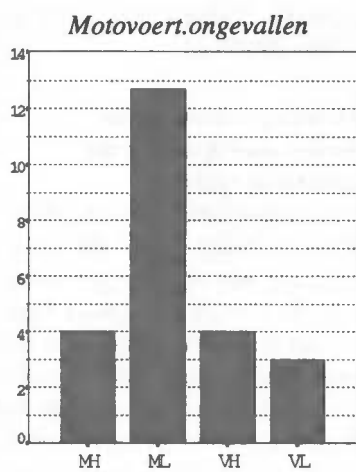




MH = Mannen 'Hoog'    VH = Vrouwen 'Hoog'

ML = Mannen 'Laag'    VL = Vrouwen 'Laag'

s<sup>1)</sup> Verschil tussen 'hoog' en 'laag' (voor mannen en/of vrouwen) is significant ( $p < 0.05$ )

s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>s<sup>1)</sup>

# korte berichten

onder redactie van  
mw. J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Onderzoek naar veiligheidsbeleving bij senioren

In november 1995 heeft de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) de cijfers van een landelijk onderzoek naar de veiligheidsbeleving van senioren gepresenteerd. Uit het onderzoek komt naar voren dat senioren de veiligheid in de privé-sfeer zeer belangrijk vinden.

Circa één op de drie senioren geeft aan bang te zijn om het slachtoffer te worden van een privé-ongeval binnen de eigen woning. Vooral de groep senioren van 75 jaar en ouder maakt zich grote zorgen over ongevallen binnenshuis. Het is dan ook opvallend dat de meeste senioren in hun eigen woning geen risico's zien: slechts 12% van de ondervraagden geeft aan, de eigen woning onveilig te vinden.

Een derde van de senioren ervaart de omgeving om het huis regelmatig als onveilig. De beoordeling van de veiligheid om het huis ligt wel in lijn met de angstgevoelens. De meeste (55%) onveilige situaties komen voor bij het gebruik van een krukje of stoel in plaats van een trapje. In de directe woonomgeving komen een slecht onderhouden stoep of straat en opstapjes bij de buitendeur als potentieel riskante situaties het meeste voor.

In de laatste twaalf maanden is

13% van de senioren minstens één keer in of om de woning gevallen. Vrouwen vallen vaker dan mannen (19% tegen 7%).

Van de ondervraagde senioren heeft 7% het afgelopen jaar een privé-ongeval gehad, waarbij medische hulp nodig was.

### RIVM en GGD'en onderzoeken afweer Nederlandse bevolking tegen infectieziekten

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en de GGD'en zijn oktober 1995 gestart met een landelijk onderzoek naar de afweer van de bevolking tegen infectieziekten, het zogenaamde PIENTER-project. PIENTER staat voor Peiling Immunisatie Effect Nederland Ter Evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma. Het gaat om een onderzoek waarbij wordt gekeken naar de bescherming van de bevolking tegen ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma (zoals difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis [kinderverlamming], bof, mazelen en rode hond) en naar het vóórkomen van een aantal andere infectieziekten. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het RIVM en een groot aantal GGD'en.

Genoemde ziekten zijn in belangrijke mate teruggedrongen, maar blijvende waakzaamheid is geboden. Leidt vaccinatie op kindereleeftijd tot bescherming die ook vele jaren later nog voldoende krachtig is? Zijn volwassenen in ons land ook nog steeds voldoende beschermd? Zijn er bepaalde risicogroepen? Dit onderzoek is belangrijk omdat sommige infectieziekten, waarvan

werd gedacht dat ze niet meer voorkwamen, lijken terug te komen.

Het onderzoek vindt plaats in 48 gemeenten in Nederland. 380 inwoners uit elk van deze gemeenten worden persoonlijk uitgenodigd om aan het PIENTER-project deel te nemen. Hun wordt gevraagd een vragenlijst in te vullen en bloed te laten afnemen op een speciaal in hun woonplaats georganiseerd spreekuur. De beoogde deelnemers worden willekeurig geselecteerd uit het bevolkingsregister. Deelname van iedereen die wordt uitgenodigd is van groot belang voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Medewerking van zoveel mogelijk jonge en oudere, gezonde en minder gezonde, gevaccineerde en ongevaccineerde personen is noodzakelijk. Iedereen levert een waardevolle bijdrage aan het inzicht in de gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan een betere bestrijding van infectieziekten, bijvoorbeeld door nieuwe of verbeterde vaccins.

Informatie: Voorlichting RIVM, tel. 030 - 274 25 60.

### HIV-seropositieven en mensen met AIDS in de huisartsenpraktijk

In december 1995 heeft de HIV/AIDS-coördinatie van de GGD Den Haag een enquête gehouden onder de Haagse huisartsen. Doel was een indruk te krijgen van het aantal HIV-geïnfecteerden zonder, respectievelijk mét symptomen en het aantal mensen met AIDS die in de huisartsenpraktijk bekend zijn.

Er reageerden 121 huisartsen op deze enquête (ruim 60%). Een vergelijkbaar onderzoek (met een nagenoeg gelijk responspercentage) is uitgevoerd in mei-juni 1993. Indertijd had 41% van de responderende huisartsen HIV-geïnfecteerden in de eigen praktijk (de enquête beperkte zich toen tot de HIV-seropositieven bij wie nog niet de diagnose AIDS was gesteld). In 1995 kende 49% van de huisartsen HIV-geïnfecteerden in de eigen praktijk (inclusief patiënten met AIDS).

Eind 1995 waren 118 HIV-geïnfecteerden (allen 18 jaar of ouder) bij de huisartsen bekend. Van vijf mannen en één vrouw was hun (ex-)verslaafdheid bekend.

De verdeling naar diagnose en geslacht is als volgt:

	M	V	T
HIV-geïnfecteerd zonder symptomen	57	8	65
HIV-geïnfecteerd met symptomen	22	0	22
AIDS	30	1	31
Totaal	109	9	118

Er waren dus 87 HIV-geïnfecteerden zonder diagnose AIDS bij de huisarts bekend; in 1993 bedroeg dit getal 86.

De verdeling van de HIV-geïnfecteerden naar land van herkomst (voorzover de vraag werd beantwoord) is als volgt:

<u>Land van herkomst</u>	
Nederland	47
Suriname	4
Antillen (incl. Curaçao)	2
Europa, Turkije en Marokko	5
Afrika	4
Overig	2

Het aantal AIDS-patiënten, bekend bij de huisarts, kan worden vergeleken met cijfers van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI). De GHI houdt op basis van vrijwilligheid en anonimiteit een registratie bij van mensen met AIDS. Per 1 oktober 1995 was in Den Haag bij

226 mensen (cumulatief over alle jaren) de diagnose gesteld. Het RIVM schatte in 1993 dat slechts ongeveer een derde van de gediagnostiseerde AIDS-patiënten nog in leven zou zijn (NTvG 1994; p. 1955). Inmiddels zal dit nog wel wat lager liggen, zodat er naar schatting ten hoogste 75 patiënten met AIDS in Den Haag zullen zijn. Onder de aanname dat de non-respons geen ernstige vertekening heeft gegeven zouden hiervan bij de responderende huisartsen ongeveer 45 bekend moeten zijn. Dit is ongeveer anderhalf maal zoveel als het opgegeven aantal van 31 patiënten.

Het is heel goed voorstelbaar dat een huisarts niet bekend is met het feit dat een patiënt bij een HIV-antistoffentest seropositief bleek te zijn. Mensen kunnen immers allerlei redenen hebben waarom ze zich niet via hun huisarts laten testen. In het verleden bleek dit bijvoorbeeld te leiden tot een on-eigenlijk aanbod van donoren bij de bloedbank, aanleiding voor de GGD om in 1985 te starten met het aanbod van een anonieme testmogelijkheid.

Wat wel enigszins verrast, is het feit dat schijnbaar ook niet alle AIDS-patiënten bij de huisarts bekend zijn. Het betreft hier wellicht mensen die in zorg zijn in de tweede lijn en die de specialist hebben verzocht hun huisarts niet te informeren, en/of die door hun huisarts uit het oog zijn verloren. Ook kunnen er in de cijfers van de GHI AIDS-patiënten voorkomen die geen (Haagse) huisarts hebben, zoals asielzoekers en personeel in diplomatieke dienst of van internationale bedrijven. En ten slotte kan het gaan om mensen bij wie de diagnose is gesteld terwijl ze in Den Haag woonden, maar die nadien naar elders zijn verhuisd. De omgekeerde situatie is overigens eveneens denkbaar, en dan zouden deze effecten elkaar opheffen. In het geval dat een elders gediagnostiseerde AIDS-patiënt naar Den Haag verhuist, zal deze echter niet

altijd als zodanig bij een huisarts bekend hoeven te zijn, bijvoorbeeld bij opname in een verpleeghuis of bij uitsluitend contact met een specialist.

Al met al lijkt het erop dat HIV-geïnfecteerden zelf hun medische zorg zoeken en niet in alle gevallen hun huisarts daarin een plaats willen geven. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat HIV/AIDS nog altijd een uiterst gevoelig probleem is.

De HIV/AIDS-coördinatie dankt de huisartsen hartelijk voor de ruime belangstelling voor deelname aan het onderzoek.

## Actuele informatie

### Geriatrisch Netwerk Den Haag

Op 25 oktober 1995 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geriaters in Nederland uitgenodigd om voor 1 februari 1996 een projectvoorstel in te dienen met als doel de stimulering van geriatrische netwerkvorming. Het is de bedoeling om in twee regio's in Nederland een geriatrisch netwerk te realiseren, te beschrijven en tevens te onderzoeken wat de doelmatigheid van de verschillende elementen is. Een belangrijke voorwaarde is de bereidheid van zoveel mogelijk instanties in de regio om aan een dergelijk project medewerking te verlenen. De Stichting Ziekenhuis Leyenburg en de Stichting Psychiatrie en Psycho-geriatrie, hebben het initiatief genomen, een projectvoorstel voor de regio Den Haag in te dienen. Geen van de door de initiatiefnemers benaderde instanties weigerde om in principe aan het project deel te nemen. De belangrijkste participanten bij de netwerkvor-

ming zijn de Districts Huisartsenvereniging, de Algemene en Psychiatrische ziekenhuizen, de Stichting Thuiszorg, de RIAGG, de verpleeg- en verzorgingshuizen en de lokale zorgverzekeraars.

De initiatiefnemers hopen dat de vele inspanningen die diverse gedingen van de gezondheidszorg in de regio Den Haag de afgelopen tien jaar hebben geleverd om tot lokale netwerkvorming te komen, kunnen worden geoptimaliseerd en gecoördineerd om een doelmatige en kwalitatief goede zorg voor ouderen tot stand te brengen.

#### **Nota Aanpak Drugproblematiek in Den Haag**

In december 1995 hebben burgemeester en wethouders van Den Haag de nota Aanpak Drugproblematiek in Den Haag uitgebracht. Kern van de nota is het beheersen en het beperken van de problematiek van drugverslaving. In de nota worden tal van voorstellen gedaan die zowel zijn gericht op het bestrijden van overlast van drugverslaving voor bewoners als - tegelijkertijd - op het verminderen en, waar mogelijk, het wegnemen van maatschappelijke oorzaken en problemen. Onder andere wordt voorgesteld, de klachtenfunctie en het casemanagement van de GGD in de wijken uit te breiden. Voor de opvang van drugverslaafden wordt gedacht aan een voorziening voor opvang tijdens de avond en de nacht en aan een sociaal pension voor verslaafden. Voorts wil de gemeente Den Haag deelnemen aan een medisch-wetenschappelijk experiment met geconditioneerde verstrekking van heroïne aan een bepaalde categorie verslaafden. De kaders van dit experiment moeten door het Rijk worden aangegeven. De organisatorische uitvoering zal worden opgedragen aan de GGD. De nota Aanpak Drugproblematiek in Den Haag wordt, na verwerking van de inspraakreacties, in april of mei in de gemeenteraad behandeld.

Belangstellenden kunnen een nota aanvragen bij de Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ, tel. 070 - 353 55 86.

#### **Haags ouderenbeleid**

Centraal in het Haagse ouderenbeleid staat het streven, ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Deze doelstelling wordt geconcretiseerd in de volgende vijf 'speerpunten van beleid' (Nota Ouderenbeleid, 1995):

- versterken van de zorg aan huis;
- verbeteren van de inkomenspositie van ouderen;
- verbeteren van de mobiliteit;
- verhogen van de sociale veiligheid;
- verbetering van de woonsituatie.

De uitwerking van die speerpunten vindt zowel op stedelijk als op stadsdeelniveau plaats. Op stedelijk niveau moeten de randvoorwaarden worden ontwikkeld waarbinnen projecten kunnen worden uitgewerkt. In het kader daarvan heeft de gemeente Den Haag het onderzoeks- en adviesbureau RSOB uit Amsterdam verzocht een onderzoek te verrichten in één van de Haagse wijken, specifiek gericht op de participatie van ouderen in sociale verbanden. Resultaten van het onderzoek moeten het zicht verbeteren op de specifieke behoeften van ouderen, de aard en de omvang van het benodigde aanbod en de wijze waarop gebruikers zouden moeten worden benaderd.

Het onderzoek heeft eind 1995 plaatsgevonden in de Haagse wijk Houtwijk. Daar zijn bij 15 zelfstandig wonende ouderen 'diepte-interviews' afgenomen. Vanwege deze kleine onderzoeksgroep kunnen de resultaten alleen als indicatie worden gebruikt. Desondanks is er zinvolle en bruikbare informatie naar boven gebracht over de wijze waarop ouderen zich laten informeren, de betrokkenheid bij de buurt, de sociale relaties en dergelijke.

Voor meer informatie kunt u con-

tact opnemen met L. Noyon, Dienst Welzijn gemeente Den Haag, tel. 070 - 353 55 97 of met het RSOB, tel. 020 - 615 28 87.

## Voorlichting

#### **Artsen en buitenlandse patiënten verstaan elkaar letterlijk en figuurlijk niet**

Omdat er in veel gevallen sprake is van een taalbarrière verloopt de communicatie tussen artsen en Turkse, Marokkaanse of andere buitenlandse patiënten nogal eens moeizaam. Het gevolg is dat een arts zich in een consult vaak beperkt tot strikt medische zaken. Hij of zij probeert zo duidelijk mogelijk en in eenvoudige bewoordingen uit te leggen wat de diagnose is en op welke wijze de klacht kan worden aangepakt. De arts doet dit echter vaak zonder na te gaan of de patiënt echt begrijpt waar het om gaat. Tegenover de arts zit een patiënt die uit zichzelf weinig zegt, geen vragen stelt, maar wel een onmiddellijke remedie verwacht.

Beide gesprekpartners doen over het algemeen erg hun best, maar beiden blijven steken in hun eigen denkpatroon. Daardoor verstaan ze elkaar letterlijk en figuurlijk vaak niet goed. De arts vraagt zich af waarom zijn boodschap niet overkomt. De patiënt begrijpt niet waarom de arts niet daadkrachtiger optreedt.

Opvallend is dat er ondanks grote taalproblemen die men ervaart nog weinig tolken worden ingeschakeld. Terwijl zorgverleners toch gratis gebruik kunnen maken van de diensten van de zes tolkencentra, verspreid over Nederland. Deze problemen komen naar voren in de publikatie 'Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in het ziekenhuis'. De publikatie is geschreven voor

medewerkers in de eerste- en tweedelijnszorg die regelmatig gesprekken voeren met buitenlandse patiënten.

Informatie: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), tel. 0348 - 43 76 00.

### Banenproject voor verslaafden

Op 19 januari opende wethouder J.J. Luijten van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie het bureau Banenconsulent Verslavingszorg, kortweg de BV. Het bureau bemiddelt verslaafden die gebruik maken van behandelingsvoorzieningen in Den Haag in het vinden van scholingsmogelijkheden en arbeidsplaatsen. Verder heeft de BV een voorlichtende taak. Door het geven van informatie over verslaving en hulpverlening willen de consulenten scholen en arbeidsorganisaties stimuleren tot het leveren van een bijdrage aan de maatschappelijke integratie van (ex-)verslaafden.

De Banenconsulent Verslavingszorg is een samenwerkingsproject van Centrum Verslavingszorg Zeestraat, Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en de gemeente Den Haag. Het bureau is gevestigd op het adres: Zieken 107, 2515 SB Den Haag (tel. 070 - 388 13 79.)

## Aangifte infectieziekten

Op pagina 38 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (lokatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit maartnummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziek-

ten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het vierde kwartaal 1995.

Er werd 1 febris-typhoida-patiënt gemeld. Tijdens een verblijf van een half jaar in Pakistan werd de patiënt ernstig ziek. Terug in Nederland werd de diagnose vastgesteld en werd de patiënt vervolgens behandeld.

Van de 14 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten werden 5 patiënten in het buitenland besmet, 3 patiënten werden besmet binnen het gezin, 1 patiënt werd besmet na het eten van een buitenlandse maaltijd en van 5 patiënten bleef de bron onbekend. Gevonden werden *Shigella boydii*, *S.flexneri* en *S.sonnei*.

Van de 17 gemelde hepatitis A-patiënten liepen 8 patiënten hun besmetting op tijdens vakantie in respectievelijk Turkije en Marokko, 4 patiënten werden door gezinsleden besmet en van 5 patiënten bleef de bron onbekend.

Van de 3 gemelde hepatitis B-patiënten werd 1 patiënt besmet via seksueel contact. Van de anderen bleef de bron onbekend.

Van de gemelde legionella pneumonie-patiënt werd de bron niet gevonden.

Van de 9 gemelde malaria-patiënten waren 8 besmet met *Plasmodium falciparum* en 1 met *P.ovale*. De meeste patiënten hadden geen malaria-profylaxe genomen. In West-Afrika werd 7 keer een besmetting opgedaan, en in Midden-Afrika 1 keer.

De 4 gemelde meningococcosis-patiënten waren kinderen in de leeftijd van een half tot twee jaar. Hun huisgenoten kregen profylaxe toegediend.

Van de gemelde morbilli-patiënt had de familie vergeten de patiënt voor de vakantie te laten vaccineren.

De 2 gemelde paratyphus-patiënten liepen hun besmetting op tijdens vakantie in respectievelijk Nepal en Indonesië.

Van de 85 gemelde scabies-patiënten vonden veel besmettingen plaats binnen het gezin. In een verpleeghuis bleken enkele patiënten en een verplegend personeelslid besmet. In goed overleg met het verpleeghuis werd besloten twee afdelingen en alle personeelsleden van deze afdelingen te behandelen, met succesvol resultaat. Voor en tijdens deze actie werd regelmatig een dermatoloog geraadpleegd.

In een gezinsvervangend tehuis bleken diverse mensen besmet te zijn met scabies. Na overleg met de leiding werden alle personen (leidsters, stagiaires, oproepkrachten, bewoners enz.) behandeld.

De 3 gemelde voedselinfectie-patiënten werden binnen een gezin besmet. De Keuringdienst van Waren werd ingeschakeld.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);

R. Huijsen;

Mw. F.E. de Jongh-Wieth;

H.R. Lingen;

B.J.C. Middelkoop;

A.R. Noyon;

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

Dr. J.P.J. Slaets (Zkh Leyenburg);

Mw. G.J. Wijkmans;

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

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	Den Haag 1995	West Hol- land 1995	Rijs- wijk 1995	Tot. regio 1995	1e kw regio 1995	2e kw regio 1995	3e kw regio 1995	4e kw regio 1995	
mens	inhalatie	difterie (B)									
		lepra (B)	1	1		2	2				
		meningococcosis (B)*	14	5	2	21	4	6	4	7	
		morbilli (B)	1			1					1
		(atyp.) pertussis (B)**	4	4		8	1		1	6	
		rubella (B)									
		tuberculosis (B)	105	11		116	30	20	23	43	
		parotitis epidemica (C)	1	1		2		2			
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	105	6	2	113	35	28	26	24	
		syfilis prim./sec. (C)	3		2	5	1	2		2	
		syfilis congenita (C)									
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)1	9	1		10	5		2	3	
		HIV-infectie/Aids (1)***	28			28	3	3	11	11	
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)									
		hepatitis A (B)(3)	60	22	6	88	25	15	17	31	
		dysenteria bacillaris (B)(3)	28	7	1	36	1	5	15	15	
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	194	5		199	55	25	32	87	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	6		2	8	3	2	2	1	
		Q-koorts (B)(5)	1			1		1			
	insectebeet	lassakoorts (A)(6)									
		febris recurrens (B)									
		gele koorts (B)									
		malaria (B)	27	3	3	33	6	5	11	11	
		typhus exanthematicus (B)									
	beet/speeksels	rabies (A)									
		pest (A)									
	aanraking	anthrax (B)									
tularemia (B)											
brucellosis (B)(5)											
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	2			2	1			1	
	consumptie	cholera (B)									
		trichinosis (B)									
		voedselvergiftiging (B)	26	9	1	36	2	21	5	8	
		febris typhoidea (A)	6	1		7	1	1	4	1	
		paratyfus B (B)	2			2				2	
	botulisme (B)(7)										
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1			1	1					
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)										
<b>totaal</b>			<b>596</b>	<b>76</b>	<b>19</b>	<b>691</b>	<b>173</b>	<b>133</b>	<b>142</b>	<b>243</b>	

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding  
 \* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis  
 \*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis  
 \*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij GGD  
 (1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten  
 (2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel  
 (4) soms besmetting via beddegoed  
 (5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten  
 (6) ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts  
 (7) ook wondbesmetting