

**Gezondheid in de
vier grote steden**

V65

H. F. L. Garretsen
H. Raat

1989

SDU uitgeverij, 's-Gravenhage 1989

**Wetenschappelijke Raad
voor het Regeringsbeleid**



CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Garretsen, H.F.L.

Gezondheid in de vier grote steden / H.F.L. Garretsen, H. Raat. – 's-Gravenhage: SDU uitgeverij. – (Voorstudies en achtergronden / Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, ISSN 0169-6688 ; V65)

Met lit. opg.

ISBN 90-12-06178-4

SISO 601.51 WDG 613/614(492-21)+351.77 NUGI 732

Trefw.: gezondheid ; grote steden ; Nederland / gezondheidszorg ; grote steden ; Nederland / volksgezondheidsbeleid ; Nederland.

Dr. H.F.L. Garretsen is hoofd van de afdeling Epidemiologie van de Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken

Dr. H. Raat is werkzaam als arts-epidemioloog bij de afdeling Epidemiologie van de Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken

Ten geleide

Deze voorstudie is uitgevoerd in het kader van een WRR-project waarin de perspectieven van de grootstedelijke gebieden worden onderzocht. De keuze voor een thema over gezondheid wordt ingegeven door de verwachting dat de voorzieningen voor de gezondheid en de gezondheidszorg van strategische betekenis zijn voor de toekomst van de steden. In het kader van de Healthy City beweging begint deze ontwikkeling zich reeds internationaal af te tekenen. Een aantal Nederlandse steden is direct bij deze ontwikkeling betrokken.

De studie geeft in grote lijnen aan wat bekend is over de gezondheidssituatie en over de stand van de gezondheidsvoorzieningen in de grote steden. In deze opzichten worden hier en daar opvallende afwijkingen gesignaleerd van de gemiddelde situatie in ons land. Het zwaartepunt van de studie ligt op de institutionele verhoudingen. Deze zijn op dit beleidsgebied gedurende het laatste decennium aan ingrijpende veranderingen onderhevig. Met name de positie van de grote steden verandert aanzienlijk in het kader van de beleidsvoornemens van de regering die in het kielzog van de Commissie-Dekker zijn ontwikkeld. De auteurs leveren een belangrijke bijdrage aan de gedachtenvorming over deze stelselwijziging, waarbij zij enige aanvullende beleidsvarianten op lokaal en regionaal niveau bezien.

De studie is uitgevoerd door twee onderzoekers van de Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken (GGD). De standpunten en interpretaties zijn voor rekening van de auteurs. Dat neemt niet weg dat de discussie die mede door deze studie zal worden uitgelokt bouwstenen zal leveren voor het rapport over grootstedelijke gebieden dat de WRR voorbereidt. In dat rapport zal de aandacht in het bijzonder uitgaan naar de verschuivingen in de verhouding tussen de diverse geledingen van de overheid en het particulier initiatief.

Prof. dr. W. Albeda
Voorzitter WRR

Prof. dr. A.M.J. Kreukels
Voorzitter WRR-project
Grootstedelijke gebieden

Inhoudsopgave

Ten geleide	3
Woord vooraf	7
1. Inleiding	9
2. Gezondheidssituatie grote steden	11
2.1 Algemeen, behandelde onderwerpen	11
2.2 Algemeen profiel grote steden	12
2.3 De gezondheidstoestand	13
2.3.1 Beschikbaarheid van gegevens	13
2.3.2 Sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving	15
2.3.3 Geestelijke gezondheid	20
2.4 Leefwijzen	23
2.4.1 Verslaving	23
2.4.2 Overige topics	31
2.5 De gezondheidssituatie van enkele bevolkingscategorieën	34
2.5.1 Adolescenten	34
2.5.2 Ouderen	37
2.5.3 Etnische minderheden	40
2.6 Ongelijkheid in gezondheid	44
2.6.1 Maatschappelijke ongelijkheid in Nederlandse steden	44
2.6.2 Ongelijkheid in gezondheid	45
2.7 Conclusies met betrekking tot de gezondheidssituatie in de grote steden	47
3. Gezondheidsvoorzieningen en maatschappelijke dienstverlening	51
3.1 Algemeen	51
3.2 Basisgezondheidszorg	51
3.3 Eerstelijnszorg	57
3.3.1 Wat is eerstelijnszorg	57
3.3.2 De vier kerndisciplines in de eerstelijnszorg	60
3.3.3 Bijzondere eerstelijnszorg	67
3.3.4 Beschouwing omtrent de eerstelijnszorg in de grote steden	70
3.4 Tweedelijnszorg	72
3.4.1 Een globaal overzicht	72
3.4.2 De voorzieningen voor tweedelijnszorg	73
3.4.3 De situatie in de vier grote steden	77
3.5 Geestelijke gezondheidszorg	81
3.6 Conclusies	90
4. Een historisch en internationaal vergelijkend perspectief	95
4.1 Algemeen	95
4.2 Een historisch perspectief	95
4.3 Een internationaal perspectief	101
4.4 De World Health Organization	109
4.5 Conclusies	115

5.	Nationale ontwikkelingen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid	117
5.1	Algemeen	117
5.2	Ontwikkeling van de structuurwetgeving	118
5.3	Van structuurwetgeving naar marktwerking?	
	Het rapport van de commissie-Dekker en de nota's daaromheen	128
5.4	De ontwikkeling van inhoudelijk beleid	144
5.5	Conclusies	150
6.	Lokale ontwikkelingen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid	153
6.1	Algemeen	153
6.2	De relatie tussen de rijksoverheid en de grote steden	155
6.3	Basisgezondheidszorg en het Healthy Cities Project	158
6.4	Nieuwe ontwikkelingen in de vier grote steden	161
6.5	Volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden na de commissie-Dekker	168
7.	Discussie en conclusies	173
7.1	Gezondheidssituatie in de vier grote steden	173
7.2	De consequenties van de regeringsnota Verandering verzekerd voor de vier grote steden	175
7.3	Alternatieven voor het volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden	181
7.4	Epiloog	188
	Bijlage 1	195
	Bijlage 2	221
	Literatuurlijst	251

Woord vooraf

De grote steden zijn in beweging. Niet alleen problemen zoals verloedering, werkloosheid en AIDS zijn geconcentreerd in de steden. De grootstedelijke regio's zijn ook het middelpunt van nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van informatie-technologie, zakelijke dienstverlening, architectuur, kunst en wetenschap. Zowel de rijksoverheid als de grote steden zelf zoeken sinds enige jaren naar beleidsstrategieën, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de potenties van de grote steden.

In het project Grootstedelijke Gebieden besteedt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid aandacht aan de situatie in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Op verschillende maatschappelijke terreinen worden de problemen geïnventariseerd, evenals de oplossingen die hiervoor worden ontwikkeld. Het spanningsveld tussen de behoefte aan rijksregulering versus de autonome beleidsontwikkeling in de stedelijke regio's is daarbij een punt van bijzonder belang.

In het kader van dit project Grootstedelijke Gebieden heeft de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid verzocht om een beschrijving van de gezondheidssituatie, de voorzieningen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en het beleid ten aanzien van de volksgezondheid in de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Gezondheid en welzijn zijn belangrijke aspecten van het leven in de grote steden. Economische, wetenschappelijke en culturele ontwikkelingen gedijen het beste in gezonde steden. Omgekeerd zijn de economie, wetenschap en cultuur van grote invloed op de gezondheid in de stad. Vanuit deze optiek is de onderhavige studie onderdeel van het WRR-project Grootstedelijke Gebieden.

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode 1987 – 1988. Het project is inhoudelijk begeleid door prof. dr. A. Kreukels, WRR-raadslid en door de WRR-beleidsmedewerkers M.G. van der Hulst en drs. W. Salet. A. Onderdelinden heeft het onderzoek administratief ondersteund en verzorgde de tekstverwerking. De medewerkers van de afdeling Epidemiologie van de Gezondheidsdienst voor Rotterdam en omstreken hebben gegevens en ideeën aangedragen die nodig waren voor deze studie. In het kader van dit onderzoek zijn interviews gehouden met deskundigen in de vier grote steden, die vanuit inhoudelijk, beleidsmatig of financieel oogpunt betrokken zijn bij de zorg. In bijlage 2 staat een samenvatting van deze interviews. De geïnterviewde deskundigen leverden eveneens veel gegevens en ideeën voor dit project.

H.F.L. Garretsen is eerstverantwoordelijke auteur voor de inleiding en de beschrijving van de gezondheidssituatie, van de basisgezondheidszorg en van de geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 1 en 2 en de paragrafen 3.1., 3.2., 3.5. en 3.6).

H. Raat is eerstverantwoordelijke auteur voor de beschrijving van de eerste- en tweedelijnszorg, van het historisch overzicht en de (inter)nationale en lokale beleidsontwikkelingen en van het slothoofdstuk (paragrafen 3.3. en 3.4. en de hoofdstukken 4 tot en met 7).

De eerste bijlage over de beschikbaarheid van gegevens is samengesteld door H.F.L. Garretsen. De interviews met deskundigen in de vier grote steden en de verslagen ervan (bijlage 2) zijn door H. Raat gedaan.

Dit rapport had niet kunnen worden geschreven zonder de bereidwillige medewerking van een groot aantal mensen. Naast de bovengenoemde personen willen wij allen hartelijk bedanken die op de één of andere wijze aan dit onderzoek hebben bijgedragen.

Rotterdam, april 1989
H.F.L. Garretsen en H. Raat

Deze voorstudie is onderdeel van het Project Grootstedelijke Gebieden van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Dit project is geïnitieerd vanwege enerzijds de grote problemen waarmee de vier grote steden te kampen hebben en anderzijds de belangrijke functies die deze steden hebben voor de Nederlandse samenleving ten aanzien van bijvoorbeeld economie en cultuur.

Er zijn voldoende redenen aan te wijzen om aan de gezondheid en gezondheidszorg aparte aandacht te besteden. Een gezonde stad is een vitale factor voor stedelijke ontwikkeling. Gezondheid is een doel op zich, doch daarnaast hebben zogenaamde leefbare steden een belangrijke aantrekkingskracht op de huidige groeisectoren, zoals de zakelijke dienstverlening. Versterking van de concurrentiepositie van de Randstad zou gebaat zijn met effectieve verbeteringen van de leefsituatie in de Randstad. Een gezonde stad biedt meer kansen voor economische groei, terwijl economische groei een belangrijke voorwaarde is voor een gezonde stad. Aandacht voor gezondheid lijkt dus gerechtvaardigd, maar waarom speciaal aandacht voor de gezondheid van de grote steden? De grote stad biedt zowel een onderkomen aan degenen die de spil vormen van wetenschappelijke, technische, culturele en zakelijke ontwikkelingen, als aan degenen die geheel of gedeeltelijk buiten dergelijke ontwikkelingen staan. Vernieuwing en achteruitgang lijken in grote steden hand in hand te gaan. Bij een nadere analyse blijkt het echter mogelijk te zijn om een deel van de positieve, vernieuwende capaciteit van de stad in te zetten om achteruitgang zoveel mogelijk te voorkomen. Dit is een belangrijk doel van de zorgsector in de grote steden: lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke achteruitgang in de stad zo veel mogelijk voorkómen en znodig adequaat opvangen.

Van belang is verder dat momenteel een aantal belangrijke nieuwe ontwikkelingen rond de gezondheid en gezondheidszorg in de grote steden plaatsvindt. Inhoudelijk worden nieuwe gezondheidsdoelen gesteld in het kader van het streven van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) naar een aanvaardbaar niveau van gezondheid voor allen in het jaar 2000 (Health for All). Landelijk is hiertoe de zogenaamde Nota 2000 opgesteld. Voor de steden is het Healthy Cities-project van de WHO van belang, dat poogt de Health for All-strategie te vertalen naar de steden.

Trefwoorden in deze nieuwe ontwikkelingen zijn: terugdringen van gezondheidsverschillen; uitgaan van gezondheidsbeleid in plaats van zorgbeleid, waartoe een goede diagnose van de gezondheidssituatie nodig is (community diagnosis); het verkrijgen van politieke steun; het betrekken van de bevolking bij het een en ander (community involvement) en het intersectoraal werken (facetbeleid). Naast inhoudelijke ontwikkelingen spelen ontwikkelingen ten aanzien van de bestuurlijke organisatie en het ziektekostenverzekeringsstelsel. In dit licht is de nota van de zogenaamde commissie-Dekker van belang.

Doel van deze voorstudie is materiaal aan te dragen voor de discussie over de positie van de grote steden in Nederland en meer in het bijzonder voor de discussie over de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid in deze steden. In deze voorstudie wordt daartoe in grote lijnen aangegeven wat bekend is over de gezondheidssituatie, de zorgvoorzieningen en het gezondheidsbeleid in de vier grote steden. Het gaat om het krijgen van een overzicht van inzichten, onderzoeken, voorzieningenstructuur en beleid. Hoe ligt de problematiek, wat is bekend en wat nog niet.

Voor wat betreft de gezondheidssituatie spelen vele vragen: hoe is deze te typeren?, is de grote stad ongezonder dan de rest van het land?, welke gezondheidsproblemen zijn te onderscheiden?, hangt het vóórkomen van bepaalde problemen samen met de selectieve bevolkingssamenstelling van de steden, met

bijzondere leefstijlen of met problemen rond ongelijkheid in gezondheid? Vervolgens dient te worden nagegaan of deze gezondheidssituatie in de grote steden een aangepast zorgaanbod behoeft. De vraag staat centraal of het zorgaanbod in de grote steden goed is afgestemd op de vraag, op de gezondheidssituatie. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is eerst nodig te weten welke voorzieningen aanwezig zijn, wat het takenpakket is en wat eventuele knelpunten zijn, bijvoorbeeld knelpunten rond aard en organisatie van de hulp en rond afstemming en samenwerking.

Na een typering van de gezondheidssituatie, van de geboden zorg en van de afstemming van deze zorg op de vraag dient de lijn te worden doorgetrokken naar het gezondheidsbeleid. Welke beleidsontwikkelingen spelen in de grote steden? Wijken deze af van de situatie in de rest van het land? De stedelijke beleidsontwikkelingen dienen te worden bezien in historisch, nationaal en internationaal perspectief. Welke lijnen zijn uit het verleden door te trekken en met welke landelijke en internationale ontwikkelingen moet rekening worden gehouden? Welke mogelijkheden hebben de grote steden om zelf een beleid te voeren? Wat zijn voor- en nadelen van verschillende orderingsprincipes ten aanzien van de volksgezondheid? Op basis van het onderzoeksdoel kunnen de volgende vraagclusters worden geformuleerd:

1. hoe is de gezondheidssituatie in de grote steden? Zijn er verschillen tussen de steden onderling en tussen de steden en de rest van het land aan te wijzen?;
2. hoe is de situatie ten aanzien van de gezondheidszorgvoorzieningen in de grote steden? Zijn er verschillen tussen de steden onderling en tussen de steden en de rest van het land aan te wijzen?
Hoe is de afstemming vraag (gezondheidssituatie) – aanbod (zorg)?;
3. hoe is de situatie ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid in de grote steden? Hoe is de relatie met landelijke en internationale ontwikkelingen? Welke mogelijke toekomstige ontwikkelingen doen zich voor en lijken deze nastrevenswaardig?

Een handicap bij het beantwoorden van deze vraagstellingen wordt gevormd door de geringe beschikbaarheid van empirisch materiaal. Vraagstellingen kunnen dan ook vaak slechts ten dele worden beantwoord. Een wezenlijk deel van deze voorstudie werd gevormd door een studie naar de beschikbaarheid van gegevens: welke gegevens zijn waar en in welke vorm beschikbaar? In bijlage 1 wordt hier verslag van gedaan. Deze voorstudie is gebaseerd op literatuurstudie en op het raadplegen van beschikbaar onderzoeksmateriaal enerzijds en op een aantal interviews met deskundigen uit de vier grote steden anderzijds.

Gezien de breedte van het onderwerp van studie en de toch beperkte beschikbare tijd is een selectie van literatuur noodzakelijk geweest. In enkele gevallen is daarom gebruik gemaakt van algemene overzichtsartikelen. Daar de auteurs in Rotterdam werkzaam zijn was informatie over deze stad vaak sneller voorhanden dan informatie uit de andere steden. Dit leidt soms tot een wat grotere aandacht voor de Rotterdamse situatie. Verder was het noodzakelijk prioriteiten te stellen ten aanzien van behandelde onderwerpen en is aan sommige bevolkingscategorieën meer aandacht besteed dan aan anderen. In de betreffende hoofdstukken wordt steeds een verantwoording van gemaakte keuzes gegeven. Verslagen van de gehouden interviews zijn als bijlage 2 opgenomen.

Eerst wordt ingegaan op de gezondheidssituatie in de vier grote steden (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de stedelijke gezondheidszorgvoorzieningen en de maatschappelijke dienstverlening (hoofdstuk 3). In de hoofdstukken daarna wordt aandacht besteed aan het volksgezondheidsbeleid. Eerst wordt een historisch en internationaal-vergelijkend perspectief gegeven (hoofdstuk 4). Dan komen de nationale ontwikkelingen (hoofdstuk 5) en vervolgens de lokale ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en de positie van de grote steden aan bod (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 worden op basis van deze studie voorstellen gedaan voor de richting waarin het stedelijk volksgezondheidsbeleid zich in de toekomst kan ontwikkelen.

2.1 Algemeen, behandelde onderwerpen

In dit hoofdstuk wordt voorzover mogelijk een overzicht gegeven van de gezondheidssituatie van de bevolking in de grote steden. Voor wat betreft de gezondheidssituatie is een aantal zaken van belang, zoals de gezondheidstoestand en -beleving en de gezondheidsbeïnvloedende factoren, waaronder leefwijzen. Ook is van belang de meer algemene leefsituatie in de steden.

In hoofdstuk 1 is reeds aangeduid dat de voorliggende studie een voorbereidend karakter heeft. Getracht is na te gaan of, en zo ja welke, gezondheidsproblemen in de grote steden vooral spelen. Gebleken is dat onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om hier een definitief beeld van te geven (een uitgebreid overzicht van de beschikbaarheid van gegevens en van aanwezige bronnen is als bijlage opgenomen). Desondanks zijn onder voorbehoud wel enige globale conclusies te trekken.

Met de doelstellingen van het project Grootstedelijke Gebieden mede als leidraad zijn, in overleg met de opdrachtgever, keuzes gemaakt met betrekking tot de uit te werken onderwerpen.

Ingegaan wordt op de algemene gezondheidstoestand en -beleving van de bevolking, waarbij apart aandacht wordt besteed aan de geestelijke gezondheidssituatie. In deze voorstudie wordt niet uitgebreid ingegaan op het vóórkomen van specifieke ziekten en aandoeningen, zoals bijvoorbeeld kanker en infectieziekten. Ook wordt niet ingegaan op alle gezondheidsbeïnvloedende factoren, wel op enkele voor het beleid relevante factoren. Eén van de gezondheidsbeïnvloedende factoren is de gezondheidszorg. Op het aanbod van voorzieningen wordt in hoofdstuk 3 ingegaan. Het beleid ten aanzien van voorzieningen komt in de hoofdstukken erna aan bod. In dit hoofdstuk is vooral prioriteit gegeven aan de leefwijzen als gezondheidsbeïnvloedende factoren. In deze voorstudie wordt niet ingegaan op milieufactoren zoals bijvoorbeeld vervuiling en kernenergie en ook niet op biologische factoren.

Sommige bevolkingscategorieën kennen een dermate bijzondere positie dat een aparte bespreking ervan gewenst lijkt. In deze voorstudie gebeurt dat voor adolescenten, ouderen en etnische minderheden.

Gezondheid, ziekte en sterfte variëren met de leeftijd en elke leeftijdscategorie kent een eigen problematiek. Adolescenten en ouderen worden apart besproken om de volgende redenen:

- adolescenten (hier gedefinieerd als in de Nota 2000, dat wil zeggen van 15 tot en met 24 jaar) bevinden zich in de levensfase waarin experimenteren sociaal geaccepteerd wordt en waarin riskant gedrag meer aanvaard wordt. Voor veel (grootstedelijke) problematiek, zoals bijvoorbeeld vandalisme en druggebruik is dit een belangrijke categorie;
- door de dubbele vergrijzing in Nederland (meer ouderen én ouderen blijven langer leven; dus meer hoogbejaarden) neemt het aantal ouderen snel toe. Dit heeft grote gevolgen voor de morbiditeit en voor het beroep op de gezondheidszorg.

Naast adolescenten en ouderen als speciale leeftijdscategorieën wordt apart aandacht besteed aan de etnische minderheden. Een relatief groot deel hiervan woont in de grote steden en door de andere achtergrond van deze personen is een aparte bespreking gerechtvaardigd.

Na een bespreking van de gezondheidssituatie van de bovengenoemde bevolkingscategorieën wordt ingegaan op de heersende ongelijkheid in gezondheid.

Deze wordt als problematisch gezien. Een gezondheidsbeleid zal onder andere gericht moeten zijn op het terugdringen van deze ongelijkheid.

Achtereenvolgens komt in hoofdstuk 2 het volgende aan bod:

- een beknopt algemeen profiel van de grote steden (2.2);
- de gezondheidstoestand (2.3);
- leefwijzen (2.4);
- de gezondheidssituatie van enkele bevolkingscategorieën (2.5);
- ongelijkheid in gezondheid (2.6);
- conclusies met betrekking tot de gezondheidssituatie (2.7).

2.2 Algemeen profiel grote steden

De gezondheidssituatie in de grote steden hangt samen met de gehele leefsituatie in deze steden. Ruimtelijke, economische en gezondheidsproblemen hangen onderling samen. Eventuele gezondheidsproblematiek is een onderdeel van een bredere grote-stadsproblematiek. Alvorens in te gaan op de gezondheidssituatie in de steden is het nuttig om een beknopte schets te geven van de algemene grootstedelijke situatie.

In tabel 2.1 staan de inwonertallen en het aantal 65+-ers vermeld. Het aantal ouderen is relatief groot. Hetzelfde geldt overigens voor het aantal etnische minderheden. Meer gedetailleerde gegevens hierover worden in paragraaf 2.5 verstrekt.

Tabel 2.1 Basisgegevens grote steden

	Inwoneraantallen	Aantal 65+
Amsterdam	679.363 ¹	107.442 (16%) ¹
Rotterdam	572.652 ²	98.882 (17%) ²
Den Haag	445.063 ²	84.617 (19%) ²
Utrecht	229.945 ¹	32.168 (14%) ¹

¹ per 1-1-1986 ² per 1-1-1987

Bron: Basisgegevensbestand WRR-project Grootstedelijke Gebieden, 9 maart 1988

In een, weliswaar reeds enkele jaren geleden verrichte, studie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (1984, 1986), is voor een aantal steden een profielschets opgesteld.

Problemen doen zich in de grote steden voor met betrekking tot de kwaliteit van de bestaande woningvoorraad. De grote steden hebben (nog) relatief veel slechte woningen in de vooroorlogse woningvoorraad. Daarnaast is bijvoorbeeld de parkeerproblematiek bij uitstek een grootstedelijk issue.

Kenmerkend is verder een relatief grote mate van onveiligheid (vandalisme, geweld) en relatief veel problemen met de openbare orde, onder andere ten gevolge van druggebruik.

Voor wat betreft het werkloosheidspercentage geldt dat dit vooral in de regio's Rotterdam en Amsterdam relatief hoog is.

Naast zaken welke samenhangen met bovengenoemde topics (bevolkingssamenstelling, woonkwaliteit, parkeerproblematiek, onveiligheid en werkloosheid), worden in de VNG-studie nog enkele zwakke punten van de vier grote steden opgevoerd. Voor Amsterdam wordt onder andere de woningnood, de vervuiling en de cumulatie van maatschappelijke problemen in bepaalde bevol-

kingsgroepen in bepaalde wijken vermeld; voor Rotterdam onder andere het gebrek aan voldoende instrumenten en geld om een op de oplossing van problemen toegespitst sociaal-economisch beleid te voeren, alsmede het negatieve image als woonstad; voor Den Haag naast onder andere de sterk vergrijzende bevolking de concentratie van maatschappelijke problemen in scherpe omvang in bepaalde wijken en voor Utrecht, naast onder andere de grote aantallen óngeschoolde werklozen, het ontbreken van een voldoende kader voor verenigingsleven en cultuur (VNG, 1984).

Een aantal van bovengenoemde problemen zal direct of indirect samenhangen met gezondheidsproblemen. Andere zijn op zich al zeer duidelijk als gezondheidsgerelateerd gedrag te typeren, bijvoorbeeld druggebruik en geweld.

Het is niet te verwachten dat de situatie in de afgelopen jaren zeer sterk is gewijzigd ten opzichte van die zoals die tijdens de VNG-studie bestond. Dezelfde aandachtspunten lijken van belang. Bij een interpretatie van gezondheidsproblematiek zullen deze ook in het oog moeten worden gehouden. Voorzover relevant en voorhanden wordt in het volgende in de tekst up to date informatie verstrekt, zoals bijvoorbeeld de aantallen ouderen en etnische minderheden per gemeente.

2.3 De gezondheidstoestand

2.3.1 Beschikbaarheid van gegevens

Ten aanzien van de gezondheidstoestand van de bevolking is een aantal soorten gegevens/informatiestromen van belang. Gegevens kunnen worden verkregen direct van de bevolking of via voorzieningen, kunnen betrekking hebben op arbeidsverzuim of op een bepaalde aandoening, enzovoort.

Een overzicht van mogelijke gegevens over de gezondheidstoestand en -beleving wordt gegeven in het spectrum van epidemiologische data van Raat e.a. (1987, zie schema 2.1). Kort samengevat komen in dit spectrum de volgende gegevenssoorten aan bod:

- mortaliteitscijfers (sterftcijfers);
- morbiditeitscijfers (ziektcijfers) tweede lijn, gegevens langdurig arbeidsverzuim;
- morbiditeitscijfers eerste lijn, gegevens Basisgezondheidsdiensten en gegevens kortdurend arbeidsverzuim;
- gezondheidsenquêtes.

In bijlage 1 wordt uitgebreid aangegeven of, in hoeverre en waar welke gegevens beschikbaar zijn. Gebleken is dat enkele gegevens direct voorhanden zijn, dat een aantal gegevens niet direct voorhanden is, doch wel in principe verkrijgbaar is en dat ook een groot aantal gegevens (nog) niet op grootstedelijk niveau beschikbaar is of snel kan komen.

Zo zijn sterftcijfers en doodsoorzaken in principe voor de grote steden apart en binnen de steden per buurt verkrijgbaar, doch vaak nog niet direct voorhanden.

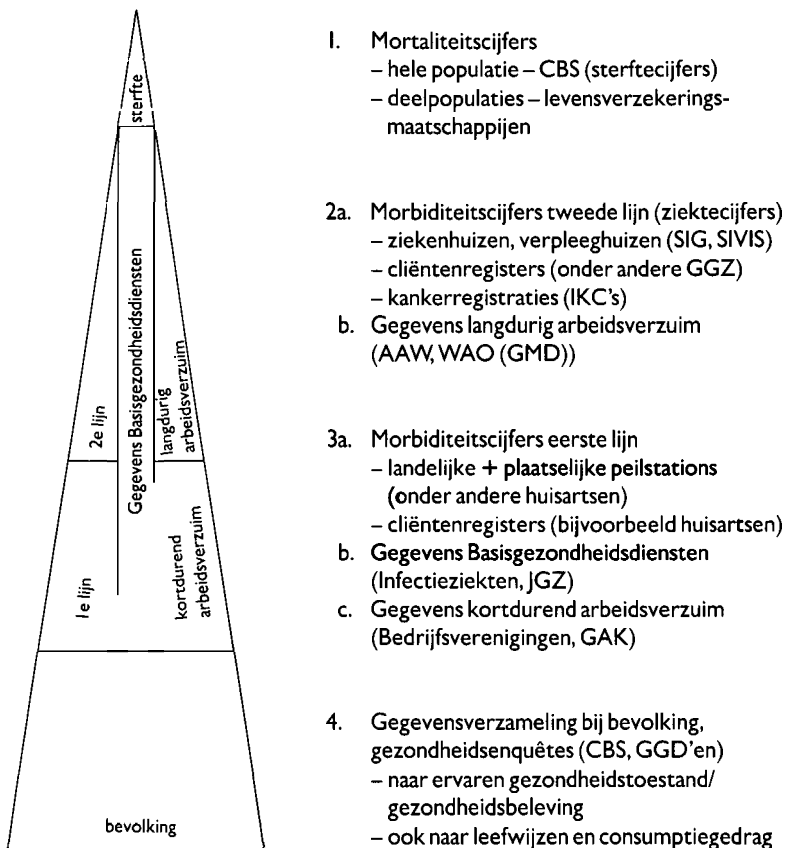
Morbiditeitscijfers van de tweede lijn zijn beschikbaar, echter veel meer op landelijk en op regionaal, dan op (groot)stedelijk niveau. Hetzelfde geldt voor AAW- en WAO-gegevens. Over het algemeen zijn gegevens niet standaard op het niveau van de stad en stadsbuurt aanwezig, maar tegen betaling soms wel te verkrijgen.

Morbiditeitscijfers van de eerste lijn kunnen relatief veel informatie over kleinere geografische eenheden verschaffen. In principe wordt veel verzameld, doch vaak niet op een toegankelijke en vergelijkbare wijze.

Gezondheidsenquêtes worden momenteel standaard in Rotterdam en Utrecht uitgevoerd en ook in Amsterdam worden activiteiten verricht. In de bijlage wordt echter aangegeven dat nu nog niet voldoende resultaten beschikbaar

zijn om inhoudelijke uitspraken voor deze steden te doen. Maar, gezondheids-enquêtes lijken in potentie wel de moeite waard. Voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van de bevolking en vooral ook de gezondheidsbeleving en voor het signaleren van (grootstedelijke) problematiek lijken deze enquêtes niét te kunnen worden gemist.

Schema 2.1 Spectrum van epidemiologische data over de gezondheidstoestand en -beleving



Gebaseerd op Raat e.a., 1987

Kort samengevat blijkt uit de studie naar de beschikbaarheid van de gegevens (bijlage 1) dat de volgende problemen spelen:

- er zijn onvoldoende gegevens;
- **wel beschikbare gegevens** zijn vaak niet standaard door de jaren heen voorhanden, doch zijn vaak gebaseerd op éénmalig onderzoek;
- beschikbare gegevens kunnen vaak niét uitgesplitst worden naar verschillende bevolkingscategorieën of naar bepaalde kenmerken (als bijvoorbeeld indicatoren voor sociaal-economische status);
- gegevens kunnen vaak niet aan elkaar gekoppeld worden, niet met elkaar in verband gebracht.

Vaak kan gesteld worden dat hoe kleiner de geografische schaal, hoe minder gegevens standaard beschikbaar zijn. Landelijk wordt in ieder geval meer bijgehouden dan op buurt-/wijkniveau. Wel is het op buurt-/wijkniveau mogelijk om in potentie juist zeer veel gegevens te verkrijgen.

Bovenstaande betekent, dat een beschrijving van de gezondheidssituatie in de grote steden op basis van empirisch materiaal, momenteel slechts ten dele mogelijk is.

2.3.2 Sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving

Sterfte in Nederland

Sterftecijfers zeggen niet alles, geven bijvoorbeeld geen oordeel over de kwaliteit van het leven. Tbc geeft een sterftestatistiek wel een beeld van het peil van de welvaart en gezondheid (szorg).

In 1986 overleden in Nederland 125.288 personen, dat is 8,6 personen per 1.000 inwoners. Aan WHO-richtlijnen voor het jaar 2000 voor zuigelingensterfte (15 per 1.000 levendgeborenen) en moederlijke sterfte (15 per 100.000 geboorten) heeft Nederland reeds voldaan (Overzicht gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland 1988, WVC, 1987). Verwacht wordt wel dat verschillen in sterfte tussen vrouwen en mannen zullen afnemen, onder andere omdat vrouwen zich meer riskante gewoonten eigen maken.

Van de in 1985 overleden mannen stierf 43,2% ten gevolge van hart- en vaat-aandoeningen, 29,1% aan kwaadaardige nieuwvormingen en 5,1% aan uitwendige oorzaken als ongevallen en geweld. Voor vrouwen liggen deze percentages respectievelijk op 45,6%, 24,7% en 3,9%.

Ongevallen in de privésfeer blijken de belangrijkste doodsoorzaak voor kinderen van 1 tot en met 14 jaar.

Voor de leeftijdsgroep van 15 tot en met 44 jaar geldt dat in 1985 zelfdodingen de belangrijkste doodsoorzaak vormen, daarna het aantal verkeersslachtoffers.

De belangrijkste doodsoorzaak bij 45- tot en met 64-jarigen is het acuut hartinfarct, voor de 65 jaar en ouderen zijn hart- en vaat-aandoeningen en kwaadaardige nieuwvormingen de belangrijkste doodsoorzaken (Gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland 1988, WVC, 1987).

Grote steden

Sterftecijfers en doodsoorzaken zijn in principe op het niveau van de stad en stadsbuurt te verkrijgen, doch momenteel zijn ze niet voor alle vier grote steden direct voorhanden (zie bijlage 1).

Onlangs is wel een rapport over de Rotterdamse situatie verschenen (Van Oers, 1987).

Het blijkt dat in de periode 1978 tot en met 1985 de buurtcijfers voor de Rotterdamse bevolking hoger liggen dan het landelijk gemiddelde, dit omdat de bevolking van Rotterdam gemiddeld ouder is. Gecorrigeerd naar leeftijdsopbouw hebben de Rotterdamse mannen hogere en de vrouwen lagere sterftecijfers dan gemiddeld in Nederland. Belangrijk is dat verschillen optreden tussen buurten, alhoewel dit voor een déél verklaard kan worden door de aanwezigheid van verpleeghuizen; zie figuren 2.1 en 2.2.

Ook voor Amsterdam zijn gegevens bekend. In Amsterdam zijn de verschillende buurten reeds eerder vergeleken in het Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam (Habbema e.a., 1980).

Geconcludeerd wordt dat het risico om te sterven niet gelijk verdeeld is over de stad Amsterdam. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen buurten geconstateerd. Onlangs is dit buurtonderzoek herhaald en is hierover gepubliceerd. De resultaten van het eerste onderzoek zijn hierin bevestigd (Van der Maas e.a., 1987; zie ook figuur 2.3).




Op basis van beschikbare cijfers kunnen niet direct veel uitspraken worden gedaan over de situatie in de grote steden vergeleken met die in de rest van het land. Wel geven bovengenoemde cijfers een indicatie voor een mogelijke ongelijkheid in gezondheid (zie 2.6).

Figuur 2.1 'Standard Mortality Ratios Rotterdam', 1981-1985, mannen

SMR mannen 1981-1985



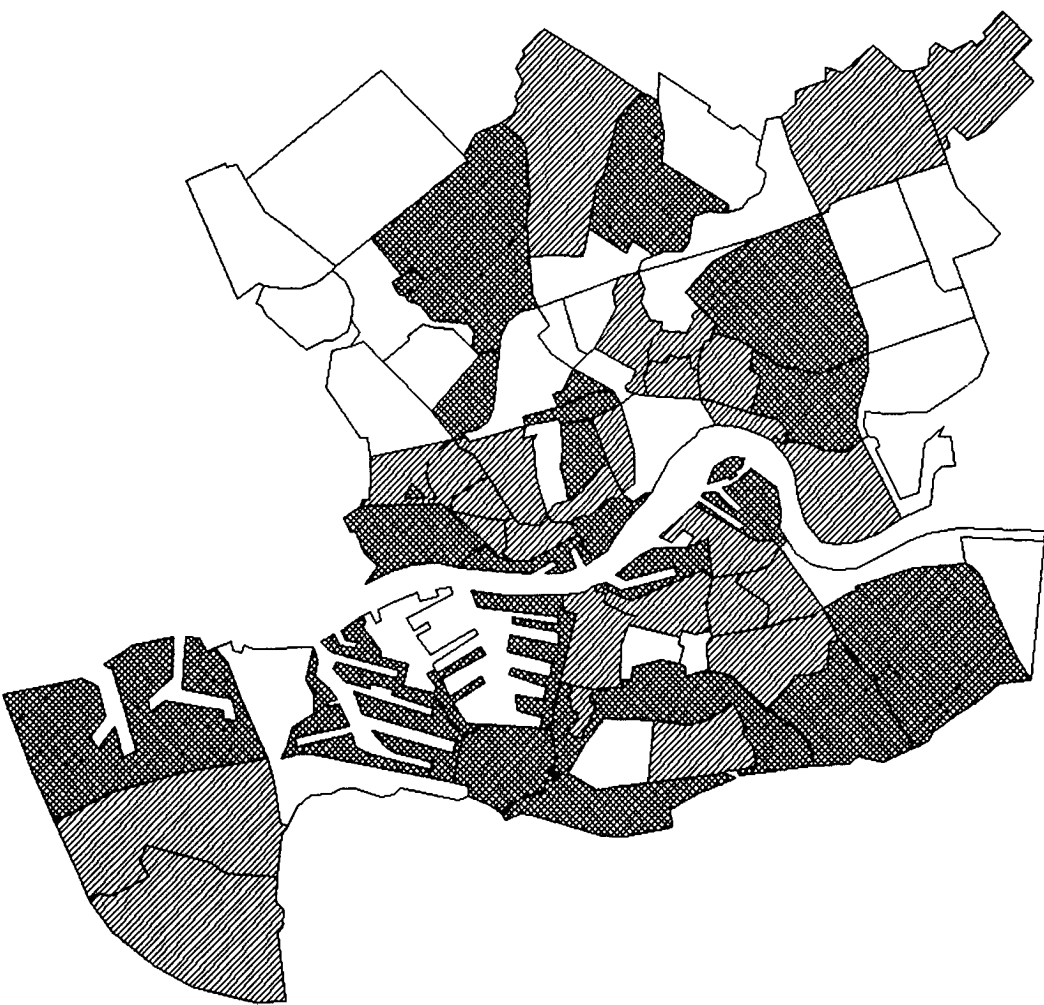
Verklaring

-  kleiner dan 90
-  90 tot 110
-  groter dan 110




Gebaseerd op Van Oers, 1987

Figuur 2.2 'Standard Mortality Ratios Rotterdam', 1981-1985, vrouwen

SMR vrouwen 1981-1985

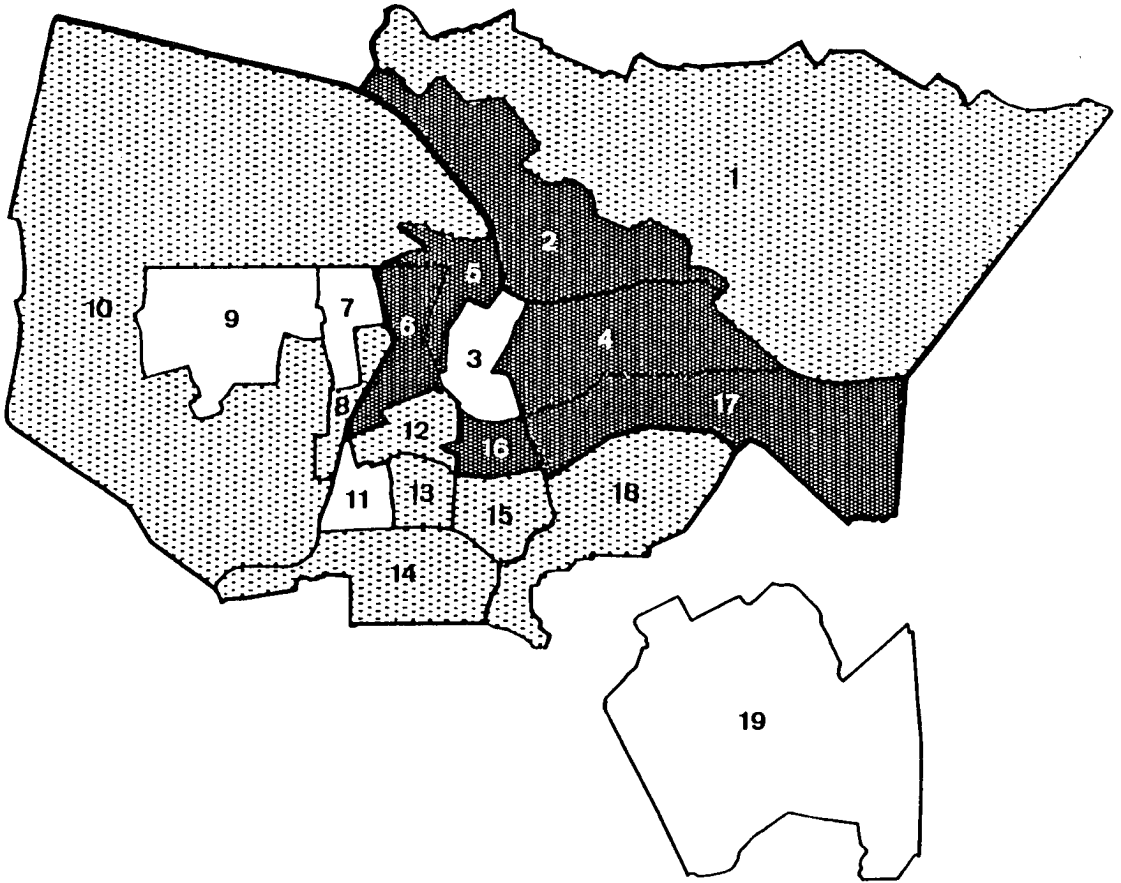


Verklaring

-  kleiner dan 90
-  90 tot 110
-  groter dan 110

Gebaseerd op Van Oers, 1987

Figuur 2.3 De geografische spreiding van de gezondheidstoestand over de stad Amsterdam



gebieden waarin de gezondheidstoestand gunstiger is dan die voor geheel Amsterdam



gebieden waarin de gezondheidstoestand niet afwijkt van die voor geheel Amsterdam



gebieden waarin de gezondheidstoestand ongunstiger is dan die voor geheel Amsterdam

Indicatoren: sterftecijfers, ziekenhuisopnames, arbeidsongeschiktheid

Bron: Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II, 1977-1983, Van der Maas e.a., 1987

Informatie over ziekte en gezondheid kan dus worden verkregen uit patiëntengegevens van voorzieningen, uit arbeidsverzuimgegevens, uit gezondheids-enquêtes en uit (andere) gegevens van basisgezondheidsdiensten.

Dat informatie wordt verkregen zowel van voorzieningen als van de bevolking zelf is essentieel. De waarde van patiëntengegevens is immers betrekkelijk, omdat lang niet iedereen hulp vraagt en bekend is bij voorzieningen. Cijfers geven een hulpvraag weer en veranderingen erin kunnen wijzen op veranderingen in de prevalentie van ziekten, maar ook op veranderingen in het aanbod van zorg en op veranderingen in het medisch consumptieve gedrag. Gegevens verkregen van de bevolking leveren veel informatie vanuit de perceptie van de mensen zelf. Een doorsnee gezondheidsenquête leent zich weer niet voor het afnemen van een medische anamnese.

Uit het LMR-jaarboek 1985 blijkt dat meer personen uit de grote steden in ziekenhuizen worden opgenomen dan uit overig Nederland. De meeste patiënten telt de stad Utrecht (Landelijke Medische Registratie, Jaarboek 1985, pagina 63).

Uit bijlage 1, waarin wordt ingegaan op de beschikbaarheid van de gegevens, blijkt dat zeker op het niveau van de stad en stadsbuurten verder slechts weinig gegevens standaard beschikbaar zijn. Wel zijn éénmalige onderzoeken verricht. Zo blijkt uit de eerder genoemde Amsterdamse buurtonderzoeken (Habema e.a., 1980; Van der Maas, e.a., 1987) dat zowel het risico om in een ziekenhuis te worden opgenomen als het risico om arbeidsongeschikt te worden, niet gelijk over de stad is verdeeld, evenals het risico om te sterven; zie figuur 2.3. Inhoudelijke gegevens zijn ook reeds beschikbaar uit verrichte gezondheids-enquêtes in Rotterdam en Utrecht (Garretsen en Wierdsma, 1984, 1985; Wierdsma en Garretsen, 1985; Reelick, 1988; Tbet, 1988; Oomen e.a., 1985). Tot op heden zijn de aantallen respondenten echter nog relatief gering.

AIDS en geslachtsziekten

Door Basisgezondheidsdiensten worden ook gegevens verzameld ten aanzien van infectieziekten. Van belang is dat AIDS en geslachtsziekten meer in de grote steden, dan elders lijken voor te komen.

Overdracht van het HIV-virus (AIDS-virus) vindt plaats door sperma en bloed (produkten). Tot de risicogroepen behoren homo- en bisexuele mannen en intraveneuze druggebruikers, sexuele partners van deze groepen en babies van moeders met anti-stoffen tegen het genoemde virus. In Europa waren in november 1986 3.700 AIDS-patiënten geregistreerd. Nederland kende op 31 december 1986 218 patiënten. Het aantal personen besmet met het HIV-virus wordt geschat op 20.000 (Beaumont, 1987). Momenteel worden drie nieuwe patiënten per week gemeld. Er is nog steeds sprake van een verdubbeling van het aantal nieuwe patiënten per jaar. Het Rijksinstituut voor Milieuhygiëne schat voor de jaren 1987, 1988 en 1989 respectievelijk circa 330, 800 en 1.900 nieuwe patiënten (geciteerd in Het verworven immuun deficiëntiesyndroom, 1987).

Gesproken kan worden van een grote-stadsproblematiek! AIDS-patiënten komen in de grote steden meer voor en dan nog voornamelijk in Amsterdam. In 1986 bleek $\pm 75\%$ van de patiënten uit deze stad afkomstig of werden daar behandeld (Nota AIDS, 1987). Vanzelfsprekend gaan patiënten voor behandeling naar de grote stad, doch ook als daarmee rekening wordt gehouden lijkt nog te kunnen worden gesteld dat het vooral een grote-stadsprobleem betreft.

Van de geslachtsziekten komt gonorrhoe het meest voor (AIDS, evenals hepatitis, is ook overdraagbaar op andere wijze dan alleen via geslachtsverkeer). Onder andere in noordelijk Zuid-Holland (Stafbureau Epidemiologie en Informatica, GG en GD-Den Haag, 1984) en zuidelijk Zuid-Holland (Schrijne-

makers e.a., 1987) is onderzoek verricht naar de incidentie van gonorrhoe. Het blijkt dat deze incidentie in de grote steden (respectievelijk Den Haag en Rotterdam) veel groter is dan in de overige delen van de regio's. Dit kan samenhangen met de bevolkingsopbouw en de andere cultuur. Zo kan promiscuïteit meer voorkomen.

Op basis van de momenteel voorhanden zijnde gegevens kan worden gesteld dat AIDS en geslachtsziekten meer in de grote steden vóórkomen. Voor het overige kunnen nu niet veel uitspraken worden gedaan voor de situatie in de grote steden in vergelijking met die in de rest van het land. Wel blijkt uit gegevens over ziekenhuisopnames en arbeidsongeschiktheidsgegevens, dat een ongelijkheid in gezondheid optreedt (ook) binnen de grote steden (zie figuren 2.1, 2.2 en 2.3, alsmede paragraaf 2.6).

2.3.3 Geestelijke gezondheid

De geestelijke gezondheid vormt een geheel eigen en moeilijk te definiëren terrein. Ruwweg kan worden gesteld dat het bij problemen rond de geestelijke gezondheid gaat om psychiatrische symptomen, psychisch onwelbevinden en sociaal dysfunctioneren (Van de Ven, 1987).

De Nota 2000 maakt het volgende onderscheid:

- psychische ziekten respectievelijk ernstige psychische problemen (organische psychosyndromen, functionele psychosen, psychopathieën, persoonlijkheidsstoornissen en symptoomneurosen);
- psycho-sociale problemen, een tijdelijke verstoring van het psychisch welbevinden door een van buiten komende oorzaak.

Ook voor wat betreft de geestelijke gezondheid kan informatie worden verkregen op basis van patiëntengegevens en van de bevolking zelf. Daarnaast leveren gegevens over zelfdoding en pogingen tot zelfdoding een indicatie voor de geestelijke gezondheid van de bevolking. Standaard zijn niet veel gegevens op het niveau van de stad en stadsbuurt beschikbaar (zie bijlage 1). Wel zijn gegevens bekend uit éénmalige onderzoeken. Hierop wordt in het onderstaande ingegaan.

Patiëntengegevens

Bij de hulpverlening zijn gegevens over hulpvragen op verschillende niveaus/echelons beschikbaar. Evenals voor de somatische zorg geldt ook voor de GGZ dat cliëntengegevens slechts een gebrekkige indicator vormen daar bijvoorbeeld lang niet iedereen met problemen hulp vraagt. In dit verband kan onder meer worden verwezen naar de ijsberg-metafoor van Hamers (1987, pagina 144). Slechts een zeer kleine groep personen is bekend.

Al naar gelang het echelon gaat het om verschillende soorten gegevens, in die zin dat patiëntengegevens van intramurale voorzieningen over het algemeen een kleinere groep patiënten met ernstiger problemen betreffen en dat het bij gegevens van de ambulante zorg gaat om een grotere groep ook minder ernstige problemen.

De gang van een cliënt door het GGZ-circuit kan beschreven worden als lopend via een aantal zogenaamde filters. Achtereenvolgens zal een persoon vaak de volgende filters passeren: familie/kennissen – huisarts – ambulante zorg (als Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) – intramurale zorg (als psychiatrisch ziekenhuis en verpleeghuis).

Landelijk zijn veel gegevens voorhanden.

Zo waren in 1985 bij de RIAGG's 210.100 cliënten (of cliënten met anderen, zoals partner) bij face-to-face contacten betrokken (in 1984 190.500).

In 1984 bestond het patiëntenbestand van alle algemene psychiatrische ziekenhuizen uit 21.138 personen, waarvan 53,4% vrouwen en 46,6% mannen. Ruim 6% is jonger dan 25 jaar en ruim 33% is 65 jaar of ouder. De oververtegen-

woordiging van vrouwen doet zich voor in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder, vóór 65 jaar is er sprake van een oververtegenwoordiging van mannen. Tussen 1981 en 1984 is er overigens geen sprake van een toenemende vergrijzing, eerder van een ontwikkeling in omgekeerde richting (Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

In algemene zwakzinnigeninrichtingen waren in 1983 23.318 personen opgenomen, waarvan 23,5% 45 jaar en ouder (voorlopige PIGG-cijfers; PIGG = Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg). In 1981 was dit nog 21,7%. Deze veroudering komt mogelijk door de groeiende wachtlijsten.

Voor verpleeghuizen geldt dat er tussen 1981 en 1985 sprake is geweest van een toename van het aantal psycho-geriatrische patiënten, te weten van 18.220 in 1981 tot 20.893 in 1985 (verandering van $\pm 14,7\%$). Het aantal dagbehandelingsdagen is toegenomen van 150.470 in 1981 tot 243.436 in 1985 (verandering van $\pm 61,8\%$; Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987, gebaseerd op NZI-gegevens). In verslavingsklinieken waren in 1984 625 personen opgenomen.

Van de Ven (1987) geeft een aantal geschatte jaar-prevalentiecijfers (op basis van Goldberg en Huxley, 1980). De volgende cijfers worden gegeven:

- bij huisarts binnengekomen problematiek: 200/230 per duizend;
 - door huisarts herkend: 140/160 per duizend;
 - in GGZ-voorzieningen (intra-, semi- en extramuraal): 17/34 per duizend.
- De Nota 2000 geeft iets afwijkende schattingen.

Op basis van de zogenaamde PIGG-gegevens zijn specifieke onderzoeken verricht welke informatie verschaffen over de situatie in de grote steden. Het betreft hier voor een deel gedateerd materiaal, maar er zijn geen aanwijzingen dat zich de laatste jaren grote veranderingen zouden hebben voorgedaan. In 1975 verscheen een aantal onderzoeksartikelen over kenmerken van in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten. Deze artikelen, gepubliceerd door de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, zijn gebaseerd op een steekproef van 10% van het materiaal van het PIGG van 1970. Onder meer de volgende conclusies worden getrokken (Van Weerden-Dijkstra en Giel, 1975a en b; Giel, de Graaf en Van Weerden-Dijkstra, 1975):

- de psychiatrische opnamecijfers van de grote steden springen direct in het oog! (zie tabel 2.2, bron Van Weerden-Dijkstra en Giel, 1975);
- in de grote steden blijkt voor wat betreft de diagnoses dat de opname-ratio wegens schizofrenie voor 20- tot 65-jarigen aanzienlijk boven het landelijk gemiddelde ligt. Verder wordt een belangrijke bijdrage aan het relatief hoge opnamecijfer van grote steden geleverd door de diagnoses overige psychosen, affectieve psychosen en verslavingen.

Tabel 2.2 In 1970 opgenomen personen naar urbanisatiegraad, leeftijd en geslacht per 100.000 van de overeenkomstige bevolkingsgroep

	mannen: 20 jaar en ouder				vrouwen: 20 jaar en ouder			
	alle mannen	20-39 jr.	40-64 jr.	65 +	alle vrouwen	20-39 jr.	40-64 jr.	65 +
plattelandsgemeenten	122	115	119	147	132	116	141	153
verstedelijkte platteland	103	99	104	117	120	104	131	139
forensen-gemeenten	138	123	141	178	188	175	182	231
plattelandsteden	158	132	167	221	137	124	168	101
kleine en middelgrote steden	132	136	127	133	136	118	156	132
grote steden	195	205	194	169	231	213	259	207

Bron: Van Weerden-Dijkstra en Giel, 1975

Als mogelijke verklaringen voor het hoge opnamecijfer van de grote steden worden genoemd:

- de grote stad zelf bevordert pathogeen gedrag (grotere bevolkingsdichtheid, meer stressveroorzakende factoren);
- de psychisch gestoorde mensen hebben de neiging naar de grote stad te trekken;
- de grote stad biedt meer (vooral sociaal-psychiatrische) voorzieningen, waardoor meer mensen in behandeling worden genomen (er zou een samenhang zijn tussen aanbod/nabijheid van voorzieningen en opnamecijfers).

Ook op basis van PIGG-gegevens van Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen zijn analyses verricht voor de provincie Zuid-Holland in het jaar 1983. Dit onderzoek is verricht door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG; Van de Laar en Van de Water, 1986).

Geconcludeerd wordt onder andere dat het gebruik in de drie onderzochte steden (Den Haag, Leiden en Rotterdam) hoger ligt dan het gebruik in de rest van de provincie en ook hoger dan het landelijk gemiddelde. Tussen de steden bestaan verschillen in aantal opnames naar diagnosegroepen. Zo worden in Den Haag in verhouding veel dementieën en in Leiden veel affectieve psychosen gevonden.

Voor een deel blijkt dit meergebruik te kunnen worden toegeschreven aan de bevolkingssamenstelling naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Van belang zijn bijvoorbeeld aantallen ouderen en studenten.

Zowel op basis van de analyses gedaan door de Rijksuniversiteit Groningen als op basis van de NIPG-analyses kan dus worden geconcludeerd dat de opnamecijfers voor Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen voor inwoners van de grote steden hoger liggen dan voor inwoners van de rest van het land.

Binnen de grote stad treden verschillen op per buurt (onder andere Verdonk, 1975, 1979). Op buurtniveau blijkt psychiatrische opname samen te hangen met een lage sociale stratificatie, grote aantallen 65+-ers, relatief groot aantal personen per ha grondoppervlak, hoge aankomst- en vertrekpercentages en grote aantallen buitenlanders.

Of het voorkomen van psychische problematiek in zijn algemeenheid in grote steden echt veel groter is, wordt ter discussie gesteld door onder andere Bijl en Mastboom (1987). Urbanisatiegraad wordt door hen in deze een twijfelachtige indicator genoemd.

Overige gegevens

Naast patiëntengegevens zijn gegevens over zelfdodingen en gegevens verkregen van de bevolking zelf van belang.

Met betrekking tot zelfdodingen en pogingen daartoe citeert de Nota 2000 (1986) cijfers van Diekstra (1983), te weten 14 gevallen van suïcide per 100.000 van de bevolking en 100 suïcidepogingen per 100.000. De meeste pogingen worden gedaan in de leeftijdsgroep van 15 tot 55 jaar, door vrouwen anderhalf maal vaker dan door mannen.

Het aantal zelfdodingen is de laatste jaren toegenomen. Voor de leeftijdsgroep van 15 tot en met 44 jaar geldt dat in 1985 zelfdodingen de belangrijkste doodsoorzaak vormt.

Op het niveau van de grote stad zijn gegevens in principe verkrijgbaar (zie bijlage 1). Zo is voor de stad Rotterdam bekend dat in de periode 1981 tot en met 1985 257 mannen en 105 vrouwen door zelfdoding zijn overleden (Van Oers, 1987). Dit zijn gemiddeld \pm 72 personen per jaar. Ruwweg kan worden gesteld dat dit niet veel verschilt van het door Diekstra genoemde aantal van 14 gevallen van suïcide per 100.000 van de bevolking.

Gezondheidsenquêtes leveren ook ten aanzien van de geestelijke gezondheid

gegevens over het gebruik van voorzieningen en de eigen gezondheidstoestand/-beleving.

Landelijk zijn gegevens beschikbaar. Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête CBS dat in de periode 1981 tot en met 1984 1,7% van de bevolking van 16 jaar en ouder in het jaar voorafgaande aan de enquête gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft gemaakt. Vrouwen meer dan mannen, te weten 1,9% versus 1,4%.

Het zogenaamde Regioproject Nijmegen leverde een percentage van 8,4 op voor neurotische problemen (één-maands-prevalentie; representatieve steekproef van 17 tot 65 jaar; Furer en Tax red., 1987; ook beschreven in Nota 2000, 1986). Dit regioproject identificeerde ook subpopulaties met een hogere kans op stoornissen, en wel stadsmensen, personen die een partner hebben verloren, werklozen en laaggeschoolden.

In enkele gezondheidsenquêtes voor grote steden wordt momenteel aandacht besteed aan psycho-sociale problematiek, te weten de Gezondheidspeiling Utrecht (GG en GD-Utrecht, 1986) en een Rotterdamse gezondheidsenquête in vijf Rotterdamse wijken in 1987 waarbij het vóórkomen van psycho-sociale problemen is gemeten (Reelick, 1988). Uit dit laatste onderzoek bleek dat zich géén grote verschillen tussen de vijf wijken voordeden.

Van belang lijkt dat op basis van het Regioproject Nijmegen dus verondersteld zou kunnen worden dat stadsmensen een risicogroep vormen.

2.4 Leefwijzen

In deze paragraaf wordt ingegaan op verslaving (2.4.1) en op overige relevante topics als voeding, beweging en overig gezondheidsbedreigend gedrag (2.4.2).

2.4.1 Verslaving

Aandacht wordt besteed aan alcohol, tabak, slaap- en kalmerende middelen en (andere) drugs.

Alcohol

Voor wat betreft het gebruik van alcohol kunnen gegevens worden verkregen van de producenten én van de consumenten.

Producentengegevens worden verstrekt door het Produktschap voor Gedistilleerde Dranken. Jaarlijks wordt een overzicht van de gemiddelde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking in Nederland verstrekt.

Hieruit blijkt dat de omvang van het alcoholgebruik in Nederland in de laatste decennia is gestegen. In de periode 1960 tot en met 1975 is sprake geweest van meer dan een verdrievoudiging van het gebruik per hoofd van de bevolking, namelijk van 2,6 liter alcohol à 100% in 1960 tot 8,7 liter in 1975. Na 1975 is er sprake van een stabilisatie. In 1986 werd 8,6 liter per hoofd van de bevolking gedronken (Produktschap van Gedistilleerde Dranken, 1987).

Verkoopstatistieken zijn over het algemeen niet per gemeente beschikbaar (zie bijlage 1).

Consumentengegevens worden verkregen middels surveyonderzoeken onder steekproeven van de bevolking. Voordeel van surveyonderzoek is dat informatie per bevolkingsgroep mogelijk is en ook dat informatie voor kleine geografische eenheden kan worden verkregen.

Nadeel is de onderschatting van het alcoholgebruik welke kan ontstaan doordat geïnterviewden bewust of onbewust een te lage consumptie opgeven (onder andere Garretsen, 1983). Als de gemiddelde alcoholconsumptie zoals deze blijkt uit surveydata wordt vergeleken met de gemiddelde consumptie per hoofd van de bevolking, zoals die blijkt uit verkoopstatistieken, dan leveren de surveys ongeveer een onderschatting op van 51 à 56% (Knibbe e.a., 1985). Vanaf 1958 is een aantal grotere surveys verricht (zie bijlage 1). Ook uit de

surveys blijkt dat de alcoholconsumptie sedert 1958 sterk is toegenomen. Voor Rotterdam zijn zeer veel gegevens over het gebruik bekend uit het in 1980/1981 verrichte onderzoek aldaar (Garretsen, 1982, 1983). Het aantal personen dat alcohol drinkt is in Rotterdam $\pm 80,5\%$ (87% van de mannen en 75% van de vrouwen).

Voor wat betreft de overige grote steden zijn minder gegevens voorhanden.

Het merendeel van de personen dat drinkt doet dat met mate, maar ook grote aantallen drinkers drinken veel tot zeer veel.

Het aantal excessieve drinkers kan worden geschat op basis van surveyonderzoek en op basis van vaak reeds voorhanden zijnde statistische gegevens (zie bijlage 1).

Bij dit laatste kan onder andere worden gedacht aan de zogenaamde Ledermannformule (Garretsen, 1983).

De Ledermannformule is gebaseerd op de gemiddelde jaarlijkse consumptie van absolute alcohol à 100 volumepercentage. Op basis van deze formule wordt geschat dat in Nederland in 1984 ongeveer 650.000 mensen acht glazen alcohol of meer per dag zouden drinken en dat bijna de helft hiervan, ± 320.000 personen, 12 glazen of meer per dag zou drinken (De Zwart, 1985).

De Ledermannformule wordt relatief veel gehanteerd doch is ook aan veel kritiek onderhevig en kent problemen bij de praktische toepassing.

Op basis van surveygegevens kan een beeld verkregen worden van het vóórkomen van excessief drinken, waarbij ook gewerkt kan worden met verschillende afkappunten bij het classificeren van mensen in categorieën, bijvoorbeeld lichte drinkers, matige drinkers, excessieve drinkers. Onderscheid kan verder worden gemaakt naar bevolkingsgroepen en naar geografische gebieden. Uit het genoemde Rotterdamse survey zijn veel gegevens bekend. Over de overige grote steden is minder informatie voorhanden. In Rotterdam bleek dat $\pm 8\%$ van de bevolking van 16 tot en met 69 jaar regelmatig en veel drinkt (het gaat hierbij meestal om vier glazen per dag of meer).

Van belang lijkt vooral in hoeverre problemen rond alcoholgebruik spelen. Dergelijke problemen kunnen verschillende vormen aannemen. Nagenoeg alle problemen zijn in drie hoofdgroepen onder te brengen:

- problemen met de gezondheid/alcoholgerelateerde aandoeningen en ongelukken ten gevolge van alcoholgebruik;
- verslaving, te onderscheiden in psychologische afhankelijkheid (drinken om depressies te bestrijden of problemen te ontvluchten) en lichamelijke afhankelijkheid en controleverlies (moeilijk te stoppen met drinken, black-outs, enzovoort);
- sociale problemen/problemen met de omgeving (problemen met partner, burens of kennissen, met politie en/of justitie, op het werk, financiële problemen, enzovoort).

Gegevens over problemen rond drinken zijn te verkrijgen uit statistieken en uit surveys (Garretsen, 1985a; Raat, 1987).

Voor wat betreft gegevens uit statistieken kan gedacht worden aan mortaliteitscijfers (sterftecijfers), aan morbiditeitscijfers (ziektectcijfers) aan verkeersongevallen, aan het rijden onder invloed, enzovoort.

Landelijk blijkt bijvoorbeeld dat er na ± 1970 sprake is geweest van een forse stijging van de klinische morbiditeit (Hoogendoorn, 1976, 1978, 1983). En, het percentage verkeersongevallen met letsel, waarbij alcoholgebruik is geconstateerd, van het totaal aantal verkeersongevallen met letsel, is toegenomen van $5,9\%$ in 1965 tot $9,2\%$ in 1984. Voor wat betreft de verkeersongevallen met dodelijke afloop is de toename kleiner, van $12,4\%$ in 1965 tot $14,5\%$ in 1985. Het aantal schuldigverklaringen met betrekking tot artikel 26 van de Wegenverkeerswet (rijden onder invloed van alcohol) is toegenomen van 5.078 in 1960 tot 23.024 in 1983 (De Zwart, 1985).

Voor enkele indicatoren wordt in tabel 2.3. (bron: Raat, 1987) aangegeven hoe de situatie in de grote steden is.

Tabel 2.3 Enkele indicatoren van de omvang van aan alcohol gerelateerde problematiek in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht

	Indicatoren van alcoholgerelateerde problematiek				
	MORT. 571.2 (A)	VERKEERS- ONG. (B)	ART. 26.2 WVW (C)	ART. 426+453 WVS (D)	ZH-OPNA- MEN (E)
Amsterdam	6.2 (1)*	4.8 (1)*	45 (2)*	13.7 (1)*	41.4 (2)*
Rotterdam	5.8 (2)	3.6 (4)	68 (1)	5.7 (3)	45.3 (1)
Den Haag	5.7 (3)	4.7 (2)	37 (3)	6.5 (2)	33.0 (3)
Utrecht	3.8 (4)	3.7 (3)	26 (4)	4.1 (4)	29.4 (4)

Bron: Raat, 1987

- (A) Aantal sterfgevallen ten gevolge van ICD 571.2 (alcoholische levercirrose) per 100.000 inwoners van 16 jaar en ouder gemiddeld per jaar van 1979 tot 1981.
- (B) Aantal verkeersongevallen waarbij alcoholgebruik geconstateerd is per 10.000 inwoners van 16 jaar en ouder gemiddeld per jaar van 1979 tot 1981.
- (C) Aantal ter kennis van de politie gekomen overtredingen van artikel 26.2 WVW per 10.000 inwoners van 16 jaar en ouder in 1982.
- (D) Aantal processen-verbaal wegens overtreding van artikel 426 of 453 WVS per 10.000 inwoners van 16 jaar en ouder in 1982.
- (E) Het aantal alcoholgerelateerde opnamen (hoofddiagnose ICD 291, 303, 571) respectievelijk alcoholpsychose, alcohol-verslavingssyndroom en chronische leverziekte en -cirrose) in algemene ziekenhuizen per 10.000 opnamen over 1980 tot 1982.

* Rangordenummer van de gemeente per indicator.

Gegevens over problemen rond drinken worden dus ook verkregen uit surveys. Deze hebben onder andere het nadeel van de onderschattingsproblematiek, maar kennen het voordeel dat over alle soorten alcoholproblemen informatie te verzamelen is. Dit naast de voordelen van het kunnen beschikken over informatie per bevolkingsgroep en het kunnen leggen van relaties met andere variabelen.

In enkele studies worden meerdere alcoholproblemen gemeten, zoals lichamelijke en psychologische afhankelijkheid, problemen met de omgeving, problemen met de gezondheid en ongelukken en wordt gewerkt met één centrale variabele probleemdrinken.

Probleemdrinken kan worden gedefinieerd als: "Er is sprake van probleemdrinken als een individu excessief alcohol gebruikt en als het drinkgedrag gepaard gaat met lichamelijke, geestelijke of sociale problemen voor de drinker zelf of voor anderen" (Garretsen, 1983).

Uitgebreide onderzoeken naar probleemdrinken zijn verricht in Rotterdam en Limburg (Garretsen en Knibbe, 1983). In Rotterdam is 7,1% van de bevolking van 16 tot en met 69 jaar geïdentificeerd als probleemdrinker (in Limburg 10,8%). Ook zijn risicogroepen onderscheiden, bijvoorbeeld werkloze mannen en gescheiden mannen.

Met behulp van de methode van synthetic estimates heeft Raat (1987) op basis van het Rotterdamse survey geschat hoe groot het percentage probleemdrinkers zou kunnen zijn in de andere grote steden. Het geschatte aantal probleemdrinkers in de verschillende grote steden ontloopt elkaar niet erg veel.

Alcohol is een groot, en een in belang toenemend, volksgezondheidsprobleem. Dit geldt ook, doch niet alleen, voor de situatie in de grote steden. In Zuid-Nederland is de problematiek bijvoorbeeld groter, in sommige andere delen van het land kleiner.

Binnen de grote steden kan over het algemeen niet gesproken worden over érg grote verschillen in de mate van vóórkomen van problemen, alhoewel de

problemen in Amsterdam en Rotterdam iets groter lijken dan in Den Haag en Utrecht.

Meer de aandacht trekkend in de grote steden is wellicht de relatie excessief alcoholgebruik en verschijnselen als vandalisme, agressiviteit en criminaliteit.

Te verwachten valt dat het percentage drinkers de komende tijd niet veel zal veranderen, doch dat de omvang van de alcoholproblematiek nog wel zal toenemen. Dit onder andere omdat bepaalde alcoholproblemen zich pas uiten, na véle jaren drinken (na-ijleffect). Ook het beroep op gezondheidszorgvoorzieningen in verband met alcohol-gerelateerde problemen zal de komende 15 jaar fors toenemen! Dit wellicht mede door een betere diagnostiek en vroegtijdige herkenning (Garretsen, 1985a; Nota 2000, 1986).

Tabak

Over de situatie ten aanzien van het roken in de grote steden is niet veel gepubliceerd en ook lijkt er weinig reden om aan te nemen dat de situatie in deze steden onderling sterk afwijkt of zeer afwijkend is voor de rest van het land. Om deze reden wordt aan het roken relatief minder aandacht besteed. Dit betekent echter niet dat het hier om een minder belangrijke vorm van riskant gedrag zou gaan, integendeel, het is zeer duidelijk dat het rookgedrag een zeer grote invloed op de (volks)gezondheid heeft.

Het gebruik van tabak per hoofd van de bevolking vertoont een vrij grillig verloop.

In 1960 werden per hoofd van de bevolking 1.198 sigaretten gerookt, 120 sigaren en 0,8 kg kerftabak (De Zwart, 1985). Met name het sigarettenverbruik vertoont daarna een grillig verloop en stijgt tot bijvoorbeeld 1.939 sigaretten per hoofd van de bevolking in 1977. In 1984 was dit weer afgenomen tot 1.112. Het aantal gerookte sigaren was gedaald tot 48 per hoofd van de bevolking in 1984, het verbruik van kerftabak (= vooral shag) is gestegen tot 1,3 kg in 1984. In tegenstelling tot het totale tabaksverbruik per hoofd van de bevolking blijkt dat het percentage rokers sterk is gedaald. Voor mannen is in grote lijnen vanaf 1958 sprake van een daling van het percentage rokers, voor vrouwen geldt dat dit percentage eerst is gestegen, doch later ook gedaald (Van Reek, 1985; Van Reek e.a., 1985).

In 1984 rookte 44% van de mannen en 33% van de vrouwen (De Zwart, 1985). Vrouwen van 20 tot en met 34 en van 35 tot en met 49 jaar roken meer (respectievelijk 44% en 36% rookt), dan vrouwen uit de overige leeftijdscategorieën. Van de mannen van 15 tot 19 jaar rookt in 1984 17%, van de 20 tot en met 64 jaar zo'n 48 à 49% en van de 65+-ers 43% (Nota 2000).

Voorzover op korte termijn viel na te gaan zijn niet veel gegevens over de situatie in de grote steden gepubliceerd. Van Reek (1985b) concludeert dat in 1958 en een aantal jaren daarop verschillen in het percentage rokers optreden naar urbanisatiegraad, in die zin dat vrouwen woonachtig in stedelijke gebieden meer rookten dan andere vrouwen, maar dat dit verschil nu (bijna) verdwenen is. Uit onderzoek in respectievelijk Rotterdam (1983) en in het gebied dat wordt bestreken door de GGD-Geldrop/Valkenswaard en omgeving blijkt dat in Rotterdam 47% aangaf te roken en in de Brabantse gemeenten 45% (nog niet gepubliceerd).

Vooralsnog lijkt er weinig reden te zijn om te veronderstellen dat de tabaksconsumptie in de grote steden sterk afwijkt van die in de rest van het land, of dat deze consumptie sterk afwijkt tussen de grote steden onderling.

De Nota 2000 (1986) stelt "dat er per dag ongeveer 50 mensen in ons land aan de gevolgen van het roken overlijden. Van de rokers overlijdt één op de drie aan de gevolgen. Roken is dus doodsoorzaak nr. 1!".

Van belang in deze zijn longkanker, CARA (bronchitis, astma en longemfyseem) en ischaemische hartziekten. Voor wat betreft de sterfte aan longkanker bijvoorbeeld wordt wel gesteld dat 85% van deze sterfte in verband gebracht

kan worden met roken. Het blijkt dat er sprake is van een stijging in de sterfte aan longkanker als primaire doodsoorzaak sinds 1960. In 1960 stierven 1.977 mensen hieraan (waarvan dus 85%, 1.680 gevallen, met roken zou samenhangen), in 1984 8.239 mensen (De Zwart, 1985). De stijging onder vrouwen is groter dan onder mannen. Ook staan in toenemende mate de gevaren van passief roken ter discussie.

Evenals geldt voor de consumptie van tabak geldt ook voor de hieraan gerelateerde problemen dat er voorzover bekend en op korte termijn te achterhalen, voornamelijk weinig reden lijkt te zijn om te veronderstellen dat de problemen in de grote steden onderling sterk variëren of dat de situatie in de grote steden sterk afwijkt van die in de rest van het land.

Slaap- en kalmerende middelen

Slaap- en kalmerende middelen zijn geneesmiddelen naast vele andere. Kenmerkend is echter dat slaap- en kalmerende middelen in verhouding vaak kunnen worden gebruikt zonder medische indicatie en dat de mogelijkheid tot afhankelijkheid van het middel reëel is.

De bepaling van de omvang van het gebruik van slaap- en kalmerende middelen kan op verschillende wijze geschieden, namelijk door gebruik te maken van gegevens over verkochte eenheden, van gegevens over recepten of door gebruikers te benaderen.

Elke methode kent problemen (onder andere Garretsen, 1985b, zie verder bijlage 1).

Verschuillende onderzoeken onder de bevolking naar het gebruik van slaap- en kalmerende middelen zijn verricht. Het is echter moeilijk vergelijkingen te maken of trends vast te stellen daar onderzoeken kunnen verschillen naar onderzoeksgroepen, vraagstellingen, definiëring van begrippen, enzovoort. Wel lijkt gesteld te kunnen worden dat het gebruik in de 60-er jaren fors steeg, vooral ook omdat de zogenaamde benzodiazepinen (als valium, librium, mogadon) ter beschikking kwamen, middelen welke minder nadelige neveneffecten hebben dan de voorheen vooral in zwang zijnde middelen (Bazuin en Mulder, 1981).

In de 70-er jaren lijkt het gebruik weer te dalen. Dit komt onder andere naar voren uit in 1974 en in 1979 verrichte onderzoeken in de gemeente Groningen (Bazuin en Mulder, 1980, 1981; Bouma e.a., 1975; Mulder, 1983).

Mulder (1983) heeft de bovenvermelde Groningse onderzoeksresultaten vergeleken met de aantallen verstrekte recepten voor verschillende soorten psychofarmaca (gegevens zijn verkregen van de Nederlandse associatie van de farmaceutische industrie, Nefarma). Het blijkt dat de van Nefarma verkregen gegevens in grote lijnen overeenkomen met de Groningse onderzoeksresultaten. Van belang lijkt vooral de vraag in hoeverre slaap- en kalmerende middelen frequent gebruikt worden. Enquêtes verschaffen hierover informatie. In onderzoeken verricht in Groningen in 1974 en 1979 en in Rotterdam en Limburg in 1981 worden niet sterk verschillende percentages van (bijna) dagelijkse gebruikers gevonden. Van de volwassen bevolking (de leeftijdsgrenzen variëren iets) geeft 5 á 7% aan (bijna) dagelijks slaap- of kalmerende middelen te gebruiken (Bazuin en Mulder, 1980, 1981; Blijenberg-Ruis, 1984).

Uit bovengenoemde cijfers lijkt geconcludeerd te kunnen worden dat het percentage (bijna) dagelijkse gebruikers in Rotterdam (= 6,7% van de bevolking van 16 tot en met 69 jaar) niet sterk afwijkt van dat in de overige gebieden. Dit Rotterdamse percentage ligt echter wel wát hoger dan het percentage dat gevonden is in een gelijktijdig verricht identiek onderzoek in Limburg (5% van de 16- tot en met 69-jarigen).

In het Rotterdamse onderzoek is ook nagegaan of het dagelijks gebruik onder bepaalde bevolkingsgroepen relatief meer voorkomt. Dit gebruik is hoger onder vrouwen (7,9%) dan onder mannen (5,4%). Vooral onder weduwen/weduwnaars (23,4%), WAO'ers (24,2%), huisvrouwen (11,7%) en gepensioneerden (11,6%) is het gebruik hoog (Blijenberg-Ruis e.a., 1986).

Onder andere afhankelijk van de gebruikte middelen kunnen verschillende soorten problemen rond gebruik worden onderscheiden.

In de eerste plaats kan bij langdurig gebruik geestelijke en lichamelijke afhankelijkheid ontstaan en bij stoppen van gebruik kunnen onthoudingsverschijnselen optreden. Dit geldt vooral voor de barbituraten.

Daarnaast kennen veel middelen nevenwerkingen, complicaties (onder andere Van Epen, 1983).

Ook kunnen problemen ontstaan door een onbewust (bijvoorbeeld onvoldoende informatie) of bewust (onder andere zelfdoding) verkeerd gebruik van middelen.

Gebruik kan verder van invloed zijn op het gezinsleven, de vrije-tijdsbesteding, de arbeidssituatie en bij ongevallen in de privé-sfeer (De Gier, 1982). Ook ten aanzien van de verkeersveiligheid spelen problemen (De Smet e.a., 1983; De Gier, 1981).

Epidemiologische gegevens over de mate van vóórkomen van bovengenoemde problemen zijn níét veel voorhanden, zeker niet voor de situatie in kleinere geografische gebieden.

Wel beschikbare gegevens lijken verontrustend, bijvoorbeeld een geschatte economische schade van f 800 miljoen per jaar door geneesmiddelengebruik in het verkeer (De Gier, 1981; onduidelijk in hoeverre deze schatting reëel is). Extra problemen kunnen ontstaan door het gecombineerd gebruik van diverse slaap- en kalmerende middelen en andere middelen.

Zo wordt wel geschat dat bij minstens 1/3 deel van de dodelijke verkeersongevallen de combinatie van alcohol met benzodiazepinen een oorzakelijke factor is geweest (Offerhaus, 1983).

Verder blijkt dat er in de periode 1969 tot 1979 een explosieve stijging is geweest van het aantal ziekenhuisopnamen wegens ongenenste gevolgen van het gecombineerde gebruik van alcohol en bepaalde geneesmiddelen, waaronder slaap- en kalmerende middelen (Hoogendoorn, 1983).

Een andere vorm van gecombineerd gebruik is het gebruik van slaap- en kalmerende middelen samen met opiaten, hetgeen kan leiden tot lichtelijk bizarre intoxicaties. Vooral jongere opiaatgebruikers gaan hiertoe over om de kick die verkregen wordt. Het gaat hier om een bewust verkeerd gebruik (Van Epen, 1983; Noorlander, 1982, 1983).

Als gezegd zijn weinig epidemiologische gegevens over problemen rond het (frequent) gebruik van slaap- en kalmerende middelen voorhanden, ook niet voor de grote steden.

Voor Rotterdam is wel bekend dat in 1981 6,7% van de bevolking van 16 tot en met 69 jaar (bijna) dagelijks dergelijke middelen gebruikte én dat van alle 2.150 respondenten 4,1% dagelijks deze middelen gebruikte en daarnaast ook alcohol. Voor 1% van de bevolking van 16 tot en met 69 jaar geldt dat naast het dagelijkse gebruik van slaap- en kalmerende middelen regelmatig alcohol wordt gebruikt.

Epidemiologische gegevens zijn dus niet veel voorhanden. Uit de weinige gegevens lijkt echter naar voren te komen dat het dagelijks gebruik van slaap- en kalmerende middelen in de grote stad niet veel groter hoeft te zijn dan elders. Dit geldt naar alle waarschijnlijkheid wel voor het gecombineerd gebruik van slaap- en kalmerende middelen met opiaten. Hier lijkt wel meer sprake te zijn van een grote-stadsproblematiek.

Drugs

Onder (illegale) drugs wordt in deze paragraaf verstaan de onder de opiumwet vallende middelen. De Nota 2000 spreekt in dit verband van illegale bewust-zijnsv veranderende stoffen.

Verschiedene soorten drugs worden onderscheiden: drugs welke dempend of kalmerend werken (onder andere opiaten als heroïne, methadon en dergelijke en tranquillizers), drugs welke stimulerend werken (amfetamines en andere stimulerende middelen) en drugs welke hallucinaties kunnen opwekken (can-

nabis, LSD, en dergelijke). Het is al moeilijk te schatten hoeveel mensen legale drugs als alcohol gebruiken. Met betrekking tot de illegale drugs ligt dit nog veel moeilijker (zie bijlage 1).

Geconcludeerd kan worden dat, voorzover er gegevens over aantallen gebruikers en dergelijke beschikbaar zijn deze altijd gebaseerd zijn op vaak zeer grove schattingen!

Het gebruik van cannabisprodukten (hasjesj en marihuana) is relatief wijd verspreid, zeker onder jongeren. Bij opsporing en vervolging van opiumwetdelicten heeft het bezit van deze produkten voor eigen gebruik ook de laagste prioriteit, waardoor er veelal van vervolging wordt afgezien (Nota 2000, 1986). De Nota 2000 citeert verder onderzoek waaruit blijkt dat in 1976 3% van de 15- en 16-jarigen en 10% van de 17- en 18-jarigen wel eens hasjesj of mariuhana heeft gebruikt en in 1983 respectievelijk 2% en 6%.

Het gebruik van heroïne in Nederland dateert van 1972 (Van Epen, 1983; Leuw, 1984) en is sinds die tijd sterk toegenomen.

Buisman (1983) en Van Epen (1983) schatten dat in Nederland meer dan 5.000 heroïneverslaafden regelmatig methadon krijgen. Beide schatten dat Nederland in totaal ruim 15.000 heroïneverslaafden telt. Sengers (1984) noemt een aantal van 15.000 à 20.000. Leuw (1984) schat alleen voor Amsterdam 8.000 à 10.000. Het jongste vierjarenplan Verslaafdenzorg van de gemeente Rotterdam (1987) spreekt van ± 3.500 drugsverslaafden in Rotterdam (polydruggebruikers; gebruikers van meerdere drugs). Recentere schattingen komen op ± 2.500. Aan ± 1800 personen is in 1988 in Rotterdam methadon verstrekt.

Voor wat betreft de andere drugs kan gesteld worden dat eind zestiger jaren, begin zeventiger jaren, relatief vaak LSD en amfetamines werden gebruikt. Ten aanzien van cocaïnegebruik stelt de Nota 2000: "Alhoewel harde cijfers ontbreken is het zeker dat het aantal cocaïnegebruikers in Nederland in de jaren 1980 tot 1983 sterk is gestegen".

Uit vergelijkbare onderzoeken verricht in 1977 en in 1984 in de gemeente Helmond (gemeente Helmond, 1977, Jac + Werkgroep Drugsinformatie, 1984) blijkt dat hier in 1977 nog niet of nauwelijks sprake was van cocaïnegebruik, terwijl dit gebruik in 1984 veel voorkomt.

Er is ook sprake van een sterke groei in het aantal in beslag genomen kilo's cocaïne (De Zwart, 1985).

Van belang is echter te signaleren dat het steeds minder zinnig wordt te spreken van óf bijvoorbeeld heroïnegebruikers óf bijvoorbeeld cocaïnegebruikers. Vaak gaat het om polydruggebruik, om het gebruik van meerdere stoffen tegelijk (bijvoorbeeld heroïne, cocaïne, medicijnen als rohypnol, alcohol en/of cannabis), in wisselende combinaties.

De meeste (hard-)druggebruikers zijn relatief jong, tussen de 20 à 30 jaar oud. Mannen gebruiken meer dan vrouwen. Veel gebruikers hebben een Surinaamse, Antilliaanse, Molukse of mediterrane achtergrond, doch de meeste gebruikers zijn toch van Nederlandse afkomst (Garretsen, 1985c).

De Zwart (1985) heeft schattingen van het aantal harddruggebruikers in de grote steden op een rijtje gezet. Nogmaals dient vermeld te worden dat het gaat om schattingen welke in de jaren 1982 tot 1984 zijn gemaakt. Eerder genoemde recente schattingen van Rotterdam wijken bijvoorbeeld iets af.

De Zwart concludeert dat de meeste schattingen van het aantal harddruggebruikers in Nederland liggen tussen de 15.000 en 20.000 en dat het gebruik voornamelijk in de grote steden is geconcentreerd. Voor de vier grote steden worden de volgende aantallen geschat:

Amsterdam	± 8.000 tot ± 10.000
Rotterdam	± 3.000
's-Gravenhage	± 1.500
Utrecht	± 1.000 tot ± 1.500

Het harddruggebruik vindt niet alleen in de grote steden plaats, doch wel voornamelijk. Een uitstraling naar buitenwijken of in de nabijheid van de grote

steden gelegen kleine steden vindt plaats (in Rotterdam bijvoorbeeld naar Spijkenisse).

Veel problemen rond gebruik zijn analoog aan eerder gesignaleerde problemen rond het gebruik van bijvoorbeeld alcohol en/of slaap- en kalmerende middelen, andere problemen hangen samen met het onderscheid legale – illegale drugs. Problemen rond crimineel gedrag bijvoorbeeld nemen een andere vorm aan.

Kwantitatief gezien spelen rond bijvoorbeeld alcoholgebruik veel meer problemen. De problemen rond het gebruik van illegale drugs krijgen vanwege deze illegaliteit soms meer aandacht.

Problemen welke zich voordoen zijn het kunnen optreden van lichamelijke en/of geestelijke afhankelijkheid, van lichamelijke problemen en van sociale problemen. Een indicatie voor het voorkomen van lichamelijke problemen is het aantal heroïneslachtoffers. Dit is niet gering: in Amsterdam bijvoorbeeld werd dit in 1984 geschat op 73 (in 1977 nog 9; De Zwart, 1985). Onder de slachtoffers bevinden zich veel buitenlanders. In 1984 hadden slechts 19 slachtoffers de Nederlandse nationaliteit en 35 personen de Duitse.

Het aantal opnames in algemene ziekenhuizen in verband met drugsverslaving loopt de laatste jaren wat terug tot 257 in 1983. Het aantal opnames als gevolg van drugmisbruik (verslaving, drugspsychose én misbruik zonder verslaving) bedroeg in 1983 487 (De Zwart, 1985).

Een relatief nieuw probleem is het vóórkomen van AIDS onder spuiters. Het betreft een zeer belangrijk probleem, te meer omdat via onder andere heroïneprostituees veel bredere lagen van de bevolking risico lopen.

Veel problemen rond vooral opiatengebruik komen niet zozeer door de opiaten zelf, maar door onder andere de wijze van gebruik, complicaties bij het spuiten, complicaties ten gevolge van versnijdingen, de leefwijze, enzovoort (Garretsen, 1985c).

Naast afhankelijkheid en lichamelijke problemen spelen vele sociale problemen voor de gebruikers zelf, zijn/haar naaste omgeving en/of de samenleving als geheel. Voor de gebruiker zelf is het mogelijk dat een andere leefwijze wordt gevolgd, met gevolgen voor alle aspecten van het dagelijks leven – wonen/werken/relaties. Voor de samenleving spelen zaken als het moeten zorgen voor een hulpverleningsapparaat, en dergelijke.

Voor de illegale drugs spelen daarnaast meer problemen rond de criminaliteit, te weten drug related crimes, vergrijpen door verslaafden gepleegd om aan geld te komen en de zogenaamde harde criminaliteit rond internationale handel. In 1984 zijn 6.779 misdrijven tegen de opiumwet ter kennis van de politie en Koninklijke Marechaussee gekomen (in 1972 1.664, maar bijvoorbeeld in 1981 8.902; De Zwart, 1985).

Daar het gebruik van (hard)drugs vooral in de grote steden voorkomt zijn ook de problemen rond gebruik als criminaliteit, overlast in bepaalde wijken, het zorgen voor opvang en dergelijke in de grote steden geconcentreerd. Aandacht voor drugs staat in deze steden ook hoog op de politieke agenda. Er kan gesproken worden van een grote-stadsproblematiek.

Conclusies

Het gebruik van de diverse middelen heeft grote gevolgen voor de (volks)gezondheid.

Roken is dé doodsoorzaak. In de laatste decennia is sprake van een forse stijging van alcoholproblemen. Ook rond het (dagelijks) gebruik van slaap- en kalmerende middelen komen veel problemen voor. Kwantitatief gezien zijn de problemen rond de illegale drugs als heroïne minder groot. Hier spelen, vanwege het illegale karakter echter meer problemen rond criminaliteit, en dergelijke. Bij harddruggebruikers is vaak sprake van polydruggebruik.

Voor wat betreft roken en het gebruik van alcohol en slaap- en kalmerende middelen kan niet gesteld worden dat deze problemen in de grote stad veel groter lijken dan elders. Wel is in de grote steden de relatie (excessief) alcohol-

gebruik en verschijnselen als vandalisme, agressiviteit en criminaliteit wellicht meer aandacht trekkend.

Voor wat betreft het gebruik van illegale harddrugs en het polydruggebruik kan gesteld worden dat dit wel merendeels in de grote steden is geconcentreerd. Hier is sprake van een grote-stadsproblematiek (met een mogelijke uitstraling naar de periferie).

2.4.2 Overige topics

Bij het bespreken van leefwijzen en de relatie leefwijzen – gezondheid zijn naast verslaving nog vele andere topics van belang.

Achtereenvolgens wordt kort ingegaan op voeding, beweging en (overig) gezondheidsbedreigend gedrag.

Voeding

Voeding is vanuit gezondheidsoogpunt een belangrijke topic. Dit geldt in de eerste plaats voor zeer extreme voedingsgewoonten, zoals nauwelijks of juist zeer veel eten (anorexia nervosa en boulemie). Ook op het eerste gezicht minder extreme voedingsgewoonten zijn voor de gezondheid essentieel. De volgende problemen lijken te onderscheiden:

- deficiënties aan bijvoorbeeld calorieën, eiwitten en/of vitamines/mineralen (in Nederland niet of nauwelijks);
- eetverslaving (in Nederland minder zeldzaam, komt in lichte vorm vaker voor);
- niet uitgebalanceerde voeding met betrekking tot hoeveelheid zout, vet (samenstelling), vezels en veel voeding (komt in Nederland veel voor).

Voedingsgewoonten spelen een rol bij het ontstaan van verschillende aandoeningen, zoals bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Naast hoge bloeddruk is een hoog serum-cholesterolgehalte een risicofactor voor deze ziekten. Dit gehalte wordt mede door de samenstelling van de voeding beïnvloed. Ook ten aanzien van kanker speelt voeding een duidelijke rol, al is (nog) niet goed duidelijk hoe. Daarnaast speelt de relatie voeding – lichaamsgewicht – gezondheid.

Een apart probleem kan ontstaan door de combinatie met medicijngebruik. Algemene gegevens gepubliceerd over de voedingsgewoonten in de grote steden vergeleken met die in de rest van het land, zijn niet direct voorhanden. Indirect zijn wel enige gegevens bekend doordat onderzoek is gedaan naar de voeding van specifieke risicogroepen, zoals bijvoorbeeld migranten en ouderen.

Daar de populatie migranten in de grote steden groter is dan in de rest van het land kunnen de resultaten van dergelijke onderzoeken wel enig belang hebben. Rachitis is bijvoorbeeld een voedingsprobleem (ten gevolge van vitamine D deficiëntie) welke onder migrantenkinderen enigszins voorkomt (onder andere Nijhuis en Zoethout, 1986; Nijhuis, 1986).

Over het algemeen lijkt de voeding van migranten(kinderen) positieve én negatieve aspecten te hebben en kan niet gesproken worden van een alleen ongezondere voeding.

Een andere wel eens genoemde risicogroep is de groep ouderen, hetgeen van belang is voor gebieden met relatief veel ouderen, als bijvoorbeeld Den Haag en Rotterdam. Ook voor de groep ouderen kan echter niet gesteld worden dat is aangetoond dat in deze groep relatief zéér veel personen een ongezondere voeding hebben.

De organisatie van de voeding (wie zorgt voor het eten binnen een huishouden en hoe) is van groot belang (Voorham, 1982). Het is niet uitgesloten dat alleenstaanden relatief minder aandacht aan een goede voeding besteden, hetgeen zou betekenen dat in grote steden, met relatief veel eenpersoonshuishoudens, dit voor meer personen geldt.

Voedingsgewoonten lijken te worden beïnvloed door factoren als (gezondheids-)cultuur, opleidings-/kennisniveau en ook inkomen.

De vraag wordt wel opgeworpen in hoeverre de economische recessie leidt tot een ongezondere voeding bij vooral personen met een relatief grotere sociale

achterstand. Onderzoek hiernaar is/wordt onder andere verricht door Struben en Kempers (1987, onderzoek naar de voedingstoestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand) door het SWOKA (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumenten Aangelegenheden) en door de GSD-Rotterdam. Struben en Kempers (1987) vonden bijvoorbeeld dat Haagse kinderen uit wijken met een sociale achterstand relatief kleiner zijn en dat in deze groep relatief meer enigszins zwaardere kinderen vóórkomen.

Daar in grote steden gesproken kan worden van bepaalde achterstandswijken is de vraag in hoeverre een inkomensachteruitgang voor de sociaal-economische kwetsbaarsten leidt tot bezuinigingen op de voeding zeer relevant. Dat op voeding wordt bezuinigd is al aangetoond. Echter niet alle verschuivingen in voedingsgedrag zijn negatief, bijvoorbeeld minder consumptie van vetrijke en eiwitrijke producten kan positief zijn, het vervangen van magere (duurdere) vleessoorten door vettere weer niet. Negatief kan bijvoorbeeld zijn dat door het kopen en gebruiken van minder dure voedselproducten meer (te veel) zout wordt geconsumeerd met gevolgen voor de bloeddruk en daardoor voor de gezondheidstoestand.

Het hoeft niet zo te zijn dat er een sterke relatie is tussen sociaal-economisch niveau en het bezuinigen op voeding. Niet alle minima zullen op voeding bezuinigen en sommige personen met een relatief hoger inkomen daarentegen weer wel.

Beweging

Beweging is van invloed op de gezondheid. Er kan sprake zijn van beweging in termen van dagelijks een straatje om tot lichamelijke inspanning in de vorm van (top-)sport.

Gesteld kan worden dat een tekórt aan lichaamsbeweging een grote bedreiging van de volksgezondheid vormt en (mede) leidt tot problemen als hart- en vaatziekten, aandoeningen van de luchtwegen en het bewegingsapparaat (Nota 2000).

Beweging/sport kan een preventieve werking hebben bij bijvoorbeeld hart- en vaatziekten.

Ook is het mogelijk dat een goede lichamelijke gesteldheid positief werkt bij bijvoorbeeld herstel na ziekte en het tegengaan van stress.

Ruim vier miljoen georganiseerde sporters zijn aangesloten bij de Nederlandse Sport Federatie en daarnaast zullen nog circa twee miljoen personen ongeorganiseerde sport bedrijven (Nota 2000, 1986). Sportbeoefening heeft zowel positieve als negatieve effecten op de gezondheid. Voor een overzicht van onderzoek zie Koeter-Kemmerling e.a. (1987).

Als negatieve gevolgen van sportbeoefening zijn vooral sportongevallen te noemen en daaraan gerelateerde medische kosten en kosten rond arbeidsverzuim. Per jaar worden in Nederland circa 500.000 sportongevallen door de gezondheidszorg behandeld (Nota 2000). Voetbalsport en gymnastiek veroorzaken de meeste van de ongevallen. Indien rekening gehouden wordt met het aantal beoefenaren per sport dan geven respectievelijk voetbal, basketbal, hockey, handbal, korfbal en gymnastiek de hoogste risico's (Lourijzen en Bouter, 1987).

In de beschikbare tijd is géén informatie gevonden over de vraag of de situatie in de grote steden afwijkt van die van de rest van het land voor zowel de omvang van positieve als negatieve effecten van sport/beweging op de gezondheid. Hetzelfde geldt voor de vergelijking van de grote steden onderling.

Verkeersgedrag

In 1983 bedroeg het aantal verkeersdoden circa 1.800. De belangrijkste risicogroepen zijn jonge bromfietzers (15 tot en met 19 jaar) in conflict met personenauto, jonge automobilisten (18 tot en met 24 jaar), fietsers ouder dan 65 jaar, fietsers van 6 tot en met 17 jaar in conflict met personenauto, voetgangers

ouder dan 65 jaar, voetgangers jonger dan 12 jaar in conflict met personenauto (Wegmar en Blokpaal, 1985; geciteerd in Nota 2000).

Van belang is de relatie alcoholgebruik – medicijngebruik – verkeer. Binnen de grote steden zullen de verkeersgevaarlijke punten meestal bekend en in kaart te brengen zijn. Het is mogelijk dat in grote steden meer verkeersongevallen plaatsvinden. Of dit ook geldt als gekeken wordt naar het aantal ongevallen per inwoner ligt minder voor de hand. Op plattelandswegen kunnen relatief meer ongelukken gebeuren.

Naast ongelukken is verkeerslawaaï van belang. Zowel verkeerslawaaï als overlast in de vorm van het onleefbaar maken van een buurt door een te veel aan geparkeerde auto's lijken belangrijke zaken voor de grote steden.

Gewelddadig gedrag

Gewelddadig gedrag kan vele vormen aannemen, naast gevaarlijk verkeersgedrag kan bijvoorbeeld gedacht worden aan geweldsmisdrijven als doodslag, mishandeling, vandalisme, ontvoering en seksuele geweldsmisdrijven.

Geweld en mishandeling zijn ten aanzien van kinderen en vrouwen toegenomen, althans meer zichtbaar geworden (Nota 2000).

Gevolgen voor de gezondheid nemen zowel lichamelijke als psychische vormen aan.

Zeker bepaalde geweldsdelicten vinden meer in de grote steden plaats, onder andere delicten rond de handel in harddruggebruik en drug related crimes. Daarnaast lijken zaken als kleine criminaliteit en vandalisme een grootstedelijk probleem te zijn.

Veel harde gegevens over deze zaken en zaken als verpaupering en ghettovorming zijn echter niet direct voorhanden.

Ongevallen

Gevaarlijk gedrag op het werk of in de privé-sfeer kan leiden tot gezondheidsschade, tot ongevallen.

Door uitgebreidere veiligheidsmaatregelen binnen bedrijven en de verschuiving binnen de beroepsbevolking naar tak van bedrijvigheid zijn de arbeidsongevallen in aantal sterk afgenomen (Nota 2000). Problemen zullen in grote steden kwantitatief gezien meer voorkomen als er meer gewerkt wordt in gevaarlijke bedrijfstakken (bijvoorbeeld havens).

Ongevallen in de privé-sfeer zijn de belangrijkste doodsoorzaken voor kinderen, vooral verdrinking (Nota 2000).

De meeste ongevallen vinden in en om het huis plaats. Deze problematiek kan in de grote stad extra hoog liggen, als er relatief meer ouderen wonen die moeilijk ter been kunnen zijn en als er sprake is van meer oude onoverzichtelijke woningen.

Conclusies

Zogenaamde leefwijzen-problematiek is algemener dan de som van hier besproken topics en hangt samen met sociaal-economische status, opleiding/kennis, inzicht in gedragsalternatieven, enzovoort.

Wellicht dat voedingsproblematiek in de grote steden meer speelt, doordat in deze steden relatief meer personen uit bepaalde risicogroepen wonen. Een relevante vraag in deze is in hoeverre sociaal-economisch kwetsbaren een risicogroep vormen. Ook voor wat betreft arbeidsongevallen en ongevallen in de privé-sfeer lijkt ten dele sprake te zijn van een grootstedelijke-problematiek, bijvoorbeeld voor wat betreft het meer werken in gevaarlijke bedrijfstakken (haven). Voor beweging/sport en verkeersgedrag lijkt dit minder duidelijk aan te geven.

Een aantal gewelddadige gedragingen als drug related crimes en vandalisme is wel meer een grote-stadsprobleem.

2.5 De gezondheidssituatie van enkele bevolkingscategorieën

In 2.1 is reeds gesteld dat sommige bevolkingscategorieën apart worden besproken, te weten respectievelijk adolescenten, ouderen en migranten. De keuze van deze categorieën is ook in deze paragraaf gemotiveerd.

2.5.1 Adolescenten

Als leeftijdsgrenzen voor adolescenten kunnen er verschillende worden aangehouden, bijvoorbeeld 12 tot 22 jaar, 10 tot 24 jaar (WHO, 1986) en 15 tot 24 jaar (Nota 2000).

In de voorliggende publikatie wordt in principe aangesloten bij de in de Nota 2000 gehanteerde grenzen, te weten 15 tot en met 24 jaar. Deze leeftijdscategorie lijkt vooral belangrijk in verband met bepaalde grootstedelijke-problematiek, zoals bijvoorbeeld vandalisme en druggebruik. Het aantal adolescenten omvat dan 17,5% van de bevolking.

Het aantal adolescenten is relatief gezien in Utrecht het grootst (iets minder dan 20% van de bevolking) en in Den Haag het kleinst (iets minder dan 15% van de bevolking; gegevens verkregen van gemeentelijke onderzoek-/statistiekafdelingen). Het aantal 15- tot en met 19-jarigen in Utrecht, Rotterdam, Amsterdam en Den Haag is respectievelijk 7,3%, 6,9%, 5,7% en 6,4%; het aantal 20- tot en met 24-jarigen respectievelijk 12,5%, 9,5%, 10,3% en 8,5% (gegevens per 1 januari 1987).

Levensfase en leefsituatie

In de eerste periode van de adolescentie wordt men lichamelijk volwassen; groeiversnelling en seksuele rijping vinden plaats. Daarnaast staat de ontwikkeling van een eigen identiteit centraal en vinden vele veranderingen in de sociale rol plaats, zowel in het gezin, naar leeftijdsgenoten toe, als wel op school (Van de Mheen, 1987). In dit kader lijkt vooral belangrijk dat het gaat om een levensfase waarin experimenteren sociaal geaccepteerd wordt, waarin bepaalde gedragswijzen worden uitgetoet. De Nota 2000 stelt dat "hoewel deze leeftijdsgroep een relatief gezonde is, wordt ze tevens gekenmerkt door de aanvaarding van riskante gewoonten".

Wat is nu het bijzondere van deze tijd om in op te groeien en vooral met welke speciale problemen hebben adolescenten nu te maken? De WHO (1986) noemt expliciet onder andere de (jeugd)werkloosheid, de migranten (met mogelijke nadelen als raciale discriminatie, cultuurverschillen, ook tussen generaties), de urbanisatie (met daarmee gepaard gaande sociale anonimiteit, volkshuisvestingsproblemen, vervuiling en criminaliteit) en veranderingen in samenlevingsvormen, in de rol van vrouwen en in communicatie en transportmogelijkheden. Alle genoemde factoren hebben een invloed op de aard van relaties in het gezin, in de peergroup en in de samenleving als geheel en ook mede op de gezondheidssituatie.

Sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving

Per 100.000 inwoners stierven in 1983 52 15- tot en met 24-jarigen (vrouwen 33, mannen 71; Nota 2000). Belangrijkste doodsoorzaken zijn verkeersongevallen en zelfdodingen. Gegevens vanaf 1950 laten zien dat de sterfte in alle categorieën doodsoorzaken terugloopt met uitzondering van ongevallen.

Vergeleken met andere leeftijdscategorieën zijn de sterftcijfers laag, alleen 5- tot en met 14-jarigen scoren lager.

Voor wat betreft de morbiditeit stelt de Nota 2000 dat vooral opvalt "de categorie nerveus-functionele klachten, inclusief anorexia nervosa en boulemie (eetverslaving, respectievelijk te weinig of te veel eten), bij vrouwen vanaf 15 en bij mannen vanaf 20 jaar". Daarnaast is van belang de bijzondere categorieën Ziekte van Pfeiffer en geslachtsziekten. De prevalentie van langdurige aandoeningen ligt bij adolescenten laag.

Een indicatie van de gezondheidstoestand wordt ook verkregen door te kijken naar het gebruik van voorzieningen. Zo lag het aantal ziekenhuisopnames in 1982 voor de 15- tot en met 24-jarigen op 70 per 100.000 inwoners (vrouwen 85, mannen 55). Voor alle andere leeftijdscategorieën lag dit aantal beduidend hoger, te weten 112 per 100.000 inwoners. Alleen de leeftijdscategorie 5- tot en met 14-jarigen scoort lager met 50 per 100.000 inwoners. De gemiddelde verpleegduur in dagen lag voor de 15- tot en met 24-jarigen op 9,6; voor alle leeftijdscategorieën op 12,8 (CBS-statistiek geciteerd in Nota 2000). In 1986 gebruikte 4% van de mannen van 18 tot en met 24 jaar in het jaar voorafgaand aan de enquêtering, het ziekenhuis en 8% van de vrouwen in deze leeftijdscategorie (CBS-leefsituatieonderzoek, geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland, 1987).

Gegevens over het gebruik van extramuraal voorzieningen worden vooral uit enquêtes verkregen. Zo blijkt uit de CBS-gezondheidsenquête (waarnaar verwezen wordt in de Nota 2000), dat 15- tot en met 24-jarigen gemiddeld 3,1 contacten per persoon per jaar hebben met de huisarts (vrouwen 4,2, mannen 2,0). Dit gebruik ligt relatief laag en zal mede samenhangen met pilcontroles en dergelijke. Alleen de 5- tot en met 14-jarigen hebben minder contacten per persoon per jaar, te weten 2,2 (gehele bevolking 3,4).

Gezondheidsenquêtes leveren naast gegevens over het gebruik van voorzieningen ook informatie over de gezondheidsbeleving en dergelijke. In het geval van adolescenten gaat het naast de gebruikelijke gezondheidsenquêtes vaak om schoolenquêtes.

Na raadpleging van diverse onderzoeken concludeert Van de Mheen (1987) dat de meeste adolescenten zich goed gezond voelen en tevreden zijn.

Geestelijke gezondheid

De Nota 2000 stelt dat de indruk bestaat dat de psychische ongezondheid onder adolescenten de laatste twee decennia is toegenomen. Eerder is al gewezen op het feit dat zelfdodingen een belangrijke doodsoorzaak zijn in deze leeftijdscategorie.

De WHO (1986) signaleert dat een vermindering van de sociale stabiliteit leidt tot grotere onzekerheid en toenemende stress bij jongeren, waarbij ook enkele risicogroepen worden genoemd zoals bijvoorbeeld raciale, religieuze en etnische minderheden, personen uit gebroken gezinnen, thuislozen, werklozen en de zeer armen.

De Nota 2000 geeft verder resultaten van een onderzoek in de Regio Nijmegen, waaruit naar voren komt dat 5% van de 18- tot en met 19-jarigen en meer dan 7% van de 20- tot en met 24-jarigen lijdt aan psychische problematiek.

In de periode 1981 tot 1984 maakte 1,4% van de Nederlandse mannen van 16 jaar en ouder en 1,9% van de vrouwen gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in het jaar voorafgaande aan de enquête (CBS-gezondheidsenquête, geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987). Voor de 16- tot en met 24-jarigen liggen deze percentages voor de mannen lager en de vrouwen hoger, te weten 1,0% en 2,2%.

Het aandeel van de 15- tot en met 24-jarigen in de totale patiëntenbestanden van algemene psychiatrische ziekenhuizen is tussen 1981 en 1984 gelijk gebleven (PIGG-gegevens, geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Leefwijzen

In 1986 dronk een kwart (24%) van de 18- tot en met 24-jarigen geen alcohol en 7% dronk 21 glazen of meer per week. Mannen drinken meer dan vrouwen, respectievelijk 12% en 1% drinkt per week 21 glazen of meer. Het percentage zware drinkers onder de 18- tot en met 24-jarige mannen is gedaald, te weten van 4% in 1980 en 5% in 1983 tot 2% in 1986. Het meest wordt gedronken door mannen van 18 tot en met 44 jaar (CBS-leefsituatieonderzoek geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987). (Excessief) Alcoholgebruik bij adoles-

centen kan leiden tot ongevallen en houdt het risico op toekomstige alcoholproblemen in.

Belangrijk is hoeveel personen zijn te classificeren als probleemdrinker (voor een omschrijving zie 2.4.1). In een in Rotterdam verricht onderzoek in 1981 is van de 16- tot en met 24-jarige vrouwen iets minder dan 3% als probleemdrinker geïdentificeerd (van alle vrouwen ook iets minder dan 3%). Van alle mannen is 12% probleemdrinker, van de 16- tot en met 19-jarigen 10% en van de 20- tot en met 24-jarigen ruim 17% (Garretsen, 1983).

Regionale verschillen treden op. Deze blijken bijvoorbeeld duidelijk uit het feit dat in Rotterdam bijvoorbeeld 5% van alle 16- tot en met 19-jarigen probleemdrinker is en in Limburg 20% (Knibbe, 1982).

Het aantal niet-rokers neemt toe, ook onder (zeer) jeugdigen. Zo behoren tot de groep niet-rokers in 1986: 91% van de mannen van 10 tot en met 14 jaar (1981: 80%), 78% van de mannen van 15 tot en met 19 jaar (1981: 73%), 89% van de vrouwen van 10 tot 14 jaar (1981: 81%) en 78% van de vrouwen van 15 tot en met 19 jaar (1981: 70%; bron Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987). Vrouwen van 20 tot en met 49 jaar roken relatief meer dan jongere en oudere vrouwen.

Het gebruik van slaap- en kalmerende middelen neemt globaal gezien toe met de leeftijd (Garretsen, 1985b). Bleyenbergh-Ruis (1984) vindt bijvoorbeeld in Rotterdam een stijgend percentage dagelijkse gebruikers van 1% van de 16- tot en met 19-jarigen tot 14% van de 65- tot en met 69-jarigen.

Voor het gecombineerd gebruik van slaap- en kalmerende middelen met opiaten vormen de jongeren een risicogroep.

De meeste (hard)druggebruikers (heroïnegebruikers, polydruggebruikers) zijn tussen de 20 á 30 jaar oud. Dit druggebruik brengt lichamelijke en sociale problemen met zich mee voor jongeren en hun omgeving, waarbij een aantal problemen meer samenhangt met de leefwijze van een gebruiker dan met de gebruikte stoffen zelf (zie verder 2.4.1).

Van de Mheen (1987) stelt dat nog weinig onderzoek is verricht naar voedingsgewoonten van adolescenten. Uit de CBS-gezondheidsenquête blijkt wel dat ernstig ondergewicht relatief het meest voorkomt bij vrouwen van 16 tot en met 24 jaar (geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

In 1986 doet 76% van de 18- tot en met 24-jarige mannen en 63% van de vrouwen aan sport (in 1980 nog respectievelijk 67% en 51%; CBS-leefsituatieonderzoek geciteerd in Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Van de Mheen (1987) citeert onderzoek waaruit blijkt dat meer dan 75% van het aantal sportletsels voorkomt in de categorie 10- tot 30-jarigen en hiervan meer dan 40% bij de 15- tot en met 24-jarigen, bij jongens ongeveer tweemaal zoveel als bij meisjes.

Naast sportongevallen komen ook andere ongevallen bij adolescenten relatief zeer vaak voor. Voor wat betreft verkeersongevallen, vormen bromfietzers van 15 tot en met 19 jaar en jonge automobilisten (18 tot en met 24 jaar) de belangrijkste risicogroepen. Ook bedrijfsongevallen en ongevallen in de privésfeer komen bij adolescenten veel voor (Van de Mheen, 1987).

De Nota 2000 stelt dat een toenemend aantal jongeren in aanraking komt met geweld, waaronder seksueel geweld. Vooral bepaalde geweldsdelicten (drug related crimes, vandalisme, en dergelijke.) lijken bij adolescenten relatief vaker voor te komen dan bij ouderen.

Conclusies

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat adolescenten voor bepaalde zaken wel en voor bepaalde zaken juist géén risicogroep zijn.

Het lijkt zo te zijn dat adolescenten relatief gezond zijn en weinig gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen. Wel wordt door sommigen een toenemende psychische ongezondheid gesignaleerd.

Voor wat betreft leefstijlen kan gesteld worden dat de adolescenten ten aanzien van een aantal zaken zeer zeker een risicogroep vormen. Hierbij kan in ieder

geval gedacht worden aan ongevallen, aan (poly)druggebruik en aan bepaalde geweldsdelicten, als drug related crimes en vandalisme.

De betreffende geweldsdelicten en het (poly)druggebruik zijn beide grootstedelijke problemen. Ook ten aanzien van ongevallen kan voor een déél gesproken worden van een stadsprobleem.

2.5.2 Ouderen

Ook ten aanzien van ouderen wordt aangesloten bij de leeftijdsgrenzen zoals die worden gehanteerd in de Nota 2000; ouderen zijn dan personen van 65 jaar en ouder. (In andere publikaties wordt wel een grens van 55 jaar gehanteerd.) Op 1 januari 1986 kende Nederland \pm 1.770.000 personen van 65 jaar en ouder, dat is ruim 12% van de bevolking (Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987). In West-Europa is Nederland één van de landen met de meeste ouderen. Er is sprake van een dubbele vergrijzing. Er komen meer ouderen en de ouderen blijven langer leven. Per 1 januari 1986 was ruim 12% van de bevolking 65 jaar of ouder, per 1 januari 1991 wordt dat geschat op bijna 13% (in 1969 nog 8,7%!). Het percentage personen van 80 jaar en ouder bedroeg in 1986 2,6 en per 1 januari 1991 wordt 2,9% verwacht (Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Het percentage 65+-ers in Den Haag, Rotterdam, Amsterdam en Utrecht is respectievelijk 19,0, 17,3, 15,7 en 14,0 (gegevens per 1 januari 1987).

Alhoewel de meeste ouderen zelfstandig wonen is toch kenmerkend voor deze leeftijdscategorie dat relatief veel personen in een verzorgingstehuis of verpleeghuis wonen en dat veel personen langdurige zorg behoeven. Dit geldt vooral voor de hoog-bejaarden. Factoren die het zelfstandig functioneren beïnvloeden zijn het lichamelijk en geestelijk functioneren en de aanwezigheid/werkwijze van verzorgende en ondersteunende voorzieningen, zoals gezondheidszorg, mantelzorg en aangepaste woonvoorzieningen.

Sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving

In het algemeen bestaat er een verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen van bijna zeven jaar. Voor mannen is het aantal te verwachten levensjaren bij de geboorte in 1985 73,1 jaar, voor vrouwen 79,7 jaar (Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Voor personen van 65 jaar en ouder zijn hart- en vaataandoeningen en kwaadaardige nieuwvormingen de belangrijkste doodsoorzaken. Deze vertegenwoordigen ongeveer driekwart van alle sterfte. Mannen overlijden relatief meer aan kanker en vrouwen meer aan hart- en vaatziekten.

Voorals valt op dat voor mannen de kans op sterfte aan kwaadaardige nieuwvormingen van de ademhalingsorganen 15 maal zo groot is als bij vrouwen (Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Daarnaast is van belang dat zelfdoding onder ouderen meer voorkomt dan in enig andere leeftijdsgroep (Nota 2000).

Kenmerkend voor de morbiditeit van ouderen is dat een belangrijk deel van de ziekten gerekend moet worden tot de chronisch-degeneratieve ziekten, welke een langdurige zorg vereisen. Kenmerkend is ook dat een combinatie van aandoeningen vaak voorkomt. De meest voorkomende aandoeningen onder niet-geïstitutionaliseerde patiënten zijn gewrichtsklachten, kortademigheid, verhoogde bloeddruk en duizeligheid (Nota 2000).

Op de afdeling Epidemiologie van de GGD-Rotterdam is onlangs een overzicht verschenen van onderzoek naar de gezondheidstoestand van zelfstandig wonende ouderen (Van Deursen, 1987). Ook wordt hierin aandacht besteed aan onderzoek rond het kunnen verrichten van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en het kunnen verrichten van huishoudelijke activiteiten (HHA). Zo wordt het CBS-leefsituatieonderzoek geciteerd waaruit blijkt dat 77% van de ouderen van 55 jaar en ouder alle activiteiten van het dagelijks leven zonder moeite en hulp kan verrichten.

Van Deursen (1987) concludeert verder op basis van verschillende geraadpleegde onderzoeken dat de gezondheidsevaluatie, het eigen oordeel over de

gezondheid negatiever is naarmate de leeftijd hoger is. Ouderen oordelen negatiever dan jongeren en binnen de categorie ouderen oordelen de hoog-bejaarden weer negatiever.

Mantelzorg is voor veel ouderen van belang en ook vaak problematisch, omdat juist bij ouderen het sociale netwerk in omvang afneemt. Vrijwilligers spelen nog geen erg belangrijke rol in de hulpverlening aan zelfstandig wonende ouderen.

In 1986 maakte 9% van de 65- tot en met 74-jarigen en 15% van de 75+-ers, in het jaar voorafgaande aan de enquête, gebruik van het ziekenhuis. Vergeleken met de andere leeftijdscategorieën is het gebruik van het ziekenhuis het grootst onder de 75+-ers. De gemiddelde verpleegduur neemt toe met het stijgen van de leeftijd.

Ten aanzien van verpleeghuizen is sprake van een vergrijzing van het patiëntenbestand; in 1981 was 52,5% van de verpleeghuispatiënten 80 jaar of ouder, in 1985 was 56,1% 80 jaar of ouder (peildatum 31 december; Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987).

Voor verzorgingstehuizen geldt de, overigens arbitraire, norm dat ongeveer 7% van de 65+-ers opgenomen wordt. De gemiddelde leeftijd van de bewoners is gestegen tot 80 jaar (Van Deursen, 1987). De taakafbakening tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen is onderwerp van aandacht. In Rotterdam is bijvoorbeeld een experiment gestart waarin onder andere verpleeghuizen hulp bieden aan verzorgingstehuizen om onnodig verhuizen van ouderen te voorkomen. Rond dit experiment wordt onderzoek verricht door de afdeling Epidemiologie van de GGD-Rotterdam.

Ook het contact met de huisarts is onder 75+-ers het grootst. In 1986 heeft in de drie maanden voorafgaande aan de enquête 34% contact met de huisarts gehad. Ditzelfde geldt voor 30% van de 65- tot en met 74-jarigen en voor 28% van de gehele bevolking van 18 jaar en ouder.

Geestelijke gezondheid

De Nota 2000 (1986) stelt dat psychische ziekten bij bejaarden vaker naar voren komen dan onder niet-bejaarden, dat zelfmoord onder ouderen meer voorkomt dan in enige andere leeftijdsgroep en dat psycho-sociale problemen bij ouderen veelvuldig voorkomen als gevolg van stress, veroorzaakt door een verminderde gezondheid, eenzaamheid, verlies van partner en vermindering van inkomsten.

Van Deursen (1987) stelt dat uit buitenlandse onderzoeken blijkt dat naar schatting 23 tot 29% van de bevolking van 65 jaar en ouder een psychische stoornis heeft (waarschijnlijk is een brede definitie gebruikt).

Naast dementie komt depressie veel voor.

Ouderen scoren in vergelijking met andere leeftijdscategorieën laag op eenzaamheidsschalen, maar misschien hangt dit samen met lagere verwachtingen en met een grotere onderschatting in de groep ouderen; wellicht wordt bijvoorbeeld meer-sociaal wenselijk geantwoord.

Uit CBS-leefsituatieonderzoek (geciteerd in Van Deursen, 1987) blijkt dat in de drie grote steden 8% van de ouderen (55+) zich geregeld of altijd eenzaam voelt en 19% zo nu en dan. In de drie grote steden komt eenzaamheid vaker voor dan elders.

Van de 55+-ers in deze steden is 12% wel eens/soms bang. In dit geval is er geen sprake van een afwijking van het landelijk gemiddelde.

In algemene psychiatrische ziekenhuizen is géén sprake van een toenemende vergrijzing; het aandeel 65+-ers in het totale patiëntenbestand is in 1984 iets geringer dan in 1981 (PIGG-gegevens, Gezondheid, ziekte en sterfte, 1987). Het overgrote deel van de verpleeghuispopulatie is 65 jaar of ouder. Van belang hierbij is de toename van het aantal psycho-geriatrische patiënten.

Ouderen maken relatief weinig gebruik van het RIAGG. In de periode 1981 tot 1984 maakte 1,4% van alle mannen (van 16 jaar en ouder) en 1,9% van alle vrouwen gebruik van het RIAGG in het jaar voorafgaande aan de enquêtering. Voor de 65-ers liggen deze percentages op respectievelijk 0,9% en 0,8% (CBS-gezondheidsenquête, geciteerd in *Gezondheid, ziekte en sterfte*, 1987). De Nota 2000 noemt binnen de gehele categorie ouderen een aantal risicogroepen in psychische en somatische zin (op basis van CBS-leefsituatieonderzoek). Genoemd worden hoogbejaarden ouder dan 85, alleenstaanden, personen die recent hun partner verloren, personen met hypertensie of diabetes mellitus, personen net uit het ziekenhuis ontslagen, personen met een lage ses, personen in verzorgingstehuizen, personen die veel alcohol gebruiken en personen met ontwikkelingsstoornissen in de jeugd of adolescentie.

Leefwijzen

Over de alcoholconsumptie van ouderen is niet veel bekend. Uit Rotterdams onderzoek blijkt dat (de huidige) 60- tot en met 69-jarigen minder tolerant zijn ten aanzien van drankgebruik dan jongeren. Ook komen onder de 60- tot en met 69-jarigen beduidend minder excessieve drinkers voor (Garretsen, 1983). Dit kan in de toekomst veranderen als de personen die zijn opgegroeid in een meer tolerante drinkcultuur tot de categorie ouderen gaan behoren (Garretsen e.a., 1987).

Een apart probleem voor vooral ook ouderen, is de combinatie alcohol-/medicijngebruik (Blijenberg-Ruis e.a., 1986).

Van Deursen (1987) citeert CIVO-onderzoek onder 65- tot 80-jarigen waaruit blijkt dat 49% van de mannen en 12% van de vrouwen rookt. Het gemiddelde dagelijkse gebruik ligt op 10 á 12 sigaretten. Naar effecten van roken op hogere leeftijd is weinig onderzoek gedaan.

Slaap- en kalmerende middelen worden door ouderen relatief veel gebruikt. Van Deursen (1987) vermeldt onderzoeken waaruit blijkt dat zo'n één op de vijf á tien bejaarden deze wel gebruikt.

Blijenberg-Ruis e.a. (1986) vond onder Rotterdammers van 16 tot en met 69 jaar, dat het dagelijks gebruik relatief hoog is onder onder andere gepensioneerden (11,8%).

De meeste (hard)druggebruikers zijn tussen de 20 á 30 jaar oud. De ouderen vormen in deze géén belangrijke risicogroep.

Van Deursen (1987) concludeert dat de voeding van ouderen te veel cholesterol en verzadigd vet bevat.

Voor ouderen is echter niet aangetoond dat in deze leeftijdscategorie relatief zéér veel personen een ongezondere voeding zouden hebben. Daar veel ouderen een minimuminkomen hebben is ook voor deze leeftijdscategorie de vraag wel zeer relevant in hoeverre de economische recessie leidt tot een ongezondere voeding voor sociaal-economisch kwetsbaren.

Verondersteld kan worden dat beweging een preventieve werking heeft met betrekking tot aandoeningen welke bij ouderen veel voorkomen, zoals slijtage van gewrichten, en dergelijke. In Rotterdam bleek dat slechts een klein gedeelte van de 60+-ers, te weten 4%, deelneemt aan georganiseerde bewegingsactiviteiten (Claassen, 1987, geciteerd in Van Deursen, 1987). Uit het CBS-leefsituatieonderzoek (*Gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland*, 1987), blijkt dat in 1986 14% van de 65- tot en met 74-jarigen en 6% van de 75+-ers aan lichamelijke sportbeoefening doet. Er is (logischerwijze) sprake van een duidelijke afname van sportbeoefening met het stijgen van de leeftijd.

Met betrekking tot ongevallen vormen ouderen een risicogroep. Naast de jeugdigen vormen de ouderen de belangrijkste risicogroep ten aanzien van verkeersongevallen. Ongevallen in de privésfeer komen ook bij ouderen veel voor. In en om de woning vinden in Nederland per jaar ongeveer 35.000 vrij ernstige val-ongevallen plaats bij ouderen (Van Haastrecht, 1985, geciteerd in Van Deursen, 1987).

Conclusies

Ouderen sterven vooral aan hart- en vaataandoeningen en kwaadaardige nieuwvormingen. Kenmerkend voor de morbiditeit is dat het veelal gaat om chronisch-degeneratieve ziekten welke een langdurige zorg vereisen.

Voor wat betreft de geestelijke gezondheid is gesteld dat psychische ziekten en zelfmoorden bij ouderen relatief vaker voorkomen en dat ook psycho-sociale problemen zich vaak voordoen. Ten aanzien van leefstijlen is gebleken dat de leeftijdscategorie ouderen vooral een risicogroep vormt voor ongevallen (verkeersongevallen, ongevallen in de woning), bij het gebruik van slaap- en kalmerende middelen (en eventueel andere medicijnen) en mogelijk bij voeding. Een en ander is vooral ook van belang voor grote steden waar relatief veel ouderen wonen zoals bijvoorbeeld vooral Den Haag en Rotterdam.

In hoeverre er bij ouderen in grote steden sprake is van een extra problematiek vergeleken met ouderen die elders wonen is zo moeilijk te zeggen.

Wel is bijvoorbeeld gebleken dat eenzaamheid onder ouderen woonachtig in de grote steden vaker voorkomt dan onder andere ouderen.

2.5.3 Etnische minderheden

De Nota 2000 (1986) geeft aan welke minderheidsgroepen ook als zodanig vallen onder het regeringsbeleid (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4 Doelgroepen minderhedenbeleid 1985 (stand 1 januari 1985)

	Aantal personen	Percentage dat in de vier grote steden woont
Turken	155 600	35%
Middellandse zeegebied		
Marokkanen	111 300	49%
Overigen	71 100	
Personen van Surinaamse origine	182 000	56%
Personen van Antilliaanse origine	45 600	29%
Personen van Molukse origine	40 000	
Vluchtelingen	20 000	
Zigeuners	3 500	
Woonwagenbewoners	30 000	
Totaal	659 100	

Bron: CBS en SOPEMI-Netherlands-1985 rapport, geciteerd in Nota 2000

In totaal behoort circa 4,5% van de bevolking tot deze etnische minderheden. Uit de tabel blijkt dat relatief veel personen in de vier *grote steden* wonen. Dit geldt in ieder geval voor de grootste minderheidsgroepen, te weten respectievelijk Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen.

Uit tabel 2.5. blijkt dat de verschillende minderheden verschillend over de grote steden zijn verdeeld. In Rotterdam wonen relatief meer Turken, in Amsterdam meer Marokkanen, Surinamers en Antillianen. De laatste kolom heeft betrekking op het percentage minderheden op de totale Nederlandse bevolking. In Amsterdam is één op de zeven inwoners van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse afkomst, in Rotterdam één op de acht, in Den Haag één op de negen en in Utrecht één op de tien (Van der Erf, 1987).

Leefsituatie

Over migranten is al zeer veel geschreven. Gepoogd zal worden om in de grote lijnen een overzicht te geven. Voor een breder opgezette beschrijving van de relatie gezondheid – migranten zie onder andere Uniken Venema (1987b).

Tabel 2.5 Percentage woonachtig in de vier grote gemeenten

	Turken		Marokkanen		Suri- namers	Antil- lianen	Totale bevolking
	1976	1986	1976	1986	1986		
Amsterdam	8	11	18	22	24	11	5
Rotterdam	13	14	8	10	15	9	4
's-Gravenhage	5	7	6	7	14	7	3
Utrecht	4	4	9	8	3	2	2
Totaal	30	36	41	48	56	30	13

Bron: Van der Erf (1987), Maandelijks Statistiek bevolking. CBS 87/10.

Zowel in de literatuur als in de voorliggende nota worden de termen etnische minderheden en migranten vaak door elkaar gebruikt.

De redenen voor migratie verschillen voor de verschillende minderheden. Bij migranten uit de overzeese gebiedsdelen spelen vele verschillende migratiemotieven een rol. Migrantengroepen uit de zogenaamde wervingslanden zijn voornamelijk voor werk naar Nederland gekomen (vanaf circa 25 jaar geleden). Voor alle migrantengroepen geldt dat er een verschil is tussen de cultuur van het land van herkomst en de cultuur van het ontvangende land. En, hoe groter het verschil tussen deze culturen en hoe sneller de overgang, des te groter zal de zogenaamde culturele shock zijn (onder andere Uniken Venema, 1987b).

Migrantengroepen hebben in Nederland dus te maken met een andere cultuur en ook met heimwee, heimwee door de scheiding van het land van herkomst en de scheiding van veel familie en vrienden. Aanpassingsproblemen doen zich op vele gebieden voor. Zo verwijzen Ankoné en Kaufman (1984) naar aanpassingsmoeilijkheden onder Turkse en Marokkaanse vrouwen in Utrecht welke zich vooral tijdens zwangerschap en bevalling voordoen.

In een andere vorm kunnen cultuurverschillen problematisch zijn voor de tweede (en derde) generatie. Voor kinderen van migrantengroepen speelt op een andere wijze het verschil tussen de situatie thuis, in het gezin en de situatie buitenshuis, op school en dergelijke.

Over het algemeen starten leden van minderheidsgroepen in Nederland vanuit een achterstandspositie ten aanzien van de rest van de bevolking (Nota 2000, 1986). Vaak behoren zij ook tot de laagste sociaal-economische klassen. Huisvesting en arbeidsomstandigheden zijn ongunstiger dan die van veel autochtonen. Men woont met meer mensen in vaak minder goede huizen en men verricht vaak werk waarvoor autochtonen zich niet meer beschikbaar stellen. Bij een beschrijving van de gezondheidssituatie van migrantengroepen bestaat het gevaar dat te veel gekeken wordt naar het anders zijn van migrantengroepen; het gevaar bestaat dan dat gegevens foutief worden geïnterpreteerd en dat stereotypering van migrantengroepen als probleemgroep optreedt (onder andere Uniken Venema, 1987a). De positie van migrantengroepen dient altijd te worden vergeleken met die van autochtonen en dan nog met autochtonen in vergelijkbare omstandigheden (zelfde sociaal-economische status, wonend in zelfde buurten). Vaak zal dan blijken dat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn en dat verschillen vaak niet zozeer lopen tussen allochtonen en autochtonen, maar meer binnen deze groepen.

Uit het bovenstaande blijkt dat bij het beschrijven van de relatie gezondheid – migrantengroepen voorzover mogelijk ook moet worden gekeken naar de positie van autochtonen in eenzelfde positie en dat vaak meer gekeken moet worden naar de leefsituatie in het algemeen en niet alleen naar gezondheid.

Ook ten aanzien van de gezondheid zijn echter niet veel gegevens standaard beschikbaar. Een systematische registratie naar nationaliteit en/of land van herkomst vindt namelijk zelden plaats.

Uniken Venema (1987b) citeert enkele onderzoeken waaruit onder andere blijkt dat de sterfte bij Turkse en Marokkaanse kinderen van 1 tot 14 jaar hoger ligt dan die van alle Nederlanders; ook de perinatale sterfte bij Surinamers, Marokkanen en Turken ligt hoger (vooral bij Creoolse vrouwen). Over de oorzaken van deze hoge sterftcijfers is weinig bekend.

Voor migranten spelen gezondheidsproblemen die specifiek voor deze migrantengroepen gelden. Daarnaast spelen gezondheidsproblemen die ook voor autochtonen gelden.

Als voorbeeld van het eerste gelden de zogenaamde importziekten, ziekten welke in het thuisland reeds aanwezig waren in het organisme en welke met de migrant meeverhuizen naar Nederland. Het gaat hier voornamelijk om infectieziekten als tuberculose en worminfectie (Nijhuis, 1985).

De Nota 2000 stelt duidelijk dat: "aangezien binnen de gezondheidszorg geen systematische registratie naar nationaliteit en/of land van herkomst plaatsvindt, bestaat er geen volledig en betrouwbaar inzicht in de gezondheid van minderheidsgroepen én in het feitelijk gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen". Wel is veel literatuur beschikbaar over de problemen welke zich voordoen in de hulpverlening aan migranten, vanuit het perspectief van de hulpverleners.

Ook zijn gegevens voorhanden uit (eenmalig) onderzoek.

Zo heeft bijvoorbeeld een onderzoek plaatsgevonden in 12 Amsterdamse huisartspraktijken met een relatief groot percentage allochtone patiënten (Van Wieringen e.a., 1986, 1987). Gedurende een jaar werd voor iedere patiënt die de huisarts consulteerde een registratieformulier ingevuld, bevattende persoonsvariabelen, reden contact, diagnose en eventueel therapie en/of verwijzing. Het klachtenpatroon van de Surinaamse groep blijkt in het algemeen niet verschillend van de Nederlandse groep. Bij Turken en Marokkanen stellen de huisartsen vaker diagnoses betreffende het spijsverteringsstelsel (alle leeftijden) en luchtwegen (0 tot en met 14 jaar) en minder vaak diagnoses betreffende circulatie (45- tot en met 54-jarigen).

Gegevens over de gezondheidstoestand van migranten worden ook verkregen uit onderzoeken onder de bevolking. Onlangs is bijvoorbeeld een uitgebreide gezondheidsenquête verricht door de afdeling Epidemiologie van de GGD-Rotterdam (Uniken Venema, 1987a). In dit onderzoek is informatie verzameld over een aselecte steekproef van Turkse Rotterdammers en deze groep is vergeleken met een groep autochtone inwoners die in dezelfde buurten wonen als de Turkse onderzoeksgroep. (De vergelijkingsgroep autochtone inwoners is zoveel als mogelijk gelijk aan de Turkse groep ten aanzien van geslacht, leeftijd en sociaal-economisch milieu.) Uit dit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de aard van de gezondheidsklachten van Turken en Nederlanders in veel opzichten overeenkomsten vertoont. Wel is er een verschil in leeftijd waarop een toename van gezondheidsklachten optreedt; bij Turken vanaf 35 en bij autochtonen vanaf 45 jaar.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat Turken bij gezondheidsklachten eerder naar de huisarts gaan; minder naar de tandarts gaan (alleen bij pijn) en gemiddeld langer in een ziekenhuis liggen!

Deze gezondheidsenquête leverde ook op dat voor wat betreft de Turken er sprake is van een negatievere gezondheidsbeleving dan bij autochtone Rotterdammers. Het oordeel over de eigen gezondheid is wat slechter, hetgeen ook bij Marokkanen het geval schijnt te zijn (onderzoeken geciteerd in Uniken Venema, 1987b).

Geestelijke gezondheid

De Nota 2000 stelt dat het accent bij de gezondheidsklachten van minderheden ligt op psycho-sociale en psychologische klachten.

In veel literatuur wordt aandacht besteed aan de psycho-sociale problemen

welke migranten ervaren in het land van ontvangst. Zo stelt Nijhuis (1985) dat door zaken als onzeker toekomstperspectief, arbeidssituatie, werkloosheid, armoede, huisvesting, seksueel klimaat, vreemde normen- en waardenpatronen en discriminatie, stress kan ontstaan. Op den duur kunnen zich depressies ontwikkelen welke zich manifesteren in zaken als slaapstoornissen, obstipatie, alcohol- en drugmisbruik, suicide-wensen, hoofdpijn, rugpijn, buikpijn, enzovoort. Of migranten meer of andere psycho-sociale problemen ervaren dan autochtonen, is nog niet systematisch vastgesteld. Psycho-sociale problemen spelen ook bij de Tweede Generatie Problematiek.

Uniken Venema (1987b) stelt dat weinig kwalitatieve gegevens bekend zijn en dat de literatuur over dit onderwerp voor een groot deel gebaseerd is op de ervaringen van hulpverleners. Vaak wordt dan gesteld dat psycho-somatische klachten (psychisch onwelbevinden uitend in de vorm van lichamelijke klachten) opvallend veel bij migranten voorkomen. Een reden hiervoor zou zijn dat in sommige samenlevingen een taboe rust op het uiten van psychische problemen. Uniken Venema (1987a + b) stelt echter dat hiervoor vooralsnog weinig aanwijzingen zijn en vraagt zich af in hoeverre hulpverleners niet te veel uitgaan van vooroordelen en dergelijke.

In ieder geval is het aantal psychische diagnoses van bijvoorbeeld huisartsen groter dan het aantal psychische klachten van patiënten (Van Wieringen e.a., 1987).

Op basis van registratiegegevens van de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid concludeert Uniken Venema (1987b) dat Turken en Marokkanen relatief minder en Surinamers relatief vaker in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen dan op grond van hun aandeel in de totale populatie verwacht mocht worden.

Er zijn weinig aanwijzingen dat migratie op een voor alle groepen gelijke wijze de geestelijke gezondheid beïnvloedt.

Leefwijzen

Etnische minderheden hebben vaak andere leefgewoonten en kunnen als gevolg daarvan ook andersoortige problemen krijgen. Op korte termijn is het niet mogelijk inzicht te krijgen in het brede scala van leefwijzen van de verschillende etnische groeperingen. Wel zijn er enkele zaken aan te wijzen die in ieder geval van belang zijn.

In paragraaf 2.4 is al gesteld dat bepaalde voedingsproblemen onder migranten vaker kunnen voorkomen, zoals rachitis (Nijhuis, 1985, 1986; Nijhuis en Zoethout, 1986). Opgemerkt is echter ook dat over het algemeen de voeding van migranten positieve én negatieve aspecten lijkt te hebben en dat niet gesproken kan worden van een alleen ongezonere voeding.

De meeste gebruikers van harddrugs (polydruggebruik) zijn jongeren van Nederlandse afkomst, maar ook hebben veel gebruikers een Surinaamse, Antilliaanse, Molukse of mediterrane achtergrond (onder andere Marokkaanse). Vooral de groep Surinaamse verslaafden is kwantitatief omvangrijk.

Nijhuis (1982) noemt nog enkele aandoeningen welke samenhangen met leefgewoontes, zoals bepaalde infectieziekten (bijvoorbeeld gastro-enteritis, hepatitis A), bepaalde perinatale problematiek samenhangend met bepaalde moederschapsgewoonten en ongevallen thuis, welke te wijten zijn aan onbekendheid met het (nieuwe) Nederlandse huishouden (bijvoorbeeld intoxicaties, brandwonden en glaswonden).

Conclusies

Voor wat betreft de gezondheidssituatie van migranten spelen enkele gezondheidsproblemen welke specifiek voor deze migranten gelden (bijvoorbeeld importziekten). De meeste problemen spelen echter ook voor autochtonen. Voor een goed inzicht zal de positie van migranten steeds moeten worden vergeleken met de positie van vergelijkbare groepen autochtonen!

Belangrijk hierbij is dat leden van minderheidsgroepen in Nederland veelal in een achterstandspositie verkeren; zij behoren ook vaak tot de laagste sociaal-economische klassen. Vergeleken met autochtonen uit deze klassen zijn wellicht geen gróte verschillen ten aanzien van de gezondheidstoestand te ontdekken. Een punt van aandacht is vooral de geestelijke gezondheidssituatie. Over psycho-sociale klachten van migranten (en over psychosomatiek) is veel geschreven (zie onder andere Uniken Venema, 1987b). Enkele gezondheidsproblemen van migranten hangen samen met de andere leefgewoonten van deze bevolkingscategorieën.

Gesteld kan worden dat relatief veel migranten in de vier *grote steden* wonen en dat eventuele minderhedenproblematiek ook een grote-stadsproblematiek is. Een en ander is vooral van belang ten aanzien van het topic ongelijkheid in gezondheid; veel van de personen uit de laagste sociaal-economische klassen behoren tot de etnische minderheden.

2.6 Ongelijkheid in gezondheid

Alvorens in te gaan op ongelijkheid in gezondheid wordt eerst kort aandacht besteed aan meer algemene maatschappelijke ongelijkheid (2.6.1). Vervolgens komt ongelijkheid in gezondheid aan bod en met name de relatie sociaal-economische status en gezondheid (2.6.2).

2.6.1 Maatschappelijke ongelijkheid in Nederlandse steden

Ongelijkheid in een samenleving kan zich in verschillende vormen voordoen. Gedacht kan worden aan rechtsongelijkheid, aan ongelijkheid in vaardigheden, in financiële vermogens enzovoort. Maatschappelijke ongelijkheid kan worden afgemeten aan een (ongelijke) verdeling van kerngoederen als inkomen, arbeidspositie, scholing, deelname aan (politieke) macht, huisvesting en formele rechten (Schuyt, 1987).

Voor wat betreft inkomensverdeling kan gesteld worden dat Nederland rond zowel 1970 als 1980 tot de westerse industriële staten met de minst scheve verdeling behoort (Ultee, 1986). Sedert decennia is in Nederland sprake van een inkomensegalisatie (Pen, 1986). Dit neemt niet weg dat in Nederland wel gesproken kan worden van een maatschappelijke ongelijkheid, ook op inkomensgebied. Naast inkomen zijn ook andere zaken van belang. Zo stelt Schuyt bijvoorbeeld dat de ongelijkheid in macht en politieke participatie in Nederland niet is afgenomen en dat de ongelijke deelname aan het onderwijs wel enigszins is gedaald doch niet is verdwenen.

Een (financiële) ongelijkheid leidt voor de sociale minima tot problemen. Oude Engberink (1987) spreekt van minima zonder marge en signaleert dat deze minima pogen de tering naar de nering te zetten en dan ook bezuinigen op eerste bestaansbehoeften. Door onder andere een stijging van woonlasten ontstaan financiële problemen, schulden en wordt ook bezuinigd op zaken als voorzieningengebruik. Het maatschappelijk verkeer neemt af en isolement kan toenemen. Schuyt (1987) spreekt over gevolgen van maatschappelijke ongelijkheid in termen van herkomst – onderwijs – arbeid – inkomen – politieke macht – formele en informele rechten en signaleert een mogelijke cumulatie van nadelen en ellende. Een groep ontstaat welke wordt gekenmerkt door multi-pele deprivatie en daarmee samenhangende multi-pele stress.

In deze wordt wel gesproken over een maatschappelijke tweedeling van de samenleving. Arts en Ultee (1985) stellen echter dat er wel sprake is van een breder wordende kloof tussen werkenden en uitkeringstrekkers met gevolgen voor de sociale en politieke orde, doch dat moeilijk te voorspellen is hoe ontwikkelingen verlopen: zowel radicalisering als apathie is mogelijk. Een tweedeling hoeft zich niet voor te doen.

Hebben de grote steden een aparte positie? Uit het CBS leefsituatieonderzoek

blijkt dat de laagste scores van beroepsarbeid en huishoudelijk werk in de grote steden worden aangetroffen en de hoogste van studerende en gepensioneerden (geciteerd in De Smidt, 1986). De Smidt stelt verder dat dit samenhangt met een hoge vertegenwoordiging van lage inkomens en met zowel relatief veel inwoners in de grote steden met niet meer dan lager onderwijs, als relatief veel hoog opgeleiden. Daar hoger opgeleiden vaak na enige tijd verhuizen naar foresengemeenten treedt geen oververtegenwoordiging van hogere inkomens op. Het middenkader (met de laagste werkloosheidscijfers) is zwak vertegenwoordigd. Sommige arbeidssegmenten zijn sterk randstadgebonden, zoals bijvoorbeeld werkende alleenstaanden en ongehuwd samenwonenden. Rijnmond kent een oververtegenwoordiging van ongeschoolde arbeiders/kostwinners; Rotterdam kent daarom het hoogste percentage ongeschoolden onder langdurig werklozen in de steden (De Smidt, 1986).

Schuyt (1987) signaleert als gesteld een mogelijke cumulatie van nadelen en ellende, van deprivaties en stelt dat de geografische lokatie hiervoor de groeiende probleemhaarden van de binnensteden zijn. Onduidelijk is in hoeverre dit op basis van toegespitst onderzoek wordt gesteld.

2.6.2 Ongelijkheid in gezondheid

Onderdeel van een maatschappelijke ongelijkheid is een ongelijkheid in gezondheid. Bestaan er verschillen in (de kans op) gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen? In deze publikatie wordt vooral aandacht besteed aan de vraag in hoeverre er een samenhang bestaat tussen sociaal-economische status (SES) enerzijds en de mate van gezondheid en sterftkans anderzijds.

Het begrip sociaal-economische status kan op verschillende wijzen worden gedefinieerd. Factoren welke genoemd worden als zijnde van belang, zijn opleiding, inkomen en beroep, maar ook wel arbeids- en woonsituatie.

In het volgende wordt aangegeven in hoeverre reeds beschikbare gegevens wijzen op een relatie sociaal-economische status – gezondheid. Op de verschillende topics wordt niet uitgebreid ingegaan daar elders ook overzichten die naangaande worden gegeven (onder andere Nota 2000, 1986; Mackenbach, 1987; Wijnberg en Joling, 1987; Zielhuis, 1980).

Sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving

Mackenbach (1987) bespreekt een aantal internationale studies waaruit blijkt dat sterfte hoger is in lagere ses-groepen.

Uit de twee Amsterdamse onderzoeken naar buurtverschillen in gezondheid is geconstateerd dat er soms aanzienlijke verschillen bestaan tussen buurten met betrekking tot de aantallen ziekenhuisopnames, aantallen arbeidsongeschikten én met betrekking tot de sterftcijfers. Ook is geconstateerd dat deze verschillen een samenhang vertonen met sociaal-economische kenmerken van buurten (Habbema e.a., 1980; Van der Maas, 1987). Zie figuur 2.3.

Uit gezondheidsenquêtes komt naar voren dat een grotere prevalentie van chronische aandoeningen onder lager opgeleiden vóórkomt (onderzoeken geciteerd in Mackenbach, 1987). Ook is in een aantal onderzoeken een duidelijke samenhang gevonden tussen de ervaren gezondheidstoestand en bijvoorbeeld opleidingsniveau (e.a. Cassee, 1983; Mootz, 1981; Van der Zee, 1982; Visser, 1983), doch niet in alle (Garretsen en Wierdsma, 1984).

Voor wat betreft de geestelijke volksgezondheid lijkt gesteld te kunnen worden dat er een relatie met de sociaal-economische status is, alhoewel soms over tegenstrijdige bevindingen wordt gerapporteerd. De mannen uit lagere sociaal-economische klassen en uitkeringsgerechtigden lijken echter in ieder geval naar voren te springen (onderzoeken beschreven in Wijnberg en Joling, 1987). Raat e.a. (1987) vinden onder andere dat indicatoren van een lage sociaal-economische status, zoals een laag opleidingsniveau, samenhangen met meer psychische en psycho-somatische klachten.

Opmerkelijk is de geconstateerde relatie tussen lichaamslengte en opleiding

en inkomen. Mackenbach (1987) constateert bijvoorbeeld dat na correctie voor leeftijdsverschillen de lengte van bijvoorbeeld mannen met alleen lagere school circa vijf centimeter minder is dan die van mannen met een universitaire opleiding. Ook ten aanzien van de variabelen opleiding/inkomen – beperkingen en handicaps wordt een samenhang geconstateerd (onderzoeken geciteerd in Mackenbach, 1987).

Uit de vermelde Amsterdamse buurtonderzoeken blijkt dat er aan ses-gerelateerde verschillen tussen buurten bestaan voor wat betreft onder andere arbeidsomgeschiktheid (Habbema e.a., 1980; Van der Maas, 1987). Allegro (1987) rapporteert daarnaast ook over een relatie tussen ses-kenmerken (beroepsstatus, opleidingsniveau) en ziekteverzuim; naarmate de ses lager is, is het ziekteverzuim hoger.

Voor een aantal specifieke ziektecategorieën wordt onderzoek naar onder andere oorzaken verricht, waarbij ook sociaal-economische kenmerken worden meegenomen.

Met betrekking tot hart- en vaatziekten werden in de eerste helft van deze eeuw wel relatief hogere sterftecijfers in de hogere sociale klassen gevonden, doch nu worden in alle klassen hoge cijfers gevonden. Recenter studies tonen een relatie tussen lagere sociale klasse en belangrijke risicofactoren als voedingsgewoonten en rookgewoonten (zie onder andere Wijnberg en Joling, 1987; Nota 2000, 1986; Zielhuis, 1980).

De relatie sociale klasse – kanker is niet erg duidelijk. De Nota 2000 (1986) noemt wel Fins onderzoek waaruit blijkt dat opleiding een onafhankelijke invloed op het voorkomen van kanker heeft. Dit zou kunnen komen door de voedings- en andere gewoonten van personen uit lage ses-groepen, door hun werksituatie (blootstelling aan carcinogene invloeden), of door een mindere deelname aan screening. Onderzoek over de relatie sterfte aan baarmoederhalskanker/borstkanker – ses en over de participatie aan bevolkingsonderzoeken wordt ook geciteerd in de Nota 2000 Wijnberg en Joling (1987) en Zielhuis (1980). Een lagere ses zou kunnen samenhangen met een verhoogde sterfte aan baarmoederhalskanker en een hogere SES met een verhoogde sterfte aan borstkanker. Tusseliggende variabelen als bijvoorbeeld kinderaantal zijn echter denkbaar.

Voor wat betreft ziekten van de ademhalingsorganen wordt verondersteld dat CARA een sterk geografisch gebonden doodsoorzaak is en is gerelateerd aan ses (Habbema e.a., 1980).

In het bovenstaande is al kort gerefereerd aan bijvoorbeeld voedings- en rookgewoonten. In paragraaf 2.4 is uitgebreid op deze en andere leefwijzen ingegaan en is onder andere de vraag gesteld of de economische recessie leidt tot ongezondere voeding bij vooral personen met een relatief grotere sociale achterstand. Hogere sociale klassen lijken meer te drinken en minder te roken.

Preventief tandheelkundig gedrag lijkt vooral bij Turken minder voor te komen (onder andere Uniken Venema, 1987). Ongevallen in de privé-sfeer komen veel vaker voor bij kinderen uit de laagste ses-groepen (Mackenbach, 1987).

Ook ten aanzien van medische consumptie is sprake van ongelijkheid.

Uit gezondheidsenquêtes blijkt onder andere dat mensen met een lage opleiding meer gebruik maken van de huisarts en vaker zijn opgenomen in ziekenhuizen (Nota 2000, 1986). Ook blijkt een ongelijkheid uit het langer in een circuit verblijven (Hamers, 1987; Deboutte, e.a., 1987).

De Amsterdamse buurtonderzoeken geven ses-gerelateerde verschillen aan tussen buurten ten aanzien van ziekenhuisopnames (Habbema e.a., 1980; Van der Maas e.a., 1987). Ziekenfondsverzekerden hebben meer contacten met de gezondheidszorg als particuliere verzekerden (Van Vliet, 1984). De medische consumptie van ziekenfondsverzekerden lijkt ook meer beïnvloed te worden door exogene factoren als de capaciteit van gezondheidszorgvoorzieningen (Rutten en Baay, 1980).

Conclusie: ongelijkheid in gezondheid

Over het algemeen blijkt dat er sprake is van ongelijkheid in gezondheid, alhoewel een enkele indicator een andere richting uitwijst (bijvoorbeeld borstkanker).

De conclusie die Gunning-Schepers (1987) trekt op basis van de WRR-conferentie over de ongelijke verdeling van gezondheid (WRR-voorstudie nr. 58) is hiermee in overeenstemming. Zij concludeert dat "alle inleiders konden aantonen dat de groepen in de samenleving met de laagste inkomens, de laagste opleidingsniveaus en de beroepen met het minste aanzien, er qua gezondheid over het algemeen het slechts aan toe zijn".

Mackenbach (1987) probeert het verband tussen ses en gezondheidsproblemen in kaart te brengen. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zouden deels op selectie kunnen berusten, in die zin dat gezonde personen een grotere opwaartse sociale mobiliteit vertonen dan anderen. Andersom speelt de vraag naar de invloed van ses op gezondheid. Hogere ses-groepen kunnen voordelen hebben, zoals een eerder gebruik van nieuwe curatieve en preventieve mogelijkheden en lagere ses-groepen kunnen meer risico's lopen, zoals slechtere woon- en arbeidsomstandigheden, verschil in leefwijzen en in het gebruik van voorzieningen. Van belang hierbij is ook de positie van migranten en illegalen. De Amsterdamse buurtonderzoeken waaruit de verschillen in gezondheid in verschillende buurten blijken, zijn in het bovenstaande reeds enige malen genoemd; zie ook figuur 2.3. Ook uit andere zaken blijkt dat ongelijkheid in gezondheid een grootstedelijke topic is, bijvoorbeeld uit de geestelijke gezondheid, de psychiatrische opnames per wijk (2.3).

Ten aanzien van de maatschappelijke ongelijkheid stelde Schuyt (1987) dat de geografische lokatie hiervan de probleemhaarden van de binnensteden zijn. In deze gebieden wonen relatief veel personen met een lage ses. Er zijn echter nog niet voldoende gegevens voorhanden om in zijn algemeenheid te kunnen stellen dat de geografische lokatie van het niet gezond zijn ook de probleemhaarden van de binnensteden zijn, wel zijn er aanwijzingen in die richting.

2.7 Conclusies met betrekking tot de gezondheidssituatie in de grote steden

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van een aantal elementen van de gezondheidssituatie van de bevolking. Voorzover mogelijk is een en ander toegespitst op de situatie in de grote steden.

Bij de beschrijving van de situatie zijn keuzen gemaakt ten aanzien van de behandelde onderwerpen. Deze zijn verantwoord in paragraaf 2.1.

Probleem is dat onvoldoende gegevens beschikbaar zijn. In bijlage 1 wordt uitgebreid aandacht besteed aan de beschikbaarheid van gegevens. In paragraaf 2.3.1 worden conclusies hierover getrokken. Een tekort aan gegevens speelt zowel voor wat betreft de gezondheidstoestand en de leefwijzen als voor wat betreft de ongelijkheid in gezondheid.

In Bijlage 1 worden aanbevelingen hieromtrent gedaan.

Met betrekking tot de gezondheidssituatie in de grote steden kunnen intussen enige conclusies worden getrokken.

Gezondheidsproblemen grote steden

Een aantal problemen speelt in de grote steden relatief meer, andere niet. Op sommige probleemvelden is in het kader van deze studie ook moeilijk de vinger te leggen, zoals bijvoorbeeld ghettovorming en verpaupering. Ook gaat het meestal om een clustering, een verwevenheid van problemen. Een opsomming van probleemvelden doet dan ook niet geheel recht aan de werkelijke situatie, desalniettemin geeft een dergelijke opsomming wel enige informatie. Op basis van de reeds beschikbare gegevens lijkt dan gesteld te kunnen worden

dat in ieder geval de volgende probleemgebieden in de grote steden in relatief extra grote mate vóórkomen of om andere redenen (extra) de aandacht verdienen:

- AIDS en geslachtsziekten.
Geslachtsziekten en AIDS (is meer dan een geslachtsziekte) komen in de grote stad relatief meer voor. Dit geldt waarschijnlijk ook voor hepatitis. Dit lijkt ook zo te zijn als rekening gehouden wordt met het feit dat personen ná het oplopen van de ziekte naar de (grote) stad gaan voor hulp. Door onder andere de opkomst van AIDS is weer meer aandacht voor de verschillende infectieziekten gekomen;
- problemen ten aanzien van de geestelijke gezondheid.
Met name op basis van analyses verricht op opnamestatistieken met betrekking tot algemene psychiatrische ziekenhuizen kan geconcludeerd worden dat deze problemen in de grote stad relatief meer voorkomen. Dit kán samenhangen met leefwijzen en met een cumulatie van zaken: het met meer mensen in een klein gebied wonen, geluidsoverlast, vervuiling, (overige) verkeershinder, enzovoort;
- problemen rond gebruik harddrugs/polydruggebruik.
Het gebruik van harddrugs en het gecombineerde gebruik van bijvoorbeeld heroïne met alcohol, slaap- en kalmerende middelen enzovoort komt vooral in de grote steden voor. Vooral door het illegale karakter van harddruggebruik brengt dit zaken met zich mee als criminaliteit en overlast.
Alcoholproblemen lijken in de grote steden niet meer voor te komen dan elders. Wel trekt in de grote steden de relatie excessief alcoholgebruik – vandalisme, agressiviteit en criminaliteit misschien meer de aandacht;
- ongevallen en verkeersproblematiek.
(Bedrijfs)ongevallen (haven) en problemen rond verkeersgedrag zullen in de grote steden de aandacht verdienen;
- gewelddadig gedrag/verpaupering.
Gegevens over gewelddadig gedrag, zoals doodslag, mishandeling, seksuele misdrijven en vandalisme zijn in de beschikbare tijd niet veel verkregen. Evenmin is op dit ogenblik moeilijk hard te maken in hoeverre verschijnselen als verpaupering en ghettovorming zich voordoen. In ieder geval kan wel gesteld worden dat zeker bepaalde geweldsdelicten meer in de grote steden lijken plaats te vinden, zoals drug related crimes en vandalisme;
- voedingsproblematiek.
Het is niet duidelijk of voedingsproblemen in de grote steden meer spelen; dit zou kunnen omdat in steden meer mensen uit mogelijke risicogroepen wonen. Een relevante vraag is vooral in hoeverre sociaal-economisch kwetsbaren een risicogroep vormen.

Situatie van enkele bevolkingscategorieën

In deze studie zijn voor adolescenten de leeftijdsgrenzen van 15 tot en met 24 jaar aangenomen (als in de Nota 2000). Het gaat om de levensfase waarin experimenteren en riskant gedrag meer voorkomen en ook meer aanvaard worden. Vergeleken met andere categorieën zijn adolescenten relatief gezond en maken ze weinig gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Adolescenten lijken een risicogroep te vormen voor in ieder geval de topics ongevallen, (poly)druggebruik en bepaalde geweldsdelicten.

Een stabiele ontwikkeling naar volwassenheid kan in gevaar komen door zaken als werkloosheid.

Van de ouderen (hier: 65 jaar en ouder) wonen relatief veel personen niet meer zelfstandig. Voor ouderen is vooral ook de kwaliteit van het leven van belang. Kenmerkend voor de morbiditeit van deze bevolkingscategorie is dat het veelal gaat om chronisch-degeneratieve ziekten welke een langdurige zorg behoeven. Sterfte geschiedt vooral aan hart- en vaataandoeningen en kwaadaardige nieuwvormingen. Ook problemen ten aanzien van de geestelijke gezondheid treden relatief vaker op. Voor wat betreft leefwijzen lijken ouderen een risico-

groep te zijn voor de topics ongevallen, gebruik van slaap- en kalmerende middelen en mogelijk voor voeding.

Relatief zeer veel personen behorend tot de zogenaamde etnische minderheden wonen in de grote steden. Moeilijk is de positie van de illegalen die ook relatief veel in de grote steden wonen. Gegevens over illegalen zijn nauwelijks beschikbaar.

Een punt van aandacht is hier het vóórkomen van psycho-sociale problemen. Slechts enkele gezondheidsproblemen spelen specifiek voor etnische minderheden, met name de zogenaamde importziekten. De meeste problemen spelen ook voor autochtonen. Belangrijk is vooral dat etnische minderheden in een achterstandspositie verkeren, qua huisvesting, arbeidsomstandigheden, enzovoort. Zij behoren vaak tot de laagste sociaal-economische klassen en zijn voor wat betreft hun gezondheidssituatie ook meer met autochtonen uit deze klassen vergelijkbaar.

Ongelijkheid in gezondheid

Dit leidt tot het probleemveld ongelijkheid in gezondheid (wat dus terdege speelt voor etnische minderheden). Gesteld is dat maatschappelijke ongelijkheid zich op vele wijzen manifesteert en dat grote steden hierin een aparte positie innemen. Onderdeel van deze maatschappelijke ongelijkheid is een ongelijkheid in gezondheid. Er blijkt een samenhang te bestaan tussen sociaal-economische status enerzijds en de mate van gezondheid anderzijds. Groepen met de laagste inkomens, opleidingsniveaus en beroepsniveaus zijn er qua gezondheid over het algemeen ook het slechtst aan toe. Binnen de grote steden blijken ook verschillen tussen buurten te bestaan; deze verschillen zijn in ieder geval geconstateerd voor wat betreft indicatoren als sterftecijfers, ziekenhuisopnames en aantallen arbeidsongeschikten.

De in deze paragraaf getrokken conclusies overziende kan de vraag of de grote steden ongezonder zijn dan overige delen van het land, ten dele bevestigend worden beantwoord.

Dit lijkt in de eerste plaats samen te hangen met de bevolkingssamenstelling welke in de grote steden soms afwijkt van de situatie elders. Zo wonen in de grote steden relatief veel ouderen en etnische minderheden, personen die vaak tot de laagste sociaal-economische klassen behoren en die ook voor wat betreft de gezondheid kwetsbaar zijn.

In de tweede plaats hangt de ongezontere situatie in de grote steden samen met het meer voorkomen van bepaalde (sub)culturen en met het meer vóórkomen van gezondheidsbedreigend gedrag van bepaalde groepen inwoners. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan harddruggebruik en aan gedrag dat een verhoogd risico biedt met betrekking tot het oplopen van geslachtsziekten, hepatitis en AIDS.

In de derde plaats speelt de fysieke omgeving een rol, in die zin dat grote-stadsbewoners meer geconfronteerd kunnen worden met zaken, zoals verkeersoverlast, verontreiniging en het dicht op elkaar wonen.

Samengevat, en afgezet tegen de in de Nota 2000 genoemde factoren welke de gezondheid beïnvloeden (biologische factoren, omgevingsfactoren, leefwijzen en het gezondheidszorgsysteem), kan gesteld worden dat het leven in de grote stad ongezonder is door zaken welke samenhangen met de factoren leefwijzen en omgevingsfactoren. Voor biologische factoren is niet direct aantoonbaar dat grote steden een aparte positie innemen. Op de vierde factor, het gezondheidszorgsysteem, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

Gezondheidszorgvoorzieningen en maatschappelijke dienstverlening

3

3.1 Algemeen

In hoofdstuk 2 is aandacht besteed aan de gezondheidssituatie in de grote steden. Geconcludeerd is dat de grote steden een aparte positie innemen, o.a. vanwege oorzaken gelegen in de fysieke omgeving en vanwege de omstandigheid dat in de grote steden relatief veel kwetsbare bevolkingsgroepen wonen, zoals ouderen en etnische minderheden, personen die relatief vaak tot de laagste economische klassen behoren. Daarnaast is in de grote steden relatief meer sprake van ongezonde leefwijzen.

Wat betekent dit nu voor de gezondheidszorg in de grote steden?

Leidt de getypeerde gezondheidssituatie tot een aangepaste zorg?

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het zorgaanbod en, voorzover mogelijk, op de vraag of dit aanbod goed is afgestemd op de vraag, op de gezondheidssituatie. In de hoofdstukken 4 en verder dient deze lijn dan te worden doorgetrokken naar het gevoerde gezondheidsbeleid.

Het accent ligt in hoofdstuk 3 op het beschrijven van de gezondheidszorg. Op de maatschappelijke dienstverlening wordt ingegaan, voorzover deze aan de gezondheidszorg is gerelateerd.

De vraag in hoeverre het aanbod is afgestemd op de vraag zal slechts ten dele beantwoordbaar blijken.

Wel kan steeds worden aangegeven welke voorzieningen er zijn en voorzover mogelijk en relevant wordt kort ingegaan op het takenpakket en op eventuele knelpunten.

Gepoogd wordt een zo goed mogelijk overzicht in de breedte te geven van de bestaande voorzieningen.

Verder wordt niet ingegaan op historische ontwikkelingen en op belangrijke onderwerpen zoals kwaliteit van de zorg, onderlinge afstemming, thuiszorg en mantelzorg. Voorzover relevant komen deze onderwerpen in latere hoofdstukken aan bod.

Achtereenvolgens komt aan bod de basisgezondheidszorg (3.2), de eerstelijnszorg (3.3), de tweedelijnszorg (3.4) en de geestelijke gezondheidszorg (3.5). In 3.6 worden enkele conclusies getrokken.

3.2 Basisgezondheidszorg

Ingegaan wordt op de vragen: wat is basisgezondheidszorg en welke basisgezondheidszorgvoorzieningen zijn er. Aan bod komt een omschrijving van de basisgezondheidszorg; wat houdt het in en op wie is het gericht. Daarna wordt aangegeven welke voorzieningen te onderscheiden zijn. Op de basisgezondheidsdienst wordt uitgebreider ingegaan. Dit onder meer vanwege het feit dat het overheidsdiensten betreft welke dus makkelijker rechtstreeks door overheidsbeleid kunnen worden beïnvloed. Voorzover relevant wordt apart aandacht besteed aan de positie van de grote steden.

Definitie en kenmerken

Basisgezondheidszorg wordt gedefinieerd als 'dat deel van het complex van activiteiten en maatregelen op het gebied van de volksgezondheid (gezond-

bracht in de zogenaamde ARBO-dienst (ARBO = arbeidsomstandigheden). De zuigelingen­zorg (eerste levensjaar) en kleuter­zorg (één- tot en met vierjari­gen) is een voorbeeld van collectieve preventieve zorg van de kruisverenigingen (Amsterdam: GG en GD). Kruiswerk wordt gefinancierd door de AWBZ (behalve kraam­zorg en beweging voor ouderen).

In Rotterdam vonden bij de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in 1984 62.353 consulten plaats voor zuigelingen en 28.270 voor kleuters; dit is respectievelijk 11,0 per kind en 2,5 per kind (Minderhoud, 1987a).

Jeugd­gezondheids­zorg houdt zich bezig met preventieve sociaal-medische zorg voor kinderen en jongeren van 4 tot en met 19 jaar. De jeugd­gezondheids­zorg behoort in alle grote gemeenten tot het takenpakket van de basis­gezondheids­diensten.

Doel­stelling is het bewaken en bevorderen van gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen/jongeren. Doel­groep is de populatie van 4- tot en met 19-jari­gen. Daar­binnen zijn onder andere van belang de vier- tot­zevenjarigen, adoles­centen, leerlingen buitengewoon onderwijs, etnische minderheden en kin­deren uit kansarme wijken (GGD-Rotterdam, 1988). Periodieke onderzoeken, advisering en voorlichting worden verricht door jeugdartsen en schoolver­pleegkundigen. Financiering geschiedt door WVC en gemeenten gezamenlijk.

Bovengenoemde voorzieningen kunnen worden uitgevoerd door basis­gezondheids­diensten of door particuliere instellingen. Aan de basis­gezondheids­dienst valt in ieder geval toe de algemene gezondheids­zorg, waar onder andere onder­staan wordt (Raaij in Scherpenisse en Verbeek, 1987): epidemiologische gegevens­verzameling, infectieziektenbestrijding, openbare geestelijke gezondheids­zorg, gezondheids­voorlichting en -opvoeding en (beleids)advise­ring aan de lokale overheid.

Basis­gezondheids­diensten

De term basis­gezondheids­dienst wordt gebruikt voor de (lokale) overheids­dien­sten die basis­gezondheids­zorg uitvoeren. Naast de term basis­gezondheids­dienst worden termen gebruikt zoals Gemeentelijke Gezondheids­dienst (GGD), Gemeentelijke of Gewestelijke Geneeskundige en Gezondheids­dienst (GG en GD) en District Gezondheids­dienst (DGD). Met het afstoten van curatieve taken en het beklemtonen van collectieve preventieve zorg wordt gesproken over gezondheids­diensten in plaats van geneeskundige diensten. Gemeenten ontlenen hun bemoeienis met de volks­gezondheid in hoofdlijnen aan de Gemeentewet, een aantal specifieke wetten en regelingen, zoals bij­voorbeeld de Wet op het Ambulance­vervoer, de (voor dit deel niet in werking zijnde) Wet Voorzieningen Gezondheids­zorg en de recent ontwikkelde wet Collectieve Preventie Volks­gezondheid (Ooijendijk en Van de Water, 1984; zie ook de vol­gende hoofdstukken).

Het rijks­beleid is gericht op het tot stand­komen van een landelijk netwerk van basis­gezondheids­diensten met een wettelijk voorgeschreven minimum taken­pakket. De financiële middelen voor de uitvoering van dit minimumpakket worden door het Rijk geboden, onder andere via de Stimulerings­regeling basis­gezondheids­diensten. Een groot deel van de kosten van basis­gezondheids­dien­sten wordt daarnaast door gemeenten betaald. De rest wordt doorberekend aan zieken­fondsen, AWBZ en gebruikers (eigen bijdragen).

Een dienst dient minimaal 200.000 inwoners te verzorgen.

Momenteel kent Nederland ruim 60 basis­gezondheids­diensten waarbij onge­veer 5.000 mensen werken. Er zijn nog witte vlekken, gebieden waar geen basis­gezondheids­dienst is. Van deze 5.000 werknemers zijn er bijna 1.000 medici en andere academici en zo'n 2.000 worden aangeduid als medisch hulp­personeel: verpleegkundigen, paramedici, maatschappelijk werkenden, assis­tenten en analisten (Raaij in Scherpenisse en Verbeek, 1987).

Bijna de helft van deze 5.000 personeelsleden werkt bij de diensten van de vier grote steden. Deze diensten zijn qua grootte en takenpakket niet of nauwelijks te vergelijken met de kleine en middelgrote diensten.

Veel diensten, zoals ook Rotterdam en Utrecht werken voor een aantal gemeenten in de agglomeratie van de stad.

Een basisgezondheidsdienst is dus één van de uitvoerders van basisgezondheidszorg en verschaft onder andere collectief preventieve zorg. De werkzaamheden kunnen in principe in vier groepen verdeeld worden: algemene gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg voor het gemeentepersoneel (niet bijvoorbeeld in Rotterdam) en ambulancevervoer.

Algemene gezondheidszorg kan omvatten (Raat, in Scherpenisse en Verbeek, red., 1987):

- verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens;
- opsporen en bestrijden van infectieziekten;
- hygiënisch toezicht;
- (beleids)advisering aan de lokale overheid;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo);
- diversen als bevolkingsonderzoek, rampenbestrijding, methadonverstrekking, uitvoering EHBO en sportkeuringen.

Als taakclusters zijn, zeker voor de grote GGD, te onderscheiden het uitvoeren van collectieve preventieve zorg, het bieden van een sociaal-gezondheidskundig vangnet (daar waar het werk van reguliere zorg tekort schiet) én het adviseren van het gemeentebestuur bij de vormgeving van het gezondheidsbeleid (GGD-Rotterdam, 1988).

Eerder is al kort ingegaan op taken als jeugdgezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg. In het volgende wordt nader ingegaan op epidemiologie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, openbare geestelijke gezondheidszorg en infectieziekten en hygiëne. De nadruk ligt op de positie van de grote steden. Het taakveld epidemiologie wordt iets dieper uitgewerkt.

De basisgezondheidsdienst dient op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking (WVG, artikel 59; stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten). Op basis van inzicht in deze gezondheidssituatie dient geadviseerd te worden over voor gezondheid relevant beleid en over gezondheidszorgactiviteiten.

De epidemiologische taak is bij verschillende diensten in Nederland verschillend ingevuld, variërend van nog niet ingevuld, tot vrij uitgebreid.

De afdeling Epidemiologie van de GGD-Rotterdam onderkent naast bevolkingsonderzoeken, de volgende taken (Garretsen, 1987b):

- continue gegevensverzameling bij de bevolking (over gezondheidstoestand en -beleving, leefstijlen, gebruik van én opinie over voorzieningen, enzovoort);
- continue gegevensverzameling bij voorzieningen (over aanbod, produktiviteit, verwijzingen, bereik, trends, enzovoort);
- ontwikkelen cliëntenregisters (gegevensbestanden waarin cliëntengegevens geautomatiseerd zijn opgenomen welke voortdurend worden bijgewerkt);
- inventariseren en koppelen informatiestromen;
- éénmalige projecten;
- interne en externe dienstverlening;
- beleidsadvisering (verweven met alle taken!).

Ook de diensten van de andere drie grote steden verrichten bovengenoemde activiteiten in meer of mindere mate.

Bovenstaande zaken gelden in meer of mindere mate voor de diensten van de vier grote steden, doch in veel mindere mate voor de overige diensten. In het inmiddels afgeronde landelijke Project Epidemiologie in Basisgezondheidsdiensten is bekeken hoe de epidemiologische taak ontwikkeld kan worden, ook bij kleine diensten. Hiertoe is een aantal aanbevelingen gedaan (zie Belleman, 1987).

In een interne notitie van de GGD-Rotterdam, afdeling Epidemiologie (Garret-

sen, 1987a) worden enkele zaken ter discussie gesteld, zoals thema-gericht werken versus de brede vangnetfunctie en het accent op informatievoorziening binnen de eigen diensten versus de epidemiologische verantwoordelijkheid en het meer gericht zijn op de beleidsadviserende taak. Rotterdam propageert vooral een brede vangnetfunctie en beklemtoont het belang van beleidsadviserend werken.

Het werk dient maatschappelijk relevant te zijn, doel is onder andere het bijdragen aan het terugdringen van ongelijkheid in gezondheid. Diverse activiteiten dienen gegevens op te leveren welke van belang zijn voor het terugdringen van deze ongelijkheid. In Rotterdam wordt gepoogd de maatschappelijke relevantie te verhogen, onder andere door overleg met andere gemeentelijke diensten en afdelingen, hulpverleners, cliënten/patiënten en diverse instanties (Garretsen, 1987). Het betrekken van de bevolking bij activiteiten (community involvement) en het peilen in de bevolking van wat leeft (community diagnoses) is het meest nodig én het meest moeilijk om goed te ontwikkelen. In Rotterdam gebeurt dit momenteel in het kader van bepaalde projecten (bijvoorbeeld een onderzoek naar de gezondheidssituatie in de wijk Landzicht en omgeving, Tbet, 1988) en meer algemeen door in het kader van het zogenaamde REBUS-project (zie bijlage I) systematisch na te gaan hoe het beste de wijken ingegaan kan worden (Van Oers e.a., 1988). Ook de diensten in de andere grote steden denken na over mogelijkheden om de community involvement te verhogen.

Daar niet altijd alle gewenste activiteiten ter hand genomen kunnen worden dienen prioriteiten te worden gesteld. Naast maatschappelijke relevantie en het belang voor ongelijkheid in gezondheid worden in Rotterdam bijvoorbeeld aan de hand van de volgende overwegingen prioriteiten gesteld (Garretsen, 1987):

- inzicht in gezondheidssituatie van gehele bevolking centraal;
- werken vanuit een brede basis van gegevens en eerder uitbreiding in de breedte dan in de diepte;
- primair staat belang van Rotterdam en omgeving, niet primair staat het gehele land of bepaalde methodologische wetenschappelijke doelen.

Ondanks de gerichtheid op de gehele bevolking zijn enkele specifieke beleidsreinen (bijvoorbeeld verslaving, geestelijke gezondheidszorg) en bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld ouderen, jongeren, etnische minderheden) aan te wijzen welke speciale aandacht krijgen in het gemeentelijk beleid en welke om een specifieke deskundigheid vragen. In Rotterdam zijn hiervoor deelprogrammeringen opgesteld (Garretsen, 1987b; Minderhoud, 1987b; Van de Ven, 1987; Uniken Venema, 1987c).

Als gesteld wordt korter ingegaan op de overige taken welke de algemene gezondheidszorg omvatten, te weten gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo), openbare geestelijke gezondheidszorg en infectieziekten en hygiëne. Diensten kunnen ten aanzien van de gvo alleen coördinerend en stimulerend werken of kunnen ook zelf projecten uitvoeren. Gvo is een belangrijk instrument om aan collectieve preventie inhoud te geven, vooral in het kader van health promotion. Activiteiten kunnen gericht zijn op hulpverleners, op een breder publiek en binnen de diensten op andere afdelingen (stimuleren en initiëren ten aanzien van de implementatie van gvo in deze andere afdelingen). De GGD-Rotterdam bijvoorbeeld kent een grote afdeling GVO waar veel activiteiten ten aanzien van health promotion worden bedreven; activiteiten zijn gericht op achterstandsgroepen, op risicogroepen voor bepaalde besmettelijke aandoeningen zoals AIDS, geslachtsziekten, t.b.c., op andere groepen die extra aandacht nodig hebben als ouderen en scholieren, enzovoort (GGD-Rotterdam, 1988). Deze afdeling ziet een koppeling tussen gvo en gericht gedragswetenschappelijk onderzoek als essentieel.

In het nabije verleden verleenden veel GGD'en nog sociaal-psychiatrische zorg

en vooral psychiatrische crisisinterventie, doch deze activiteiten worden in toenemende mate door de RIAGG's overgenomen (zie 3.5). Een taak van de basisgezondheidsdienst blijft liggen ten aanzien van preventieve en signalerende psycho-hygiëne. Naast onderzoek naar de psychische gezondheidstoestand en uiteenlopende voorlichtingsactiviteiten op dit gebied kunnen verschillende activiteiten plaatsvinden, in Rotterdam bijvoorbeeld beleidsadvisering ten aanzien van de ggz, participatie in overlegstructuren binnen de ggz en het ondersteunen van het functioneren van zogenaamde kwetsbare organisaties met een specifieke functie voor grootstedelijke problematiek (GGD-Rotterdam, 1988). Specifieke aandacht wordt vaak gegeven aan verslaving en verslavingsgerelateerde problemen.

Belangrijke taken van een basisgezondheidsdienst liggen ten aanzien van de rampenbestrijding en van het opsporen, bestrijden en voorkomen van infectieziekten en van het hygiënische toezicht. Het gaat om registratie van infectieziekten, de AIDS-bestrijding, de geslachtsziektenbestrijding, de tbc-bestrijding, enzovoort. Alle grote diensten verrichten taken op dit gebied.

Toenemende aandacht krijgen problemen welke samenhangen met milieuverontreiniging. Expertise op dit gebied wordt opgebouwd. Punt van aandacht is verder de opvang van zogenaamde hygiënische probleemgevallen, de oplossing van problemen als (persoonlijke) vervuiling, overlast van huisdieren en dergelijke (onder andere Jacobs, 1987).

Problemen bij de omvorming tot basisgezondheidsdienst

In het voorgaande is aan bod gekomen dat een landelijk netwerk van basisgezondheidsdiensten gevormd moet worden en is ingegaan op de wenselijke taken.

Echter, een en ander brengt vanzelfsprekend problemen met zich mee, zeker ook voor de diensten in de grote steden.

In Rotterdam zijn onder andere de volgende knelpunten gesignaleerd (Van Bruggen, 1986; en een intern GGD-verslag, 1986), knelpunten welke ook in meerdere of mindere mate voor de andere grote steden gelden:

- de GGD was een dienst met een aantal meer naast elkaar werkende professionele afdelingen onder één dak, de situatie wordt/moet steeds meer worden dat Epidemiologie en GVO werken als integratoren in de organisatie; een wisselwerking tussen de verschillende afdelingen is/moet ontstaan en het begrip gezondheid komt steeds meer centraal te staan (en een bestrijding van ongelijkheid in gezondheid);
- de GGD was een dienst met erkende, professionele kwaliteit (medici, witte jassen). Nu is erkenning niet meer vanzelfsprekend; de stad en de gezondheid van de bevolking staan centraal en de GGD zal eerst erkenning krijgen op grond van resultaten;
- het werk van de GGD was vooral functiegericht (elke afdeling eigen output), maar wordt steeds meer produktiegericht (gezondheidsbevordering, resultaat onder gezamenlijke verantwoordelijkheid);
- er zal moeten worden ingespeeld op een aantal belangrijke ontwikkelingen die op de GGD afkomen, zoals een toenemende politieke invloed/sturing, toenemende behoefte aan aandacht voor risicogroepen en probleemwijken, landelijke ontwikkelingen (WVG, Dekker, Health for All, Healthy Cities, regionalisatie enzovoort). Samenhangend hiermee moet meer aandacht komen voor facetbeleid/intrasectoraal beleid, voor community involvement en voor community diagnosis.

Beschouwing Basisgezondheidsdiensten in de grote steden

Gediscussieerd kan worden over de vraag hoe ver de vier grote GGD'en zijn in hun ontwikkeling naar een basisgezondheidsdienst; de ene dienst zal verder zijn dan de andere. In verband hiermee kan vewezen worden naar een symposium healthy cities te Den Haag, waar onlangs door enkele inleiders is gesteld

dat de GGD'en (nog meer) getransformeerd moeten worden. Van der Maesen (1988) stelt dat alle GGD'en niet zijn toegerust om werkelijke behoeften te onderkennen en hierop in te spelen; hij constateert dat een positieve theorie ontbreekt. Nijhuis (1988) ziet een aantal zijns inziens noodzakelijke transformaties, de GGD moet een instituut worden dat de mogelijkheid heeft om, participierend in maatschappelijke processen op permanente basis, te communiceren met publiek, politiek, andere overheidsdiensten en de particuliere (gezondheids-)sector. De GGD moet community based werken (zie verder Van der Maesen 1988; Nijhuis 1988 en Kaasjager 1988).

Los van de vraag in hoeverre Van der Maessen en Nijhuis in hun analyses in alle opzichten gelijk hebben kan in ieder geval gesteld worden dat de werkwijze van de basisgezondheidsdiensten terecht nog steeds ter discussie staat. Ook kan in ieder geval geconcludeerd worden dat de omvorming tot basisgezondheidsdienst geen gemakkelijke is. In het bovenstaande zijn problemen bij het omvormen tot basisgezondheidsdiensten verwoord.

Een belangrijk aandachtspunt zal in ieder geval ook zijn hoe ten aanzien van de collectieve preventie meer met de eerste lijn kan worden samengewerkt.

Verder is van belang hoe landelijke ontwikkelingen zich voltrekken. In het laatste kabinetsstandpunt omtrent het advies van de Commissie-Dekker (zie hoofdstuk 5) wordt aan gemeenten vooral een belangrijke rol weggelegd ten aanzien van de intensivering van de collectieve preventie. Daarbij geldt als uitgangspunt het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Dit betekent dat basisgezondheidsdiensten in het algemeen en de epidemiologische functie in het bijzonder, ook in de nabije toekomst als essentieel worden gezien.

Echter, in de plannen van de Commissie-Dekker is voorzien dat de basisgezondheidsdiensten worden opgenomen in het basispakket van verzekering en gefinancierd gaan worden uit de zogenaamde centrale kas. Dit roept de vraag op of in de toekomst verantwoording moet gaan worden afgelegd aan de Raad voor de zorgverlening, die de centrale kas beheert, en zo ja, hoe. Momenteel wordt verantwoording afgelegd aan de gemeentebesturen.

Niet alleen kan een en ander gevolgen hebben voor het inhoudelijk functioneren en voor de relatie met de lokale overheid, ook is het niet onmogelijk dat in de minder nabije toekomst het belang van de basisgezondheidsdiensten opnieuw ter discussie gesteld gaat worden. Basisgezondheidsdiensten leveren veelal een minder tastbaar produkt dan de curatieve sector, hetgeen bij eventuele bezuinigingen in de minder nabije toekomst voor de Raad voor de zorgverlening een reden kan zijn om relatief meer op deze diensten te korten.

3.3 Eerstelijnszorg

3.3.1 Wat is eerstelijnszorg

De indeling van de zorgsector in echelons of lijnen is sterk gepropageerd in de Structuurnota Gezondheidszorg 1974. Een echelon is een sector van de gezondheidszorg, die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen (Structuurnota Gezondheidszorg 1974, pagina 11). Naast de openbare gezondheidszorg wordt er onderscheid gemaakt tussen een eerste en een tweede lijn. In de vroegere stukken zoals de nota Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg (1980) werd gesproken over de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarbij werd wel onderkend dat de gezondheidszorg in de eerste lijn samenhangt met de maatschappelijke dienstverlening. De gezondheidszorg bleef echter centraal staan. In de latere Nota Eerstelijnszorg (1983) is het woord gezondheid geschrapt en wordt er voornamelijk nog gewerkt met het begrip eerstelijnszorg dat zowel gezondheidszorgvoorzieningen als welzijnsvoorzieningen omvat.

In deze nota wordt de eerstelijnszorg omschreven als de zorg waarin de professionele werkers medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor een continue,

integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving van de mensen aan wie de zorg wordt verleend. In de nota wordt een onderscheid gemaakt in ten eerste voorzieningen voor algemene eerstelijnszorg, die toegankelijk zijn voor en gericht zijn op een brede hulpvraag. Voorbeelden daarvan zijn de huisarts, de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werker en de gezinsverzorgende. En ten tweede in voorzieningen voor bijzondere eerstelijnszorg, die gericht zijn op een meer specifieke doelgroep of een meer specifieke hulpvraag.

Voorbeelden van het laatste zijn qua gezondheidszorgvoorzieningen: extramurale verloskundige zorg; tandheelkunde; fysiotherapie; diëtisten; apotheken. Voorbeelden van bijzondere zorg in de sector maatschappelijke dienstverlening zijn: instellingen voor informatie en advies (bureaus voor sociale raadslieden en MAI-centra); telefonische hulpdiensten; adviesbureaus voor jeugd en gezin; jongerenadviescentra; kindertelefoons; overige ambulante voorzieningen voor jeugdigen; ambulante drugshulpverlening jongeren en jong volwassenen; maatschappelijk werk voor geestelijk gehandicapten; gespecialiseerd jeugd- en volwassenenwerk (zie de Nota Eerstelijnszorg, 1983). Uit deze laatste voorbeelden blijkt dat de bijzondere eerstelijnszorg, vooral wat betreft het welzijnsgebied, een rijk geschakeerd geheel vormt.

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt thuiszorg gebruikt als een synoniem voor eerstelijnszorg. Dat is erg ongelukkig gekozen. Hoewel de eerstelijnszorg zoals dat heet dicht bij de thuissituatie gesitueerd is, wordt deze zorg evengoed buitenshuis als binnenshuis gegeven. Denk bijvoorbeeld aan de tandarts, apotheker, maatschappelijk werker en telefonische hulpdienst. Ook de huisarts oefent zijn beroep in eerste instantie uit in het praktijkpand en gaat alleen in uitzonderingssituaties bij de patiënt thuis op bezoek. Het is beter om de term thuiszorg te reserveren voor dat gedeelte van de eerstelijnszorg, dat primair zorg aan huis verleent. Dat is bijvoorbeeld de gezinsverzorging en een belangrijk gedeelte van de wijkverpleging. Het gedeelte thuiszorg van de eerstelijnszorg is in discussie en in ontwikkeling. Allerlei experimenten in de eerste lijn hebben betrekking op de thuiszorg, vaak als substitutie voor tweedelijnszorg.

Terwijl een goede definitie van eerstelijnszorg moeilijk te geven is, kan wel een aantal kenmerken ervan worden aangegeven (Ten Cate, 1983). De eerstelijnszorg neemt een tussenpositie in tussen het informele circuit (zelfzorg, mantelzorg, zelfhulpgroepen en vrijwilligerswerk) en de tweedelijnszorg. Eerstelijnszorg is wel professioneel, maar generalistisch van karakter en in principe niet beperkt tot bepaalde categorieën hulpvragers, hulpvragen of hulpverleningsmethoden. In principe is eerstelijnszorg vrij toegankelijk. De hulp en zorg is dichtbij, of te midden van de doelpopulatie gesitueerd. Met andere woorden, de zorg is gericht op de mens in zijn vertrouwde omgeving. De hulp is per definitie ambulant en extramuraal. Overigens is het niet mogelijk om met deze criteria een scherp onderscheid te maken ten opzichte van de andere echelons. Wat tot de eerste lijn hoort en wat niet is uiteindelijk een kwestie van afspraken en consensus.

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) worden vier functies in de eerstelijnszorg onderscheiden:

1. geneeskundig en paramedisch handelen;
2. maatschappelijk werk;
3. verpleging;
4. verzorging.

Dit zijn de kernfuncties. In de zogenaamde bijzondere eerstelijnszorg kunnen nog andere specifieke functies worden vervuld. In ieder van de vier categorieën hulpverleningsactiviteiten kan een discipline worden genoemd die een sleutelpositie heeft in dat zorggebied. Voor het geneeskundig en paramedisch handelen is dat de huisarts; voor het maatschappelijk werk de algemeen maatschappelijk werker; voor de sector van de verpleging de wijkverpleegkundige; en voor de groep van verzorgende activiteiten de gezinsverzorgende. Een vijfde discipline met een centrale rol in de eerste lijn – vooral in het kader van gezondheidscentra – is de fysiotherapie als een belangrijke paramedische discipline.

De zorg voor twee leeftijdsgedefinieerde aandachtsgroepen verstoort de hierboven geschetste orde, wanneer het erom gaat het hele zorgveld in een overzichtelijk schema onder te brengen. Het gaat om de zorg voor ouderen en de zorg voor jongeren. Beide sectoren zijn qua beleid, wetgeving en financiering voor een deel los van de overige gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening georganiseerd.

Een belangrijke tot de tweede lijn behorende voorziening voor ouderen zijn de bejaardenoorden. Deze voorziening wordt geregeld via de per 1 januari 1985 ingrijpend gewijzigde Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Via de WBO werden echter ook voorzieningen geregeld die zijn gericht op het handhaven of bevorderen van de mogelijkheden van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Dit zijn in feite eerstelijnsvoorzieningen, maar horen zoals gezegd tot een apart geregelde sector. Dit wordt aangeduid als het flankerend ouderenbeleid op basis van de WBO. Sinds het in werking treden van de Welzijnswet op 1 januari 1987 vallen deze voorzieningen niet meer onder de WBO, maar onder de Welzijnswet. Het is op dit moment nog wel steeds de bedoeling om de zorg voor ouderen op den duur meer te integreren in de reguliere zorgsector.

Bij de jeugdhulpverlening is op dit moment een tegengestelde tendens aanwezig. In maart 1988 is een Voorstel van wet van de leden Worrell en Haas-Berger, houdende regelen ten aanzien van de jeugdhulpverlening (1988) aan de Eerste Kamer aangeboden. Dit voorstel dat inmiddels door de Eerste Kamer is aangenomen houdt een categoriale organisatie van de jeugdhulpverlening in. Dit geldt voor de ambulante, semi-residentiële en residentiële jeugdhulpverlening. Daarmee valt dus ook de ambulante jeugdhulpverlening min of meer buiten het kader van de reguliere eerstelijnszorg.

De diverse voorzieningen binnen de eerstelijnszorg worden op uiteenlopende wijzen gefinancierd. Daarbij zijn er in principe gescheiden circuits voor de volksgezondheidsvoorzieningen en voor de welzijnsvoorzieningen. Bij de volksgezondheidsvoorzieningen ligt de nadruk op financiering via de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarnaast zijn er ook particuliere betalingen per behandeling (al dan niet via particuliere ziektekostenverzekeringen) en overheidsbijdragen. De welzijnsvoorzieningen van de eerstelijnszorg worden in eerste instantie door de overheid gefinancierd op basis van uiteenlopende subsidiemaatregelen. Er zijn echter ook eigen bijdragen en een gedeelte van de maatschappelijke dienstverlening kan worden verhaald op particuliere of sociale verzekeringen.

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) is een aantal taakstellende prognoses gedaan voor de capaciteit van enkele beroepen in de eerstelijnszorg (tabel 3.1). Voor het algemeen maatschappelijk werk is geen definitieve prognose beschikbaar, maar deze wordt geschat op circa 1 algemeen maatschappelijk werker op 10.000 inwoners.

Tabel 3.1 Taakstellende prognoses voor de capaciteit van de eerstelijnszorg

Huisarts	1 op 2 400 tot 2 200 inwoners
Tandarts	1 op 3 000 inwoners
Verloskundige	1 op 20 000 inwoners
Kraamverzorgster	1 op 2 000 inwoners
Wijkverpleegkundige	1 op 2 500 inwoners
Diëtist	1 op 50 000 inwoners
Fysiotherapeut	1 op 2 400 inwoners
Apotheker	1 op 10 000 inwoners

Bron: Nota Eerstelijnszorg, 1983, pagina 50

De spreiding van voorzieningen en hulpverleners in de eerste lijn is niet gelijkmatig voor het hele land. Gezien de relatief betere mogelijkheden tot vrije vestiging in de grote stad bijvoorbeeld is er, mede ten gevolge van een relatief

groot aanbod van beroepsbeoefenaren zoals nu het geval is, een wat hogere dichtheid van sommige hulpverleners in de grote steden dan gemiddeld. Er is een groot aanbod van fysiotherapeuten en een relatief ruim aanbod van huisartsen en tandartsen op de arbeidsmarkt. Door een strak toelatings- en vestigingsbeleid wordt het aantal huisartsen en fysiotherapeuten op dit moment echter constant gehouden of zelfs verlaagd.

In het kruiswerk kan het aanbod van de hulpverlening door de organisatie-structuur in principe beter worden georganiseerd. Met name in de grote steden kampt men echter met een tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, hetgeen ook in de eerste lijn doorwerkt.

3.3.2 De vier kerndisciplines in de eerstelijnszorg

Hieronder wordt ingegaan op de vier kernvoorzieningen in de eerstelijnszorg; in het bijzonder voor wat betreft de situatie in de vier grote steden. Eerst wordt ingegaan op de volksgezondheidsdisciplines huisartsgeneeskunde en wijkverpleging, daarna op de disciplines uit de maatschappelijke dienstverlening.

De huisarts

Tot begin 1986 konden huisartsen zich vrij vestigen. Normaal gesproken was er wel een overeenkomst met het plaatselijke ziekenfonds nodig, om ziekenfonds-patiënten te kunnen aannemen. Maar wanneer de huisarts aan basale eisen omtrent opleiding en praktijkvoering voldeed, waren de fondsen op basis van de wet verplicht om hem of haar te accepteren. Ook toen was het echter moeilijker dan het lijkt om een nieuwe huisartspraktijk te beginnen. Want hoe komt een nieuwe huisarts aan patiënten? Hoe worden de waarnemingen buiten de kantooruren geregeld? Zogenaamde wilde vrije vestigingen, dat wil zeggen zonder de steun van de zittende huisartsen, waren altijd zeldzaam.

In de grote steden was de situatie iets anders. De controle van de zittende huisartsen over hun patiënten en over nieuwe huisartsen is er minder. Door verhuizingen en ander verloop is het patiëntenbestand in de grote steden meer mobiel, zodat een vrije vestiging meer kans van slagen heeft. Bovendien is het met de vele collega-huisartsen in de stad gemakkelijker om partners voor de waarneming te vinden, hetgeen ook een belemmering van vrije vestiging wegneemt. Dit heeft ertoe geleid dat er in de grote steden relatief wat meer huisartsen zijn dan op het platteland (zie Hingstman e.a., 1987).

Sinds het voorjaar 1986 is de Algemene Maatregel van Bestuur over het vestigingsbeleid van huisartsen op basis van de WVG van kracht (Besluit van 12 oktober 1985, nr. 17 houdende vestiging en praktijkomvang huisartsen, 1985; zie hoofdstuk 5 en 6). Sindsdien is vrije vestiging en praktijkoverdracht met goed-will niet meer mogelijk. Op basis van landelijke richtlijnen hebben de gemeenten nu de bevoegdheid om een verplichte vestigingsvergunning af te geven. Daarvoor moet de gemeente advies vragen aan een vestigingscommissie waarin de diverse betrokkenen zijn vertegenwoordigd. Deze commissies zijn langzaam van start gegaan. Ook in de vier grote steden zijn er reglementen opgesteld en commissies ingesteld.

In de gebieden met een relatief overschot aan huisartsen zoals de vier grote steden, is er nu een stop op nieuwe vestigingen. Sinds het vestigingsbeleid is ingevoerd, zijn er nauwelijks huisartsen bijgekomen. Gedeeltelijk is de geringe instroom van nieuw gevestigde huisartsen te verklaren door het feit dat de ambtelijke procedures rondom het vestigingsbeleid eerst moesten worden opgestart. In de tussenperiode konden er geen vestigingsvergunningen worden afgegeven. Alleen de gemeente Utrecht maakt gebruik van de clausule dat het aantal huisartsen in de stad op het huidige gehandhaafd mag blijven, ook al is er volgens de landelijke normen een relatief overschot. De gemeente doet dit omdat zij in de grote-stadssituatie een gemiddeld geringer aantal patiënten per huisarts nodig acht.

In de vier grote steden werkt bijna 70% van de huisartsen in een solo-praktijk. Er zijn echter ook huisartsen die met zijn tweeën of drieën in één praktijk

werken voor gemeenschappelijke rekening. In de vier grote steden is dit het geval bij 15 á 20% van de huisartsen. Dit is mono- of intradisciplinaire samenwerking. Er is ook multi- of interdisciplinaire samenwerking mogelijk. Bijvoorbeeld in gezondheidscentra: 10 á 15% van de huisartsen in de vier grote steden (Smits, 1986). Aan het einde van deze paragraaf wordt daar verder op ingegaan.

Er zijn relatief erg weinig vrouwelijke huisartsen gevestigd. De selectie van nieuwe huisartsen door de zittende beroepsbeoefenaren en de gebruikelijke praktijkorganisatie blijken voor vrouwelijke huisartsen grote obstakels te zijn. In de grote steden zijn er relatief iets meer vrouwelijke huisartsen gevestigd door de meer gunstige vestigingsvoorwaarden. Voor vrouwelijke patiënten, vooral zij die afkomstig zijn uit andere landen, kan de beschikbaarheid van een vrouwelijke huisarts erg belangrijk zijn. Met het vestigingsbeleid is het tekort aan vrouwelijke huisartsen nauwelijks te corrigeren, omdat er bijna geen nieuwe vestigingen worden toegelaten.

Schrader (1986) schat de omvang van de gemiddelde huisartspraktijk in Amsterdam op 2.100 inwoners. Minderhoud (1987) schat de gemiddelde omvang in Rotterdam op 2.441 inwoners per praktijk in 1984. De GG en GD-Den Haag berekent een gemiddelde praktijkomvang van 1.992 patiënten in 1987 (Nijhuis, persoonlijke mededeling). Volgens Souverein (1986d) is de gemiddelde praktijkomvang in Utrecht 1.850 patiënten in 1986 en 2.015 patiënten wanneer enkele beginnende praktijken niet worden meegerekend. Het probleem bij deze schattingen is dat moeilijk rekening kan worden gehouden met bijvoorbeeld part-time-praktijken en praktijken van jongere huisartsen in opbouw. Bovendien wordt bij de ziekenfondsen alleen het aantal ziekenfondspatiënten geregistreerd. Zelfs voor de betrokken huisarts is het moeilijk te bepalen hoeveel particuliere patiënten hij heeft. Daarnaast zijn huisartsen terughoudend met het leveren van gegevens over hun omzet en praktijkomvang.

Smits (1986) van het NIVEL heeft een gedetailleerd onderzoek gedaan naar de omvang en spreiding van de eerstelijnszorg in Rotterdam in vergelijking met andere steden. In tabel 3.2 staan de vergelijkende gegevens omtrent het aantal huisartsen per 10.000 inwoners per stad en landelijk. Deze gegevens wijken iets af van de bovengenoemde. Uit tabel 3.2 blijkt dat er in de grote steden iets meer huisartsen zijn dan gemiddeld. Amsterdam zou de hoogste huisartsendichtheid hebben. Gezien de demografische opbouw van de grote steden, relatief meer ouderen en relatief meer migranten, kan er echter worden geconcludeerd dat er in de grote steden ook meer huisartsen nodig zijn en dat er eerder te weinig dan te veel huisartsen zijn. Het krappe vestigingsbeleid is wat dat betreft voor discussie vatbaar.

Tabel 3.2 Huisartsendichtheid in enkele grote steden en Nederland, medio 1984

	aantal huisartsen per 10.000 inwoners	aantal huisartsen + assistent-huisartsen per 10.000 inwoners
Rotterdam	4,38	4,79
Amsterdam	5,10	5,40
Den Haag	4,38	4,54
Utrecht	4,56	4,95
Nederland	4,05	4,26

Bron: Smits, 1986

Volgens de NIVEL-studie varieert de huisartsendichtheid binnen Rotterdamse wijken van 3,1 tot 5,8 huisartsen per 10.000 inwoners. De hoogste dichtheden zijn er in het centrum en andere oude stadswijken. In de nieuwe buitenwijken is er een lagere dichtheid. Wanneer dit wordt vergeleken met de dicht-

heid in de randgemeenten van Rotterdam, dan blijkt dat hoe verder men van het oude stadscentrum verwijderd is, hoe lager de huisartsendichtheid is (zie tabel 3.3). In de randgemeenten is de hoogste dichtheid 3,8 en de laagste 1,9 huisarts per 10.000 inwoners. De spreiding heeft waarschijnlijk vooral te maken met de vestigingsmogelijkheden voor nieuwe huisartsen die buiten de binnenstad minder gunstig is (zie boven). Aangezien in sommige randgemeenten evenals in de nieuwe buitenwijken van de grote stad, de bevolking voor een deel bestaat uit zogenaamde problematische groepen uit de oude stadswijken, lijkt een lagere artsendichtheid hier niet zonder meer te rechtvaardigen.

Tabel 3.3 Huisartsen en assistent-huisartsen in full-time equivalenten per 10.000 inwoners in randgemeenten van Rotterdam, medio 1984

werkgebied SZR		buiten werkgebied SZR	
Capelle a/d IJssel	3,6	deel Poortugaal	1,9
Berken en Rodenrijs	2,7	Rhoon	3,8
Bergschenhoek	2,8	Barendrecht	2,7
Nieuwerkerk a/d IJssel	3,0	Ridderkerk	3,3
deel Poortugaal	2,4	Schiedam	3,7
		Krimpen a/d IJssel	2,9

Bron: Smits, 1986

De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is met de wijkziekenverzorgende de belangrijkste uitvoerende discipline van het kruiswerk. Voor meer specialistische taken beschikt het kruiswerk ook over sociaal-geneeskundigen, diëtisten en GVO-functionarissen. Een gedeelte van het kruiswerk wordt tot de basisgezondheidszorg gerekend. Dit is de op groepen mensen gerichte preventieve zorg, zoals die wordt gegeven door de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters (zie paragraaf 3.2). Overigens wordt er door sommigen voor gepleit om deze collectieve preventieve zorg in de eerste lijn op te nemen. In sommige gezondheidscentra wordt dit uitprobeerd. Het grootste gedeelte van het kruiswerk is reguliere eerstelijnszorg. Het omvat onder meer verpleging, verzorging, voorlichting en begeleiding van zieken, gehandicapten en bejaarden. Vrijwel altijd wordt deze zorg bij de patiënten thuis gegeven.

De kruisverenigingen zijn ontstaan uit het particulier initiatief, vrijwel altijd uitgaande van een bepaalde levensbeschouwing. In de jaren zeventig zijn de zuilen zowel op landelijk, provinciaal als plaatselijk niveau gefuseerd. Dit heeft geleid tot een herstructurering van het kruiswerk dat nu wijkgebonden werkzaam is. De kleinste werkeenheid is vaak een wijk of buurt van zo'n 12.500 inwoners. Volgens de Nota Eerstelijnszorg (1983) is 1 : 2.500 de taakstellende norm voor wijkverpleegkundige capaciteit. De wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende zijn gegroepeerd in zogenaamde basiseenheden van zo'n 35.000 inwoners. Een hoofdwijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de ongeveer zestien personeelsleden van de basiseenheid. De basiseenheden maken deel uit van een plaatselijke c.q. regionale kruisvereniging met een eigen bestuur, management en stafafdelingen. Verder is er een structuur van overkoepelende provinciale kruisverenigingen en de Nationale Kruisvereniging.

Het kruiswerk wordt sinds enige jaren grotendeels gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het onderbrengen van het kruiswerk in de AWBZ is niet geheel in overeenstemming met de oorspronkelijke bedoeling van die wet. Algemeen was men echter van mening dat het kruiswerk collectief gefinancierd moest worden. Hiertoe werd de AWBZ gebruikt als voorlopige en beperkte volksverzekering tegen ziektekosten.

Uit tabel 3.4 blijkt dat ook de wijkverpleegkundige capaciteit ongelijk over de stadswijken is verdeeld. Het varieert in Rotterdam van 677 gewerkte dagen van de wijkverpleegkundige per 10.000 inwoners tot 999 dagen per 10.000 inwoners. Opvallend is de hoge positie van het stadscentrum. Verder is er geen eenduidig beeld. In het onderzoek van Smits (1986) waaruit deze tabel afkomstig is, is niet nagegaan of de intensiteit van de verleende zorg samenhangt met de demografische opbouw van de wijken.

Tabel 3.4 Aantal gewerkte dagen van wijkverpleegkundigen en wijkziektenverzorgenden, absoluut en per 10.000 inwoners; 1984

werkgebieden (wijk/buurtcombinatie)	gewerkte dagen WV + WZ	gewerkte dagen WV + WZ per 10.000 inwoners
Centrum-West en deel Centrum		
(Centrum zonder buurt Stadsdriehoek)	4.767	999
West en buurt Nieuw-Mathenesse	3.250	784
Overschie en buurt Spaanse Polder	1.311	677
Centrum-Noord zonder buurt Liskwartier	2.203	792
Hillegersberg/Schiebroek	3.300	808
Crooswijk e.o. met buurt Liskwartier	3.282	753
Kralingen met buurten Stadsdriehoek, Kralingse Veer en 's-Gravenland	2.453	697
Deel Alexanderpolder (buurten Ommoord en Zevenkamp)	2.755	703
Deel Alexanderpolder (buurten Prinsenland, het Lage Land en Oosterflank)	1.750	792
Afrikaanderwijk e.o.	2.065	878
Bloemhof/Hillesluis met buurt Vreewijk	3.792	833
Ijsselmonde met buurt Lombardijen	4.409	756
Deel Charlois (buurten Tarwewijk, Carnisse, Charlois, Wielewaal en Zuidplein) en buurt Waalhaven	3.184	779
Deel Charlois (buurten Zuidwijk, Pendrecht, Zuiderpark)	2.190	727
Hoogvliet en buurten Pernis, Heyplaat, Valckestein, Eemhaven, Waalhaven-Zuid, Vondelingenplaat, Zalmplaat, Meeuwenplaat	3.456	812
	44.167	

Bron: Smits, 1986

Gezien het algemene voornemen om de zorg zo lang mogelijk in de thuissituatie te verlenen, worden er op diverse plaatsen en ook in de grote steden experimenten uitgevoerd, waarbij wordt nagegaan hoe de thuiszorg kan worden versterkt. Het kruiswerk is hierbij nauw betrokken. Een eerste initiatief was het verlenen van 24-uurs zorg door het kruiswerk. Ondertussen is deze 24-uurs zorg onderdeel van het reguliere aanbod. Daarnaast zijn er experimenten rondom terminale thuiszorg. Meer intensieve zorg wordt daarbij aangeboden om het mogelijk te maken dat terminale patiënten thuis kunnen overlijden wanneer zij dat willen. Een ander voorbeeld is Amsterdam met een algemeen experiment rondom de versterkte thuiszorg. Bij zulke experimenten wordt zorg die boven het reguliere aanbod uitgaat, via subsidies van de overheid en ziektekostenverzekeraars gefinancierd. Van groot belang hierbij is de intensieve samenwerking tussen de diverse eerstelijnsdisciplines (zie hoofdstuk 6). De laatste tijd zijn er bureaus voor particuliere thuiszorg ontstaan. Deze leveren eveneens verpleegkundige en andere zorg in de thuissituatie. Uiteraard

zijn er slechts weinigen die zoiets zelf kunnen betalen. Sommige particuliere ziektekostenverzekeraars zijn bereid om de kosten hiervan te vergoeden. Zij doen dit in de verwachting dat een duurdere ziekenhuisopname zo kan worden voorkomen. Ook binnen de bovengenoemde experimenten wordt soms particuliere thuiszorg ingehuurd. Het is nog onzeker of de bureaus voor particuliere thuiszorg in de toekomst wel of niet kunnen concurreren met het kruiswerk.

De gezinsverzorging

De derde kerndiscipline in de eerstelijnszorg die in deze paragraaf wordt besproken is de gezinsverzorging. Deze voorziening wordt niet tot de gezondheidszorg, maar tot de maatschappelijke dienstverlening gerekend. De kenmerkende invalshoek van de gezinsverzorging is huishoudelijke hulp in plaats van verpleging. Naast huishoudelijke hulp worden ook verzorging en begeleiding aangeboden. Zoals de naam zegt wordt de hulp aangeboden aan gezinnen of andere leefeenheden, wanneer de verzorgende persoon, vaak de moeder, uitvalt.

De gezinsverzorging biedt verschillende soorten hulp aan. De zogenaamde traditionele hulp is de gezinshulp. Dit is hulpverlening van voornamelijk huishoudelijke aard. Iets uitgebreider is de zogenaamde gezinsverzorging. Daarbij wordt naast huishoudelijke hulp ook begeleiding en verzorging aangeboden. Nog verder gaat de gespecialiseerde gezinsverzorging. Daarbij biedt een gespecialiseerde gezinsverzorgster hulp op sociale indicatie, meestal in overleg met een maatschappelijk werk(st)er. Steeds belangrijker wordt de hulp aan bejaarden; deze wordt bejaardenverzorging genoemd. Er wordt gesproken van wijkbejaardenverzorging bij de persoonlijke verzorging van vereenzaamde en geïsoleerde bejaarden, die bij de gewone hulp tussen wal en schip zouden kunnen raken (zie Minderhoud, 1987).

Het voornemen om zo weinig mogelijk bejaarden op te nemen in bejaardenoord en om ziekenhuisopnamen zo kort mogelijk te laten duren, leidt tot een grotere werkdruk bij de gezinsverzorging. Twintig procent van de hulpverlening in de gezinsverzorging gaat volgens gegevens uit de Nota Eerstelijnszorg (1983) vooraf aan een te verwachten opname in of volgt op ontslag uit een inrichting zoals bejaardenoord, ziekenhuis of verpleeghuis.

Het fusieproces van instellingen van verschillende levensbeschouwelijke signatuur die hetzelfde werkgebied hebben, is in de gezinsverzorging nog niet zover als bij het kruiswerk. In 1982 waren er in Nederland 245 instellingen voor gezinsverzorging, waar bijna 100.000 krachten werkten. Ter vergelijking: in 1970 waren er nog 780 instellingen met 37.000 personeelsleden. Van de 245 instellingen waren er in 1982 150 gefuseerd met het algemeen maatschappelijk werk of het kruiswerk (Nota Eerstelijnszorg, 1983). In Rotterdam bijvoorbeeld zijn er acht verschillende instellingen voor gezinsverzorging van diverse signatuur. Zeven daarvan hebben de stad verdeeld in werkgebieden, die elkaar niet overlappen. Eén instelling echter (Humanitas) werkt over de hele stad verspreid. Er zijn discussies over verdergaande samenwerking.

Van oudsher hoort een belangrijk gedeelte van de huishoudelijke hulp tot de particuliere sector. Deze persoonlijke dienstverlening vindt vaak in het informele (zwarte en grijze) circuit plaats. De zogenaamde alpha-hulpverlening is een meer officiële vorm van particuliere huishoudelijke hulp die tot stand komt door bemiddeling van de instellingen voor gezinsverzorging. In tabel 3.5 staat een overzicht van de aantallen hulpverleners in de gezinsverzorging in 1982. Hierin zijn de alpha-hulpen wel opgenomen, maar de overige particuliere krachten niet. In het overgrote deel gaat het om part-timers.

Sinds 1984 wordt de financiering van de gezinszorg gekenmerkt door een budgetstelsel. In 1985 is dit budgetstelsel opgenomen in de nieuwe Rijkssubsidieregeling gezinsverzorging. Voor een klein gedeelte worden de kosten van de gezinsverzorging verhaald op de Ziektewet, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de Algemene Bijstandswet. Dit wordt ongewenst geacht omdat

Tabel 3.5 Aantallen hulpverleners in de gezinsverzorging

Gezinsverzorgenden	8 020
Bejaardenverzorgenden	689
Bejaardenhulpverleners	5 027
Gezinsbuitenhulpverleners (o.w. hulpverleners bij bejaarden)	66 080
Alpha-hulpverleners	19 500
Totaal	99 316

Bron: Nota Eerstelijnszorg, 1983, pagina 21

bezuinigingen op de overheidsbegroting zo kunnen worden afgewenteld op de sociale verzekeringen en de bijstand. Voor een deel wordt de gezinszorg gefinancierd door eigen bijdragen van de cliënten. Deze zijn inkomensafhankelijk. In de vier grote steden, net als in een aantal proefgemeenten, is de financiering van de gezinszorg afzonderlijk geregeld. Op basis van het zogenaamde Welzijnsconvenant ontvangen de vier grote steden hun totale budget voor de gezinsverzorging als onderdeel van een brede doeluitkering. Hierdoor hebben de grote steden ondanks beperkende regels meer vrijheid in de besteding van de gelden (zie hoofdstuk 6).

Opvallend is dat de gezinsverzorging in de loop der jaren een uiterst krappe groei vertoont. Voor 1988 is er zelfs een bezuiniging gepland. Dit ondanks de prioriteit die wordt toegekend aan de eerstelijnszorg. Zo'n geringe groei kan gerealiseerd worden doordat deze voorziening uit het overheidsbudget wordt gefinancierd. Wanneer de gezinsverzorging deel zou uitmaken van een sociale verzekering, is het mogelijk dat de latente behoefte aan huishoudelijke hulp naar buiten komt en dat de kosten sterk zullen stijgen.

Volgens de NIVEL-studie van Smits (1986) waren er eind 1984 in Rotterdam 278 gezins- en bejaardenverzorgenden werkzaam en 4.805 gezins- en bejaardenhulpverleners. In full-time equivalenten (f.t.e.) komt dat neer op 206 respectievelijk 1.695 formatieplaatsen. Dit zijn per 10.000 inwoners 3,7 f.t.e. gezins- en bejaardenverzorging en 30,3 f.t.e. gezins- en bejaardenhulp. Voor heel Nederland zijn deze cijfers 5,8 respectievelijk 19,2 f.t.e..

In de andere drie grote steden (Amsterdam, Den Haag en Utrecht) zijn deze kengetallen gemiddeld 3,0 f.t.e. gezins- en bejaardenverzorgenden en 25,1 f.t.e. gezins- en bejaardenhulpverleners. Het valt op dat in de vier grote steden de capaciteit aan gezins- en bejaardenverzorgenden relatief lager is dan het landelijk gemiddelde. Het aantal gezins- en bejaardenhulpverleners is echter relatief hoger in de grote steden. De overall-capaciteit is in de steden dus relatief groot, maar de opleidingsgraad is relatief laag. De capaciteit in full-time equivalenten alpha-hulp is in de vier grote steden met 5,5 per 10.000 inwoners ook groter dan het landelijk gemiddelde van 3,0 f.t.e.. Dit valt te verklaren uit de demografische opbouw van de grote steden en de andere sociale structuur, zoals minder sterke familieverbanden.

Algemeen maatschappelijk werk

De vierde kernvoorziening in de eerstelijnszorg die in deze paragraaf aan de orde komt, is het algemeen maatschappelijk werk. De algemeen maatschappelijk werker heeft een sleutelpositie in dit zorggebied. Het algemeen maatschappelijk werk wordt in Nederland verricht vanuit ongeveer 180 voornamelijk regionaal werkende instellingen; vaak Stichting voor Algemeen Maatschappelijk Werk genoemd. De taak van het maatschappelijk werk ligt in het geven van hulp aan mensen die op de een of andere wijze stagneren in hun persoonlijk of maatschappelijk functioneren (zie de Nota Eerstelijnszorg, 1983).

De algemeen maatschappelijke dienstverlening wordt grotendeels door de overheid gefinancierd. Slechts een zeer klein gedeelte wordt door particulieren bekostigd. De gelden worden door de gemeenten beheerd. Een groot deel van de

financiën is afkomstig van de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening. De gemeenten moeten echter ook uit eigen begroting een aanzienlijk deel bijdragen. Ook de budgetten voor de algemene maatschappelijke dienstverlening staan – net als bij de gezinsverzorging – de laatste jaren onder druk. Dit ondanks de prioriteit die aan de eerstelijnszorg wordt toegekend. In de NIVEL-studie van Smits (1986) wordt een overzicht gegeven van de situatie in Rotterdam. In de zeventiger jaren zijn vier instellingen gefuseerd tot de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (SMWR). De SMWR werkt gedecentraliseerd vanuit 23 wijkbureaus, zeven gezondheidscentra en zes spreekuurposten. Naast de SMWR zijn er drie andere instellingen, namelijk Humanitas, de Algemene Hulpcentrale en de Stichting Joods Maatschappelijk Werk, die vanuit één centraal punt de hele stad bestrijken. Bij de SMWR werken 60 algemeen maatschappelijk werkers. Bij de overige drie instellingen 22. De dichtheid van maatschappelijk werkers in full-time equivalenten per 10.000 inwoners varieert per buurt. De hoogste dichtheid is in het centrum van de stad met maximaal 1,36 f.t.e. per 10.000 inwoners. De laagste dichtheid heeft de wijk Schiebroek/Hillegersberg met 0,49 f.t.e. per 10.000 inwoners. In de oude stadswijken wordt soms vanuit het club- en buurthuiswerk ook nog individuele hulpverlening aangeboden. Er is overigens geen verklaring voor de spreiding van de capaciteit over de stadswijken (zie Smits, 1986). Nagegaan zou kunnen worden hoe de dichtheid samenhangt met de indicatoren voor sociale achterstand per wijk.

De gemiddelde capaciteit algemeen maatschappelijk werk is in Rotterdam 1,14 f.t.e. per 10.000 inwoners. De gemiddelde dichtheid van algemeen maatschappelijk werk was in heel Nederland in 1984 1,30 f.t.e. per 10.000 inwoners. Rotterdam heeft dus een relatief lage dichtheid. Er vanuit gaande dat een belangrijke doelgroep van het algemeen maatschappelijk werk de mensen met lage inkomens is, kan er dus gesproken worden van een relatieve ondercapaciteit in Rotterdam. Vergelijkende gegevens van de andere grote steden zijn op dit moment niet voorhanden. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) is geen duidelijke normcapaciteit gesteld voor deze functie. De genoemde 1 : 10.000 inwoners lijkt aan de lage kant (zie paragraaf 3.3.1).

Samenwerking

De eerstelijnszorg kenmerkt zich door een groot aantal disciplines die voor het merendeel los van elkaar zijn georganiseerd. Wel zijn er samenwerkingsrelaties in de eerste lijn, vooral tussen de hierboven besproken kernvoorzieningen. In de jaren zeventig en tachtig is deze samenwerking sterk toegenomen. Er is een aantal vormen – en vele tussenvormen – van samenwerking. Het gezondheidscentrum werd in de zeventiger jaren door velen gezien als een ideale vorm van samenwerking in de eerste lijn. Aanloopproblemen die vooral aan een gebrekkig management kunnen worden toegeschreven hebben het enthousiasme enigszins bekoeld. Daarnaast bleek dat samenwerking ook op andere manieren dan in een gezondheidscentrum mogelijk is.

Meestal gaan gezondheidscentra uit van een daartoe opgerichte stichting. In Rotterdam heeft de gemeente zelf gezondheidscentra geëxploiteerd en is daar nog steeds aan gebonden (zie hoofdstuk 6). Vaak werken de huisartsen en fysiotherapeuten in dienst van het centrum. De wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende zijn meestal in het centrum gedetacheerd vanuit hun eigen organisatie. Soms werken de huisartsen en fysiotherapeuten in een gezondheidscentrum voor eigen rekening en zijn de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker er gedetacheerd.

Een gezondheidscentrum is duurder dan de optelsom van de disciplines apart. Dit komt in de eerste plaats door de overheid van samenwerking en management. Daarbij komt dat de meestal nieuwe bedrijfsvestiging van een gezondheidscentrum altijd duurder is dan de praktijkkosten van een vrije vestiging in een woonhuis. Naast de reguliere financieringsstromen voor de verschillende disciplines in het centrum zijn er daarom aanvullende subsidiemaatregelen

van de rijksoverheid, in steeds mindere mate van de gemeentelijke overheid en via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Uit onderzoek blijkt dat gezondheidscentra een relatief lager aantal verwijskaarten naar de tweede lijn afgeven dan solistisch werkende huisartsen. Hierdoor kunnen de relatief hogere kosten worden gecompenseerd (zie Nota Eerstelijnszorg, 1983).

Hometeams zijn een andere vorm van samenwerking tussen de disciplines in de eerstelijnszorg. Onder een hometeam wordt een samenwerkingsverband verstaan van ongeveer acht eerstelijns hulpverleners, waarbij minimaal de disciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk zijn betrokken. Er is geen gemeenschappelijke huisvesting zoals bij een gezondheidscentrum. Kenmerkend is de bespreking van individuele gemeenschappelijke patiënten in het overleg van het hometeam. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt geschat dat er in Nederland 160 hometeams zijn.

Er zijn ook min of meer regelmatige bijeenkomsten tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines in een bepaalde wijk of regio, waarbij het accent ligt op kennismaking en informeel overleg. Zulke samenwerkingsstructuren worden aangeduid met functionarissencontact, sociaal café of sociale lunch. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt geschat dat er zo'n 300 functionarissencontacten zijn in Nederland. Verder zouden er nog bijna 400 tussenvormen van samenwerking zijn.

In de vier grote steden zijn er relatief veel gezondheidscentra en andere vormen van eerstelijns samenwerking. Dit komt mede door het stimulerende beleid van de lokale overheid in de steden. Verder was er juist bij de complexe structuren in de grote steden samenwerking nodig. Hulpverleners en andere betrokkenen in de grote steden hebben eraan meegewerkt en gaven er daadwerkelijk vorm aan. Echter ook op andere plaatsen zijn er veel initiatieven genomen.

3.3.3 Bijzondere eerstelijnszorg

Naast de vier kerndisciplines die in de vorige paragraaf zijn besproken, is er in de eerste lijn nog een heel scala van bijzondere voorzieningen. Dit betreft zowel volksgezondheids- als welzijnsvoorzieningen. Er is een vloeiende overgang van voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening naar algemene welzijnsvoorzieningen en het sociaal-cultureel werk. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de voorzieningen voor bijzondere eerstelijnszorg.

Gezondheidszorgvoorzieningen

In de vorige paragrafen is er al op gewezen dat de fysiotherapie eigenlijk een vijfde kerndiscipline in de eerste lijn is geworden. Fysiotherapeuten vormen de snelst groeiende paramedische beroepsgroep van de afgelopen twintig jaar. Er zijn anderhalf maal zoveel fysiotherapeuten als huisartsen. Overigens werken fysiotherapeuten zowel in de eerste als in de tweede lijn. In de eerste lijn kunnen ze vrij gevestigd zijn in een solo- of groepspraktijk, maar ook in samenwerkingsverbanden werken zoals gezondheidscentra. Steeds meer maken fysiotherapeuten in meer of mindere mate gebruik van alternatieve geneeswijzen. Voor fysiotherapeuten is geen vestigingsregeling op basis van de WVG van kracht, zoals bij huisartsen. Via een andere procedure wordt de vestiging van fysiotherapeuten echter even sterk beperkt als bij de huisartsen. De regel dat de ziekenfondsen iedere gediplomeerde hulpverlener moeten toelaten is voor fysiotherapeuten – evenals voor tandartsen – opgeheven. De ziekenfondsen kunnen daardoor nieuwe fysiotherapeuten weigeren als er volgens de normen voldoende zijn.

Ondanks een groot aanbod van fysiotherapeuten op de arbeidsmarkt, zijn er daardoor maar weinig nieuwe vestigingen. Er is een grote spreiding tussen de wijken geconstateerd in Rotterdam (Smits, 1986). Volgens Minderhoud (1987) ligt de capaciteit fysiotherapie in Rotterdam en de andere grote steden ruim onder de taakstellende norm uit de Nota Eerstelijnszorg. Overigens lijkt er een grote latente behoefte te bestaan aan de genezende, maar ook verzorgende en verzachtende hulp van fysiotherapeuten. Klachten van het bewegingsappa-

raat komen erg veel voor. Ze zijn van invloed op de validiteit en zijn een belangrijke oorzaak van kort- en langdurend arbeidsverzuim.

De geneesmiddelenvoorziening is in Nederland goed geregeld via apotheken. Een probleem zijn de hoge kosten door grote marges bij de fabrikant, importeur en soms bij de apotheken zelf. Bovendien zouden er minder en goedkopere medicamenten kunnen worden voorgeschreven. De apotheek in de eerste lijn is er ten eerste voor de verstrekking van vrij verkoopbare middelen; wat dat betreft is er een grote overlap met drogisten. Ten tweede worden er genees- en verbandmiddelen op recept van de huisarts, tandarts of specialist geleverd. De beroepsorganisatie heeft een eigen vestigingsbeleid voor haar leden-apothekers opgesteld. In de grote steden lijkt er geen tekort aan apotheken te zijn. De Nota Eerstelijnszorg geeft als taakstellende norm van het aantal inwoners per apotheker 1 op 10.000. Eind 1984 was de situatie in Rotterdam 1 op 9.065; in Amsterdam 1 op 7.771; en in Den Haag 1 op 8.869 (Minderhoud, 1987). Op het platteland zijn er soms apotheekhoudende huisartsen. Daarover bestaan regelmatig conflicten tussen apothekers en huisartsen. Samenwerking tussen apotheek en huisarts is van groot belang voor een optimale geneesmiddelen prescriptie en voor medicatiebewaking.

De tandheelkundige zorg is sterk aan het veranderen. Door de afname van cariës bij jongeren en de toename van tandvleesaandoeningen bij volwassenen is de omvang en aard van het klachtenaanbod gewijzigd. Het grote tekort aan tandartsen met name in Rotterdam, maar ook in de andere grote steden, is door een royaal aanbod op de arbeidsmarkt – naar de huidige normen – minder geworden. Eind 1984 echter was het aantal tandartsen in Rotterdam nog kleiner dan op basis van de taakstellende norm uit de Nota Eerstelijnszorg mag worden verwacht. In de andere grote steden is de situatie echter gunstiger (Minderhoud, 1987). Op sommige plaatsen wordt tegenwoordig eerder gevreesd voor een licht overschot. Dit was net als bij de fysiotherapeuten een reden voor de uitzonderingsclausule bij de ziekenfondsen, dat de fondsen contracten met nieuwe tandartsen mogen weigeren; eveneens een door de fondsen bepaalde vestigingsregeling dus.

Ook voor de tandartsen is door Smits (1986) in Rotterdam een ongelijke spreiding over de stadswijken geconstateerd. In Amsterdam en Den Haag hadden de ziekenfondsen ten tijde van schaarste aan tandartsen, eigen tandheelkundige voorzieningen voor hun leden gecreëerd. Nu de schaarste voorbij is, wordt er gesproken over privatisering van deze instellingen.

De verloskundige zorg is in Nederland bijzonder geregeld. Als het kan wordt een zwangerschap in Nederland begeleid door een verloskundige (vroedvrouw) en niet door een medicus. Ook de huisarts kan zwangerschappen en bevallingen in de thuissituatie begeleiden als er geen verloskundige is, of op verzoek van de vrouw. De begeleiding van de zwangerschap en de bevalling wordt indien mogelijk in de eerste lijn gedaan. In principe alleen bij bepaalde medische of sociale indicaties wordt de zwangerschap begeleid door een gynaecoloog of vindt de bevalling in een ziekenhuis plaats. Er zijn overigens ook combinaties mogelijk. In opkomst zijn bijvoorbeeld de zogenaamde poliklinische bevallingen in een ziekenhuis, die door de vroedvrouw of de huisarts kunnen worden begeleid. De verloskundige zorg staat in Nederland op een hoog niveau. Het aantal ziekenhuisbevallingen is de laatste jaren – vooral ook in de grote steden – toegenomen. Toch vindt nog zo'n 40% van de bevallingen thuis plaats. In Amsterdam vindt een relatief groot gedeelte van de bevallingen plaats in het ziekenhuis.

Een gedeelte van de verloskundigen (vroedvrouwen) is werkzaam als vrijgevestigde in de eerste lijn of is verbonden aan een gezondheidscentrum. Steeds meer verloskundigen zijn echter ook in de tweede lijn werkzaam, bijvoorbeeld bij de opleidingscentra voor verloskundigen in Amsterdam en Rotterdam. In de Nota Eerstelijnszorg wordt als taakstellende norm genoemd één verloskundige op 20.000 inwoners. In 1984 was er in Rotterdam één verloskundige op 21.966 inwoners; in Amsterdam één op 34.375 inwoners en in Den Haag één op 22.265 inwoners (Minderhoud, 1987).

Het beleid ten aanzien van de kraamzorg is er op gericht om ook als een bevaling in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, dat de kraamperiode wel thuis plaatsvindt. Op verzoek van de betrokkenen kan daarbij kraamzorg worden gegeven. Deze hulp van verpleegkundige, begeleidende en verzorgende aard, wordt gegeven door speciaal opgeleide kraamverzorgenden. Omdat ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeringen slechts een gedeelte betalen en vanwege een gebrek aan personeel, is er een trend van volledige kraamdagzorg naar hulp voor kortere tijd per dag. Ook de duur van de kraamzorg loopt terug: nu gemiddeld minder dan acht dagen. Als gevolg van een stijgend aantal verzorgingen, een hoog verlooppercentage onder de kraamverzorgenden, verminderde beschikbaarheid van oproepkrachten en de beperkte opleidingscapaciteit, is er een tekort aan kraamzorgcapaciteit (zie FOGM 1988). In Amsterdam is dit tekort het grootst (Minderhoud, 1987). Het effect daarvan is dat het aantal ziekenhuisopnamen groter is dan gewenst.

In het kader van de accentuering van de preventieve en voorlichtende activiteiten binnen de eerstelijnszorg wordt de toename van het aantal diëtisten bij het kruiswerk ten behoeve van dieetadvisering en voedingsvoorlichting gestimuleerd. Er zijn ook enkele vrijgevestigde diëtisten in de eerste lijn en enkele diëtisten zijn verbonden aan gezondheidscentra. Van de ongeveer 700 diëtisten in Nederland is ook een gedeelte werkzaam in de tweede lijn, overigens met globaal hetzelfde takenpakket. De Nota Eerstelijnszorg (1983) noemt als taakstellende norm 1 diëtist op 50.000 inwoners (tabel 3.1). Over de situatie in de vier grote steden zijn op dit moment geen specifieke gegevens bekend.

Logopedisten geven spraak- en stemtraining. Er zijn er ongeveer 1.000 van in Nederland (Scherpenisse e.a., 1987). Een gedeelte daarvan is werkzaam in de eerste lijn. Er zijn nog meer disciplines die een positie in de eerstelijnszorg claimen of zouden willen claimen. Voor een deel komt dit voort uit inhoudelijke motieven, maar de wens tot versterking of uitbreiding van de positie van een beroepsgroep speelt natuurlijk ook mee. Een eerste voorbeeld zijn psychologen in de eerste lijn. Hiermee is ook geëxperimenteerd. Een tweede voorbeeld zijn de ergotherapeuten, die als nieuwe beroepsgroep nog bezig zijn met het vestigen van hun positie in de gezondheidszorg. Daarbij wordt door de ergotherapeuten zelf – zonder succes tot nu toe – ook gesproken over een mogelijke positie in de eerste lijn.

Maatschappelijke dienstverlening

Het is niet geheel duidelijk in hoeverre de ambulante jeugdhulpverlening tot de bijzondere eerstelijnszorg moet worden gerekend. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt echter een aantal voorzieningen als zodanig genoemd. Ten eerste de Adviesbureaus voor jeugd en gezin. Deze bieden informatie, advies, eerste opvang en procesmatige hulpverlening aan vooral jongeren vanaf 12 jaar. Ten tweede de Jongerenadviescentra. Naast de bovengenoemde functies bieden zij primair belangenbehartiging voor de jongeren zoals weglopers, schoolverlaters, werklozen, verkrachte kinderen. Ten derde de kindertelefoons die informatie, advies en eerste opvang bieden. Deze richten zich met name op de jeugd van 10 tot 16 jaar. De uitvoering berust voornamelijk bij vrijwilligers. Ten vierde wordt de ambulante drugshulpverlening voor jongeren en jong-volwassenen genoemd, die echter ook tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg kan worden gerekend. Ten vijfde is er de categorie overige ambulante voorzieningen voor jeugdigen, zoals kamerbemiddeling, begeleidde kamerbewoning, straathoekwerk, experimentele werkplaatsen en arbeidsbemiddeling. De besturen van de vier grote steden proberen om een integrerende en stimulerende rol in de jeugdhulpverlening te ontwikkelen. Dit komt naar voren in het (concept) Raamplan voor de jeugdhulpverlening van de gemeente 's-Gravenhage en uit onderzoek van de gemeentesecretarie Amsterdam en van de GGD-Rotterdam. Uit het laatstgenoemde onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat er in Rotterdam ongeveer 33 ambulante voorzieningen voor jeugdhulpverlening zijn en nog eens 30 randvoorzieningen (Gijsen e.a., 1987). Dit rijk

geschakeerde aanbod maakt afstemming op stedelijk niveau noodzakelijk. Zoals gezegd zijn er allerlei voorzieningen voor ouderen die tot de eerstelijnszorg gerekend zouden kunnen worden. Deze functies werden in 1985 onder de werkingssfeer van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) gebracht. In dat kader werd gesproken over flankerend ouderenbeleid. Een bijzonder onderdeel daarvan is de ontwikkeling van de wijkfunctie van de bejaardenoorden. Dat houdt in dat ook niet-bewoners gebruik kunnen maken van voorzieningen van het bejaardentehuis. Sinds 1 januari 1987 zijn de functies van het flankerend beleid van de WBO overgegaan naar de Welzijnswet. Het betreft hier met name het zogenaamde gecoördineerd ouderenwerk.

De voorzieningen voor geestelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten vormen ook een apart onderdeel van de zorgsector. De ambulante functies daarvan kunnen meer of minder tot de bijzondere eerstelijnszorg worden gerekend. Belangrijk daarbij zijn de Sociaal Pedagogische Diensten, waarvan er in Nederland 55 zijn. Deze richten zich op de begeleiding van geestelijk gehandicapten en hun omgeving in alle levensfasen en op alle levensgebieden. De zogenaamde Praktische pedagogische gezinsbegeleiding is een aparte werkvorm binnen de Sociaal Pedagogische Diensten. Allerlei projecten, al dan niet erkend door een of andere regeling of instantie, voor begeleid zelfstandig wonen voor gehandicapten kunnen ook tot de bijzondere eerstelijnszorg worden gerekend. Op landelijk niveau is maatschappelijk werk georganiseerd voor blinden en slechtzienden en voor doven. Verder is er nog het gespecialiseerd jeugd en volwassenenwerk dat zich richt op licht geestelijk gehandicapten, onder andere op het gebied van vrije tijd en vorming. Hierbij is een zeer groot aantal vrijwilligers betrokken die begeleid worden door een beperkt aantal betaalde consultants.

Naast het algemeen maatschappelijk werk is er binnen de algemeen maatschappelijke dienstverlening nog een aantal bijzondere functies. In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt bijvoorbeeld apart aandacht besteed aan instellingen voor informatie en advies, zoals de bureaus sociale Ûraadslieden en MAI-centra. Hiervan zijn er ongeveer 55 in Nederland. De doelpopulatie bestaat vooral uit mensen met een laag opleidingsniveau. In de grote steden komen er veel jongeren tot 25 jaar bij deze bureaus. Een tweede soort instellingen zijn de telefonische hulpdiensten. Dit is een laag-drempelige vorm van informatie- en adviesverlening en eerste opvang. Hierbij zijn veel vrijwilligers betrokken. Verder is er nog bijzondere eerstelijnszorg georganiseerd rondom sexualiteits- en geweldsproblemen en rondom prostitutie. Vooral in de grote steden is er een groot – en daardoor verwarrend – aanbod van dergelijke voorzieningen.

3.3.4 Beschouwing omtrent de eerstelijnszorg in de grote steden

De eerste lijn is in de grote steden een chaotische sector. De diverse disciplines zijn los van elkaar georganiseerd, zowel in de vorm van vrije beroepsbeoefeningen als in de vorm van talrijke zelfstandige instellingen. Er is geen overkoepelend management dat de diverse functies integreert zoals in ziekenhuizen, verpleeghuizen of bij GG en GD'en het geval is. Afstemming en overleg is in de eerste lijn veelal afhankelijk van toevallige, persoonlijke initiatieven. In de grote steden is dit probleem door de schaalgrootte vele malen erger dan elders. In de grote steden zijn er zo veel huisartsen, andere vrijgevestigde beroepsbeoefeningen en bekende dan wel onbekende hulpverleningsinstellingen, dat vrijwel niemand het overzicht heeft over alle hulpverleningsmogelijkheden in de eerste lijn. De verzorgingspopulaties van de diverse voorzieningen overlappen elkaar slechts ten dele.

Gezondheidscentra kunnen een oplossing vormen voor deze afstemmingsproblemen. Maar dat geldt alleen voor de daarin vertegenwoordigde disciplines. Verder is het management van de gezondheidscentra nog niet altijd zo sterk dat een integratie van de functies binnen het centrum daadwerkelijk tot stand wordt gebracht. Er zijn echter ook andere vormen van samenwerking tussen de disciplines in de eerste lijn in ontwikkeling, zoals home-teams.

Ook binnen de disciplines zoals de gezinszorg en het maatschappelijk werk, is nog verdere afbakening nodig. In de steden zijn verdere fusies van instellingen en afstemming van werkgebieden op zijn plaats.

Een ander punt van aandacht is de samenwerking van de genoemde eerstelijnsvoorzieningen met de andere echelons. Een voorbeeld is de samenwerking tussen de basisgezondheidsdiensten en huisartsen op het gebied van preventie. De huisartsen worden bijvoorbeeld betrokken bij het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. In Utrecht en Den Haag wordt op dit moment geëxperimenteerd met preventie van hart- en vaatziekten door een aantal huisartsen en de GG en GD'en samen. Dergelijke samenwerkingsvormen rondom preventie kunnen worden uitgebreid.

Van evenveel belang is de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleging met de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Op dit vlak worden veel initiatieven genomen. In de grote steden is het door de schaalgrootte echter moeilijker om hiervoor vaste structuren te vinden dan elders. Nieuw zijn de ontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg. Hierop wordt in hoofdstuk 6 verder ingegaan. Met thuiszorg wordt meestal bedoeld op thuisverpleging van patiënten die normaliter in een ziekenhuis of verpleeghuis worden opgenomen. Bijvoorbeeld in het geval van zogenaamde terminale thuiszorg die het mogelijk maakt om thuis te overlijden.

Bovenstaande voorbeelden hebben betrekking op het in zekere zin opheffen van de starre grenzen tussen de echelons. Daarbij wordt meer gedacht in termen van het organiseren naar functies in plaats van naar voorzieningen. De functie intensieve verpleging moet bijvoorbeeld door verschillende instellingen en op verschillende plaatsen kunnen worden ingezet; ook in de thuissituatie door samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsvoorzieningen. Hetzelfde geldt voor preventie waarbij de eerstelijnszorg ook uitvoerende taken kan vervullen.

Een belangrijk aspect van het beleid is substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg. Een macro-economisch argument is dat wordt verwacht dat zo de kosten van de gezondheidszorg kunnen worden teruggedrongen. Daarnaast wordt er vanuit gegaan dat de zelfstandigheid van mensen beter kan worden bevorderd door zorg die dicht bij de thuissituatie is gesitueerd. Ook op deze substitutie wordt in de komende hoofdstukken verder ingegaan. De relatief slechte coördinatie tussen de voorzieningen in de eerste lijn is een belemmerende factor bij het realiseren van de gewenste substitutie.

Wat betreft de spreiding van eerstelijnsvoorzieningen over de wijken in de stad, over de steden onderling en over de steden en de rest van het land zijn er onevenwichtigheden geconstateerd. Er lijkt geen duidelijke relatie tussen het aanbod van specifieke voorzieningen en de behoefte daaraan. Het aanbod van voorzieningen wordt door een reeks verschillende, telkens wisselende factoren, bepaald. In de eerste lijn zijn er geen overschotten aan zorg geconstateerd. Wel zijn bijvoorbeeld de huisartsen en tandartsen bang dat nieuwe vestigingen zullen leiden tot teruglopende inkomsten per praktijk. De financiers zijn bang voor de kosten van fysiotherapie. Daaraan bestaat een grote latente behoefte en het aanbod van fysiotherapeuten is in principe groot. Om deze redenen zijn er vestigingsbeperkingen in het leven geroepen voor deze drie beroepen in de eerste lijn. Het gevolg is dat het aantal fysiotherapeuten zelfs ruim onder de landelijke norm is.

Er is een groot tekort aan verpleegkundigen in de grote steden. In de eerste lijn wordt dit merkbaar doordat de vacatures voor wijkverpleegkundigen moeilijk kunnen worden opgevuld. Het tekort aan kraamzorg in de steden leidt tot een relatief groot aantal ziekenhuisopnamen. Het aanbod van gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk en wijkverpleging is aan de krappe kant. Dit is een probleem bij pogingen tot daadwerkelijke substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg. Wat dit betreft zijn sommige stadsdelen slechter af dan andere. Er is echter uit de onderhavige inventarisatie geen duidelijk patroon gebleken van bepaalde stadsdelen die over de hele linie achterlopen op andere.

De gemeentebesturen in de vier grote steden zijn sinds de jaren zestig intensief betrokken bij de eerstelijnszorg. Zo werden er al activiteiten ondernomen met betrekking tot het oprichten van gezondheidscentra voordat het begrip officieel in de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 werd geïntroduceerd. Voor een gemeentelijke betrokkenheid is een aantal redenen. Al sinds geruime tijd wordt er in het stedelijk beleid vanuit gegaan dat de burgers ondersteuning nodig hebben om zich zelfstandig te kunnen handhaven en dat direct toegankelijke, niet gespecialiseerde zorg daar meestal het beste middel toe is. Hiermee werd vooruitgelopen op de landelijke ontwikkelingen. Verder heeft de eerstelijnszorg structurering nodig zoals hierboven werd aangegeven. De stadsbesturen hebben dit gestimuleerd. De schaalgrootte maakte deze bemoeienis noodzakelijk.

Op dit moment worden de steden geconfronteerd met problemen zoals vergrijzing, grote aantallen migranten met specifieke zorgbehoeften en verslaving. Gespecialiseerde tweedelijnsvoorzieningen bieden in het algemeen geen geschikte oplossingen voor dergelijke grote-stadsproblemen. De steden zien veelal meer perspectief in een gecoördineerde buurtgewijze aanpak vanuit de eerste lijn. Daartoe worden ook experimenten gestimuleerd, zoals die rondom thuiszorg en de opvang van verslaafden in de wijken en bij huisartsen. De middelen van de steden – zowel financieel als bestuurlijk – zijn helaas niet zo uitgebreid om de meeste voornemens te kunnen realiseren.

Een ander aandachtspunt van de steden is het zogenaamde gezondheidsbeleid dat is gericht op preventie, het bevorderen van een gezonde leefomgeving en de betrokkenheid van de bevolking daarbij. Op dit terrein zijn de basisgezondheidsdiensten actief. Maar ook de betrokkenheid van de eerste lijn is daarbij onmisbaar. Hulpverleners in de eerste lijn zijn namelijk goed op de hoogte van de problemen in de verschillende buurten. Ook kunnen ze worden ingezet bij het opvangen en oplossen van buurtgebonden problemen. Daarvoor is een geïntegreerde en buurtgewijs georganiseerde eerstelijnszorg beter uitgerust dan het huidige verbrokkelde systeem. De stadsbesturen proberen om, voorzover mogelijk, bij te dragen aan de noodzakelijke verbeteringen in de eerste lijn. Gesteld kan worden dat de betrokkenheid van de stadsbesturen bij de eerstelijnszorg groot is. De formele mogelijkheden tot het beïnvloeden van de eerste lijn zijn echter gering en lijken eerder minder dan meer te worden. In hoofdstuk 6 wordt hier verder op ingegaan.

3.4 Tweedelijnszorg

3.4.1 Een globaal overzicht

In deze paragraaf wordt de tweedelijnszorg besproken. De voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg worden apart behandeld in paragraaf 3.5. In het algemeen is de toegang tot de tweede lijn alleen mogelijk via de eerste lijn. Voor de medische voorzieningen is een verwijzing van de huisarts nodig. Voor bijzondere voorzieningen zoals bejaardenverzorgingstehuizen en verpleeghuizen bestaan er officiële toelatingsprocedures met indicatiesystemen. Andere tweedelijnsvoorzieningen zijn echter direct toegankelijk, zoals EHBO's en de RLAGG's. De tweede lijn is meer specialistisch van karakter dan de eerste lijn. Binnen de tweede lijn wordt zorg van uiteenlopende mate van specialisatie geboden. Zo zijn er bijvoorbeeld zogenaamde basisziekenhuizen, centrumziekenhuizen en voornamelijk academische ziekenhuizen voor topklinische zorg. Voor een groot deel zijn de tweedelijnsvoorzieningen intramuraal. Ziekenhuizen daarentegen bieden ook ambulante poliklinische hulp aan, die wel tot de tweede lijn hoort. Over het algemeen zijn in de tweede lijn de voorzieningen voor somatische en voor geestelijke gezondheidszorg los van elkaar georganiseerd. Een uitzondering zijn de zogenaamde gecombineerde verpleeghuizen met zowel afdelingen voor somatische- als voor psycho-geriatrie patiënten.

Het grootste gedeelte van de zorgsector wordt ingenomen door de tweede lijn. Bijna tweederde van de totale kosten wordt gemaakt in de tweede lijn. In de jaren tachtig is de verhouding tussen de eerste en tweede lijn slechts iets veranderd in het voordeel van de eerstelijnszorg. In de jaren van explosieve groei in de zorgsector – de zestiger en zeventiger jaren – is echter vooral de tweedelijnszorg gegroeid.

In tabel 3.6 wordt een overzicht gegeven van de kosten van de tweedelijnszorg uitgesplitst naar de verschillende onderdelen over de jaren 1982 tot en met 1988 (geraamd). De grootste kostenposten zijn de algemene ziekenhuizen, de bejaardenoorden en de verpleeghuizen. De afgelopen jaren is de groei van de tweedelijnszorg – mede dankzij het systeem van budgettering – afgenomen. De tweedelijnsgezondheidszorgvoorzieningen worden vrijwel geheel betaald via de sociale ziektekostenverzekeringen (AWBZ en Ziekenfondswet) en particuliere betalingen. De particuliere betalingen worden grotendeels verhaald op particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. Daarnaast zijn er – met name in de verpleeghuizen – nog eigen bijdragen. De tweedelijnsvoorzieningen die tot de maatschappelijke dienstverlening worden gerekend worden daarentegen voornamelijk uit overheidsmiddelen gefinancierd, aangevuld met inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

Tabel 3.6 Kosten van de tweedelijnszorg in Nederland 1982-1988 (in mln. gld)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Ziekenhuizen	10 724	11 078	11 246	11 339	11 482	11 541	11 489
Psychiatrische ziekenhuizen	1 922	1 977	2 020	2 000	2 029	2 057	2 073
Specialistische hulp	1 971	2 016	2 012	2 032	2 069	1 995	2 015
Inrichtingen voor zwakzinnigen	1 956	2 038	2 098	2 107	2 158	2 194	2 228
Verpleeghuizen	3 256	3 402	3 514	3 598	3 716	3 831	3 871
Bejaardenoorden	3 928	4 114	4 063	4 184	4 269	4 369	4 380
Gezinsvervangende tehuizen en							
dagverblijven voor gehandicapten	658	819	922	958	1 021	1 049	1 075
(Semi-)residentiële jeugdvoorzieningen	367	363	364	381	366	538	513
Opvangvoorzieningen	–	137	143	144	152	167	141
Overig volksgezondheid	344	424	425	427	427	446	455
Totaal	25 126	26 368	26 807	27 170	22 689	28 169	28 240

Bron: Financieel Overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn FOGM 1988, pagina 11

3.4.2 De voorzieningen voor tweedelijnszorg

In deze paragraaf worden de voorzieningen in de tweede lijn besproken. Dit gebeurt in algemene zin. Specifieke aspecten van de situatie in de vier grote steden worden in paragraaf 3.4.3 behandeld. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de ziekenhuizen, de verpleeghuizen, de bejaardenoorden, residentiële voorzieningen voor jeugdigen en residentiële voorzieningen voor gehandicapten.

Ziekenhuizen

Ziekenhuizen nemen een zeer centrale plaats in in de tweedelijnsgezondheidszorg. De kennis op het gebied van ziekte en de diagnostische en therapeutische apparatuur is geconcentreerd in de ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen worden onderscheiden in algemene, categoriale en academische ziekenhuizen. De meest bekende en het grootst in aantal (± 175) zijn de algemene ziekenhuizen. Naar hun grootte kunnen deze onderscheiden worden in basisziekenhuizen, centrumziekenhuizen en topziekenhuizen; respectievelijk met zo'n 150 tot 300 bedden, 250 tot 550 bedden en 500 tot 800 bedden. Dit impliceert een met de grootte toenemende mate van specialisatie. Een tendens is dat de kleine basis-

ziekenhuizen door fusie opgaan in middelgrote centrumziekenhuizen. Dit gebeurt ook in de grote steden.

Categoriale ziekenhuizen zijn bestemd voor een bepaalde categorie patiënten. Zo'n categorie kan worden gevormd door een bepaalde leeftijdsgroep (kinderziekenhuizen), door een bepaalde aandoening of ziekte (kankerziekenhuizen, oogziekenhuizen, reumacentra of een epilepsiecentrum), of door een bepaalde zorgbehoefte (revalidatiecentra). De revalidatiecentra vormen het grootste gedeelte van de categorale ziekenhuizen.

Een aparte positie wordt ingenomen door de acht academische ziekenhuizen die ons land telt: Amsterdam (twee), Rotterdam, Utrecht, Leiden, Nijmegen, Groningen en Maastricht. Dit zijn topziekenhuizen waar vrijwel alle superspecialismen aanwezig zijn. Ze hebben een bijzondere taak in de opleiding van artsen en specialisten in wetenschappelijk onderzoek. Beheerstechnisch vallen de academische ziekenhuizen uit de toon doordat ze mede gefinancierd en beheerd worden vanuit het departement Onderwijs en Wetenschappen.

Het overheidsbeleid is gericht op substitutie van ziekenhuiszorg door eerstelijnszorg. Dat betekent dat de functies die op dit moment in de ziekenhuizen worden verricht zouden moeten worden overgenomen door de eerste lijn. Wat betreft de functies diagnostiek en therapie ligt de betrokkenheid van de huisarts voor de hand. De functie verpleging kan worden overgenomen door de wijkverpleging en de gezinszorg. Het idee van substitutie veronderstelt dat in de ziekenhuizen voor een deel eenvoudige functies worden uitgeoefend die niet de daar aanwezige outillage en organisatie vragen. Dit is een kwestie van inefficiënte inzet van middelen en substitutie is daarbij op zijn plaats. Maar ervan uitgaande dat dit slechts in beperkte mate het geval is, veronderstelt het substitutiebeleid ook dat het mogelijk en beter is om bepaalde ziekenhuisfuncties naar de eerste lijn te verplaatsen. De consequenties daarvan zijn nog niet onderzocht. Bedrijfsmatige aspecten zullen voor een groot deel bepalen in hoeverre dat zinvol is.

Een uitzondering wordt gevormd door de functie verpleging. Deze functie is geen centrale taak meer van het moderne ziekenhuis. Wanneer verpleging nodig is met minimale inzet van de functies diagnostiek en therapie, dan is of een verpleeghuisvoorziening beter op zijn plaats, of is thuisverpleging een mogelijke oplossing. Hoewel ook de functie verpleging een technisch karakter heeft gekregen en een bepaalde outillage en vooral organisatie vereist, kan deze functie nog het beste in de eerste lijn, dat wil zeggen thuis, worden aangeboden.

De substitutiemogelijkheden van ziekenhuisvoorzieningen door eerstelijnsvoorzieningen zijn relatief beperkt. Binnen de ziekenhuizen heeft zich echter een spectaculaire verschuiving voorgedaan van de beddenafdelingen naar de poliklinische afdelingen. Door het accent op diagnostiek en therapie en als gevolg van de technologische ontwikkelingen, is een opname in het ziekenhuis relatief minder vaak nodig. Dit komt ook tot uiting in het langzaam teruglopen van de gemiddelde verpleegduur tot zo'n twaalf dagen.

De functies diagnostiek en therapie worden steeds meer uitgevoerd op de poliklinische afdelingen. Ziekenhuisopnamen worden dus gesubstitueerd door ambulante behandeling. Vroeger waren de poliklinieken verlengstukken van de verpleegafdelingen ten behoeve van de voor- en nazorg. In de loop der tijd hebben ze een zelfstandige rol gekregen en zijn ze enorm uitgebreid. In nieuwe ziekenhuizen wordt globaal de helft van de ruimte ingenomen door de poliklinische afdelingen. Dit betekent dat het aantal bedden steeds minder een geschikte maat is om de omvang van een ziekenhuis mee aan te geven. De meeste medische specialismen zijn verbonden aan een ziekenhuis. Dat is noodzakelijk vanwege de infrastructuur die meestal nodig is voor specialistische hulp. Sommige specialismen lenen zich echter gedeeltelijk voor uitoefening in een zelfstandige praktijk. Het komt ook voor dat een specialist uit een ziekenhuis een gedeelte van de tijd thuis werkt, in zijn eigen praktijk. De zorg van vrij gevestigde specialisten hoort ook tot de tweede lijn.

Verpleeghuizen zijn bestemd voor mensen die geen intensieve medisch-specialistische hulp nodig hebben, maar die wel langdurige en intensieve verpleegkundige hulp behoeven. Ook revalidatie is een belangrijk onderdeel van de door verpleeghuizen geboden zorg. Vier categorieën patiënten worden in het verpleeghuis verzorgd: patiënten met een chronische ziekte, revalidatiepatiënten, terminale patiënten en psycho-geriatrie patiënten (dementie, ziekte van Alzheimer). Bij de eerste drie categorieën is er meestal sprake van een lichamelijke aandoening. Deze patiënten worden verzorgd in somatische verpleeghuizen. De laatste categorie patiënten wordt verzorgd in psycho-geriatrie verpleeghuizen. Zoals gezegd zijn er ook gecombineerde verpleeghuizen. Over het algemeen gaat het om zorg voor ouderen. Van de bewoners is 86% boven de 65 jaar en 75% boven de 75 jaar. Hoewel er dus ook jongere patiënten zijn, is de verpleeghuiszorg grotendeels een onderdeel van de totale zorg voor ouderen. Meestal is de zorg langdurig: gemiddeld één jaar in een somatisch verpleeghuis en drie jaar in een psycho-geriatrie verpleeghuis. Vaak brengt de bewoner de rest van zijn leven door in het verpleeghuis, zodat het ook een thuisfunctie moet hebben (Scherpenisse e.a., 1987).

De meeste verpleeghuisbewoners (ongeveer 60%) komen van het ziekenhuis naar een verpleeghuis. Ongeveer 30% komt van thuis en de rest of vanuit een bejaardenoord of via een ander verpleeghuis. Verpleeghuizen hebben dus het meeste te maken met de ziekenhuizen, vooral met de verpleging, en met de verschillende disciplines in de eerste lijn. Dit geldt ook bij ontslag uit het verpleeghuis: 23% van de bewoners keert terug naar zijn eigen huis, 9% gaat naar een ziekenhuis (Scherpenisse e.a., 1987). Er zijn op diverse plaatsen experimenten gaande rondom de samenwerking tussen verpleeghuizen en bejaardenverzorgingstehuizen.

Veel verpleeghuizen zijn bezig met het ontwikkelen van dagbehandelingsafdelingen. Landelijk gezien – en ook in de grote steden – is er naar de huidige normen een overschot aan plaatsen voor somatische verpleeghuisbewoners, terwijl er nog steeds een tekort is aan psycho-geriatrie plaatsen. Geprobeerd wordt om somatische plaatsen om te zetten in psycho-geriatrie. Via budgettering wordt er licht bezuinigd op de verpleeghuiszorg. Dit dwingt tot het stellen van prioriteiten binnen het door het COTG toegekende budget.

Landelijk gezien is er in de komende jaren een toenemende vergrijzing. Zowel het aantal bejaarden als het aantal hoogbejaarden zal toenemen. Dit verhoogt de behoefte aan zorgcapaciteit voor ouderen, waaronder verpleeghuiszorg. In de grote steden kunnen de demografische ontwikkelingen afwijken van de landelijke trend. In Amsterdam bijvoorbeeld zal het aantal bejaarden afnemen (zie de volgende paragraaf).

Bejaardenoorden

Terwijl verpleeghuizen zich voor een groot deel richten op zieke bejaarden, zijn de bejaardenoorden (bejaardenverzorgingstehuizen) gericht op de gezonde bejaarden die echter niet meer in hun eigen woning kunnen of willen functioneren. In principe gaat het om een vorm van wonen met veel service en verzorging voor oudere mensen. De bejaardenoorden worden geregeld via de in 1985 gewijzigde Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Naast erkende bejaardenoorden zijn er ook niet erkende huizen. Voor toelating tot een bejaardenoord is een indicatie nodig van de verzorgingsbehoefte die wordt afgegeven door een indicatiecommissie.

Omdat onnodige toelatingen tot bejaardenoorden worden ontmoedigd, neemt de gemiddelde leeftijd en de verzorgingsbehoefte van de inwoners gestaag toe. Het accent op verpleegkundige en medische verzorging in de bejaardenoorden neemt daardoor toe. Aangezien verpleeghuizen het accent meer op de woonfunctie proberen te leggen, groeien de bejaardenoorden en de verpleeghuizen in zekere zin naar elkaar toe. Bejaardenoorden worden echter op een geheel

andere wijze gefinancierd en beheerd dan de verpleeghuizen. Namelijk via rijkssubsidies die als doeluitkeringen aan de provincies dan wel aan de vier grote steden worden gegeven. De provincies c.q. de grote steden kennen de gelden op basis van de WBO toe aan de bejaardenoorden. De inwoners betalen een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. Per dag kost verzorging in een bejaardenoord gemiddeld 85 gulden (FOGM 1988). Hierboven is al gewezen op de experimenten waarbij de samenwerking tussen verpleeghuizen en bejaardenoorden wordt ontwikkeld.

Verreweg de meeste bewoners uit bejaardenoorden komen daar vanuit hun eigen woning of het ziekenhuis (ongeveer 90%). Een klein gedeelte (ongeveer 5%) komt uit een verpleeghuis. Bijna 80% van de beeïndigingen van de opname in het bejaardenoord wordt veroorzaakt door overlijden. In 14% van de gevallen vertrekt de bewoner naar een verpleeghuis.

In tabel 3.7 staat een overzicht van het aantal verzorgden in de Nederlandse bejaardenoorden. Opvallend is het hoge percentage vrouwen dat samenhangt met de gemiddelde langere levensduur van vrouwen ten opzichte van mannen. De overheid heeft vrij willekeurig als planningsnorm gesteld dat voor 7% van de 65-plussers een plaats in een bejaardenoord beschikbaar moet zijn. Momenteel zijn veel meer bejaarden opgenomen in een bejaardenoord, zo'n 10 á 12% van de 65-plussers. Dat geldt ook voor de grote steden (zie FOGM 1988).

Tabel 3.7 Aantal verzorgden (per ultimo) en aantal gedurende het jaar bijgekomen verzorgden in bejaardenoorden in Nederland, 1982 tot en met 1986

	1982 ¹	1983 ¹	1984 ¹	1985 ¹	1985 ²	1986 ²
Totaal	134 701	134 733	133 804	133 300	137 100	136 300
waarvan						
mannen	37 582	36 827	35 925	³	35 500	34 100
vrouwen	97 119	97 906	97 879	³	101 600	102 200
echtparen	10 911	10 724	10 609	³	³	³
aantal gedurende het jaar						
bijgekomen verzorgden	22 200	22 600	23 800	23 400	23 800	24 500

Bron: C.B.S.

¹ Exclusief kloosterbejaardenoorden

² Inclusief kloosterbejaardenoorden, voorlopige cijfers

³ Cijfers niet beschikbaar

Bron: FOGM 1988, pagina 214

(Semi-)residentiële voorzieningen voor gehandicapten

Residentiële en semi-residentiële voorzieningen voor gehandicapten worden ook gerekend tot de tweedelijnszorg. Zij vormen samen met de ambulante voorzieningen een apart onderdeel van de zorgsector. In Nederland zijn 119 instellingen met een erkenning als inrichting voor zwakzinnigen. Hiertoe worden ook gerekend de debielen-internaten en inrichtingen voor meervoudig geestelijk gehandicapten. De behandelcapaciteit is ruim 30.000 bedden. Deze capaciteit voldoet, maar er is een onevenwichtige spreiding over het land (FOGM 1988).

In 1986 waren er 529 gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten met in totaal 16.643 plaatsen. Daarvan zijn 488 tehuizen bestemd voor geestelijk gehandicapten, terwijl er 41 huizen zijn voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Verder waren er in 1986 104 instellingen erkend als kinderdagverblijf voor geestelijk gehandicapten, 194 als dagverblijf voor oudere geestelijk gehandicapten en 27 als activiteitscentrum voor lichamelijk gehandicapten (FOGM 1988).

De totale opvangcapaciteit is de laatste jaren behoorlijk toegenomen. Door demografische verschuivingen neemt de gemiddelde leeftijd van de gehandicapten toe. Dit maakt aanpassingen in het hulpaanbod noodzakelijk. Zo is er bijvoorbeeld op dit moment een tekort aan dagverblijven voor oudere geestelijke gehandicapten.

De residentiële voorzieningen voor gehandicapten worden grotendeels betaald via de AWBZ. Daarnaast worden er tehuizen gefinancierd op basis van de Tijdelijke Subsidiemaatregel Maatschappelijke Dienstverlening (TSDM).

Jeugdhulpverlening

Net als in het vorige hoofdstuk moet de aandacht worden gevestigd op de voorzieningen voor jeugdhulpverlening. Grotendeels worden deze voorzieningen beschouwd als een aparte sector, los van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Bepaalde onderdelen horen op dit moment echter wel tot de reguliere gezondheidszorg: bijvoorbeeld de kindziekenhuizen, de medische kleuterdagverblijven en de medische kindertehuizen. Daarnaast is er echter nog een ruim scala van (semi-)residentiële voorzieningen die georganiseerd zijn vanuit de sectoren justitie en welzijn. Zie hiervoor onder andere Gijzen e.a. (1987).

3.4.3 De situatie in de vier grote steden

Over het feitelijk aanbod van de tweedelijnsvoorzieningen in de vier grote steden zijn in principe veel gegevens beschikbaar. Ze zijn echter vrijwel nooit gebundeld aanwezig. Een relatief gunstige uitzondering wordt gevormd door het jaarlijkse onderzoek van Minderhoud (1987) over de gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Rotterdam. Helaas is de maatschappelijke dienstverlening hierin niet opgenomen.

De Rotterdamse inventarisatie

De rapporten van Minderhoud die sinds 1983 door de GGD worden uitgebracht, omvatten een globaal overzicht van de diverse gezondheidszorgvoorzieningen in de regio en de kosten daarvan, waar mogelijk uitgesplitst per stadswijk of sub-regio. In deze rapporten wordt ook de tweedelijnsgezondheidszorg beschreven. Op deze plaats wordt als voorbeeld ingegaan op de capaciteit tweedelijnsgezondheidszorg in de regio Rotterdam in verhouding tot de landelijke normen.

Uit tabel 3.8 blijkt dat er een overschot is van 1.032 bedden in de regio Rijnmond op basis van de landelijke 3,4 promille planningsnorm. Minderhoud heeft niet nagegaan of deze relatief grote capaciteit niet gedeeltelijk kan worden verklaard uit instroom van patiënten van buiten de regio. Verderop in deze paragraaf wordt dieper ingegaan op het verschijnsel dat de grote steden een relatief grote ziekenhuiscapaciteit hebben. Uit het beddenaantal voor de stad Rotterdam dat ruim tweemaal zo groot is als het normaantal, blijkt in vergelijking met de veel gunstiger verhouding in de gehele regio Rijnmond dat de ziekenhuizen in de stad veel patiënten uit de regio van de stad verzorgen. In Rotterdam is er een groot tekort aan capaciteit revalidatiecentra in vergelijking met de landelijke norm. In overeenstemming met de in de vorige paragraaf genoemde landelijke tendens is er ook in Rotterdam een overschot aan somatische verpleeghuiscapaciteit en een tekort aan psycho-geriatrische capaciteit. Dit laatste vormt zeker een probleem. Een overschot aan somatische capaciteit volgens de landelijke normen wil overigens niet zeggen dat er geen knelpunten zijn op dit vlak. Soms is het toch nog moeilijk om een somatische plaatsing op korte termijn te realiseren. Er is in de regio Rotterdam een tekort aan plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen. Dit betekent dat moet worden uitgeweken naar andere regio's.

Minderhoud (1987) heeft de capaciteit aan voorzieningen in Rotterdam vergeleken met die in andere plaatsen en landelijke normen. In het kader van haar

Tabel 3.8 Het gemiddeld aantal erkende bedden (5) of plaatsen per voorziening voor tweedelijs-gezondheidszorg, volgens de norm en reëel in Rotterdam en de gezondheidsregio Rijnmond op 1 januari 1985

voorziening	norm ¹	situatie in			
		Rotterdam ² norm	1984	Rijnmond ³ norm	1984
ziekenhuizen ⁶	landelijk gemiddeld: 3,7‰ ⁴	2.113	4.459	4.330	5.362
revalidatiecentra	0,15%	86	29	176	29
verpleeghuizen somatisch zieken	1,2% inwoners > 65 jr + 0,35% totaal	1.380	1.882	2.362	2.596
verpleeghuizen psychogeriatric	1,25% à 1,50% van inwoners > 65 jr	1.475	1.047	2.034	1.737
psychiatrische ziekenhuizen	1,5% + 0,2% voor dagbehandeling	857 (114)	179 -	1.756 (234)	1.192 (20)
zwakzinnigeninrichtingen	1,8%	1.028	250	2.107	598
medische kleuterdagverblijven	3% inwoners 0-4 jaar	90	80	-	80
medische kindertehuizen	geen norm	-	-	-	40

Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI), Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens 1 januari 1985

Opmerkingen bij tabel 3.8

¹ Genoemd in Richtlijnen ex artikel 3 WZV.

² Aantal inwoners Rotterdam: 571.116.

³ Aantal inwoners gezondheidsregio Rijnmond: 1.170.358.

⁴ Deze norm is hier niet uitgesplitst naar leeftijd.

⁵ Aantal erkende bedden exclusief wiegen gezonde zuigelingen en PAAZ-bedden.

⁶ Algemene, academische en categoriale ziekenhuizen.

Bron: Minderhoud, 1987, pagina 94

onderzoek kon ze niet gedetailleerder ingaan op de behoefte aan voorzieningen, bijvoorbeeld gerelateerd aan de demografische samenstelling van de bevolking. Wel constateert zij ook binnen de stad onevenwichtigtheden in de spreiding.

Hoge kosten in Amsterdam

De kosten van de Amsterdamse ziekenfondsen, nu gefuseerd tot één ziekenfonds, zijn aanmerkelijk hoger dan het landelijk gemiddelde, maar ook hoger dan bijvoorbeeld in Rotterdam. In 1982 heeft de toenmalige Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen een onderzoek laten uitvoeren naar de achtergronden daarvan (Onderzoek naar de relatieve duurte van de Amsterdamse ziekenfondsen, 1983). Daartoe werd de situatie in Amsterdam vergeleken met die in Rotterdam, Alphen aan den Rijn en de rest van Nederland. Omdat de hoge kosten in Amsterdam voornamelijk worden veroorzaakt in de tweedelijs-gezondheidszorg, wordt dit onderzoek hier genoemd.

In Amsterdam waren de gemiddelde kosten per verplichte ziekenfondsverzekerde per jaar in 1982 f 1.894,-. In Rotterdam waren de gemiddelde kosten per

heidszorg en gezondheidsbescherming), dat zich richt op bepaalde groepen uit de samenleving en om redenen van bestuur, methodiek, efficiency en effectiviteit tot één takenpakket bijeengebracht wordt' (Schets Basisgezondheidsdiensten, 1980).

Basisgezondheidszorg kan de nulde lijn of het basis-echelon genoemd worden. Het gaat met name om collectieve preventieve zorg. De zorg heeft niet in eerste instantie betrekking op individuen, maar is gericht op individuen als onderdeel van een groep en het doel is preventie.

De zorg is gericht op bepaalde risicogroepen uit de bevolking. Het definiëren van groepen die een verhoogd risico lopen voor bepaalde aandoeningen geschiedt op basis van epidemiologische analyse.

Belangrijk is verder dat de zorg meestal ongevraagd wordt aangeboden. Het gaat in het algemeen niet om patiënten met klachten die zelf om zorg vragen, maar om collectief aangeboden preventieve programma's.

Centraal staat dus de preventieve zorg voor (risico-)groepen. Praktisch gesproken gaat het ook om een reeks van activiteiten waarvan het handig is dat ze tot een apart basis-echelon worden samengevoegd (Raat in Scherpenisse en Verbeek, red., 1987). Een deel van de activiteiten welke tot dit basis-echelon gerekend worden hebben namelijk weinig met collectieve preventie te maken, bijvoorbeeld ambulancevervoer. In principe zijn echter de volgende kenmerkende verschillen tussen de basisgezondheidszorg en de eerste- en tweedelijnszorg aan te wijzen (Minderhoud, 1987a): preventief ten opzichte van curatief; gericht op doelgroep versus gericht op individu; actief anticiperend ten opzichte van reagerend op verzoek en programmering op epidemiologische basis ten opzichte van behandeling individuele patiënt.

Basisgezondheidszorgvoorzieningen

De volgende voorzieningen zijn onder andere te onderscheiden (gebaseerd op Minderhoud, 1987 en Raat in Scherpenisse en Verbeek, 1987):

- bedrijfsgezondheidszorg;
- zuigelingen en kleuterzorg (0 tot en met 4 jaar);
- jeugdgezondheidszorg (4 tot en met 18 jaar);
- jeudentandzorg/schooltandverzorging;
- ambulancevervoer;
- t.b.c. en geslachtsziektenbestrijding;
- bevolkingsonderzoeken;
- sport-/medische voorzieningen.

Voor een groot deel betreft het voorzieningen uitgevoerd door de gemeentelijke overheid, met name door de basisgezondheidsdiensten. Daarnaast is er ook sprake van particulier initiatief. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het Kruiswerk, bijvoorbeeld aan de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Deze bureaus worden namelijk door de kruisverenigingen beheerd, alleen in Amsterdam behoren ze tot de GG en GD aldaar (Raat in Scherpenisse en Verbeek, red., 1987).

In het onderstaande zullen enkele voorzieningen kort worden omschreven.

De bedrijfsgezondheidszorg richt zich op de gezondheidsaspecten van de relatie mens – arbeid (somstandigheden). Deze zorg is gericht op de groep werknemers en is vooral ook gericht op preventie van schade door het werk. De zorg wordt uitgevoerd door bedrijfsartsen, bedrijfsverpleegkundigen, veiligheidskundigen, arbeidshygiënist en dergelijke en is ondergebracht bij bedrijven zelf of bij aparte gemeenschappelijke stichtingen voor bedrijfsgezondheidszorg (Raat, in Scherpenisse en Verbeek, red., 1987). Dit geldt ook voor de grote steden. Voor grote industriële bedrijven is bedrijfsgezondheidszorg verplicht in de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet. De bedrijfsgezondheidszorg voor gemeentepersoneel is meestal ondergebracht bij de basisgezondheidsdiensten. In Rotterdam is de bedrijfsveiligheid en bedrijfsgezondheidszorg voor gemeentepersoneel sinds kort losgekoppeld van de Basisgezondheidsdienst en onderge-

verzekerde f 1.453,- per jaar, terwijl het landelijk gemiddelde f 1.309,- was. De studie van Ipso Facto was een vrij globale en kort durende. Het is de onderzoekers niet gelukt om verklaringen te vinden voor de grote kostenverschillen die zij signaleerden tussen Amsterdam en Rotterdam en tussen Amsterdam en Nederland. In ieder geval konden sociaal-demografische kenmerken het kostenverschil niet verklaren. Alleen op het specifieke terrein van de tandheelkundige zorg, konden de lagere kosten in Rotterdam verklaard worden door het toenmalige grote tekort aan tandartsen in die stad, terwijl de Amsterdamse ziekenfondsen eigen tandheelkundige centra hadden opgericht.

Veel diepgaander is het Vooronderzoek functieplanning regio Amsterdam van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (Hogewind, 1987; De Haen, 1987). Dit vooronderzoek dient bij te dragen aan de opstelling van een ziekenhuisplan ex Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de regio Amsterdam. Dit plan is vooral van belang in verband met de noodzakelijke beddenreductie in Amsterdam. In het vooronderzoek worden de patiëntenstromen, de verrichtingen en de kosten van de ziekenhuiszorg in de regio Amsterdam vergeleken met de Nederlandse gemiddelden. In het onderzoek wordt het feitelijke regionale gebeuren per onderdeel vergeleken met het verwachte aandeel dat de regio in het totale Nederlandse ziekenhuisgebeuren zou hebben gehad, gegeven het aandeel in de zogenaamde adhaerente bevolking. Het gaat om de situatie in 1984. In de ziekenhuisregio Amsterdam woonden in 1984 gemiddeld 1.074.000 inwoners. Dit aantal moet echter met 30.000 worden verhoogd vanwege niet-geregistreerde inwoners. Dit zijn voor een gedeelte illegalen. De instroom van patiënten naar de Amsterdamse regio toe is veel groter dan de uitstroom. Per saldo maken 109.000 inwoners van buiten de regio gebruik van de Amsterdamse ziekenhuisvoorzieningen. Het rapport concludeert dat er als het ware naast Amsterdam een stad met 109.000 inwoners staat die gebruik maakt van de Amsterdamse voorzieningen. De totale adhaerente bevolking van de Amsterdamse regionale ziekenhuizen is dus 1.213.000. Dit is een verzorgingsaandeel van 9,2% van het totale Nederlandse gebeuren.

Amsterdam kent net als Rotterdam een relatief grote capaciteit aan ziekenhuisbedden. Het aantal erkende specialistenplaatsen is 30% hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit doet vrezen voor hoge kosten van de ziekenhuiszorg in de regio Amsterdam. In het rapport wordt nagegaan in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van hogere kosten wanneer er rekening wordt gehouden met valide verklarende factoren, zoals de hierboven genoemde grote adhaerente bevolking.

In Amsterdam is het aantal opnamen in ziekenhuizen 11,8% hoger dan het Nederlands gemiddelde. Na correctie voor de leeftijdsopbouw blijft hier 7% van over. Na correctie voor een tekort aan dagverpleging in Amsterdam blijft er nog maar een percentage van 4,5 meer opnamen dan gemiddeld over. Dit kan grotendeels worden toegeschreven aan een reeks van kenmerken van de grote stad die opnamebevorderend werkt. Alleen het grote aantal klinische bevallingen, dat 40% van het hogere opnamecijfer in Amsterdam verklaart, is niet reëel te noemen. Los daarvan is er in de regio dus géén sprake van algemene klinische overconsumptie, hetgeen de ruwe cijfers doen vermoeden.

De kosten per patiënt zijn in de regio Amsterdam echter aanzienlijk hoger dan gemiddeld in de rest van Nederland. Na een aantal correcties blijken deze in Amsterdam maar liefst 18,5% hoger te liggen. Bij nader onderzoek blijkt dat deze hogere kosten voor 58% kunnen worden verklaard door de oververtegenwoordiging van zware, dat wil ook zeggen dure, diagnosegroepen. Dit wordt vooral veroorzaakt door instroom van buiten de regio. Met andere woorden: de bovenregionale functie van de topklinische zorg in de grote stad veroorzaakt voor een belangrijk gedeelte de gemiddeld hogere kosten van de gezondheidszorg in de grote stad. Verder worden de hogere kosten in Amsterdam veroorzaakt door de relatief hogere uitgaven voor dezelfde materiële en personele voorzieningen dan elders. Door de toekomstige beddenreductie in Amsterdam en doordat de stad in de komende jaren relatief minder vergrijst zal worden dan

de rest van het land, zullen de kosten van de ziekenhuiszorg steeds meer vergelijkbaar worden met de landelijke gemiddelden.

Zoals gezegd is het aantal bedden geen goede maat voor de capaciteit van de tweedelijnszorg, omdat steeds meer activiteiten poliklinisch plaatsvinden. Naast een norm voor het aantal ziekenhuisbedden, wordt daarom tegenwoordig ook een norm gehanteerd voor het aantal functie-eenheden voor medisch-specialisten. Net als bij de beddennorm gaat het om een min of meer subjectieve norm van het aantal specialistenplaatsen per aantal inwoners. Deze verhouding verschilt per specialisme. Over het geheel genomen wordt in Nederland in 1990 volgens deze normen een overschot verwacht van 289,0 functie-eenheden. Het merendeel daarvan, 156,1 functie-eenheden, is in de gezondheidszorgregio Amsterdam gesitueerd. In de gezondheidszorgregio's rondom de andere drie grote steden zijn eveneens overschotten geconstateerd volgens deze normen, maar die zijn kleiner: een overschot van 16,2 functie-eenheden in de regio Rijnmond; een overschot van 29,6 functie-eenheden in de regio Den Haag; en een overschot van 22,7 functie-eenheden in de gezondheidszorgregio Utrecht. Ook op dit vlak neemt de regio Amsterdam dus een uitzonderlijke positie in. Bedacht moet worden dat bij de normering van functie-eenheden is uitgegaan van landelijke gemiddelden. Er is geen rekening gehouden met specifieke lokale omstandigheden, zoals die hierboven voor Amsterdam zijn omschreven (zie Rijksbegroting voor het jaar 1988, hoofdstuk XVI, nummer 146, 1988).

Ontwerpplan verzorgingstehuizen in Amsterdam

Het Ontwerpplan verzorgingstehuizen in Amsterdam geeft een duidelijk overzicht van de situatie omtrent de bejaardenoorden in deze stad (1987). Overigens zijn vergelijkbare plannen ook in de andere steden gemaakt. Amsterdam wordt hier genoemd als voorbeeld. De Wet op de Bejaardenoorden (WBO) delegeert bevoegdheden naar de provincies en de vier grote steden, maar daarmee ook de verantwoordelijkheid voor door het rijk gewenste bezuinigingen. Wat dat laatste betreft spelen twee zaken een rol. Ten eerste dat de 7%-planningsnorm (van de 65-plussers) voor de bejaardenoorden zoals gezegd royaal wordt overschreden, zowel landelijk als in Amsterdam. Ten tweede de demografische ontwikkelingen die voorspellen dat zowel het percentage bejaarden als het percentage hoogbejaarden in Amsterdam de komende jaren zal dalen met respectievelijk 20% en 5% tot 2000.

De huidige capaciteit aan verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden is in Amsterdam 8.000. Uitgaande van de planningsnorm en de demografische ontwikkelingen, zou die capaciteit in zo'n 15 jaar tijd tot de helft, dus 4.000 plaatsen, gereduceerd moeten worden. Dit acht de gemeente Amsterdam niet reëel. Zij pleit voor een teruggang van 20% tot het jaar 2000, dat zijn ongeveer 1.600 plaatsen. Via deze sanering van zo'n 1.600 plaatsen zou de huidige onevenwichtige spreiding van bejaardenoorden over de stad verminderd moeten worden. Oude en kwalitatief slechte bejaardenoorden kunnen daarbij worden afgegoten.

Gemeentelijke instellingen

Een interessant fenomeen van de tweedelijnszorg in de vier grote steden is dat deze voor een deel wordt aangeboden via gemeentelijke instellingen. Er zijn zowel gemeentelijke ziekenhuizen als gemeentelijke verpleeghuizen en gemeentelijke bejaardenoorden. Dit is opvallend gezien de Nederlandse structuur waarbij de zorgvoorzieningen vooral op basis van het particulier initiatief zijn georganiseerd. Wanneer de grote steden echter lacunes in de zorg signaleerden hebben zij daar op gereageerd met het stichten van gemeentelijke instellingen. De vroegere lacunes bestaan op dit moment voor een deel niet meer. Er zijn zelfs overschotten. Onder andere daardoor verandert de houding

van de stadsbesturen ten aanzien van dergelijke gemeentelijke instellingen. In hoofdstuk 6 wordt hier verder op ingegaan.

De tweedelijnsvoorzieningen nemen een centrale plaats in in de zorgsector. Zowel qua aandeel in de totale kosten als wat betreft de concentratie van gespecialiseerde kennis, vaardigheden en mogelijkheden. Het beleid is echter gericht op het afnemen van de groei van de tweedelijnszorg. Het accent moet meer liggen op preventie in plaats van curatie en meer op verzorging thuis dan in een inrichting. Dit heeft zowel een financiële als een zorginhoudelijke achtergrond. Het middel om deze accentverschuiving te realiseren is substitutie van tweedelijnsvoorzieningen door eerstelijnszorg en basisgezondheidszorg. Vernieuwingen vinden plaats op het terrein van de thuiszorg en ten aanzien van samenwerking tussen eerste en tweede lijn. In de grote steden vinden veel activiteiten op dit gebied plaats.

Een probleem van de tweedelijnszorg is de overcapaciteit van ziekenhuisbedden en verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden. Voor een gedeelte kan de overcapaciteit in de grote steden worden verklaard door de bovenregionale functie van de tweedelijnszorg in de grote steden. Er is echter voor een gedeelte ook sprake van een reële overcapaciteit. Op het terrein van de psycho-geriatrische verpleeghuizen is er echter in de grote steden – net als in de rest van het land – een ondercapaciteit.

De stadsbesturen zijn vooral betrokken bij de tweedelijnszorg wat betreft de eigen gemeentelijke instellingen in deze sector. Gezien de belangen daarbij zouden de stadsbesturen bij het objectief beoordelen van de gehele sector in een enigszins moeilijke positie kunnen komen. Een ander punt is dat de tweedelijnsvoorzieningen niet alleen zijn gericht op de inwoners van de stad, maar op de gehele regio. Hierdoor ligt de betrokkenheid van omliggende gemeenten en de provincie voor de hand.

In hoofdstuk 5 en 6 zal worden ingegaan op de bevoegdheden van de grote steden ten aanzien van de tweedelijnszorg. Deze zijn wat betreft de ziekenhuizen en verpleeghuizen niet zo groot. De bejaardenoorden worden echter via de stadsbesturen gesubsidieerd. Deze relatief nieuwe bevoegdheid kunnen de grote steden op dit moment echter alleen gebruiken om vergaande capaciteitsreducties door te voeren.

Belangrijke aandachtspunten voor de grote steden zijn toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning van de eerstelijnszorg en de thuiszorg door de tweede lijn. De zorg voor ouderen is sterk in ontwikkeling. Daarbij zijn de verpleeghuizen en verzorgingstehuizen van groot belang. De gemeenten stimuleren de samenwerking tussen deze twee soorten voorzieningen.

3.5 Geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt hulp geboden aan mensen met psychiatrische, psychologische en psycho-sociale problemen, waarbij gesteld moet worden dat geen eenduidige opvattingen bestaan over geestelijk gezond zijn, geestelijk ziek zijn en psychisch disfunctioneren (onder andere Bangma in Scherpenisse en Verbeek, red., 1987). Romme (1984) formuleert de volgende functies voor de ggz:

- het voorkómen;
- acute hulpverlening;
- onderzoek en behandeling (klinisch en ambulante);
- revalidatie;
- vervanging voor ontbrekende mogelijkheden bij de instandhouding van de geestelijke gezondheid, voor mensen met chronische problemen, met betrekking tot zorg voor wonen, werken, dagstructurering en verzorging;
- evaluatie en planning van functies en voorzieningen;
- opleiding van medewerkers voor de benodigde beroepsuitoefening.

Bij het verlenen van hulp is een aantal methoden te onderscheiden, als

screening, anticiperende begeleiding, crisisinterventie, consultatie, psychotherapie, medicamenteuze behandeling, structurerende begeleiding, netwerk opbouw en diverse trainingsvormen (Romme, 1984).

Kenmerkend voor de ggz is dat zich de laatste jaren vele ontwikkelingen hebben voorgedaan en zich nog voordoen. Van groot belang is de door WVC in 1984 uitgebrachte Nota Geestelijke Volksgezondheid waarin wordt geprobeerd een samenhangend beleid te ontwikkelen.

Hoofdpunten van dit beleid zijn, naast een versterken van de eerste lijn (Bangma, zie boven):

- bevorderen van meer samenhang en samenwerking binnen de ggz als geheel;
- realiseren van accentverschuivingen in de zorgverlening van curatie naar preventie, van specialistische hulp naar ambulante gespecialiseerde hulp, poliklinische hulp en dagbehandeling, van intramurale hulp naar kleinschalige woonvormen;
- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg;
- het verbeteren van de (rechts)positie van de patiënt/cliënt.

Ten aanzien van de ggz staan vele aandachtspunten ter discussie, zoals de samenhang/samenwerking, de relatie met de eerste lijn, de schaalgrootte, de accenten in zorgverlening, de kwaliteit van de zorgverlening, de positie van de cliënten, de doelgroepen, de intake, de ontmedicalisering, de psychiatriekritiek, de rol van de basisgezondheidsdienst, enzovoort. In het denken over psychiatrische problemen hebben zich veranderingen voltrokken, hetgeen ook consequenties voor de hulpverlening heeft. Zo worden personen minder snel (gedwongen) opgenomen.

Op een aantal punten zal in deze voorstudie kort worden ingegaan bij de beschrijving van de verschillende voorzieningen.

Naast voorzieningen gericht op het voorkomen van problemen en het vroegtijdig herkennen ervan (onder andere de eerste lijn) zijn de volgende voorzieningen te onderscheiden:

- extramurale voorzieningen (onder andere RIAGG's, poliklinieken, CAD's);
- semimurale voorzieningen (onder andere beschermde woonvormen, dagbehandelingscentra);
- intramurale voorzieningen (onder andere psychiatrische ziekenhuizen).

Achtereenvolgens wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan het voorkómen en de vroegtijdige herkenning, aan de extramurale (ambulante) zorg en aan de semi- en intramurale zorg. Daarna wordt kort ingegaan op de positie van de patiënt/cliënt en op patiëntenorganisaties. In deze voorstudie wordt niet ingegaan op de zorg voor geestelijk gehandicapten.

Voorkomen en vroegtijdige herkenning

Primaire preventie, het voorkómen van problemen is vanzelfsprekend nastrevenswaardig. De haalbaarheid is echter omstreden.

Romme (1984) stelt dat het voorkómen van geestelijke gezondheidsproblemen vooral geschiedt binnen het gewone maatschappelijk bestel. Weerbaarheid wordt ontwikkeld in opvoeding, scholing, sociale zekerheidsgeving en relatievorming.

Daarnaast zijn speciale preventieprogramma's mogelijk. Deze kunnen gericht zijn op bijvoorbeeld individuen of bijvoorbeeld buurten/wijken, op relaties, of bijvoorbeeld op algemene maatschappelijke waarden en normen. Het kan gaan om voorlichting, om GVO-projecten, of om structurele maatregelen.

Positieve beïnvloeding van de geestelijke gezondheid kan geschieden door de basisgezondheidsdiensten. Deze kunnen preventieprogramma's ontwikkelen gericht op collectiviteiten en gebaseerd op epidemiologische gegevens.

Daarnaast hebben de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) een taak. Preventiefunctionarissen van deze instellingen kunnen zich richten op maatschappelijke probleemsituaties waar mensen extra risico's op geestelijke gezondheidsproblemen lopen (bijvoorbeeld WAO), of op groeperingen in een bepaalde ontwikkelingsfase waarin het risico

op problemen verhoogd is (bijvoorbeeld adolescenten; Romme, 1984). Dit geldt in principe voor alle grote steden.

In 1968 stelt Trimbos 'dat een goed program van geestelijke gezondheidszorg richt zich eerst en vooral op de primaire preventie, dat wil zeggen dat vooral actie moet worden ondernomen ten aanzien van leden in een gemeenschap die niet of nog niet gestoord zijn'.

Trimbos verwijst met name naar voorlichting op psycho-hygiënisch gebied en op de gezondheidsvoorlichting- en opvoeding.

In 1983 stelt dezelfde Trimbos echter dat 'een effectieve ggz-preventie op grotere schaal nog tot de vrome wensen behoort' en dat ook 'de preventiefuncties in de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet voor een doorbraak hebben kunnen zorgen'. Het blijkt moeilijk preventieprogramma's te ontwikkelen van eenzelfde importantie als in de somatische gezondheidszorg, zo concludeert Trimbos (1983).

Meningsverschillen over de mogelijkheden van het voorkómen van psychische stoornissen hebben betrekking op de definitie van het object van preventie, het causaliteitsvraagstuk en het aangrijpingspunt van preventie (Gerards, 1987). Gerards stelt voor om op korte termijn meer zekerheid omtrent de praktische mogelijkheden van primaire preventie te verwerven door een GVO-benadering. Kleinschalige experimenten met deze benadering lijken zijns inziens nuttig. Ormel (1987) stelt dat van primaire preventie in termen van het voorkomen van psychische stoornissen niet veel verwacht kan worden, dit onder andere omdat geen factoren bekend zijn die tot de psychische stoornissen leiden. Verder zijn veel factoren die de kans op deze stoornissen vergroten niet met gericht beleid op grote schaal te beïnvloeden en mocht dit theoretisch wel kunnen, dan zijn er financiële, ethische of politieke belemmeringen.

Vroege opsporing en diagnose van psychische stoornissen (secundaire preventie) geschiedt ook voor een groot deel buiten de sector ggz.

Het meest van belang lijkt de eerste lijn, zoals de huisarts, de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werkende en de bejaardenverzorgende. Ook dit geldt vanzelfsprekend in principe voor alle grote steden. Verwijzing naar de ggz kan via de huisarts geschieden.

Vroegtijdige herkenning van mogelijke psychische stoornissen in de eerste lijn hoeft echter niet automatisch tot veel verwijzingen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg te leiden. De eerste lijn speelt momenteel een bescheiden rol als toeleverancier van de AGGZ. (Peters, 1984). Een en ander is zowel voor als na de RIAGG-vorming het geval geweest: in de jaren 1981 tot en met 1985 treden wat dat betreft weinig verschillen op (Financieel overzicht Gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn, 1987).

Dit werpt in het algemeen de vraag op naar de afstemming tussen de eerste lijn en bijvoorbeeld de RIAGG. Deze RIAGG is eigenlijk tweede lijn, doch relatief veel cliënten komen rechtstreeks, op eigen initiatief, of via familie. De eerste lijn en de RIAGG staan gezamenlijk voor meerdere taken en de relatie eerste lijn – RIAGG (en de positie van de eerstelijns-psycholoog daarin) is niet altijd probleemloos. Hier wordt later op teruggekomen.

Extramurale zorg

Bij de extramurale hulpverlening verblijft de cliënt in zijn eigen omgeving en gaat periodiek (bijvoorbeeld wekelijks) naar het bureau waar de hulp wordt verleend. Op de volgende voorzieningen wordt ingegaan:

- de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
- overige voorzieningen, onder andere psychiatrische poliklinieken, zelfstandig gevestigde zenuwartsen/psychiaters en consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's).

De RIAGG is enkele jaren geleden ontstaan uit een fusie van verschillende instellingen (sociaal psychiatrische diensten, medisch-opvoedkundige

bureaus, bureaus voor levens- en gezinsvragen, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie). Deze RIAGG's verlenen in regio's van 150.000 tot 300.000 inwoners ambulante psychiatrische en psycho-sociale hulp vanuit verschillende deskundigheden. In de per 1 januari 1982 van kracht geworden wettelijke regeling AGGZ wordt geregeld op welke verstrekkings door het RIAGG de verzekerde krachtens de AWBZ recht heeft (Van Londen, 1983). Voor wat betreft de functies van de RIAGG zijn de volgende hoofcategorien te onderscheiden (Bangma in Scherpenisse en Verbeek, 1987): preventie, ambulante hulpverlening, dienstverlening (consult, advisering en voorlichting aan anderen) en ondersteuning/kwaliteitsbewaking. Vooral in de grote steden is de 24-uurs-bereikbaarheid van belang. De hulpverlening omvat intake, onderzoek, verwijzing, bemiddeling, advisering en behandeling. In de behandeling wordt aandacht besteed aan psychologische, biologische en sociale aspecten van klachten. Nagenoeg alle hulp is kosteloos. Een uitzondering wordt gevormd door de eigen bijdrage voor psychotherapie. Bij de RIAGG werken onder andere gespecialiseerde maatschappelijk werkers, psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychotherapeuten, artsen en pedagogen (Gids GGZ, 1987).

Drie doelgroepen zijn jeugdigen, volwassenen en bejaarden. In ontwikkeling is de hulpverlening aan etnische minderheden.

De in de Structuurnota Hendriks (zie hoofdstuk 5) beoogde regionalisatie mondt voor de ggz onder andere uit in de RIAGG's.

Het gehele land is in 59 regio's verdeeld. In elk der grote steden werken enkele RIAGG's (Gids GGZ, 1987). RIAGG's in grote steden hebben overigens per 1.000 inwoners meer middelen ter beschikking gekregen dan RIAGG's in kleinere plaatsen, omdat verondersteld is dat in grote steden mensen behoefte hebben aan een meer diverse hulpverlening (Bijl en Mastboom, 1987. Deze stellen dit overigens ter discussie).

Ter illustratie, in het verzorgingsgebied Rotterdam (Rotterdam en enkele randgemeenten), waren bij de verschillende RIAGG's in 1984 237 full-time formatieplaatsen beschikbaar, waren per 31 december 7.790 cliënten in behandeling en bedroegen de totale kosten circa f 22,3 miljoen. Dit is \pm f 30,- per inwoner in het verzorgingsgebied (Minderhoud, 1987a).

De juridische eenwording van de RIAGG werd door de landelijke overheid min of meer afgedwongen en kwam tot stand na een langdurig en moeizaam verloopend veranderingsproces (Bremer ter Stege en Meurs, 1985).

Engelen (algemeen-secretaris Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), geïnterviewd door Wiercx (1985), stelt dat de vijf oude nu in de RIAGG gebundelde werksoorten, weliswaar organisatorisch in elkaar zijn opgegaan, doch stelt ook dat de fusies wel pijn hebben gedaan. Daarnaast is zijns inziens de hulpverlening krachtig gebureaucratiseerd. Een teveel aan regelgeving is ontstaan rond het uitvoerend werk. Verhoeff (ook geïnterviewd door Wiercx, 1985) stelt daar echter tegenover dat de RIAGG's nog te veel de som der samenstellende delen zijn en dat de hulpvraag van de patiënt nog te weinig en het aanbod van de zorg nog te veel de doorslag geeft. Het is in ieder geval een verworvenheid dat de psycho-sociale/psychiatrische ambulante hulpverlening nu op één adres zit en dat de RIAGG een 7 x 24 uren-hulpdienst verzorgt.

Eerder is al kort ingegaan op de verwijzingen van de eerste lijn naar de RIAGG. In zijn algemeenheid is samenwerking tussen de eerste lijn en RIAGG noodzakelijk. Taken waar eerste lijn en RIAGG samen voor staan zijn (onder andere OSER-nieuwsbrief rond themadag Samenwerking 1e lijn – RIAGG in Rotterdam, 1985): preventie, intake-procedures bij verwijzing, nazorg bij verwijzing, behandeling van bepaalde doelgroepen en de 7 x 24-uurs-beschikbaarheid. Verder biedt de RIAGG de eerste lijn de mogelijkheid tot consultatie. Geconstateerd wordt echter (onder andere OSER-nieuwsbrief, 1985), dat het in de praktijk nog veel aan samenwerking ontbreekt. Als mogelijke oorzaken

worden genoemd: meer generalistisch in de buurt/wijk werken versus meer specialistisch in een groter verzorgingsgebied, verschillende financiering, verschillende vaardigheden en negatieve beeldvorming (bijvoorbeeld tweede lijn is elitair, wachtlijsten, beperkte bereikbaarheid, enzovoort).

Het gevaar dreigt dus dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg onvoldoende en selectief gebruikt wordt. Dit ook vanwege een onbekendheid met en slechte informatie over zaken als elkaars mogelijkheden, doelgroepen en hulpverleningsvisies. Vooral van belang lijkt de positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) in de eerste lijn en de psycholoog in de eerste lijn. Het voert in deze voorstudie te ver hier uitgebreid op in te gaan (zie verder onder andere Oser-nieuwsbrief, 1985; Peters, 1984).

De positie van de psycholoog in de eerste lijn is overigens onderdeel van meer algemene discussies over de vormgeving en de ondersteuning van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. De Nota 2000 (1986) stelt dat een verschuiving van functies naar de wijk op gang dient te komen (zie hoofdstuk 5).

In het bovenstaande zijn reeds enkele knelpunten gesignaleerd rond de RIAGG-vorming en in de relatie met de eerste lijn.

Een ander belangrijk knelpunt wordt gevormd door het ontstaan van nieuwe doelgroepen.

Doelgroepen zijn jeugdigen, volwassenen en bejaarden. Specifieke groepen als bijvoorbeeld verslaafden komen bij het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD, zie onder). Echter, steeds nieuwe doelgroepen komen naar voren die typische geestelijke-gezondheidsproblemen vertonen en hulp nodig hebben (onder andere Trimbos, 1983; Verhoeff, geïnterviewd door Wiercx, 1985). Te denken valt bijvoorbeeld aan etnische minderheden, geweldsslachtoffers en chronische werklozen. Een en ander betekent voor de RIAGG's extra werk en bijscholing.

Naast de RIAGG's zijn andere extramurale voorzieningen te onderscheiden, zoals onder andere psychiatrische poliklinieken, zelfstandig gevestigde zenuwartsen/psychiaters en consultatiebureaus voor alcohol en drugs.

Poliklinieken zijn te vinden bij psychiatrische ziekenhuizen en bij psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). Het gaat om poliklinische behandeling van door anderen, zoals bijvoorbeeld de huisarts, verwezen patiënten of om bijvoorbeeld nazorg, na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. De poliklinieken maken organisatorisch deel uit van een groter geheel (bijvoorbeeld psychiatrisch ziekenhuis). Voor een overzicht van de in de grote stad werkzame poliklinieken zie de Gids GGZ (1987).

Scheffer (in Romme, 1984) stelt dat voor zelfstandig gevestigde psychiaters contacten met vakgenoten noodzakelijk zijn. De Gids GGZ (1987) citeert onderzoek uit 1982 waarin is gebleken dat ongeveer 500 psychiaters/zenuwartsen zelfstandig werkzaam zijn en dat $\pm 75\%$ van hen dit combineert met een werkring elders. De meest voorkomende psychiatrische behandelingen zijn ondersteuning, begeleiding en advisering, al of niet in combinatie met medicamenten. Het aantal patiënten dat door de zelfstandig werkende psychiaters in Nederland wordt behandeld, doet de vraag rijzen wat dit zegt over het functioneren van de RIAGG. In de Gids GGZ (1987) staat een hand vol zelfstandig gevestigde psychiaters en/of zenuwartsen vermeld in de steden Utrecht, Den Haag en Rotterdam (zo'n 5 á 8) en enkele tientallen in Amsterdam. CAD's zijn extramurale voorzieningen voor psycho-sociale hulpverlening aan alcohol- en drugsverslaafden (en andere verslavingen). Het betreft categorale instellingen met een breed spectrum aan behandelingstechnieken. Er is een wijd vertakt netwerk van deze instellingen over het gehele land. Financiering geschiedt door de Ministeries van WVC en Justitie (reclasseringstaak; Van Londen, 1983).

Naast de CAD's bestaan veel andere drugshulpverleningsinstellingen. Verslaafden worden overigens ook vaak door algemene ggz-voorzieningen behan-

deld (Kok, 1983). Voor een uitgebreid overzicht van de werkzaamheden van de CAD's zie bijvoorbeeld Goos (in Romme, 1984).

- Andere extramurale geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen worden hieronder genoemd (zie Gids GGZ, 1987; Romme, 1984; Minderhoud, 1987a). Overigens worden deze instellingen ook wel tot de eerstelijnszorg gerekend:
- stichtingen voor therapeutische gezinsverpleging (TGV), onder andere in Utrecht, Amsterdam en Rotterdam. Therapeutische gezinsverpleging wordt toegepast bij kinderen die niet in het oorspronkelijke gezin kunnen verblijven, maar ook niet in een internaat hoeven worden opgenomen;
 - Jongeren Adviescentra (JAC) en Releases. Alternatieve hulpverleningsvormen, opgericht in het begin van de jaren zeventig. Er wordt hulp, informatie en advies gegeven aan jongeren vanaf 12 jaar met individuele of sociale problemen. In alle vier grote steden werken dit soort instellingen (JAC, Release, Sociale Joenit);
 - telefonische hulpverlening. Er is een netwerk van telefonische hulpdiensten (THD's) met 7 x 24-uurs-bereikbaarheid over heel Nederland. Naast THD's bestaat telefonische hulpverlening gericht op groepen (vrouwen, kinderen, mannen en vele sub-categorieën);
 - zelfhulpgroepen als bijvoorbeeld Anonieme Alcoholisten (AA).

Extramurale hulpverlening is in alle vier grote steden aanwezig, vraag is of deze hulpverlening vooral is geënt op de vraag van de patiënt, of dat het aanbod van zorg nog de voornaamste invalshoek is. Problemen spelen (nog) rond de RIAGG-vorming, in de relatie met de eerste lijn, rond de wijkgerichtheid en rond het gericht moeten zijn op zogenaamde nieuwe doelgroepen.

Semi- en intramurale voorzieningen

Met semi-murale ggz-voorzieningen worden vaak twee verschillende soorten voorzieningen bedoeld (Bangma in Scherpenisse en Verbeek, 1987): voorzieningen waar mensen voor een deel van de dag zijn opgenomen en behandeld worden (deeltijdbehandeling) en een categorie overig, voorzieningen welke tussen de extra- en intramurale voorzieningen in liggen (beschermde woonvormen en crisisinterventiecentra)

Instellingen voor deeltijdbehandeling zijn te onderscheiden in dagcentra en in instellingen voor avond- en nachtbehandeling. In dagcentra wordt tijdens werkdagen overdag hulp geboden, meestal wordt het thuismilieu hier bij betrokken. Vele vormen van therapie zijn mogelijk (zie onder andere Bauduin e.a., in Romme, 1984; Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987; Gids GGZ, 1987). Dagcentra zijn in alle vier grote steden aanwezig.

Instituten voor avond- en nachtbehandeling bieden intensieve psycho- en socio-therapeutische hulp in de avonduren, gekoppeld aan de mogelijkheid tot overnachten gedurende een beperkte periode. Alleen in Amsterdam functioneert een dergelijk instituut voor opvang van ex-psychiatrische patiënten (Gids GGZ, 1987).

Beschermde woonvormen bieden mensen die niet meer of nog niet in staat zijn zelfstandig te wonen de mogelijkheid zoveel mogelijk een normaal bestaan te leiden. Deze woonvormen zijn gericht op allerlei verschillende doelgroepen, kennen allerlei verschillende begeleidingsmodellen en staan bekend onder verschillende benamingen (Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987). Op dit moment bestaan er ± 120 beschermde woonvormen met ± 2.800 plaatsen. In alle vier grote steden zijn deze woonvormen te vinden. Voor een uitgebreide beschrijving voor werkwijze, organisatie, enzovoort, zie onder andere Hardeman (in Romme, 1984) en Bangma (in Scherpenisse en Verbeek, 1987). Crisisinterventiecentra zijn als alternatief voor de psychiatrische ziekenhuizen ontstaan. De centra zijn 7 x 24 uur geopend en hanteren in het algemeen een lage drempel. Dat wil zeggen, dat men zowel op verwijzing, als op eigen initiatief terecht kan (Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987).

Crisiscentra bieden intensieve ambulante hulpverlening binnen een kort tijdsbestek, maar ook kortdurende opvang, consult en advies. Deze centra zijn in alle vier de grote steden te vinden (Gids GGZ, 1987). Voor een verdere beschrijving zie onder andere Romme en Boerten (in Romme, 1984). Ook zijn er verschillende opvangcentra met nogal uiteenlopende takenpakketten als bijvoorbeeld de Blijf van m'n lijfhuizen.

De Nota 2000 (1986) stelt dat het voor de hand ligt dat de wijk een belangrijkere rol moet gaan spelen ten aanzien van beschermd wonen en dagopvang. Voor (ex-)psychiatrische patiënten is het beschikken over een thuissituatie in de wijk essentieel.

Bij intramurale voorzieningen is men de gehele dag (24 uur) opgenomen. Te onderscheiden zijn (Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987):

- algemene psychiatrische ziekenhuizen;
- categoriale psychiatrische ziekenhuizen, waaronder klinieken voor kinderen en jeugdpsychiatrie, verslaafdenklinieken en neurosenklinieken;
- forensisch-psychiatrische klinieken (TBR-inrichtingen);
- psychiatrische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen (PAAZ);
- psycho-geriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen.

Verder zijn PUK's (psychiatrische universiteitsklinieken) en GAAZ'en (geriatrische afdelingen algemene ziekenhuizen) te onderscheiden.

In psycho-geriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen worden over het algemeen personen verpleegd van 60 jaar en ouder met psychische stoornissen verband houdende met de ouderdom. Financiering geschiedt via de AWBZ. Deze categorie voorzieningen is van belang vanwege de vergrijzing en de toeneemende aantallen dementen. Voor een uitgebreide beschrijving zie onder andere Van Swet en Bauduin in Romme (1984). Naar de huidige normen is er een tekort aan psycho-geriatrische plaatsen.

De psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) behandelt mensen met psychiatrische problemen. Het grote verschil met een algemeen psychiatrisch ziekenhuis is dat de verblijfsduur beperkt is tot circa 12 weken. Het voordeel van behandeling in een PAAZ is dat deze veelal in de nabijheid van het thuismilieu plaatsvindt. (In Rotterdam functioneren overigens alleen psychiatrische universiteitsklinieken.) Financiering geschiedt via ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringen; na één jaar, dus zelden, via de AWBZ. Voor een beschrijving van taken en werkwijze zie Scheffer (in Romme, 1984).

Categoriale psychiatrische ziekenhuizen richten zich op een specifieke doelgroep. Zo zijn er in Nederland bijvoorbeeld 28 intramurale kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen met gezamenlijk ruim 800 opnameplaatsen en een groot aantal klinische voorzieningen voor verslaafden van alcohol of drugs (Gids GGZ, 1987). Verslaafdenzorg en algemene geestelijke gezondheidszorg zijn overigens niet strikt te scheiden. Kok (1983) signaleert bijvoorbeeld een groei van het aantal opnemingen met als eerste diagnose verslaving in algemene psychiatrische ziekenhuizen.

In deze voorstudie wordt nu iets dieper ingegaan op het algemene psychiatrische ziekenhuis.

Financiering van een verblijf in een dergelijk ziekenhuis geschiedt het eerste jaar via ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringen, daarna via de AWBZ.

Het takenpakket van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis omvat opname, observatie, kortdurende en langdurende behandeling. Het kenmerkende van een goed algemeen psychiatrisch ziekenhuis is dat vanuit de drie basismodellen binnen de ggz op geïntegreerde wijze wordt gewerkt, te weten het biologische (medische) model, het psycho-dynamische model en het sociale model (Bangma in Scherpenisse en Verbeek, 1987).

In de jaren zestig werden de instituties algemene psychiatrische ziekenhuizen

alsmede de ideeën over psychiatrische stoornissen en over te geven behandeling zeer ter discussie gesteld, hetgeen ertoe heeft geleid dat een grotere openheid en openbaarheid gekomen is en dat er meer contact met en invloed van de buitenwereld is (onder andere Schnabel, 1985).

Bij ongeveer 60% van de plaatsen in deze ziekenhuizen gaat het om zogenaamde verblijfspsychiatrie, om het bieden van een zo goed mogelijke verblijfsplaats aan mensen.

Een aantal patiënten is onvrijwillig opgenomen, krachtens de Krankzinnigenwet, via een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging.

De verhouding patiënten – personeel is in de regel 1 : 1,1, dat wil zeggen op 500 bedden ongeveer 550 full-time arbeidsplaatsen. De grootste groep personeelsleden wordt gevormd door gediplomeerde en leerling-verpleegkundigen (48%), 4% van het personeelsbestand zijn psychiaters en psychologen (Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987).

Bangma nuanceert de stelling dat algemene psychiatrische ziekenhuizen grote inrichtingen zijn welke ver van de bewoonde wereld, in de bossen of de duinen, liggen. Van de 43 ziekenhuizen liggen er acht wel op enige afstand van de bebouwde omgeving, maar de overige liggen aan de rand van een stad of dorp. De grootte varieert van 200 tot 1.200 plaatsen. De laatste tien jaar zijn de grote huizen al aanzienlijk verkleind en als meest ideale omvang wordt in het algemeen uitgegaan van circa 350 plaatsen. Er is sprake van een beleid gericht op verspreiding van capaciteit, maar ook van een extramuralisatiebeleid. Gepoogd wordt APZ-bedden te vervangen door plaatsen voor dagbehandeling en door capaciteit in de sfeer van beschermde woonvormen (Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn, 1987; zie ook beschrijving van socio-woningen door Jacobs en Scholte, in Romme, 1984).

Naast een verspreiding van capaciteit is sprake van een deconcentratie van het algemeen psychiatrische ziekenhuis in kleinere, meer overzichtelijke eenheden dichterbij de mensen (Bangma, in Scherpenisse en Verbeek, 1987). In principe zijn alle semimurale en intramurale ggz-voorzieningen in de vier grote steden te vinden. Vooral intramurale voorzieningen als het algemeen psychiatrisch ziekenhuis kunnen echter meer bij de mensen gebracht worden, zeker ook in de grote stad. De bovengenoemde decentralisatiegedachte is hierbij van belang!

Het overheidsbeleid tracht de samenhang en samenwerking tussen alle voorzieningen binnen de ggz te verbeteren. Er dient één samenhangend stelsel van voorzieningen in een afgebakend gebied te komen (regionalisatie). Op de RIAGG-vorming en de daaromheen spelende problemen is eerder ingegaan. Naast de RIAGG-vorming speelt de RIGG-vorming (Regionale Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg). In circa 25 regio's functioneert op dit moment een RIGG, de omvang van het werkgebied loopt uiteen van ± 185.000 tot ± 450.000 inwoners. Ook het aantal deelnemers verschilt (Gids GGZ, 1987). De overheid hanteert de zogenaamde RIGG-stimuleringsregeling. Aan de samenwerking kan worden deelgenomen door de in de regio aanwezige voorzieningen, zoals algemene en categoriale psychiatrische ziekenhuizen, de RIAGG's, de beschermende woonvormen, de psycho-geriatrie (afdelingen van) verpleeghuizen, de CAD's en de zelfstandig gevestigde psychiaters. Evenals rond de RIAGG-vorming, spelen ook daar problemen (onder andere Bremer ter Stege en Meurs, 1985).

De positie van de patiënt/cliënt; de patiëntenbeweging

De (rechts)positie van patiënten/cliënten in de ggz was tot in de jaren zestig/zeventig zeer slecht. Hierin is veel veranderd, onder andere door de anti-psychiatrie en door de patiënten-/cliëntenbeweging (Bangma in Scherpenisse en Verbeek, 1987; Schnabel, 1985). Trimbos (1983) stelt dat er geen land ter wereld is waarin de cliëntenbeweging zulk een invloed op de herstructurering van de ggz heeft gehad, als in ons land. De cliëntenbond vindt dat er een andere

opbouw van de ggz moet ontstaan, uitgaande van de belangen en wensen van de cliënt.

Bangma signaleert dat de (rechts)positie van de patiënt/cliënt via een aantal manieren nog verder verbeterd moet worden, onder andere via:

- verbetering van de wetgeving. De Krankzinnigenwet van 1884 is nog steeds niet vervangen door een nieuwe Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Deze nieuwe, nog niet aanvaarde, wet dient de rechtspositie aanzienlijk te verbeteren;
- verbeteren van de klachtenbehandeling. In een aantal, doch niet in alle, psychiatrische ziekenhuizen werken al patiëntenvertrouwenspersonen die bemiddelen bij klachten van patiënten;
- werk van patiëntenraden welke in onder andere psychiatrische ziekenhuizen ontstaan;
- betrekken van (ex-)patiënten(organisaties) bij beleidsvorming en dergelijke. Momenteel zijn er circa 250 patiëntenorganisaties in de Nederlandse gezondheidszorg. De belangrijkste landelijke patiëntenorganisaties op het gebied van de ggz zijn (Gids GGZ, 1987): de Cliëntenbond in de ggz (\pm 1.300 leden; de vakbond van psychiatrische patiënten), de Stichting Landelijke Patiënten/Bewonersraden in de ggz (bundelt patiënten- en bewonersraden die in psychiatrische ziekenhuizen en beschermde woonvormen voor de belangen van patiënten/bewoners opkomen) en de Stichting Pandora (richt zich op het verbeteren van de positie van de hulpvrager tijdens de hulpverleningsperiode én in de maatschappij door het verbeteren van de beeldvorming over psychiatrische patiënten via voorlichting en informatieverschaffing). Voor een beschrijving van deze drie organisaties zie de Gids GGZ (1987).

Schnabel (1985) wijst op de moeilijke positie van de patiëntenbeweging. Moet zij in de belangenbehartiging van de patiënt pleiten voor geen professionele hulp of voor betere hulp (geen dwang, zo kort mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis, enzovoort; zie verder Schnabel, 1985).

Het werken aan de positie van de cliënt geschiedt landelijk, ook door de patiëntenorganisaties. Echter, in de grote steden is vaak, maar niet altijd eerder en meer aandacht voor tegenbewegingen en dergelijke dan elders.

In elk van de vier grote steden zijn ook plaatselijke afdelingen van de cliëntenbond werkzaam.

Geestelijke gezondheidszorg in de grote steden

Het in de vorige paragrafen gestelde heeft ook steeds betrekking op de grote steden. Wat kan er nu, samengevat, voor deze steden worden gesteld?

De grote steden kennen een rijk geschakeerd aanbod aan voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. RIAGG's in grote steden hebben meer middelen ter beschikking gekregen dan RIAGG's in kleinere plaatsen, omdat inwoners van grote steden meer behoefte hebben aan meer (diverse) hulpverlening. Ook zijn er aanwijsbare tekorten. Naar de huidige normen valt met name een tekort aan psycho-geriatrische bedden te constateren (zie 3.4).

De vraag kan worden gesteld in hoeverre het aanbod aan hulpverlening is geënt op de vraag van de cliënt en in hoeverre de cliënt dicht bij huis hulp kan vinden. Voor wat betreft het eerste is ook de samenhang in de ggz, de onderlinge afstemming, van belang (zie onder). Voor wat betreft het tweede wordt ten aanzien van de extramurale hulp getracht een verschuiving van functies naar de wijk op gang te brengen (Nota 2000). Ook de spreiding van de semi-murale en de intramurale zorg, staat ter discussie.

Intramurale voorzieningen als algemeen psychiatrische ziekenhuizen kunnen meer bij de mensen worden gebracht. Naast een extramuralisatiebeleid speelt dus de decentralistiegedachte. Een deconcentratie van het algemeen psychiatrische ziekenhuis in kleinere eenheden dicht bij de mensen lijkt nastrevenswaardig.

Opvallend is dat het aanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters en zenuw-artsen in Amsterdam veel groter is dan in de andere grote steden. Het feit dat veel personen door deze hulpverleners worden behandeld, doet overigens de vraag rijzen waarom cliënten deze hulpverleningsvorm verkiezen boven de RIAGG's. Het zou kunnen zijn dat sommige cliënten worden afgeschrikt door het hun inziens bureaucratische karakter van de RIAGG's. Op zich lijkt het overigens wel goed dat een keuzemogelijkheid voorhanden is en dat niet sprake is van een monopoliepositie.

In het algemeen kan worden gesteld, dat onvoldoende samenwerking plaatsvindt en dat afstemming soms ontbreekt. Dit speelt vooral in grote steden door de schaalgrootte. Het gaat in de steden om véél instellingen en werkers! Ten aanzien van het voorkómen van problemen is meer samenwerking mogelijk tussen basisgezondheidsdiensten, RIAGG's en eerste lijn. Rond de vroegtijdige herkenning van psychische stoornissen is onder andere geconstateerd, dat een vroegtijdige opsporing en diagnose in de eerste lijn niet automatisch tot veel verwijzingen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg leidt. De relatie eerste lijn – RIAGG is niet alleen problematisch door het te geringe aantal verwijzingen. De samenwerking rond andere gemeenschappelijke taken, zoals behandeling, nazorg en 7 x 24-uurs-bereikbaarheid laat soms ook te wensen over. Naast het andere karakter van het werk (generalistisch versus meer specialistisch), de onderling verschillende financiering en de onderling verschillende vaardigheden speelt hierbij ook wederzijdse negatieve beeldvorming een rol.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is met de RIAGG-vorming en de RIGG-vorming getracht om de samenhang en samenwerking tussen alle ggz-voorzieningen te verbeteren. Geconstateerd is, dat zich hierbij wel problemen voordoen.

3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is een beknopte beschrijving gegeven van de huidige situatie met betrekking tot de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de grote steden. Aangegeven is welke voorzieningen er zijn, welke taken worden uitgevoerd en ingegaan is op sommige knelpunten.

Geпоogd is in het kader van deze vóórstudie zoveel mogelijk een overzicht in de breedte te geven. Historische ontwikkelingen en beleidsaspecten komen voorzover relevant in de volgende hoofdstukken aan bod.

Achtereenvolgens is ingegaan op de basisgezondheidszorg, de eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Binnen deze sectoren is prioriteit gegeven aan topics welke het meest relevant lijken voor het project Grootstedelijke Gebieden.

Een aantal belangrijke veranderingsprocessen blijkt zich voor te doen. Er bestaat een tendens tot substitutie van intramurale voorzieningen naar de eerste lijn en thuiszorg. Binnen echelons ontstaan samenwerkingsverbanden of -initiatieven. Categoriale en/of verzuilde instellingen fuseren. Op regionaal niveau worden concentraties gevormd (bijvoorbeeld RIAGG) en wordt ook meer gedeconcentreerd (in de wijk) gewerkt.

Belangrijk is nu de vraag in hoeverre de zorg aansluit op de daadwerkelijke gezondheidssituatie. Is het aanbod afgestemd op de vraag?

Het is moeilijk te bepalen wat de vraag in deze precies inhoudt (onder andere Raat, 1987). De behoefte aan zorg kan verschillend worden gedefinieerd. Er kan sprake zijn van een normatieve behoefte, een behoefte zoals die door deskundigen wordt vastgesteld. Hierbij kan worden gedacht aan landelijk gehanteerde taakstellende prognoses ten aanzien van verschillende werksoorten. Daarnaast kan ook worden gedacht aan de ervaren behoefte (zoals die door

het individu zelf wordt ervaren) en de uitgesproken behoefte (dat deel van de ervaren behoefte dat is omgezet in een vraag naar zorg).

De vraag naar de afstemming van het aanbod op de daadwerkelijke gezondheidssituatie speelt voor elk echelon. Een beantwoording is moeilijk, omdat onvoldoende basisgegevens beschikbaar zijn en vooral ook omdat gegevens ontbreken over zaken als de werkelijke ervaren behoefte, de aard en de organisatie van de hulp en de onderlinge samenwerking.

Achtereenvolgens wordt op de situatie voor de verschillende niveaus van zorg ingegaan.

In alle grote steden worden alle in hoofdstuk 3 genoemde basisgezondheidszorgactiviteiten uitgevoerd. Voor wat betreft de basisgezondheidsdiensten is er, vergeleken met de rest van het land, sprake van een aparte situatie. De diensten van de vier grote steden hebben een aparte positie qua grootte én takenpakket en hebben een voortrekkersrol. Onderling verschillen de vier grote diensten niet zozeer qua soort taken welke worden uitgevoerd, soms wel qua het gegeven belang eraan en de invulling ervan.

Momenteel speelt de vraag in hoeverre de verleende zorg voldoende is toegespitst op de werkelijke behoeften welke spelen, in hoeverre voldoende community-based wordt gewerkt.

Daar deze zorg ongevraagd wordt aangeboden is niet letterlijk sprake van een afstemming van het aanbod op de vraag. Desalniettemin dient het aanbod wel zo adequaat mogelijk in te spelen op de daadwerkelijke gezondheidssituatie. Om deze reden wordt een community diagnosis als centraal gezien en wordt nagedacht over de vraag hoe de bevolking het best kan worden betrokken bij de activiteiten (community involvement). Echter, geconstateerd kan worden dat het vooralsnog meer gaat om plannen dan om een al gerealiseerde situatie. Een en ander vergt ook een verandering in de werkwijze van de oude GGD'en, hetgeen de nodige problemen met zich meebrengt.

De lokale overheid is nauw bij de eerstelijnszorg betrokken.

Voor wat betreft de eerstelijnszorg zijn onevenwichtigheden geconstateerd in de spreiding van voorzieningen over wijken en over de steden. Indien het aanbod kwantitatief wordt bekeken, onder andere aan de hand van landelijk gehanteerde taakstellende prognoses, dan kan het volgende worden geconcludeerd:

- schattingen wijzen uit dat het aantal huisartsen per 10.000 inwoners in Amsterdam hoger ligt dan in de drie andere grote steden. In alle grote steden werken echter meer huisartsen dan het landelijk gemiddelde. Relatief grote verschillen treden op in de huisartsendichtheid tussen wijken. In Rotterdam bijvoorbeeld kennen de nieuwe buitenwijken een lager aantal huisartsen per 10.000 inwoners en deze aantallen liggen nog lager voor de randgemeenten. Hoe verder van het stadscentrum, des te lager de huisartsendichtheid. Daar zogenaamde problematische groepen uit oude stadswijken in toenemende mate in buitenwijken komen wonen (bijvoorbeeld door verhuizing in verband met stadsvernieuwing), kan een en ander tot een relatief hoge werkdruk leiden;
- in ieder geval is in Rotterdam gebleken dat de capaciteit in gewerkte dagen van de wijkverpleegkundige/ziekenverzorgende per 10.000 inwoners per jaar tussen de wijken nogal verschilt. Opvallend is dat relatief veel in het stadscentrum wordt gewerkt;
- de totale capaciteit aan gezinsverzorging en de zogenaamde alpha-hulp is in de vier grote steden hoger dan het landelijk gemiddelde, het opleidingsniveau is gemiddeld echter lager. De hogere totale capaciteit kan samenhangen met de demografische opbouw en de andere sociale structuur (minder sterke familieverbanden in de grote steden);
- ook de dichtheid van maatschappelijk werkers per 10.000 inwoners varieert per wijk. In Rotterdam wordt ook voor het maatschappelijk werk de hoogste dichtheid in het centrum van de stad aangetroffen. De dichtheid in Rotterdam ligt lager dan het landelijk gemiddelde. Omdat veel cliënten tot de lagere inkomensgroepen horen is sprake van een ondercapaciteit!;

- een grote spreiding in Rotterdam bestaat tussen de wijken voor wat betreft het aantal fysiotherapeuten. Het aantal ligt beduidend onder de taakstellende prognose uit de Nota Eerstelijnszorg. De situatie in Den Haag (eind 1984) is ongeveer identiek, in Amsterdam nog veel ongunstiger;
- ook de tandartsen zijn in Rotterdam ongelijk over de wijken verdeeld. De dichtheid per 10.00 inwoners ligt in Rotterdam nog iets onder het landelijk gemiddelde. De situatie in Amsterdam en Den Haag is gunstiger;
- het aantal verloskundigen ligt in Rotterdam en Den Haag iets onder de taakstellende norm, de situatie in Amsterdam is veel ongunstiger;
- de capaciteit kraamhulp ligt vooral in Amsterdam ver onder het landelijk gemiddelde, dus komen daar relatief meer volledig klinische bevallingen voor;
- de Nota Eerstelijnszorg geeft als taakstellende prognose van het aantal inwoners per apotheker 1 op 10.000. Eind 1984 was de situatie in Rotterdam 1 op 9.065, in Amsterdam 1 op 7.771 en in Den Haag 1 op 8.869.

De vraag speelt in hoeverre een onevenwichtige spreiding van voorzieningen is gerelateerd aan de behoefte aan zorg. Deze vraag kan zonder nader onderzoek niet goed worden beantwoord. Het is echter niet waarschijnlijk dat de behoefte aan zorg de meest bepalende factor is voor het aanbod.

Hetzelfde geldt voor de tweedelijnszorg. Voor dit echelon speelt daarnaast het streven naar extramuralisatie, waarbij de gedachte speelt dat dit ook ten goede kan komen aan de hulpverlening en vooral aan de wens om de hulp dicht bij de thuissituatie te brengen. Diverse experimenten vinden in de steden plaats met betrekking tot de verhouding verpleeghuis – verzorgingstehuis – thuiszorg.

Met betrekking tot de normatieve behoefte kan ten aanzien van de tweede lijn worden gesteld dat in Rotterdam (Rijnmond) een tekort is aan capaciteit voor revalidatiecentra en een tekort aan plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen.

De grote steden kennen een breed aanbod aan voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. RIAGG's in grote steden hebben meer middelen ter beschikking gekregen dan RIAGG's in kleinere plaatsen. Deze RIAGG's zijn een uitvloeisel van de regionalisatiegedachte van de structuurnota Hendriks.

Er zijn echter ook aanwijsbare tekorten ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg. Naar de huidige normen valt met name een tekort aan psycho-geriatrische bedden te constateren.

Opvallend is dat het aanbod van zelfstandig gevestigde psychiaters en/of zenuwartsen in Amsterdam veel groter is dan in de andere grote steden. Voor de geestelijke gezondheidszorg speelt eveneens de vraag in hoeverre de cliënt dicht bij huis hulp kan vinden. Ten aanzien van de extramuraal hulp wordt getracht een verschuiving van functies naar de wijk op gang te brengen. Ook de spreiding van de semi-murale en de intramuraal zorg staat ter discussie. Intramuraal voorzieningen als algemeen psychiatrische ziekenhuizen kunnen meer bij de mensen worden gebracht. Naast een extramuralisatiebeleid speelt de decentralisatiegedachte. Een deconcentratie van het algemeen psychiatrische ziekenhuis in kleinere eenheden dicht bij de mensen lijkt nastrevenswaardig.

Voor het gehele zorgaanbod, voor elk echelon, speelt de vraag of zorginhoudelijk goed wordt ingespeeld op de gezondheidssituatie. De omvang van het aanbod van voorzieningen is niet het enige belangrijke.

In deze is vooral ook de samenhang in het zorgaanbod en de afstemming tussen de verschillende aanbieders van zorg belangrijk. Een topic van belang hierbij is de integratie van functies. Er moet wellicht meer worden gedacht vanuit werksoorten en minder vanuit instituties.

Met betrekking tot de collectieve preventie dient meer te worden samengewerkt tussen de basiszorg en de eerste lijn (en in voorkomende gevallen de RIAGG's). Ten aanzien van de eerste lijn is geconstateerd dat het hier een chaotische sector betreft, waarbij afstemming en overleg veelal afhankelijk zijn van toevallige, persoonlijke initiatieven. Ook ten aanzien van de tweede lijn, en de relatie eerste lijn – tweede lijn spelen afstemmingsproblemen, problemen rond (het gemis aan) verwijzingen en dergelijke. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is met de RIAGG-vorming en de RIGG-vorming getracht om de samenhang en samenwerking tussen alle GGZ-voorzieningen te verbeteren. Geconstateerd is dat zich hierbij wel problemen voordoen.

De relatie eerste lijn – RIAGG is problematisch. De samenwerking rond gemeenschappelijke taken zoals behandeling, nazorg en 7 x 24-uurs-bereikbaarheid laat soms ook te wensen over. Naast het andere karakter van het werk (generalistisch versus meer specialistisch), de verschillende financieringen en de verschillende vaardigheden spelen hierbij ook negatieve beeldvormingen een rol.

Rond de vroegtijdige herkenning van psychische stoornissen is onder andere geconstateerd dat een vroegtijdige opsporing en diagnose in de eerste lijn niet automatisch tot veel verwijzingen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg leiden.

Door de schaalgrootte zijn bovengenoemde problemen in de grote steden veelal groter dan elders. Het is haast onmogelijk om een overzicht te hebben van alle hulpverleningsmogelijkheden. Daarbij komt dat de verzorgingspopulaties van voorzieningen elkaar slechts ten dele overlappen.

Geconcludeerd kan dus worden dat er zich afstemmingsproblemen voordoen, hetgeen gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorg en voor het toespitsen van het zorgaanbod op de vraag, op de gezondheidssituatie!

Afstemmingsproblemen kunnen voor bepaalde zorgfuncties ten dele worden opgelost, vergelijk RIAGG- en RIGG-vorming, het stichten van gezondheidscentra en het werken in hometeams. Samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld tussen huisartsen en wijkverpleging met ziekenhuizen en verpleeghuizen, kunnen van belang zijn. Ook dit ligt echter moeilijker in de grote steden vanwege de schaalgrootte. Experimenten, welke in hoofdstuk 3 zijn besproken, zijn in deze van belang.

De situatie in de grote steden samengevat; rol lokale overheden

Van belang is de vraag in hoeverre de zorg in de grote steden is aangepast op de specifiek grootstedelijke problemen. Ten dele is sprake van een aangepast zorgaanbod. Voor de (meer gevarieerde) psychische problematiek hebben RIAGG's extra gelden gekregen. Ook hebben de steden een relatief breed aanbod van (specifieke) GGZ-voorzieningen. Ook voor problematiek samenhangend met bepaalde leefwijzen zijn speciale voorzieningen getroffen, bijvoorbeeld hulp voor druggebruikers en klinieken voor geslachtsziekten. Voor de grote steden is verder van belang dat adequaat wordt ingespeeld op de aanwezigheid en problemen van specifieke bevolkingsgroepen als bepaalde groepen adolescenten, etnische minderheden en ouderen. Algemene voorzieningen moeten deze bevolkingsgroepen adequaat kunnen helpen. Soms heeft een specifieke voorziening bestaansrecht (bijvoorbeeld een Jac), maar in het algemeen is het beleid erop gericht om specifieke doelgroepen zo goed mogelijk te bereiken vanuit algemene voorzieningen. Categorale voorzieningen kunnen daarbij ondersteuning bieden.

Vooraf voor ouderen is de thuiszorg van belang, de thuisverpleging van patiënten die anders in een ziekenhuis of verpleeghuis worden opgenomen.

Ook ten aanzien van de thuiszorg is het overigens wenselijk dat starre grenzen tussen echelons worden opgeheven en dat meer wordt gedacht in termen van

functies in plaats van voorzieningen. In dit kader vinden in de grote steden toespitste experimenten plaats.

De lokale overheden hebben een algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de bevolking.

De gemeentebesturen zijn op verschillende manieren bij de zorg betrokken. Ten eerste in het kader van het gezondheidsbeleid gericht op preventie. Ten tweede kunnen problemen als grote aantallen bevolkingsgroepen met eigen zorgbehoeften (ouderen, migranten) beter in een gecoördineerde buurtgewijze aanpak worden bestreden. De gemeenten organiseren experimenten terzake. Ten derde zijn sommige tweedelijnsvoorzieningen gemeentelijke instellingen. De lokale overheid functioneert in het zorgveld dus niet alleen als politiek lichaam maar ook als uitvoerder van zorg! Alhoewel de betrokkenheid van de gemeenten bij de volksgezondheid soms groot is zijn de mogelijkheden echter relatief gering. Hier wordt in de volgende hoofdstukken op ingegaan.

4.1 Algemeen

In de voorgaande twee hoofdstukken is ingegaan op de gezondheidssituatie en de zorgvoorzieningen in de vier grote steden. Voordat in hoofdstuk 5 het beleid aan de orde komt is het goed om de geschiedenis van de gezondheidszorg in de steden te beschrijven. Veel van de huidige knelpunten zijn te verklaren uit de historische ontwikkeling. Vaak blijkt het niet goed mogelijk om bij het beleid te veel afstand te nemen van de historisch gegroeide verhoudingen (zie hoofdstuk 5). Ook dit is een reden om een historisch perspectief te hanteren. De relatieve positie van de vier grote steden kan ook worden verduidelijkt door de situatie in andere landen te beschrijven. Bij de ontwikkeling van beleid wordt vaak gekeken naar de ervaringen in andere landen. Op die manier kunnen inschattingen worden gemaakt van de effecten van bepaalde maatregelen. Elk land heeft een specifieke eigen ontwikkeling doorgemaakt. Zodoende zijn de ervaringen elders niet zonder meer toepasbaar op de situatie in de Nederlandse grote steden. Een historisch en een internationaal perspectief kan echter trends aangeven die van nut kunnen zijn bij de ontwikkeling van lokaal beleid.

Het beleid ten aanzien van de volksgezondheid wordt steeds meer bepaald door afspraken die in internationaal verband worden gemaakt. De World Health Organization (WHO) is de instantie waar sinds 1946 veel van deze internationale afspraken vorm krijgen. Internationale samenwerking op het gebied van de gezondheid was vroeger vaak een kwestie van hulp van de rijke, westerse landen aan de derde wereld. Echter, de laatste jaren is er steeds meer sprake van samenwerking en projectontwikkeling door westerse landen onderling. Relatief veel aandacht wordt daarbij besteed aan de gezondheid in de grote steden. De Nederlandse steden zijn sinds enkele jaren een actieve participant in zulke internationale samenwerkingsprojecten. Hierdoor is de visie op de beleidsverantwoordelijkheden van de stedelijke overheid aan het veranderen. In hoofdstuk 4 wordt vooruitlopend op de hoofdstukken over het beleid een historisch en internationaal vergelijkend perspectief gegeven. In paragraaf 4.2 wordt een beknopte beschrijving gepresenteerd van de geschiedenis van de gezondheidszorg. Daarin komt naar voren hoe belangrijk de rol van de grote steden in deze ontwikkeling was. In paragraaf 4.3 worden verschillende gezondheidszorgsystemen in diverse landen behandeld. Vooral de structurele aspecten van de gezondheidszorg krijgen aandacht. De Nederlandse situatie wordt afgezet tegen de situatie elders. In paragraaf 4.4 wordt het internationale beleid besproken dat zich in WHO-verband heeft ontwikkeld. In het kader daarvan wordt het Healthy Cities Project waarin de vier grote steden participeren beschreven.

4.2 Een historisch perspectief

In deze paragraaf wordt er ingegaan op de opkomst van de moderne gezondheidszorg sinds de vorige eeuw in het kader van de verzorgingsstaat. Enkele belangrijke facties van de huidige gezondheidszorg worden verklaard uit deze wordingsgeschiedenis. Het westerse zorgsysteem is in de geïndustrialiseerde centra in de vorige eeuw in een relatief korte periode tot stand gekomen. Het is echter arbitrair om een beginpunt van een dergelijke ontwikkeling aan te geven. De huidige gezondheidszorg ontstond als onderdeel van de moderne samenleving. De industriële revoluties en de opkomst van overheidsbureaucratieën waren de motor, zonder welke de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zoals wij die kennen nooit hadden kunnen ontstaan.

Een eerste kenmerk van de gezondheidszorg zoals die in de negentiende eeuw ontstond, is het monopolie van artsen over het medisch handelen. Dit monopolie is in alle westerse landen door de staat erkend; in Nederland in de vier gezondheidswetten van Thorbecke uit 1865. Vóór die tijd hielden tal van disciplines met uiteenlopende opleidingen en achtergronden zich bezig met de zorg voor gezondheid: scheeps-, plattelands- en stadsheermeesters, de doctores medicinae (dit werden de latere artsen), de oogmeesters, tandmeesters, breukmeesters, vroedmeesters en vroedvrouwen. Overigens bleek dat door de kostbaarheid van de vanaf 1865 vereiste universitaire opleiding, het aantal werkers in de gezondheidszorg, vanaf die tijd alleen nog maar de artsen, sterk daalde. Het aantal artsen bereikte in 1890 een dieptepunt en kwam pas in 1935 weer op het niveau van voor 1865 (Scherpenisse e.a., 1987). Anno 1987 is er een overschot aan artsen, net als aan andere academici.

De andere disciplines in de gezondheidszorg zoals de verpleegkundige en de paramedische disciplines ontstonden pas later en in aansluiting op de behoeften die de artsen hadden om het zich ontwikkelende geneeskundige beroep te kunnen uitvoeren. De moderne verpleegkundige als variant op de verzorger/hulp/bewaker in de oude gasthuizen ontstond pas aan het eind van de vorige eeuw in de ziekenhuizen. Medici inspireerden de natuur-wetenschappelijk getinte opleiding van deze vernieuwde hulpdiscipline. De andere ondersteunende en paramedische beroepen ontwikkelden zich pas veel later. In ieder geval pas na de Tweede Wereldoorlog en eigenlijk pas aan het eind van de jaren zestig en in de jaren zeventig, toen de gezondheidszorg zich explosief uitbreidde.

Een tweede kenmerk van de moderne gezondheidszorg is de dominantie van de ziekenhuizen als plaats waar de zorg wordt gegeven en als plaats waar de geneeskunde zich verder ontwikkelt. De ontwikkeling van de medische professie stond in nauwe samenhang met de opkomst van het moderne ziekenhuis (Waddington, 1973). Daartoe moest het moderne ziekenhuis eerst ontstaan. Dit gebeurde tussen 1870 en 1910 (Starr, 1982). Daarvoor waren er nauwelijks ziekenhuizen in de huidige zin van het woord. Daarna was er sprake van consolidatie, hoewel allerlei ontwikkelingen natuurlijk doorgingen. In Europa ontstonden de ziekenhuizen uit de gasthuizen en armenhuizen.

De gasthuizen en armenhuizen hadden een geheel andere functie dan de huidige ziekenhuizen. Ze waren een laatste redmiddel voor zwervers, daklozen en hulpbehoevenden die geen familie hadden waarbinnen ze werden opgevangen. Aan deze instellingen kleefde dan ook een stigma. Op uitzonderingen na zoals door religieuzen geleide hospitalen buiten de grote steden, was het er vuil, stinkend en gevaarlijk. De transformatie tot moderne ziekenhuizen kenmerkte zich door een specialisatie in functie en door het zich richten op bredere groepen in de bevolking (Starr, 1982). Beide aspecten hangen nauw samen met het vorige punt, de ontwikkeling van de moderne geneeskunde onder het monopolie van artsen. De twee bovenstaande elementen – het monopolie artsen en de dominantie van het ziekenhuis – kunnen als globale kenmerken van alle westerse gezondheidszorgsystemen gezien worden, die aan het einde van de vorige eeuw zijn ontstaan. In een historisch internationaal vergelijkend perspectief kunnen in de uitkomst van de ontwikkelingen in de diverse landen zowel opvallende overeenkomsten als verschillen worden gevonden. Aandacht voor deze overeenkomsten en verschillen is van belang voor het inzicht in de lokale situatie en voor de betekenis die aan bepaalde kenmerken van een systeem moet worden toegekend.

Indirect kan dit inzicht van belang zijn bij het ontwikkelen van lange termijnstrategieën. Bij toekomststrategieën wordt er vanuit een rationele invalshoek vanuitgegaan dat de ontwikkelingen in een systeem naar wens te sturen zijn. Inzicht in historische verklaringstheorieën daarentegen draagt bij aan het besef hoe allerlei onafhankelijke relatief autonome krachten en gebeurtenissen een bepaalde uitkomst beïnvloeden. De mogelijkheden van interventie in de ontwikkelingen kunnen zodoende gerelativeerd, maar op basis van dit inzicht ook worden aangescherpt.

De Amsterdamse hoogleraar De Swaan (1985, 1988) heeft een studie gedaan naar de sociogenese (de wording als sociaal proces) van de verzorgingsstaat. Deze studie is historisch-sociologisch van aard. Het accent ligt op de afgelopen 200 jaar. Bovendien is de studie internationaal vergelijkend. Het betreft de processen in Nederland, Duitsland (Pruisen), Frankrijk, Engeland en de Verenigde Staten. Verder heeft het onderzoek een theoretisch-analytische invalshoek. Met behulp van begrippen uit de welzijnstheorie en de speltheorie probeert De Swaan om de vorm van de huidige collectieve verzorgingsarrangementen te verklaren als een transformatie van het vroegere systeem van de individuele bestrijding van tegenslagen.

De Swaan gebruikt bewust de vage term verzorgingsarrangementen voor het geheel van zaken als gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, opleiding en sociale zekerheid. Wanneer ontwikkelingen los van de details en de actualiteit van alledag, vanuit een macroperspectief bestudeerd worden, dan moeten deze verzorgingsarrangementen als één geheel beschouwd worden. Aan alle specifieke onderdelen, liggen dezelfde globale factoren ten grondslag.

In zijn conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van deze studie legt De Swaan (1988) de nadruk op de internationale overeenkomsten in de westerse wereld bij het ontstaan, de wetmatigheden en de problemen van de collectieve verzorgingsarrangementen. Gezien het grote belang van gezondheid, opleiding en bestaanszekerheid in de verzorgingsstaat, zijn daarvoor stabiele arrangementen nodig. De grondslagen daarvan blijven onaangetaast door tijdelijke recessies. Deze grondslagen zijn collectiviteit, grootschaligheid (= nationaal) en verplichte deelname aan de arrangementen. Tijdens economische recessies is het wel mogelijk dat specifieke onderdelen van de arrangementen worden aangetast.

Een ander voorbeeld van een historische, internationaal-vergelijkende studie is het boek van Starr (1982) over het ontstaan van het huidige Amerikaanse gezondheidszorgsysteem in de vorige eeuw. De ontwikkelingen in de Verenigde Staten worden door Starr vergeleken met die in Europa. Terwijl De Swaan de hele verzorgingssector in zijn verhaal betreft, beperkt Starr zich tot de geneeskunde en de gezondheidszorg. Bij De Swaan ligt het accent op Europa, bij Starr op de Verenigde Staten. De Swaan legt het accent op de globale overeenkomsten tussen landen en systemen, maar Starr benadrukt verschillen, specifieke situaties en details.

De Swaan probeert het ontstaan van de verzorgingsstaat te verklaren uit wetmatigheden, bijvoorbeeld met behulp van de speltheorie. Starr daarentegen zegt dat bepaalde ontwikkelingen alleen verklaard kunnen worden uit specifieke historische condities. De specifieke configuratie van de meespelende belangen bepalen de uitkomst van ontwikkelingen. Vandaar dat Starr een gedetailleerde beschrijving geeft van allerlei lokale gebeurtenissen, van waaruit hij het huidige Amerikaanse gezondheidszorgsysteem verklaart.

Wanneer Starr de Amerikaanse ontwikkeling vergelijkt met de Europese, dan komt hij op een aantal verschillen uit. Een voorbeeld is de ziekenhuisontwikkeling die in de Verenigde Staten een ander verloop heeft gehad dan in Europa. In Amerika had een groot deel van de artsen toegang tot het ziekenhuis om de patiënten die werden opgenomen te begeleiden. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland waar een stringente scheiding en taakafbakening is ontstaan tussen de artsen buiten het ziekenhuis (de latere huisartsen) en de medische staf in het ziekenhuis (de latere specialisten). Zo'n specifieke ontwikkeling verklaart Starr vanuit allerlei lokale omstandigheden.

De consequentie is in Nederland bijvoorbeeld een goed ontwikkelde huisartsgeneeskunde en het vrijwel ontbreken daarvan in de Verenigde Staten. Ook op architectonisch gebied leidt het tot verschillen. Zo hebben Amerikaanse ziekenhuizen veel privékamers voor de behandeling door de privé-arts. In Europa daarentegen onstond het systeem van grote behandelzalen voor de gemeenschappelijke medische staf die wel efficiënter zijn, maar die tegenwoordig als inbreuk op de privacy worden beschouwd.

Een ander verschil is de centrale regelgeving rondom de ziekenhuisorganisatie in Europa. In de Verenigde Staten waar deze veel minder is, moest ieder ziekenhuis voor zijn eigen financiering, kwaliteitscontrole, opleidingen en dergelijke zorgen. Hierdoor is het ziekenhuismanagement in de Verenigde Staten veel eerder tot ontwikkeling gebracht en wordt het in de Verenigde Staten meer gerespecteerd dan in Europa. De autoriteit van de ziekenhuisbureaucratie is in de Verenigde Staten overeenkomstig groter.

Starr noemt het proces van verzuijing als een voorbeeld van een typisch Nederlandse ontwikkeling, die heeft geleid tot de stichting van een groot aantal ziekenhuizen. In Amerika was het oprichten van ziekenhuizen door religieuze groeperingen ook een belangrijk proces. Het ging echter niet zover als de verzuijing in Nederland.

Starr beschrijft de ontwikkeling van de gezondheidszorg als het resultaat van een specifieke constellatie van strevingen en belangen. Meer dan De Swaan heeft hij oog voor de gevolgen van strategisch optreden van een bepaalde partij in een specifieke situatie. Hij laat zien wat de invloed van de lokale overheid kan zijn in een bepaalde situatie temidden van andere partijen zoals de rijksoverheid, het particulier initiatief, de medische professie, de verzekeraars en de gezondheidszorginstellingen. Zoals de huidige gezondheidszorg in het verleden is gevormd, kan de lokale overheid proberen, net als de andere partijen, om de gezondheidszorg van de toekomst mede vorm te geven. In het algemeen zijn de partijen in een dergelijke ontwikkeling zich niet bewust van de over-all effecten op langere termijn van hun interacties met anderen.

Uitgaande van de theorie van Starr zou de overheid kunnen proberen om door doelbewust en doordacht optreden de effecten die zij wenst wel te bereiken. Daartoe is het nodig om strategisch op te treden en coalities te sluiten met andere partijen. Wettelijke bevoegdheden kunnen daarbij een hulpmiddel zijn. Het is volgens deze gedachtengang beslist niet zo – zoals heden ten dage vaak wordt beweerd – dat wettelijke bevoegdheden noodzakelijk zijn, noch dat zij een garantie zijn voor een goed resultaat. Een strategisch opererende lokale overheid speelt in op specifieke gebeurtenissen en probeert door onderhandelingen en door het sluiten van coalities invloed te veroveren in het complexe veld van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

De grote steden hebben een zeer belangrijke rol gehad in de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Tijdens de industriële revolutie is het urbanisatieproces in een stroomversnelling gekomen. Enerzijds door een verdringing van de toenemende plattelandsbevolking naar de stad. Anderzijds door de aantrekkingskracht van de stad die nieuwe rijkdom in de industrie beloofde. De enorme ophoping van mensen in de stad leidde tot een geweldige overlast van afval, stank en lawaai. Alle sociale standen leefden aanvankelijk door elkaar heen. Veel industrieën bevonden zich midden in de stad.

Eén van de meest indrukwekkende problemen van de grote stad in de negentiende eeuw waren de cholera-epidemieën (Verdoorn, 1965). Tot de negentiende eeuw bleven de cholera-epidemieën beperkt tot zuid-oost Azië. Vanaf begin vorige eeuw gingen deze epidemieën zich verspreiden over de hele wereld: van epidemie naar pandemie. Europa werd getroffen door vijf pandemieën: 1832/33, 1848/49, 1853/55, 1866, 1872/74. De cholera-epidemieën werden vergeleken met de pest uit de middeleeuwen. In werkelijkheid was de sterfte vele malen minder. Ten gevolge van de pest-epidemieën tussen 1347 en 1350 stierf een derde tot de helft van de Europese bevolking (Ten Have, 1983). Volgens studies van Saltet (1909) en Scheltema Beduin (1868) was de sterfte bij de cholera-epidemieën zo'n tien- tot twintigduizend inwoners in Nederland per epidemie.

De angst voor de epidemieën was echter enorm en had enorme consequenties. Door de invloed van epidemieën op het openbare en het politieke leven is de overheid van oudsher betrokken geweest bij de preventie en het management van grote epidemieën. Zo ook bij de negentiende eeuwse cholera-epidemieën (zie Ten Have, 1983). De gevolgen hiervan hadden een breder effect dan alleen

de bestrijding van de cholera-epidemieën. De reacties waren bijvoorbeeld een belangrijke impuls bij de ontwikkeling van de openbare hygiëne.

In wetenschappelijke kringen heersten er in de vorige eeuw twee verschillende theorieën over het ontstaan van epidemieën: het contagionisme en het miasmatische. Het contagionisme was de opvatting dat epidemische ziekten, in dit geval cholera, veroorzaakt werden door kleine organismen die zich in het menselijk lichaam vermenigvuldigden en die zich door contact van persoon tot persoon verspreidden. Aanhangers van het miasmatische ontkenden het bestaan van een contagium (= een besmettelijk agens) en zochten de oorzaak in allerlei atmosferische veranderingen en luchtvervuiling. Er werd gesteld dat cholera ontstond en zich verspreidde als gevolg van vluchtige, kwalijk riekende stoffen en dampen die in de atmosfeer kwamen door rottend materiaal en vuilnis op de grond en in het water (Ten Have, 1983).

Volgens de pas later ontstane medisch-technische inzichten was het contagionisme vanuit theoretisch oogpunt het meest juiste uitgangspunt. Maatschappelijk en praktisch gesproken heeft het miasmatische meer invloed gehad bij de bestrijding van de cholera-epidemieën en andere ziekten. De paradox is dat zelfs bij de bestrijding van infectieziekten het miasmatische het betere uitgangspunt is. Want ook als er sprake is van een contagium (besmettelijk agens) is de vermenigvuldiging en de verspreiding ervan vooral de consequentie van maatschappelijke en milieuproblemen. Degenen die pleitten voor hygiënische maatregelen en een betere gezondheidszorg zoals Coronel, Heye en Saltet, konden strategisch gebruik maken van de grote sociale onrust door de negentiende eeuwse cholera-epidemieën (Verdoorn, 1965). Daarnaast waren er allerlei andere sociale en gezondheidsproblemen waarvoor een beter volksgezondheidsbeleid nodig was.

Starr (1982) beschrijft bijvoorbeeld de overlast die zieke migranten-arbeiders gaven in de stad waar zij zonder familie naar toe waren gegaan. De rijke stedelingen zagen in het stichten van particuliere ziekenhuizen een goede besteding om deze problematiek te verminderen. Daarbij kwam dat het stichten van een particulier ziekenhuis in Amerika een goede wijze was om rijkdom om te zetten in status en macht. Het samenvallen van de oplossing van een sociaal probleem en een prestigekwestie is een voorbeeld van een toevallige constellatie waaraan Starr de ontwikkeling van de gezondheidszorg toeschrijft.

Van oudsher waren de lokale overheden autonoom in hun gezondheidsbeleid. Vanaf de Geneeskundige Staatsregeling van 1818 waren er in de grote steden Plaatselijke Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toezicht (Verdoorn, 1965). Effectieve overheidsmaatregelen kwamen pas veel later tot stand. In de tweede helft van de negentiende eeuw kwamen er meer rijksregelingen tot stand zoals de genoemde vier gezondheidswetten van Thorbecke in 1865. Hierdoor werden de mogelijkheden tot invloed van de lokale overheden echter nog niet minder. Aan het einde van de vorige eeuw werd in de grote steden de basis gelegd voor de huidige Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten. Pas met het ontstaan van landelijke financieringsregelingen werd de invloed van de lokale overheden minder.

In de grote steden was er een aanleiding voor een modern gezondheidszorgsysteem door de problemen die de industrialisatie en de urbanisatie opleverden. Bovendien waren er in de grote steden de middelen aanwezig om dit nieuwe systeem te ontwikkelen, zowel qua financiën als qua geschoold kader. Openbare hygiëne, moderne ziekenhuizen, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten kwamen het eerst tot stand in de grote steden. Pas veel later straalden deze ontwikkelingen uit naar de kleinere steden en dorpen. De grote stad was de reden voor, maar ook de voorwaarde voor de ontwikkeling van de moderne gezondheidszorg.

Een aantal van de genoemde accenten in de ontwikkeling naar de moderne gezondheidszorg voldoet niet meer. Ten eerste het monopolie van artsen dat gekoppeld is aan de professionele autonomie. Het monopolie van artsen om als

enigen medische zorg te verlenen dat dateert uit 1865 zal volgens het huidige ontwerp van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) formeel gaan verdwijnen. De BIG spreekt alleen nog maar over bepaalde handelingen zoals injecteren en opereren, die aan artsen worden voorbehouden. Wel worden er in de BIG deskundigheidseisen gesteld aan degenen die (medische) zorg verlenen.

In de praktijk zal een wettelijke regeling zoals de toekomstige BIG waarschijnlijk geen grote veranderingen aanbrengen in de overheersende positie van de medische beroepsgroep. Eerder is het zo dat het wetsontwerp maatschappelijke ontwikkelingen zoals de opkomst van alternatieve geneeskunde volgt. De rol van de verplegende en verzorgende beroepen, van medisch hulppersoneel en van de paramedische beroepen is sinds de jaren zestig enorm toegenomen en veranderd. Een overheersende en geïsoleerde positie van de medische professie is een belemmering bij de ontwikkeling van de andere beroepen in de gezondheidszorg en bij de samenwerking tussen de verschillende beroepen. Het gaat niet alleen om een juridische of wettelijke kwestie, maar om een maatschappelijk-cultureel verschijnsel, dat niet door een wet zoals de BIG kan worden opgelost. De professionele autonomie van de medische beroepsgroep die in samenhang met het monopolie is verworven in de loop van de afgelopen 120 jaar, leidt tot afzonderlijke problemen. De autonomie betekent dat andere actoren in de gezondheidszorg waaronder de lokale overheid, slechts zeer moeilijk en op indirecte wijze invloed kunnen uitoefenen op het doen en laten van deze centrale beroepsgroep in de gezondheidszorg. Ook de professionele autonomie is echter net als het monopolie van artsen geen absoluut gegeven (zie Plomp, 1987). De professionele autonomie van artsen wordt steeds meer ter discussie gesteld (Raat e.a., 1985).

Het tweede genoemde hoofdpunt in de vorming van de moderne gezondheidszorg dat niet meer adequaat is, is het primaat van de ziekenhuiszorg. Door technische ontwikkelingen en een andere medische werkwijze is de gemiddelde duur van een ziekenhuisopname sinds de jaren zestig gestaag teruggelopen. Medisch-technische ontwikkelingen maken de mogelijkheden voor thuiszorg steeds uitgebreider. Een ander ziektepatroon (meer chronische aandoeningen) in combinatie met demografische veranderingen (vergrijzing) leiden tot problemen waarop het ziekenhuis niet is toegerust. Het ziekenhuis zal wel het centrum blijven van medisch-technische ontwikkeling. Er zal echter meer uitstraling moeten komen naar de zorg buiten het ziekenhuis.

In samenhang met het bovenstaande is het meer en meer terugkomen van het accent op verzorging (care) in plaats van het accent op genezing (cure). Voor de emancipatie van medische kennis was het accent op genezing eind vorige eeuw een voorwaarde. Mogelijkheden voor genezing zijn bij veel van de huidige gezondheidsproblemen relatief gering, zodat ook medici opnieuw meer aandacht gaan besteden aan verzachting (palliatie) en begeleiding. Andere beroepsgroepen nemen de verzorging op zich. Er is dus een trend terug van cure naar care. Voor de vier grote steden is dit in het bijzonder van belang in verband met het relatief grote aantal ouderen in de bevolking. Verzorging is voor hen van groot belang, niet alleen in verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, maar ook in de thuissituatie.

De moderne gezondheidszorg kwam tot stand in de grootstedelijke gebieden van de vorige eeuw als antwoord op maatschappelijke problemen en in het kader van sociaal-economische en technische ontwikkelingen. De frontlijn van de huidige gezondheidszorg bevindt zich nog steeds in de grote steden. Dat is voor een deel het gevolg van de specifieke grote-stadsproblemen waarop een antwoord wordt gezocht. Even belangrijk daarvoor is echter de functie van de stad als concentratiepunt van collectieve middelen, kennis, innovatie en creativiteit. Een verschil met de vorige eeuw is echter dat in middelgrote en kleine steden en dorpen de gezondheidszorg de stand van zaken in de grote stad op de voet volgt. Vernieuwingen vinden uiteraard ook in de periferie plaats. De concentratie ervan is echter kleiner. De grootstedelijke gebieden blijven een bijzondere functie vervullen in de zorgsector.

4.3 Een internationaal perspectief

In deze paragraaf worden de internationale achtergronden van het Nederlandse gezondheidsbeleid aan de orde gesteld. De WRR heeft in een apart project de Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringen bestudeerd in Europees perspectief (De Klein e.a., 1986). Daarom wordt er in dit onderzoek minder aandacht besteed aan dit thema. Er wordt een overzicht gegeven van de verschillende typen gezondheidszorgsystemen in de westerse landen. In paragraaf 4.4 wordt het internationale gezondheidsbeleid besproken, waarin de WHO een hoofdrol speelt. Paragraaf 4.3 is relevant voor het beleid ten aanzien van de zorgvoorzieningen. Paragraaf 4.4 is relevant voor het beleid dat is gericht op gezondheidsbevordering. Beide thema's zijn van belang voor het volksgezondheidsbeleid van de vier grote steden.

Het voornaamste nut van een internationale vergelijking van zorgsystemen is dat geleerd kan worden van de problemen en oplossingen elders. De vergelijking in deze paragraaf wordt beperkt tot de westerse landen. Er is een grote hoeveelheid internationale literatuur waarin de verschillende zorgsystemen worden besproken en met elkaar worden vergeleken (zie Matse, 1986b). In navolging van De Swaan (zie vorige paragraaf) is het onze stelling dat de overeenkomsten tussen de systemen van westerse zorg indrukwekkender zijn dan de verschillen. Bij een internationale vergelijking, waarbij een typologie van systemen gebruikt wordt, ligt de nadruk echter op de verschillen, die overigens gradueel zijn.

Er zijn verschillende typologieën van zorgsystemen mogelijk (Roemer, 1977; Mackintosh, 1978; Robertson e.a., 1978; Schönback, 1980). Aangezien de structuur van de zorg nauw samenhangt met de structuur van het staatsbestel en de economie, leunen deze typologieën daartegen aan (Najman e.a., 1984). Een belangrijk aspect is de mate en de aard van de betrokkenheid van de overheid bij de collectieve sector. Een gebruikelijke typologie is die van Field (1973). Hij onderscheidt:

1. het pluralistische systeem;
2. systemen met sociale verzekeringen;
3. genationaliseerde zorgsystemen;
4. gesocialiseerde zorgsystemen.

Soms wordt er net als bij interculturele vergelijkingen een hiërarchische volgorde aangebracht tussen de verschillende systemen, in de zin van dat één bepaald systeem het eindpunt is, en dat alle andere systemen voorstadiën daarvan zijn. Field (1980) heeft bijvoorbeeld in tweede instantie nog een type toegevoegd aan zijn indeling: het a-nomische systeem. Dit is voor hem het oer-type waaruit de westerse gezondheidszorg in de vorige eeuw is ontstaan: particuliere instanties die zonder overheidsingrijpen hun diensten in een open markt aanbieden. Uit dit type systeem dat niet meer bestaat, zouden de andere door hem beschreven systemen zijn voortgekomen. Volgens Field is er een ontwikkeling in de richting van genationaliseerde of gesocialiseerde systemen.

Naar onze mening is er geen reden om uit te gaan van deze vooronderstelling, die dateert uit de zeventiger jaren. Zoals De Swaan (zie paragraaf 4.2) stelt, kenmerkt de huidige westerse samenleving zich door grootschalige verzorgingsarrangementen op nationaal niveau. Gezien het belang, de complexiteit en de omvang van het zorgsysteem is invloed van de overheid hierop onontbeerlijk. Een verzekeringssysteem is in een of andere vorm een voorwaarde, omdat verreweg de meeste individuen de kosten van een ernstige aandoening niet kunnen dragen. Gezien de noodzakelijke solidariteit is in een of andere vorm een financieringsregeling nodig voor de armste inwoners.

De manier waarop dit is ingevuld verschilt van land tot land. De vier soorten systemen die Field beschrijft passen allemaal binnen het hierboven geschetste kader met als uitersten het pluralistische systeem (bijvoorbeeld de Verenigde Staten) en het gesocialiseerde systeem (bijvoorbeeld Rusland). Uit de recente ontwikkelingen in de verschillende landen blijkt dat er geen tendens is naar

één van de uitersten, maar eerder naar een tussenvorm. Daar waar erg weinig overheidsbemoedening is, blijkt het nuttig te zijn om die te vergroten. En daar waar die te veel is geldt het omgekeerde. Hieronder wordt ingegaan op de vier verschillende systemen van gezondheidszorg.

Pluralistische systemen: Verenigde Staten

Volgens Field (1973) wordt een pluralistisch systeem gekenmerkt door het naast elkaar bestaan van een veelheid van verschillende voorzieningen, die relatief zelfstandig zijn. Deze voorzieningen kunnen privé-eigendom zijn, aan stichtingen toebehoren, of overheidsinstellingen zijn. Vergoedingen vinden vooral plaats op basis van verrichtingen. Er zijn relatief weinig gereguleerde ziektekostenverzekeringen. De overheid speelt in het geheel een geringe rol. De Verenigde Staten zijn het schoolvoorbeeld van zo'n systeem. Er zal op enkele aspecten van het Amerikaanse zorgsysteem worden ingegaan.

In de Verenigde Staten is er geen sprake van een eerste lijn zoals in Nederland. Enerzijds zijn specialisten rechtstreeks toegankelijk. Anderzijds werken de zogenaamde general practitioners vaak ook in de ziekenhuizen (zie paragraaf 4.2). Er bestaan zowel solo-praktijken als groepspraktijken. Verder zijn er out-patient-clinics (zelfstandige klinieken) waarin diverse soorten artsen kunnen werken. Voor de armste mensen fungeren de eerste-hulp-afdelingen van de overheidsziekenhuizen vaak als een eerste lijn.

Zoals in paragraaf 4.2 bij de besprekingen van de studie van Starr is aangegeven, hebben de Amerikaanse ziekenhuizen een andere ontwikkeling achter de rug dan de Europese. In de Verenigde Staten was met name de betrokkenheid van de overheid altijd vrij klein, zodat de ziekenhuizen op zichzelf waren aangevoelen. Een goed ontwikkeld ziekenhuismanagement is daarvan het gevolg, dat onder andere veel aandacht geeft aan kwaliteitsbewaking. Er zijn drie soorten ziekenhuizen. Ten eerste overheidsziekenhuizen. Deze functioneren voornamelijk onder de lokale overheid, vooral in de grote steden. Psychiatrische ziekenhuizen worden vaak beheerd door de staten. Ten tweede zijn er vrij veel ziekenhuizen die uitgaan van non-profit-instellingen. Ten derde is er een relatief kleine groep ziekenhuizen die geëxploiteerd worden door commerciële organisaties. Bekend zijn de ziekenhuisketens van enkele grote ondernemingen waarvan de aandelen op de beurs genoteerd staan. Ziekenhuizen hebben een vergunning van de overheid nodig. Ook in het kader van de sociale verzekeringen (Medicare en Medicaid) is een erkenning nodig. Tenslotte willen de ziekenhuizen zelf vaak een erkenning hebben van een organisatie zoals de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Dit kan gezien worden als een waarborg van kwaliteit voor de potentiële patiënten (Wilson e.a., 1976).

De openbare gezondheidszorg (public health) functioneert niet veel anders dan de Nederlandse basisgezondheidszorg. Op lokaal niveau zijn er de Local (City) Health Departments. Daar is aandacht voor epidemiologie, infectieziektenbestrijding, milieuhygiëne, moeder- en kindzorg. Meer dan in Nederland hoort in de grote steden soms ook geneeskundige verzorging voor de armen tot het takenpakket. In de Verenigde Staten besteden deze City Health Departments ook aandacht aan planning en normstelling (Wilson e.a., 1976). Op het niveau van de staat en de federatie zijn er eveneens gezondheidsdiensten.

Velen zeggen dat de organisatie van de Amerikaanse gezondheidszorg een non-system is; er zou geen sprake zijn van een georganiseerd systeem (Freidson, 1970; Field, 1980). Dat is echter niet het geval. Gesteld kan worden dat er in de Verenigde Staten veel nadruk ligt op particulier initiatief en relatief weinig nadruk op structurering door de overheid. Zoals in elk westers land is ook hier sprake van een vrij grote mate van bureaucrativering. Zoals ook in andere landen het geval is, beschikt de overheid over sturingsmogelijkheden via de sociale verzekeringen (in casu Medicare en Medicaid). Sinds 1974 is er de National Health Planning and Resources Development Act. Binnen een regionale

indeling is er op basis van deze wet planning mogelijk; met name van nieuwe voorzieningen (Van der Werff, 1976).

De regio-indeling van deze planningswet is dezelfde als die van de Professional Standard Review Organizations (PSRO). Deze door de overheid in het leven geroepen organisaties bewaken de kwaliteit en de ontwikkelingen van de gezondheidszorginstellingen en de vrij gevestigde artsen. Daartoe is het land opgedeeld in ruim 200 regio's. De kwaliteitsbewaking is in de Verenigde Staten beter ontwikkeld dan in Europa; zowel op instellingsniveau als door de overheid. Via deze kwaliteitssystemen is enige ordening en beheersing mogelijk.

De Amerikaanse gezondheidszorg valt niet alleen op door het aanwezig zijn van commerciële gezondheidszorginstellingen, die overigens een duidelijke minderheid vormen, maar ook door de relatief kleine omvang van de sociale verzekeringen. In de jaren twintig en dertig ontstonden in de Verenigde Staten de Blue Cross-verzekeringen tegen intramurale ziektekosten. Later werden deze aangevuld met de Blue Shield-verzekeringen voor de kosten van ambulante zorg. De Blue Cross/Shield-verzekeringen worden uitgevoerd door non-profit-organisaties en zijn enigszins vergelijkbaar met de Nederlandse ziekenfondsen. In veel staten zijn er wettelijke regelingen voor, maar het is niet zo als in Nederland dat er sprake is van verplichte deelname aan deze verzekeringen. Dat is een essentieel verschil (zie Matse, 1986b).

In de jaren 60 werden er wel twee echte sociale verzekeringen ingevoerd. Medicare is een verplichte verzekering tegen ziekenhuiskosten voor mensen van 65 jaar en ouder, en omvat een vrijwillige verzekering tegen de kosten van ambulante zorg. Medicaid is een sociale ziektekostenverzekering voor mensen met zeer lage inkomsten, zoals degenen die public assistance (vergelijkbaar met de bijstand) ontvangen. Een groot probleem is dat in de praktijk het merendeel van de armen die in principe wel voor deze verzekeringen in aanmerking zouden kunnen komen, niet daadwerkelijk profiteert van de uitkeringen. Het is niet geheel duidelijk hoe dit kan worden verklaard (Grant, 1975).

Naast de hierboven genoemde verzekeringsvormen zijn er in de Verenigde Staten verder uitsluitend particuliere ziektekostenverzekeringen. Vaak wordt er door de werkgever een relatief voordelige particuliere ziektekostenverzekering aangeboden in het kader van de secundaire arbeidsvoorwaarden. Een bijzondere vorm van particuliere ziektekostenverzekeringen zijn de *Health Maintenance Organizations* (HMO's). Een belangrijk kenmerk van HMO's is de koppeling van de ziektekostenverzekering aan bepaalde gezondheidszorginstellingen die in natura de voorzieningen aan de verzekerden aanbieden. Schut e.a. (1985) beschrijven het fenomeen van de HMO's en stellen dat deze dezelfde kwaliteit kunnen leveren als de gewone ziektekostenverzekeringen voor 10 tot 40% lagere kosten.

Dit zou het gevolg zijn van verbeterde marktwerking en wel op verschillende vlakken (Raat, 1986). Ten eerste wordt de autonome positie van medici doorbroken. Bij een HMO komt de behandelaar in dienst van de financier, waardoor – onder de Amerikaanse omstandigheden – professioneel management over het medisch handelen beter mogelijk wordt (Salemink, 1987). Er kan een informatiesysteem worden opgezet, dat leidt tot efficiënte interne planning en controle. Bij HMO's is het inkomen van de behandelaars niet afhankelijk van het aantal verrichtingen. Er is echter naast een vast inkomensgedeelte een relatie met het resultaat van de gegeven zorg; zowel in financieel als in kwalitatief opzicht. Tussen de HMO's bestaat enige concurrentie – met name ten aanzien van de kwaliteit – doordat de verzekerden vaak kunnen kiezen tussen de verschillende HMO's of andere vormen van ziektekostenverzekering en gezondheidszorg.

De laatste jaren is er in Nederland veel aandacht geweest voor HMO's als mogelijke oplossing voor de financiële problemen in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit in het kader van de recente belangstelling voor marktwerking

in de gezondheidszorg. Bedacht moet worden dat de Nederlandse ziekenfondsen al enige gelijkenis vertonen met HMO's. De ziekenfondsen zijn in tegenstelling tot HMO's echter niet vrij in het aangaan van contracten met behandelaren en instellingen. Hiervoor wordt de laatste tijd wel gepleit. Het is de vraag of HMO's in Nederland wel op dezelfde manier mogelijk zijn. Bijvoorbeeld in hoeverre professioneel management over het medisch handelen op dit moment in Nederland mogelijk is. De kosten van de gezondheidszorg zijn in de Verenigde Staten veel hoger dan hier, zodat het voor HMO's in de Verenigde Staten gemakkelijker is om besparingen te realiseren. Overigens wordt er in de regio Utrecht begonnen met een experiment om aspecten van HMO's toe te passen. Daartoe heeft de grote particuliere ziektekostenverzekeraar het Zilveren Kruis een contract gesloten met de op dat moment bijna failliete gezondheidscentra in Maarssenbroek (Lems, 1988).

In de Nederlandse gezondheidszorg heeft men zich de afgelopen tijd in het kader van de terugtrekkende overheid georiënteerd op het Amerikaanse systeem. Maar wat zijn de voor- en nadelen van het pluralistische systeem in de Verenigde Staten? Om te beginnen zijn de kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking nergens hoger dan in de Verenigde Staten: bijna 1.400 dollar per hoofd van de bevolking per jaar in 1982. Ter vergelijking: de kosten in Nederland waren in 1982 minder dan 950 dollar per hoofd van de bevolking per jaar. Extreem goedkope Europese landen zijn bijvoorbeeld Portugal en Griekenland met zo'n 250 dollar per capita per jaar (Schieber, 1985). Zelfs in relatie tot het Bruto Nationaal Product zijn de kosten van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten extreem hoog. Overigens is er geen directe relatie tussen de kosten van de gezondheidszorg en het type gezondheidszorgsysteem in een land. Zo zijn de kosten in Zweden met een genationaliseerde gezondheidszorg even hoog als in de Verenigde Staten; zowel in relatie tot het aantal inwoners, als in relatie tot het Bruto Nationaal Product.

Een belangrijk nadeel van het verzekeringssysteem in de Verenigde Staten is de slechte dekking bij mensen uit de laagste inkomensgroepen. Dit probleem doet zich geconcentreerd voor in de grote steden. Het leidt bijvoorbeeld tot een tekort aan medische voorzieningen in de ghetto's en arme wijken van de stad. Overheidsziekenhuizen en eventueel de basisgezondheidszorg dienen de zorg voor de onverzekerden over te nemen; veelal via overvolle eerste hulpafdelingen die als polikliniek gaan functioneren. Zo ontstaat er een twee-klassensysteem van medische verzorging (Krause, 1977). De gezondheidszorg voor armen loopt langs andere kanalen dan die voor de middenklasse.

Uit de situatie in de grote steden in de Verenigde Staten blijkt dat de lokale overheid met behulp van medische voorzieningen moet bijspringen als het reguliere gezondheidszorgsysteem lacunes vertoont. Als het eenmaal zover is, dan is het voor de overheid vrijwel onmogelijk om de ontstane achterstand naar tevredenheid te compenseren. Overigens hoeft in Nederland – zelfs bij de vergaande bezuinigingsvoorstellen – nog niet direct gevreesd te worden voor Amerikaanse toestanden in de grote steden. Op langere termijn is het echter wel een waarschuwing, die laat zien hoe groot het belang is van een evenwichtig sociaal stelsel.

Van de Amerikaanse gezondheidszorg kunnen ook positieve dingen geleerd worden. Het medisch-technisch niveau van de zorg staat in ieder geval op een hoog peil. Het pluralistische karakter van de zorg laat allerlei vormen van vernieuwingen toe, zowel op inhoudelijk, organisatorisch, als financieel vlak (Prince, 1987). Aspecten daarvan kunnen in Nederland worden overgenomen. Voorbeelden zijn het goed ontwikkelde professionele management in veel ziekenhuisorganisaties en wellicht bepaalde aspecten van de Health Maintenance Organizations. Ook de aandacht voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de Verenigde Staten kan voor Nederland als voorbeeld dienen (Faro, 1987).

Het tweede type van systemen van gezondheidszorg dat door Field (1973) beschreven is, zijn de systemen met sociale verzekeringen. Voorbeelden hiervan zijn de gezondheidszorg in Nederland en de meeste andere West-Europese landen (behalve Engeland en Zweden). Het verschil met het hierboven beschreven pluralistische systeem is slechts gradueel. Immers, ook in de Verenigde Staten zijn er sociale ziektekostenverzekeringen (Medicare en Medicaid). De omvang van het sociale verzekeringstelsel en de daarmee gepaard gaande invloed op de gezondheidszorg, is in de hier bedoelde West-Europese landen echter groter.

Meer dan in de Verenigde Staten vervullen de instanties die de sociale verzekeringen uitvoeren in Europa de rol van third party. In de relatie tussen de behandelaar en de patiënt hebben ze als betalende, derde partij een eigen functie. Daardoor wordt de autonomie van de hulpverleners ingeperkt. In principe kunnen de sociale verzekeraars zich opstellen als countervailing power ten bate van de patiënt.

De sociale verzekeringen dateren uit het einde van de vorige eeuw. In de opkomende industrieën waren verzekeringen nodig om extreme armoede in de steden te voorkomen bij arbeiders die wegens ziekte en invaliditeit uitvielen. Enerzijds waren er de loondervingsvoorzieningen en anderzijds de ziektekostenvoorzieningen. Andere sociale verzekeringen die nodig waren hadden betrekking op loonderving bij werkloosheid en loonderving op bejaarde leeftijd, wanneer werken niet meer goed mogelijk is (zie De Swaan, 1985, 1988). Veel van deze verzekeringen hadden aanvankelijk alleen betrekking op (industriële) loonarbeiders. Sommigen werden later uitgebreid naar de hele bevolking in de vorm van zogenaamde volksverzekeringen.

Er zijn verschillende soorten van sociale ziektekostenverzekeringen mogelijk. Ze kunnen verplicht zijn of vrijwillig; alleen voor mensen in loondienst of onafhankelijk daarvan; met een breed of een smal pakket; met een inkomensafhankelijke premie of een absolute premie, dan wel een bepaalde vaste voet; met of zonder eigen bijdragen. De instanties die de verzekering beheren kunnen op uiteenlopende wijzen georganiseerd zijn. In de WRR-voorstudie Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief (De Klein e.a., 1986) wordt hier uitgebreid op ingegaan.

Twee aspecten van de sociale ziektekostenverzekeringen zijn van belang. Ten eerste de kwaliteit van de bescherming tegen onbetaalbare ziektekosten voor iedereen bij wie dat nodig is. Indien deze bescherming goed is, zullen er geen problemen ontstaan met onverzekerden zoals in de grote Amerikaanse steden. Ten tweede gaat het hier om de relatie tussen het verzekeringssysteem en de structuur van de zorg. Omdat de overheid wettelijk vaststelt wie er verzekerd zijn, welke diensten op welke voorwaarden vergoed worden, hoe de verzekering wordt uitgevoerd, kan de overheid op indirecte wijze de structuur van de gezondheidszorg beïnvloeden. De voorwaarde bijvoorbeeld in Nederland dat voor specialistische behandeling een verwijskaart van de huisarts nodig is, is een enorme steun voor de uitgebreide huisartsenzorg in Nederland. In België geldt zo'n regeling bijvoorbeeld niet.

In alle westerse landen is de gezondheidszorg in de zestiger en zeventiger jaren enorm uitgebreid, hetgeen resulteerde in toename van complexiteit en kosten. De indirecte invloed van de overheid via de sociale ziektekostenverzekering bleek niet genoeg te zijn om de nodige structuur en kostenbeheersing te realiseren. Daarom ontstonden er in de verschillende landen verschillende vormen van structuurwetgeving. In Nederland bijvoorbeeld de Wet Ziekenhuisvoorzieningen die in 1971 tot stand kwam en later de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) die weer zal worden ingetrokken. Zie bijvoorbeeld Maynard (1976) voor een overzicht van de regelingen in diverse Europese landen.

De andere Europese landen met een systeem van sociale verzekeringen vormen minder spectaculair en minder vaak geciteerd vergelijkingsmateriaal

dan het pluralistische systeem in de Verenigde Staten. Door de overeenkomst in structuur, problemen en voorgestelde oplossingen zijn deze vergelijkingen in principe wel heel praktisch (zie bijvoorbeeld de WRR-studie van De Klein e.a., 1986). Het gaat dan niet om radicale oplossingen, maar om graduele verschillen zoals meer of minder overheidsregulering, meer of minder progressie in de premie-opbouw, een meer of minder uitgebreid verstrekkingspakket.

Generationaliseerde gezondheidszorg in Engeland en Zweden

Het derde type van gezondheidszorg (Field, 1973) is de generationaliseerde gezondheidszorg, zoals die bijvoorbeeld te vinden is in Engeland en Zweden. Ook hier is er een vloeiende overgang van het hiervoor besproken systeem van zorg naar het onderhavige. Kenmerkend voor het systeem van generationaliseerde zorg is dat de meeste voorzieningen worden beheerd door de overheid. Een groot gedeelte van de artsen werkt in dienstverband bij de instellingen op salarisbasis, hoewel er ook privé-praktijken mogelijk zijn. In plaats van premieheffing voor de sociale ziektekostenverzekeringen, worden de gelden bij dit systeem voornamelijk geïnd als onderdeel van de belastingen. Slechts een relatief klein gedeelte van de kosten wordt gedekt door sociale verzekeringen en eigen bijdragen. Het grootste gedeelte van de gezondheidszorg wordt dus uit de begroting van de overheid gefinancierd, hetgeen een veel directere sturing van het systeem mogelijk maakt dan bij een combinatie van sociale verzekeringen en structuurwetgeving.

De National Health Service (NHS) in Engeland is het lichtend, dan wel afschrikwekkend, voorbeeld van een systeem van generationaliseerde gezondheidszorg in een westers land (zie Draper e.a., 1976; Culyer, 1976; Mooney e.a., 1980; Widgery, 1979). In 1946 werd besloten tot het oprichten van de National Health Service, die in 1948 in werking trad. In 1974 werd de NHS drastisch gereorganiseerd. De unieke situatie in Engeland kan voor een deel verklaard worden uit de grote problemen in de gezondheidszorg voor en tijdens de Tweede Wereldoorlog, vooral door een te beperkt systeem van sociale verzekeringen. Daarbij komt dat de overheid tijdens de oorlogsjaren een eigen Emergency Health Service had opgericht in verband met de te verwachten oorlogscalarmiteiten.

De eerste lijn met daarin de huisartsenzorg is in Engeland evenals in Nederland goed ontwikkeld. De meeste huisartsen zijn vrijgevestigd en hebben een contract met de Local Health Authority, net als in Nederland de huisartsen een contract hebben met het ziekenfonds. Er zijn in Engeland wel veel meer gezondheidscentra dan in Nederland (zie Knox, 1986; Hull e.a., 1986; Hull, 1986). Het merendeel van de tweede lijn, de ziekenhuizen, vallen geheel onder de NHS. De specialisten en andere artsen zijn in loondienst. De Local Health Authorities hebben aparte instellingen voor basisgezondheidszorg. De NHS valt binnen één samenhangend organisatorisch kader onder de verantwoordelijkheid van de overheid. Sinds de reorganisatie van 1974 is er een getrappt systeem waarbij het hele land in 14 regio's is onderverdeeld en deze regio's in zo'n 200 districten van gemiddeld 250.000 inwoners (Levitt, 1976).

Het systeem van financiering van de gezondheidszorg uit de overheidsbegroting maakt beheersing van de uitgaven relatief eenvoudig. Daarvan is in Engeland gebruik gemaakt, hetgeen resulteert in relatief zeer lage uitgaven voor gezondheidszorg, ook in relatie tot het Bruto Nationaal Product: minder dan 600 dollar per hoofd van de bevolking in 1982 (Schieber, 1985). Het uiterst stringente financieringsbeleid heeft geleid tot grote problemen ten aanzien van de omvang en kwaliteit van de aangeboden zorg. Een voorbeeld zijn de lange wachttijden voor niet-actuele behandelingen, hetgeen een uitermate onpopulair issue is.

Uiteraard zijn er mensen die zich een meer luxueuze gezondheidszorg kunnen veroorloven en daar ook prijs op stellen. Dit leidt onherroepelijk tot een privé-sector naast de officiële gezondheidszorg, hetgeen in Engeland is gebeurd. De wachttijden en andere onvolkomenheden bij de NHS, bestaan uiteraard niet in

de duur betaalde (voornamelijk via particuliere verzekeringen) privésector, hetgeen de situatie alleen maar schrijnender maakt. Maatschappelijke ongelijkheid komt zo apert naar voren op een als uiterst essentieel ervaren levensterrein (Doyal, 1981).

Deze problemen komen veel minder voor in Zweden, het in verhouding tot Engeland relatief weinig besproken, andere voorbeeld van genationaliseerde gezondheidszorg (Schrijvers, 1980). Na de Tweede Wereldoorlog heeft de Zweedse gezondheidszorg een geleidelijke ontwikkeling doorgemaakt naar een systeem van overwegend genationaliseerde gezondheidszorg. Opvallend is de decentralisatie-tendens waarbij de landstingen (provincies) de meeste voorzieningen beheren. De landstingen maken overigens deel uit van grotere regio's en zijn zelf weer onderverdeeld in districten.

Het merendeel van de artsen werkt in dienstverband voor een vast salaris, er zijn echter wel particuliere praktijken, zowel van huisartsen als specialisten. De artsen hebben normale werktijden, waardoor er bij onvoldoende compensatie door een groter aantal artsen wel een probleem ontstaat met de continuïteit en wachttijden. Een opvallende particuliere gezondheidszorg naast het overheidssysteem is er echter niet in Zweden. Dit staat in relatie tot de ruime middelen die de overheid besteedt aan de gezondheidszorg, ook in verhouding tot het Bruto Nationaal Product: meer dan 1300 dollar per hoofd van de bevolking in 1982 (Schieber, 1985).

Een probleem in bijna alle landen en alle systemen is een ongelijke geografische verdeling van de gezondheidszorgvoorzieningen. Een universeel verschijnsel is dat de meeste voorzieningen geconcentreerd zijn in de economische centra in en rondom de grote steden. Een relatief tekort is er in de afgelegen rurale gebieden. Dit probleem was één van de aanleidingen voor een genationaliseerde gezondheidszorg in Engeland en Zweden. Daar is dit probleem inderdaad grotendeels opgelost, al blijft er net als elders een gradiënt bestaan van urbaan naar ruraal.

Engeland en Zweden zijn voorbeelden van landen waar de structuurprincipes echelonnering en regionalisatie in de praktijk zijn toegepast. Aangezien deze organisatieprincipes in de zeventiger jaren ook voor de Nederlandse gezondheidszorg werden voorgesteld, was er behoefte aan een vergelijkende studie. Deze is uitgevoerd door Schrijvers (1980). De echelonnering en regionalisatie hadden volgens plan via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG, 1982) in Nederland moeten worden geëffectueerd. Het problematische is echter dat in Nederland de meeste voorzieningen niet genationaliseerd zijn. Dat maakt effectivering van de regionalisatie zoals die in Engeland en Zweden functioneert, een lastige zaak.

Gesocialiseerde gezondheidszorg in Rusland

Het laatste type gezondheidszorgsysteem van Field (1973) dat besproken wordt is de gesocialiseerde gezondheidszorg waarvoor Rusland model staat. Opnieuw is er slechts een gradueel verschil met het hierboven genoemde type. In principe zijn bij de gesocialiseerde gezondheidszorg alle voorzieningen staats eigendom en zijn alle werkers in de gezondheidszorg in overheidsdienst. Dit type systeem komt voor in communistische landen. In overeenstemming met de grote overheidsinvloed is de autonomie van de medische professie sterk ingeperkt. Ook voor de patiënten zijn er relatief minder keuzemogelijkheden.

Het is de vraag in hoeverre verschillen tussen de gezondheidszorg in Rusland en die in kapitalistische landen toegeschreven moeten worden aan een ander staatsbestel of aan cultuurverschillen. Bijzonder opvallend is bijvoorbeeld het extreem hoge percentage vrouwen onder de Russische artsen: 72% in 1972 in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten met 7% in hetzelfde jaar. In de meest mannelijke artsenberoepen, zoals chirurg, en in de hoge beleidsfuncties is het percentage vrouwen net als in de kapitalistische landen overigens

aanmerkelijk lager (Navarro, 1977). In overeenstemming met het vrouwelijke karakter van het artseneroep in Rusland lijkt de lage status en het lage salaris erbij.

Het laatste past bij de extreem hoge artsendichtheid in Rusland (369 inwoners per arts). Alleen Israël staat hoger op de landen-ranglijst van artsendichtheid. Nederland komt bijvoorbeeld op de 23e plaats met 696 inwoners per arts in de zeventiger jaren (Leichter, 1979). Overigens zijn de kosten van de gezondheidszorg in Rusland relatief laag met naar schatting 4% van het nationale inkomen in Rusland (Roemer, 1979), terwijl het land qua gezondheidsindicatoren vrij goed scoort (Leichter, 1977).

Het ligt voor de hand dat ook Rusland kampt met het probleem van een ongelijke geografische spreiding van voorzieningen. Opvallend is dat het ook met direct staatsingrijpen niet mogelijk is om het tekort in de extreem afgelegen gebieden in Rusland op te heffen. Het ver doorgevoerde bureaucratische karakter van de zorg in Rusland leidt tot het probleem van een lage kwaliteit van het dienstbetoon. In Rusland bestaat niet zoals in Engeland het ontsnappingsmechanisme van een erkende particuliere sector naast het overheidsstelsel. Dit leidt tot zwarte en grijze dubbele betalingen binnen de reguliere overheidszorg om een bepaald gewenst niveau van dienstverlening te krijgen. Dit illegale circuit doet de mogelijkheden van direct overheidsingrijpen binnen het gesocialiseerde zorgstelsel grotendeels teniet. Het is dus geen wonder dat Sovjet-economen discussiëren over hervormingen met gebruikmaking van marktelementen (Van den Boogaard, 1985).

Betekenis voor de vier grote steden

Wanneer de zorgsystemen in verschillende landen met elkaar vergeleken worden, dan is er sprake van een macro-perspectief op nationaal niveau. Er is echter een nauwe relatie tussen de positie van de grote stad en de nationale ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Uiteraard proberen de grote steden om het landelijke beleid als één van de vele partijen mede te beïnvloeden. Daarvoor is inzicht nodig in de landelijke gezondheidspolitiek, die op haar beurt beïnvloed wordt door internationale ontwikkelingen.

Voor de vier grote steden is het cruciaal hoeveel invloed zij hebben op de gezondheidszorg in hun regio. In Nederland is die vrij gering. Met de invoering van de WVG zou deze toenemen, maar die plannen gaan niet door. Wat is dus de positie van de grote steden in internationaal perspectief? En hoe kan die in de toekomst worden? Dit moet beoordeeld worden vanuit de plaats van de gezondheidszorg van de grote steden in een systeem met sociale verzekeringen gecombineerd met enige structuurwetgeving. In een dergelijk systeem waar het merendeel van de voorzieningen niet door de overheid beheerd wordt, zal de directe invloed van de (lokale) overheid altijd relatief gering blijven. Dit in tegenstelling tot genationaliseerde systemen zoals in Engeland en Zweden. Wat Schrijvers (1980) deed, namelijk het afspiegelen van de toekomstige Nederlandse structuur aan die in Engeland en Zweden, was ijdele hoop. Binnen een systeem met sociale verzekeringen verloopt de overheidsinvloed indirect via het verzekeringssysteem en een aanvullende structuurwetgeving. Binnen beide reguleringsmechanismen is er zowel een accent op rijksinvloed als een accent op lokale invloed mogelijk. Maar nogmaals, lokale invloed verloopt geheel anders wanneer de lokale overheid het merendeel van de voorzieningen daadwerkelijk uitvoert. Bovendien is het zo dat de instanties die de sociale verzekeringen uitvoeren, wel ingesteld worden door de overheid, maar dat zij relatief autonoom functioneren. Daardoor hebben de stadsbesturen nauwelijks invloed op lokale ziekenfondsen in hun regio.

Hoewel in Nederland met zijn extreem grote omvang van de collectieve voorzieningen in vergelijking met andere landen, het gevaar van onderverzekering niet zo groot is, dienen vooral de grote steden oog te hebben voor de gevaren hiervan. Amerikaanse toestanden zijn in Nederland niet te verwachten, maar het is wel zo dat bij een dekking van de sociale ziektekostenverzekeringen die

beneden de 100% ligt, er problemen kunnen ontstaan ten gevolge van niet of te laag verzekerde inwoners. Deze problemen zullen door de lokale overheid opgevangen moeten worden, net zoals het vroeger in Nederland gebeurde en nu nog in de Verenigde Staten. Dergelijke problemen concentreren zich in hoge mate in de achterstandsgebieden in de grote steden.

4.4 De World Health Organization

De huidige internationale samenwerking op het gebied van de gezondheid hangt enerzijds samen met het openbare belang van gezondheidsproblemen en anderzijds met de onderlinge afhankelijkheid van naties van elkaar. Zoals in paragraaf 4.2 al werd vermeld waren het vooral de grote epidemieën die de overheid tot ingrijpen dwongen. Het meest indrukwekkend waren epidemieën van acute, snel tot de dood leidende ziekten. In de middeleeuwen was dat de pest waardoor een derde tot de helft van de Europese bevolking werd uitgeroeid. Het equivalent voor de negentiende eeuw waren de cholera-epidemieën. Zowel de pest als de cholera waren wereldomvattende epidemieën die de noodzaak van internationale samenwerking duidelijk maakten, zodra daarvoor de organisatorische en politieke mogelijkheden tot stand kwamen. Dat was pas vanaf de negentiende eeuw. In de twintigste eeuw kwamen dergelijke wereldomvattende epidemieën niet meer voor, slechts voor een deel dankzij de internationale samenwerking. De angst ervoor was echter motief genoeg om door te gaan met deze samenwerking.

Pas met de opkomst van AIDS in de tachtiger jaren kan weer van een pandemie (een wereldomvattende epidemie) worden gesproken. Net als dat de sterfte door cholera een fractie was van die door de pest, is de sterfte ten gevolge van AIDS relatief gering ten opzichte van vorige en andere epidemieën. De sociale impact van een dergelijke epidemie van een besmettelijke ziekte is echter zo groot, dat ook hier opnieuw een impuls aan een internationale aanpak wordt gegeven.

Op Europees niveau begon de internationale samenwerking met de eerste International Sanitary Conference in 1851 te Parijs met de cholera als belangrijkste agendapunt naast andere besmettelijke ziekten zoals de pest en gele koorts (zie Matse, 1986a). Een belangrijke aanleiding waren de belemmeringen in de internationale handel door de quarantaine-maatregelen die de verschillende landen hadden afgekondigd (Roscam Abbing, 1979). Tijdens een tweede conferentie werd er al gesproken over een uniforme classificatie van doodsoorzaken, een voorwaarde voor internationale samenwerking.

In 1903 werd in Parijs het Office Internationale d'Hygiène Publique (OIHP) opgericht, parallel aan het International Sanitary Bureau for the Americas in 1902. Het OIHP richtte zich op de uitvoering van een internationaal gezondheidsverdrag (Sanitary Convention) dat in Europa was gesloten. Uitwisseling van informatie over epidemieën was aanvankelijk de hoofdtaak, maar gaandeweg werden er ook andere gezondheidsproblemen aan de orde gesteld.

Na de Eerste Wereldoorlog werd in het kader van de Volkenbond besloten tot het oprichten van de Health Organization of the League of Nations. Deze organisatie had als doel het bevorderen van contacten tussen regeringen over gezondheidsvraagstukken. Daarnaast werd er samengewerkt met andere internationale organisaties zoals het Rode Kruis en het International Labour Office. Overigens bleef ook het OIHP bestaan tot na de Tweede Wereldoorlog. In de loop van de tijd groeide het inzicht dat internationale samenwerking niet alleen nodig was om epidemieën vanuit de minder ontwikkelde landen te voorkómen, maar ook om hulp te kunnen verlenen. Uit humanitaire overwegingen, naast eigen belang, begonnen in de twintigste eeuw de rijkere landen te helpen bij epidemieën in arme landen (Pannenberg, 1978).

Na de Tweede Wereldoorlog werd er in het kader van de Verenigde Naties een aantal internationale organisaties opgericht, waaronder de World Health Organization (WHO). De WHO verving alle vroegere internationale bureaus op dit gebied en zou zich met alle aspecten van de volksgezondheid bezighouden. Een World Health Conference richtte in 1946 de WHO op die pas vanaf 1948 functioneerde. De statuten van de WHO werden voorafgegaan door een preambule waarin als eerste punt de bekende WHO-definitie van gezondheid wordt gegeven: Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (Matse, 1986a). In de acht principes van de preambule bij de statuten van de WHO uit 1946 worden de belangrijkste uitgangspunten van het WHO-beleid uiteengezet, die nu nog actueel zijn. Naast het principe dat het hoogst mogelijke niveau van gezondheid tot de fundamentele rechten van de mens hoort, wordt er ook op gewezen dat een goede volksgezondheid in alle landen een noodzakelijke voorwaarde is voor de vrede en veiligheid van alle landen. Ongelijke ontwikkeling van de volksgezondheid in de verschillende landen zou een gevaar zijn voor allen, met name voor wat betreft de besmettelijke ziekten. Zoals hiervoor al werd aangegeven gaan principiële en opportunistische motieven hand in hand bij de internationale samenwerking. In het begin waren er 54 landen lid van de WHO. In 1979 was het aantal leden 152; slechts enkele landen waren nog geen lid (Matse, 1986a).

Health for All in Europa

De WHO heeft tijdens de dertigste Assemblee in 1977 haar primaire doelstelling geconcretiseerd in de strategie Health for All by the Year 2000. Het regionale comité van de WHO-regio Europa – bestaande uit 33 deelnemende landen inclusief Marokko en Israël – heeft de Health for All-strategie in 1980 voor haar regio aanvaard. In 1984 formuleerden de Europese lidstaten 38 doelen (targets) voor de komende jaren om een minimale vooruitgang naar het uiteindelijke doel Health for All in haar regio vast te stellen. De 38 doelstellingen van de regio Europa zijn geen wettelijke bepalingen. Zij zijn bedoeld als stimulans voor de diverse betrokken groeperingen – waaronder de overheid – in de verschillende lidstaten om eigen prioriteiten en actieplannen te stellen (Targets for Health for All, 1985; Health for All by the Year 2000, 1986). De 38 beleidsdoelstellingen van de WHO-Europa hebben betrekking op vijf verschillende aandachtsvelden:

1. gezondheidstoestand (doelstelling 1-12);
2. leefstijl (doelstelling 13-17);
3. omgevingsfactoren (doelstelling 18-25);
4. zorg (doelstelling 26-31);
5. ondersteuning voor gezondheidsontwikkeling (doelstelling 32-38).

Er zit een bepaalde volgorde in deze thema's. De eerste groep doelstellingen gaat over het algemene doel Health for All. De tweede en de derde groep bevatten belangrijke voorwaarden om dit doel te bereiken. De vierde groep gaat over de zorgfuncties die nodig zijn om gezondheidsproblemen te voorkomen en zonnig op te vangen. De laatste categorie gaat over een aantal instrumenten zoals onderzoek en beleidsontwikkeling om de strategie naar Health for All te ondersteunen. Alle doelstellingen zijn voorzien van een jaartal waarin het betreffende doel bereikt moet zijn. Dat jaartal varieert van 1990, 1995 tot 2000.

Op wereldniveau heeft de WHO in 1981 twaalf indicatoren aanvaard om de voortgang naar Health for All goed te kunnen volgen. In Europees verband zijn hiervoor 65 indicatoren ontwikkeld, waarin de twaalf mondiale indicatoren zijn opgenomen. De Europese lidstaten hebben met elkaar afgesproken om iedere drie jaar aan de WHO te rapporteren over hun voortgang naar Health for All volgens de 38 targets op basis van de 65 indicatoren. De eerste rapportage was in 1985, de tweede in 1988 (Health for All by the Year 2000, 1986 en

1988). In Nederland werd de verslaglegging naar de WHO toe gecoördineerd door de Directie Epidemiologie en Informatica van het Ministerie van WVC. De Nederlandse rapportage biedt een goed overzicht van de stand van zaken ten aanzien van het gezondheidsbeleid in Nederland.

Health Promotion

Het WHO-beleid pogt meer in te grijpen op de factoren die de gezondheid beïnvloeden, dan in de zorg achteraf voor als er iets is misgegaan. Van de twee groepen beïnvloedbare factoren leefstijl en omgeving, is in Europa de leefstijl zeer belangrijk. Doelstellingen 13 tot en met 17 zijn hierop gericht. Health Promotion is de overkoepelende term voor strategieën die erop gericht zijn om de leefstijlen in positieve zin te beïnvloeden. In 1984 heeft een werkgroep van de WHO-regio Europa een discussiestuk opgesteld getiteld: Health Promotion; concept and principles in action; a policy framework. Health Promotion is één van de pijlers van de Europese strategie om Health for All by the Year 2000 te bereiken.

Health Promotion richt zich op de hele bevolking in haar dagelijkse context en niet speciaal op bepaalde ziektes. Het heeft vooral betrekking op de determinanten van gezondheid. Er worden verschillende soorten, elkaar aanvullende methoden bij gebruikt. Bij Health Promotion wordt geprobeerd om zo effectief mogelijk gebruik te maken van de participatie van de bevolking. Het is persé geen medische activiteit, hoewel de deskundigen in de gezondheidszorg er een belangrijke bijdrage aan kunnen leveren (zie Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Health Promotion, a discussion document on concept and principles, 1986).

Het Healthy Cities Project

Voorjaar 1986 introduceerde de WHO-regio Europa het Healthy Cities Project. Naast algemene programma's zoals Health Promotion, is dit een specifiek project om de WHO-principes in Europa te gaan uitvoeren. Bijzonder is dat het voor het eerst is dat de WHO samenwerkt met lokale overheden in plaats van nationale overheden. In eerste instantie wil de WHO-Europa het Healthy Cities Project vorm geven in een vijfjarig programma van 1987-1992.

Er zijn verschillende aanleidingen te noemen voor het Healthy Cities Project. Een belangrijke impuls werd gevormd door de ontwikkelingen in de stedelijke gezondheidszorg in Toronto. In 1980 werden daar twee conferenties gehouden waarin het idee van een healthy city naar voren kwam: Beyond health care, georganiseerd door de stedelijke gezondheidsraad over de relatie tussen een groot aantal beleidsvelden en de gezondheidstoestand van de bevolking; en Healthy Toronto 2000, a policy conference georganiseerd door de City of Toronto Department of Public Health over doelstellingen voor gezondheid in het jaar 2000 en strategieën om die te bereiken (Ashton, 1986).

De ontwikkelingen in Toronto waren naast de ideeën van de WHO ook geïnspireerd door de ideeën van de Canadese minister van Volksgezondheid Marc Lalonde (1974) over de factoren die de gezondheid beïnvloeden. Volgens Lalonde is de gezondheidszorg één van de vier categorieën factoren die de gezondheid beïnvloeden. De andere drie zijn omgevingsfactoren, leefstijlen en biologische, waaronder erfelijke, factoren. Tezamen met de stelling van de Engelsman McKeown (1979) dat de mogelijkheden om via het cluster gezondheidszorg de gezondheidstoestand te beïnvloeden relatief gering zijn in onze tijd, leidde dit in Toronto tot een verschuiving van de aandacht naar een breed preventiebeleid.

De opvattingen van Lalonde, McKeown en de daarmee samenhangende ontwikkelingen binnen de WHO, werden in Toronto vertaald tot een nieuwe, idealistische aanpak om in te spelen op de grote stadsproblemen. Terwijl de steden in de derde wereld nog steeds kampen met dezelfde wantoestanden als die in de negentiende eeuwse westerse steden, is de problematiek in Toronto en

andere westerse steden nu anders: het roken van sigaretten; overmatig alcoholgebruik; slechte woningen; gevaren op het werk; nieuwe vervuilingen van lucht en water en dergelijke (Healthy Toronto 2000, 1984). Op stadsniveau wil Toronto deze problemen oplossen met het doel om de gezondste stad van Noord-Amerika te worden.

Toronto oriënteert zich sterk op de WHO-regio Europa in plaats van op de regio Noord- en Zuid-Amerika, die veel energie besteed aan de problemen in Midden- en Zuid-Amerika (Ketting, 1986). Door deze relatie was de WHO-Europa goed op de hoogte van de aanpak van grote-stadsproblemen in Toronto en liet zich hierdoor inspireren tot het Healthy Cities Project. Overigens zijn er rondom het Healthy Cities Project veel meer relaties tussen Europa en andere werelddelen. Zo waren er op het Healthy Cities Congres in Düsseldorf (juni 1987) naast Canada ook vertegenwoordigers uit Australië en de Verenigde Staten.

Vanwaar de belangstelling bij de WHO-Europa om de strategie Health For All uit te werken voor de grote steden. De laatste jaren is het besef teruggekomen dat de stad het vitale centrum is van de industriële samenleving (Hancock e.a., 1986). Steeds meer mensen wonen in een stedelijke omgeving. Naar schatting drie miljard mensen in het jaar 2000, waarvan de helft in steden met meer dan een miljoen inwoners (Duhl, 1986). Overigens zijn de steden in Nederland relatief klein.

Er komt ook bij de WHO steeds meer aandacht voor de wortels van zowel de openbare gezondheidszorg als de stadsplanning in de grote steden van de negentiende eeuw (Hancock e.a., 1986). In de negentiende eeuw waren de grote steden in Amerika en Europa het centrum van waaruit oplossingen werden gevonden voor de epidemische ziekten bij mensen die verkeerden in vreselijke leefsituaties. De beweging van openbare gezondheidszorg verspreidde zich over de hele wereld. Zie hiervoor de beschrijving in paragraaf 4.1. De WHO is geïnteresseerd in de mogelijkheden om ook nu vanuit de grote steden als belangrijkste leefmilieu in Europa een bijdrage te leveren aan de gezondheidssituatie in de stedelijke regio; een effect dat over het hele land kan uitstralen.

Iedere stad is uniek. Er zijn grote en kleine, arme en rijke steden, steden in opkomst en steden in verval. Veel steden kampen echter met de problemen van verval. Soms in vrijwel de hele stad en soms alleen in bepaalde stadsdelen. Van belang is het verdwijnen van de traditionele sociale structuren. Dit is een verschijnsel dat in de stad het eerste en het sterkste naar voren komt. De driegeraties-familie is in de stad een zeldzaamheid. Bij de verandering van de betekenis van het huwelijk en bij de opkomst van andere relatievormen loopt de grote stad voorop. In het algemeen veranderen de verhoudingen tussen de steden en tussen mensen. Spanningen tussen mensen en tussen groepen mensen komen in de stad het duidelijkst naar voren. Traditionele problemen, zoals werkloosheid, huisvestings- en opleidingsproblemen, gezondheidsproblemen in relatie tot het milieu en het werk, en infectieziekten bestonden en bestaan nog steeds meer in de grote steden dan elders (zie hoofdstuk 2).

Het Healthy Cities Project is een initiatief van de WHO-Europa in samenwerking tussen de sectie Health Promotion en de sectie Environmental Health. Het accent ligt op de bevordering van een gezonde omgeving en gezonde leefstijlen in de stad. Het project is ingebed in de WHO-strategie Health for All by the Year 2000 en is gebaseerd op de hiervoor besproken 38 Europese doelstellingen van Health For All. Overeenkomstig de algemene werkwijze van de WHO is de rol van de WHO ten aanzien van het Healthy Cities Project vooral stimulerend en coördinerend. De WHO-Europa ontwikkelt dus niet zelf activiteiten in bepaalde steden. De WHO levert ook geen financiën ten behoeve van het project (Asvall, 1986; Asvall e.a., 1986).

Het Healthy Cities Project bevat vijf elementen. De WHO wil steden helpen bij de ontwikkeling van concepten op basis waarvan stedelijke gezondheidsplannen worden gemaakt die action-based zijn (1). Binnen het Healthy Cities Project moeten initiatieven ontwikkeld worden die voor anderen dienen als

models of good practice (2). Daarbij moeten de meest uiteenlopende ingangen en werkwijzen uitgeprobeerd worden om te komen tot een gezonde stad. Vervolgens moeten deze models of good practice in de praktijk worden gebracht en geëvalueerd worden (3). Het is de bedoeling om binnen het project ideeën en ervaringen tussen de deelnemende steden uit te wisselen (4). De deelnemers aan het Healthy Cities Project moeten elkaar ondersteunen, samenwerken en van elkaar leren (5).

De WHO-Europa presenteerde het Healthy Cities Project op een besloten symposium in Lissabon in april 1986. Er waren toen 21 steden vertegenwoordigd, waaronder Amsterdam en Rotterdam. De gezonde stad werd er gedefinieerd als een stad die continu bezig is om de fysieke en sociale stadsomgeving te verbeteren en die continu bronnen in de stadsgemeenschap stimuleert tot het wederzijds ondersteunen van elkaar en bij het ontwikkelen van haar eigen mogelijkheden (Hancock e.a., 1986). Liverpool werd besproken als voorbeeld van één van de snelst vervallende steden in Europa. Liverpool presenteerde een overzicht van de gezondheidssituatie in haar stad: een community diagnosis (Health inequalities in Liverpool, 1986).

Na het eerste symposium van april 1986 in Lissabon was er in oktober 1986 een workshop in Gothenburg over strategieën om het Healthy Cities Project op lokaal niveau te initiëren. Maart 1987 werden er twee bijeenkomsten gehouden over indicatoren voor de monitoring van de voortgang van het project. In Barcelona werd gesproken over algemene indicatoren, in het bijzonder van de gezondheidstoestand van de bevolking, de intersectorale betrokkenheid en de mate van participatie van de bevolking. In de bijeenkomst in Rennes werden indicatoren voor de kwaliteit van het leefmilieu ontwikkeld.

In aansluiting op de 65 indicatoren die de WHO-Europa heeft ontwikkeld voor de strategie Health for All by the Year 2000 op nationaal niveau, wordt er binnen het Healthy Cities Project gedacht aan verschillende soorten indicatoren. Een voorbeeld van mogelijke indicatoren wordt gegeven door Ashton e.a., (1986):

- de mate van intersectorale samenwerking en de mate waarin accent wordt gelegd op de gezondheidsaspecten van het lokale beleid;
- demografische kenmerken;
- de lokale economische situatie, waaronder de werkgelegenheid;
- kwaliteit van de fysieke omgeving inclusief milieuvervuiling, en de kwaliteit van de stedelijke infrastructuur en het woningbestand;
- kwaliteit van de sociale omgeving inclusief het niveau van psycho-sociale stress, de kwaliteit van informele en formele ondersteuningsnetwerken en de mate van integratie;
- de traditionele gezondheidsindicatoren, zoals mortaliteit en morbiditeit;
- indicatoren van Health Promotion zoals het doen aan lichaamsbeweging en voedingsgewoonten;
- persoonlijke veiligheid en sociale stabiliteit;
- de esthetiek van de leefomgeving en de kwaliteit van het leven;
- de vitaliteit van de culturele identiteit;
- passend onderwijs;
- de vitaliteit van de lokale gemeenschap, de mate van participatie en de structuur van het lokale overheidsbestel;
- de kwaliteit van de lokale gezondheidszorg;
- de mate van ongelijkheid.

Binnen het Healthy Cities Project wil de WHO proberen dat de deelnemende steden een overeenkomstig databestand opzetten, zodat vergelijking mogelijk wordt. Gedacht wordt aan het verdelen van de indicatoren in verplichte, aanbevolen en mogelijke indicatoren.

Het bureau van de WHO-Europa in Kopenhagen heeft de taak van de organisatorische en technisch-ondersteunende ontwikkeling op zich genomen. Het Department of Community Health van de University of Liverpool heeft als taak de inhoudelijke en wetenschappelijke ontwikkeling van het project.

Vanuit Liverpool zal materiaal verzameld en verspreid worden zoals achtergrondstukken, de gezondheidsplannen van deelnemende steden, modelprogramma's, boeken, nieuwsbrieven, rapporten en een resource-pack met inleidende informatie, folders en dergelijke.

Ongeveer vijftig steden zijn de centrale deelnemers aan het WHO-project. Dit zijn de zogenaamde core-cities. In 1988 nemen de volgende steden als core-city aan het project deel: Barcelona (Spanje); Rennes (Frankrijk); Bloomsburg/Camden (Engeland); Liverpool (Engeland); Düsseldorf (West-Duitsland); Bremen (West-Duitsland); Horsens (Denemarken); Stockholm (Zweden); Turku (Finland); Pécs (Hongarije); Sofia (Bulgarije); Belfast (Engeland); Eindhoven (Nederland); Glasgow (Engeland); Göthenburg (Zweden); Jeruzalem (Israël); Luik (België); Montpellier (Frankrijk); Milaan (Italië); München (West-Duitsland); Padua (Italië); Patras (Griekenland); Wenen (Oostenrijk); Zagreb (Joegoslavië). Het aantal deelnemers neemt nog toe. Op de participatie van Nederlandse steden zal worden ingegaan in hoofdstuk 6. Zoals gezegd is het de bedoeling dat zoveel mogelijk verschillende soorten steden meedoen aan het project. De core-cities moeten een trekkersrol vervullen bij de opzet van landelijke netwerken van steden die eveneens gaan deelnemen aan activiteiten, zoals die in het kader van het Healthy Cities Project worden ontwikkeld. De WHO-Europa stelt in principe zware eisen aan de steden voor deelname. Ten eerste moet er in de stad een expliciete politieke instemming zijn met de deelname aan het Healthy Cities Project. De kandidaatstad moet een gezondheidsplan gemaakt hebben op basis van een community diagnosis. Het plan moet uitgaan van een multisectorale benadering en participatie van de bevolking. Daarboven moeten er plannen zijn voor concrete projecten in het kader van het gezondheidsplan als examples of good practice. De kandidaatstad moet de fondsen al geworven hebben om de verschillende plannen te kunnen uitvoeren. Zoals gezegd beschikt de WHO niet over gelden hiervoor. De stad moet bereid zijn om naar aanleiding van overeengekomen indicatoren te rapporteren over de voortgang van het project evenals over de ervaringen met de implementatie van het gezondheidsplan. De stad moet bereid zijn om mee te helpen bij de ontwikkeling van een nationaal netwerk van steden die zich willen aansluiten bij de activiteiten rondom het Healthy Cities Project.

Beschouwing

Hoe positief deze plannen klinken, een kritische beschouwing van de WHO-voornemens is op zijn plaats. Ashton e.a. (1986, pagina 321) noemen de 'tension between imagination and realism' bij het Healthy Cities Project. Zij vinden deze spanning echter essentieel in het planningsproces. Hoewel idealistische plannen getemperd moeten worden door praktische haalbaarheid, zal er volgens Ashton e.a. nooit iets tot stand komen als de plannenmakers beginnen vanuit realisme. Het is echter de vraag in hoeverre bij het Healthy Cities Project de kloof tussen idealisme en realisme overbrugbaar zal blijken te zijn. Vooral het betrekken van andere beleidssectoren bij gezondheidsplannen is waarschijnlijk een moeilijke opdracht.

Zowel Health Promotion als het Healthy Cities Project worden wel aangeduid als New Public Health. Daar wordt verschillend over gedacht. In hoeverre en in welke zin zijn de werkwijzen binnen het Healthy Cities Project nieuw te noemen? Ashton e.a. (1986) wijzen erop dat er de afgelopen jaren binnen de volksgezondheidssector te veel nadruk is gelegd op het ziekenhuissysteem, dat steeds verder van de burgers af kwam te staan. Aangezien de gezondheidsproblemen enorm veranderd zijn is een nieuwe benadering nodig: New Public Health.

Hancock e.a. (1986) zitten meer op de lijn dat de zogenaamde New Public Health eerder opnieuw ontdekte Public Health is. De benadering die in het Healthy Cities Project wordt voorgestaan is vrijwel identiek aan de sociale geneeskunde, zoals die in de negentiende eeuwse steden ontstond als antwoord op de toenmalige problemen. Uitgangspunt was toen het miasmatisme, net

zoals het miasmatisme de onderliggende filosofie is van het Healthy Cities-denken. De huidige stadsproblemen zijn van een andere aard, maar dezelfde benadering als destijds is nodig om de problemen op te lossen (zie paragraaf 4.2). Zoals Ashton e.a. (1986) zeggen moet de openbare gezondheidszorg net als in de vorige eeuw de rol van advocaat op zich nemen voor de mensen wier gezondheid bedreigd wordt. Net zoals in de vorige eeuw vanuit het principe dat de gezondheid van de stadsbewoners beschermd moet worden.

Het is de vraag of het met het Healthy Cities Project mogelijk is om een doorbraak in het gezondheidsdenken te realiseren. De ontwikkelingen naar de huidige gezondheidszorg die zo'n 100 jaar duurden, kunnen niet plotsklaps omgedraaid worden. Met andere woorden, wellicht is een evolutionaire benadering meer op zijn plaats dan het revolutionaire model dat in het Healthy Cities Project doorklinkt. Misschien moet het revolutionaire model gezien worden als een instrument om een evolutie op gang te krijgen. In de vorige eeuw hadden de sociale hervormers profijt van de angst voor cholera-epidemieën. Net als toen zullen er ook nu legitimaties gevonden moeten worden om de andere belangengroepen te overtuigen. Daarvoor zijn er genoeg aanleidingen (zie hoofdstuk 2), maar het zal niet gemakkelijk zijn.

4.5 Conclusies

Het beleid in de gezondheidszorg werd de afgelopen decennia steeds meer gezien als een nationale aangelegenheid. Uit het historisch overzicht blijkt dat tot in de loop van de vorige eeuw de steden vrijwel autonoom opereerden op het gebied van de volksgezondheid. Het is logisch dat met de opkomst van collectieve financieringsstructuren en van kwaliteitstoezicht op de steeds complexer wordende zorg, het accent is verschoven van stad naar rijk. De hiervoor gegeven beschrijving laat echter zien dat er nog steeds behoefte bestaat aan een goed ontwikkeld stedelijk gezondheidsbeleid. Zowel vroeger als nu hebben de grote steden te kampen met concentraties van gezondheidsproblemen. Deze zijn het gevolg van de opeenhoping van inwoners, passanten, verkeer en bedrijvigheid in de grote steden. In de loop der jaren zijn de steden veranderd en daarmee de problemen. Maar na het overkómen van oude problemen, zijn er nieuwe voor in de plaats gekomen. De AIDS-epidemie die is begonnen in en die zich concentreert in de grote steden is daarvan een voorbeeld.

De historicus Starr (1982) heeft geïllustreerd hoe de gezondheidszorg zich ontwikkelt als het resultaat van een groot aantal subtiele interacties tussen de betrokken partijen. De overheid kan vanuit deze optiek nooit een alles bepalende invloed hebben, gezien de concurrerende belangen van de andere partijen. Aan de andere kant kan de lokale overheid wel degelijk beleid tot stand brengen op de terreinen waarbij zij sterk betrokken is, indien zij strategisch te werk gaat. De openbare gezondheidszorg, waaronder de preventie van grote en kleine epidemieën is daarvan een voorbeeld. Vanuit het gezichtspunt van Starr heeft het geen zin om de overheid via wetten zeggenschap te geven over de lokale zorgsector. Papieren wetten bepalen slechts ten dele de uitkomst van het totale krachtenveld in werkelijkheid. De lokale overheid kan zich beter toelleggen op de deelsectoren waar zij grote belangen heeft en waar zij haar verantwoordelijkheden ook kan waarmaken.

Specifiek stedelijke problemen kunnen uiteraard het beste op het niveau van de grote steden worden opgelost. De macrostructuur van de gezondheidszorg is daarentegen een kwestie van nationale politiek. De grote steden zijn hierbij nauw betrokken, want de landelijk bepaalde zorgstructuur is van invloed op de volksgezondheidssituatie in de grote steden. Dit blijkt uit de internationale vergelijkingen in dit hoofdstuk.

Het pluralistische stelsel in de Verenigde Staten bijvoorbeeld heeft in de grote steden geleid tot een tweeklassensysteem van medische verzorging. De private instellingen richten zich op verzekerde inwoners. Dat zijn in het algemeen degenen met werk. Juist in de grote steden zijn er veel huishoudens zonder een

verdienende kostwinner. Onder de armen zijn er in de Verenigde Staten zelfs velen die zich ook niet aansluiten bij de sociale ziektekostenverzekeringen. Het gevolg is dat er grote overheidsziekenhuizen zijn opgericht die zich moeten richten op de arme bevolking. De kwaliteit van deze instellingen staat voortdurend onder druk. Een ander probleem is dat het private stelsel zich onvoldoende richt op de chronische zorg aan bejaarden en gehandicapten. Dit komt ook bij uitstek in de grote steden naar voren.

Een geheel andere situatie bestaat er in landen waar de gezondheidszorg genationaliseerd is. Daar heeft de overheid een sterke grip op de contouren van de gezondheidszorg. Via een stelsel van regionalisatie worden in Engeland en Zweden de lagere overheden betrokken bij de uitvoering van de zorg. Of de steden daarvan kunnen profiteren hangt sterk af van de middelen die de rijksoverheid reserveert voor de gezondheidszorg. De uiterst krappe budgetten in Engeland leiden tot grote problemen met wachtlijsten en verouderde voorzieningen. Bij de gesocialiseerde gezondheidszorg zoals in Rusland blijkt dat een strikt centralistisch beheersingsregiem niet efficiënt is.

Nederland heeft net als veel andere West-Europese landen een systeem dat gekenmerkt wordt door sociale verzekeringen. Voor de steden betekent dit dat zij geen of weinig zeggenschap hebben over de uitvoering van de gezondheidszorg. Bij een goed verzekeringsstelsel wordt er echter wel voorzien in de meeste behoeften. Van een gecoördineerd beleid is nauwelijks sprake. Alle instanties en professionals in de gezondheidszorg pikken een graantje mee van wat het verzekeringsstelsel uitkeert. De stedelijke overheid concentreert zich op de openbare gezondheidszorg en op groepen die uit de boot vallen.

Gezien het effect van de nationale gezondheidszorgstructuur op de volksgezondheid in de steden, is het terecht dat de grote steden proberen om gezamenlijk invloed uit te oefenen op de landelijke ontwikkelingen. Tenslotte behoort een groot gedeelte van de Nederlandse bevolking tot de stedelijke agglomeraties. De huidige beleidsvoornemens van de rijksoverheid oriënteren zich op een verschuiving in de richting van het pluralistische systeem zoals dat bestaat in de Verenigde Staten. Voor de grote steden is het zaak dat de ongewenste effecten zoals die bestaan in de Verenigde Staten worden voorkómen.

Indien de zorgstructuur in Nederland ook in de toekomst wordt bepaald door sociale verzekeringen zullen de stedelijke overheden zich vooral moeten toeleggen op bepaalde aspecten van het volksgezondheidsbeleid. De uitvoering van de zorg is grotendeels in handen van private instellingen en beroepsbeoefenaars, terwijl de financiering grotendeels loopt via verzekeringsinstellingen. De openbare gezondheidszorg wordt echter zo belangrijk geacht voor de voortgang van het openbare leven in de steden, dat deze in handen blijft van de lokale overheid. Voor de ontwikkeling van het beleid op dit deelterrein van de volksgezondheid is de World Health Organization van belang. De WHO richt zich op het bereiken van Health for All by the Year 2000.

In dit model richt de stedelijke overheid zich niet op het genezen en verzorgen van zieken, maar op de bevordering van de gezondheid in het algemeen. De basisgezondheidsdiensten registreren de ontwikkeling van de volksgezondheid in de stad. Kwetsbare groepen en nieuwe epidemieën worden opgespoord. Op basis daarvan worden programma's voor gezondheidsbevordering (Health Promotion) ontwikkeld. De uitvoering daarvan wordt gedaan in samenwerking met de private zorginstellingen en bevolkingsgroepen. De WHO-regio Europa heeft voor de grootstedelijke gebieden het Healthy Cities Project ontwikkeld. Ook Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht nemen daaraan deel om te kunnen profiteren van de ervaringen in andere grote steden in de wereld.

Nationale ontwikkelingen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid

5

5.1 Algemeen

De marges voor het grootstedelijk beleid ten aanzien van de volksgezondheid worden in belangrijke mate mede bepaald door het beleid van de rijksoverheid. Dit blijkt bijvoorbeeld wanneer het beleid van de steden in de verschillende landen met elkaar wordt vergeleken (hoofdstuk 4). Wanneer het nationale beleid ertoe leidt dat er grote deficiënties zijn in de zorg, dan moet de stedelijke overheid inspringen. Binnen een genationaliseerd stelsel worden de lokale overheden de beheerders van gezondheidszorginstellingen. Wanneer de rijksoverheid daarentegen een sociaal verzekeringsstelsel creëert wordt de rol van de stedelijke overheid anders en zal zij zich meer specifiek richten op de openbare gezondheidszorg.

In de vorige eeuw en het begin van deze eeuw was er nog weinig geregeld op het gebied van de gezondheidszorg. Wanneer de grote steden lacunes signaleerden, richtten zij zonedig een eigen zorginstelling op. Zo ontstonden er in de vier grote steden gemeentelijke ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen. Het rijksbeleid resulteerde echter in een adequaat verzekeringsstelsel waardoor het particulier initiatief werd gestimuleerd om dergelijke zorginstellingen op te richten en in stand te houden. Sindsdien is de rol van de steden ten aanzien van de zorg veranderd. De gemeentelijke zorginrichtingen worden door velen gezien als een erfenis van het verleden.

In de zeventiger jaren werd door de rijksoverheid de basis gelegd voor een structuurbeleid in de gezondheidszorg. Het was de bedoeling dat aanvullend op de bepalingen van de sociale verzekeringen, de lokale overheden in een geregionaliseerd model zeggenschap zouden krijgen over de gezondheidszorg. Hoewel de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) die hieruit voortvloeide nooit in zijn geheel is ingevoerd, werd het stedelijk zorgbeleid gedurende jaren door deze nationale ontwikkeling bepaald.

Vrij recent heeft de rijksoverheid het roer omgegooid. Na het advies van de commissie-Dekker heeft het Kabinet in de nota Verandering verzekerd (1988) voorgesteld om meer marktwerking te introduceren in de gezondheidszorg. Omdat daarbij nauwelijks ruimte is voor regionalisatie wordt de invloed van de steden op het planningsbeleid ten aanzien van de voorzieningen volgens deze voornemens aanzienlijk gereduceerd.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze nationale ontwikkelingen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid. In de hoofdstukken 6 en 7 wordt ingegaan op de consequenties hiervan voor het stedelijk beleid. De ontwikkeling van het nationale beleid wordt verdeeld in twee fasen. Ten eerste de ontwikkeling van het structuurbeleid dat resulteerde in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) en de ontwerp-Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (1986) (paragraaf 5.2). De tweede fase betreft de reactie op het structuurbeleid dat resulteerde in de instelling van de commissie-Dekker en in de Kabinetsnota Verandering verzekerd (1988) (paragraaf 5.3). Gedurende de eerste fase hadden de steden het perspectief dat hun invloed op het lokale zorgbeleid zou toenemen. Tijdens de tweede fase werd deze hoop teniet gedaan. De huidige voorstellen laten weinig ruimte voor stedelijk zorgbeleid.

Naast het stedelijk beleid ten aanzien van de zorgvoorzieningen is er ook sprake van een breder volksgezondheidsbeleid van de steden. Dit betreft de aloude rol van de steden om gezondheidsproblemen te signaleren en zoveel mogelijk te voorkómen. In paragraaf 5.4 wordt ingegaan op het nationale beleid dat is gericht op gezondheidsbevordering. Dit aspect is verwoord in de Nota 2000 (1986) van het vorige Kabinet. Het gezondheidsbeleid dat in de Nota

2000 wordt voorgesteld sluit aan op de internationale ontwikkelingen die in paragraaf 4.4 omtrent de World Health Organization zijn genoemd. De Nota 2000 biedt een nieuw perspectief voor gezondheidsbeleid in de grote steden, al moet meer aandacht worden besteed aan de concrete uitwerking ervan.

5.2 Ontwikkeling van de structuurwetgeving

Het is niet zo, dat de rijksoverheid pas in de zeventiger jaren is begonnen met een stringent beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Ook een verschijnsel zoals de commissie-Dekker en alle reacties daarop zijn niet nieuw. Tijdens de Tweede Wereldoorlog adviseerde bijvoorbeeld de door de regering-in-ballingschap ingestelde commissie-Van Rhijn over de wederopbouw van de gezondheidszorg volgens het genationaliseerde model dat in die tijd in Engeland werd voorbereid. Na 1945 schreef de commissie-Banning een tegenvoorstel waarin de rol van de overheid kleiner was. In 1950 bracht het wetenschappelijk bureau van de KVP een voorstel uit waarbij het op confessionele basis georganiseerde particulier initiatief een hoofdrol vervulde in de zorg. Gezegd kan worden dat dit uit KVP-kring afkomstige idee de basis vormde voor de Gezondheidswet van 1956, waarin de belangrijkste lijnen voor de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg werden geregeld, die in feite nog steeds gelden.

Op basis van de Gezondheidswet werd de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (tegenwoordig Nationale Raad) ingesteld. De belangrijkste partijen in de Raad zijn vertegenwoordigers van de overheid en van het particulier initiatief. De verzekeraars zijn als een essentiële third party in de relatie arts – patiënt ook vertegenwoordigd. De Raad adviseert aan de overheid, maar dient vooral door overleg de samenwerking in het gezondheidszorgveld te bevorderen. Een mager regionalisatiestreven kwam tot uiting in het instellen van Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, met een overeenkomstige samenstelling en takenpakket. Verder werden in de Gezondheidswet de Gezondheidsraad en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid geregeld. De essentie van deze regeling is dat de diverse instanties in de gezondheidszorg, zowel particuliere als overheidsinstellingen, in grote mate dienen te bepalen op welke wijze de zorg wordt ingevuld. De Raden zorgen voor overleg, maar zijn geen krachtig beleidsinstrument (Bannenbergh e.a., 1986).

Gedurende de wederopbouw in de jaren '50 voerde de overheid een uitermate stringent beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Het macro-economisch beleid was gericht op lage lonen en samenhangend daarmee lage sociale premies, om de concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven te versterken. De ziekenfondspremie werd kunstmatig laag gehouden door in te teren op de reserves. Het verstrekkingspakket werd beperkt. De overheid voerde een krap bouwbeleid op basis van de Wederopbouwbesluiten en vanaf 1950 de Wederopbouwwet. Van het totale bouwvolume werd slechts 1 á 2% toebedeeld aan de gezondheidszorg, in casu de ziekenhuizen. Een Ziekenhuiscommissie adviseerde over de bouwaanvragen. Op basis van de Prijsopdrivings- en Hamsterwet uit 1939, later op basis van de Prijzenwet van 1961, werd streng de hand gehouden aan de tarieven in de gezondheidszorg. Zo erg zelfs dat in de vijftiger en zestiger jaren de huisartsen hevig in verweer kwamen (Boot e.a., 1988). Met behulp van een geleide loonpolitiek probeerde de overheid om het loonpeil in onder andere de gezondheidszorg laag te houden.

Dit stringente beleid was zeer succesvol, uitgaande van de gestelde doelen. Het succes kwam onder andere door de vrij grote consensus in de vijftiger jaren over de genoemde beleidsmaatregelen. De achterblijvende investeringen in de gezondheidszorg leverden echter wel kwaliteitsproblemen op, waaronder wachtlijsten. Deze achterstand werd pas in de zestiger jaren gecompenseerd. De inhaalgroei was mogelijk door de economische bloei in de zestiger jaren (Lapré, 1983). De overheid had, en heeft in principe nog steeds, een voldoende instrumentarium om de financiële grenzen van de gezondheidszorg vast te stellen. De mogelijkheden om daarbinnen invloed uit te oefenen waren op basis

van de Gezondheidswet vrij gering, maar daaraan bestond op dat moment ook weinig behoefte.

In de jaren '60 werd het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen uitgebreid. Het Ziekenfondsbesluit uit 1941 werd vervangen door de Ziekenfondswet (ZFW) van 1964. Deze regeling was overigens niet wezenlijk anders. In de loop der jaren werd het pakket van ziekenfondsverstrekkingen uitgebreid. De Ziekenfondswet houdt overigens geen volksverzekering in. Het regelt een verplichte werknemersverzekering voor loontrekkenden beneden een bepaald jaarinkomen. Daarnaast werd er door de ziekenfondsen een vrijwillige verzekering en een bejaardenverzekering aangeboden. Deze zijn in 1986 opgeheven. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die in 1967 na uitgebreide discussies over de omvang van het verstrekkingenpakket werd aangenomen, is daarentegen wel een echte volksverzekering. Aanvankelijk vielen alleen langdurige verpleging en verzorging onder de AWBZ. Daarvóór werden deze uitgaven veelal bekostigd via de Bijstandswet. In de zeventiger jaren werden extramurale voorzieningen zoals dagverblijven, het kruiswerk en de sociaal-psychiatrische diensten, later de RIAGG's, daaraan toegevoegd. De Ziekenfondsraad vervult een centrale rol bij de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. De uitgebreide sociale verzekeringen maakten de enorme expansie van de gezondheidszorg mogelijk.

Naast de indirecte beïnvloedingsmogelijkheden via de sociale verzekeringen begon de rijksoverheid met het ontwikkelen van de structuurwetgeving voor de ziekenhuiszorg. In 1965 werd de reeds genoemde Wet Ziekenhuistarieven (WZT) aangenomen. Verder werd er een planningswet, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) voorbereid, die in 1971 werd aangenomen. Pas na een wijziging in 1978 kon de WZV goed in de praktijk worden gebracht.

De eerste grote departementale nota over de gezondheidszorg verscheen in 1966: de Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels. Deze 344 pagina's tellende nota beschreef uitgebreid de gezondheidszorg en problemen daaromtrent. Er werden nog geen voorstellen gedaan om de structuur van de zorg zoals die in de Gezondheidswet van 1956 was vastgelegd, te wijzigen.

De Structuurnota Gezondheidszorg (1974)

CDA-staatssecretaris Hendriks bracht in 1974 de slechts 55 pagina's tellende Structuurnota Gezondheidszorg uit, die te kenschetsen is als een halve revolutie. Deze nota was gebaseerd op het rapport van de snel werkende adviescommissie-Festen. Nu, bijna 15 jaar later, blijkt dat Hendriks' voorstellen te ver gingen in de gezondheidszorg, al duurde het jaren voordat het verzet duidelijk hoorbaar werd. Een hele revolutie zou nationalisatie van een groot gedeelte van de zorgvoorzieningen zijn geweest. De structuurwetgeving die Hendriks voorstelde omvat een beheersingsregime dat in bepaalde opzichten vergelijkbaar is met dat in Engeland en Zweden (zie paragraaf 4.2). De halve revolutie behelsde een directe beheersing van alle zorgvoorzieningen, zonder dat tot nationalisatie werd overgegaan. Bij de implementatie van deze ideeën bleek dit tot praktische problemen te leiden. Overigens komt de huidige kritiek op de structuurwetgeving ex-Structuurnota slechts voor een deel voort uit deze praktische problemen.

In de Structuurnota Gezondheidszorg worden de grote lijnen voor de gezondheidszorg uiteengezet, die golden tot aan – zeg maar – maart 1987, het moment waarop het advies van de commissie-Dekker verscheen. Een aantal jaren daarvoor was de twijfel rondom de structuurwetgeving overigens al begonnen. De twee organisatieprincipes die in de Structuurnota worden voorgesteld zijn echelonnering en regionalisatie. Het principe van echelonnering (nulde, eerste en tweede lijn) is zonder problemen door alle partijen overgenomen. Regionalisatie is al een discussiepoint sinds het advies van de commissie-Van Rhijn uit 1943.

In de Structuurnota wordt aangesloten op de destijds bestaande plannen rondom de gewestvorming als het niveau van de gezondheidszorgregio's. Voor de tweedelijnszorg heeft de gemeente veelal een te klein draagvlak, aldus de nota. Vooruitlopend op de gewestvorming zouden gemeenten moeten samenwerken in het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. Voor veel eerstelijnsvoorzieningen zou de gemeente, of zelfs de wijk, wel het juiste besluitvormingsniveau zijn. Anderzijds zijn er ook boven-regionale voorzieningen zoals cardiochirurgie en neurochirurgie. In de Structuurnota wordt niet ingegaan op de bijzondere positie van de vier grote steden, die wel een voldoende draagvlak hebben voor de regulering van de meeste tweedelijnsvoorzieningen.

In de Structuurnota worden enkele belangrijke thema's behandeld zoals de eerste voornemens tot RIAGG-vorming; de reeds gerealiseerde herstructurering van het kruiswerk; de voorstellen voor de vorming van een landelijk netwerk van regionale openbare gezondheidsdiensten, later basisgezondheidsdiensten genoemd; democratisering in de gezondheidszorg; menskrachtplanning in de gezondheidszorg in relatie tot de opleidingscapaciteit; het systeem van budgettering in de tweedelijnszorg; informatieverzameling en -analyse in de gezondheidszorg op landelijk en regionaal niveau.

Twee bekende normen zijn in de Structuurnota gelanceerd, overigens arbitrair gekozen, namelijk de 4 promille-norm voor ziekenhuisbedden (momenteel 3,4 promille voor de algemene ziekenhuizen) en de 8% van het Bruto Nationaal Product die de gezondheidszorg zou mogen kosten in 1980. Dit was in werkelijkheid bijna 9%.

In de Structuurnota wordt geconstateerd dat de voorgestelde structuur van de gezondheidszorg een aantal nieuwe wettelijke regelingen nodig maakt. Als belangrijkste wordt genoemd een Wet Gezondheidsvoorzieningen. Apart of als onderdeel daarvan zou de instelling en het functioneren van openbare gezondheidsdiensten wettelijk geregeld moeten worden. Dit is in 1982 gebeurd in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). De Wet Ziekenhuisvoorzieningen moest volgens de Structuurnota worden opgenomen in de WVG. De Wet Ziekenhuistarieven zou herzien moeten worden, hetgeen gebeurde met de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in 1980. De kwaliteit van de individuele beroepsbeoefening zou geregeld moeten worden in een herziene versie van de Wet Uitoefening Geneeskunst en de Wet Paramedische Beroepen. Hieraan wordt nog steeds gewerkt in de vorm van het ontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Opvallend in het licht van de huidige discussies is het voorstel in de Structuurnota tot een Wet Volksverzekering tegen Ziektekosten. Dit wetsontwerp werd door het kabinet Den Uyl ingetrokken vanwege de politiek onaanvaardbaar geachte inkomenseffecten. Dit is een obstakel bij vrijwel elke eventuele reorganisatie van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Terwijl in het kader van de plannen uit de Structuurnota werd afgezien van een volksverzekering, maar de WVG werd doorgevoerd, stelde de commissie-Dekker het omgekeerde voor: wel een volksverzekering maar geen WVG.

De drie belangrijkste wetten die in het kader van de Structuurnota werden voorgesteld zijn de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Volksverzekering tegen Ziektekosten (WVZ). Zoals gezegd ging de WVZ niet door. De WTG was het gemakkelijkst te realiseren, net als de voorganger ervan, de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) die al in 1965 tot stand kwam.

In feite zijn de WZT en de WTG voorbeelden van uitgebreide prijswetgeving, die door de overheid al voor de Tweede Wereldoorlog gehanteerd werd. Het principe van de WZT en de huidige WTG is dat degenen die de rekeningen uitschrijven en zij die ze betalen, in onderling overleg de tarieven vaststellen en voorleggen aan een centraal college ter goedkeuring. Hiervoor worden uitgebreide richtlijnen vastgesteld. Zowel bij de WZT in 1965 als bij de WTG die in 1980 werd vastgesteld, maar pas in 1982 in werking trad, was enige tijd nodig voordat het geheel naar tevredenheid functioneerde.

De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG)

De WTG beoogt om een stroomlijning, uniformering, en onderlinge afstemming tot stand te brengen voor alle tarieven en honoraria in de gezondheidszorg. Afhankelijk van de reikwijdte van een tarief wordt er onderhandeld op landelijk of op regionaal niveau. Ziekenhuistarieven verschillen per instelling en worden dus op regionaal niveau tot stand gebracht. Zoals gezegd vindt het overleg plaats tussen instellingen of organisaties van instellingen en beroepsbeoefenaren en de ziekenfondsen en vertegenwoordigers van de particuliere ziektekostenverzekeraars, op landelijk niveau georganiseerd in het KLOZ. Oorspronkelijk werd er onderhandeld over de tarieven per verstrekking. Nadat er in steeds meer sectoren werd overgegaan tot een systeem van budgetfinanciering, wordt er op lokaal niveau onderhandeld over de instellingsbudgetten.

De lokale overheid is hier niet bij betrokken. Dit is logisch in het Nederlandse systeem, omdat de gemeentelijke en provinciale overheid in principe niet betrokken is bij de financiering van de gezondheidszorg. Uitzonderingen zijn de begrotingsgefinancierde onderdelen van de gezondheidszorg die buiten de WTG vallen. Een andere uitzondering is de gemeentelijke en provinciale overheid in haar rol van beheerder van bepaalde voorzieningen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. De prijsvorming in de gezondheidszorg is natuurlijk niet direct relevant voor de lokale overheid. Via de WTG wordt echter niet alleen bepaald hoeveel men voor iets krijgt, maar ook wat er in feite wordt vergoed, dus wat er wordt gedaan. Dat is misschien niet de oorspronkelijke bedoeling van de WTG, maar het is wel de realiteit in een systeem waarin niet op een andere manier wordt beslist over de diverse verrichtingen die worden gedaan. De tarieven en budgetten die in onderling overleg op regionaal of landelijk niveau zijn opgesteld, worden getoetst door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG; vroeger het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven). Het COTG ontwikkelt hiervoor richtlijnen inzake hoogte, opbouw en de wijze van berekening van een tarief op aanwijzing en met goedkeuring van de Minister van WVC. Kortom, er is sprake van een behoorlijk ingewikkeld reguleringssysteem. Beheersing van de prijsontwikkeling zoals die in de jaren vijftig uitstekend lukte op basis van de Prijsopdrivings- en Hamsterwet, kwam niet tot stand met de WZT en de WTG. Enerzijds was dit een min of meer bewuste keuze voor het creëren van groeiroomte in de gezondheidszorg. Althans, niemand wilde de verantwoordelijkheid dragen voor de consequenties van een in ontwikkeling achterblijvende gezondheidszorg, zoals in de jaren vijftig het geval was. Anderzijds is het gecompliceerde WTG-mechanisme veel te genuanceerd en van allerlei gedecentraliseerde onderhandelingen afhankelijk, om er een scherp restrictiebeleid mee te voeren.

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)

Net zoals de WTG is vooraf gegaan door de WZT, ging de Wet Ziekenhuisvoorzieningen vooraf aan de WVG. Tot 1965 viel de ziekenhuisbouw onder de stringente nationale richtlijnen van de Wederopbouwwet. Daarna werd het bouwbeleid geliberaliseerd, hetgeen leidde tot een korte periode van een relatieve gemeentelijke autonomie op het terrein van de ziekenhuiszorg. In de periode vanaf de liberalisatie tot de aanneming van de WZV was een gemeentelijke vergunning het belangrijkste vereiste voor de bouw of verbouw van een ziekenhuis (Bannenbergh e.a., 1986). Met het ontwerp van de WZV dat in 1968 werd ingediend en in 1971 werd aangenomen, is het roer radicaal omgedraaid. Het doel van de WZV is het tot stand brengen van een overzichtelijk stelsel van ziekenhuisvoorzieningen.

Planning is het belangrijkste middel om dit doel te bereiken (Van der Mij, 1983). Oorspronkelijk was het de bedoeling bij de WZV om één landelijk ziekenhuisplan op te stellen, aan de hand waarvan alle bouw-, verbouw- en uitbreidingsaanvragen getoetst zouden moeten worden. Het was echter onmogelijk

om een landelijk plan voor alle ziekenhuisvoorzieningen te realiseren. Dit was de reden om de WZV te herzien. Volgens de herziene WZV (1978) moeten de provinciale besturen regionale ziekenhuisplannen opstellen. Overigens hield de centrale overheid zich het recht voor om deze provinciale plannen goed te moeten keuren. Volgens artikel 3 van de nieuwe WZV is het land in 25 zogenaamde natuurlijke gezondheidszorgregio's ingedeeld (zie Van Leeuwen e.a., 1983; Boot, e.a., 1988).

Gezien de recente discussie rondom de WVG is het goed om te kijken naar de invoering van de eerste planningswet, de WZV. Zoals gezegd werd deze in 1971 aangenomen, maar ging pas functioneren met ingang van september 1979: een opwarmperiode van acht jaar. Planning in de gezondheidszorg is een uiterst gecompliceerd proces. Er moet een heel apparaat en instrumentarium voor worden ontwikkeld. Voordat er plannen gemaakt konden worden, waren eerst richtlijnen nodig waaraan de plannen moeten voldoen (Van Leeuwen e.a., 1983). Het provinciaal bestuur moet een toekomstbeeld ontwikkelen. Daarbinnen moeten er lange-termijn- en gedetailleerde korte-termijn-doelstellingen geformuleerd worden. Per gezondheidszorgregio moeten de plannen uitgewerkt worden, maar er moet ook samenhang tussen de regio's blijven.

Voor de planning is een gedetailleerde kwalitatieve en kwantitatieve inventarisatie nodig van alle voorzieningen en functies. Financiële overzichten en gegevens over de infrastructuur zijn daarbij onontbeerlijk. Voor de planning is minimaal een bevolkingsprognose nodig, maar eigenlijk is ook inzicht vereist in toekomstige ontwikkelingen qua zorgvraag en zorgaanbod. Aan de planning zitten geografische aspecten zoals de spreiding en bereikbaarheid van vestigingsplaatsen. Er gelden landelijke capaciteitsnormen zowel qua minimum-als maximumomvang. Er zijn allerlei kwaliteitseisen en eisen aan de samenwerking en dergelijke, waarmee bij de planning rekening moet worden gehouden.

Een complicatie bij de planning zoals die in het Nederlandse systeem bijvoorbeeld in de WZV wordt voorgesteld, zijn de financiële consequenties van de geprojecteerde toekomstige ontwikkelingen. Het is moeilijk voor de lokale, in dit geval de provinciale, overheid om te plannen zonder invloed te hebben op de diverse budgetten. Het is de bedoeling dat de WZV-planning plaatsvindt in het kader van financiële richtlijnen. Maar aangezien het planningsstelsel losstaat van het financieringssysteem, is het niet duidelijk hoe dat moet worden uitgewerkt.

In de herziene versie van de WZV is het provinciale bestuur het niveau van beleidsvoorbereiding, hoewel de meeste provincies uit meer dan één regio bestaan. De vier grote steden zijn het centrum van de vier gelijknamige gezondheidsregio's. De Rotterdamse gezondheidsregio wordt Rijnmond genoemd (zie figuur 5.1). De gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht omvatten een groot deel van de ziekenhuisvoorzieningen in hun regio's. De stedelijke ziekenhuizen vervullen voor een deel een bovenregionale functie. Formeel is de rol van de gemeente in het proces van de ziekenhuisplanning niet geregeld. De grote steden kunnen hun provinciale bestuur wel beïnvloeden en adviseren bij de beleidsvoorbereiding.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)

Al in 1976, slechts twee jaar na de Structuurnota Gezondheidszorg, werd het eerste ontwerp van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg bij de Tweede Kamer ingediend. Het derde nader gewijzigd ontwerp werd zes jaar later, in 1982 door de Eerste Kamer aangenomen. De WVG is de uitwerking van de ideeën uit de Structuurnota in optima forma. Opvallend is wel dat het eerste ontwerp van wet werd ingediend lang voordat de WZV goed en wel functioneerde. Bij ingewijden was op dat moment al bekend hoe moeilijk planning in de gezondheidszorg is uit bureaucratisch-technisch oogpunt. Wel heerste er in die jaren het optimisme dat alle problemen overwonnen konden worden door een

Figuur 5.1 Kaart van de gezondheidsregio's in Nederland (ex artikel 3 WZV)



Bron: Boot e.a., 1988, pagina 329

goede voorbereiding. Terwijl de WZV slechts de planning van ziekenhuisvoorzieningen omvat, betreft de WVG de gehele gezondheidszorg (artikel 1). De WVG was oorspronkelijk afgestemd op de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW) die later is ingetrokken. 'Het gaat er om dat er een voor de burger overzichtelijk en toegankelijk patroon van alle welzijnsvoorzieningen ontstaat, zoals met name door de Kaderwet wordt beoogd', aldus de presentatie van de betrokken bewindslieden bij het aanbieden van hun harmonisatieplannen KSW-WVG aan de Tweede Kamer (zie Informatie over de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1982). Er werd een ingroei met een bijbehorend tijdspad beschreven volgens welke de WVG in de KSW zou worden opgenomen: gezondheid als onderdeel van welzijn. De integratie zou op zijn vroegst in 1995 en in elk geval in 1999 gerealiseerd moeten zijn. Het is nooit zover gekomen, omdat de Kaderwet werd ingetrokken.

Bij de WVG wordt veelal alleen gedacht aan planning en regulering. De wet bevat echter meer elementen. De WVG gaat in op een aantal thema's dat in vier groepen kan worden onderverdeeld:

1. planning en regulering;
2. basisgezondheidsdiensten;
3. het functioneren van de zorg;
4. overige bepalingen.

Ten eerste de planning en regulering. De WVG maakt onderscheid tussen regels voor gezondheidszorginstellingen en regels voor individuele beroepsbeoefenaren, werkzaam in een instelling of in een eigen praktijk. Voor de instellingen moeten volgens de WVG vierjarenplannen opgesteld worden. Daaraan gekoppeld is een systeem van erkenningen. Een erkenning wordt

door de overheid verleend wanneer een instelling past in het plan en voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen. De sociale verzekeringswetten (ZFW en AWBZ) maken overigens ook gebruik van een erkenningsregeling.

Apart wordt in de WVG geregeld dat voor de bouw of verbouw en uitbreiding van instellingen en voor bepaalde bijzondere functies een vergunning nodig is, die ook afhangt van de aansluiting op het plan. In een apart hoofdstuk van de wet wordt ingegaan op de mogelijkheid tot sluiting van instellingen of delen daarvan. Dit is eveneens een instrument om de planning te kunnen realiseren. De bouwvergunning en de mogelijkheid tot sluiting zijn onderdelen die uit de WZV zijn overgenomen, aangezien het de bedoeling was om de WZV in de toekomst te laten overgaan in de WVG.

Voor de individuele beroepsbeoefenaren worden geen plannen gemaakt in het kader van de WVG. Wel kunnen bij algemene maatregelen van bestuur regelingen worden opgesteld met betrekking tot de vestiging van vrije beroepsbeoefenaren, in een instelling of in een eigen praktijk. Ook kunnen normen voor een minimale en een maximale praktijkgrootte worden opgesteld. De rijks-overheid stelt zulke regelingen op, terwijl de lokale overheid ze moet uitvoeren. In het kader van dit zogenaamde vestigingsbeleid hebben beroepsbeoefenaren die praktijk willen uitoefenen een vergunning nodig van de lokale overheid. Het vestigingsbeleid voor huisartsen is op dit moment de enige regeling ex-WVG die voor het hele land geldt.

Het tweede thema in de WVG is de instelling van basisgezondheidsdiensten. Dit is een kort hoofdstuk in de WVG. Het instellen en in stand houden van basisgezondheidsdiensten wordt opgedragen aan de gemeentebesturen (artikel 57). Indien nodig kunnen Gedeputeerde Staten gemeenten aanwijzen om gezamenlijk een basisgezondheidsdienst te exploiteren (artikel 58). Tenslotte worden er in de wet zes basistaken van basisgezondheidsdiensten genoemd: epidemiologie; infectieziektenbestrijding; sanitaire controle; hygiëne en psycho-hygiëne; jeugdgezondheidszorg en zorg voor andere risicogroepen; advisering aan gemeente en provincie (artikel 59). Dit hoofdstuk van de WVG is nooit ingevoerd, hoewel er consensus over is dat dit wettelijk geregeld moet worden. Toen duidelijk werd dat de WVG wordt ingetrokken, is er besloten om een Wet Collectieve Preventie voor te bereiden. Het is de bedoeling dat deze op korte termijn van kracht wordt. De nieuwe Wet Collectieve Preventie en de Algemene Maatregelen van Bestuur die daarop worden gebaseerd gaan artikel 57, 58 en 59 uit de WVG vervangen.

De derde groep regelingen in de WVG heeft betrekking op het functioneren van de gezondheidszorg. Zo kunnen de gemeenten en provincies eisen stellen aan de samenwerking van een instelling met andere voorzieningen. De plicht tot het leveren van informatie door instellingen, personen, verzekeraars en overheden wordt in een apart hoofdstuk geregeld. Net als bij andere bepalingen moet de precieze uitvoering geregeld worden bij algemene maatregel van bestuur. In één van de eerste hoofdstukken van de WVG wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorg. Ook het toezicht op de naleving van de wet door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, wordt in de WVG geregeld.

De vierde groep bepalingen kunnen als overig worden gecategoriseerd. Zo is er een hoofdstuk over de mogelijkheid tot experimenten bij het invoeringstraject van de wet. Dergelijke experimenten zijn inderdaad voorbereid in de drie zogenaamde integrale invoeringsgebieden (zie hieronder). In de WVG wordt een aantal aanpassingen in andere wetten geregeld zoals de Gezondheidswet. Dit betreft de adviesorganen. De Centrale Raad gaat over in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De Nationale Raad is het college dat adviseert over organisatorische kwesties in de gezondheidszorg. Dit in tegenstelling tot de Gezondheidsraad die adviseert over medisch-inhoudelijke vraagstukken. De aangepaste taken, samenstelling en werkwijze van de Nationale Raad worden geregeld in de WVG. Hetzelfde geldt voor de Provinciale Raden voor de Volks-

gezondheid. Artikel 90 eerste lid van de WVG regelt dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen wordt ingetrokken. Dit artikel kan pas ingaan nadat de WZV-planning in de WVG-procedures is opgenomen. Het adviescollege in het kader van de WZV, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, functioneert volgens artikel 90 voorlopig tevens als een Kamer van de Nationale Raad.

In de WVG-procedures worden er bij de planning op verschillende manieren grenzen gesteld aan de beleidsruimte van de lokale overheid. Ten eerste heeft de gemeente slechts bemoeienis met een deel van de voorzieningen, met name de extramurale. Deze zijn uit beleids oogpunt wel bijzonder interessant, maar omvatten slechts zo'n 15% van het totale gezondheidszorgbudget (Financieel overzicht zorg 1989, 1988). De lokale plannen moeten voldoen aan richtlijnen van de minister (artikel 10). Daarboven komen er kwaliteitseisen ex-artikel 5. In 1986 publiceerde het departement concept-richtlijnen en kwaliteitseisen ex-WVG/WZV, voor gebruik in de integrale invoeringsgebieden (zie hieronder). Deze concept-richtlijnen en kwaliteitseisen zijn zeer gedetailleerd en niet of nauwelijks gedifferentieerd naar de verschillende regio's in het land en naar urbanisatiegraad. In de grote steden zouden bijvoorbeeld andere eisen gesteld kunnen worden.

In de concept-eisen worden minimumniveaus voor de diverse functies genoemd. Voor de eerstelijnszorg liggen de concept-minimumeisen zelfs op 100% van de huidige budgetten. Aangezien de gemeente deze eerstelijnszorg dient te plannen, is haar beleidsruimte daarmee vrijwel tot nul gereduceerd. Een volgende beperking van de lokale mogelijkheden wordt veroorzaakt door de eis dat de plannen rekening moeten houden met de aanspraken van verzekerden op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (artikel 11, lid 1). Hier komt weer de scheiding tussen planning en financiering naar voren die hierboven al werd genoemd bij de bespreking van de WZV. De WVG is een raamwet. De wet bevat slechts rechtsgrond en het instrumentarium om het beleid voor te bereiden en te realiseren. De wet bevat vele mogelijkheden, maar die moeten vrijwel allemaal eerst uitgewerkt worden via uitvoeringsbesluiten (Brochure Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1983). De belangrijkste daarvan zijn bestuursorganisatorische maatregelen, de richtlijnen, de kwaliteitseisen en de financiële kaders (Stevens, 1987). De wet is zo breed en gecompliceerd, dat zij slechts stapje voor stapje na intensieve voorbereidingen kan worden ingevoerd. In de Notitie Bouwstenen (Notitie Bouwstenen voor een invoeringsplan WVG, 1982) is beschreven hoe de WVG volgens de ideeën van dat moment ingevoerd zou moeten worden.

In drie regio's zou de WVG integraal worden ingevoerd om ervaringen op te doen met de nodige uitvoeringsmaatregelen en -procedures. Voor de rest van het land zou de WVG ten aanzien van de extramurale voorzieningen sectorgewijs worden ingevoerd. Er was overleg over een versnelde sectorale invoering in de vier grote steden (zie hoofdstuk 6). Wat de intramurale voorzieningen betreft zou na verloop van tijd de WZV-planning in het WVG-kader worden geschoven. Op de artikelen rondom de Nationale Raad na is de WVG echter alleen ingevoerd voor de sector vestigingsbeleid huisartsen. Tot een versnelde sectorale invoering pas echt in de grote steden is het niet gekomen. De gang van zaken in de integrale invoeringsgebieden wordt hieronder beschreven.

De drie integrale invoeringsgebieden zijn de provincie Limburg, de regio Eindhoven en de regio Midden- en Zuid-Kennemerland. Hiertoe was al snel na de aanneming van de WVG in 1982 besloten. (Concept-besluit integrale invoeringsprojecten WVG, 1986; Nota van toelichting bij het besluit integrale invoeringsprojecten WVG, 1986). De notitie Bouwstenen over de invoering van de WVG verscheen eind 1982, maar werd pas februari 1984 door de vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid goedgekeurd. Daarna kon de voorbereiding voor de integrale invoering pas echt aan start gaan (zie Stevens, 1987; Fiselier e.a., 1987). Aanvankelijk was er nog geen sprake van toepassing van het zogenaamde experimenteelartikel van de WVG (artikel 41; zie hierboven). Het was dus de bedoeling om reguliere bestuursorganisatorische maatregelen, richtlij-

nen, kwaliteitseisen en financiële kaders te ontwerpen die van nut konden zijn voor de sectorale invoering in de rest van het land. De proefprojecten zijn jaarlijks geëvalueerd door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) en de Capaciteitsgroep Beleid en Beheer van de Rijksuniversiteit Limburg. De financiële aspecten zijn bestudeerd door de Capaciteitsgroep Economie van de Rijksuniversiteit Limburg en door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht (zie Stevens, 1987; De Groot e.a., 1988a/b).

In 1984 en 1985 hadden de drie regio's hun voorstellen voor bestuursorganisatorische maatregelen al rond. De reeds genoemde ontwerprichtlijnen, kwaliteitseisen en financiële kaders die het departement moest maken leverden praktische problemen op. Pas in 1986 werden ze gepubliceerd. Ondertussen werd de WVG meer en meer onderwerp van discussie. Dit leidde tot het ontwerpen van een herziene versie van de WVG: de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM). Hieronder zal worden ingegaan op de redenen voor deze koerswijziging en op de inhoud van de ontwerp-WGM. Vanaf het moment dat de WGM ging spelen, kon de integrale invoering van de WVG niet op de oude voet doorgaan. Daarom werden de integrale invoeringsprojecten vanaf 1985 beschouwd als experimenten op basis van artikel 41 van de WVG. Zo kon worden vooruitgelopen op de aanpassingen die in de WGM werden voorgesteld.

Hoe de integrale invoering in de drie proefgebieden geregeld zou worden, moest in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) volgens artikel 41 van de WVG worden uitgewerkt. Pas in maart 1986 werd een herzien ontwerp van deze AMvB gepubliceerd. Ondanks de WGM-aanpassingen die hieronder worden toegelicht, werd er steeds kritischer gesproken over de WVG/WGM en de integrale invoeringsprojecten. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad gaven een vernietigend advies over de AMvB ex-artikel 41 WVG. (Advies inzake het concept-besluit integrale invoeringsprojecten WVG, 1986; advies inzake de ontwerp-AMvB ex artikel 41 WVG integrale invoeringsprojecten, 1986). De basis voor de WVG/WGM en voor de integrale invoeringsprojecten werd daardoor steeds smaller. In de drie proefregio's is het bij voorbereidingen gebleven.

Van WVG naar WGM

Er is een aantal redenen waarom het kabinet de WVG al wilde herzien, voordat er ook maar één artikel was ingevoerd. De eerste is het niet doorgaan van de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW) waar de WVG aanvankelijk op aansloot. In de zorgsector bleef de behoefte bestaan om in ieder geval de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg op elkaar te laten aansluiten. Ten tweede maakten de ervaringen in de drie proefregio's duidelijk dat de WVG op een aantal punten onvoldoende was uitgewerkt. Verder begonnen de discussies over deregulering het voortbestaan van de WVG te bedreigen. Al deze zaken maakten een ingrijpende aanpassing van de WVG noodzakelijk (zie Wijziging van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1986).

Achteraf kan dit getypeerd worden als een laatste poging om de WVG te redden. De WGM is een reële verbetering. Voor bijna alle problemen bij de WVG waren technische oplossingen gevonden. De procedures werden daardoor deels ingewikkelder. Maar dit is op andere fronten gecompenseerd door een sterk vereenvoudigde overlegstructuur. De WGM is gedetailleerd uitgewerkt. Het ontwerp van de WGM is begin 1986 aan de Tweede Kamer aangeboden, terwijl in het Regeerakkoord van zomer 1986 is afgesproken dat de WGM weer werd ingetrokken.

In de WGM is de maatschappelijke dienstverlening ook onder de werkingssfeer van de wet gebracht: kraamzorg, algemeen maatschappelijk werk, gezinsverzorging, verslaafdenzorg en de gehandicaptenzorg. De bejaardenzorg die een essentieel onderdeel is van deze sector kon niet in de WGM worden opgenomen, omdat de Wet op de Bejaardenoorden (WBO; 1963) na de recente ingrijpende

herziening (1985) eerst in de praktijk moest worden gebracht. Het was wel de bedoeling dat de WBO in de toekomst in de WGM zou worden opgenomen. Ook de jeugdhulpverlening moest buiten de WGM blijven, gezien de plannen voor een afzonderlijke wet voor de jeugdhulpverlening.

Binnen de WGM is veel beter dan binnen de WVG uitgewerkt hoe de afstemming planning – financiering gerealiseerd dient te worden. Het plan staat op de eerste plaats; de financiering moet volgen. De relatie WGM – WTG wordt gelegd door het instrument van de prijsopgave. Via de WTG worden van tevoren prijzen vastgesteld, zodat daarvan kan worden uitgegaan bij het opstellen van het plan. De sociale ziektekostenverzekeringen (ZFW en AWBZ) betalen de voorzieningen in het plan. De wettelijke rechten van de verzekerden moeten tot uitdrukking komen in de richtlijnen en kwaliteitseisen, die de randvoorwaarden zijn voor de planning. In 1985 is het landelijke Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg (FOG) uitgebreid met de maatschappelijke dienstverlening (FOGM). Volgens de WGM zouden er ook regionale financiële overzichten moeten komen (RFOGM). Via marginale financiële kaders moet de rijks-overheid de totale financiële ruimte vertalen naar de budgetten die aan de plannende lagere overheden worden toebedeeld.

Het financiële kader bestaat uit:

1. een begrotingsgefinancierd deel;
2. sociale verzekeringsgelden (ZFW en AWBZ);
3. particuliere middelen te onderscheiden in betalingen via particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars en eigen risico's, (verplichte) eigen bijdragen en dergelijke;
4. voor een zeer gering deel indirecte financiering, bijvoorbeeld via de Arbeidsongeschiktheidswet (AAW).

Het laatste betreft de gezinsverzorging. Deze indirecte financieringsvorm is ongewenst gezien het gevaar van afwenteling als de normale financiering achterwege blijft. Vroeger gebeurde dit veel via de Algemene Bijstandswet en sommigen vrezen dat dat in de toekomst weer gaat gebeuren als er een minder breed verzekeringssysteem komt. In tabel 5.1 staat een overzicht van de kosten van de zorgsector als percentage van het BNP.

Tabel 5.1 Kosten zorgsector als percentage van het BNP

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Eerstelijnszorg	10 026	10 505	10 836	11 377	12 024	12 314	12 367	12 513	12 623
Tweedelijnszorg	25 126	26 368	26 807	27 170	27 689	28 169	28 240	28 398	28 398
Overige zorg	2 905	3 074	3 220	3 271	3 438	3 395	3 431	3 469	3 699
Subtotaal	38 057	39 947	40 863	41 818	43 151	43 878	44 038	44 380	44 720
Nominale aanpassingen							438	705	1 010
Totaal	38 057	39 947	40 863	41 818	43 151	43 878	44 476	45 085	45 730

Bron: Financieel overzicht zorg 1989, 1988 pagina 9

Het begrotingsgefinancierde deel bestaat uit een geschakeerd pakket van voorzieningen waarvoor een groot aantal bekostigingsmaatregelen bestaan. In de WGM werd voorgesteld om al deze verschillende subsidieregelingen te vervangen door één algemene doeluitkering aan de plannende overheden. Binnen bepaalde grenzen (artikel 10 WGM) zijn de lagere overheden vrij om deze middelen te besteden. Zo ontstaan substitutiemogelijkheden binnen het begrotingsgefinancierde gedeelte van de zorg. Ook binnen het circuit van de premiebekostigde voorzieningen zouden er binnen de bij wet bepaalde minima

en maxima verschuivingen mogelijk worden. In de ontwerp-WGM zijn er zelfs mogelijkheden gecreëerd voor substitutie tussen het sociale verzekeringsmid-delencircuit en het begrotingscircuit.

In de WGM is duidelijker dan in de WVG aangegeven welke overheid waarvoor verantwoordelijk is. Het principe is echter hetzelfde. Er wordt in de ontwerp-WGM een nieuwe regio-indeling gepropageerd van samenwerkende gemeenten via de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. Gestimuleerd zou moeten worden dat de provincies hun bevoegdheden omtrent de intramurale zorg zoveel mogelijk doordecentraliseren naar de samenwerkende gemeenten. De nieuwe regio's zouden op basis van de WGM een Regionaal Overleg moeten instellen. Dit is analoog aan het Regionaal Overleg dat in de proefregio's is geïnitieerd en dat dient tot samenwerking tussen alle betrokken partijen, het verschaffen van informatie en het opstellen van het RFOGM. In de Memorie van Toelichting bij de ontwerp-WGM wordt de bijzondere positie van de vier grote steden uitdrukkelijk wel genoemd. Gesteld wordt dat in sommige regio's een andere taakverdeling tussen de overheden nodig is dan in andere. In ieder geval zouden de grote steden taken kunnen krijgen die elders aan de provincie toekomen.

Van al deze voornemens komt niets terecht. De ontwerp-WGM is ingetrokken. De projecten in de integrale invoeringsgebieden worden stilgelegd, of in ieder geval drastisch aangepast. Op het eerste gezicht lijkt dit op een nachtmerrie, gezien de hoeveelheid energie die er is besteed aan de voorbereiding van de invoering van de WVG. Wanneer er echter overeenkomstig de overwegingen in hoofdstuk 4 van uitgegaan wordt dat de overheid ook in de toekomst een belangrijke regulerende taak zal houden, dan kunnen al deze ervaringen daarbij van onschatbare waarde zijn. Vooral de grenzen van het planningsstelsel binnen een stelsel van sociale verzekeringen, zijn duidelijk geworden. Allerlei inhoudelijke initiatieven die in de proefregio's tot nu toe zijn ondernomen, staan relatief los van de WVG als zodanig en zijn een model voor overheidsregulering op lokaal niveau, binnen een netwerk van andere actoren (instellingen, beroepsbeoefenaren, patiëntenorganisaties, sociale en particuliere verzekeraars). Fiselier e.a. (1987) beschrijven een aantal van dergelijke activiteiten waarbij de lokale overheid uit inhoudelijke overwegingen een stimulerende en coördinerende rol vervult in het gecompliceerde veld van de gezondheidszorg. Een voorbeeld is het Regionaal Overleg Gezondheidszorg dat in de invoeringsgebieden op initiatief van de gemeenten alle partijen bij elkaar bracht. Een regionaal kaderplan Gezondheidszorg dat een intergemeentelijke beleidsvisie weergeeft is een tweede voorbeeld. In zo'n kaderplan wordt een overzicht gegeven van de aanwezige gezondheidszorgfuncties en -capaciteiten in de regio en worden de knelpunten qua spreiding en samenhang besproken. Aan de hand van een zogenaamd referentiescenario en een regionaal gezondheidsprofiel worden mogelijke toekomstige ontwikkelingen beschreven. Een op deze manier onderbouwde gemeentelijke visie op de gezondheidszorg kan in het Regionaal Overleg als richtsnoer worden ingebracht. Ook zonder dat wordt overgegaan tot voorzieningenplannen ex-WVG, kan de lokale overheid zo bijdragen aan een doelmatig en samenhangend geheel van voorzieningen in de regio.

5.3 Van structuurwetgeving naar marktwerking? Het rapport van de commissie-Dekker en de nota's daaromheen

Hiervoor is al aangegeven dat de structuurwetgeving zoals die in de WVG/WGM vorm had gekregen, steeds meer ter discussie kwam te staan. Gezegd kan worden dat deze discussies voorlopig zijn uitgemond in het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie-Dekker), dat 26 maart 1987 verscheen. In deze paragraaf staat dit rapport centraal. Eerst worden voorlopers van de huidige discussie behandeld:

1. het WRR-rapport Herwaardering van welzijnsbeleid (1982);
2. de Structuurnota Gezondheidszorg 1984 (Boot e.a., 1983);
3. het IOO-rapport Onder behandeling (Hofland e.a., 1984);
4. de regeringsnota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983).

Deze nota's zijn gekozen als voorbeelden van de veranderende denkbeelden bij verschillende actoren, zoals het kabinet, overheidsinstellingen en particulieren. Daarna wordt ingegaan op de discussie rondom het advies van de commissie-Dekker.

WRR-rapport Herwaardering van welzijnsbeleid (1982)

Het WRR-rapport Herwaardering van welzijnsbeleid (1982) komt voort uit de discussie over de gezondheidszorg en de welzijnssector van de eind zeventiger jaren. Daar speelde enerzijds kritiek op het nut en de doelmatigheid van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (zie bijvoorbeeld Illich, 1977; Achterhuis, zonder jaartal; Taylor, 1983). In dit kader wordt in het WRR-rapport gesproken over een cultuurkritiek ten aanzien van de verzorgingsstaat. Anderzijds was er kritiek van economische zijde ten aanzien van de collectieve lastendruk en de wijze van financiering. In het rapport worden vier belangrijke onderdelen van het welzijnsbeleid geëvalueerd, namelijk dat betreffende de somatische gezondheidszorg, de extramurale geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor ouderen en de volwasseneneducatie. De probleemstelling is het analyseren en evalueren van de middelen van het welzijnsbeleid, uitgaande van de doelstellingen van dat beleid en de mate waarin de doelstellingen worden bereikt. Aan een aantal nog steeds actuele items wordt bij elk onderdeel en in de slotconclusies aandacht besteed.

Ten eerste het vraagstuk welk reguleringsprincipe in de gezondheids- en welzijnszorg het meest op zijn plaats is: regelgeving of het marktmechanisme. De WRR constateert dat de nadruk momenteel te veel ligt op de regelgeving en collectieve financiering. Daardoor zouden individuen steeds meer een eenzijdige nadruk leggen op hun recht op voorzieningen en op de verantwoordelijkheid van de overheid. Tegelijkertijd zouden de burgers de bekostiging van de voorzieningen proberen af te wentelen. Dit laatste lijkt overdreven. Een deel van de schuldkwesitie wordt daarbij ten onrechte gelegd bij de gebruikers van zorg (zie Goudriaan e.a., 1982 en 1983). De constatering dat meer van het marktmechanisme gebruik kan worden gemaakt en dat dit nader onderzocht zou moeten worden, is wel juist.

De WRR accepteert de bestaande situatie, dat een groot deel van de voorzieningen wordt beheerd door het particulier initiatief. Daaruit wordt geconcludeerd dat het particulier initiatief een belangrijk aandeel in de beleidsvoorbereiding op regionaal niveau zou moeten hebben. In de WVG/WGM is dit veronachtzaamd. De WRR vindt dat (pagina 294) 'de participatie van nieuwe en minder geprofessionaliseerde vormen van dienstverlening moet worden bevorderd'. Dit sluit aan op de constatering in hoofdstuk 4 dat de centrale rol van de medische professie in de gezondheidszorg tegenwoordig niet meer adequaat is. De WRR vindt samenhang tussen alle vormen van dienstverlening zeer belangrijk, maar stelt ook dat deze gezien de weerbarstige aard van het product nooit perfect kan zijn. Ambitieuze integrale wetgeving zoals de verlaten Kaderwet Specifiek Welzijn, garandeert geen optimale samenhang. Er wordt gepleit voor een meer probleemgerichte werkwijze om de samenhang te bevorderen.

De WRR onderschrijft de beweging van toenemende territoriale decentralisatie. Het gemeentelijke of regionale niveau is overzichtelijker en geeft meer kans op flexibel bestuur dan het centrale niveau. Volgens de WRR moeten er meer middelen beschikbaar komen voor de gemeentelijke beleidsvorming, maar moet het wel zo zijn dat wordt afgezien van een nodeloos ingewikkeld planningsstelsel. Het WRR-rapport geeft geen oplossing voor het dilemma tussen noodzakelijke centrale richtlijnen en de gewenste lokale beleidsruimte. De WRR bekritiseert de nadelige effecten van de professionele autonomie van

artsen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg. Om de afhankelijkheid van de patiënten/cliënten te verminderen moet vrijwilligerswerk, zelf- en mantelzorg bevorderd worden. Intercollegiale toetsing onder hulpverleners, maar ook publieke verantwoording van de zorg, zou wettelijk geregeld moeten worden. Het WRR-rapport *Herwaardering van welzijnsbeleid* geeft een goede indruk van de nieuwe ideeën over zorg en zorgstructuur in het begin van de jaren tachtig. Terwijl de Structuurnota van 1974 geheel op beheersing en besturing was gericht, is er in de jaren tachtig opnieuw veel aandacht voor de inhoudelijke aspecten van de zorg. Het WRR-rapport is daarvan een voorbeeld en een trendsetter.

De gedachte dat formele planningsbevoegdheden niet zaligmakend zijn en dat verbeteringen in overleg tussen de betrokkenen, zowel overheid als particulier initiatief, tot stand dienen te komen, is in het WRR-rapport duidelijk te herkennen. De opmerking van de WRR dat de burger meer verantwoordelijkheid moet krijgen, is later gebruikt als één van de legitimaties voor eigen bijdragen. Hoewel de WRR pleit voor decentralisatie, wordt er in dit rapport niet uitgewerkt hoe dat in de praktijk zou moeten. Het WRR-rapport geeft aan in welke richting de discussie zich heeft ontwikkeld. Er staan wel meer en minder uitgewerkte voorstellen in, maar geen concrete blauwdruk voor een andere zorgstructuur.

De Structuurnota 1984

Een tweede discussiestuk uit het begin van de jaren tachtig is de Structuurnota 1984 (Boot e.a., 1983). Dit is een liber amicorum bij het afscheid van prof. dr. J.C.M. Hattinga Verschure als hoogleraar ziekenhuiswetenschappen in Utrecht op 30 september 1983. Tweeëntwintig auteurs uit de wetenschap, beleids- en zorgwereld geven nieuwe richtingen aan op basis van een evaluatie van tien jaar structuurnota. Gesteld wordt dat de structuurwetgeving uit de jaren zeventig niet aansluit op veranderende zorgconcepten. Net als het WRR-rapport gaat deze nieuwe structuurnota in op de inhoud van de zorg en wordt structuur en regelgeving niet primair gesteld.

Ook in deze nota wordt geconcludeerd dat de WVG/WGM niet voldoet en dat ingrijpende wijzigingen nodig zijn. De auteurs houden echter strikt vast aan de planningsgedachte. Ze bepleiten de toevoeging van een planningsparagraaf aan de Gemeentewet, op basis waarvan de gemeenten, eventueel in onderlinge samenwerking, de planning uitvoeren. De gemeenten zouden ook de tariefonderhandelingen met de instellingen moeten voeren en budgetten moeten vaststellen. Er wordt gepleit voor een volksverzekering met premieheffing naar draagkracht. De regionale ziekenfondsen zouden de door de gemeenten aangewezen voorzieningen binnen een bepaald regionaal budget moeten betalen. Kortom, het probleem planning versus financiering wordt hier opgelost door alle bevoegdheden aan de gemeente te geven. De provincie zou slechts een coördinerende rol moeten vervullen. Deze Structuurnota 1984 is een weergave van de stroming in de gezondheidszorg die ondanks alle kritiek stelt dat planning van overheidswege noodzakelijk is om de nodige samenhang en kwaliteit te garanderen in overeenstemming met de democratische principes.

In de onderhavige structuurnota wordt niet diep ingegaan op het conflict tussen een regulerende overheid, particuliere voorzieningen en een sociaal verzekeringssysteem. De verzekeringsgelden worden volgens het voorstel min of meer beschouwd als een budget van de gemeentelijke overheid. In onderhandelingen tussen particulier initiatief en de lokale overheid dienen de plannen vorm te krijgen. Ook nu nog – na het advies van de commissie-Dekker – is dit een belangrijke stroming. Ze treedt echter door de omstandigheden minder op de voorgrond.

IOO-onderzoek Onder behandeling (1984)

Van een geheel andere orde is het rapport *Onder behandeling*: strategische

keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg (Hofland e.a., 1984). Dit is een publikatie van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO). Deze studie gaat nauwelijks in op inhoudelijke aspecten van de gezondheidszorg, maar geeft een economische invalshoek. Het uitgangspunt is dat de gezondheidszorg geanalyseerd kan worden als een markt met vragers, aanbieders, financiers en overheidsinvloed. Nagegaan wordt hoe deze markt functioneert. De algemene conclusie is dat de markt door allerlei haperingen verstoord wordt. De overheid zou zich niet moeten terugtrekken, maar haar invloed moeten aanwenden om de marktwerking te verbeteren.

Het IOO constateert dat het aanbod in de gezondheidszorg in overheersende mate de omvang en de richting van het gebruik bepaalt. Binnen het medisch systeem vervult de arts als de belangrijkste beslisser een centrale rol. In eerste instantie is dat de huisarts, die een sluisfunctie vervult in de toegang naar de tweede lijn. In tweede instantie is het de specialist die in belangrijke mate bepaalt wat er in de tweede lijn gebeurt. Het honorerings- en verrichtingensysteem lokt een aanbod-geïnduceerde medische consumptie uit. In het algemeen geldt dat hoe meer er gedaan wordt, hoe meer er betaald wordt. De financiering heeft een open-eind-karakter. Het IOO adviseert onder andere om meer gebruik te maken van een budgetstelsel, hetgeen nu al het geval is. Het IOO noemt als mogelijkheid in het bijzonder het case-paymentsysteem, waar per ziektegeval een bepaald budget wordt toegekend.

In het rapport wordt verschillende malen benadrukt dat de kostenbeheersing primair vanuit de aanbodkant moet worden gezien. Ondoorzichtigheid van de markt, gebrek aan kennis, informatie en mondigheid van de gebruikers en de inrichting van de honoreringssystemen zijn factoren die maken dat de gebruiker zelf nauwelijks invloed heeft op wat er gebeurt in de gezondheidszorg. Duidelijker dan bij het WRR-advies Herwaardering van welzijnsbeleid wordt er dus een accent gelegd op het functioneren van de aanbodzijde (zie ook Goudriaan e.a., 1982 en 1983). Desalniettemin moet volgens het IOO-rapport beheersing vanuit de vraagkant niet a priori worden uitgesloten. Beheersing van de vraag kan gediend zijn bij een ruimere toepassing van eigen risico's en eigen bijdragen en het aanbrenge van meer keuzemogelijkheden in het systeem van ziektekostenverzekeringen.

Volgens de IOO-studie kan een integrale, veel omvattende regulering wel succesvol zijn in de gezondheidszorg, maar is het de vraag of de marginale kosten van verdergaand overheidsingrijpen niet te hoog zullen worden in relatie tot de opbrengsten. Daarom wordt geadviseerd om meer gebruik te maken van een marktgerichte strategie waarin gewerkt wordt met kostenverlagende prikkels. De overheid heeft daarbij als taak om de monopolioïde-structuur van de gezondheidszorgmarkt te doorbreken. Het IOO noemt allerlei voorbeelden en mogelijkheden voor een marktgerichte benadering. Daarmee wordt een alternatieve richting voor de beleidsvorming aangegeven op basis van een economische analyse. Er wordt geen blauwdruk gegeven voor een nieuwe structuur van de gezondheidszorg, net als bij de twee rapporten die hierboven zijn besproken. Ook in de vier grote steden kan meer dan nu het geval is gebruik worden gemaakt van een marktgerichte benadering. Vooral in de grote steden zal men echter alert moeten zijn op mogelijke negatieve consequenties daarvan voor de gezondheidssituatie en van inkomensherverdelingseffecten. Hiervoor wordt in het IOO-rapport Onder behandeling gewaarschuwd.

Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983)

Begin tachtiger jaren werd het ook op het departement duidelijk dat het gezondheidszorgbeleid zo'n tien jaar na de structuurnota geherformuleerd moest worden. Met name in de Tweede Kamer was hierom gevraagd, gezien de ingrijpende bezuinigingsvoorstellen die in een algemeen beleidskader zouden moeten passen. Het lukte voorsnog niet om een alomvattende lange termijnnota op te stellen. Deze kwam pas in 1986 met de Nota 2000 (zie paragraaf 5.3). In september 1983 kwam de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden met

een tussennota voor de middellange termijn (1984 tot en met 1986) getiteld Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen.

Deze nota kenmerkt zich net als het WRR-rapport en de Structuurnota 1984 door een veel meer inhoudelijke benadering, dan men in de zeventiger jaren van het departement gewend was. Er wordt in deze nota wel vastgehouden aan het reguleringsinstrumentarium dat in de vorige paragraaf is beschreven. Nieuw zijn de plannen tot herziening van het ziektekostenverzekeringsstelsel. Zoals de titel aangeeft is beheersing van de kosten een rode draad in de nota. Centraal staat de bevordering van de zelfstandigheid van de consument/patiënt. Gezien de vooronderstelling dat deze zelfstandigheid leidt tot relatief lagere kosten – hetgeen meer en meer wordt betwijfeld – is dit de legitimatie voor het economische doel: kostenbeheersing. Alle accentverschuivingen die in de nota bepleit worden, zijn tot de centrale doelstelling herleidbaar: verschuiving van curatieve naar preventieve zorg; van klinische naar poliklinische zorg; van tweedelijns- naar eerstelijnszorg; het streven naar de relatieve versterking van de ambulante geestelijke gezondheidszorg; het bevorderen van beschermende woonvormen; en de uitbreiding van voorzieningen voor gehandicapten buiten de inrichtingen. Vooruitlopend op de Nota 2000 wordt uitgebreid aandacht besteed aan gezondheidsbevordering (Health Promotion; zie paragraaf 4.3). Gewezen wordt op de WHO-doelstellingen, die ook uitgaan van de bevordering van de zelfstandigheid van de burger. In dit kader worden thema's zoals leefstijlen, zelf- en mantelzorg en thuiszorg behandeld. Het idee van substitutie van ongewenste door gewenste zorgfuncties, wordt ondersteund.

Bovengenoemde beschouwingen in de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen kunnen worden gekarakteriseerd als de legitimatie voor en de inbedding van de bezuinigingsvoorstellen. Staatssecretaris Van der Reijden zag zich in 1983 geconfronteerd met de volgende (cumulatieve) ombuigings-taakstelling: f 1.301 mln in 1984, f 2.363 mln in 1985 en f 3.468 mln in 1986. Het beleid had tot doel om in drie jaar tijd de voor de gezondheidszorg beschikbare personele en materiële middelen te stabiliseren en de groei terug te brengen tot nul. Slechts voor een paar onderdelen was nog groei toegestaan: de basisgezondheidsdiensten, het kruiswerk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

In de Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen wordt geconstateerd dat het beleidsinstrumentarium van dat moment (zie de vorige paragraaf) voldoende is om de nodige ombuigingen te bewerkstelligen. Wel is een verdergaande operationalisatie en ten dele aanpassing van dit instrumentarium nodig. Als hoofdpunten worden genoemd:

1. het invoeren van budgettering als financieringssysteem voor ziekenhuizen (instrument: WTG);
2. het verminderen van het aantal ziekenhuisbedden (instrument: WZV);
3. het invoeren van een vestigingsregeling voor beroepsbeoefenaren (instrument: WVG);
4. het herzien van het stelsel van ziektekostenverzekeringen (instrumenten: Ziekenfondswet en AWBZ).

De centrale doelstelling van het beleid, namelijk het bereiken van een nulgroei in de gezondheidszorg, is redelijk goed bereikt. De afgelopen jaren zijn de bezuinigingen en het afvlakken van de groei inderdaad voor een belangrijk deel gerealiseerd. Het belangrijkste instrument daarbij is de budgettering van de intramurale zorg geweest. De beddenreductie is nog niet gerealiseerd. In plaats van de voorgenomen 8.000 bedden zijn er tot nu toe slechts 400 á 900 verdwenen. Dit blijkt uit een onderzoek van de Erasmusuniversiteit (Nauwelijks vermindering van ziekenhuisbedden, 1987). Dit wordt veroorzaakt door het Nederlandse stelsel van overleg en belangenbehartiging dat ingrijpende maatregelen afdempt en uitstelt. Aangezien er een reëel beddenoverschot is, zal de beddenreductie de komende jaren waarschijnlijk wel kunnen plaatsvinden. Een ander voornemen in de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen dat nog niet is gerealiseerd, is de herziening van het stelsel van ziekte-

kostenverzekeringen. Acute problemen bestonden er ten aanzien van de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering in het kader van de Ziekenfondswet. Door de afwenteling van mensen met grote risico's waren deze twee verzekeringen onbetaalbaar geworden. Inmiddels zijn de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering opgeheven. Via de Wet toegang ziektekostenverzekeringen is geregeld dat de voormalige verzekerden grotendeels bij particuliere ziektekostenverzekeraars zijn ondergebracht. Beheersing via een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen, door de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde via betalingen tot uitdrukking te brengen, is er – ondanks het voornemen daartoe – nog niet van gekomen.

De vier nota's die hierboven zijn besproken, zijn exemplarisch voor de ontwikkelingen in het denken over de gezondheidszorg in de eerste helft van de tachtiger jaren. Het valt op dat de nota's inhoudelijk ingaan op hetgeen er speelt in de zorgsector en dat er niet meer alleen of voornamelijk wordt geschreven over de structuren en de beleidsinstrumenten. Het nut van de zorg en de positie van de consumenten wordt meer dan vroeger centraal gesteld.

Terwijl er in de zeventiger jaren vooral aandacht werd besteed aan de aanbodzijde, wordt in de hier besproken nota's ook ingegaan op de verantwoordelijkheid van de burgers c.q. verzekerden voor een adequaat, dat wil zeggen beperkt, gebruik van voorzieningen. Dat dit echter vooral resulteert in voorstellen tot eigen risico's en eigen bijdragen is wat onbevredigend. Het Instituut voor Onderzoek van Overheidsbijdragen waarschuwt dat ondanks alle eigen verantwoordelijkheid, de aanbodzijde de bepalende factor blijft in de gezondheidszorg.

Er is een stroming te signaleren die de voorkeur geeft aan het meer gebruik maken van elementen van marktwerking in de zorgsector. Dit zou in de plaats moeten komen van structurering via wettelijke overheidsmaatregelen. De één gaat hierin veel verder dan de ander. Unaniem zijn alle betrokkenen het er over eens, dat er een grens is aan de mogelijkheden om via structuurmaatregelen van de overheid de gezondheidszorg in te richten. Dit binnen het kader van een niet-genationaliseerde gezondheidszorg.

Slecht, tot geheel niet, uitgewerkt is het alternatief waarbij gebruik wordt gemaakt van de marktwerking. Hiermee kan op een groot aantal verschillende zaken worden gedoeld. Marktwerking kan betrekking hebben op: de arbeidsmarkt van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals medische specialisten en huisartsen; de marktwerking door bijvoorbeeld concurrentie aan de aanbodzijde van gezondheidszorg; marktwerking aan de vraagzijde van de consumenten door bijvoorbeeld financiële prikkels in te bouwen, zoals eigen risico's. In feite is er bij interacties altijd sprake van een marktsituatie. Het is alleen de vraag of die markt optimaal functioneert. Over de vraag hoe de diverse deelmarkten van de zorgsector kunnen worden geoptimaliseerd, zijn nauwelijks concrete ideeën bekend.

In de jaren 1980 tot 1985 kwamen er dus geluiden op van minder structurering en meer marktwerking. De stroming die echter bleef uitgaan van de inrichtingsprincipes uit de zeventiger jaren, had de overhand. Deze stroming wordt verwoord in de Structuurnota 1984 en in de overheidsnota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. Pas in de zomer van 1986 kwam er bij de centrale overheid een doorbraak. In het regeerakkoord werd namelijk bepaald dat de ontwerp-WGM zou worden ingetrokken. Daarmee kwam de inmiddels verouderde WVG ook op losse schroeven te staan. Kortom, het einde van het WVG-tijdperk, dat met de Structuurnota 1974 was begonnen, kwam in zicht. In het regeerakkoord werd tegelijkertijd de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie-Dekker) aangekondigd. Deze commissie zou de ideeën moeten genereren over hoe het verder moet in de gezondheidszorg.

Niet alleen het nieuwe kabinet vond dat er naar nieuwe wegen moest worden gezocht, ook allerlei maatschappelijke instanties hadden de impasse in het beleid gesignaleerd. Als antwoord daarop verschenen tal van nota's en rappor-

ten over de structuur van de gezondheidszorg. Sommige verschenen voor het advies van de commissie-Dekker, andere erna. In deze discussie staat de gezondheidszorg centraal. Aangezien de maatschappelijke dienstverlening voor een belangrijk deel samenhangt met de gezondheidszorg, wordt daarop – meer of minder – ook ingegaan. Twee verschillende thema's krijgen in deze discussie in wisselende mate aandacht. Ten eerste het thema verzekeringsstelsel, met name een eventuele nieuwe volksverzekering tegen ziektekosten. Ten tweede de structurering van de gezondheidszorg, als het alternatief voor de WVG/WGM. Eerst wordt het advies van de commissie-Dekker besproken, daarna komen de nota's en rapporten van de diverse maatschappelijke instanties aan de orde.

Advies van de commissie-Dekker: Bereidheid tot verandering

De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg met als voorzitter prof. dr. W. Dekker, werd geïnstalleerd op 25 augustus 1986. Op 26 maart 1987 werd het advies getiteld *Bereidheid tot verandering*, openbaar gemaakt. De Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur vroegen om advies over drie zaken:

1. de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling;
2. de mogelijkheden tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen;
3. de mogelijkheden tot derugelering, tot vermindering van de bureaucratie en tot stroomlijning van de adviesstructuur.

Deze drie elementen zijn in het advies terug te vinden. Elk aspect wordt afzonderlijk besproken, in het bijzonder de betekenis voor de vier grote steden.

Volume-ontwikkeling

Wat betreft het eerste punt, de volume-ontwikkeling, gaat het zowel om de korte termijn als om de lange termijn. Op de lange termijn gaat het erom om ondanks de vergrijzing en technische ontwikkelingen, bij een zo laag mogelijk volume, zo goed mogelijk zorg te realiseren. Hoe dat gerealiseerd kan worden is een kwestie van zorgbeleid, dat hieronder bij het derde thema wordt besproken. Op dit moment is vooral de volume-ontwikkeling op korte termijn actueel. In het regeerakkoord was een bezuiniging op de collectief gefinancierde uitgaven voor de volksgezondheid afgesproken van 1,2 miljard gulden in 1990. Dit zou voor 50% gerealiseerd moeten worden door volumebeperking en voor 50% door een verschuiving van collectieve naar particuliere betalingen. Aangezien er tot 1990 nog een flinke autonome kostengroei wordt voorzien, is de totale financiële problematiek van 1988 tot 1990 volgens de commissie 2,4 miljard gulden.

Ten aanzien van de volumecomponent doet de commissie-Dekker bezuinigingsvoorstellen ter waarde van 950 miljoen gulden. In de financieringssfeer stelt de commissie een verschuiving voor van de collectieve naar de private sector ter waarde van 295 miljoen gulden. Over een resterend bedrag van 305 miljoen gulden door of een beperking van het ziekenfondspakket, of door een vermindering van het aantal ziekenfondsverzekerden, spreekt de commissie zich niet uit. Deze forse bezuinigingen op korte termijn zijn een onderdeel van het advies dat los staat van de grote lijnen van het rapport. Het advies van de commissie-Dekker heeft namelijk betrekking op de lange termijn. De hierboven genoemde bezuinigingen en verschuivingen moeten echter op korte termijn, binnen het huidige stelsel, worden gerealiseerd. Als zodanig moeten ze worden opgevat als een apart onderdeel.

De commissie-Dekker stelt de volgende bezuinigingsmaatregelen op korte termijn voor:

- capaciteitsreductie ziekenhuizen	f 200 mln
- vermindering autonome kostenontwikkeling medisch-specialistische hulp	f 150 mln
- beperking groei aantal verpleegbedden	f 75 mln
- niet uitbreiden aantal verzorgingsplaatsen bejaardenoorden	f 200 mln
- beheersing geneesmiddelenvoorziening	f 300 mln
- beëindiging WVG-planning	f 25 mln
Totaal	f 950 mln

De capaciteitsreductie ziekenhuizen betekent een reductie met 4.000 bedden. Deze reductie komt bovenop de reeds genoemde vermindering met 8.000 bedden, die in 1982 is voorgenomen, maar tot nu toe nauwelijks gerealiseerd is. De medisch-specialistische hulp zou onderdeel van het ziekenhuisbudget moeten worden. De honoraria van specialisten zouden anders moeten worden opgebouwd. Zo hoopt de commissie op deze post te kunnen besparen. Dit is een ingrijpend voorstel, maar niet van specifiek belang voor de vier grote steden. Hetzelfde geldt voor de besparing op de geneesmiddelen via een beperking van de lijst met middelen die worden vergoed.

Voor het merendeel van deze bezuinigingsvoornemens is het de vraag of ze op korte termijn kunnen worden gerealiseerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de extra vermindering van het aantal ziekenhuisbedden. De in 1982 voorgenomen capaciteitsreductie kan naar men hoopt pas de komende jaren gerealiseerd worden. Een 50% extra reductie zal op korte termijn in de grote steden zeer problematisch zijn. Overigens is een geleidelijke vermindering van het aantal ziekenhuisbedden een trend die ook zonder speciale bezuinigingsmaatregelen zal doorzetten.

Globaal genomen is er in de vier grote steden volgens de huidige normen een overcapaciteit aan somatische verpleeghuisbedden. Dat wil echter niet zeggen dat het gemakkelijk is om het aantal bedden te verminderen. Daarbij komt dat er een nijpend tekort is aan psycho-geriatrische bedden. Er is ook – globaal genomen – een te veel aan plaatsen in bejaardenoorden volgens de huidige normen. Zoals in hoofdstuk 3 aan de hand van de situatie in Amsterdam werd aangegeven, is het niet realistisch om extreme bezuinigingen in deze sector op korte termijn te realiseren. In hoofdstuk 6 wordt verder op deze problematiek ingegaan.

De beëindiging van de WVG-planning is slechts een bescheiden post in deze bezuinigingsvoorstellen. Beëindiging van de WVG-planning wil echter niet zeggen dat de lokale overheid kan stoppen met beleidsontwikkeling. Los van de exacte inrichting van de gezondheidszorg blijven de gemeentebesturen verantwoordelijk voor de volksgezondheid in hun regio en voor de aanwezigheid van een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen. Wat dat betreft wordt de situatie de komende jaren eerder ingewikkelder dan overzichtelijker. Mogelijk worden de kosten van de beleidsontwikkeling daardoor eerder meer dan minder. Dit geldt vooral voor de vier grote steden.

Zoals gezegd doet de commissie-Dekker voor een bedrag van 295 miljoen gulden voorstellen voor verschuivingen van de collectieve naar de particuliere sector. Voor het grootste gedeelte (f 235 mln) betreft dit de invoering van een eigen bijdrage op verwijs- en herhalingskaarten voor specialistische hulp bij ziekenfondsverzekerden. Verder wordt verhoging voorgesteld van de eigen bijdrage voor psychotherapie en kraamzorg (f 10 mln) en verpleeghuiszorg (50 mln). Daarnaast zouden er – zoals vermeld – verschuivingen mogelijk zijn door verkleining van het verstrekkingspakket of van het aantal verzekerden op grond van de Ziekenfondswet.

Deze verschuivingen worden gewenst vanuit macro-economisch perspectief. Daarbij moet wel worden bedacht dat chronisch zieken en ouderen gemiddeld het zwaarst belast worden door eigen bijdragen, terwijl deze groepen in het algemeen relatief minder inkomen hebben. Dergelijke risicogroepen zijn in de

grote steden in ruime mate voorhanden. De effecten bij mensen met de laagste inkomens verdienen speciale aandacht. Anders bestaat er het gevaar voor afwenteling op de Algemene Bijstandswet. Een andere mogelijke consequentie is dat het de instellingen of de fondsen voor een deel niet lukt om de eigen bijdragen te innen.

Herziening stelsel ziektekostenverzekeringen

De commissie-Dekker beschouwt de door haar voorgestelde herziening van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen als de kern van het advies. Om te beginnen is een volksverzekering tegen ziektekosten in Nederland sinds jaar en dag een hot issue, even gewenst als omstrede. Het laatste vooral door de inkomenseffecten en de consequenties voor de omvang van de collectieve sector. Een ander aspect dat duidt op het belang van de stelselwijziging, is dat de commissie-Dekker het door haar voorgestelde verzekeringssysteem tegelijkertijd ziet als een reguleringsmechanisme. Op dit laatste aspect wordt verderop apart ingegaan.

De commissie-Dekker pleit er voor om alle huidige vormen van verzekeringen tegen ziektekosten te vervangen door één nieuwe, die geldt voor alle ingezetenen van Nederland. De nieuwe voorgestelde volksverzekering tegen ziektekosten wordt een basisverzekering genoemd, omdat niet alle verstrekkingen er onder vallen, maar het pakket wel wordt beschouwd als een afdoende basis. Het is de bedoeling dat de basisverzekering circa 85% van het totaal aan verstrekkingen en voorzieningen omvat. Wat wel en niet onder de werking van de basisverzekering wordt gebracht is iets dat veel discussie oproept.

De commissie-Dekker hanteert twee criteria om onderdelen wel in de basisverzekering op te nemen. Ten eerste horen voorzieningen die naar hun aard onverzekerbaar zijn of die een groot financieel risico met zich meebrengen in de basisverzekering. In de tweede plaats zouden voorzieningen die zich in hoge mate lenen voor substitutie door andere vormen van zorg in de basisverzekering moeten worden opgenomen. Echter, pragmatisme is waarschijnlijk even belangrijk geweest bij het vaststellen van het basispakket. Beter is om na te gaan wat er buiten de basisverzekering wordt gelaten: geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen, extramurale paramedische hulp zoals fysiotherapie, tandheelkundige hulp voor volwassenen, het consultatiebureau voor kleuters, cosmetische plastische chirurgie, in vitro fertilisatie, zwangerschapsafbreking en sterilisatie. Dit is een mengeling van zaken die de commissie blijkbaar minder belangrijk acht, waarvan men vindt dat er een eigen keus in meespeelt, of die vrij willekeurig, pragmatisch, werden gekozen.

Terwijl er aan de ene kant dus een beperking is van het pakket tot 85% van de totale zorg, pleit de commissie-Dekker anderzijds voor een enorme uitbreiding van het pakket in vergelijking met de huidige ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Het gedeelte van de gezondheidszorg dat momenteel begrotingsgefinancierd is, met name de collectieve preventie van de basisgezondheidszorg, wil de commissie namelijk ook opnemen in de volksverzekering. Bovendien stelt de commissie voor om de maatschappelijke dienstverlening, die voor het grootste gedeelte begrotingsgefinancierd is, onder te brengen in de basisverzekering. Onder maatschappelijke dienstverlening verstaat de commissie bejaardenzorg, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk en sociaal-pedagogische zorg.

Reden hiervoor is de samenhang tussen de diverse zorgvoorzieningen die nu nog vanuit verschillende financieringsstromen worden gereguleerd. De commissie hoopt zo op een toename van de substitutie van dure (= intramurale) zorg door goedkopere (= extramurale). In verband daarmee stelt de commissie voor om het verzekeringspakket te omschrijven in de vorm van functies van te verlenen hulp en niet in termen van bepaalde instellingen of beroepsbeoefenaren. De commissie-Dekker stelt voor om de premie van de basisverzekering te laten bestaan uit een nominaal gedeelte en een inkomensafhankelijk gedeelte. Het

inkomensafhankelijk gedeelte zou bij elke verzekeringsinstelling hetzelfde percentage moeten zijn. Het nominale gedeelte zou echter kunnen verschillen per verzekeringsmaatschappij en per verzekeringsvorm. Efficiënt werkende verzekeraars kunnen wellicht een lagere nominale premie hanteren, hetgeen extra klanten aantrekt en omzet- en winstverhogend uitwerkt. Daarnaast zou het mogelijk moeten zijn dat klanten kiezen voor een eigen risico bij de vergoedingen van de basisverzekering in ruil voor een lager nominaal premiebedrag. Eventuele risicoselectie door de verzekeraars is een groot gevaar. Iedere commerciële verzekeraar zal zijn best doen om geen mensen aan te trekken bij wie relatief hoge ziektekosten worden verwacht. Risicoselectie leidt ertoe dat mensen met een verhoogd risico op ziektekosten zich slechts tegen hogere kosten of tegen relatief ongunstige voorwaarden kunnen verzekeren. Dat is niet verenigbaar met een sociaal ziektekostenverzekeringsstelsel. De commissie-Dekker wil deze risicoselectie bij de basisverzekering daarom voorkómen. Er wordt echter niet ingegaan op de problemen bij de effectuering daarvan in het voorgestelde stelsel.

De circa 15% van de verstrekkingen die niet in de basisverzekering is opgenomen zou volgens de commissie geheel of gedeeltelijk kunnen worden verzekerd via een zogenaamde aanvullende verzekering. Dit is echter vrijwillig en wordt overgelaten aan de vrije markt. Weigering van cliënten tot de verzekering vindt de commissie-Dekker niet aanvaardbaar. Over de gebruikelijke risicoselectie wordt echter niets opgemerkt. Bij de aanvullende verzekering is het uitermate riskant om bepaalde risicogroepen af te stoten door ongunstige verzekeringsvoorwaarden. Dit kan namelijk leiden tot onderverzekering in de groepen die zo'n verzekering juist het meest nodig hebben.

Voor de vier grote steden zijn de volgende drie punten van belang in relatie tot de voorgestelde volksverzekering tegen ziektekosten. Ten eerste de gemeente in haar rol als werkgever, gezien haar verantwoordelijkheid voor een goede ziektekostenverzekering voor haar ambtenaren. In Rotterdam en Utrecht zijn de gemeenteambtenaren verplicht tot deelname aan de uitgebreide publiekrechtelijke IZA-verzekeringen met een inkomensafhankelijke premie. In Amsterdam en Den Haag is dat niet het geval en aangezien ambtenaren niet tot de verplicht verzekerden in het kader van de Ziekenfondswet horen, kunnen de gemeenteambtenaren in die steden een particuliere ziektekostenverzekering afsluiten tegen een nominale premie. Ten opzichte van de IZA-regeling heeft de nieuwe basisverzekering een meer beperkte dekking. Bij particuliere ziektekostenverzekeringen is vergelijking door de wisselende pakketten erg moeilijk. In ieder geval zullen de gemeenten rekening moeten houden met inkomensconsequenties voor hun ambtenaren. Deze hangen vooral af van al dan niet deelname aan de IZA-regeling en uiteraard van het inkomen en de gezinsgrootte van de betreffende ambtenaar.

Een tweede punt is het onderbrengen van begrotingsgefinancierde onderdelen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de nieuwe volksverzekering. Wanneer dat door gaat, verliezen de grote steden voor een zeer groot gedeelte hun huidige invloed bij de ontwikkelingen in de betreffende zorgsectoren. Van bijzonder belang zijn de basisgezondheidszorg, de gezinsverzorging en de ouderenzorg. Drie onderdelen waarin veel ontwikkelingen plaatsvinden. Via de zogenaamde Welzijnsovereenkomst tussen het rijk en de vier grote steden, hadden de gemeenten juist in deze sector veel ontwikkelingsmogelijkheden gekregen (zie hoofdstuk 6). Wanneer de voorstellen van de commissie worden ingevoerd, is het daarmee afgelopen. Een groot probleem is dat de marktwerking die de commissie-Dekker bepleit, juist in deze zorgvelden waarschijnlijk een gebrekkig mechanisme is.

Het derde punt dat relevant is voor de vier grote steden is de omvang van het basispakket en het commerciële karakter van de voorgestelde ziektekostenverzekeringen, met name bij de aanvullende verzekering. Op basis van macro-economische overwegingen is bepaald dat de basisverzekering slechts 85% van het huidige voorzieningenaanbod mag omvatten. Daarbij is het niet te ver-

mijden dat bepaalde onderdelen van het niet verplicht verzekerde gedeelte wel zouden moeten worden verzekerd, in ieder geval door mensen met lagere inkomens. Bepaalde onderdelen, zoals geneesmiddelen en fysiotherapie, zijn wel essentieel en tegelijkertijd in onvoorzienbare situaties niet privé te financieren. Aangezien de aanvullende verzekering vrijwillig is, valt nu nog niet te overzien hoeveel mensen zich niet zullen verzekeren, terwijl dit gezien hun inkomenssituatie wel nodig is. In het ergste geval zullen juist de mensen met de laagste inkomens en relatief hoge risico's op ziekte en gebrek zich relatief het minst verzekeren. Uiteraard is een vrijwillige aanvullende verzekering niet ontoelaatbaar, maar de vier grote steden moeten er rekening mee houden dat er problemen gaan ontstaan bij onderverzekerde inwoners. Nogmaals, hoe groot dit probleem zou kunnen worden in de vier grote steden is niet goed te overzien. Dit zou nader moeten worden onderzocht.

Het commerciële karakter van de voorgestelde ziektekostenverzekeringen kan het bovengenoemde probleem alleen maar vergroten. Wat betreft de verplichte basisverzekering zou risicoselectie alleen indirect kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld door gerichte klantenwerving of door informele barrières bij de toelating tot de verzekering. Een gevaar is mogelijke risicoselectie bij de aanvullende verzekering. Het weigeren van cliënten zou de commissie-Dekker willen uitsluiten, maar het is wel mogelijk dat inwoners met bestaande of zelfs vroegere klachten en aandoeningen relatief ongunstige voorwaarden krijgen voorgeschoteld. Dit versterkt de kans op onderverzekering.

Doordat vooral diegenen zich tegen iets zullen verzekeren, die daarop een zeker risico lopen, vindt er nog een vorm van indirecte selectie plaats, die de premies kan verhogen en daardoor de toegankelijkheid tot de verzekering kan verminderen. Bijvoorbeeld alleen jonge vrouwen hebben een verzekering nodig voor zwangerschapsafbreking en in vitro fertilisatie. En vooral gehandicapten hebben een verzekering voor kunst- en hulpmiddelen nodig. In het algemeen zijn vrijwillige commerciële verzekeringen tegen ziektekosten het meest aantrekkelijk voor jonge, gezonde mensen, maar voor hen zijn dergelijke verzekeringen het minst bedoeld. Dit is een algemeen bezwaar tegen het systeem van een vrijwillige aanvullende verzekering die de commissie-Dekker voorstelt. Voor de grote steden is het gevaar dat vrij grote groepen mensen met relatief lage inkomens, zich tot het stadsbestuur zullen wenden voor een aanvullende uitkering indien zij in financiële moeilijkheden raken als gevolg van onderverzekering.

Regulering via marktwerking

De derde vraag die door de minister en de staatssecretaris aan de commissie-Dekker werd gesteld betreft de mogelijkheden tot deregulering. Centraal staat daarbij de vraag wat er rondom de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) dient te gebeuren. De commissie-Dekker adviseert om de regulering via structuurwetgeving zoals de WVG drastisch terug te brengen en om deze te vervangen door regulering via marktwerking. De WVG zou moeten worden ingetrokken, evenals de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Alleen voor de spreiding en bouw van intramurale voorzieningen, zoals de ziekenhuizen en de bejaardenoorden zou er een nieuwe, sterk vereenvoudigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen moeten komen.

Als nieuw type wet wordt er een Wet inzake kwaliteit van zorg voorgesteld. Via een dergelijke wet zou de overheid een minimumniveau qua omvang en kwaliteit van de voorzieningen moeten garanderen. De huidige Ziekenfondswet, AWBZ en Wet Tarieven Gezondheidszorg zouden moeten opgaan in een nieuwe Wet op de zorgverzekering. In de voorgaande paragrafen is beschreven hoe de overheid in de loop der tijd de structurering via de sociale verzekeringen heeft aangevuld met prijswetgeving en planningswetgeving. De commissie-Dekker stelt voor om twee stappen terug te doen: geen prijswetgeving meer en slechts minimale planning.

In plaats daarvan wordt een specifiek model van marktwerking geïntroduceerd. Daarbij is het de bedoeling dat ziektekostenverzekeringsmaatschappijen, waaronder de ziekenfondsen, in min of meer vrije onderhandelingen met de zorginstellingen en de beroepsbeoefenaren bepalen welke zorg, waar en tegen welke prijs wordt geleverd. Verzekeringsmaatschappijen die deze zorg tegen lagere kosten weten te organiseren kunnen – als ze dat willen – dit tot uitdrukking brengen in lagere verzekeringspremies. Bij de basisverzekering zou dat van invloed zijn op de hoogte van het nominale gedeelte van de premie. Verzekeringsmaatschappijen kunnen ook met elkaar concurreren ten aanzien van de kwaliteit van de aangeboden zorg. De commissie-Dekker verwacht daar echter niet veel van. In tegenstelling: een Wet op de kwaliteit van zorg zou de consument moeten beschermen tegen verzekeraars die te veel bezuinigingen op de kwaliteit. Marktwerking wordt dus in het commissie-Dekker-advies op twee plaatsen geïntroduceerd:

1. op de markt van verzekeraars versus instellingen en beroepsbeoefenaren;
2. op de markt van diverse verzekeringsmaatschappijen die polissen aanbieden aan de consumenten.

In het WVG/WGM-tijdperk leefde er bij de vier grote steden de verwachting dat zij een belangrijke functie bij de planning van zorgvoorzieningen zouden gaan vervullen. Zoals in de vorige paragraaf werd vermeld, was dit niet meer dan een verwachting. De WVG/WGM was nog niet operationeel en daarvoor bestonden ook nog geen concrete plannen. Volgens het advies van de commissie-Dekker zullen de vier grote steden in het geheel geen invloed krijgen bij het vorm geven aan de zorgvoorzieningen in hun regio. Eventueel zou er een marginale invloed van de steden mogelijk zijn in het kader van de nieuwe Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Dit wordt echter niet genoemd in het advies. Zoals gezegd verliezen de vier grote steden hun huidige bevoegdheden rondom de – op dit moment – begrotingsgefinancierde zorgfuncties.

Essentieel is de vraag of er met het door de commissie-Dekker voorgestelde mechanisme van marktwerking wel een functioneel zorgsysteem van voldoende kwaliteit tegen redelijke kosten tot stand komt. Wanneer dat niet het geval is, komen de vier grote steden in moeilijkheden gezien hun verantwoordelijkheid voor een adequaat niveau van zorgvoorzieningen in hun regio. In het geval van problemen hieromtrent zullen de stadsbesturen toch moeten optreden om lacunes in de zorg op te vangen. Hoe het marktmechanisme zoals de commissie-Dekker dat voorstelt zal uitwerken in de vier grote steden is zonder nader onderzoek niet te zeggen. Minimaal zou een dergelijk onderzoek nodig zijn voordat tot vergaande veranderingen wordt besloten.

Dekker e.a. (1987) hebben een poging gedaan om de effectiviteit van de marktwerking volgens het rapport-Dekker te analyseren. De effectiviteit is door hen beoordeeld aan de hand van kenmerken als de marktpositie van een bepaalde zorgfunctie, de specialisatiegraad, de kosten per eenheid, evenwichtige spreiding, benodigd aantal voorzieningen. Hun conclusie is dat de effectiviteit van de marktwerking zal verschillen per zorgfunctie. Zij verwachten vooral problemen bij de volgende functies: topklinische zorg, revalidatie, reactivering, psychiatrie en gehandicaptenzorg. Gezien de te verwachten problemen bij deze zorgfuncties zal er volgens Dekker e.a. een taak voor de overheid blijven bestaan. In de toekomst zou de situatie niet veel anders worden dan zoals die op dit moment is: ordening van het aanbod door zowel de overheid als door de sector zelf.

De commissie-Dekker gaat niet uit van regionalisatie als ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. Daarmee wordt gebroken met één van de belangrijkste beleidslijnen sinds de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974. Samenhang van de zorgvoorzieningen binnen een bepaalde geografische regio is echter een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit. Het rapport van de commissie-Dekker is op dit punt onduidelijk. Het is mogelijk dat alle landelijke en plaatselijke ziektekostenverzekeraars gaan samenwerken om in iedere regio een samenhangend en evenwichtig voorzieningenaanbod te stimuleren. Groot is die kans echter niet en de commissie-Dekker suggereert geen enkele strategie om dit te

bereiken. Juist in de vier grote steden met hun complexe voorzieningenaanbod en bovenregionale functie is regionale samenhang en evenwichtige spreiding van groot belang. Nu de WVG/WGM niet doorgaat, zullen de vier grote steden nieuwe wegen moeten ontwikkelen om in de toekomst deze samenhang en evenwichtige spreiding te kunnen blijven stimuleren.

De nota's rondom het Dekker-rapport

In de zomer van 1986 werd rondom het kabinetsbesluit om de ontwerp-WGM in te trekken en om een adviescommissie in te stellen, het startsein gegeven voor een brede discussie over de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Voor een deel werd hierop vooruitgelopen door de plannen en adviezen rondom de herstructurering van de ziekenfondsverzekering. Bijna elke grote organisatie die te maken heeft met de zorgsector heeft iets van zich laten horen. Hieronder wordt kort ingegaan op de volgende nota's.

A. *Politieke partijen:*

- de CDA-nota *Zorgvernieuwing door structuurverandering* (januari 1987);
- de PvdA-nota *Naar een Algemene Wet Ziektekostenverzekering* (maart 1987);
- de VVD-nota *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg* (Van Praag e.a., december 1986).

B. *Ziektekostenverzekeraars:*

- de nota van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) *Solidariteit en doelmatigheid* (1987);
- de nota van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) *Het KLOZ en de bereidheid tot verandering* (1987);
- de nota van de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars (NVOZ) *De ziektekostenverzekering: continuïteit en verandering* (mei 1987).

C. *Overige instanties:*

- FNV-nota *FNV-plan voor de gezondheidszorg* (september 1987);
- SER-nota *Advies beheersstructuur gezondheidszorg* (april 1987).

Wat betreft de nota's van de politieke partijen moet worden opgemerkt dat de CDA- en de VVD-nota's zijn uitgebracht door de wetenschappelijke bureaus van deze partijen. Het PvdA-plan is opgesteld door de Tweede Kamer-fractie van deze partij. Van de drie thema's uit het rapport van de commissie-Dekker, namelijk ad-hoc bezuinigingen, een volksverzekering en de beheersstructuur, wordt aan het eerste punt, de ad-hoc bezuinigingen, niet of nauwelijks aandacht besteed. Centraal staat vrijwel overal het financieringssysteem, waarbij vrijwel unaniem wordt gekozen voor een volksverzekering tegen ziektekosten. Daarop aansluitend wordt in iets mindere mate aandacht besteed aan de beheersstructuur. Alleen in het SER-advies staat de beheersstructuur centraal. Een algemene trend is dat de financiering en het beheer in de meeste voorstellen nauw aan elkaar worden gekoppeld. Hieronder wordt ingegaan op enkele aspecten.

Alleen de NVOZ wil het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen in aangepaste vorm handhaven. In de overige nota's wordt gepleit voor een volksverzekering. Er zijn variaties in de omvang van de dekking van deze volksverzekering. Net als de commissie-Dekker doet, wordt er in het algemeen gepleit voor een basispakket. Alleen de omvang daarvan varieert. Terwijl de commissie-Dekker pleit voor een omvang van 85% van de huidige voorzieningen, wordt in de nota van de VVD gepleit voor ongeveer 80%, in de nota van het CDA voor ongeveer 90% en in de nota van de PvdA voor een dekking van bijna 100%. Ook de FNV en de VNZ willen een basispakket van minimaal, respectievelijk bijna 100%. In de meeste rapporten wordt gepleit voor opname van een deel van de

maatschappelijke dienstverlening in het basispakket (CDA, PvdA, VVD, VNZ). Volgens de nota van de VVD dient alleen de gezinszorg en niet het maatschappelijk werk in de ziektekostenverzekering te worden opgenomen. Alleen de FNV pleit voor een zuivere ziektekostenverzekering zonder maatschappelijke dienstverlening.

In het algemeen wordt er een acceptatieplicht voorgesteld bij de basisverzekering. Alleen de organisaties van particuliere ziektekostenverzekeraars (NVOZ en KLOZ) willen een zo beperkt mogelijke acceptatieplicht, hetgeen begrijpelijk is gezien hun belangen. In de meeste nota's wordt een premiestructuur voorgesteld met een inkomensafhankelijk en een nominaal gedeelte, net als de commissie-Dekker doet. Het nominale gedeelte varieert in de voorstellen van zo'n 10% tot 40% van de totale kosten. Alleen de FNV wijst een nominaal premiegedeelte helemaal af, terwijl de VVD volgens het rapport het liefst een 100% nominale premie ziet. In de nota's van het CDA, de PvdA, de VNZ en de FNV wordt geen rol weggelegd voor commerciële ziektekostenverzekeraars bij de uitvoering van een basisverzekering. In de nota's van de VVD en de particuliere ziektekostenverzekeraars wordt daarentegen, net als door de commissie-Dekker, wel voor verzekeringsinstellingen met een winstookmerk gepleit.

In alle nota's wordt er gepleit voor vereenvoudiging van de beheersstructuur van de gezondheidszorg, maar er zijn grote variaties in de voornemens. De VVD-nota staat dicht bij het advies van de commissie-Dekker: minimale overheidsinvloed en beheer van de voorzieningen via de ziektekostenverzekeraars op basis van concurrentie. De particuliere verzekeraars (KLOZ) hebben soortgelijke ideeën. De PvdA daarentegen doet een voorstel dat zeer dicht tegen de huidige situatie aanleunt. Als enige stelt de PvdA voor om de WVG te handhaven met decentrale planning, zij het op een iets globalere wijze. Ook de WTG zou moeten worden gehandhaafd. Het FNV neemt het beheersmodel van het SER-advies over.

In het SER-rapport wordt een decentraal planningssysteem voorgesteld zoals dat ook bij de WVG het geval is. Alleen zouden niet de lokale en provinciale overheden moeten plannen, maar de ziektekostenverzekeraars. De ziekenfondsen, publiekrechtelijke en particuliere verzekeraars zouden daarvoor per regio een samenwerkingsverband moeten oprichten, al wil de SER dat niet verplicht stellen. Op basis van normen en financiële kaders die de overheid stelt, zouden er voorzieningenplannen moeten komen.

Het CDA neemt een tussenpositie in. De WVG, WZV en WBO zouden moeten worden geïntegreerd in een structuurwet en de WTG zou moeten blijven bestaan. De provincies en de grote steden zouden de grote infrastructurele voorzieningen moeten plannen, terwijl het beleid ten aanzien van de overige voorzieningen wordt overgelaten aan Kamers voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. In die kamers hebben volgens het CDA-rapport financiers en aanbieders van zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een adequate zorgopbouw op regionaal niveau. Hier komt de voorkeur van het CDA voor een belangrijke rol van het particulier initiatief naar voren.

In bijna alle nota's worden voorstellen gedaan voor regionalisatie in de één of andere vorm. Alleen de VVD bepleit net als de commissie-Dekker een landelijk model, hetgeen niet uitsluit dat de verzekeraars vrijwillig tot regionale overeenkomsten komen. De PvdA noemt twee opties. Namelijk een landelijk model met enige concurrentie tussen de diverse non-profit verzekeraars of een regionaal model waarbij door de vergaande samenwerking van de non-profit verzekeraars in iedere regio nauwelijks concurrentie mogelijk is. De PvdA geeft daarmee aan dat concurrentie tussen verzekeraars moeilijk kan samengaan met een regionaliseerde beheersstructuur van de zorg. In andere rapporten wordt er niet ingegaan op dit probleem en hoopt men van beide mechanismen te kunnen profiteren. Het CDA bijvoorbeeld hoopt op concurrentie tussen verzekeraars en vergaande samenwerking op regionaal niveau.

Alleen de PvdA legt het primaat voor de regionale uitvoering bij de overheid. In de meeste andere voorstellen is er voor gekozen om de regionale organisatie

van de gezondheidszorg in handen te leggen van de verzekeraars. Deze dienen in onderhandelingen met de instellingen en de beroepsbeoefenaren ervoor te zorgen dat er een evenwichtig en samenhangend aanbod van voorzieningen tot stand komt. Het CDA wil de verzekeraars en de instellingen/beroepsbeoefenaren direct bij elkaar brengen in de regionale Kamers voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening.

De betekenis voor de grote steden van alle nota's rondom het advies van de commissie-Dekker ligt enerzijds in de algemene trend die wordt aangegeven en anderzijds in de nuancering van het Dekker-advies. In alle nota's op die van de PvdA na, wordt aangegeven dat de lokale overheid minder tot geen plannende bevoegdheden zou moeten krijgen. Verder wordt bijna overal gepleit voor een volksverzekering. Belangrijk is dat de ideeën van de commissie-Dekker temidden van de andere voorstellen, beter kunnen worden gepositioneerd. Qua vergaand vertrouwen in marktwerking en concurrentie in deze sector van de economie lijkt het rapport van de commissie-Dekker op weinig maatschappelijke steun te kunnen rekenen. Regionalisatie en decentralisatie zijn volgens het merendeel van de hierboven besproken nota's geaccepteerde organisatieprincipes in de zorgsector. Slechts zelden wordt ingegaan op de bijzondere positie van de vier grote steden. Alleen in het CDA-voorstel worden ze consequent genoemd in één adem met de provincies. De diverse nota's geven weinig kans aan de vier grote steden op veel planningsbevoegdheden. Wanneer de maatschappelijke dienstverlening wordt ondergebracht in een volksverzekering, kan dit alleen maar minder worden.

Uiteraard is het rapport van de commissie-Dekker ook onderwerp van commentaar in de vakbladen. Hiervoor werden Dekker e.a. (1987) reeds genoemd met betrekking tot hun analyse van de effectiviteit van de marktwerking voor de verschillende zorgfuncties. Maarse (1987) gaat in op de betekenis van het advies voor de gezondheidszorginstellingen. Hij concludeert dat de instellingen binnen het Dekker-systeem een krachtig en kwalitatief goed management nodig hebben. Door problemen binnen de bestuurs- en directiestructuur van Nederlandse instellingen ontbreekt het daar vaak aan. Van der Grinten (1987) stelt dat de invloed van structuurbeleid in de gezondheidszorg veel bescheidener is dan verwacht zou mogen worden. Hij bepleit daarom om meer dan tot nu toe gebeurde de voorwaarden voor het structuurbeleid te analyseren. Lapré e.a. (1987) gaan in op de vraag of er in het Dekker-voorstel voldoende gezondheidsrechtelijke elementen zijn om de solidariteit en rechtvaardigheid in het systeem te garanderen. Zij denken van niet, al is dit volgens hen nog geen reden om niet te beginnen met de uitvoering van het Dekker-plan. Wijnberg (1987) vraagt zich af wat überhaupt de legitimatie is om de verzekeraars zulke vergaande bevoegdheden toe te kennen als in het Dekker-voorstel. Dit sluit aan op de kritiek van de PvdA die vindt dat alleen de politiek die legitimatie bezit. Kasdorp (1987) tenslotte voorspelt dat elk invoeringsplan voor het Dekker-voorstel binnen een jaar door de gebeurtenissen zal worden achterhaald. Wat dat betreft ziet het er voor deze ideeën niet beter uit dan voor de WVG/WGM-plannen. De zorgsector blijft ingewikkeld, ook na het advies van de commissie-Dekker.

Regeringsstandpunt

De regering heeft in drie ronden gereageerd op het advies van de commissie-Dekker. Het eerste regeringsstandpunt werd weergegeven in de brief van 5 juni 1987 (Structuur en financiering gezondheidszorg, Tweede Kamer 1986-1987, 19945, nrs. 4 en 5). In concrete zin werd er alleen ingegaan op de bezuinigingsvoorstellen op de korte termijn: een eigen risico van f 25,- per verwijfskaart naar de specialist; beperking verstrekking tandheelkundige hulp door het ziekenfonds; extra reductie met 4.000 ziekenhuisbedden. Daarnaast werd er een eerste, vrij positieve reactie gegeven op de uitgangspunten van de com-

missie-Dekker. Pas in de brief van 3 november 1987 (Structuur en financiering gezondheidszorg, Tweede Kamer 1987-1988, 19945, nr. 19) werd onder druk van de Tweede Kamer het regeringsstandpunt ten aanzien van de volksverzekering bekend gemaakt. In die brief pleit de regering voor geleidelijke invoering van het verzekeringsmodel volgens de commissie-Dekker vanaf 1990. Later is dat tijdstip verschoven naar 1992.

Het afgeronde regeringsstandpunt werd gepubliceerd op 7 maart 1988 in de vorm van de Nota Verandering verzekerd; stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Deze nota werd wel aangeduid als de derde Dekker-brief (Tweede Kamer 1987-1988, 19945, nrs. 27 en 28). De regering heeft besloten om de voorstellen van de commissie-Dekker op hoofdlijnen over te nemen, zowel ten aanzien van de herziening van het verzekeringsstelsel, als ten aanzien van regelgeving in de zorgsector.

Het idee om te komen tot een systeem van een basis- en een aanvullende verzekering is verder uitgewerkt. De voorzieningen in het basispakket zullen worden omschreven in functionele termen om substitutie te bevorderen. Het basispakket zal ruim 85% van de huidige gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening omvatten. In tegenstelling tot de commissie-Dekker wil de regering ook de consultatiebureaus voor kleuters, de zwangerschapsafbreking, de sterilisatie en de kunst- en hulpmiddelen in het basispakket opnemen. De premie voor de basisverzekering zal bestaan uit een inkomensafhankelijk en een nominaal gedeelte. De premie voor de aanvullende verzekering zal geheel nominaal zijn en onafhankelijk van de leeftijd of de gezondheidstoestand van de verzekerde.

De regering is alert op het gevaar van risicoselectie en premiedifferentiatie. Daarom zal er zowel een acceptatieplicht gelden voor de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering. Wat betreft de aanvullende verzekering wil de regering de acceptatieplicht echter beperken tot degenen die voor het eerst zelfstandig toetreden tot de verzekeringsmarkt. Verder zal er een verfijnd verdeelsysteem moeten komen om uit de centrale kas de verzekeraars te betalen voor wat betreft het niet-nominale gedeelte van de premie. Voor verzekerden met een hoog risico krijgen de verzekeraars dan meer betaald dan voor degenen met een normaal of laag risico.

Vanaf 1988 wil de regering het pakket van de AWBZ gaan uitbreiden en een nominaal premiegedeelte gaan invoeren bij de ziekenfondsverzekering. Daarmee wordt een begin gemaakt met het op gelijk niveau brengen van de verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premies voor alle verzekerden. Op korte termijn zouden de gezinsverzorging, het algemeen maatschappelijk werk en de sociaal-pedagogische zorg in de AWBZ kunnen worden opgenomen. Zodoende neemt de regering aan, kan in ieder geval per 1992 de volksverzekering tegen ziektekosten worden ingevoerd.

In samenhang met het nieuwe verzekeringsstelsel pleit de regering voor versterking van markt- en zelfregulering in combinatie met verminderde overheidsregulering. De WVG moet als planningswet worden ingetrokken en vervangen door een vereenvoudigde WZV. De overheid zal blijven toezien op de kwaliteit van de zorg via het Staatstoezicht. Maar ook met betrekking tot de kwaliteit wordt veel verwacht van het veld zelf. De regering wil de positie van de consument versterken in de vorm van patiëntenwetgeving, consumentenvoorlichting en financiële ondersteuning van consumentenorganisaties. Volgens de regering kan de huidige adviesstructuur in de gezondheidszorg op zowel rijks-, provinciaal- als gemeenteniveau drastisch worden uitgedund. Er zou een scheiding moeten komen tussen advisering door deskundigen en de overlegfunctie waarbij het veld is betrokken.

Het regeringsstandpunt Verandering verzekerd is niet direct positief voor de rol van de vier grote steden. De regering wijst net als de commissie-Dekker regionalisatie als ordeningsprincipe af. Dus geen decentralisatie via de territoriaal-bestuurlijke lijn. De regering is wel voor regionalisatie in inhoudelijke zin, dat wil zeggen een doelmatige spreiding van en samenwerking tussen voorzieningen. Het initiatief hiertoe zou echter genomen moeten worden door

de dienstverleners zelf en eventueel de verzekeraars. Dit wordt functionele regionalisatie genoemd.

Sinds het regeringsstandpunt Verandering verzekerd staat niet meer zozeer het advies van de commissie-Dekker ter discussie, maar meer dit uitgebreide standpunt van de regering. Vooral vanuit de verzekeringswereld is hierop onmiddellijk gereageerd. De verschillende soorten ziektekostenverzekeraars nemen gezien hun belangen verschillende standpunten in (Weideman, 1988). De ziekenfondsen verenigd in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de meeste daaraan verbonden particuliere verzekeringen (bovenbouwen) die zijn verenigd in de Vereniging van Non-Profit Ziektekostenverzekeraars (NPZ) zijn overwegend positief. De fondsen en de zogenaamde bovenbouwen samen hebben nu al het grootste deel van de markt in handen. Zij hebben ervaring met het uitvoeren van een sociale verzekering. De ziekenfondsen hopen in de toekomst echter wel op een compensatie uit de Centrale Kas voor hun relatief ongezonde en daardoor dure verzekerdenbestand.

De particuliere ziektekostenverzekeraars die zijn verenigd in het KLOZ zijn vooral geschrokken van het voornemen om in de tussenperiode tot de basisverzekering de AWBZ uit te breiden. De AWBZ wordt in de praktijk grotendeels uitgevoerd door de ziekenfondsen. Het premievolume van de particuliere verzekeraars zou met 25% kunnen dalen in de tussenperiode. Het KLOZ neemt afstand van de regeringsplannen door te stellen dat normuitkeringen van de centrale kas en acceptatieplicht zich niet verdragen met een verzekeringsstelsel. Particuliere verzekeraars zouden uitsluitend kunnen werken met volledig nominale, niet inkomensgebonden premies (Weideman, 1988).

Het laatste woord over de voornemens van de commissie-Dekker en de regering is nog lang niet gesproken. Ook tijdens het uitvoeringstraject kunnen de plannen worden bijgesteld of zelfs teruggedraaid zoals bleek bij invoering van de WVG. Het cruciale punt is het maatschappelijk draagvlak en de uitvoerbaarheid van de voornemens.

5.4 De ontwikkeling van inhoudelijk beleid

De ontwikkelingen die in de vorige twee paragrafen zijn beschreven hebben betrekking op de structurele en financiële aspecten van de zorg. In paragraaf 5.2 is geconstateerd dat er steeds meer aandacht komt voor de inhoudelijke aspecten van de zorg. Daarvoor is het nodig om specifiek in te gaan op deelsectoren. In deze paragraaf worden eerst drie nota's besproken waarbij dit is gedaan: de Nota Basisgezondheidsdiensten (1980); de Nota Eerstelijnszorg (1984); en de Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984). Daarna wordt de Nota 2000 genoemd. Deze is niet beperkt tot een bepaalde sector. De Nota 2000 is het pleidooi bij uitstek voor een inhoudelijk gezondheidsbeleid. In deze paragraaf wordt niet ingegaan op sectorale inhoudelijke beleidsnota's zoals de nota Alcohol en Samenleving (1986), de nota Preventie hart- en vaatziekten (1987), de nota Preventie aangeboren afwijkingen (1987) en de nota Voedingsbeleid (1987).

Nota Basisgezondheidsdiensten (1980)

In hoofdstuk drie werd een aantal gegevens uit de Nota Basisgezondheidsdiensten gepresenteerd. In de Structuurnota 1974 werd er al gepleit voor een sluitend net van diensten voor openbare gezondheidszorg. In de nota uit 1980 wordt dit voornemen uitgewerkt. Er wordt ingegaan op de functies en het takenpakket van basisgezondheidsdiensten; op de organisatorische en bestuurlijke vormgeving van deze diensten; en op het tot stand brengen van een sluitend net van gezondheidsdiensten en de financiering daarvan. In feite is het centrale beleidsvoornemen om in niet-stedelijke regio's dergelijke basisgezondheidsdiensten te initiëren. In de vier grote steden bestonden ze al lang. In die zin hebben de grote steden een voorbeeldfunctie. In de nota wordt apart aan-

dacht besteed aan de kenmerken van de gezondheidsdiensten van de vier grootstedelijke gebieden.

In 1977 bleek dat van alle middelen voor deze zorgfunctie de vier grootstedelijke diensten royaal de helft kregen, terwijl de overige 56 diensten op dat moment de rest verdeelden. Een dergelijk extreem verschil tussen de vier grote steden en de rest van het land is bijzonder in de gezondheidszorg. Ongeveer de helft van de kosten werd direct door de gemeenten gefinancierd. Het is duidelijk dat het type gezondheidsdienst dat in de vier grote steden nodig is, niet in dezelfde omvang hoeft worden overgenomen in kleine steden en rurale gebieden. In de nota Basisgezondheidsdiensten wordt er gepleit voor één financieringsregeling boven de huidige complexe financiering die vooral in de grote steden plaatsvindt. Er wordt in de nota niet ingegaan op de noodzaak van extra middelen voor de grote steden, gezien de van oudsher complexe problematiek in de grote stad. Terwijl het nationale beleid voor deze categorie van zorg is gericht op het uitbreiden over het hele land, zijn de diensten in de vier grote steden bezig met heroriëntatie en ombuigingen (zie hoofdstuk 6).

Nota Eerstelijnszorg (1984)

Ook de Nota Eerstelijnszorg is al in hoofdstuk 3 genoemd. De Nota Eerstelijnszorg (1984) is de opvolger van de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg (1980). Aanleiding tot de Nota Eerstelijnszorg is de politieke wens om de samenhang tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de eerstelijns maatschappelijke dienstverlening uit te werken. Gesteld wordt dat er meer samenhang in de zorg nodig is, evenals een meer sluitend voorzieningenpakket en voldoende capaciteit om de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg te kunnen realiseren. Met name is er samenhang nodig tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de eerste lijn.

De gemeenten zouden daaraan een belangrijke bijdrage moeten leveren. Als beleidsinstrument daarvoor werd er nog gedacht aan de nu ingetrokken WGM. Een belangrijk item is het voornemen tot het tot stand brengen van congruente werkgebieden, waarbinnen de verschillende instellingen en beroepsbeoefenaars zich kunnen richten op dezelfde doelpopulatie. Verder wordt er in de nota aandacht besteed aan het stimuleren van de informele zorg en aan de relatie met andere vormen van formele zorg.

De laatste tijd is er een discussie ontstaan over de voor- en nadelen van echelonering en een aparte eerste lijn. Lems (1986) bijvoorbeeld concludeert dat het echelonneringsmodel is mislukt: de lijnen zijn zelfstandige circuits, terwijl juist een innige samenhang nodig is tussen intramurale en extramurale zorg. Lems bepleit een nauwere relatie tussen eerstelijnszorg en intramurale voorzieningen, bijvoorbeeld door het gezamenlijk beheer van dagverplegingsinstituten. Tegelijkertijd ziet hij daarbij het gevaar van het opslokken van de eerste lijn door de tweede lijn. In de Nota 2000 wordt bovendien het idee van deconcentratie van tweedelijnsvoorzieningen naar de wijk uitgewerkt (zie verderop). In de Nota Eerstelijnszorg van 1984 is dit nog niet aan de orde. Op het terrein van verpleging en verzorging in de eerste lijn zijn veel ontwikkelingen gaande. Een belangrijk deel daarvan wordt geïnitieerd in de vier grote steden (zie ook hoofdstuk 6).

Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984)

Beleidsmatig gezien is er ook veel aandacht voor de geestelijke volksgezondheid (zie hoofdstuk 3). De Nota Geestelijke Volksgezondheid gaat uit van een integrale visie op de geestelijke gezondheidszorg met haar raakvlakken. De beleidsuitgangspunten in deze sector zijn niet wezenlijk anders dan die gelden voor de hele zorgsector. Als vier hoofdpunten worden in de nota genoemd:

1. de zorg moet zo dicht mogelijk bij de burger worden geboden;
2. de bestaande voorzieningen zullen derhalve tot een herschikking en grotere samenhang dienen te komen, rekening houdend met regionale omstandigheden;

3. dit impliceert onder meer deconcentratie van de functies van de algemene psychiatrische ziekenhuizen en intensieve samenwerking van de RIAGG met deze functies;
4. het gaat niet om een gefixeerd eindmodel, maar om een model dat varianten toelaat.

In de nota wordt gewezen op het belang van categoriale hulpverlening voor groepen zoals etnische minderheden, vrouwen en slachtoffers van geweld. Dit is enigszins tegengesteld aan de algemene wens om categoriale hulpverlening zoveel mogelijk tegen te gaan (zie Raat, 1985a). In de nota wordt echter gepleit voor categoriale hulpverlening, zonder daarvoor aparte circuits te openen. Er is hernieuwde aandacht voor de positieve kanten van vrijgevestigde psychiaters naast de meer bureaucratische RIAGG's. Deze psychiaters zullen echter wel meer met de RIAGG's moeten samenwerken volgens de nota. Er is nog capaciteitsreductie mogelijk van bedden in algemene psychiatrische ziekenhuizen. Daartegenover dient een toename van beschermende woonvormen te staan.

In de jaren '70 werd onder andere naar aanleiding van experimenten in Italië, door sommigen zeer negatief gedacht over de intramurale psychiatrie. Tegenwoordig zijn de stellingnames meer genuanceerd. Er wordt gepleit voor een scala van verschillend soortige hulpverleningsmogelijkheden. Eén daarvan is de opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Deze mogelijkheid dient te blijven bestaan, maar alleen als en zolang minder vergaande oplossingen niet mogelijk zijn. Rondom de Nota Geestelijke Volksgezondheid zijn veel commentaren verschenen. Op deze plaats wordt daar niet verder op ingegaan (zie Giel, 1985; Sorel, 1984; Horn, 1984).

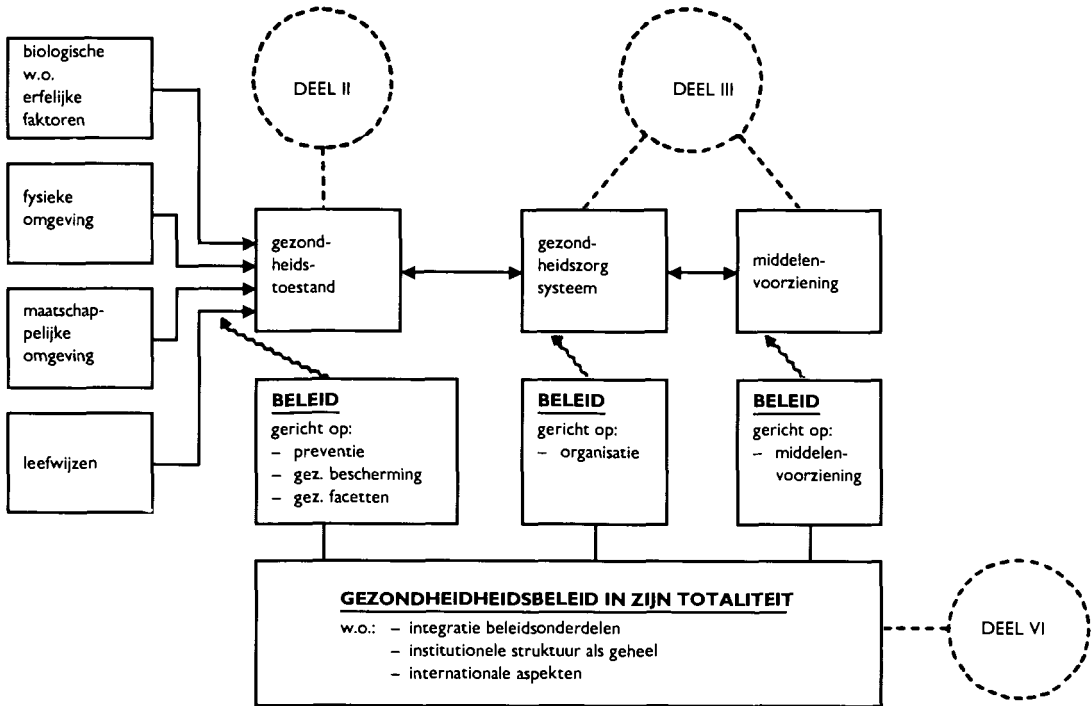
De Nota 2000 (1986)

In april 1986 werd de Nota 2000 (over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid, feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens) aan de Tweede Kamer aangeboden. Deze nota wordt bij uitstek gepresenteerd als een inhoudelijk document. In die zin is de nota bedoeld als tegenhanger van de Structuurnota 1974 die nagenoeg uitsluitend was gericht op de organisatie en de financiering van de zorg. Met inhoudelijk wordt bedoeld dat het beleid georiënteerd moet zijn op de gezondheid. Het doel van de gezondheidszorg is uiteindelijk om de gezondheid te bevorderen. Het beleid moet primair daaraan worden gerelateerd. De Nota 2000 hanteert daarbij een brede definitie van gezondheid. Zoals ook in de vorige paragraaf werd geconstateerd, krijgt de eigen verantwoordelijkheid daarbij meer nadruk. Er wordt gesproken van rechten waar ook plichten tegenover staan.

In paragraaf 4.3 werd het gezondheidsmodel van de Canadese minister van Volksgezondheid Marc Lalonde uit 1974 al genoemd. Volgens Lalonde wordt de gezondheid gedetermineerd door de volgende vier groepen factoren: omgevingsfactoren, leefstijlen, biologische, waaronder erfelijke factoren en tot slot de gezondheidszorg. Dit model is gemodificeerd overgenomen in de Nota 2000 (figuur 5.2). In dat model staat de gezondheidstoestand centraal. Het beleid richt zich evengoed op de factoren omgeving, leefstijlen en biologie/erfelijkheid als op de gezondheidszorg. De factor leefstijlen wordt als een van de belangrijkste beïnvloedbare categorieën beschouwd.

De Nota 2000 bepleit het voeren van een gezondheidsbeleid. Dit is een beleid dat gericht is op alle determinanten van de gezondheidssituatie. Beleid dat alleen gericht is op de factor gezondheidszorg, wordt gezondheidszorgbeleid genoemd. Volgens het model van Lalonde kan het gezondheidszorgbeleid worden opgevat als een onderdeel van gezondheidsbeleid. Omdat de gezondheidstoestand centraal staat, wordt daaraan in deel II van de Nota 2000 veel aandacht besteed. Ten opzichte van de huidige situatie betekent gezondheidsbeleid een intensivering van het beleid gericht op preventie en gezondheidsbevordering en -bescherming. Voor een deel vindt dit plaats via facetbeleid of inter-

Figuur 5.2 Het gezondheidsmodel uit de Nota 2000



Bron: Nota 2000, pagina 18

sectoraal beleid. Dit is beleid dat is gericht op andere beleidssectoren, waarbinnen gezondheid een facet is. Bijvoorbeeld: arbeid, milieu, sport, onderwijs, huisvesting en verkeer.

Gezondheidsbeleid betekent voor het gezondheidszorgbeleid dat de gezondheidssituatie de belangrijkste bepalende factor dient te zijn voor het aanbod van voorzieningen. Dit wordt uitgewerkt in deel III van de Nota 2000. Daar wordt ook het voorstel gedaan tot een deconcentratie van hoog-specialistische functies en tot een deconcentratie van de verplegings- en verzorgingsfuncties naar de wijken (zie boven). Dit is een origineel plan, maar vloeit niet per definitie voort uit het pleidooi voor gezondheidsbeleid.

Deel IV van de Nota 2000 betreft het gezondheidsbeleid in zijn totaliteit. Er is een zekere discrepantie tussen de in de Nota 2000 genoemde terugtrekking van de overheid en de nieuwe nog niet goed uitgewerkte rol van de overheid bij het realiseren van gezondheidsdoelen in het kader van het gezondheidsbeleid. Wat betreft het beheer van de voorzieningen wordt er gekozen voor op geografische basis georganiseerde zorgsystemen.

Op het regionale niveau zou strategische beleidsontwikkeling moeten plaatsvinden. Hiervoor zijn in de Nota 2000 de drie belangrijkste varianten uitgewerkt:

1. *territoriale decentralisatie*. Dit is een uitwerking van de oude WVG-voornemens, waarbij de lokale overheid gezondheidsplannen ontwikkelt en de planning van de voorzieningen in de regio verzorgt. Om planning en financiering in één hand te krijgen, zouden de ziekenfondsen in het gemeentelijk of provinciaal apparaat moeten worden geïntegreerd. Daarbij zou de autonomie van de verzekeraars grotendeels vervallen;
2. *functionele decentralisatie*. Hierbij zijn het de financiers (ziekenfondsen en eventueel particuliere verzekeraars) die de planningsbevoegdheden krijgen. Ook bij dit alternatief zijn planning en financiering in één hand. De lokale overheid heeft echter alleen nog maar een adviserende rol in het voorzieningenbeleid. Dit model wordt functionele besturing genoemd;

3. *evenwichtsmodel*. Volgens de Nota 2000 is er een tussenoplossing mogelijk waarbij provincies, gemeenten, financiers, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties op (sub)regionaal niveau werkafspraken maken. Daarbij worden gezondheidsplannen in overleg gemaakt, met inachtneming van financiële kaders, kwaliteitseisen en de rechten van de verzekerden.
In de Nota 2000 wordt er gekozen voor het evenwichtsmodel ondanks een zekere kans op bureaucratisering en competentiestrijd tussen de partijen. In feite is dit model een voortzetting van de aangepaste WVG/WGM-plannen die in paragraaf 5.1 werden genoemd. In de integrale invoeringsgebieden werd geëxperimenteerd met dergelijk overleg. Voor het territoriale decentralisatiemodel bestaat op dit moment te weinig maatschappelijke en politieke steun. Het functionele decentralisatiemodel wordt – in diverse varianten – het meest genoemd in de in de vorige paragraaf besproken rapporten. Alleen de PvdA is er op tegen. In de Nota 2000 wordt als belangrijk nadeel ervan genoemd dat integratie tussen gezondheidsbevordering (overheid) en voorzieningenbeleid (financiers) in het functionele bestuursmodel nauwelijks mogelijk is, terwijl dit één van de hoofddoelstellingen is van het gezondheidsbeleid.
De Nota 2000 is in hoofdzaak gepresenteerd als discussienota. Pas in het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste beleidsvoornemens genoemd. De belangrijkste zijn:
 1. zichtbare versterking van preventie en facetbeleid;
 2. voorzieningenbeleid dat primair stoelt op gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking;
 3. eventuele aanpassing van het financieringssysteem. Hiermee wordt bedoeld op de noodzakelijk geachte stelselwijziging met betrekking tot de ziektekostenverzekeringen en op de financiering van preventie en het facetbeleid;
 4. krachtige ontwikkeling van de informatievoorziening. Dit is van belang voor het inzicht in de gezondheidssituatie en voor de evaluatie van interventies.

Behandelingsvoorstel Nota 2000

Mei 1987 stuurde staatssecretaris Dees een behandelingsvoorstel inzake de Nota 2000 naar de Tweede Kamer (Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid, 1987). Dit was overigens kort na het verschijnen van het advies van de commissie-Dekker. Om te beginnen worden de eerste twee hierboven genoemde beleidsvoornemens met betrekking tot het gezondheidsbeleid ter discussie gesteld. Vervolgens wordt het accent op het lange-termijn-aspect van het gezondheidsbeleid aan de orde gesteld. Een instrument daarbij zijn de zogenaamde scenariostudies. Daarin worden de mogelijke toekomstige ontwikkelingen op een bepaald doelterrein geïnventariseerd. Op dit moment zijn de volgende scenariostudies beschikbaar: Ouder worden in de toekomst; Het hart van de toekomst/de toekomst van het hart; Kanker in Nederland, scenario's over kanker 1985 tot 2000; Ongevallen in het jaar 2000. Aan de Kamer wordt gevraagd om nieuwe onderwerpen voor scenariostudies aan te dragen. Ook op lokaal niveau worden scenariostudies voorbereid (The Amsterdam health plan, 1986).

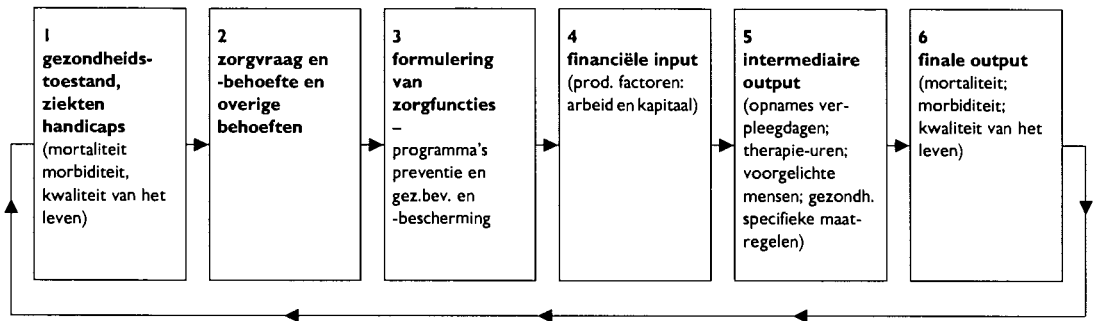
Vervolgens wordt in het behandelingsvoorstel aan de Tweede Kamer gevraagd of zij ermee instemt dat er zoveel mogelijk gezondheidsdoelen voor de verschillende beleidsonderdelen worden geformuleerd. Ook dit is een uitwerking van het inhoudelijke gezondheidsbeleid. In de Nota 2000 zijn in dat kader als bijlage de 38 doelstellingen van de WHO-Europa opgenomen (zie paragraaf 4.4). In principe heeft Nederland zich als lidmaat ten opzichte van de WHO-Europa verplicht om te werken aan de hand van deze gezondheidsdoelen. In de Tweede Kamer is positief op de inhoudelijke doelstellingen van de Nota 2000 gereageerd.

Het meest essentiële punt in het behandelingsvoorstel bij de Nota 2000 is de discussie over de instrumenten voor gezondheidsbeleid. Daarbij wordt geprobeerd om in te spelen op de algemene lijnen die in het advies van de commissie-Dekker staan. Er worden vier voorstellen gedaan die variëren van een mini-

male tot een maximale invloed van de overheid op het gezondheidsbeleid. Er wordt een tussenvariant aanbevolen. De regering publiceert volgens dit voorstel om de vier jaar een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte en handicap. Dit is vergelijkbaar met de huidige begrotingsbijlage Ziekte en sterfte in Nederland (zie hoofdstuk 2). Op basis daarvan wordt een taakstellend beleidsprogramma opgesteld omtrent de maatregelen van preventieve en gezondheidsbevorderende en -beschermende aard, evenals omtrent de benodigde capaciteit van de zorgfuncties.

De eerste stap is dus het bepalen van de gezondheidssituatie. De tweede stap is het vertalen daarvan in de zorgbehoefte. Op basis daarvan is de derde stap de formulering van zorgfuncties en het opstellen van programma's voor gezondheidsbevordering. Dit geheel wordt aangeduid met inhoudelijk FOGM. Het gewone FOGM bevat de taakstellende financiële input voor de zorgsector. Volgens het onderhavige voorstel zou dit FOGM moeten worden vastgesteld naar aanleiding van het inhoudelijke FOGM. In figuur 5.3 wordt dit in schema aangegeven. De laatste stap betreft de evaluatie van de inspanningen op curatief, verzorgend en preventief gebied. Met de zesde stap sluit men aan op de eerste stap van een nieuwe cyclus.

Figuur 5.3 Nota 2000-schema van een inhoudelijk FOGM naar het gewone FOGM



Bron: Behandelingsvoorstel Nota 2000, 1987, pagina 20

In paragraaf 4.3 is het beleid van de WHO en de specifieke invulling daarvan voor de regio Europa besproken. De Nota 2000 sluit daar op aan. De Nota 2000 kan worden beschouwd als de Nederlandse uitwerking van de internationale afspraken in WHO-verband. Gunning-Schepers (1986) is hier zeer positief over. Zij concludeert dat de Health for All-strategie van de WHO een zeer werkbare formule is, die ook voor Nederland geschikt is. In paragraaf 4.3 is echter al gewezen op de zwakke kanten van het WHO-beleid, naast uiteraard de positieve punten. Niet iedereen is zo gecharmeerd van het idealistische WHO-beleid, dat in de Nota 2000 naar voren komt. In de besproken CDA-nota Zorgvernieuwing door structuurverandering (1987) bijvoorbeeld beklagt men zich over het technocratische karakter van de WHO-ideologie in de Nota 2000.

Commentaar op de Nota 2000

De Nota 2000 heeft goed gefunctioneerd als discussienota. In het najaar 1986 zijn er met steun van het departement vijf nationale studiedagen omtrent de Nota 2000 georganiseerd. Ook los hiervan zijn er veel reacties geweest. In het behandelingsvoorstel inzake de Nota 2000 wordt hiervan een overzicht gegeven. In het algemeen werd er wel positief gereageerd op de inhoudelijke beschrijvingen in de nota, maar vond men de beleidsmatige uitwerking te zwak, of men was het er niet mee eens. Veel commentatoren zijn bang voor een nieuwe sector van overheidsbemoediging bij de uitvoering van de gezondheidsdoelen. Anderen reageren positief op het voornemen tot preventie en facet-

beleid, maar vragen zich af in hoeverre dit uitvoerbaar is. Er was veel kritiek op het secundair stellen van het gezondheidszorgbeleid. Sommigen zien daarin een niet terechte miskenning van de gezondheidszorg. Een punt van kritiek is dat in de Nota 2000 een uitgewerkte oplossing voor de huidige structurele en financiële problemen in de gezondheidszorg ontbreekt. Dit zou de commissie-Dekker nodig gemaakt hebben. Had het departement niet zelf het werk van de commissie-Dekker kunnen doen?

Er kleeft een aantal gevaren aan om gezondheidsbeleid te zien als overkoepelend begrip voor het oudere gezondheidszorgbeleid. In de ideologie van het gezondheidsbeleid is gezondheid het enige centrale doel in deze sector. Uiteraard is gezondheid een belangrijk doel, maar niet het enige. Zo zijn er bijvoorbeeld soms concurrerende sociaal-economische doelen. Gezondheidszorg wordt soms alleen gevraagd om behoefte aan zekerheid en aandacht te bevredigen. Daarbij hoeft geen gezondheidswinst te worden behaald. De gezondheidstoestand is één van de factoren die de behoefte en vraag naar voorzieningen bepaalt. Culturele, politieke, economische en geografische factoren kunnen net zo belangrijk zijn.

Voor de vier grote steden is de Nota 2000 in principe uitermate positief. Immers, preventiebeleid en gezondheidsbevordering zijn van oudsher taken van de stadsbesturen geweest (zie hoofdstuk 4). De vier grote steden beschikken over goed uitgebouwde basisgezondheidsdiensten die het gezondheidsbeleid mede kunnen vormgeven en uitvoeren. Ook de kwaliteit van de beleidsafdelingen van de secretarieën zijn van hoog niveau, zodat daar een reële invulling kan worden gegeven aan intersectoraal beleid.

Wanneer het gezondheidsbeleid echter een substitutie is voor het voorzieningenbeleid dat de vier grote steden proberen te ontwikkelen, zou de Nota 2000 echter negatief kunnen uitwerken. De opstellers van de Nota 2000 zijn dat zelf niet van plan. Immers, het evenwichtsmodel in het kader van de WVG/WGM dat in de Nota 2000 wordt bepleit (zie boven), biedt goede mogelijkheden voor een stedelijk voorzieningenbeleid. Aangezien dit gedeelte van de Nota 2000 onderbelicht is gebleven, bestaat er een grote kans dat in de besluitvorming het preventiebeleid wordt gehandhaafd, maar dat voor het voorzieningenbeleid het advies van de commissie-Dekker, of een variant daarop, wordt gevolgd. Tenslotte moet worden opgemerkt dat de Nota 2000 als departementale nota erg landelijk is georiënteerd. De vier grote steden worden wel met name genoemd als voortrekkers bij de ontwikkeling van het regionale gezondheidsbeleid. Met name via het Healthy Cities Project. Maar het opstellen van het overkoepelende schema van een inhoudelijk FOGM en een financieel FOGM (figuur 5.3) wordt in principe voorbehouden aan de rijksoverheid. Men kan echter zeggen dat de regionale aspecten nog verder moeten worden uitgewerkt. De Nota 2000 staat daar positief tegenover.

5.5 Conclusies

De mogelijkheden tot een specifiek grootstedelijk beleid op het terrein van de volksgezondheid worden voor een belangrijk deel bepaald door landelijke ontwikkelingen. Een trend zoals regionalisatie bijvoorbeeld versterkt de positie van de grote steden, terwijl een accent op landelijke concurrentie tussen ziektekostenverzekeringen de potentiële invloed van de steden drastisch reduceert. De landelijke ontwikkelingen zijn ook van invloed op de inhoud van het stedelijk beleid. In de Nota 2000 van het vorige Kabinet is een verschuiving voorgesteld van op planning gericht beleid naar een meer inhoudelijk gezondheidsbeleid. De vier grote steden kunnen hier op aansluiten gezien hun traditionele betrokkenheid bij lokale gezondheidsbevordering.

Het landelijke beleid heeft de afgelopen decennia een dynamische ontwikkeling getoond. De ommezwaai tot een beleid gericht op regionalisatie en echennering vond in de jaren zeventig relatief snel plaats. In een nog kortere periode werd het landelijke beleid sinds 1986 weer omgebogen in de richting

van marktwerking en concurrentie. Voor de vier grote steden is het erg moeilijk om tijdens zulke dynamische landelijke ontwikkelingen een eigen consistent beleid te realiseren. Vanaf 1982 gingen de grote steden er enkele jaren vanuit dat ze zich moesten toeleggen op de planning van gezondheidszorgvoorzieningen en een vestigingsbeleid, met name in de eerstelijnszorg. Hadden de vier grote steden zich toen al moeten realiseren dat zij niet voor honderd procent konden afgaan op het nationale beleid? En evengoed is het de vraag of de vier grote steden het landelijke beleid dat het Kabinet heeft verwoord in de nota Verandering verzekerd (1988) op dit moment tot hun eigen uitgangspunt moeten maken?

Het systeem van gedetailleerde regionale planning in de gezondheidszorg dat met de WVG werd beoogd sloot niet goed aan op het heersende stelsel van overwegend particuliere zorginstellingen en beroepsbeoefenaren die gefinancierd worden via sociale verzekeringen. Juist de grote steden hadden begin jaren tachtig wellicht meer kunnen aangeven in hoeverre een stelsel van regionale planning al dan niet mogelijk is. De voornemens van de commissie-Dekker hebben geleid tot een scherpe reactie van de grote steden. De belangrijkste aanleiding daarvoor is de aantasting van de stedelijke bevoegdheden. Het is natuurlijk niet te verwachten dat de grote steden in staat zijn om op korte termijn een beslissende invloed uit te oefenen op de landelijke beleidsontwikkelingen. Het is nu de vraag of het wel mogelijk zal zijn om de adviezen van de commissie-Dekker en de plannen van de regering in de praktijk te brengen. Uit het overzicht in dit hoofdstuk blijkt dat de recente landelijke voornemens een grote trendbreuk inhouden. De basis van het Nederlandse zorgstelsel is een systeem van particuliere uitvoering, financiering via sociale verzekeringen en een aanvullende regulering via planningswetgeving. Binnen dat systeem is in de loop van bijna twintig jaar steeds meer het accent gelegd op een regionale organisatie. De landelijke voornemens tot een volksverzekering die door commerciële maatschappijen wordt uitgevoerd en tot de versterking van marktwerking en vermindering van regionalisatie staan daar haaks op. De discrepantie tussen het huidige zorgstelsel en de landelijke beleidsvoornemens is nu even groot als begin jaren tachtig met de WVG het geval was. Er moet dus rekening mee worden gehouden dat ook het huidige landelijke beleid niet of niet geheel tot uitvoering kan worden gebracht.

De vier grote steden bevinden zich in een moeilijke situatie. De rijksoverheid verwacht op dit moment weinig tot niets van de steden op het vlak van het voorzieningenbeleid. Er wordt een verzekeringssysteem voorgesteld dat in de steden mogelijk leidt tot onderverzekering in bepaalde bevolkingsgroepen. De kans bestaat dus dat hoewel een actief beleid gewenst is, de steden terugvallen in een passieve rol. En dat terwijl de situatie er over een paar jaar weer geheel anders kan uitzien.

Een positief punt zijn de landelijke ontwikkelingen die een inhoudelijk gezondheidsbeleid stimuleren. Dit sluit aan op de traditionele mogelijkheden van de grote steden die goed geoutilleerde basisgezondheidsdiensten hebben. Het gevaar bestaat echter dat een impasse in de ontwikkeling van stedelijk voorzieningenbeleid een negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van stedelijk gezondheidsbeleid. Er is immers een nauwe samenhang tussen beleid dat zich richt op de bevordering van de gezondheid in de steden en het voorzieningenbeleid.

Lokale ontwikkelingen ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid

6

6.1 Algemeen

Sinds de vorige eeuw is de omvang en de invloed van de rijksoverheid steeds groter geworden. Een deel van de beslissingen – vooral economische – wordt zelfs meer en meer op internationaal niveau genomen. Voor die tijd werden de meeste overheidsbeslissingen genomen op het lokale niveau. Tegenwoordig is de situatie eerder omgekeerd: de lokale overheid volgt voor het grootste gedeelte de beslissingen die op landelijk niveau worden genomen. Op basis van landelijk bepaalde richtlijnen en financiële kaders zijn de gemeenten meestal wel vrij autonoom bij het invullen van de plaatselijke situatie. Vooral wat betreft de ruimtelijke ordening en de organisatie van allerlei diensten. Op het laatste punt schiet de landelijke overheid namelijk al gauw tekort. Bij de specifieke vormgeving en uitvoering van allerlei maatregelen moet de rijksoverheid de gang van zaken wel overlaten aan de lokale partijen. Dit spanningsveld bepaalt de verdeling van bevoegdheden tussen het rijk, de provincies en de gemeenten. Alleen al vanwege hun omvang hebben de vier grote steden een sterkere positie in dit geheel dan hun collega-gemeenten.

Wat betreft de lokale ontwikkelingen kan het enerzijds gaan om de gemeentelijke overheid en anderzijds om het particulier initiatief. Het particulier initiatief bestaat uit de meest uiteenlopende partijen, van privé-personen tot multinationale ondernemingen en met de meest uiteenlopende doelen, van ideëel en religieus tot commercieel. De gemeentelijke overheid is op lokaal niveau slechts één van de vele partijen. De rol van de lokale overheid wisselt sterk per beleidsterrein.

Wat de volksgezondheid betreft heeft de gemeentelijke overheid altijd al een beschermende taak gehad (zie hoofdstuk 4). De gemeenten initieerden milieuhygiënische maatregelen, probeerden epidemieën in te dammen en zorgden vanaf een zeker moment desnoods mede voor hulpbehoevenden wanneer andere partijen, zoals de kerk, dat niet deden. Sinds het begin van deze eeuw worden de activiteiten van de gemeentelijke overheid op dit gebied vooral uitgevoerd door de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten. De geneeskundige diensten richtten zich vooral op de medische zorg voor armen, terwijl de gezondheidsdiensten zich bezig hielden en houden met preventie en gezondheidsbevordering. De taak van de lokale overheid is altijd het meest uitgesproken geweest op het terrein van de preventie, gezondheidsbescherming en de gezondheidsbevordering.

In Nederland is de curatieve medische zorg en verpleging die sinds de vorige eeuw is ontstaan, grotendeels in handen van het particulier initiatief (zie hoofdstuk 3). Onder particulier initiatief wordt verstaan: vrije beroepsbeoefenaren en zorgverlenende instellingen die met uitzondering van de farmacie op non-profit-basis zijn georganiseerd. Bij deze zorgverlenende beroepsbeoefenaren en instellingen is de lokale overheid in relatief geringe mate betrokken. De regulering van deze sector geschiedt vooral door de sociale ziektekostenverzekeraars op basis van richtlijnen van de rijksoverheid. De planning van de grote intramurale instellingen via de WZV geschiedt in principe op provinciaal niveau. De WVG/WGM die veel meer bevoegdheden voor de lokale overheid in petto had, is eigenlijk alleen ingevoerd voor wat betreft het vestigingsbeleid van huisartsen. Op dit moment is de betrokkenheid van de gemeentelijke overheid bij het voorzieningenbeleid dus vrij gering. De gemeente is wel intensief betrokken bij het beleid en de uitvoering van de basisgezondheidszorg. Qua omvang is dit echter een relatief kleine sector. Een bijzonderheid van de vier

grote steden is dat de gemeentelijke overheid voor een deel wel zelf uitvoering geeft aan eerste- en tweedelijnszorg, zoals gezondheidscentra, ziekenhuizen, verpleeghuizen en ook bejaardenoorden. In die gevallen treedt de overheid dus op als exploitant.

Bij de maatschappelijke dienstverlening is er sprake van een andere situatie. Ook bij de maatschappelijke dienstverlening geschiedt de uitvoering voornamelijk door het particulier initiatief (zie hoofdstuk 3). De financiering wordt echter nauwelijks verzorgd door verzekeringsinstanties, maar gebeurt uit de algemene middelen via subsidiemaatregelen. Voor een gedeelte is er sprake van gemeentelijke subsidies, maar voor een groot deel verloopt dit via rijkssubsidies. De laatste jaren heeft het rijk echter een gedeelte daarvan overgeheveld naar de provincies en de gemeenten. In dit geval naar de vier grote steden. De overheid en steeds vaker het stadsbestuur verdeelt bij de maatschappelijke dienstverlening de meeste financiën. Aangezien er geen sprake is van een verzekering die recht geeft op bepaalde voorzieningen, kan de lokale overheid het beleid in deze sector beïnvloeden. Dat wil zeggen: op dit moment. Want als de adviezen van de commissie-Dekker worden uitgevoerd, wordt de maatschappelijke dienstverlening ook ingebed in de sociale verzekeringen en gaat daarmee de hier beschreven rol van de lokale overheid verdwijnen.

Hierboven is een globale typering gegeven van de positie van de gemeentelijke overheid in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De besturen van de vier grote steden kunnen optreden in drie verschillende hoedanigheden:

1. als exploitant van zorginstellingen. Dit betreft ten eerste de basisgezondheidsdiensten, maar voor een deel ook gezondheidscentra, ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardenoorden;
2. als financier van zorginstellingen. In de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg komt dit nauwelijks voor, maar de gemeenten financieren wel een groot gedeelte van de basisgezondheidsdiensten. De maatschappelijke dienstverlening wordt grotendeels via subsidies betaald. De vier grote steden beheren een steeds groter gedeelte van deze subsidiestromen;
3. als participant in het krachtenveld van de zorgsector om daarin de eigen beleidsdoelstellingen te verwezenlijken. Bij de gedeelten die de gemeente zelf mede financiert kan haar invloed vrij groot zijn. In de gezondheidszorg steunt de gemeente voor een zeer klein gedeelte op wettelijke regelingen zoals de WVG voor het vestigingsbeleid van huisartsen. In het kader van de WZV kan de gemeente slechts adviseren over de plannen voor de intramurale voorzieningen. Een relatief sterke positie wordt ingenomen op het terrein van de collectieve preventie en de gezondheidsbescherming.

In paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de relatie tussen de rijksoverheid en de vier grote steden. In het kader van de decentralisatie heeft de landelijke overheid een aantal bevoegdheden aan de steden overgedragen. Dit wordt in deze paragraaf toegelicht. In paragraaf 6.3 worden de recente ontwikkelingen in het beleid ten aanzien van de gemeentelijke gezondheidsdiensten aangegeven. De situatie in iedere grote stad komt aan de orde. In paragraaf 6.4 wordt een aantal thema's besproken dat een rol speelt bij het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Er is sprake van uiteenlopende thema's. In paragraaf 6.5 wordt een beeld geschetst van de verwarrende situatie na het verschijnen van het advies van de commissie-Dekker. Een aantal ontwikkelingen wordt daarbij aangegeven. Ten behoeve van dit onderzoek zijn interviews afgenomen bij een aantal deskundigen uit de vier grote steden. De bedoeling van deze interviews is om een globaal inzicht te krijgen in de stand van zaken in de vier grote steden. Dit wordt gedaan aan de hand van de drie thema's: gezondheidssituatie, zorgvoorzieningen en beleid. De interviews zijn gegeven op persoonlijke titel. In bijlage 2 staan de geautoriseerde verslagen van deze interviews, voorzover toestemming werd gegeven tot publicatie. De verslagen van de interviews zijn een aanvulling op dit hoofdstuk.

6.2 De relatie tussen de rijksoverheid en de grote steden

In 1982 verscheen het rapport *Een schuyt*, die tegen stroom wordt opgeroeyt. Dit is een advies van een ambtelijke werkgroep over de bestuurlijk-organisatorische aspecten van de grote-stedenproblematiek. Dit rapport is te zien als een symbool van de kentering in de verhoudingen tussen het rijk en de vier grote steden. De werkgroep adviseert tot overdracht van taken en bevoegdheden van het rijk naar de vier grote steden. Het vergroten van beleidsvrijheid en bestuurskracht wordt gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor de oplossing van de grote-stedenproblematiek.

De grote steden worden gekenmerkt door cumulatie, complexiteit en samenhang van algemene problemen zoals werkloosheid, druggebruik, slecht woningenbestand, kleine criminaliteit. In de nota wordt ook aandacht besteed aan de problemen in de sectoren gezondheidszorg en welzijn. Voor het oplossen van de problemen is een integraal en op de lokale situatie afgestemd beleid nodig. Om die reden wordt er gepleit voor de overheveling van bevoegdheden van rijk naar grote steden. Overigens wordt er in het grootstedelijke milieu ook een sterke drang tot behoud, herstel en vernieuwing geconstateerd, waardoor de randstedelijke agglomeraties een belangrijke rol innemen in de nationale economie.

In het regeringsstandpunt (Regeringsstandpunt over het rapport van de werkgroep grote steden *Een schuyt* die tegen stroom wordt opgeroeyt, 1983) over het bovengenoemde rapport werd in het algemeen positief gereageerd op de voorstellen. Voor het beleidsveld welzijn was al in het najaar van 1982 een speciale gemengde ambtelijke werkgroep ingesteld om de voorstellen uit de 'Schuyt' uit te werken. Deze werkgroep stelde een Algemene welzijnsovereenkomst tussen het rijk en de vier grote steden voor. In het regeringsstandpunt wordt aangegeven dat de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dit een goed instrument vindt om de besturen van de vier grote steden meer beleidsvrijheid te geven. De Algemene welzijnsovereenkomst moet drie elementen bevatten, aldus het regeringsstandpunt:

1. binnen de overeenkomst wordt gestalte gegeven aan decentralisatiemaatregelen voor de vier grote gemeenten, vooruitlopend op de algemene decentralisatiemaatregelen via de Invoeringswet van de Kaderwet Specifiek Welzijn;
2. de overeenkomst regelt voor de vier grote gemeenten – in aansluiting op de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg – de voorwaarden voor een samenhangende planning, bekostiging en uitvoering van voorzieningen op het zorgterrein;
3. de overeenkomst biedt het kader, waarbinnen het rijk en de vier grote gemeenten tot afspraken kunnen komen over ontwikkeling, harmonisatie en uitvoering van rijksbeleid ten behoeve van de vier grote gemeenten, respectievelijk over te voeren beleid op terreinen, waarop het rijk en de vier grote gemeenten een gedeelde verantwoordelijkheid dragen.

Wellicht is welzijn de sector waarin op de meest voortvarende wijze uitvoering is gegeven aan de voorstellen die in de 'Schuyt' zijn gedaan. Wel moet worden geconstateerd dat deze sector ook qua beleid en bestuur een woelige periode doormaakt. Zo is de Kaderwet Specifiek Welzijn nooit tot stand gekomen en is deze vervangen door de veel eenvoudiger Welzijnswet die vanaf 1 januari 1987 van kracht is. De WGM is ingetrokken en van de WVG blijft in de toekomst waarschijnlijk niet meer over dan een vereenvoudigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Een groot deel van de decentralisatie zoals de Minister van WVC zich in het bovengenoemde regeringsstandpunt bij de 'Schuyt' had voorgenumen, kon dus geen doorgang vinden. Van het meeste belang was dus het hierboven genoemde derde punt, waarin wordt gepleit voor een kader waarbinnen rijk en de vier grote steden tot afspraken kunnen komen over de decentralisatie. Al op 30 augustus 1983 werd de Algemene welzijnsovereenkomst ondertekend door de Minister en Staatssecretaris van WVC en de burgemeesters van de vier grote steden. Sinds het regeringsstandpunt bij de 'Schuyt' zijn er twee voort-

gangsrapportages uitgebracht over het grote-stedenbeleid (zie Eerste en Tweede vervolgnota grote-stedenbeleid; januari respectievelijk september 1984). Ook daaruit blijkt de voortvarende aanpak van de decentralisatie in de sector welzijn.

De Algemene welzijnsovereenkomst gaat uit van drie sporen. Ten eerste het vergroten van de beleidsvrijheid voor de gemeentebesturen door middel van decentralisatiemaatregelen. Ten tweede het voeren van overleg over het desgewenst voor de vier steden aanpassen van het rijksbeleid. Ten derde het maken van afspraken over het te voeren beleid voor voorzieningen waarvoor een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat. Voor de uitvoering werd de reeds hierboven genoemde gemengde ambtelijke werkgroep vier-steden-welzijn gecontinueerd. De uitvoering wordt bovendien ondersteund door vier coördinatoren in de grote steden. Ook op het departement zijn twee beleidsmedewerkers beschikbaar die de uitvoering van de Algemene welzijnsovereenkomst stimuleren. Het zogenaamde Coördinatieoverleg Algemene welzijnsovereenkomst 4 grote steden geeft regelmatig een brochure uit waarin verslag wordt gedaan van de voortgang en van nieuwe ontwikkelingen (zie brochures Uitwerking Algemene welzijnsovereenkomst, 1984, 1985 en 1987).

Op 1 januari 1984 trad de Financieringsregeling Welzijnsovereenkomst 4 grote gemeenten in werking. Hierin wordt de overdracht van rijksfinanciën naar vier grote steden geregeld voor de onderdelen die vallen onder de Algemene welzijnsovereenkomst. Het is de bedoeling te komen tot een algemene doeluitkering voor de vier grote steden, die zelf bepalen hoe de gelden worden verdeeld. Uiteraard willen de vier grote steden daarbij zo min mogelijk beperkende bepalingen, zodat financiën van de ene werksort naar de andere kunnen worden overgeheveld. Het rijk stelt vanuit haar verantwoordelijkheid echter randvoorwaarden vast. Zo is de vrijheid van de gemeenten bij de financiering van de gezinszorg zeer beperkt, omdat de rijksoverheid afwenteling van de kosten op de AAW en de bijstand wil voorkomen.

De Algemene welzijnsovereenkomst is flexibel in de zin dat er steeds meer voorzieningen en activiteiten onder veranderende voorwaarden in de Financieringsregeling kunnen worden opgenomen. In artikel 5 van de Algemene welzijnsovereenkomst worden de negen voorzieningen genoemd die van het begin af aan deel uit maken van de overeenkomst:

1. sociaal-culturele activiteiten en steunfunctie;
2. kinderdagverblijven;
3. emancipatiewerk;
4. algemeen maatschappelijk werk, sociale raadsliden, maatschappelijke advies-/informatiebureaus (MAI), telefonische hulpdiensten, jeugd- en gezinswerk;
5. gecoördineerd bejaardenwerk;
6. Boddaertcentra;
7. maatschappelijke hulp- en dienstverlening aan jongeren en jongvolwassenen;
8. vrijwilligerscentrales;
9. kindertelefoon.

De gezinsverzorging, de drugshulpverlening en het welzijnswerk minderheden zijn ook onderdeel van de regeling. In de toekomst zijn zoals gezegd uitbreidingen mogelijk.

De bijzondere positie van de vier grote steden die is vastgelegd in de Algemene welzijnsovereenkomst, komt ook tot uitdrukking in recente wet- en regelgeving. In de Wet op de Bejaardenoorden is geregeld dat de besturen van de vier grote gemeenten dezelfde positie hebben als de provinciebesturen. Ook de Welzijnswet kent aan de vier grote steden in principe een provinciale status toe. In het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn tussen rijk, betrokken provincies en de vier grote steden, afspraken gemaakt over de betrokkenheid bij de planning. Bevoegdheden hebben de grote steden echter niet in het kader van de WZV. Bij de invoering van de WVG/WGM was men wel van plan om

bevoegdheden door te decentraliseren van de provincies naar de vier grote steden. Deze wetgeving bevindt zich momenteel in een impasse.

Nieuwe wetgeving voor de jeugdhulpverlening is in een vergevorderd stadium van ontwikkeling. In het voorstel van wet dat maart 1988 aan de Eerste Kamer is aangeboden en dat inmiddels is aanvaard worden de vier grote steden gelijkgesteld met een provincie. Voorwaarde is wel dat de vier grote steden samenwerken met omliggende gemeenten in het kader van de Wet gemeenschappelijke regelingen. Het is de bedoeling dat de vier grote steden, net als de provincies, telkens voor vier jaar een plan maken voor de jeugdhulpverleningsvoorzieningen in hun regio (zie Voorstel van wet van de leden Worrell en Haas-Berger, houdende regelen ten aanzien van de jeugdhulpverlening, 1988).

Minstens even belangrijk als de overheveling van bevoegdheden is de inhoudelijke beleidsontwikkeling in de vier grote steden. Deze is essentieel voor de bestuurlijke vormgeving. Het overleg tussen de vier grote steden en het rijk is hiervoor een stimulerend forum. Op verschillende beleidsterreinen zijn inhoudelijke werkgroepen en conferenties georganiseerd: bijvoorbeeld over het jeugdbeleid, de gezinsverzorging, het zorgbeleid, het ouderenbeleid en rondom het Healthy Cities Project. Dit leidt er soms toe dat het departement en de grote steden in gezamenlijk overleg projecten gaan uitvoeren. Een voorbeeld is het Innovatieproject in Amsterdam waarin verschillende projecten tot stand komen, waarin verschuivingen tussen zorgsoorten in de praktijk worden gebracht. Een ander voorbeeld is de betrokkenheid van de Directie Jeugdbeleid op het departement bij de ontwikkeling van het stedelijk jeugdbeleid. Over deze inhoudelijke ontwikkelingen wordt gerapporteerd in de reeds genoemde brochures Uitwerking Algemene welzijnsovereenkomst.

Rotterdam had een enigszins bijzondere positie, omdat deze stad net een jaar voor de Algemene welzijnsovereenkomst al een Convenantsfinancieringsregeling met het departement had afgesloten. De onderdelen van dit convenant zijn overgenomen in de Algemene welzijnsovereenkomst en zijn sindsdien ook van kracht voor de andere grote steden. Verder was de provincie Zuid-Holland in overleg met de gemeenten Den Haag en Rotterdam en het toenmalige Openbaar Lichaam Rijnmond om bevoegdheden van de provincie over te hevelen naar de grote steden. In 1983 bracht de gemeente Rotterdam hierover de Nota bestuurlijke reorganisatie en Rotterdam uit. In 1984 kwam de Raamovereenkomst grote steden van de Provinciale Staten van Zuid-Holland met Den Haag, Rotterdam en Rijnmond tot stand. De provincie zag deze overeenkomst als een aanvulling op de taakoverheveling van rijk naar grote stad. Voor het beleidsterrein welzijn en gezondheidszorg heeft deze provinciale overeenkomst relatief weinig consequenties gehad. Sinds begin 1984 werden de meeste zaken – ook die betreffende de verhouding provincie versus stad – geregeld via de Algemene welzijnsovereenkomst.

De verhouding tussen het rijk, de provincies en de vier grote steden blijft een actuele zaak. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het memorandum voor het kabinetsbeleid 1986 tot 1990 Vertrouwen in de stad (1986) van de vier grote steden. De bedoeling hiervan was om voor het regeerakkoord de bijzondere positie van de vier grote steden te benadrukken. Relatief gezien krijgen de grote steden al veel middelen toebedeeld. Daartegenover staan echter grote financiële en maatschappelijke problemen. Tegelijkertijd spelen de grote steden een belangrijke rol in de nationale economie. Gezien de noodzaak tot bezuinigingen zal er een spanningsveld tussen het rijk en de grote steden blijven bestaan.

In dit geheel vormen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening een dynamische sector. Ook hier zijn grote ombuigingen voorgenomen, die in de grote steden vaak zelfs relatief hoger zijn dan elders. Aan de andere kant is gezien de opbouw en samenstelling van de populatie in de grote steden juist de zorgsector van cruciaal maatschappelijk en ook economisch belang. De voorstellen van het Kabinet rondom de commissie-Dekker kunnen negatief uitwerken voor de grote steden. Enerzijds is er voor de grote steden het gevaar van

onderverzekering en is er de kans op problemen in de voorzienings sfeer als gevolg van het concurrentiemodel. Anderzijds zullen de mogelijkheden van de grote steden tot correcties aanzienlijk worden verminderd: de maatschappelijke dienstverlening wordt onttrokken aan de invloed van de steden en de planningsbevoegdheden ex-WVG/WGM zullen niet van de grond komen.

6.3 Basisgezondheidszorg en het Healthy Cities Project

Zoals gezegd vindt de meest directe bemoeienis van de stadsbesturen met de gezondheidszorg plaats in de basisgezondheidszorg. Artikel 168, 209 l en 209 q van de Gemeentewet bieden aan de lokale overheid de mogelijkheid om initiatieven te ontplooiën ter bevordering van de volksgezondheid. De gemeente heeft een algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheidssituatie van de bevolking. Verder heeft de gemeente een aantal uitvoerende taken in het kader van wettelijke regelingen zoals de Krankzinnigenwet, de Wet op het Ambulancevervoer, de Wet op de Bejaardenoorden, de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken, de Wet op de lijkbezorging en tot slot de ARBO-wet bij de rol van de gemeente als werkgever. Kenmerkend voor de vier grote steden is de specifieke, brede invulling die zij hebben gegeven aan de invulling van de openbare gezondheidszorg. De laatste jaren is het beleid in de grote steden ten aanzien van de basisgezondheidszorg sterk in ontwikkeling. Hiervoor zijn verschillende redenen.

Een directe aanleiding zijn de enorme bezuinigingen op de gemeentelijke uitgaven. Bijna de helft van de kosten van de openbare gezondheidszorg in de vier grote steden wordt op één of andere wijze opgebracht door de gemeenten. De bezuinigingen waardoor de gemeentebesturen werden getroffen zijn voor een belangrijk deel doorgegeven aan de gemeentelijke diensten. Dit dwong tot een heroriëntatie. In de loop der jaren hadden de gezondheidsdiensten in de grote steden hun takenpakket enorm verbreed. Omdat de stadsbesturen via de eigen diensten zo nodig lacunes in de gezondheidszorg opvulden, werden ook vrij veel curatieve en algemene gezondheidszorgfuncties uitgeoefend.

Wanneer het particulier initiatief echter inmiddels dergelijke functies wel kan vervullen, is het voor de gemeenten niet langer nodig om ze uit te voeren. In verband met de noodzakelijke bezuinigingen heeft dit geleid tot afslankingsoperaties bij de gemeentelijke diensten. Zo kon de ambulante geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld worden overgeheveld naar de RIAGG's. Tegelijk met het afstoten van oude taken ontstond de behoefte aan nieuwe. Het huidige patroon van aandoeningen en bedreigingen bijvoorbeeld vereist nieuwe preventieve strategieën zoals gezondheidsvoorlichting- en opvoeding. De gemeentebesturen vroegen aan de gezondheidsdiensten om epidemiologische informatie ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid.

De GG en GD-Amsterdam

De GG en GD van Amsterdam was als grootste dienst in het land het eerst aan een reorganisatie toe. De voornemens hiertoe zijn neergelegd in het beleidsplan De verdere ontwikkeling van de gemeentelijke gezondheidszorg (1985). Naast financiële en organisatorische problemen werd de Amsterdamse GG en GD geconfronteerd met nieuwe ontwikkelingen, zoals de WVG en nieuwe ideeën over de basisgezondheidszorg. Als gemeentelijke dienst werd zij geconfronteerd met nieuwe infectieuze ziekten zoals geslachtsziekten en verslavingen; met ontwikkelingen op milieugebied zoals enerzijds kleine incidenten en anderzijds de kans op grote rampen; met demografische ontwikkelingen zoals toename van het aantal hoogbejaarden en de tweede en derde generatie buitenlanders; met de emancipatie van achterstandsgroepen. Om op deze nieuwe ontwikkelingen te kunnen inspelen werd er gekozen voor een meer flexibele organisatiestructuur met zo weinig mogelijk kleine afdelingen en voor zover enigszins mogelijk binnen een ambtelijke organisatie, met meer algemene functie-

- beschrijvingen. De volgende vier hoofdtaken worden in de nota geformuleerd:
1. activiteiten gericht op een adequate structuur van de zorg. Informatievoorziening aan het gemeentebestuur voor het te voeren gezondheidsbeleid is daarbij van groot belang;
 2. activiteiten gericht op de voortgang van het openbare leven. Hierbij moet worden gedacht aan de bestrijding van infectieziekten, verslavingsproblematiek en de opvang van mogelijke rampen;
 3. activiteiten gericht op voorlichting en preventie. Gezondheidsbevordering health promotion zoals in paragraaf 4.3 genoemd, is daarvan een belangrijk onderdeel;
 4. activiteiten gericht op bijzondere problemen en bijzondere groepen. Te denken valt aan verslaafden, daklozen, migranten.

De reorganisatie van de Amsterdamse GG en GD is inmiddels gerealiseerd. De beleidsontwikkeling en de ontwikkeling van nieuwe strategieën is een continu proces dat in volle gang is.

De GGD-Rotterdam

Als eerste van de vier grote steden heeft Rotterdam enige jaren geleden de naam van haar basisgezondheidsdienst veranderd van Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst naar Gemeentelijke Gezondheids Dienst (GGD). Dit is bewust gebeurd in het kader van het beleid om de curatieve (geneeskundige) functies zoveel mogelijk over te laten aan de eerste- en de tweedelijnszorg. Daarmee kan de gezondheidsdienst zich geheel concentreren op haar gezondheidsbevorderende taken. Alleen wanneer er zich nieuwe lacunes voordoen, zal de GGD daar zo nodig tijdelijke voorzieningen voor treffen. In Rotterdam wordt dit proces gezien als de omvorming van een traditionele gemengde GG en GD naar een moderne basisgezondheidsdienst. Daarbij past ook de uitbreiding van de dienst per augustus 1987 naar zes schilgemeenten aan de zuid-oostkant van de stad, die vroeger niet beschikten over een basisgezondheidsdienst (Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Heerjansdam, Krimpen aan den IJssel en Ridderkerk). De ombouw van de Rotterdamse GGD neemt al een aantal jaren in beslag. In het najaar van 1986 werden de ontwikkelingen besproken tijdens de conferentie Basiszorg in beeld (Basiszorg in beeld, 1986).

Momenteel is een nieuw beleidsplan Met het oog op gezondheid (1988) in discussie. De GGD ziet voor zichzelf drie primaire taken:

1. de verantwoordelijkheid voor de preventie, gezondheidsbevordering en -bescherming in de regio Rotterdam;
2. het verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio. Deze informatie is in eerste instantie nodig voor de ontwikkeling van het regionale volksgezondheidsbeleid. Ook de GGD zelf kan deze informatie gebruiken bij de ontwikkeling van haar eigen activiteiten. Hiervoor heeft de GGD in 1982 een afdeling Epidemiologie opgericht;
3. de advisering aan de gemeentebesturen van Rotterdam en de schilgemeenten op basis van de bovengenoemde informatie en de ervaringen binnen de dienst. Voor de komende jaren heeft de GGD zich voorgenomen om zich bezig te houden met negen specifieke aandachtsvelden: ouderen; jeugdigen; verslaving; migranten; seksueel geweld, incest en kindermishandeling; AIDS-bestrijding; milieuproblematiek; het Healthy Cities Project; de verdere ontwikkelingen rondom de organisatie van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Hiervoor worden zogenaamde beleidsadviesgroepen opgericht, waarin betrokkenen uit diverse afdelingen samenwerken. Zoals ook in andere steden het geval is, werkt de GGD ten aanzien van de beleidsontwikkeling steeds meer samen met de secretarie van de gemeente. De gemeente Rotterdam is van plan om taken van de secretarie over te hevelen naar de diensten, waaronder de GGD, zodat daar een zwaarder accent op beleidsvoorbereiding en -uitvoering komt te liggen.

De GG en GD-Den Haag bestond in 1987 75 jaar en heeft in samenwerking met twee andere jubilerende gezondheidsdiensten in de regio een symposium georganiseerd (zie Kaasjager e.a., 1987). In de symposiummap wordt op kritische wijze ingegaan op het functioneren van onder andere de GG en GD-Den Haag. Ook in Den Haag wordt groot belang gehecht aan de informatieverzameling van de GG en GD. Daarvoor is in 1980 een Stafbureau Epidemiologie en Informatica opgericht. Net als bij andere GG en GD'en wordt als probleem gezien dat er samenwerking nodig is tussen de verschillende afdelingen van de dienst en met de secretarie van de gemeente, om op thematische wijze de problemen in de grote stad aan te pakken. Het Healthy Cities Project wordt als een goede mogelijkheid daarvoor gezien. Wel is volgens Nijhuis (1987) een fundamentele discussie nodig om de nieuwe zorg in samenwerking tussen de diverse betrokkenen in de stad te kunnen realiseren.

De GG en GD-Utrecht

Ook de GG en GD in Utrecht bevindt zich in een ontwikkelingsproces. Mede gezien de bezuinigingsoperaties heeft deze dienst in 1985 een Contourennota en Beleidsvoornemens voor de middellange termijn uitgebracht. Volgens deze nota's is het voor de gemeentelijke overheid cruciaal dat zij inzicht heeft in de gezondheidstoestand van de bevolking, in de factoren die daarop van invloed zijn en in de kwaliteit en omvang van het stelsel van zorgvoorzieningen. Dit betekent dat de gemeentelijke overheid niet persé altijd direct betrokken hoeft te zijn bij de zorg, maar dat zij wel een exact inzicht moet hebben in de situatie. De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid houdt namelijk in dat zij meteen actie moet ondernemen als de volksgezondheid gevaar loopt.

In Utrecht wordt de kenverantwoordelijkheid van het gemeentebestuur centraal gesteld. Dit houdt een kenverplichting van de GG en GD naar het stadsbestuur in. Informatieverzameling krijgt dus ook in Utrecht een hoge prioriteit. Idealiter zal vervolgens op grond van deze informatie een prioriteitsstelling tot stand komen voor activiteiten die zijn gericht op gezondheidsbescherming, het voorkomen en vroegtijdig opsporen van gezondheidsstoornissen en op de bevordering van gezondheidsgedrag door voorlichting. Dit zijn de belangrijkste taken van de GG en GD, aldus de nota's.

In paragraaf 4.4 is uitgebreid aandacht besteed aan het Healthy Cities Project van de WHO-regio Europa. In Nederland zijn de vier grote steden hierbij betrokken. In overleg tussen diverse steden is afgesproken om in Nederland een Netwerk gezonde steden op te richten. Alle vier de grote steden doen daaraan mee, evenals vertegenwoordigers van het departement. Zo'n zes andere steden waren ook aanwezig bij de voorbereidende besprekingen. Zoals in paragraaf 4.4 staat vraagt de WHO om aanwijzing van een core-city. Hiervoor is Eindhoven uitgekozen. Bij het Nederlandse Netwerk gezonde steden gaat het in eerste instantie niet alleen om nieuwe activiteiten. Hierboven is al aangegeven dat de basisgezondheidsdiensten los van de WHO al bezig waren met vernieuwingen. De ontwikkeling van gezondheidsbeleid op stedelijk niveau, zoals ook wordt aangegeven in de Nota 2000, is daarvan een voorbeeld. De accenten die daarbij worden gelegd op preventie, gezondheidsbevordering, intersectoraal beleid en participatie van de bevolking, sluiten goed aan op de doelstelling van het Healthy Cities Project. Het Netwerk gezonde steden gaat functioneren als een forum waar uitwisseling plaatsvindt over ideeën en activiteiten in dit kader. Het Netwerk bevindt zich op dit moment nog in de opbouwfase.

Nieuwe ontwikkelingen

In de Nota 2000 wordt gepleit voor het opstellen van gezondheidsplannen (zie

paragraaf 5.3). In Amsterdam wil de GG en GD in samenwerking met het departement onderzoeken of het mogelijk is om een dergelijk gezondheidsplan op regionaal niveau tot stand te brengen. Een gezondheidplan is gericht op de lange termijn en gaat uit van gezondheidsdoelen. Na een inventarisatie van de huidige gezondheidssituatie, worden er scenario's opgesteld voor verschillende toekomstige ontwikkelingen. Wanneer er is gekozen voor een wenselijke toekomstige situatie, moet er worden aangegeven welke inzet nodig is om die te bereiken. Een dergelijk project sluit zowel goed aan op de Nota 2000, als op het Healthy Cities Project.

Hetzelfde geldt voor het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem (REBUS). Ook dit is een ontwikkelingsproject (zie paragraaf 3.2). Geprobeerd wordt om zowel kwantitatieve als kwalitatieve gezondheidsrelevante informatie op buurtniveau te koppelen. Het is de bedoeling dat deze informatie richting geeft aan gezondheidsbevorderende activiteiten op buurtniveau (zie Van Oers e.a., 1988; Raat e.a., 1988).

De nieuwe ontwikkelingen in de basisgezondheidszorg impliceren een brede benadering van gezondheid die de grenzen van de gezondheidszorg overschrijdt. Dit is ook de essentie van intersectoraal beleid. De basisgezondheidsdiensten kunnen dergelijke ontwikkelingen stimuleren. De medewerking van andere beleidssectoren is daarbij onmisbaar. Op dit moment is nog niet te voorzien in hoeverre de politieke steun die hiervoor nodig is kan worden gerealiseerd.

6.4 Nieuwe ontwikkelingen in de vier grote steden

Het is niet mogelijk om in kort bestek een weergave te geven van het gehele volksgezondheidsbeleid dat in de vier grote steden wordt gevoerd. Dit betreft namelijk alle verschillende zorgvoorzieningen, evenals de verschillende specifieke bevolkingsgroepen waarvoor de gemeenten beleid ontwikkelen. Gemeentelijk beleid is naar zijn aard zeer praktisch gericht en gespecificeerd naar concrete voorzieningen, activiteiten en situaties. Daardoor is het moeilijker om er een samenvatting van te geven dan bij het landelijk beleid het geval is. In bijlage II staan globale overzichten van belangrijke ontwikkelingen die zijn gegeven door sleutelpersonen in de vier grote steden. In deze paragraaf worden enkele thema's besproken die te maken hebben met vernieuwingen in het lokale beleid. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

1. eerstelijnszorg in het algemeen;
2. thuiszorg;
3. vestigingsbeleid voor huisartsen;
4. ziekenhuisplanning;
5. subregionale indeling van de grote steden;
6. categoriaal beleid (jongeren, ouderen, etnische minderheden, gehandicapten, verslaafden);
7. gemeentelijke zorginstellingen.

Beleid ten aanzien van de eerste lijn

In hoofdstuk 3 werd al aangegeven dat de vier grote steden de eerste lijn als een belangrijke sector beschouwen. Dit hangt samen met de algemene beleidsdoelstelling die door alle vier de steden wordt onderschreven, dat de zorg zo dicht mogelijk bij de thuissituatie moet zijn gesitueerd. De Bakker e.a. (1986) hebben een verkennende studie gedaan naar de mogelijkheden van en de activiteiten rondom het gemeentelijk beleid voor de eerstelijnszorg. De auteurs zijn zeer negatief over de huidige mogelijkheden tot gemeentelijke beleidsvorming. Dit komt overeen met de beschrijving van de landelijke situatie die in hoofdstuk 5 is gegeven. Wanneer de WVG/WGM niet wordt ingevoerd, hebben de gemeenten nauwelijks bevoegdheden om een gemeentelijk beleid voor de eerste lijn te effectueren.

In aansluiting op de geringe mogelijkheden constateren De Bakker e.a. dat de activiteiten op dit gebied bij de Nederlandse gemeenten gering zijn. De vier grote steden vormen hierop een duidelijke uitzondering, hetgeen ook door De Bakker e.a. is geconstateerd. Net zoals de basisgezondheidszorg in de vier grote steden van een andere schaalgrootte is als die in de rest van het land, geldt dat ook voor de bemoeienissen met de eerste lijn. In ieder geval vertonen de vier grote steden veel activiteiten op dit terrein. Zoals meestal het geval is, zijn de resultaten van het beleid niet altijd optimaal te noemen. Dit komt doordat de gemeente slechts één van de vele actoren in het beleidsveld is. Veel van de ontwikkelingen zijn moeilijk te beïnvloeden.

In alle vier de steden hebben de gemeenten beleidsnota's over de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg uitgebracht. In 1984 werd de gemeentelijke Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg gepubliceerd. In Rotterdam publiceerde de gemeentesecretarie, eveneens in 1984, de Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Het, was de bedoeling dat het Rotterdamse stadsbestuur in 1987 een beleidsnota over de eerste lijn zou uitbrengen. De conceptnota is echter op het laatste moment door het college ingetrokken omdat de gemeente op dat moment oordeelde dat zij de beleidsmiddelen niet had om de gestelde doelen te realiseren. Al in 1981 verscheen de gemeentelijke Nota Eerstelijnsgezondheidszorg te 's-Gravenhage. In Utrecht heeft de gemeente zelf een omvangrijk onderzoek uitgevoerd om de huidige situatie in de eerstelijnszorg in kaart te brengen. In 1986 verschenen hierover vier deelrapporten waarbij de secretariaafdeling notities schrijft over de beleidsconsequenties (Souverein, 1986a/b/c/d).

In het algemeen verschillen de beleidsdoelen ten aanzien van de eerste lijn in de grote steden niet met de doelen die op landelijk niveau worden geformuleerd. Zoals gezegd wil men dat de zorg zo dicht mogelijk bij de thuissituatie wordt gesitueerd. Daarvoor is samenwerking en afstemming nodig tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn en tussen de eerste en de tweede lijn. Het verschil met de landelijke politiek is dat de gemeenten direct betrokken zijn bij projecten waarmee deze beleidsdoelen worden gerealiseerd. Zo zijn de gemeenten financieel en soms inhoudelijk betrokken bij organisaties die de samenwerking in de eerste lijn bevorderen en ontwikkelen. In alle vier steden zijn de gemeenten zeer nauw betrokken geweest bij de oprichting van gezondheidscentra. In sommige gevallen trad de gemeente zelfs op als exploitant van dergelijke centra. Een rol die wel enige moeilijkheden heeft opgeleverd (zie verderop).

Thuiszorg

In hoofdstuk 3 is aangegeven dat thuiszorg een onderdeel is van de eerstelijnszorg, dat in de vier grote steden op dit moment veel aandacht krijgt. Veel experimenten en innovaties zijn gaande op dit gebied. Drie ervan worden verderop als voorbeeld genoemd. Thuiszorg is moeilijk te definiëren. Het omvat ondersteunende, verzorgende en verplegende activiteiten in de thuissituatie zelf, waarmee in het algemeen opname in een intramurale voorziening kan worden voorkomen. Thuiszorg is een instrument om verschuiving van intramurale naar extramurale zorg daadwerkelijk mogelijk te maken. Thuisverpleging is een belangrijke, maar niet de enige vorm van thuiszorg. De Harmonisatie Raad voor het Welzijnsbeleid heeft een studie verricht naar het verschijnsel thuiszorg (Goudriaan, 1988; Heydelberg, 1988). Goudriaan en Heydelberg concluderen dat de ontwikkelingen rondom thuiszorg aantonen dat het echelonneringsprincipe – in ieder geval ten dele – niet meer opgaat. In plaats van uit te gaan van echelons moet in de gezondheidszorg meer aandacht worden gegeven aan de zorgfuncties die nodig zijn om te voorzien in de behoefte van de patiënt. Voor het verlenen van een bepaalde combinatie van zorgfuncties moet men zonnodig kunnen terugvallen op verschillende instanties. Bij thuiszorg wordt capaciteit van zowel eerste- als tweedelijnsinstellingen ingezet om optimale

zorg te verlenen in de eigen omgeving van de patiënt. Voor thuiszorg is een strikte scheiding tussen eerste en tweede lijn dan ook niet adequaat (zie hoofdstuk 3).

Enkele jaren geleden startte in Den Haag een experiment dat leidde tot de huidige Stichting Aanvullende Thuiszorg te Zoetermeer. De bedoeling was om een pool van oproepkrachten van verpleegkundigen te creëren die bereid zijn tegen betaling op uurbasis 's-nachts of overdag hulp te verlenen aan patiënten en hun partners thuis. Het gaat om patiënten bij wie de reguliere hulp van wijkverpleging en gezinsverzorging niet voldoende is om een opname in ziekenhuis of verpleeghuis te voorkomen. Het is de stichting gelukt om dit project van de grond te krijgen. In 1986 werd er een overeenkomst bereikt met het ziekenfonds en een aantal ziektekostenverzekeraars over de financiering. Bij patiënten die bij een andere instantie zijn verzekerd, gaat de stichting onderhandelen over de vergoeding van de kosten, met als aanbod dat opname kan worden voorkomen. Het gaat om zorgverlening die naar verwachting niet langer duurt dan zes weken. Vijfentachtig procent van de zorgverlening omvat terminale patiënten. De Stichting Aanvullende Thuiszorg die startte in Den Haag, heeft nu steunpunten in heel Nederland (zie Moor, 1987).

In Amsterdam is in 1987 op een andere basis een project thuisverpleging van start gegaan. Het wordt georganiseerd door een samenwerkingsverband van diverse Amsterdamse participanten uit de kringen van het kruiswerk, de gezinsverzorging, de huisartsen en de financiers. De financiering geschiedt via de experimenteergelden van de Ziekenfondsraad die worden beheerd door het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken. Vergelijkbare projecten worden door de Ziekenfondsraad gefinancierd in de provincie Groningen en in West-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen. De uitvoering in Amsterdam geschiedt door de Stichting Amsterdams Kruiswerk, de Stichting Amsterdamse Gezinsverzorgingsinstellingen en de Amsterdamse Huisartsenvereniging. Ondersteuning wordt geleverd door het Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg. Deze opzet garandeert een brede aanpak zodat het – mede door de financiële garanties – mogelijk wordt om zorg op maat te realiseren. Terwijl de bovengenoemde Stichting Aanvullende Thuiszorg alleen verpleegkundige hulp organiseert, gaat het Amsterdamse project uit van tien zorgfuncties:

1. huishoudelijke hulp;
2. persoonlijke verzorging;
3. verpleegtechnische handelingen;
4. medische hulp;
5. paramedische hulp;
6. waakdiensten;
7. inzet van specifieke hulpmiddelen en communicatie- of alarmeringsapparatuur;
8. kleine woningaanpassingen;
9. begeleiding van patiënt en omgeving;
10. coördinatie, organisatie en planning van het hulpverleningsproces.

Ook daarbuiten zijn nog extra voorzieningen mogelijk. Met behulp van deze functies kunnen zelfs redelijk intensieve ziekenhuisopnames gesubstitueerd worden. Er is echter een maximaal budget aan de inzet per patiënt per dag gekoppeld: f 200,-, een bedrag dat globaal overeenkomt met het verpleeghuistarief. De maximale duur van de aanvullende zorg is in principe drie maanden (zie Projectplan startperiode experiment thuisverpleging in de regio Amsterdam, 1987).

Een geheel andere vorm van thuiszorg wordt aangeboden door de Stichting Buurtvoorzieningen Flesseman te Amsterdam. Het doel van deze stichting is de ondersteuning en bevordering van zelfstandig wonen van ouderen in de Nieuwmarktbuurt in Amsterdam. Ook hier is sprake van substitutie. Het project is een combinatie van een nieuw verzorgingstehuis en ondersteunende

voorzieningen voor nog zelfstandig wonende ouderen in de directe omgeving ervan. Om de ondersteunende voorzieningen te kunnen financieren is de capaciteit van het verzorgingstehuis in plaats van op de geraamde 70 personen, gesteld op 52 personen. Met behulp van het inruilgeld wordt geprobeerd om meer dan 18 ouderen zelfstandig te laten wonen, die anders een plaats in het verzorgingstehuis zelf nodig hadden gehad.

Eén van de voorzieningen is de buurtconciërge die ouderen helpt bij kleine aanpassingen in de woning, die het dagelijks leven vergemakkelijken. Verder is er een dagactiviteitencentrum waar ouderen één keer in de week naar toe kunnen. De Stichting Buurtvoorzieningen Flesseman organiseert een buurtbus door de binnenstad, het verstellen van kleding, alarmsystemen, wijkhulp aan huis, uitleen van hulpmiddelen en maaltijdprojecten zoals kookcursussen voor mannen en uit eten in de buurt tegen betaalbare prijzen.

Het verzorgingstehuis dat in 1988 is geopend zal ook nog een aantal buurtvoorzieningen hebben: in het restaurant kunnen oudere buurtbewoners meeëten. Er zijn een biljart, een leestafel en gezellige zithoeken om koffie te drinken. Oudere buurtbewoners kunnen gebruik maken van de douche, de kapper, fysiotherapie, de logeerkamers en zelfs van de ziekenafdeling van het verzorgingstehuis. De ligging van het Centrum voor Ouderen Flesseman midden in een vernieuwde oude stadswijk is uniek. Rondom het centrum worden 200 nieuwe woningen gebouwd, waartussen 50 woningen voor ouderen. Hierbij is een groepswooning voor ouderen. In het complex zijn ook kleine winkel- en werkruimtes opgenomen. Dit project geeft niet alleen vorm aan substitutie van dure door goedkope zorg. In de eerste plaats stimuleert het de integratie van oudere bewoners in hun eigen buurt en verhoogt het de kwaliteit van de woonomgeving (zie Informatiebrochure van het Centrum voor Ouderen Flesseman, 1987; Evaluatieverslag van de dagactiviteitengroep, 1986; Evaluatieverslag van een jaar buurtconciërge, 1986).

De drie projecten hierboven zijn uitsluitend genoemd als voorbeelden. In de grote steden en daarbuiten bestaan talrijke andere, vergelijkbare innovatieve projecten. Helaas blijven het experimenten, ook qua financiering, maar wellicht weten ze in de toekomst een meer structurele positie te verwerven. Dergelijke projecten komen tot stand door de grote inzet van het particulier initiatief. Vaak hangt de voortgang van een project af van de persoonlijke inzet van een klein aantal betrokkenen.

Wat is de rol van de gemeente hierbij? De uitvoering geschiedt door het particulier initiatief. Financiering van gezondheidszorgfuncties gebeurt door de sociale verzekeringen. Alleen de financiering van de maatschappelijke dienstverlening, zoals het project Flesseman, wordt nu nog door de gemeentelijke overheid geregeld. Dit betekent dat de gemeenten met name een stimulerende en voorwaardenscheppende rol hebben. Vooral in de sector zorg voor ouderen blijkt de gemeente – doordat zij invloed heeft op de financiering – in staat te zijn tot het stimuleren van innovatieprojecten.

Vestigingsbeleid huisartsen

Het vestigingsbeleid voor huisartsen dat in februari 1986 van start ging, wordt hier nogmaals genoemd. De reden daarvoor is dat dit het enige onderdeel van de WVG is dat voor de gemeenten operationeel is gemaakt. De Bakker e.a. (1986) constateren dat de Nederlandse gemeenten in het algemeen positief hebben gereageerd op deze nieuwe bevoegdheid. De invoering van de regeling heeft echter wel enige tijd gekost. Dat was echter niet onoverkomelijk (zie Vestigingsregeling huisartsen moeizaam van start, 1987). Er is wel een aantal uitvoeringsproblemen. Zo is het erg moeilijk om de praktijkomvang van de huisartsen te bepalen en om vast te stellen of er al dan niet ruimte is voor een nieuwe vestiging (zie Schrader, 1986).

Een ander probleem ontstaat wanneer in een gebied met overcapaciteit een huisarts uit een gezondheidscentrum of samenwerkingsverband vertrekt.

Vanwege de overcapaciteit mag volgens de vestigingsregelingen in principe geen nieuwe huisarts in zo'n wijk worden toegelaten. Aan de andere kant kunnen gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden niet goed functioneren wanneer eventuele vacatures niet mogen worden opgevuld. In Den Haag heeft een dergelijke situatie geleid tot een conflict tussen de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en de gemeente bij een vacature in één van de met steun van de gemeente opgezette gezondheidscentra.

Met het vestigingsbeleid hebben de gemeenten er wel een bevoegdheid bij, maar de beleidsmogelijkheden zijn in de praktijk uiterst pover. In feite is de gemeente uitvoerder van landelijke richtlijnen. De normen mogen niet op plaatselijk niveau worden bepaald. In de huidige situatie met veelal een naar de landelijke normen gemeten overcapaciteit aan huisartsen, functioneert het vestigingsbeleid voor de zittende huisartsen als afscherming tegen de concurrentie van nieuwkomers.

De commissie-Dekker adviseert tot afschaffing van het vestigingsbeleid. Volgens deze commissie moeten de ziektekostenverzekeraars bepalen met welke huisartsen contracten worden aangegaan. Het is de vraag of dit veel verschil zal maken. Net als bij de WVG-regeling is het mogelijk dat de financiers niets anders doen dan het blokkeren van nieuwe vestigingen. Een voorbeeld daarvan is de toelatingsregeling voor nieuwe tandartsen die de ziekenfondsen voor hun eigen patiënten uitvoeren. Deze regeling houdt slechts in dat het aantal tandartsen niet boven een bepaald aantal mag komen. Wellicht is in een situatie van een overaanbod van vrije beroepsbeoefenaren, juist een vrije toelating tot de aanbodzijde een concurrentiemechanisme dat positief zou kunnen uitwerken op de geboden zorg. Voorwaarde is wel dat de betreffende beroepsbeoefenaren niet zelf hun produktie kunnen bepalen. Bij huisartsen wordt in grote mate aan die voorwaarde voldaan (zie Raat, 1986; Boon, 1987).

Ziekenhuisplanning

In hoofdstuk 3 is erop gewezen dat de capaciteit aan bedden in algemene ziekenhuizen in de vier grote steden te groot is. De planningsnorm voor algemene ziekenhuizen is momenteel 3,4 bedden per 1.000 inwoners. In 1982 kwam het plan-Gardeniers uit om het aantal ziekenhuisbedden in Nederland met 8.000 te reduceren. De commissie-Deker stelt een extra reductie met nog eens 4.000 bedden voor (zie hoofdstuk 5). De komende jaren zal eerst de reductie volgens het plan-Gardeniers moeten worden gerealiseerd; ook in de vier grote steden. Beddenreductie is mogelijk via de volgende wegen:

1. capaciteitsreductie in een bestaand ziekenhuis door het sluiten van beddenafdelingen;
2. capaciteitsreductie bij de nieuwbouw van een ziekenhuis, of liever nog bij de nieuwbouw van een fusie-ziekenhuis;
3. verhuizing van een ziekenhuis naar een andere regio. Dit kan een oplossing zijn om te voorzien in de behoeften van stadsbewoners die zijn verhuisd naar nieuwbouwkernen in de regio;
4. sluiting van een geheel ziekenhuis.

De capaciteitsreductie vindt plaats op basis van regionale ziekenhuisplannen ex-WZV. In het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst is de betrokkenheid van de vier grote steden bij de opstelling van deze provinciale plannen verhoogd. De vier grote steden mogen een zwaarwegend advies uitbrengen aan de provincie (zie paragraaf 6.2). De wijzigingen in de ziekenhuisvoorzieningen die de afgelopen tijd en in de nabije toekomst zijn en worden gerealiseerd, zijn ingrijpend. Om de overcapaciteit aan bedden te reduceren is het nodig om ziekenhuizen te sluiten, te fuseren of te verplaatsen naar een streek met een ondercapaciteit.

Een iets andere situatie is er ten aanzien van algemene psychiatrische ziekenhuizen. De spreiding daarvan is erg onregelmatig. Om die reden is in 1988 bijvoorbeeld een deel van de capaciteit van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis in Santpoort verhuisd naar het centrum van Amsterdam.

Vooraf binnen de extramurale zorg is afstemming van de diverse zorgfuncties binnen een bepaald geografisch gebied van belang. De rijksoverheid streeft naar werkgebieden voor de eerstelijnszorg van maximaal 30.000 inwoners. Binnen deze regio's zouden de doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijnszorg voor 80% elkaar moeten overlappen (Nota Eerstelijnszorg, 1984). De Bakker (1987) heeft in Rotterdam onderzocht in hoeverre de werkgebieden van de diverse disciplines elkaar overlappen en hoe groot de afstemming is van de doelpopulaties van de verschillende disciplines. De werkgebieden van wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk komen slechts zelden met elkaar overeen. De overlap tussen de doelpopulaties van de verschillende disciplines is gering. Het probleem speelt vooral bij de huisartsen, die hun patiëntenbestand niet beperken tot een bepaalde buurt of wijk. Dit past namelijk niet goed bij het systeem van grotendeels vrij gevestigde huisartsen, die zelf verantwoordelijk zijn voor een economisch rendabele praktijk. Het gebrek aan afstemming heeft een negatieve invloed op de mogelijkheden tot samenwerking in de eerste lijn. De Bakker (1987) verwacht dat deze situatie in de vier grote steden globaal genomen hetzelfde is.

Om de ontwikkeling van gemeenschappelijke zorggebieden te stimuleren heeft de gemeente Amsterdam besloten tot het instellen van zes verschillende zorgregio's die qua bevolkingsomvang variëren van 78.000 tot 214.000 inwoners (projectie 1990). In de toekomst zullen alle werksoorten in de eerste en tweede lijn zoveel mogelijk rekening moeten houden met deze zorgregio's. De keuze van de zes zorgregio's in Amsterdam is gebaseerd op de volgende doelstellingen (zie Vaststelling zorgregio's, 1987):

1. het creëren van gemeenschappelijke verzorgingsgebieden met voldoende draagvlak voor zowel de eerstelijnsvoorzieningen als voor de daarop aansluitende voorzieningen, zoals de ambulante geestelijke gezondheidszorg en residentiële voorzieningen (verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen);
2. het bevorderen van institutionele samenwerking, onderlinge communicatie en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg tussen de diverse instellingen en beroepsbeoefenaren. De gemeente Amsterdam hoopt zelfs op de totstandkoming van regionale instellingen voor de eerstelijnszorg in de toekomst;
3. het ontwikkelen van een samenhangend, op de specifieke zorgbehoeften van de desbetreffende regio afgestemd zorgaanbod;
4. het bevorderen van een optimale efficiëntie in de organisatie en de uitvoering van de zorg;
5. het duidelijker en daardoor beter bereikbaar maken van de dienst- en hulpverlening voor de consument;
6. het bevorderen van de participatie en betrokkenheid van consumenten bij de zorgverlening op regionaal niveau.

Dit zijn vergaande beleidsdoelen. Het zal duidelijk zijn dat het realiseren van zorgregio's slechts één van de voorwaarden is om deze doelen te bereiken. De instellingen die op dit moment nog een andere regio-indeling hanteren zijn uiteraard niet blij met de gemeentelijke bemoeienis. Op de lange termijn is afstemming van werkgebieden van groot praktisch belang. Voor de meeste eerstelijnsvoorzieningen is een kleiner draagvlak mogelijk, namelijk 15.000 á 20.000 inwoners. Voor de geïntegreerde planning van eerste- en tweedelijnsvoorzieningen is het grotere draagvlak van de zorgregio's nodig.

Amsterdam en Rotterdam hebben gekozen voor een model van binnen-gemeentelijke decentralisatie waarbij de stad wordt onderverdeeld in een aantal stadsdelen. De beleidsvorming rondom de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening wordt zoveel mogelijk gedecentraliseerd naar de stadsdelen. Sommige zorgregio's in Amsterdam bestaan uit één stadsdeel, zoals Amster-

dam-Zuid-Oost en Amsterdam-Noord, terwijl andere bestaan uit een combinatie van drie tot zes stadsdelen, zoals de zorgregio Centrum/Oud-West). In de meeste gevallen zullen de stadsdelen dus met elkaar moeten samenwerken bij de beleidsontwikkeling. Alleen voor de eerstelijnsvoorzieningen, zoals het informatie- en advieswerk en het gecoördineerd bejaardenwerk, die geheel op het niveau van een wijk of een klein stadsdeel functioneren, kunnen de huidige stadsdeelraden geheel zelfstandig vorm geven aan hun beleid. Zolang nog niet alle stadsdeelraden in Amsterdam functioneren, zijn er afspraken van kracht over de samenwerking tussen de reeds ingestelde stadsdeelraden en de gemeente, die de belangen van de nog niet functionerende stadsdelen behartigt.

Categoriaal beleid

Het is goed om in deze paragraaf te wijzen op het bestaan van categoriaal beleid binnen de vier grote steden voor subgroepen, zoals jongeren, ouderen, etnische minderheden, gehandicapten en verslaafden.

In het kader van algemeen jeugdbeleid proberen de steden om de verschillende voorzieningen voor jongeren in uiteenlopende maatschappelijke sectoren op elkaar af te stemmen. Een onderdeel van het jeugdbeleid is het jeugdhulpverleningsbeleid. In het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst beheren de steden nu al een aantal jeugdhulpverleningsvoorzieningen. Volgens het Voorstel van wet van de leden Worrell en Haas-Berger ten aanzien van de jeugdhulpverlening (1988) dat inmiddels door de Eerste Kamer is aangenomen zullen de vier grote steden in de toekomst plannen moeten maken voor de voorzieningen in hun regio. De instellingen voor jeugdhulpverlening hebben zich de afgelopen tijd georganiseerd in Regionale Samenwerkingsverbanden Jeugdhulpverlening. De stadsbesturen ondersteunen deze ontwikkeling.

Het ouderenbeleid bestaat eveneens uit het pogen om afstemming te bereiken tussen de diverse relevante beleidssectoren. Het doel is om ouderen zolang mogelijk, zo zelfstandig mogelijk in de thuissituatie te laten verblijven. Er wordt specifiek beleid gevoerd ten aanzien van de verzorgingstehuizen en ten aanzien van het zogenaamde gecoördineerde ouderenbeleid. Van groot belang zijn de experimenten waarbij samenwerking en verschuivingen worden gestimuleerd tussen de verpleeghuiszorg, de bejaardenoorden en de eerstelijnszorg (zie ook hoofdstuk 3).

Het beleid ten aanzien van etnische minderheden is een specifiek aandachtspunt voor de vier grote steden. Het beleid is erop gericht om voorzover er sprake is van een achterstandssituatie op verschillende terreinen, deze te reduceren en op te heffen. Een discussiepunt is in hoeverre daarvoor categoriale voorzieningen nodig zijn. In het algemeen proberen de grote steden om zoveel mogelijk aandacht te besteden aan de problemen van etnische minderheden vanuit de algemene voorzieningen.

Bij het gehandicaptenbeleid kan ervan worden uitgegaan dat gehandicapten per definitie in een achterstandssituatie verkeren qua fysieke of geestelijke mogelijkheden. Het beleid is gericht op de bevordering van de emancipatie van gehandicapten en op de integratie van gehandicapten in de samenleving. Vrijwel alle sectoren van de gemeentelijke overheid kunnen daaraan een bijdrage leveren.

Het beleid ten aanzien van verslavingsproblematiek is voor wat betreft de illegale drugs een specifiek probleem voor de grote steden. De exacte invulling van dit beleid verschilt tussen de steden. Naast bescherming, begeleiding en opvang van de verslaafde zijn belangrijke kenmerken van dit beleid het beperken van de openbare-orde-problematiek en in zekere zin het accepteren van het verschijnsel verslaving aan illegale drugs als grootstedelijk probleem. Het beleid ten aanzien van legale drugs zoals alcohol en kalmerende middelen is nog niet zo sterk ontwikkeld. In Rotterdam en Amsterdam zijn hiertoe wel aanzetten gedaan.

In hoofdstuk 3 werd erop gewezen dat de gemeenten in de vier grote steden in sommige gevallen zelf beheerder zijn van bepaalde eerste- en tweedelijnsinstellingen. Het gaat om gezondheidscentra, ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardenoorden. Meestal is zo'n gemeentelijke instelling opgericht om te voorzien in een lacune die door het stadsbestuur werd gesignaleerd. Een goed voorbeeld wat dat betreft zijn de gemeentelijke gezondheidscentra die in Rotterdam in de jaren zestig werden opgericht. Na verloop van jaren verdwijnt vaak de aanleiding om zo'n instelling te handhaven als specifiek gemeentelijke instelling.

De gemeente is meestal niet bij machte om in dergelijke instellingen specifiek gemeentelijk beleid te realiseren. Dat komt door allerlei landelijke financiële uitvoeringsmaatregelen, die de beleidsvrijheid van de gemeente beperken. Een andere reden is wellicht het te omslachtige bestuursmechanisme van gemeenteraad, via college, via de secretarie, via de dienst naar de bewuste instellingsdirectie. De exploitatie van gemeentelijke instellingen is relatief duurder dan van een vergelijkbare particuliere instelling. Dit komt door de bijzondere arbeidsvoorwaarden van ambtenaren die leiden tot hogere gemiddelde loonkosten.

Om deze redenen overwegen de stadsbesturen steeds vaker om dergelijke gemeentelijke diensten te privatiseren. De werknemers bij de instellingen zelf zijn hier vaak op tegen gezien de voordelen van de ambtenarenstatus. Ook is er politieke oppositie tegen privatisering. Een alternatief voor privatisering is een efficiëntere bedrijfsvoering van de gemeentelijke zorginstellingen, hetgeen door de bovengenoemde omstandigheden niet gemakkelijk zal zijn. Voorwaarde daarbij is dat de gemeenten wel een eigen identiteit in het veld van de zorgvoorzieningen realiseren.

6.5 Volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden na de commissie-Dekker

Op twee gebieden hebben zich de afgelopen jaren belangwekkende ontwikkelingen voorgedaan. Ten eerste de Nota 2000 en de activiteiten daaromheen. Hierin wordt gepleit voor een inhoudelijke oriëntatie van het beleid op het bevorderen van de gezondheid. Op basis daarvan wordt er gepleit voor:

1. het stellen van gezondheidsdoelen;
2. het doen van scenario studies naar ontwikkelingen op de lange termijn;
3. het versterken van preventie en gezondheidsbevordering;
4. het stimuleren van intersectoraal beleid;
5. het betrekken van de bevolking bij gezondheidsbevorderende activiteiten;
6. het geven van aandacht aan verschillen in gezondheid tussen wijken en tussen bevolkingsgroepen;

7. het afstemmen van het aanbod van zorgvoorzieningen op de behoefte daaraan.
- Een tweede belangwekkende ontwikkeling heeft zich voorgedaan rondom de WVG/WGM en het advies van de commissie-Dekker. Tot de zomer van 1986 kon ervan worden uitgegaan dat het beleid in de gezondheidszorg op regionaal niveau vorm zou moeten krijgen via integrale gezondheidszorgplannen. De lokale overheid zou een belangrijke rol gaan vervullen bij het opstellen van die plannen. In het kader van de Algemene welzijnsvereenkomst was er zelfs afgesproken dat deze procedures in de vier grote steden versneld zouden worden ingevoerd. Het Kabinet besloot in de zomer van 1986 om de ontwerp-WGM in te trekken en stelde de commissie-Dekker in. Deze adviseerde in maart 1987 een bestuursmodel dat grotendeels op landelijke concurrentie is gebaseerd en waarin voor de lokale overheid, waaronder de vier grote steden, nauwelijks een rol is weggelegd. Het Kabinet heeft deze voornemens in hoofdlijnen overgenomen. Deze twee volkomen tegengestelde stromingen, de WVG/WGM versus het advies van de commissie-Dekker, hebben tot grote verwarring geleid bij de

grote steden en andere betrokkenen. Hieraan zal voorlopig nog geen eind komen, omdat de nieuwe beleidsvoornemens slechts stap voor stap kunnen worden ingevoerd. Tijdens het invoeringstraject zijn telkens nieuwe discussies en aanpassingen mogelijk.

Na het verschijnen van de Nota 2000 kwam er vooral weerklank uit de basisgezondheidsdiensten, die al enige tijd bezig waren in de lijn van de WHO-voornemens waarop de Nota 2000 is gebaseerd. In de vier grote steden worden diverse projecten geëntameerd die een uitwerking vormen van de Nota 2000 op lokaal niveau. De inhoudelijke Nota 2000 heeft dus aansluiting gevonden in het professionele circuit. Helaas was de aandacht in het bestuurlijke circuit van de grote steden minder. In het bestuurlijke circuit was men vooral betrokken bij de voorbereiding van de planning op basis van de WVG. Voor dat aspect van het beleid zijn het advies van de commissie-Dekker en de Kabinetsnota Verandering verzekerd veel belangrijker. Voor de ontwikkeling van een consistent beleid in de grote steden is het echter nodig dat het voorzieningenbeleid en het gezondheidsbeleid op elkaar worden afgestemd.

Het grootste gevaar van de huidige situatie is dat het volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden in een impasse terecht komt. Op korte termijn is een volkomen nieuw bestuursmodel voor de gezondheidszorg, zoals de commissie-Dekker voorstelt, niet te verwachten. Standpunten die worden ingenomen, kunnen later geheel of gedeeltelijk worden bijgesteld. In feite is hetzelfde gebeurd rondom de WVG/WGM. Het landelijk beleid omtrent de structuur van de gezondheidszorg zal daarom voorlopig onduidelijk blijven. De vier grote steden kunnen niet wachten tot alles is uitgekristalliseerd. Niet alleen is een stimulerende rol van de stadsbesturen ten aanzien van de zorgsector juist in de komende jaren van omhoogingen zeer gewenst. Ook in het kader van de hernieuwde aandacht voor het gezondheidsbeleid in de vier grote steden, zouden de besturen juist nu activiteiten moeten ondernemen.

Zowel ten aanzien van de Nota 2000 als ten aanzien van het advies-Dekker, zullen de vier grote steden moeten inschatten wat de waarschijnlijke toekomstige ontwikkelingen zijn. De Nota 2000 doet een emotioneel geladen appèl om de gezondheid centraal te stellen, om deze op basis van doelstellingen te verbeteren en om geen eng voorzieningenbeleid meer te voeren. Zoals gezegd is dit een belangwekkende en veelbelovende optiek. Dit kan echter niet het huidige beleid volkomen vervangen. De mogelijkheden om de gezondheidstoestand van de bevolking daadwerkelijk te verbeteren zijn voor de overheid minder groot dan in de Nota 2000 wordt gessuggereerd. Zoals gezegd, heeft het voorzieningenbeleid zelfstandige aspecten, los van de relatie met de gezondheidssituatie. Enige nuancering van het pleidooi in de Nota 2000 is dus gewenst, al worden er voor de stadsbesturen interessante mogelijkheden aangegeven. Voor het advies van de commissie-Dekker geldt eveneens dat de plannen waarschijnlijk niet geheel in de voorgestelde vorm kunnen worden gerealiseerd. Dit vermoeden rijst bijvoorbeeld wanneer de Dekker-plannen worden afgezet tegen internationale ontwikkelingen, zoals die in paragraaf 4.2 zijn beschreven. Ook uit de geschiedenis van het Nederlandse structuurbeleid (paragraaf 5.2) blijkt dat een meer gemengd model waarschijnlijker is. In de reacties van diverse maatschappelijke instanties (paragraaf 5.3) komt naar voren dat het Dekker-advies niet door iedereen wordt gesteund. Het is mogelijk dat een model dat op één of andere manier ligt tussen het voorstel van de commissie-Dekker en de huidige WVG/WGM, na verloop van jaren de eindsituatie wordt waarin de Nederlandse gezondheidszorg zich stabiliseert.

Hoe zo'n alternatief er kan gaan uitzien is moeilijk te zeggen. In hoofdstuk 7 wordt daar verder op ingegaan. Hoe de rol van de stadsbesturen zich zal ontwikkelen hangt mede af van hun eigen initiatieven. Een positie bij de planning van grootstedelijke intramurale voorzieningen ligt voor de hand. Voor de extramurale zorg ligt wellicht een adviesfunctie in het verschiep. Een meer actieve rol is mogelijk, al zal het samenspel met de financiers en de aanbieders van zorg daarbij cruciaal zijn.

Wethouder Martini van de gemeente Den Haag heeft in oktober 1987 een voortgangsnotitie Gemeentelijk beleid inzake de volksgezondheid naar de gemeenteraad gestuurd (Martini, 1987). Hierin wordt ingegaan op de bovengenoemde ontwikkelingen, zowel wat betreft de Nota 2000, als wat betreft het advies van de commissie-Dekker. In deze notitie wordt gesteld dat de gemeente Den Haag de komende jaren een eigen beleid op het terrein van de volksgezondheid zal voeren, ongeacht de onduidelijkheden rond de wetgeving en de financiering. De Haagse beleidsvoornemens worden genoemd als een voorbeeld van zelfstandig stedelijk beleid.

Wethouder Martini pleit voor een expliciet twee-sporen-beleid. Het gezondheidsbeleid en het gezondheidszorgbeleid zijn naar zijn mening twee onderscheidbare, maar sterk samenhangende sporen. Het eerste spoor richt zich op het bevorderen van de gezondheid en het voorkómen van ongezondheid van de inwoners van de stad. Het is geënt op de Nota 2000 en op de WHO-strategie Health for All by the year 2000. Het tweede spoor vervolgt de afspraken die zijn gemaakt in het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst omtrent het lokale stelsel van zorgvoorzieningen.

De initiatieven rondom de Nota 2000 die op landelijk niveau zijn genomen, moeten op het lokale niveau worden geconcretiseerd. Daarvoor is ontwikkeling in de vorm van onderzoek en inhoudelijke nota's nodig. Echter ook op korte termijn kan al worden vorm gegeven aan gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau. Immers, de gemeente was al lang actief op dit terrein. Den Haag wil in het kader van het gezondheidsbeleid blijven deelnemen aan het Healthy Cities Project. Er wordt gepleit voor het verrichten van scenariostudies. De essentie daarvan is het koppelen van gegevens aan voorspellingen over ontwikkelingen op de lange termijn. In de notitie wordt geconstateerd dat bij de gemeentelijke beleidsvorming het lange-termijn-aspect tot nu toe te weinig aandacht heeft gekregen. De thema's voor de gemeentelijke scenariostudies moeten praktischer zijn dan de gespecialiseerde onderwerpen van de landelijke commissies (zie paragraaf 5.4). Gedacht wordt bijvoorbeeld aan de zorgbehoeften van specifieke problematische bevolkingsgroepen.

In het kader van het gezondheidsbeleid wordt gesteld dat het facetbeleid in de stad moet worden versterkt. In de notitie wordt het voorstel gedaan om te beginnen met een studie over de relaties tussen de gezondheid van stadsbewoners en hun omgeving. Op basis daarvan kan aansluiting worden gezocht bij andere gemeentelijke beleidsvelden. Er worden thematische gezondheidsprogramma's voorgesteld waarin de denkbeelden van het gezondheidsbeleid worden omgezet in concrete beleidsactiviteiten. Er wordt begonnen met een programma omtrent de bestrijding en de preventie van kanker in Den Haag. Andere mogelijke thema's zijn reuma, cara, verslaving. Bij alle activiteiten rondom het gezondheidsbeleid zal aandacht worden besteed aan ongelijkheid in gezondheid tussen wijken en bevolkingsgroepen.,

Bij de bespreking van de mogelijkheden voor het gezondheidszorgbeleid wordt in de notitie van Martini onderscheid gemaakt tussen het beleid op korte termijn binnen de huidige structuren en het beleid op langere termijn na de herstructurering van de gezondheidszorg. Terwijl velen zich bezighouden met de beleidsstructuren in de toekomst, is voor de grote steden het beleid van dit moment binnen de huidige structuren belangrijker. Dit geldt des te meer omdat het gezien de ervaringen met ombuigingen in het verleden, jaren en jaren kan duren voordat ingrijpende structuurwijzigingen plaatsvinden. Voor het huidige en toekomstige beleid kan dus voorlopig worden uitgegaan van de WZV en van een WVG waarvan alleen het vestigingsbeleid voor huisartsen is ingevoerd. In het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst is afgesproken dat de grootstedelijke regio's worden betrokken bij de provinciale WZV-planing. De gemeenten kunnen daarbij een zwaarwegend advies uitbrengen.

Met deze nieuwe rol van de grote steden in de WZV-planning is nog nauwelijks ervaring opgedaan. In de notitie wordt er voor gepleit om met de uitwerking hiervan te beginnen c.q. door te gaan. In anticipatie op de WVG/WGM was de gemeente al van plan om de dialoog met de stedelijke financiers van de gezondheidszorg uit te bouwen. Hetzelfde geldt overigens voor de dialoog met de aanbieders van zorg. Gestructureerd overleg tussen gemeente, financiers en aanbieders van zorg is in elke beleidsstructuur van groot belang. Voor een belangrijk deel kan het beleid zoals dat tot nu toe werd gevoerd worden voortgezet, los van de ontwikkelingen rondom het Dekker-advies en de Kabinetsnota Verandering verzekerd.

Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur

Direct na het verschijnen van de nota Bereidheid tot verandering hebben de vier grote steden hierop gereageerd (brief van de Colleges van Burgemeester en Wethouders van Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht omtrent het advies van de commissie-Dekker, 15 april 1987). Februari 1988 publiceerde de Colleges van Burgemeester en Wethouders van de vier grote steden de meer uitgewerkte nota Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur (1988). Hierin hebben de steden hun standpunt geformuleerd over hun rol op het terrein van de gezondheidszorg als reactie op de ontwikkelingen rondom het rapport van de commissie-Dekker. De vier grote steden pleiten voor een combinatiemodel van marktwerking en overheidsregulering. Zo'n combinatie is nodig omdat het enerzijds zo is dat de marktwerking voor bepaalde onderdelen van de zorg tekort zal schieten en omdat anderzijds marktprikkels de afstemming tussen vraag en aanbod kunnen bevorderen.

In het combinatiemodel moeten de grootstedelijke bevoegdheden wel worden geformaliseerd. Planning van de lokale overheid zal gericht moeten zijn op het stellen van randvoorwaarden waarbinnen de marktwerking kan plaatsvinden. De vier grote steden noemen dit strategische planning. De strategische planning is gericht op het langere-termijn-proces waarbij de zorg zich ontwikkelt conform politiek-maatschappelijke prioriteiten. Het is dus niet de bedoeling om deze planning een technisch-bureaucratisch karakter te geven zoals bij de WVG het geval was.

De vier grote steden zijn het eens met het idee van een volksverzekering tegen ziektekosten. Zo'n volksverzekering zou echter wel bijna 100% dekking moeten leveren en geen eigen bijdragen moeten kennen om onderverzekering te voorkomen. Een vrijwillige aanvullende verzekering zou bijvoorbeeld alleen nodig zijn voor klasseverpleging en bepaalde vormen van cosmetische plastische chirurgie. De steden pleiten ervoor om het algemeen maatschappelijk werk, gezondheidszorg, alpha-hulp en de bejaardenoorden onder te brengen in de volksverzekering. Dit om een integraal zorgaanbod te bevorderen. Enkele specifieke functies zouden echter binnen de gemeentebegroting moeten blijven: basisgezondheidszorg; zorgverlening vallend onder de welzijnswet; gecoördineerd ouderenwerk; flankerend beleid ex-WBO; en vormen van specifieke maatschappelijke dienstverlening. Bij deze werksoorten is de gemeente nauw betrokken en speelt substitutie met de andere vormen van zorg iets minder een rol.

Tot slot is het goed om er nogmaals op te wijzen dat de gemeentelijke betrokkenheid bij de zorgsector relatief gering is. De uitvoering geschiedt namelijk grotendeels door het particulier initiatief. Vernieuwingen in de zorg worden grotendeels op het uitvoerende niveau geïnitieerd. De financiering van de gezondheidszorg gebeurt grotendeels via de ziektekostenverzekeringen. Het beleid in de gezondheidszorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door de financiers en de aanbieders van zorg. De invloed van de gemeente is het grootste bij de begrotingsgefinancierde onderdelen. Dat betreft met name de maatschappelijke dienstverlening. De gemeentelijke overheid is echter ook nauw betrokken bij de basisgezondheidszorg en bezit daardoor een effectief instrument om vorm te geven aan het gezondheidsbeleid.

In aansluiting op het bovenstaande moet worden gewaarschuwd tegen te hoge verwachtingen van het gemeentelijk beleid. Grünwald (1987) heeft op basis van een analyse van het beleid van de rijksoverheid ten aanzien van de gezondheidszorg geconcludeerd dat de mogelijkheden van het beleid niet moeten worden overschat. Veel beslissingen worden genomen in het veld, buiten de overheid om. Vaak kan de overheid pas reageren wanneer zich een bepaalde ontwikkeling heeft voorgedaan. Voor een belangrijk deel is er sprake van autonome ontwikkelingen, bijvoorbeeld als het gevolg van nieuwe technische vindingen. Wat geldt voor de rijksoverheid, is in zekere zin ook van toepassing op de lokale overheid. Dit moet de besturen van de vier grote steden er niet van weerhouden om hun eigen beleid tot ontwikkeling te brengen. De gemeente is één van de actoren in het veld van de stedelijke gezondheidszorg en kan door strategisch opereren proberen om zoveel mogelijk van haar doelen te bereiken. In hoofdstuk 7 wordt verder op het toekomstperspectief voor de vier grote steden ingegaan.

7.1 Gezondheidssituatie in de vier grote steden

In hoofdstuk 2 is een overzicht gepresenteerd van de beschikbare gegevens over de gezondheidssituatie in de vier grote steden. Helaas is er onvoldoende empirisch materiaal voorhanden om tot definitieve conclusies te komen. Hier toe is nader onderzoek gewenst. Aanbevelingen daarvoor staan in bijlage 1. Het betreft enerzijds aanbevelingen met betrekking tot bestaande gegevens. Deze gezondheidsgegevens moeten in de loop der tijd met elkaar kunnen worden vergeleken. Uitsplitsingen naar kleine geografische gebieden zijn nodig. Verder zijn gedetailleerde uitsplitsingen nodig over bevolkingscategorieën. Data die afkomstig zijn uit verschillende bronnen moeten aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Anderzijds betreffen de onderzoeks aanbevelingen in bijlage 1 het verzamelen van aanvullende gegevens. Een aantal onderzoeksterreinen wordt uitgebreid besproken.

Uit de bestaande literatuur kunnen enkele conclusies worden getrokken over de mate waarin de steden afwijken van de rest van het land. Zowel vroeger als nu blijkt er sprake te zijn van specifieke grootstedelijke gezondheidsproblematiek. Het betreft in de eerste plaats problemen die samenhangen met de specifieke bevolkingssamenstelling in de grote steden. Terwijl het aantal inwoners in de grote steden 13,3% is van heel Nederland, woont 18,6% van alle Nederlandse bejaarden in één van de vier grote steden; 44,0% van de migranten in Nederland woont in de vier grote steden; 22,3% van alle werklozen; en 19,4% van de uitkeringsgerechtigden (Vertrouwen in de stad, 1986). Bejaarden, migranten, werklozen en mensen met lage inkomens of uitkeringen vergen speciale aandacht van het zorgsysteem. Dit wordt nog versterkt door de relatief minder sterke sociale structuren zoals familie- en burennetwerken in de grote steden.

Riskante leefstijlen komen in de grote steden meer voor dan elders. Enerzijds lijkt het erop dat de anonieme stad een aantrekkingskracht heeft op mensen met bepaalde problemen zoals verslaving en psychiatrische aandoeningen. Anderzijds kan het zijn dat door minder sterke sociale controle of door de stress van het stadsleven dergelijke problematiek in de grote steden meer tot ontwikkeling komt. Psychiatrische problematiek komt in de steden meer voor dan elders. Hetzelfde geldt voor prostitutie, geslachtsziekten, verslaving en bepaalde vormen van gewelddadig gedrag. Binnen de stad is er een sterke geografische segregatie van mensen met bepaalde achtergronden en dus met bepaalde problemen. Dit leidt ertoe dat terwijl het stedelijk gemiddelde vaak niet eens zoveel afwijkt van het landelijk gemiddelde, problemen in specifieke stadsdelen sterk naar voren treden. Deze ongelijkheid in gezondheid hangt vaak samen met sociaal-economische ongelijkheid. In buurten en groepen met gemiddeld lage inkomens, opleidingsniveaus en beroepsniveaus zijn de gezondheidsproblemen relatief groot.

De grote steden vertonen door een selectieve bevolkingsopbouw, cultuur en structuur een kenmerkend gezondheidsprofiel. De steden worden geconfronteerd met gezondheidsproblemen in geconcentreerde vorm. In sommige gevallen is die concentratie zo sterk dat kan worden gesproken van een specifiek grootstedelijk probleem. Dat is bijvoorbeeld het geval bij drugsverslaving en op dit moment bij AIDS. In andere gevallen gaat het niet om een uniek verschijnsel, maar zijn de aantallen in de grote steden zo groot dat specifiek beleid nodig is. Voorbeelden daarvan zijn de zorg voor ouderen en de zorg voor zowel acute als chronische psychiatrische patiënten. Een voorbeeld van een andere orde is het communicatieprobleem van migranten en hun specifieke gezondheidscultuur. In al deze gevallen wordt een adequate reactie verwacht van zowel de stedelijke overheid, als van de andere betrokken partijen in de stad. Dit kan tot uiting komen in preventief gezondheidsbeleid. De stedelijke gezondheidsproblemen vinden echter ook hun weerslag in het lokale zorgsysteem.

Het netwerk van zorgvoorzieningen is in de grote steden tot stand gekomen als reactie op de grootstedelijke problematiek. In Nederland is de gezondheidszorg grotendeels vanuit het particulier initiatief opgezet. In de grote steden heeft de lokale overheid echter een relatief grote rol gespeeld door het oprichten van gemeentelijke instellingen: ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenoorden en gezondheidscentra. Dit gebeurde wanneer de gemeenteraad vond dat het particulier initiatief bepaalde lacunes niet adequaat invulde. Overigens is het vaak zo dat het particulier initiatief later alsnog actief werd, zodat heden ten dage sommige gemeentelijke zorginstellingen niet meer zo nodig zijn als ten tijde van de oprichting. De gemeentebesturen in de grote steden zijn hierdoor in ieder geval meer dan elders betrokken bij het lokale beleid in de gezondheidszorg.

Vanuit haar traditie is de lokale overheid het meest betrokken bij de basisgezondheidszorg. Daartoe zijn de GG en GD-en opgericht die de laatste jaren een sterke ontwikkeling doormaken in de richting van gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid voor de problemen die op dit moment spelen. Basisgezondheidszorg wordt ook aangeboden door de kruisverenigingen in de vorm van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters.

De vier grote steden hebben een uitgebreid en complex netwerk van eerstelijnsvoorzieningen. De eerste lijn is van groot belang bij de opvang van de specifieke stadsproblemen. Thuiszorg is één van de innovatiegebieden waarbij de eerste lijn nauw is betrokken. Een probleem in de eerste lijn is echter de relatief gebrekkige samenhang tussen de diverse vrije beroepsbeoefenaren en instellingen. De werkgebieden van de verschillende disciplines zijn slechts gebrekkig op elkaar afgestemd. De overlap tussen de patiëntenpopulaties is daardoor gering hetgeen samenwerking in de weg staat. Gezondheidscentra zijn eerder uitzondering dan regel. En ook binnen gezondheidscentra is het nog moeilijk om vorm te geven aan samenhang tussen de zorgfuncties.

De tweede lijn in de vier grote steden is in het algemeen goed ontwikkeld. Alleen op deelterreinen zijn er tekorten, zoals een tekort aan psycho-geriatrie verpleeghuisbedden. Veelal wordt het als probleem gezien dat de ziekenhuiscapaciteit in de grote steden te groot is. Dit wordt echter voor een belangrijk gedeelte veroorzaakt door de topklinische functie van de ziekenhuizen voor de regio. De verpleeghuissector is nauw betrokken bij het versterken van de thuiszorg. In dat kader vindt er steeds meer samenwerking plaats met bejaardenoorden.

De sector geestelijke gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren een enorme ontwikkeling doorgemaakt in het kader van de RIAGG-vorming. Dit is een proeftuin geweest voor het bevorderen van samenwerking via fusering en regionalisatie. Voor een deel was de RIAGG-vorming succesvol, maar voor een deel ontstonden er nieuwe problemen als gevolg van de bureaucrativering. Het streven in de geestelijke gezondheidszorg is gericht op extramuralisering door deeltijdbehandeling, beschermde woonvormen en crisisinterventiecentra.

De gezondheidszorgvoorzieningen in de grote steden hebben de afgelopen dertig jaren een enorme ontwikkeling doorgemaakt. De omvang ervan is gegroeid. De organisatiestructuur is flink gestroomlijnd. Instellingen zijn gefuseerd en geordend volgens het principe van echelonnering. Voor een deel is het regionalisatieprincipe doorgevoerd. De afstemming tussen de verschillende zorgfuncties blijft echter gebrekkig. Het is de vraag in hoeverre het aanbod aansluit op de behoeften van de bevolking. Het zijn vooral de tweedelijnsvoorzieningen die enorm zijn toegenomen. Substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg en thuiszorg komt slechts moeizaam tot stand. Er zijn wel ad-hoc experimenten en innovaties, maar deze vinden nauwelijks hun weerslag in het reguliere zorgsysteem.

In de jaren zeventig is een uitgebreid structuurbeleid geïnitieerd om de zorgsector in de gewenste richting te kunnen sturen. De basis voor dit structuurbeleid werd gevormd door de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Dit hiërarchische systeem van overheidsplanning is echter niet van de grond gekomen. Het systeem was complex en daardoor log. Bovendien was er een conflict

tussen het planningsregime van de overheden en het financieringsregime via ziektekostenverzekeraars. Naast praktische problemen speelde bij het niet doorgaan van de WVG het algemene politieke klimaat mee, aangezien er meer heil werd verwacht van deregulering en marktwerking.

7.2 De consequenties van de regeringsnota Verandering verzekerd voor de vier grote steden

De regering heeft beoogd om met de nota Verandering verzekerd die in maart 1988 uitkwam de eerste stap te zetten op weg naar een geheel nieuw stelsel van zorg. Deze voornemens betreffen drie hoofdpunten namelijk bezuinigingen op de korte termijn, een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen en een ander systeem van regulering van de zorg. In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de consequenties hiervan voor het volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden.

Bezuinigingen

De bezuinigingen in de gezondheidszorg die de commissie-Dekker heeft voorgesteld en die de regering grotendeels heeft overgenomen hebben uiteraard ook hun effect op de vier grote steden. Het betreft echter geen principiële veranderingen in het zorgsysteem. De extra reductie van het aantal ziekenhuisbedden zal op korte termijn in de vier steden moeilijk zijn te realiseren aangezien men nu nog bezig is met de verwerking van de vorige reducties. Verhoging van de eigen bijdragen zoals is voorgesteld en die deels al zijn ingevoerd, kan tot financiële problemen leiden bij bejaarden en chronisch zieken met lage inkomens. Dit heeft wellicht claims op de Algemene Bijstandswet tot gevolg.

Herziening stelsel ziektekostenverzekeringen

In hoofdstuk 5 is het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen beschreven dat de regering voorstelt. Het bestaat uit een verplichte basisverzekering die qua omvang ongeveer 85% van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening omvat. Daarnaast komt er een vrijwillige aanvullende verzekering voor de dekking van de overige 15%. Het probleem voor de grote steden is het gevaar van onderverzekering in bepaalde bevolkingsgroepen zoals ook in Amerikaanse steden wordt gesignaleerd (hoofdstuk 4). In principe betreft de onderverzekering in Nederland alleen de 15% van het vrijwillige aanvullende pakket. Echter dit gedeelte omvat voorzieningen zoals geneesmiddelen, die in bepaalde gevallen kunnen leiden tot kosten die voor een individu niet zijn op te brengen. Onderverzekering kan in eerste instantie optreden wanneer families en alleenstaanden met een laag budget uit zuinigheid geen aanvullende verzekering afsluiten.

In tweede instantie kan onderverzekering ontstaan doordat families en personen die aanvankelijk geen aanvullende verzekering nodig hadden vanwege een hoog inkomen of een goede gezondheid, later worden geweigerd door de verzekeraars wanneer ze wel een aanvullende verzekering moeten afsluiten. Volgens de regeringsvoornemens is er namelijk in dergelijke gevallen geen acceptatieplicht meer. Juist de mensen die een aanvullende verzekering nodig hebben blijven dan onderverzekerd. Wanneer de vier grote steden net zoals de steden in de Verenigde Staten voorzieningen gaan treffen om de gevolgen van onderverzekering op te vangen, wordt het stelsel met de aanvullende verzekering ondergraven. Wanneer de gemeente een vangnet creëert, vermindert de prikkel om een vrijwillige aanvullende verzekering af te sluiten. Het vreemde van de hele constructie is dat hoewel er sprake is van een vrijwillige aanvullende verzekering, het feitelijk wel nodig is dat bijna iedereen zo'n verzekering afsluit. Een andere consequentie voor de grote steden van het verzekeringsstelsel dat de regering voorstelt, betreft de onderdelen van de zorg die nu nog uit de over-

heidsbegroting worden gefinancierd, maar die volgens de voorstellen onder het regime van de verzekeraars worden gebracht. De begrotingsgelden worden dan gestort in de Centrale Kas van de verplichte basisverzekering. Daarmee raakt de stedelijke overheid haar zeggenschap over deze onderdelen van de zorg geheel kwijt. Het betreft onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening zoals de gezinsverzorging, het algemeen maatschappelijk werk, de sociaal-pedagogische zorg, de bejaardenoorden en wellicht ook de basisgezondheidszorg van de gemeenten. In het kader van de Algemene welzijnsvereenkomst waren deze gelden juist door het rijk naar de stadsbesturen overgeheveld. De achtergrond van deze voorstellen is dat de regering wil bevorderen dat de gehele zorg onder één financieel regime valt. Daarvan wordt verwacht dat de substitutiemogelijkheden tussen zorgonderdelen en de integratie van de zorg wordt bevorderd.

Er zijn echter ook negatieve aspecten. Het is bijvoorbeeld de vraag of bejaardenoorden die in feite een aangepaste woonvorm zijn voor oudere mensen, wel in een zorgverzekering thuishoren. Het verschil tussen een gewone woning en een bejaardenwoning is als het goed is kleiner dan het verschil tussen een bejaardenwoning en een verpleeghuis of ziekenhuis. Om opnames in een verpleeghuis of ziekenhuis te voorkómen wil de regering de thuiszorg in privéwoningen en bejaardenoorden stimuleren (zie ook Van der Sluys, 1988). Het is de vraag of het daarvoor nodig is om de bejaardenoorden onder te brengen in een ziektekostenverzekering. Wellicht is het verstandig om eerst in het kader van enkele experimenten na te gaan welke structuur de meeste voordelen biedt, alvorens tot een ingrijpende stelselwijziging wordt overgegaan. Een zelfde soort probleem speelt bij het opnemen van de gezinsverzorging in de verplichte basisverzekering. Voor een groot deel betreft gezinsverzorging huishoudelijke hulp. Dit type hulp is inderdaad soms nodig om een opname in een intramurale instelling te voorkómen. Echter ook hier is het de vraag of de grenzen van de basisverzekering die primair een ziektekostenverzekering is, niet worden overschreden.

Er is nog geen duidelijkheid over de kwestie of de regering de basisgezondheidszorg wil opnemen in het pakket van de basisverzekering. Wanneer dat gebeurt zou dat tot gevolg kunnen hebben dat de relatie tussen de stedelijke overheid en haar gezondheidsdienst losser wordt dan wenselijk is. De gezondheidsdiensten worden dan wellicht instellingen in het zorgveld zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen die los staan van de plaatselijke politiek. Er is onvoldoende inzicht in de effecten van het onderbrengen van de maatschappelijke dienstverlening onder het regime van de toekomstige basisverzekering. Vast staat wel dat de verzekeraars tot nu toe alleen ervaring hebben met de gezondheidszorg en ziektekosten.

De gewenste substitutie zou ook in omgekeerde richting kunnen plaatsvinden, namelijk het verdwijnen van gelden uit zwakke sectoren zoals de maatschappelijke dienstverlening naar aanzuigende sectoren zoals de topklinische medische zorg. Voor de vier grote steden met hun hoog percentage oudere inwoners en met relatief veel achterstandsgroepen is de maatschappelijke dienstverlening van groot belang. Nader beraad is gewenst voordat dergelijke voornemens in deze vorm worden uitgevoerd. Het is vooral goed om na te gaan of er geen effectievere en minder ingrijpende alternatieven zijn die de gewenste integratie van zorg kunnen bevorderen.

Regulering via marktwerking

Het is moeilijk om te beoordelen wat de consequenties voor de vier grote steden zijn van de nota Verandering verzekerd voor wat betreft het derde aspect, namelijk het nieuwe stelsel van regulering dat daarin wordt voorgesteld. Het plan is om de aanvullende structuurwetgeving drastisch te beperken. De WVG wordt ingetrokken waarna alleen een vereenvoudigde WZV blijft bestaan. Ook de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) moet worden gedereguleerd. In plaats van door de aanvullende structuurwetgeving moet de regulering plaatsvinden

in het onderlinge krachtenveld tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zie hoofdstuk 5). De bovengenoemde verplichte basisverzekering is hierop afgesteld. De basisverzekering zal worden uitgevoerd door zowel particuliere verzekeraars als de huidige ziekenfondsen. Zij zullen vrij zijn in het sluiten van contracten met zorgaanbieders. Een klein gedeelte van de premie van de basisverzekering is nominaal. Een efficiënt werkende verzekeraar zal of een goed pakket of een lage nominale premie aanbieden. Dit zal naar verwachting meer cliënten aantrekken en zo de winst van de verzekeraar verhogen. Deze cyclus zou een optimale regulering van de zorg tot stand moeten kunnen brengen.

Een consequentie voor het gezondheidszorgbeleid van de vier grote steden is dat het door de regering voorgestelde stelsel niet uitgaat van regionalisatie. Regionalisatie in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is een begrip dat verschillend kan worden uitgelegd. In het algemeen duidt het op een stelsel waarbij de zorg per regio is georganiseerd. Binnen een zorgregio wordt gestreefd naar een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen. Een middel om dit doel te bereiken is planning van de zorgvoorzieningen door de regionale overheid. Dit model wordt aangeduid met territoriale decentralisatie of met regionalisatie via de territoriaal-bestuurlijke lijn. Een andere mogelijkheid om een samenhangend en doelmatig stelsel van zorg tot stand te brengen in een regio is om dit over te laten aan de financiers c.q. de verzekeraars in onderhandeling met de zorgverleners. De regionale overheid houdt zich dan afzijdig. Dit model wordt aangeduid met functionele decentralisatie of functionele regionalisatie.

Zowel bij de territoriale als bij de functionele regionalisatie is er sprake van een vastgesteld geografisch gebied waarbinnen een samenhangend zorgstelsel tot stand wordt gebracht. Van dergelijke geografische regio's is geen sprake binnen het model van de regering in de nota Verandering verzekerd. In dit model is regionalisatie niet aan de orde, niet in territoriale maar ook niet in functionele zin. De regering stelt in plaats daarvan concurrentie voor tussen ziektekostenverzekeraars. Deze verzekeraars opereren in principe landelijk. Na 1992 kunnen zelfs buitenlandse Europese verzekeraars toetreden tot de Nederlandse markt van de verplichte basisverzekering. Uiteraard is het mogelijk dat bepaalde verzekeraars, zoals de vroegere ziekenfondsen gezien hun ontstaansgeschiedenis hun cliënten in een bepaald gebied hebben geconcentreerd. Op den duur zal er als gevolg van de concurrentie tussen de verzekeraars waarschijnlijk een situatie ontstaan waarbij elke verzekeraar in een groot aantal regio's actief is en elke regio het werkgebied is van vele verzekeraars.

Stel dat toch geografische gebieden zouden worden aangewezen in het kader van een gewenste functionele regionalisatie. Dan is het niet te verwachten dat elke verzekeraar in elke regio waar hij cliënten heeft in staat is om actief bij te dragen aan een samenhangend systeem van voorzieningen. De PvdA-fractie heeft aandacht besteed aan dit probleem in haar nota Naar een Algemene Wet Ziektekostenverzekering (1987). Daarin wordt gesteld dat de verzekeraars alleen actief kunnen optreden in een klein geografisch werkgebied als zij nauw met elkaar samenwerken. Bijvoorbeeld in een samenwerkingsverband van een regionaal ziekenfonds en diverse particuliere verzekeraars. Er worden dan afspraken gemaakt over het pakket dat wordt aangeboden en over de hoogte van de nominale premie in die regio. De samenwerkende verzekeraars staan daardoor in een sterke onderhandelingspositie tegenover individuele hulpverleners en instellingen in die regio. Volgens de PvdA-nota wordt daarmee een vorm van regionale budgettering geïntroduceerd. Er is sprake van een model van functionele regionalisatie. Echter, het concurrentie-element tussen de verzekeraars is in die regio vrijwel verdwenen. De concurrentie is vervangen door een samenwerkingsverband.

Aangezien de concurrentie tussen verzekeraars juist de crux is in het model van de nota Verandering verzekerd, kan er niet worden voorzien in een stelsel van geografische regio's waarbinnen een samenhangend en doelmatig stelsel tot stand dient te komen. Dit is vanuit politiek oogpunt een zwak punt in het voorstel, omdat veel partijen en belangengroepen wel voelen voor een regio-

nale opzet. Daarom wordt in de nota Verandering verzekerd relatief veel aandacht aan dit punt besteed. Er wordt een nieuw begrip geïntroduceerd, namelijk regionalisatie in inhoudelijke zin. De regering is een voorstander van inhoudelijke regionalisatie. Dat wil zeggen dat de regering wel pleit voor een samenhangend en doelmatig stelsel van zorg, maar dat daarvoor geen regio's worden aangewezen en dat ook niet wordt vastgesteld hoe zo'n stelsel tot stand moet komen.

De regering verwacht 'dat de marktpartijen zelf hun verantwoordelijkheden op het vlak van de regionalisatie verstaan' (pagina 27). Dit wordt niet onderbouwd. De tendensen tot regionalisatie die de regering signaleert zijn allen afkomstig uit het WVG-tijdperk van territoriale decentralisatie. Deze ontwikkelingen zullen waarschijnlijk stoppen indien het regeringsvoorstel wordt doorgevoerd. Een problematisch punt in de regeringsnota is dat niet wordt uitgewerkt tot welke consequenties dit zal leiden. Zowel in het geval dat er geen regionalisatie tot stand komt, hetgeen waarschijnlijk is, als in het geval dat er wel regionalisatie tot stand komt. In de laatste situatie zal de marktwerking ernstig worden beperkt. In het eerste geval is het onduidelijk hoe de samenhang tussen de zorgvoorzieningen tot stand zou moeten komen.

Voor de vier grote steden is dit laatste een belangrijke consequentie van het regeringsvoorstel. In de vier grote steden bestaat zoals beschreven in hoofdstuk 3 een uiterst complex stelsel van individuele beroepsbeoefenaren en zorgvoorzieningen. In de Structuurnota gezondheidszorg van 1974 werd gesproken van een lappendekenstructuur. Sindsdien is via echelonnering en regionalisatie in de vier grote steden gewerkt aan de stroomlijning van het stelsel. Zowel ten aanzien van de echelonnering als ten aanzien van de territoriale regionalisatie is er wellicht sprake geweest van een overreactie. Te weinig werd gedacht aan dwarsverbanden tussen de echelons en te weinig aan de mogelijkheid van functionele decentralisatie via de regionale financiers.

Over het geheel genomen is de regionalisatie in de vier grote steden echter succesvol geweest. Zorginstellingen zijn gefuseerd en hun werkgebieden op elkaar afgestemd. De ziekenfondsen in de vier grote steden hebben ook een ingrijpend fusieproces achter de rug en functioneren op regionale basis. Alleen in Den Haag zijn nog twee verschillende ziekenfondsen actief. Bij de planning van tweedelijnsvoorzieningen op basis van de WZV wordt de grootstedelijke regio als uitgangspunt genomen. De tariefonderhandelingen op grond van de WTG vinden voor een belangrijk deel op regio-niveau plaats. Het blijkt dat de regionaal opererende ziekenfondsen in de vier grote steden een voortrekkersrol vervullen bij het bevorderen van samenhangende en doelmatige zorg in hun werkgebied. De particuliere verzekeraars die relatief weinig betrokken zijn bij de zorg in de vier steden en die meestal opereren vanuit een landelijke basis stellen zich in het algemeen op als trendvolgers.

Wanneer marktwerking het reguleringsprincipe wordt voor de zorg in de vorm van concurrerende zorgverzekeraars, dus zonder dat er sprake is van functionele regionalisatie, dan is er enigszins sprake van een situatie zoals die in de Verenigde Staten bestaat (zie hoofdstuk 4). De commerciële ziektekostenverzekeraars stellen zich daar in het algemeen op als schadeverzekeraars. Dat wil zeggen dat zij een van tevoren afgesproken pakket vergoeden en dat de hoogte van de premies de hoogte van de uitgaven volgt. In de Verenigde Staten heeft dit geleid tot een extreme stijging van de kosten resulterend in de grootste uitgaven ter wereld, zowel absoluut per inwoner als in de vorm van het percentage van het bruto nationaal produkt. Vooral in de nieuwe medische technologie waarvoor een latente behoefte bestaat, wordt voorzien. De kosten worden in de premies doorberekend. Aan voorzieningen die minder populair zijn zoals de verzorging van chronisch zieken en ouderen wordt daarentegen weinig aandacht besteed door de concurrerende verzekeraars, zo blijkt in de Verenigde Staten. De Amerikaanse Health Maintenance Organizations (HMO's) worden vaak als aantrekkelijk alternatief genoemd. Deze hebben echter meer overeenkomst met de bestaande ziekenfondsen dan met de gebruikelijke commerciële

ziektekostenverzekeraars waar de regering onder andere vanuit gaat (zie Jonas, 1986).

Voor de vier grote steden is het model van regulering door concurrerende ziektekostenverzekeringen niet in alle opzichten een aantrekkelijk alternatief. Concurrentie kan tot verzwakking van de niet-medisch-technisch gerichte zorg leiden. Het gevaar bestaat dat de verzorging (care) in verpleeghuizen, bejaardentehuizen en in de thuissituatie op de lange duur in ontwikkeling gaat achterlopen. De verzekeraars zullen geneigd zijn om de in het oog lopende medisch-technische zorg (cure) voorop te stellen. Dit is precies het omgekeerde van het stedelijk gezondheidszorgbeleid tot nu toe. Vooral de toename van het aantal ouderen in de vier grote steden is een reden voor prioriteit aan thuiszorg en zonodig residentiële verzorging en verpleging. Echter, het verzekeringsstelsel zoals de regering dat voorstelt is niet geheel vergelijkbaar met de situatie in de Verenigde Staten. Een essentieel verschil is dat in het regeringsvoorstel sprake is van een beperkte volksverzekering (het verplichte basispakket) met een omschreven voorzieningenpakket. Alleen de prijs van het relatief kleine nominale gedeelte van de verplichte basisverzekering kan verschillen tussen de concurrerende verzekeraars. De verzekeringsmaatschappijen hebben een volledige acceptatieplicht bij de basisverzekering. De consequentie hiervan is echter dat de grondslag van het systeem, namelijk de concurrentie tussen de verzekeraars, ernstig wordt beperkt.

Aanvankelijk reageerden de particuliere verzekeraars die zijn verenigd in het KLOZ overwegend positief op het advies van de commissie-Dekker. Alleen de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars (NVOZ), de vertegenwoordiging van de typische schadeverzekeraars, zag toen al weinig heil in de plannen van de commissie-Dekker. Nadat de voorstellen concreter werden in de regeringsnota Verandering verzekerd verminderde ook het enthousiasme van de andere particuliere verzekeraars. Alleen de non-profit verzekeraars die samenwerken met de ziekenfondsen, de zogenaamde bovenbouwverzekeringen, reageren nu nog positief (Weideman, 1988). De commerciële particuliere verzekeraars hebben weinig behoefte om uitvoerders te worden van een sociaal stelsel dat in sterke mate gereguleerd wordt door de rijks-overheid. Het afzien van risicoselectie en premiedifferentiatie vinden zij wezensvreemd voor een verzekeraar. Het nominale premiegedeelte in de verplichte basisverzekering is volgens hen te laag om daarop als verzekeraars met elkaar te gaan concurreren.

De gevolgen van het regeringsvoorstel voor de vier grote steden zijn dus moeilijk te voorspellen. Te verwachten is dat er geen stelsel van functionele regionalisatie tot stand komt. Wanneer de verzekeraars de ruimte krijgen om zich concurrerend tegenover elkaar op te stellen, bestaat er de kans dat de verzorging op den duur minder prioriteit krijgt en de medisch-technische hulp meer. Wanneer dit door ingrijpen van de rijksoverheid wordt voorkómen, verdwijnt het concurrentie-aspect uit het stelsel. Wat dan overblijft is de situatie zoals die eind jaren zestig bestond: een niet per regio gecoördineerd stelsel van verzekeraars en instellingen waarop alleen de rijksoverheid indirect toezicht houdt. Beide situaties zijn onwenselijk vanuit de optiek van de vier grote steden. De in hoofdstuk 2 en 3 beschreven problemen in de vier grote steden vereisen een gecoördineerd en daadkrachtig volksgezondheidsbeleid waaraan op regionaal niveau wordt vormgegeven. Dit wil overigens niet zeggen dat het per sé de stedelijke overheid moet zijn die de regiefunctie heeft ten aanzien van het zorgstelsel. Ook aan de regionale financiers en aanbieders van zorg kan een rol worden toegekend.

Het uitvoeringstraject

Nu de regering zijn standpunt heeft vastgelegd in de nota Verandering verzekerd en er bij de behandeling daarvan in de Tweede Kamer qua hoofdlijnen niet van is afgeweken, is het de vraag hoe de uitvoering van deze voornemens zou kunnen verlopen. De voorstellen zijn complex. Pas in de loop van het uitvoe-

ringstraject zullen alle knelpunten naar voren treden en zal de koers moeten worden aangepast. Politiek gesproken bevat het voorstel gevoelige punten. Deze zullen iedere keer naar voren komen wanneer op onderdelen besluiten nodig zijn in de regering of in de Tweede Kamer. Vooral financiële aspecten zoals de opbouw en de hoogte van de premies en de effecten daarvan op de premiedruk en de inkomensverhoudingen, kunnen een breekpunt vormen wanneer de besluiten tot uitvoering moeten worden genomen. Deze voorstellen moeten minstens twee maar waarschijnlijk meer regeringen overleven, voordat het uitvoeringstraject is afgerond.

Niet alleen in de politiek, maar ook in het veld kan een groeiende weerstand ontstaan. Tijdens de overgangssituatie zal de AWBZ worden uitgebreid als voorloper van de verplichte basisverzekering. Hierdoor worden de marktverhoudingen tussen de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars doorbroken. De ziekenfondsen voeren de AWBZ namelijk uit, waardoor hun werkveld toeneemt. Tegelijkertijd zal de omzet van de particuliere verzekeraars in de tussenperiode met forse sprongen dalen. Het is de vraag hoe lang dan nog loyale medewerking van de particuliere verzekeraars kan worden verwacht. De achilleshiel van het verzekeringsstelsel zit in de Centrale Kas. Hierin worden alle premies gestort die via de belastingdienst worden ingehouden ten behoeve van de verplichte basisverzekering. De omvang van deze Centrale Kas is bijna 10% van het bruto nationaal produkt per jaar. Hieruit moeten alle verzekeraars worden vergoed en wel zodanig dat aan de verzekeraars iedere prikkel tot risicoselectie of premiedifferentiatie wordt ontnomen. Het zou een verzekeraar niet moeten uitmaken welke patiënt hij accepteert: een gezonde jonge volwassene, een chronisch zieke bejaarde, een coma-patiënt die in een verpleeghuis ligt, of iets daar tussenin. Dit is nauwelijks haalbaar omdat dan een individuele vergoeding per cliënt nodig is uit de Centrale Kas.

Deze situatie lijkt enigszins op die rondom de WVG in het begin van de tachtiger jaren. Er is ook nu sprake van een voorstel dat afwijkt van en niet aansluit op de bestaande situatie. De invoering wordt ook nu belemmerd door technische problemen waarvoor nog geen oplossingen bekend zijn. In het veld beginnen zich ook nu tegenkrachten te organiseren. Op politiek gebied bevat het voorstel ook nu voetangels en klemmen. Het voorstel moet ook nu twee of meer regeringen overleven. Er moet dus rekening mee worden gehouden dat de voornemens tijdens het invoeringstraject in meer of mindere mate worden aangepast. Kortom, een overeenkomstige gang van zaken als bij de WVG. Voor de vier grote steden zou dit een relatief gunstig eindresultaat kunnen inhouden vergeleken met het hierboven geschetste beeld van volledige invoering van de huidige voorstellen.

Voorlopig is er nog geen verplichte basisverzekering, maar wordt de AWBZ uitgebreid. Aangezien deze in de vier grote steden wordt uitgevoerd door de regionale ziekenfondsen, nemen de mogelijkheden voor functionele decentralisatie de eerste tijd nog toe. Dat is vanuit het perspectief van de steden een acceptabel alternatief voor de huidige situatie en waarschijnlijk beter dan de eindsituatie volgens de regeringsvoornemens. Zolang de basisverzekering er niet is blijft de Ziekenfondswet van kracht en is er nauwelijks gevaar voor onderverzekering in de vier grote steden. De financiering van de bejaardenoorden en van de basisgezondheidsdiensten zal waarschijnlijk voorlopig nog niet in de AWBZ worden ondergebracht. Dit betekent dat ook de nadelen hiervan nu nog niet relevant zijn voor de vier grote steden. Op korte termijn is het gevaar dat het gezondheidszorgbeleid zich in de vier grote steden niet verder zal ontwikkelen in afwachting van de komende gebeurtenissen. Gezien de huidige problematiek is dit ongewenst. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op alternatieven die de steden kunnen ontwikkelen voor het toekomstige volksgezondheidsbeleid.

7.3 Alternatieven voor het volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden

In hoofdstuk 2 en 3 zijn de gezondheidssituatie en het stelsel van voorzieningen in de vier grote steden aan de orde gekomen. Als gevolg van de bijzondere bevolkingssamenstelling en bijzondere maatschappelijke, psycho-sociale en omgevingsfactoren is er sprake van specifieke grootstedelijke-problematiek. Het zorgsysteem is daar voor een belangrijk deel op aangepast. Het grote aantal voorzieningen en beroepsbeoefenaren resulteert in een complex stelsel. Dit zijn aanleidingen voor specifiek volksgezondheidsbeleid in de vier grote steden. Voor wat betreft het gezondheidsbeleid wordt dit gericht op het bevorderen van een gezonde leefomgeving en gezonde leefwijzen in de stad. Voor wat betreft het gezondheidszorgbeleid is het primaire doel het bevorderen van een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen. Beide beleidssporen vertonen onderlinge samenhang.

In de vorige paragrafen is aangegeven dat de vier steden voor hun mogelijkheden ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid afhankelijk zijn van de landelijke politiek. Het voorstel van de regering voor een nieuw stelsel van zorg heeft belangrijke consequenties voor de vier grote steden. Hun bevoegdheden worden verminderd terwijl de voornemens negatieve gevolgen kunnen hebben voor het zorgstelsel in de steden. Om deze reden wordt er in de vier grote steden naar alternatieven gezocht. In februari 1988 brachten de gemeentebesturen van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht een notitie uit over hun rol op het terrein van de gezondheidszorg (Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur, 1988). Deze notitie is opgesteld naar aanleiding van het advies van de commissie-Dekker en de discussies daaromheen. Een maand later verscheen de regeringsnota Verandering verzekerd. In de notitie van de vier grote steden wordt een alternatief gegeven voor het zorgsysteem dat meer recht doet aan de behoeften van de grote stad. Als zodanig is dit een alternatief voor de regeringsvoornemens.

De vier grote steden geven in hun notitie door middel van het noemen van voorbeelden aan waarom stedelijk gezondheidszorgbeleid nodig is en waar de marktwerking in de steden tekort kan schieten. Vervolgens worden redenen genoemd waarom juist de stedelijke overheden een belangrijke rol zouden moeten spelen. In principe kloppen deze argumenten: de gemeente heeft een goed inzicht in de gezondheidssituatie in de stad; de gemeente is belangenbehartiger voor alle partijen; via de politiek hebben burgers mogelijkheden om invloed op de zorg uit te oefenen. Deze punten geven de betrokkenheid van de stedelijke overheid aan, maar vertellen niet hoe de stedelijke overheid het beste invloed op de zorg kan uitoefenen.

De steden stellen een combinatiemodel van markt en overheidsplanning voor. Afwijkend van het regeringsvoorstel willen ze in hun regio's duidelijke randvoorwaarden aan de zorgverzekeraars stellen. De basis daarvoor zou gevormd moeten worden door strategische plannen voor de zorg die door de steden worden opgesteld. Zo'n strategisch plan wijkt af van de WVG-plannen doordat het veel minder detaillistisch is en een meer politiek-maatschappelijk in plaats van een bureaucratisch-technisch karakter draagt. Een strategisch plan moet door de steden worden geoperationaliseerd in randvoorwaarden die aan de uitkomst van de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgverleners worden gesteld. Wanneer de verzekeraars zich niet aan de randvoorwaarden houden, moeten de steden een budgetkorting aan de verzekeraars kunnen opleggen. De wettelijke bevoegdheid daartoe zou moeten worden geregeld in een eenvoudige planningswet of in een kwaliteitswet.

Het alternatief van de vier grote steden is voor wat betreft de financieringsstructuur niet voldoende uitgewerkt. Enerzijds wordt er gesproken over regionale financiële budgetten, maar anderzijds wordt er uitgegaan van concurrerende ziektekostenverzekeraars, net zoals de regering voorstelt. In de vorige paragraaf is beschreven dat deze combinatie moeilijk haalbaar is. Het dilemma ontstaat doordat de steden een vereenvoudigd systeem van overheidsplanning willen handhaven, terwijl er anderzijds wordt gesteld dat meer

marktwerking moet worden toegelaten. Dit compromis van twee ordeningsprincipes is op deze wijze niet realiseerbaar.

De vier grote steden geven goed aan dat het systeem van marktwerking volgens de commissie-Dekker de grote steden voor problemen gaat plaatsen. Bovendien wordt terecht gesteld dat er op regionaal niveau vorm moet worden gegeven aan het stedelijk zorgbeleid. Er wordt echter niet duidelijk gemaakt waarom planning van de zorg door de stedelijke overheid het meest effectieve alternatief is. Op de mogelijkheid van functionele decentralisatie wordt niet ingegaan. Problematisch maar onvermijdelijk is dat wanneer de steden een alternatief formuleren voor het volksgezondheidsbeleid, dit nauwelijks kan worden uitgevoerd zonder daar het nationale stelsel van zorg in te betrekken. Dit is het gevolg van de onderlinge afhankelijkheid van stad en rijk op dit beleidsveld.

Functionele regionalisatie

Vanuit het perspectief van de vier grote steden wordt op basis van deze studie hieronder een ander alternatief uitgewerkt voor het stedelijk zorgbeleid. Ook hier kan niet worden voorkómen dat zo'n model landelijke implicaties heeft en gedeeltelijk een alternatief vormt voor het regeringsvoorstel Verandering verzekerd. De conclusies hebben echter primair betrekking op de vier grote steden.

Het eerste uitgangspunt voor het onderhavige model is regionalisatie. Dit houdt in dat het stelsel moet leiden tot een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen in de vier grote steden. De redenen voor een regionale invalshoek zijn de specifieke grootstedelijke problematiek en het complexe zorgsysteem in de vier grote steden. Via een regionale benadering is het naar verwachting efficiënter om een doelmatig en samenhangend stelsel van zorg te organiseren in de vier grote steden, dan vanuit een landelijke of na 1992 zelfs Europese invalshoek. In de regeringsnota Verandering verzekerd wordt de wenselijkheid van regionalisatie wel onderschreven, maar dit principe wordt niet op de eerste plaats gesteld. De regering heeft primair gekozen voor een stelsel van landelijk opererende verzekeringsinstellingen die met elkaar concurreren. Na 1992 zal er volgens deze voornemens zelfs sprake zijn van op Europees niveau werkende commerciële zorgverzekeraars die tot de Nederlandse markt toetreden. Het is onduidelijk hoe er dan nog kan worden vormgegeven aan regionalisatie in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Vanuit de optiek van de vier grote steden is het belangrijk dat regionalisatie wel een primair uitgangspunt is voor de organisatie van het stelsel van zorg.

Het tweede uitgangspunt bij het onderhavige alternatief is dat de overheid, dus ook de stedelijke overheid, in principe geen functies moet uitoefenen die even goed aan de private partijen kunnen worden overgelaten. Tegelijkertijd staat de verantwoordelijkheid van de stedelijke overheid voor een samenhangend en doelmatig zorgstelsel vast. Onder voorwaarden kan deze verantwoordelijkheid echter geheel of gedeeltelijk aan anderen worden overgedragen. Dit is meestal goed mogelijk. De zorgverlening en financiering worden door de overheid bijvoorbeeld grotendeels aan anderen overgelaten. Dit betekent dat een model van functionele decentralisatie een goed uitgangspunt zou kunnen zijn voor de vier grote steden. In zo'n stelsel van functionele regionalisatie wordt een belangrijke rol toegedacht aan de financiers. Meer dan tot nu toe het geval is zullen de zorgverzekeraars invloed uitoefenen op de afstemming van vraag en aanbod via onderhandelingen met de aanbieders van zorg. Daartoe moeten de verzekeraars meer beleidsvrijheid krijgen, bijvoorbeeld door het opheffen van de contracteerplicht en het omzetten van de COTG-richtlijnen in maximum-tarieven. Van de verzekeraars wordt verwacht dat zij het belang van hun cliënten vertegenwoordigen in de onderhandelingen met de zorgverleners. Ze gaan dan hun rol vervullen als countervailing power.

Een belangrijke vraag is daarbij wat voor stelsel van verzekeringsinstellingen moet worden gekozen. In tegenstelling tot bij de regeringsvoornemens is bij functionele decentralisatie een regionale organisatie van de zorgverzekeraars

vereist. Om het doel van een samenhangend en efficiënt stelsel van zorg in de regio te kunnen bewerkstelligen is nauwe samenwerking vereist tussen de zorgverzekeraars die actief zijn in een grootstedelijke regio. In de PvdA-nota Naar een Algemene Wet Ziektekostenverzekering (1987) is er zoals gezegd op gewezen dat het concurrentie-element tussen verzekeraars sterk wordt beperkt door dergelijke regionale samenwerking. Functionele regionalisatie staat daardoor op gespannen voet met het principe van concurrentie tussen zorgverzekeraars dat de regering heeft voorgesteld. Een keuze voor het ene of voor het andere principe is niet gemakkelijk.

Het voordeel van concurrentie tussen verzekeringsinstellingen is dat deze daardoor een prikkel krijgen om zo efficiënt mogelijk te werken en om nieuwe cliënten aan te trekken door het aanbieden van een zo goed mogelijk produkt. Zowel profit als non-profit zorgverzekeraars proberen om daarmee hun voortbestaan veilig te stellen. De verzekeringsinstellingen kunnen onderhandelen met de aanbieders van zorg over de kwaliteit en de prijs van de produkten waarvan de verzekerden gebruik maken. Zo ontstaat een driehoek van consumenten, verzekeringsinstellingen en aanbieders van zorg, waarbinnen dankzij de concurrentie de verhoudingen zo optimaal mogelijk worden. Wanneer dit wordt gerealiseerd kan de overheid zich gedeeltelijk terugtrekken uit het terrein van de zorg. Vooral de planning van zorgvoorzieningen die binnen het stelsel van de WVG aan de overheid was voorbehouden, kan voor een deel worden overgelaten aan de vrije onderhandelingen tussen de concurrerende verzekeringsinstellingen en de aanbieders van zorg.

Er zijn ook nadelen aan een stelsel van concurrerende commerciële zorgverzekeraars. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de ervaringen in de Verenigde Staten (zie hoofdstuk 4). Concurrentie werkt niet altijd in de richting van een optimaal zorgaanbod zoals gezien vanuit een collectief oogpunt. In de competitie om meer verzekerden lijken de commerciële zorgverzekeraars in de Verenigde Staten zich bijvoorbeeld meer te richten op medisch-technische zorg dan op chronische verpleging en verzorging. Voor de vier grote steden waar ouderenzorg en thuiszorg prioriteit hebben is dit een ongewenst effect. In de verzekeringsbranche leidt concurrentie wel tot beperking van de kosten van het beheersapparaat, maar niet tot beperking van de omzet. De gezondheidszorg wordt door commerciële verzekeraars opgevat als een groeimarkt. Het blijkt dat de consumenten hoogwaardige medisch-technische zorg op prijs stellen. Het grote aantal innovaties op dit gebied leidt tot kostenstijgingen die worden doorberekend in de premies. Voor commerciële zorgverzekeraars is dit een positief effect aangezien hun omzet daarmee stijgt. In de Nederlandse situatie zou dit tot een ongewenste toename van de collectieve lasten kunnen leiden.

Zowel de voor- als de nadelen van een stelsel van concurrerende zorgverzekeraars gaan niet geheel op in Nederland. In de regeringsnota Verandering verzekerd wordt namelijk een gemengd model voorgesteld waarbij commerciële zorgverzekeraars worden belast met de uitvoering van een sociale zorgverzekering, namelijk de verplichte basisverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering. Daarbij heeft de overheid allerlei middelen om de vrijheid van de zorgverzekeraars in te perken. Er is een volledige acceptatieplicht voor de basisverzekering. De samenstelling van het basispakket is gedetailleerd omschreven. Verzekeraars kunnen wel meer aanbieden dan daar in staat, maar niet minder. De concurrerende zorgverzekeraars ontvangen het grootste gedeelte van hun middelen via de Centrale Kas waar de overheid toezicht op houdt. Zodoende kan de overheid proberen om de stijging van de premies af te remmen. Het gedeelte van de premie waarop de zorgverzekeraars met elkaar kunnen concurreren, het nominale gedeelte van de premie voor de basisverzekering, is relatief klein. De particuliere ziektekostenverzekeraars zien deze beperkingen van hun ondernemerschap als een groot bezwaar (zie hoofdstuk 5). Het is voor hen de vraag of er wel genoeg ruimte overblijft om concurrentie tussen zorgverzekeraars als ordeningsmechanisme in de gezondheidszorg te laten functioneren.

Gezien het bovenstaande zijn de verschillen tussen een stelsel met concu-

rende verzekeringsinstellingen en een stelsel van sociale non-profit zorgverzekeraars, vergelijkbaar met de huidige ziekenfondsen, in de Nederlandse situatie minder absoluut dan vaak wordt gesteld. Het grootste onderscheid is waarschijnlijk gelegen in de prikkels tot een efficiënte uitvoeringsorganisatie van de verzekeringsinstelling. Het beheer van de eigen organisatie is namelijk direct beïnvloedbaar door het bedrijf. Het is veel moeilijker voor een verzekeraar om via onderhandelingen met de aanbieders van zorg invloed uit te oefenen op de zorg die wordt verleend. Op dit vlak is het zoals gezegd ook onduidelijk of commerciële verzekeringsorganisaties beter in staat zijn om een optimaal zorgaanbod te bewerkstelligen dan sociale non-profit verzekeraars. Tot nu toe is het zelfs zo dat de ziekenfondsen zich actiever opstellen in de gezondheidszorg dan de particuliere ziektekostenverzekeraars. De laatste vergoeden globaal genomen wat de ziekenfondsen na lang overleg in hun pakket hebben opgenomen.

De prikkel van concurrentie zal in het algemeen dus vooral leiden tot kostenbesparing op en kwaliteitsverhoging van het uitvoeringsapparaat van de zorgverzekeringen. Een effect daarvan kan zijn dat de verzekeringsinstellingen zich meer klantgericht gaan opstellen. Tenminste ten opzichte van de cliënten die als verzekerde zijn geaccepteerd of die als risicoloze potentiële verzekerde worden beschouwd. Commerciële verzekeringsinstellingen zijn wellicht minder cliënt-vriendelijk ten opzichte van aanvragers of verzekerden die hoge kosten maken en die daarom niet of liever niet als verzekerde worden geaccepteerd of vastgehouden. In een stelsel van concurrerende verzekeraars zal de overheid zonedig ingrijpen om dit laatste effect te compenseren. Aan de andere kant zal de overheid binnen een stelsel waar weinig concurrentie is tussen de verzekeraars toezicht moeten houden op de kwaliteit en kosten van de uitvoeringsapparaten en zonedig de efficiëntie daarvan moeten bevorderen.

In de regeringsnota *Verandering verzekerd* wordt niet primair uitgegaan van één of andere vorm van regionalisatie in de gezondheidszorg. Daarom is het voor het Kabinet mogelijk om te kiezen voor een stelsel van landelijk opererende – en na 1992 zelfs op Europees niveau opererende – zorgverzekeraars die met elkaar moeten concurreren om zoveel mogelijk verzekerden aan te trekken. In het alternatieve model voor de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening dat hier aan de orde is, werd hierboven echter gekozen voor een stelsel functionele regionalisatie. De redenen daarvoor zijn de specifieke grootstedelijke gezondheidsproblemen en het complexe zorgsysteem in de vier grote steden. Verwacht wordt dat het via een regionale aanpak efficiënter is om een doelmatig stelsel van curatieve en preventieve zorg te organiseren in de vier grote steden dan vanuit een landelijke of zelfs Europese invalshoek. Functionele regionalisatie houdt niet in dat de lokale overheid directe bemoeienis heeft met de zorg, maar betekent zoals gezegd dat de lokale financiers onderhandelen met de lokale aanbieders van zorg over de kwaliteit en omvang van het zorgaanbod. Binnen een relatief klein geografisch gebied zoals een grootstedelijke regio is het veel moeilijker om concurrentie tussen verzekeringsinstellingen te organiseren dan op landelijk of Europees niveau. Het is zelfs te verwachten dat de lokale financiers nauw met elkaar moeten samenwerken om een doelmatig stelsel van zorg te realiseren. Op het niveau van het uitvoeringsapparaat na zal er dan nauwelijks sprake zijn van concurrentie tussen de lokale zorgverzekeraars. Waar de keuze voor functionele decentralisatie dit tot gevolg heeft zal de overheid de eventuele negatieve gevolgen daarvan moeten compenseren. De ervaringen met de regionaal opererende ziekenfondsen zijn in Nederland echter goed. Het is daarom niet te verwachten dat er op dit vlak in de toekomst veel problemen zullen ontstaan.

Marktwerking

Aan de andere kant is het belangrijk om de marktwerking in de zorgsector waar mogelijk te verbeteren. Concurrentie tussen verzekeringsinstellingen is slechts één van de middelen hiertoe. In de Verenigde Staten heeft men de

marktwerking in de gezondheidszorg de afgelopen tien jaar vooral op andere manieren dan via concurrentie tussen verzekeringsinstellingen verbeterd. McCarthy e.a. (1986) noemen bijvoorbeeld de fundamentele veranderingen in de wijze van financiering van zorginstellingen die in de jaren tachtig zijn doorgevoerd. In plaats van een open-eindfinanciering door de betaling van nota's achteraf wordt nu vaak van tevoren vastgesteld hoeveel er wordt betaald bij een bepaald ziektegeval, ongeacht de diagnostiek en behandelingsmethoden die worden toegepast. In Nederland is het pendant hiervan de budgetfinanciering. McCarthy e.a. noemen verder dat in de Verenigde Staten met opzet een overschot aan artsen wordt gepland om de concurrentie aan de aanbodzijde te bevorderen. Ook in Nederland wordt de marktwerking belemmerd door kartelvorming binnen de medische professie. Dit wordt bevorderd door een kunstmatige schaarste aan toegelaten beroepsbeoefenaren. In de Verenigde Staten wordt de medische praktijkuitoefening effectiever gemaakt door gebudgetteerde groepspraktijken, dag-chirurgie, gespecialiseerde klinieken voor bevalingen, bepaalde operaties en EHBO. Voor de realisatie van dergelijke efficiëntie verhogende maatregelen is er in de Verenigde Staten ten opzichte van Nederland de omgekeerde trend om commerciële ziektekostenverzekeringen te vervangen door ziekenfondsachtige organisaties zoals Health Maintenance Organizations en andere nieuwe verzekeringsvormen (Jonas, 1986).

Consequenties voor de grote steden

In de vorige paragraaf is ingegaan op de consequenties voor de vier grote steden van de volksverzekering zoals de regering die voorstelt in de nota Verandering verzekerd. De genoemde nadelen betekenen niet dat een volksverzekering onwenselijk zou zijn vanuit het perspectief van de grote steden. Dat is niet het geval, maar voorkómen moet worden dat er onderverzekering ontstaat in groepen minder draagkrachtige stadsbewoners. Dit betekent voor de vier grote steden dat de verplichte basisverzekering alle essentiële voorzieningen moet omvatten. Er blijft dan slechts plaats voor een zeer beperkte vrijwillige aanvullende verzekering die min of meer luxe-voorzieningen omvat zoals niet noodzakelijke geneesmiddelen, bepaalde dure tandheelkundige hulp, bepaalde vormen van ambulante paramedische hulp en dergelijke. Meer dan 5% van de totale kosten zal zo'n vrijwillige aanvullende verzekering waarschijnlijk niet innemen. Wanneer er echter zoals de regering van plan is een vrijwillige aanvullende verzekering komt die ongeveer 15% van de totale kosten omvat, dan bestaat er de kans dat juist in de vier grote steden problemen ontstaan bij inwoners die zich niet hebben bijverzekerd. Zo'n situatie zal in de grote steden op de lange duur om een structurele oplossing vragen in de vorm van een vangnetvoorziening. Zoals gezegd is het probleem daarbij dat wanneer er eenmaal een vangnet gecreëerd is, de noodzaak om een aanvullende verzekering af te sluiten drastisch afneemt bij stadsbewoners met lage inkomsten. In dat geval is het vanuit de optiek van de grote steden beter om een verplichte basisverzekering te ontwerpen die wel alle noodzakelijke voorzieningen omvat.

Wanneer eigen bijdragen en eigen risico's worden ingevoerd om een optimaal zorggebruik te stimuleren, dan is het voor de grote steden noodzakelijk dat er een regeling komt voor de minst draagkrachtigen indien die met te hoge kosten worden geconfronteerd. Het zou niet juist zijn om besparingen op de zorgverzekering die tot stand komen door eigen bijdragen en eigen risico's, voor een deel af te wentelen op de financiën van de steden via de Algemene Bijstands Wet. Ook in het geval van hoge eigen bijdragen en eigen risico's zal er in de vier grote steden dus waarschijnlijk een vangnetfunctie moeten worden gecreëerd, net als bij een beperkte verplichte basisverzekering zoals hierboven werd genoemd. In dit geval is het niet zo dat het systeem verandert door het treffen van een vangnetvoorziening. Tenminste zo lang de eigen bijdragen en eigen risico's voor iedereen hetzelfde zijn. De keuze voor een bepaald type verzekering staat dan los van het feit of er al dan niet een vangnet is gecreëerd. Alleen mensen met lage inkomens en hoge uitgaven komen voor het vangnet in

aanmerking. Kunnen de verzekerden daarentegen kiezen voor hoge eigen bijdragen en eigen risico's in ruil voor een lage premie, dan is het mogelijk dat stadsbewoners met lage inkomsten dit relatief vaak gaan doen wanneer er een goed vangnet is gecreëerd.

Voor de grote steden is samenhang tussen de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg gewenst. Dit betekent niet dat de gehele maatschappelijke dienstverlening van de stedelijke begroting moet worden overgeheveld naar een toekomstige volksverzekering of de AWBZ. Zoals gezegd moeten de voor- en nadelen hiervan eerst beter in kaart worden gebracht, evenals alternatieve formules om de substitutie tussen zorgfuncties te bevorderen. Wellicht kan het algemeen maatschappelijk werk wel in de zorgverzekering worden opgenomen vanwege de positie daarvan in de eerste lijn. Hetzelfde geldt misschien ook voor de gezinsverzorging, al staat de huishoudelijke hulp niet altijd in samenhang met ziekte of gebrek. Er moet echter een grens worden getrokken rondom de zorgsector. De huisvesting van ouderen in bejaardenoordelen kan beter gericht zijn op integratie in de samenleving dan op versmelting met verpleeghuizen en ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor het gecoördineerd ouderenwerk en het flankerend beleid ex-WBO. Extra hulp voor ouderen om een ziekenhuis- of verpleeghuisopname te voorkómen kan net als bij andere volwassenen via een thuishulpregeling in de zorgverzekering worden bekostigd.

De hier geschetste hoofdlijnen voor een alternatief omvatten de uitvoering van een uitgebreide volksverzekering door regionale zorgverzekeraars in een stelsel dat gekenmerkt wordt door functionele decentralisatie. In zo'n stelsel is weinig ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars. Er is echter wel een aantal maatregelen mogelijk en noodzakelijk die de marktwerking in deze sector bevordert. Het betreft vooral de versterking van de marktwerking aan de aanbodzijde van de zorgmarkt. Kunstmatige schaarste zoals die onder andere door de medische beroepsgroep in stand wordt gehouden kan bijvoorbeeld worden doorbroken. Het is raadzaam om open-eindfinanciering zoveel mogelijk te vervangen door verschillende vormen van budgetfinanciering. De productie van zorg kan efficiënter worden georganiseerd door bijvoorbeeld gespecialiseerde centra voor bepaalde aandoeningen of handelingen. Nieuwe vormen van zorgverzekering zoals de Health Maintenance Organizations in de Verenigde Staten kunnen worden beproefd. De lokale zorgverzekeraars dienen in onderhandeling te treden met de lokale aanbieders van zorg over de aard, omvang en kwaliteit van het zorgaanbod.

Veel meer dan bij regionale planning op basis van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg kan de regulering van de zorg worden overgelaten aan de betrokken partijen, namelijk de financiers van de zorg, de gebruikers van de zorg en de aanbieders van de zorg. De rijksoverheid heeft als taak om via een Wet op de zorgverzekering de kaders te stellen waarbinnen de onderhandelingen tussen lokale financiers en aanbieders van zorg plaatsvinden. In principe kan de indirecte invloed van de overheid via dit mechanisme heel ver gaan. Het is echter de kunst om al te gedetailleerde regelgeving te voorkómen. De overheid kan met de Wet op de zorgverzekering invloed uitoefenen op de totale kosten van de zorg (premedruk), de omvang en aard van de te verstrekken functies, de wijze van premieheffing, de verdeling van de beschikbare middelen en de uitvoeringsorgansaties van de lokale zorgverzekeraars. Er kunnen via zo'n wet kwaliteitseisen worden gesteld aan de toelating van beroepsbeoefenaren en instellingen. In principe is een afzonderlijke kwaliteitswet daarom niet nodig. Er kunnen via een Wet op de zorgverzekering eisen worden gesteld aan de samenwerking en aan de werkgebieden van de aanbieders van zorg. Naast de indirecte regulering door de overheid via een Wet op de zorgverzekering is waarschijnlijk enige aanvullende structuur- en prijswetgeving noodzakelijk. Voor de grootschalige intramurale voorzieningen kan worden gedacht aan een stelsel van regionale planning via een vereenvoudigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Bezien moet worden in hoeverre er in de toekomst nog

behoefte bestaat aan een vereenvoudigde versie van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Wellicht is het efficiënt wanneer er maximumtarieven worden gesteld, terwijl er op regionaal niveau in onderhandeling tussen lokale financiers en aanbieders een lagere prijs tot stand kan komen.

Een belangrijk punt bij de uitwerking van het hier beschreven stelsel van functionele regionalisatie is de verhouding tussen de rijksoverheid, de provinciale overheid en de gemeentelijke overheid. En wat het laatste betreft in het bijzonder de positie van de vier grote steden. Het is onduidelijk wat de meest geschikte geografische indeling is ten behoeve van regionalisatie van de zorg. Daarom is verder onderzoek nodig om te komen tot een werkbare afbakening van de grootstedelijke regio's. De verhoudingen tussen de stadsbesturen en de omliggende gemeenten en de verhoudingen tussen de gemeenten en de provincies moeten nog worden uitgewerkt. Een kenmerk van indirecte sturing in de gezondheidszorg via een Wet op de zorgverzekering is dat het de rijksoverheid is die bepalingen opstelt en toezicht houdt. Dit staat op gespannen voet met het principe van regionalisatie. Het is echter mogelijk dat de rijksoverheid haar bepalingen waar nodig specificceert per regio. Hiertoe kunnen de vier grote steden en de overige gemeenten of de provincies informatie en adviezen verstrekken aan de rijksoverheid. Bij de aanvullende planningswetgeving blijven de grote steden en de provincies een rol spelen net als op dit moment bij de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De vier grote steden geven daarbij een zwaarwegend advies aan de provincies omtrent de plannen voor intramurale voorzieningen in hun regio.

Stedelijk volksgezondheidsbeleid

Hoewel de vier grote steden in een stelsel dat gebaseerd is op functionele regionalisatie veel zaken kunnen overlaten aan zelfregulering door de marktpartijen, houden zij belangrijke taken op het gebied van het lokale volksgezondheidsbeleid. Het betreft zowel het regionale gezondheidszorgbeleid dat hierboven voornamelijk aan de orde was als het lokale gezondheidsbeleid. Ten aanzien van vijf punten kan een rol van de stedelijke overheid worden gedefinieerd.

Ten eerste de relatie tussen de stadsbesturen en de regionale verzekeraars. In een model van functionele regionalisatie wordt een belangrijke functie toegedacht aan de regionale zorgverzekeraars, Dit zouden bijvoorbeeld regionale ziekenfondsen nieuwe stijl kunnen zijn. Aangezien concurrentie geen leidend reguleringsmechanisme is in een dergelijk stelsel zal er enig toezicht van de overheid op het doelmatig functioneren van deze verzekeraars moeten zijn. Tot nog toe hield alleen de rijksoverheid zich hier mee bezig. Onderzocht dient te worden in hoeverre en op welke wijze het mogelijk is dat de lokale overheden een grotere rol krijgen bij het toezicht op het functioneren van de lokale zorgverzekeraars in een stelsel van functionele decentralisatie.

Op de tweede plaats komt de adviserende rol van de stedelijke overheden ten opzichte van het rijk omtrent regio-specifieke normen en regels voor de zorgverzekering. Er is uiteraard altijd een spanning tussen het principe van gelijkheid van de zorg in het hele land en het principe van specificering van de aard en de hoeveelheid zorg per regio. Uit dit onderzoek blijkt dat de zorg in de vier grote steden op dit moment afwijkt qua aard, hoeveelheid en organisatie van het landelijk gemiddelde. Dit hangt samen met de specifieke grootstedelijke situatie. In een stelsel van functionele regionalisatie kan hiermee rekening worden gehouden via de normen en regels voor de zorgverzekering die het rijk opstelt. Gezien hun kennis van zaken kunnen de vier grote steden hiertoe de nodige achtergrondinformatie en adviezen beschikbaar stellen aan het rijk.

Ten derde hebben de besturen van de vier grote steden een rol ten aanzien van de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid. Van oudsher is dit de belangrijkste functie van de steden op het terrein van de volksgezondheid. Op dit vlak hebben de steden niet alleen een adviserende of toezichhoudende rol, maar beschikken zij over een uitvoerende dienst, de regionale basisgezond-

heidsdienst. In de vier grote steden is dit de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD). Onder andere de Rotterdamse GGD heeft sinds enige tijd ook enkele omliggende gemeenten als werkgebied en wordt bestuurd door de deelnemende gemeenten gezamenlijk.

Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming zijn bij uitstek gemeentelijke taken omdat op lokaal niveau veel omgevingsfactoren worden beïnvloed die hiermee samenhangen. De basis voor het gezondheidsbeleid wordt gevormd door epidemiologische analyse van de gezondheidssituatie in de regio. Meestal is gezondheidsbeleid facetbeleid of intersectoraal beleid. Voor de bevordering van gezondheid is namelijk inspanning nodig uit diverse maatschappelijke sectoren. Het is de taak van de stedelijke gezondheidsdiensten om het facetbeleid te coördineren en te evalueren. Dat betekent samenwerking tussen de zorgsector en gemeentelijke sectoren zoals volkshuisvesting, ruimtelijke ordening, verkeer, recreatie en onderwijs. Een specifieke taak van de stedelijke gezondheidsdiensten is het ontwikkelen en coördineren van preventieve programma's. Ook daarbij moet samenwerking tot stand worden gebracht met de eerste- en de tweedelijnszorg.

Ten vierde hebben de grote steden een rol ten aanzien van de zogenaamde vangnetfunctie. Dit is eveneens een klassieke grootstedelijke taak, die meestal is ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst. Wanneer er een lacune wordt gesignaleerd ten aanzien van de zorg, en het particulier initiatief voorziet niet in de bestaande behoefte, dan is het aan de stedelijke overheid om zo nodig tijdelijk hier in te voorzien. In het algemeen proberen de steden om een dergelijke functie zo snel mogelijk over te dragen aan het reguliere zorgcircuit. Soms kan een stedelijke voorziening die aanvankelijk een vangnetfunctie vervulde nog jaren blijven bestaan, ook al is de oorspronkelijke noodzaak verdwenen. Een voorbeeld zijn de stedelijke ziekenhuizen. In de jaren zestig en zeventig hebben de grote steden voorzien in de behoefte aan langdurige verzorging en verpleging door het oprichten van verpleeghuizen. Hetzelfde geldt voor bejaardenoorden. De vangnetfunctie kwam in de tachtiger jaren goed tot uiting op het gebied van de drugshulpverlening en de preventie van AIDS bij risicogroepen zoals drugsgebruikers en prostituees.

Ten vijfde is er een rol van de stedelijke overheid bij het stimuleren van innovatie in de zorg. Een voorbeeld uit de zestiger en zeventiger jaren is het stimuleren van samenwerking in de eerste lijn in de vorm van gezondheidscentra. De grote steden initieerden het overleg hiertoe, gaven soms startsubsidies en exploiteerden in een enkel geval zelfs de eerste gezondheidscentra. Voorbeelden uit de tachtiger jaren zijn instellingsoverschrijdende experimenten zoals samenwerkingsprojecten tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen en thuiszorgprojecten. Tegenwoordig zijn de steden hierbij in nauw overleg met de lokale financiers en de zorgverleners. Het valt te overwegen om uit de Centrale Kas van de toekomstige basisverzekering een afzonderlijk budget te reserveren voor experimenten in de zorgsector die zijn gericht op innovatie rondom samenwerkingsvormen tussen disciplines, instellingsoverschrijdende samenwerking, substitutie van intramurale door extramurale zorg en thuiszorg. De stedelijke overheid zou nauw betrokken kunnen worden bij het beheer van een dergelijk budget voor zorginnovatie.

7.4 Epiloog

Wanneer er wordt gezocht naar een doelmatig stelsel van kwalitatief hoogwaardige zorgvoorzieningen, dan moet daarbij rekening worden gehouden met de historie en ontwikkeling van het zorgsysteem tot nu toe. Een nieuw stelsel moet aansluiten op de basisstructuur van zorgverlening vanuit het particulier initiatief en financiering via sociale zorgverzekeringen. Bij de keuze van een nieuw stelsel moet erop worden gelet dat er geen tegenstrijdige organisatieprincipes met elkaar worden gecombineerd. Het is niet zo dat een beetje van

het één en een beetje van het ander tot een consistent stelsel van zorg kan bijdragen.

Deze fout is gemaakt bij het stelsel van territoriale decentralisatie dat met de WVG zou worden ingevoerd. De ongelukkige combinatie van planning door regionale overheden en financiering via sociale zorgverzekeringen leidde niet tot een goed resultaat. Bovendien past gedetailleerde directe overheidsbemoeyenis in de vorm van planning niet bij de traditie in de Nederlandse gezondheidszorg. Helaas zitten er bij het regeringsvoorstel Verandering verzekerd eveneens zulke contradicties in het geïllustreerde model. Enerzijds is inhoudelijke regionalisatie een belangrijk uitgangspunt van de regering. Anderzijds is het stelsel gebaseerd op concurrentie tussen landelijk en in de toekomst zelfs Europees werkende verzekeraars. In de vorige paragrafen is aangegeven dat deze combinatie niet haalbaar is. Of de inhoudelijke regionalisatie komt niet tot stand of de marktwerking zal belemmerd worden. Overigens past een stelsel van concurrerende commerciële verzekeraars niet bij de Nederlandse traditie van sociale zorgverzekering.

Het is wel begrijpelijk dat men bij het ontwerpen van een nieuw zorgstelsel verstrikt raakt in dergelijke contradicties. Het stelsel is zo complex en de eisen die er aan worden gesteld zo hoog, dat zekere tegenstellingen niet altijd zijn te vermijden. Dit is bijvoorbeeld het bezwaar dat gemaakt wordt tegen de visie van de besturen van de vier grote steden op de toekomstige zorg getiteld Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur (1988). Om een stedelijk zorgbeleid mogelijk te maken werd daarin gepleit voor marginale planning door de lokale overheid enerzijds (strategische planning) en marktwerking door concurrentie tussen verzekeraars anderzijds. Wanneer dit wordt uitgewerkt blijkt echter dat regionale planning van overheidswege nauwelijks met landelijke concurrentie tussen verzekeraars kan samengaan.

In de vorige paragraaf is getracht om een alternatieve richting te ontwikkelen waarbij dergelijke contradicties zoveel mogelijk worden vermeden en waarbij een stedelijk zorgbeleid mogelijk wordt. Het uitgangspunt daarvoor is regionalisatie: een stelsel dat binnen een bepaalde regio zoals een grote stad doelmatigheid van en samenhang tussen zorgvoorzieningen bevordert. De combinatie van regionalisatie enerzijds en anderzijds het basissysteem van private zorgaanbieders die worden gefinancierd via sociale zorgverzekeringen is gevonden in een stelsel van functionele decentralisatie. Aanvullende structuurwetgeving kan zoveel mogelijk worden voorkómen wanneer de overheid indirect invloed uitoefent op de zorg via toezicht op de regionale verzekeraars. Er dient te worden nagegaan in hoeverre de stedelijke overheden hierbij een rol kunnen spelen aangezien er sprake is van een decentrale opzet van de zorgverzekeringen. Zo is er een combinatie van regionalisatie, ordening van de zorg door onderhandelingen tussen financiers en zorgverleners, minimale aanvullende structuurwetgeving en minimale overheidsbemoeyenis omdat de stedelijke overheden alleen indirect invloed hebben via de regionale financier. Het belangrijkste nadeel van zo'n stelsel is dat er weinig gebruik kan worden gemaakt van concurrentie of competitie tussen verzekeraars. Daarom is er meer behoefte aan toezicht van de overheid op de verzekeraars dan bij het model dat de regering voorstelt.

In feite wordt met dit alternatief een ander model voor de zorg voorgesteld. Vanuit het perspectief van de grote steden is dit nodig omdat er anders geen vorm kan worden gegeven aan het stedelijk zorgbeleid. Binnen het hier geschetste model kunnen de grote steden een rol gaan spelen op de volgende vijf terreinen. Ten eerste het overleg met de regionale zorgverzekeraars in het kader van de functionele decentralisatie. Wellicht kunnen de vier grote steden de toezichhoudende functie van de rijksoverheid ten aanzien van de lokale verzekeraars voor een deel overnemen. Ten tweede de advisering aan het rijk omtrent regio-specifieke normen en regels voor de zorgverzekering. Ten derde de ontwikkeling van het stedelijk gezondheidsbeleid. Dit is van oudsher een taak van de grote steden waarbij de stedelijke gezondheidsdiensten een coördinerende en uitvoerende rol vervullen. Ten vierde hebben de steden een rol ten

aanzien van de zogenaamde vangnetfunctie. Wanneer het particulier initiatief essentiële functies niet vervult, kunnen de steden daar tijdelijk in voorzien. Ten vijfde kunnen de grote steden een rol spelen bij het stimuleren van innovatie op het gebied van de zorg in hun regio. Hiervoor zou een afzonderlijk budget uit de Centrale Kas van de basisverzekering kunnen worden gereserveerd. Het is niet te verwachten dat de vier grote steden op korte termijn een doorslaggevend invloed kunnen uitoefenen op landelijke ontwikkelingen. Bij de uitvoering van de regeringsvoorstellen in de nota Verandering verzekerd kan echter nog een alternatieve koers tot stand komen. Zowel vanuit het CDA als vanuit de PvdA wordt gepleit voor een regionaal model. Ook de Sociaal Economische Raad heeft in deze richting geadviseerd, evenals de vakbeweging. Zolang de nieuwe volksverzekering nog niet is ingevoerd maar alleen de AWBZ wordt uitgebreid, is een model volgens functionele regionalisatie relatief gemakkelijk te realiseren. Het is voor de grote steden niet uitgesloten dat er over enige jaren toch voor het hier beschreven alternatief of een variant daarop wordt gekozen.

Het volksgezondheidsbeleid van de vier grote steden rust op twee met elkaar samenhangende beleidssporen: het gezondheidsbeleid en het zorgbeleid. De stedelijke overheid is het meest bij het gezondheidsbeleid betrokken. Ze neemt het initiatief tot de bevordering van een gezonde stadsomgeving en gezonde leefwijzen. Voor de ondersteuning en uitvoering van dit beleid beschikken de steden over goed geoutilleerde gezondheidsdiensten. De lokale overheid is echter ook verantwoordelijk voor een doelmatig en samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen in de stad. De realisering daarvan kan in belangrijke mate worden overgelaten aan de private zorgverleners en de regionale financiers. Daarom is er in dit hoofdstuk gekozen voor een model van functionele decentralisatie als alternatief voor de regeringsvoorstellen in de nota Verandering verzekerd. Wanneer de relaties tussen het rijk, de steden, de zorgverleners en de financiers op een doorzichtige wijze worden georganiseerd, ontstaan er de beste mogelijkheden voor een effectief stedelijk volksgezondheidsbeleid. Het hier beschreven alternatief dat nog verder moet worden uitgewerkt, biedt hiertoe vanuit het oogpunt van de vier grote steden voldoende perspectief.

Bijlagen

Bijlage I

De beschikbaarheid van gegevens en gewenst onderzoek

Inhoud

1.	Algemeen	195
2.	Gegevens over sterfte, ziekte en gezondheid(sbeleving)	195
2.1	Mortaliteitscijfers	195
2.2	Morbiditeitscijfers tweede lijn/gegevens langdurig arbeidsverzuim	196
2.3	Morbiditeitscijfers eerste lijn, gegevens Basisgezondheidsdiensten en gegevens kortdurend arbeidsverzuim	198
2.4	Gezondheidsenquêtes	200
2.5	Conclusies en gewenst onderzoek	202
3.	Geestelijke gezondheid	203
3.1	Patiënten-/cliëntengegevens	203
3.2	Zelfdoding	205
3.3	Gezondheidsenquêtes/bevolkingsonderzoek	206
3.4	Conclusie en gewenst onderzoek	206
4.	Ongelijkheid in gezondheid	207
4.1	Beschikbaarheid gegevens	207
4.2	Gewenst onderzoek	207
5.	Leefwijzen	209
5.1	Verslaving	209
5.2	Leefwijzen overige topics	214
6.	Aanbevelingen voor onderzoeksactiviteiten	214

Bijlage I

De beschikbaarheid van gegevens en gewenst onderzoek

I Algemeen

Het doel van deze voorstudie is om in grote lijnen aan te geven wat bekend is over de gezondheidssituatie, de zorgvoorzieningen en het gezondheidsbeleid in de vier grote steden. Het gaat om het krijgen van een overzicht van inzichten, onderzoeken, voorzieningestructuur en beleid. Hoe ligt de problematiek. Van belang is dan de beschikbaarheid van gegevens, welke gegevens zijn waar beschikbaar en welke niet?

In deze bijlage wordt voorzover mogelijk aangegeven welke gegevens over de gezondheidssituatie in de grote steden voorhanden zijn en waar. Ook wordt ingegaan op gewenst onderzoek. Achtereenvolgens komt aan bod:

- gegevens over sterfte, ziekte en gezondheidsbeleving (2);
- gegevens over geestelijke gezondheid (3);
- gegevens over ongelijkheid in gezondheid (4);
- gegevens over leefwijzen (5);
- aanbevelingen voor onderzoeksactiviteiten (6).

2 Gegevens over sterfte, ziekte en gezondheid(sbeleving)

Ten aanzien van de gezondheidstoestand van de bevolking is een aantal soorten gegevens/informatiestromen van belang. Gegevens kunnen worden verkregen direct van de bevolking of via voorzieningen, kunnen betrekking hebben op arbeidsverzuim of op een bepaalde aandoening, enzovoort.

Gezocht is naar een bruikbaar handvat om een en ander zo overzichtelijk mogelijk te presenteren. Gekozen is voor een indeling zoals die staat weergegeven in het schema van Raat e.a. (1987, zie paragraaf 2.3.1).

De mortaliteitscijfers (sterftcijfers) zijn in principe de meest harde informatiebronnen, gegevens verkregen van de bevolking zelf (gezondheidsenquêtes) zijn waarschijnlijk het minst hard. Het schema geeft ruwweg van onder naar boven ook weer een toename van de ernst van gezondheidsproblemen en ook een afname in de mate van vóórkomen ervan.

Achtereenvolgens wordt gesproken over:

- mortaliteitscijfers;
- morbiditeitscijfers (ziektcijfers) tweede lijn, gegevens langdurig arbeidsverzuim;
- morbiditeitscijfers eerste lijn, gegevens BaGD'en en gegevens kortdurend arbeidsverzuim;
- gezondheidsenquêtes;
- conclusies en gewenst onderzoek.

2.1 Mortaliteitscijfers

Alle sterftegegevens zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), welke dit voor heel Nederland bijhoudt. Gegevens over deelpopulaties zijn bekend bij levensverzekeringsmaatschappijen, doch deze zijn minder goed toegankelijk.

Het CBS kon gegevens leveren over bijvoorbeeld de sterfte naar leeftijd, geslacht én doodsoorzaak per gemeente. Belangrijker is nog deze gegevens per wijk/buurt te hebben, daar grote verschillen tussen de stadsbuurten kunnen

optreden. Deze gegevens zijn in principe bij het CBS verkrijgbaar (tegen betaling), doch de praktijk wijst uit dat het moeilijk is deze gegevens te verkrijgen. Probleem is dat het CBS een monopoliepositie bekleedt en dat cijfers traag worden verstrekt.

2.2 Morbiditeitscijfers tweede lijn/gegevens langdurig arbeidsverzuim

Voor wat betreft de tweedelijnsvoorzieningen kan worden gedacht aan algemene ziekenhuizen, categoriale ziekenhuizen en verpleeghuizen en dergelijke. In principe zijn deze voorzieningen alleen toegankelijk via verwijzingen door de eerste lijn.

Gegevens over de aandoeningen waarvoor patiënten zijn opgenomen komen via het SIG (Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg) beschikbaar. Uit deze gegevens valt af te leiden welke diagnosegroepen veel voorkomen en welke stijgingen en dalingen zich in de loop van de tijd voordoen.

Voor de jaren 1981-1986 is onlangs een overzicht gegeven in het rapport *Gezondheid, ziekte en sterfte* (1987).

Over verschillende aandoeningen en trends erin wordt veel gepubliceerd door Hoogendoorn in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

In het bronnenboek voor de Gezondheidszorg (Elberse, 1986) wordt een overzicht van bronnen gegeven. Zo kunnen gegevens van *algemene ziekenhuizen* welke informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking bieden worden verkregen uit onder andere:

- publikaties Instellingen voor intramurale gezondheidszorg van het NZI (Nationaal Ziekenhuisinstituut). Jaarlijks worden patiëntengegevens opgenomen met betrekking tot onder andere aantallen opgenomen, ontslagen en overleden patiënten);
- diagnose-statistiek ziekenhuizen van het CBS. Deze bevat uitgebreide landelijke cijfers van vrijwel alle uit ziekenhuizen ontslagen patiënten met onder andere leeftijds- en geslachtsverdeling, diagnoses, herkomst van patiënten naar urbanisatiegraad, gemiddelde verpleegduur, enzovoort;
- de CBS-statistiek Intramurale gezondheidszorg, welke betrekking heeft op de door WVC erkende instellingen in deze sector en welke ook gegevens levert over onder andere aantallen opgenomen en ontslagen patiënten en gemiddelde verpleegduur;
- het Jaarboek Landelijke Medische Registratie (LMR) ressorteert onder de eerder genoemde SIG en geeft cijfers over uitsluitend klinisch behandelde patiënten naar een groot aantal kenmerken (onder andere ook leeftijd en geslacht, verzekeringssoort, hoofddiagnose, verpleegduur, enzovoort).

Over de situatie in grote steden is niet veel bekend; intramurale voorzieningen werken overigens ook vaak over de grenzen van de stad heen.

De data uit de NZI-publikaties zijn wel weergegeven op zowel landelijk niveau, provinciaal niveau én het niveau van de gezondheidsregio.

De CBS Diagnosestatistiek ziekenhuizen presenteert gegevens op landelijk niveau, de CBS-statistiek Intramurale gezondheidszorg op landelijk en provinciaal niveau; verstrekking van gegevens op lager dan provinciaal niveau is niet gebruikelijk.

Het Jaarboek Landelijke Medische Registratie geeft voornamelijk gegevens op landelijk niveau, maar enkele kerngegevens zijn per gezondheidsregio en voor de vier grote steden weergegeven. Verstrekking van andere gegevens kan plaatsvinden (tegen betaling) nadat aan enkele voorwaarden is voldaan (in verband met privacy).

Patiënten van een *verpleeghuis* hebben geen continue specialistische hulp nodig, maar wel voortdurende verpleegkundige zorg al dan niet in aansluiting op een medische behandeling. Er zijn verpleeghuizen voor somatisch zieken, voor psycho-geriatrische patiënten en gecombineerde verpleeghuizen voor beide categorieën.

Elberse (1986) noemt ook een aantal bronnen welke gegevens over verpleeg-

huispatiënten leveren, in de eerste plaats de volgende reeds genoemde bronnen:

- publikaties NZI Instellingen van intramurale gezondheidszorg;
- CBS-statistiek Intramurale gezondheidszorg.
Daarnaast kan genoemd worden:
- het Jaarboek SIG Verpleeghuis Informatie Systeem (SIVIS; vergelijk LMR voor klinisch behandelde patiënten); geeft cijfers over een groot aantal kenmerken als aantallen, ook naar leeftijd en geslacht, morbiditeit, herkomst patiënten, doel opname, enzovoort;
- de publikatie GGZ in getallen van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NCGV); geeft gegevens van patiënten in psycho-geriatrische verpleeghuizen (zie verder 1.2).

Evenals met betrekking tot algemene ziekenhuizen is ook met betrekking tot verpleeghuizen niet véél standaard bekend voor de situatie in de grote steden. De NZI-publicaties geven informatie op landelijk, provinciaal en gezondheidsregio-niveau, de CBS-statistiek Intramurale gezondheidszorg op landelijk en provinciaal niveau en het Jaarboek SIVIS vermeldt kenmerken op landelijk niveau, doch enkele kerngegevens zijn uitgesplitst voor provincie en gezondheidsregio.

Verstrekking van andere gegevens kan plaatsvinden (tegen betaling), nadat aan enkele voorwaarden is voldaan.

Naast algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn nog enkele tweedelijnsvoorzieningen te onderscheiden, als categoriale instellingen (bijvoorbeeld ver-slavingsklinieken, oogkliniek, enzovoort), psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Op de beschikbaarheid van patiëntengegevens van deze voorzieningen wordt in deze bijlage niet ingegaan.

Naast kortdurend arbeidsverzuim kunnen ook gegevens over *langdurig arbeidsverzuim* iets zeggen over de gezondheidstoestand van de bevolking; bedoeld wordt dan vooral arbeidsongeschiktheid in termen van de AAW of WAO, respectievelijk Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (een volksverzekering) en de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (voor werknemers). Ook deze gegevens zijn slechts van beperkte waarde, daar arbeidsverzuimgegevens niet alleen iets zeggen over ziekte, maar ook tot op zekere (onbekende) hoogte iets over andere zaken, zoals bijvoorbeeld verzuimgedrag, sociale zekerheidsstelsel, enzovoort.

Kenmerken van AAW- of WAO-verzekerden worden verstrekt in de uitgave statistische informatie van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Gegevens zijn beschikbaar over aantallen verzekerden en aantallen uitkeringsgerechtigden, ook naar geslacht en leeftijd, over mate van ongeschiktheid, diagnose, enzovoort.

Het betreft hier in principe cijfers op landelijk niveau. Gedetailleerde informatie kan verstrekt worden (tegen betaling); gegevens die na uitsplitsing zulke kleine eenheden opleveren dat deze herleid kunnen worden tot individuele personen worden niet verstrekt.

Conclusies

Landelijk zijn veel gegevens beschikbaar over patiënten opgenomen in intramurale voorzieningen (aantallen, diagnoses, enzovoort). Ook gegevens rond AAW en WAO werden in principe op landelijk niveau gepresenteerd. Op het niveau van de grote stad of de gezondheidsregio zijn ook enige gegevens beschikbaar of tegen betaling te verkrijgen.

Op enkele kenmerken zal het mogelijk blijken steden/gezondheidsregio's in zeer grote lijnen te vergelijken, waarbij rekening gehouden moet worden met het feit dat het verzorgingsgebied van de diverse intramurale voorzieningen vaak niet overeenkomt met stadsgrenzen, en dergelijke.

Op eventueel een enkele uitzondering na zullen gegevens niet standaard per

stadsbuurt aanwezig zijn, zodat de beschikbaarheid van deze gegevens in een project grootstedelijke gebieden vooralsnog beperkt blijft (tenzij extra inspanningen worden verricht).

Zogenaamde cliëntenregisters zouden veel informatie kunnen verschaffen. In Rotterdam worden deze momenteel ontwikkeld op het terrein van de GGZ, de drugshulpverlening, de uithuisplaatsing van jeugdigen en eventueel ten aanzien van de huisartsenzorg.

2.3 Morbiditeitscijfers eerste lijn, gegevens Basisgezondheidsdiensten en gegevens kortdurend arbeidsverzuim

Ook patiënten-/cliëntengegevens uit de eerstelijns hebben alleen beperkte waarde daar niet goed duidelijk is in hoeverre hulpvraaggegevens indicatief zijn voor de prevalentie van ziekten, en dergelijke. Doktersbezoek wordt bijvoorbeeld niet alleen beïnvloed door de gezondheid van personen én hun neurotische labiliteit, maar ook door opinie en beschikbaarheid van voorzieningen (Van der Zee, 1982).

Als belangrijke disciplines in de eerstelijns worden gezien de huisarts, de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, geneesmiddelenvoorzieningen, enzovoort. Eerstelijnsgegevens hebben betrekking op een geheel ander type morbiditeit dan tweedelijnsgegevens, onder andere daar nog geen selectie op ernst heeft plaatsgevonden. Daar eerstelijnswerkers dicht bij de bevolking werken kunnen patiëntengegevens wellicht vaker voor kleinere geografische eenheden worden verkregen, hetgeen voor een project grootstedelijke gebieden van belang lijkt.

Een belangrijke figuur in de eerstelijns is de *huisarts*. Patiëntengegevens worden onder meer verkregen via landelijke én plaatselijke peilstations; netwerken van huisartsenpraktijken. Landelijk is van belang het project Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland. Gegevens worden verkregen van een landelijk netwerk van (40 á 50) huisartsenpraktijken, de peilstations. Wekelijks wordt door artsen over bepaalde ziekten/handelingen gerapporteerd, rubrieken worden jaarlijks opnieuw vastgesteld en daarnaast vinden incidentele onderzoeken plaats. Met een zekere continuïteit zijn de volgende ziekten/handelingen gedurende de jaren als rubriek geregistreerd: influenza, abortus provocatus, morning-after pil voorgeschreven, sterilisaties en suïcide(pogingen). Gestreefd wordt naar een steekproef van circa 1% van de Nederlandse bevolking. Extrapolatie naar landelijk niveau en naar provinciegroepen is mogelijk, gebruik op lagere geografische schaal kan, gezien het kleine aantal peilstations, vertekenend werken (Elberse, 1986).

Amsterdam, Den Haag en Rotterdam hebben hun eigen peilstations. In Den Haag nemen 27 huisartsen deel aan het Huisartsenregistratiesysteem en de gezamenlijke praktijkpopulatie bestrijkt ongeveer 12% van de Haagse bevolking. Deze populatie is representatief voor Den Haag, voor de variabelen leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.

In 1986 werden de volgende ziektebeelden/gebeurtenissen geregistreerd: AIDS-vraag, acné vulgaris, ferroprive/anaemie bij kinderen (0-10 jaar), verwijzing met betrekking tot heupdysplasie/luxatie, diagnostic delay bij monocleosis infectiosa, suïcidaal gedrag, euthanasie(verzoek), kinkhoest. Resultaten staan vermeld in het jaarverslag 1986 (Huisartsen Registratiesysteem Den Haag, 1987).

Ook Amsterdam heeft een soortgelijk peilstationproject om na te gaan wat incidenties zijn van bepaalde ziekten en aandoeningen. In Amsterdam nemen 30 huisartsenpraktijken deel. In 1987 worden geregistreerd pelvic inflammatory disease, urethritis, bof, morning-after pil, angina pectoris, acute gastro-enteritis en verzoek om euthanasie of zelfdoding (GG en GD-Amsterdam, Jaarplan onderzoek 1987).

Aan het Rotterdamse peilstationproject nemen 25 huisartsenpraktijken in Rotterdam en omgeving deel. Het project is voornamelijk op infectieuze aandoeningen gericht en heeft min of meer een vast pakket van te registreren aandoeningen (Raat e.a., 1987). Geregistreerde aandoeningen zijn bijvoorbeeld mazelen, influenza, gonorrhoea, lues I en II, huisdierenbeet, enzovoort. Veel meer informatie komt beschikbaar als gewerkt wordt met een continue morbiditeitsregistratie, waarbij stelselmatig gegevens van (veel of) alle huisarts-patiëntencontacten worden verzameld, zodat het hele scala van aandoeningen/klachten bestreken wordt (bijvoorbeeld de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegse Universitaire Huisartsen Instituut). In deze zin zou van een soort cliëntenregister gesproken kunnen worden. In Rotterdam wordt momenteel door de GGD (afdeling Epidemiologie) en de Erasmus Universiteit (met name Huisartseninstituut en Medische Informatica) nagegaan of in deze stad hetzij een continue morbiditeitsregistratie, hetzij een uitgebreid peilstationproject kan worden ontwikkeld (zogenaamd Rotterdams Huisartsen Project, ROHAPRO, Raat e.a., 1987).

Naast de huisarts zijn andere *eerstelijnsdisciplines* van belang.

De wijkverpleging is de omvangrijkste taak van het kruiswerk en omvat onder meer het verplegen en verzorgen van de patiënt in de thuissituatie. Andere taken van het kruiswerk zijn moederschapszorg en kinderhygiëne, kraamzorg, bejaarden- en gehandicaptenzorg, uitlening van verpleeg- en andere artikelen, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, voedingsvoorlichting en bejaarden-gymnastiek (o.a. Minderhoud, 1987a).

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) kan personen in moeilijkheden (problemen in relaties, financiële problemen en dergelijke) bijstaan, kan begeleiden en bemiddelen, verwijzen naar meer gespecialiseerde voorzieningen, enzovoort. De gezinsverzorging geeft hulp aan gezinnen/personen wanneer deze moeilijkheden hebben of dreigen te krijgen op het terrein van de noodzakelijke verzorging. De tandarts biedt periodiek onderzoek van het gebit, behandeling en eerste hulp. Verloskundige zorg omvat de prenatale en natale zorg en de zorg voor moeder en kind tijdens de kraambedperiode. Verloskundigen kunnen in dienstverband van een ziekenhuis of kraamkliniek werken, doch ook zelfstandig gevestigd zijn. Fysiotherapeutische verrichtingen en oefentherapie volgens Mensendieck en César vormen paramedische hulp. Fysiotherapie vindt doorgaans plaats op verwijzing van huisarts of specialist en bestaat voornamelijk uit oefeningen. Logopedie omvat onderricht in het zuiver spreken en stemgebruik. Logopedisten zijn verbonden aan gezondheidsinstellingen en vrijgevestigd. De geneesmiddelenvoorziening in de extramurale gezondheidszorg wordt verzorgd door apotheken of door apotheekhoudende huisartsen.

Veel eerstelijnswerk is wijkgericht en patiëntengegevens zullen daarom ook van belang zijn om gegevens op buurt-/wijkniveau te genereren en om zo eventueel een vergelijking tussen buurten mogelijk te maken. Of een vergelijking tussen buurten onderling of steden onderling mogelijk is hangt af van de vraag in hoeverre gegevens op eenzelfde, vergelijkbare wijze worden geregistreerd. In een enkel geval worden op landelijk niveau statistieken bijgehouden. De Statistiek van de gezinsverzorging en gezinshulp CBS bijvoorbeeld, bevat onder andere de gegevens over aantallen gevallen van hulpverlening (bejaarden en niet-bejaarden). De cijfers worden landelijk weergegeven, uitgesplitst in provincies en de vier grote steden (Elberse, 1986). Voor de wijkverpleging is een wijkgericht administratiesysteem landelijk ingevoerd (de WAS). Hierin zijn aantal en aard van de contacten met cliënten opgenomen naast overige gegevens als bijvoorbeeld met betrekking tot spreekuren, overleg, enzovoort. Voor enkele andere eerstelijnsvoorzieningen worden dus in ieder geval vaak op stedelijk of zelfs wijkniveau bruikbare statistieken bijgehouden. Voor sommige eerstelijnsvoorzieningen is hier echter in het geheel geen sprake van.

Door *basisgezondheidsdiensten* worden veel gegevens verzameld, bijvoorbeeld de reeds genoemde huisartsenpeilstationsprojecten, gegevensverzameling rond periodiek geneeskundig onderzoek in het kader van de jeugdgezondheidszorg, gegevensverzameling rond keuringen, rond de registratie bij ambulancevervoer, enzovoort. Het voert te ver om hier op alle genoemde zaken in te gaan, hiervoor kan ook worden verwezen naar andere publikaties, met name het rapport de Epidemiologische taak van de Basisgezondheidsdiensten (Belleman, red. 1987).

Gegevens over *kortdurend arbeidsverzuim* geven een gebrekkige indicatie voor de gezondheidstoestand van de bevolking. Het kan gaan om arbeidsongeschiktheidgegevens, of om arbeidsverzuimgegevens verzameld in gezondheids-enquêtes. Van belang is verder de administratie rond de ziekwet welke relevante gegevens kan bevatten.

Aan de ziekwet (voor werknemers) wordt uitvoering gegeven door de bedrijfsverenigingen. Elk van de 26 bedrijfstakken heeft een eigen bedrijfsvereniging. Een aantal hiervan heeft hun administratie overgedragen aan het speciaal voor dit doel opgericht Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK).

Conclusies

In deze paragraaf besproken gegevens zijn belangrijk daar eerstelijns werkers vaak buurt-/wijkgericht werken en veel relevante gegevens over patiënten verzamelen. Op deze wijze is het mogelijk uitspraken te doen over de gezondheidstoestand van de bevolking, alhoewel natuurlijk in het oog gehouden moet worden dat deze cijfers (evenals cijfers van de tweede lijn) alleen betrekking hebben op personen die hulp krijgen, niet op anderen.

Er worden veel gegevens verzameld. Hetgeen niet wil zeggen dat al deze gegevens reeds toegankelijk zijn, al dan niet op het niveau van de grote stad. Uniforme registratie van alles zal ook niet mogelijk zijn, een alternatief hiervoor is werken met peilstationsprojecten.

In drie grote steden draaien bijvoorbeeld huisartsenpeilstationsprojecten, doch (nog) geen zogenaamde continue morbiditeitsregistraties.

In het algemeen kan gesteld worden dat nog niet veel gegevens standaard per (stads-)buurt aanwezig zullen zijn.

Het is denkbaar voor de gehele eerstelijns nauwkeurig te inventariseren welke (soorten) patiëntengegevens, waar (in welke steden) op welke wijze worden geregistreerd.

2.4 Gezondheidsenquêtes

Zeer veel gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking kunnen worden verkregen via gezondheidszorgvoorzieningen of van verschillende dataregisters. Echter, lang niet alle, veel gegevens kunnen alleen worden verkregen van de bevolking zelf. Gegevens bijvoorbeeld over personen die wel behoefte hebben aan hulp, maar die niet bekend zijn bij gezondheidszorgvoorzieningen zouden anders ontbreken. Ook kunnen met behulp van gezondheidsenquêtes geheel andersoortige gegevens verzameld worden, bijvoorbeeld belevingsgegevens/klachten, enzovoort.

In principe kunnen met behulp van gezondheidsenquêtes veel gegevens, in de breedte, worden verzameld, waarbij het vooral gaat om de perceptie van de mensen zelf. Een doorsnee gezondheidsenquête leent zich bijvoorbeeld niet voor het afnemen van een medische anamnese.

Over een aantal onderwerpen kunnen gegevens verzameld worden, onder andere (Garretsen en Wierdsma, 1984, 1985):

- a. de (subjectieve) gezondheidstoestand en -beleving;
- b. gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen;
- c. medische kennis en ervaringen met/meningen over gezondheidszorg;

- d. leefwijzen, riskante gewoonten;
- e. persoonsvariabelen en onderzoeksvariabelen (gegevens over sociaal wenselijk antwoorden, over enquêteurs, aantal rappels, enzovoort).

Het gebruik van (het aantal contacten met) de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen zegt iets over de gezondheidstoestand van de bevolking. Gegevens verkregen van de bevolking kunnen worden afgezet tegen gegevens eventueel verkregen van voorzieningen. Ook kan gevraagd worden naar de redenen van het gebruik van bepaalde voorzieningen.

Gevraagd kan verder worden naar het vóórkomen van een aantal (chronische) ziekten, naar arbeidsverzuim, naar het eigen oordeel over de gezondheid, of meer specifiek naar de gezondheidsbeleving (zoals bijvoorbeeld gepoogd wordt die te meten door de zogenaamde Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid over ervaren gezondheid).

Landelijke gezondheidsenquêtes worden in Nederland verricht, met name het Leef Situatie Onderzoek en de Gezondheidsenquête Medische Consumptie van het CBS.

Het Leef Situatie Onderzoek wordt sinds het begin van de 70-er jaren elke drie jaar gehouden, de gezondheidsenquête CBS sinds 1985. (Beide onderzoeken kunnen data leveren voor de grote steden.) De gezondheidsenquête is breder opgezet dan het gezondheidsdeel van het leefsituatieonderzoek en richt zich op een aantal gezondheidsaspecten, vooral de medische consumptie van de niet-geïnstitutionaliseerde bevolking.

Binnen de grote steden zijn er ontwikkelingen ten aanzien van de uitvoering van gezondheidsenquêtes.

In Rotterdam is een algemeen vóóronderzoek-gezondheidsenquête verricht dat tot doel had aan te geven wat het nut is van een dergelijke enquête en hoe een dergelijke enquête het best kan worden uitgevoerd (Garretsen en Wierdsma, 1984, 1985; Wierdsma en Garretsen, 1985).

Geconcludeerd is dat gezondheidsenquêtes van belang zijn in verband met:

- de gegevensverzameling in verband met planning van voorzieningen en activiteiten;
- het inventariseren van trends, het houden van een vinger aan de pols;
- de evaluatie van activiteiten;
- klachteninventarisatie en behoeftepeiling;
- opstellen gezondheidsindicatoren per wijk/buurt;
- gebruik voor specifieke GGD-activiteiten;
- dienstverlening aan derden;
- omnibusfunctie.

In 1987 is in een vijftal Rotterdamse wijken onder bruto 2.000 personen een uitgebreide enquête verricht (Reelick, 1988 en Tbet, 1988).

Najaar 1987 is gestart met een zogenaamde omnibusenquête onder vooralsnog bruto 3.000 respondenten waarin naast de GGD ook andere gemeentelijke diensten participeren. De afdeling Epidemiologie van de GGD vult de helft van de vragenlijst en verricht de dataverzameling en -verwerking. De bedoeling is deze omnibusenquête jaarlijks (of twee maal per jaar) te herhalen. Overwogen wordt er een panel-survey van te maken (herbenaderen van steeds dezelfde steekproef). Naar verwachting kunnen over een aantal jaren over zeer veel onderwerpen uitspraken worden gedaan op wijk-/buurniveau. Door de samenwerking met andere gemeentelijke diensten wordt het nog beter mogelijk ook vragen te stellen over (mogelijk) aan gezondheid gerelateerde onderwerpen op het gebied van bijvoorbeeld werken/werkloosheid/wonen/openbaar vervoer, sport en recreatie, enzovoort. Dit is zeer welkom in het kader van het gewenste facetbeleid, van het betrekken van gezondheid bij andere sectoren. Resultaten zullen worden meegenomen in het zogenaamde Rotterdams Epidemiologisch BUurtkenmerken Systeem (REBUS) van de afdeling Epidemiologie. In dit project kunnen de gegevens verkregen uit de omnibusenquête op buurniveau worden vergeleken met gegevens uit verschillende statistieken en met kwalitatieve gegevens (Van Oers e.a., 1988).

Ook de GGD-Utrecht heeft in 1984 een vooronderzoek gezondheidspeiling verricht (Oomen e.a., 1985). Sedert 1986 loopt een groter opgezette gezondheidspeiling met als hoofddoel het verkrijgen van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking in relatie tot het gebruik van en de behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen. Een bruto steekproef van 3.000 personen is niet alleen geënuquêteerd, maar ook lengte en gewicht zijn gemeten en bloed is afgenomen voor nader onderzoek.

Ook in Utrecht is het de bedoeling dat de gezondheidspeiling op een of andere wijze een continue activiteit zal worden.

In Amsterdam zijn in het verleden gezondheidsenquêtes verricht bijvoorbeeld in 1979 onder personen van 55 tot 65 jaar en in 1983 onder personen van 55 tot 79 jaar (in het kader van het project Zorgen van en voor chronisch zieken; Van der Bos e.a., 1985). Enkele algemene gezondheidsvragen aan een groter deel van de bevolking zijn gesteld in stedelijke omnibusenquêtes.

De bedoeling van de GG en GD is om in 1987/1988 te starten met een algemene gezondheidsenquête onder 5.000 Amsterdammers, onder andere om de resultaten van de vergelijkende buurtonderzoeken Amsterdam te toetsen (GG en GD-Amsterdam, Jaarplan onderzoek 1987).

De gemeente Den Haag verzorgt voorzover bekend zelf geen gezondheidsenquêtes. Wel wordt hier de mogelijkheid onderkend om van landelijke CBS-gezondheidsenquêtes uitdraaien te vragen op het niveau van de grote steden. Tot op zekere hoogte zijn de enquêteresultaten onderling vergelijkbaar. Een aantal vragen uit lokale gezondheidsenquêtes zijn overgenomen uit landelijke (CBS-)enquêtes. De verschillende lokale enquêtes hebben voor een deel overeenkomstige en voor een deel verschillende doelen.

In onderling overleg hebben onder andere de GGD'en Amsterdam, Utrecht en Rotterdam een bundel voorbeeld vragenlijsten gezondheidsenquêtes samengesteld om zodoende te bevorderen dat, voorzover over gelijke onderwerpen vragen worden gesteld, dit zo mogelijk ook op vergelijkbare wijze gebeurt. Naar verwachting zal het over enige jaren mogelijk zijn om in Rotterdam en Utrecht over een aantal kenmerken uitspraken te doen op buurtniveau (voor alle buurten). Ook zal het dan waarschijnlijk mogelijk blijken om enkele van de grote steden onderling te vergelijken op een aantal zaken betreffende de gezondheidstoestand.

2.5 Conclusies en gewenst onderzoek

Ten aanzien van de algemene (somatische) gezondheidstoestand van de bevolking blijkt een aantal soorten gegevens/informatiestromen van belang.

Sterftecijfers en doodsoorzaken zijn in principe op wijk-/buurtniveau te verkrijgen en vormen een belangrijke en harde indicator van de gezondheidstoestand. Gebleken is dat verschillen tussen stadsbuurten optreden.

Morbiditeitscijfers van de tweedelij zijn beschikbaar, echter veel meer op landelijk en op regionaal dan op (groot)stedelijk niveau. Hetzelfde geldt voor AAW-en WAO-gegevens. Over het algemeen zullen gegevens niet standaard op het niveau van de stad en stadsbuurt aanwezig zijn. Wel zijn ze van belang daar gebleken is dat verschillen per stadsbuurt kunnen optreden (geconstateerd voor met name ziekenhuisopnames en arbeidsongeschiktheid).

Morbiditeitscijfers van de eerstelij kunnen relatief veel informatie over kleinere geografische eenheden verschaffen. In principe wordt veel verzameld, doch vaak niet op een toegankelijke en vergelijkbare wijze. Voor wat betreft de gegevens van de eerstelij lijken vooral de huisartsenpeilstationsprojecten welke in drie grote steden draaien van belang. Een uitgebreidere vorm van dergelijke projecten of zelfs het ontwikkelen van continue morbiditeitsregistratie is wel het overwegen waard, in Rotterdam met name het zogenaamde ROHA-PRO (Raat e.a., 1987).

Ook gezondheidsenquêtes voorzien in belangrijke gegevens. Voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van de bevolking en vooral ook de beleving en

voor het signaleren van (grootstedelijke) problematiek kunnen deze enquêtes niét worden gemist.

Groot probleem is vooral dat véél informatie aanwezig is doch dat weinig op een systematische wijze aan elkaar gerelateerd en gekoppeld wordt.

Het vergelijken en zo mogelijk koppelen van gegevens verdient prioriteit en wel op het niveau van de grote stad en op het niveau van de stadsbuurt. Een eerste aanzet tot een dergelijke koppeling wordt door de GGD-Rotterdam gemaakt met het zogenaamde REBUS-project (Rotterdams Epidemiologisch BUurtkenmerken Systeem). In dit project wordt geïnventariseerd welke gegevens op welke wijze waar kunnen worden verkregen en voorzover mogelijk worden al deze gegevens op buurtniveau aan elkaar gekoppeld (analyse-eenheid is de buurt). In het kader van een project grootstedelijke gebieden zijn de resultaten van een project als REBUS des te meer van belang omdat niet alleen gezondheidsgegevens (als bijvoorbeeld sterftecijfers) worden verzameld, maar ook bijvoorbeeld demografische gegevens, sociaal-economische gegevens, huisvestingsgegevens, enzovoort. Op termijn dienen vooral ook resultaten van gezondheidsenquêtes (op buurtniveau) te worden ingevoerd, alsmede meer kwalitatieve gegevens verkregen van bijvoorbeeld sleutelfiguren uit de wijk.

Gewenst onderzoek

- Onderzoek gericht op het onderling relateren/koppelen van de zeer vele informatiestromen lijkt het meest gewenst omdat dan ook een beter inzicht in problematiek en in bijvoorbeeld onderlinge verschillen kan worden verkregen; gezondheidsprofielen van steden kunnen worden opgesteld. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan het uitbouwen/verbreden van het genoemde REBUS-project (zie boven). Nagegaan kan bijvoorbeeld worden wat de potentie van een dergelijk project is en in hoeverre het aantal opgenomen gegevenssoorten kan worden uitgebreid.
- Daarnaast is het zeer gewenst dat nagegaan wordt in hoeverre (prevalentie-)gegevens welke nu vooral op landelijk niveau beschikbaar zijn ook beschikbaar komen op het niveau van de grote stad (bijvoorbeeld veel morbiditeitscijfers tweedelijng).
- Voor wat betreft de eerstelijng kan wellicht meer geregistreerd en gekoppeld worden en vertaald naar het niveau van de buurt. Nagegaan moet worden voor welke soort gegevens dat mogelijk en wenselijk is. In ieder geval is een verdergaande registratie van huisartsgegevens te overwegen. Het ter hand nemen van een project als het genoemde ROHAPRO voorziet hierin.
- Het verder ontwikkelen en verbreden van gezondheidsenquêtes is essentieel.

3 Geestelijke gezondheid

Gesteld kan worden dat het bij de geestelijke gezondheid gaat om een geheel eigen (maar ook zeer moeilijk te definiëren) terrein. Om deze reden wordt aan een beschrijving van (de beschikbaarheid van) gegevens over de geestelijke gezondheid in een aparte paragraaf aandacht besteed. Gegevens over de geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking, over het vóórkomen van psychische en psycho-sociale problemen kunnen worden verkregen uit:

- patiënten-/cliëntengegevens;
- gegevens over zelfdoding;
- gezondheidsenquêtes (onderzoek onder de bevolking).

3.1 Patiënten-/cliëntengegevens

Bij de hulpverlening zijn gegevens over hulpvragen beschikbaar op verschillende niveaus/echelons.

De gang van een cliënt door het GGZ-circuit kan beschreven worden als lopend via een aantal zogenaamde filters. Achtereenvolgens zal een persoon vaak de volgende filters passeren: familie/kennissen – huisarts – ambulante zorg (als RIAGG) – intramurale zorg.

Naast de algemene geestelijke gezondheidszorg kan nog gedacht worden aan andere voorzieningen, bijvoorbeeld de hulp bij alcohol- en drugsproblemen (CAD's, verslavingsklinieken). In deze paragraaf zal voornamelijk aandacht worden besteed aan de algemene geestelijke gezondheidszorg.

In de eerste plaats de *intramurale zorg en dagbehandeling*.

Enkele van de in het voorafgaande genoemde bronnen zijn ook van belang voor de geestelijke gezondheidszorg, namelijk:

- de publikaties Instellingen van intramurale zorg van het Nederlands Ziekenhuis Instituut geven ook aantallen patiënten (opgenomen – ontslagen – overleden) voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen, categoriale psychiatrische ziekenhuizen (onder andere kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen, verslavingsklinieken, inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten), algemene en categoriale zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten. Ook zijn opgenomen instellingen met (al of niet uitsluitend) dagbehandeling en dagbehandeling verpleeghuizen;
- de statistiek Intramurale gezondheidszorg van het CBS levert gegevens over onder andere aantallen opgenomen en ontslagen patiënten en gemiddelde verpleegduur voor psychiatrische ziekenhuizen (dagbehandeling), psycho-geriatrische verpleeghuizen (+ dagbehandeling), en zwakzinnigeninrichtingen;
- het Jaarboek SIG Verpleeghuis Informatiesysteem (SIVIS) geeft ook voor psycho-geriatrische verpleeghuizen patiëntenkenmerken als aantallen, ook naar leeftijd en geslacht, diagnoses, herkomst, doel opname, enzovoort.

Naast deze reeds in 1.1.2 genoemde bronnen is voor de geestelijke volksgezondheid nog van belang:

- jaarlijkse publikaties GGZ in getallen van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NCGV). Patiëntengegevens als aantallen en gemiddelde verblijfsduur worden vermeld voor intra-, semi- en extramurale zorg. Het NCGV publiceert overigens ook de bundel GGZ in onderzoek waarin een overzicht wordt gegeven van sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheid (zorg), ook de intramurale, in Nederland. In deze bundel gaat het niet om patiëntengegevens, doch om vele diverse (ad-hoc) onderzoeken;
- sedert 1967 functioneert het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), een registratiesysteem uitgevoerd door de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV), nu door het SIG, in samenwerking met de Nationale Ziekenhuisraad, sectie geestelijke gezondheidszorg. Gepubliceerd wordt over diagnose bij opname én ontslag, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, herkomst, enzovoort;
- voor de verslavingszorg spelen ontwikkelingen als LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem) en RODIS (Rotterdams Drugs Informatie Systeem, loopt vanaf 1 januari 1988).

De NZI-gegevens zijn weergegeven op landelijk, provinciaal en gezondheidsregio-niveau. De CBS-statistiek Intramurale Gezondheidszorg verstrekt in principe gegevens op landelijk en provinciaal niveau. Het Jaarboek SIVIS vermeldt kenmerken op landelijk niveau, maar enkele kerncijfers zijn uitgesplitst naar provincie en gezondheidsregio en de NCGV-publicatie GGZ in getallen geeft naast landelijke gegevens ook gegevens op het niveau van de gezondheidsregio (Elberse, 1986).

Standaard zijn dus niet véél gegevens op het niveau van de grote stad voorhanden. Echter, op basis van de zogenaamde PIGG-gegevens zijn relevante specifieke onderzoeken verricht (zie 2.3.3).

De *ambulante geestelijke gezondheidszorg* omvat de (extramurale) hulpverlening, preventie en dienstverlening bij psychiatrische en psycho-sociale problematiek.

In deze paragraaf wordt *niet* ingegaan op voorzieningen als Blijf van m'n lijf, vrouwenopvang, telefonische hulpdiensten, enzovoort.

De volgende bronnen zijn te vermelden:

- de eerder genoemde NCGV-publicatie GGZ in getallen geeft ook cliëntgegevens (aantallen) voor de RIAGG's (Elberse, 1986);
- de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) geeft periodiek statistische zakboekjes uit. Het laatste beslaat de periode 1982 tot en met 1985 (NVAGG, 1987). Vermelde gegevens hebben betrekking op face-to-face contacten tussen hulpverleners en cliëntensystemen (individu, gezin of deel ervan) voor de meeste (niet alle) RIAGG's, wel wordt naar 100% geëxtrapoleerd. Cijfers hebben betrekking op aantallen cliëntensystemen, aantal en duur contacten, verwijzende instanties, aantallen groeps- en individuele behandelingen, instanties waarnaar verwezen, enzovoort.

De NCGV-publicatie geeft landelijke gegevens en gegevens op het niveau van de gezondheidsregio. Het NVAGG-zakboekje presenteert alleen landelijke cijfers. Gebruiksgegevens op het niveau van de (grote) stad worden verkregen via de bevolking (Gezondheidsenquêtes, 1.2.3) en via voorzieningen alleen standaard via bijvoorbeeld jaarverslagen van verschillende RIAGG's of door specifiek onderzoek. Deze jaarverslagen kunnen ook gegevens op wijkniveau bevatten. Echter een vergelijking van steden vergt dan een vergelijking van jaarverslagen en/of ander uitzoekwerk.

Gesteld is dat patiëntgegevens alleen een beperkte waarde hebben om iets te zeggen over de geestelijke gezondheid van de bevolking.

Voor wat betreft zowel intra- als extramurale gegevens zijn standaard niet veel gegevens op het niveau van de (grote) steden voorhanden.

Voor wat betreft gewenst onderzoek is aan te bevelen dat meer gegevens standaard beschikbaar komen. In dit opzicht kan een cliëntenregister een goede rol vervullen. Een cliëntenregister is een continue gegevensverzameling bij voorzieningen met een vergelijkbaar zorgaanbod in een duidelijk omschreven gebied, waarin gegevens per cliënt worden gekoppeld. In Rotterdam wordt nu, in samenwerking met de Stichting Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg een cliëntenregister GGZ ontwikkeld, in eerste instantie voor een aantal Rotterdamse buurten, na enkele jaren voor de gehele stad. Verzamelde gegevens hebben betrekking op aantallen en soort cliënten, verloop in de tijd, verwijzingen, enzovoort. Naast dit GGZ-register worden nog twee registers ontwikkeld, het Rotterdams Drugsinformatie Systeem (RODIS) en het Register Uithuisplaatsing jeugdigen (Garretsen, 1987; Van de Ven, 1987).

3.2 Zelfdoding

Naast gebruiksgegevens en gezondheidsenquêtes leveren gegevens over zelfdoding en pogingen tot zelfdoding een indicatie voor de geestelijke gezondheid van de bevolking. In principe zijn dergelijke gegevens via het CBS te verkrijgen.

Op het niveau van de grote stad zijn enige gegevens bekend doordat de categorie suïcidaal gedrag soms wordt meegenomen in huisartsenpeilstationsprojecten, of in andere projecten.

Daar zelfdoding één van de door het CBS geregistreerde doodsoorzaken is kunnen gegevens op stedelijk niveau én op buurtniveau worden aangevraagd. In Amsterdam wordt door de GG en GD momenteel onderzoek verricht om tot meer specifieke inzichten ten aanzien van suïcide, risicogroepen en -factoren te komen (Jaarplan onderzoek GG en GD-Amsterdam, 1987).

Geconcludeerd kan worden dat gegevens op het niveau van de grote stad en stadsbuurt in principe bij het CBS beschikbaar zijn.

3.3 Gezondheidsenquêtes/bevolkingsonderzoek

Gezondheidsenquêtes leveren ook ten aanzien van de geestelijke gezondheid gegevens over het gebruik van voorzieningen en de eigen gezondheidstoestand/-beleving.

Op soorten te verzamelen gegevens is in zijn algemeenheid eerder ingegaan. Meer specifiek kunnen gezondheidsenquêtes ook gebruikt worden voor onderwerpen als psycho-sociale problemen.

Bij het vaststellen van psycho-sociale problemen staat de beleving van het individu centraal. Over psycho-sociaal probleem kan men spreken wanneer een individu een gevoel van onwelzijn ervaart en tegelijkertijd van mening is dat het niet naar behoren (naar eigen maatstaven beoordeeld) functioneert (Ten Heine, 1982, geciteerd in Reelick, 1988). Als gesteld spreekt de Nota 2000 (1986) van een tijdelijke verstoring van het psychisch welbevinden door een van buiten komende oorzaak.

Eerder is aandacht besteed aan de landelijke gezondheidsenquêtes Leef Situatie Onderzoek en de Gezondheidsenquête Medische Consumptie van het CBS. Een en ander is zeer ten dele ook bruikbaar voor de geestelijke volksgezondheid. Recente onderzoeken in het land (niet landelijk!) zijn het zogenaamde Regioproject Nijmegen en het Eindhovens onderzoek Zorg voor ouderen. Ook in enkele gezondheidsenquêtes voor grote steden wordt momenteel aandacht besteed aan psycho-sociale problematiek, te weten:

- de Gezondheidspeiling Utrecht waarin met behulp van enkele schalen gepoogd wordt het vóórkomen van psychische klachten te meten (onderzoeksontwerp Gezondheidspeiling, GG en GD-Utrecht, 1986);
- een Rotterdamse gezondheidsenquête in vijf Rotterdamse wijken in 1987 waarbij het vóórkomen van psycho-sociale problemen ook is gemeten door enkele schalen (doch andere dan in Utrecht gebruikt) (Reelick, 1988).

Op basis van het regio-project Nijmegen zou kunnen worden verondersteld dat stadsmensen een risicogroep vormen (Nota 2000).

Naar verwachting is het (over enkele jaren) in Rotterdam en Utrecht mogelijk uitspraken te doen op buurtniveau over de prevalentie van psycho-sociale problematiek. Wellicht dat het dan ook mogelijk is deze steden onderling te vergelijken om beter risicogroepen te kunnen traceren, enzovoort.

3.4 Conclusies en gewenst onderzoek

Over de geestelijke gezondheidstoestand kunnen indicatoren worden verkregen via patiëntengegevens, aantal (pogingen tot) zelfdodingen en (gezondheids-)enquêtes.

Standaard zijn niét veel patiëntengegevens op het niveau van de grote stad beschikbaar, wel zijn enkele relevante (éénmalige) analyses op patiëntenbestanden verricht. Gegevens over zelfdoding worden nog niet véél geanalyseerd op het niveau van de grote stad, doch in principe lijkt dit wel mogelijk (zie onderzoek GG en GD-Amsterdam). (Gezondheids-)enquêtes kunnen inzicht geven in de door de bevolking ervaren psycho-sociale problematiek, eventueel ook in psychiatrische problematiek. Dergelijke enquêtes worden echter nog weinig verricht in de grote steden.

In zijn algemeenheid is rond geestelijke gezondheid, rond psycho-sociale en psychiatrische problematiek, veel onderzoek gewenst. Zowel etiologisch onderzoek naar oorzaken van problematiek als onderzoek naar de vraag wanneer en hoe een bepaalde belasting leidt tot daadwerkelijke problemen is van belang. Bij dit laatste kan gedacht worden aan bijvoorbeeld algemeen onderzoek rond coping, sociale steun en sociale netwerken. Voor een overzicht van onderzoek, lacunes en aanbevelingen in deze zie Koeter-Kemmerling e.a. (1987).

In het kader van een project grootstedelijke gebieden zou gedacht kunnen worden aan:

- nagaan of en in hoeverre sociale steun en participatie in sociale netwerken in grote steden anders ligt dan elders;
 - nagaan in hoeverre leefstijlen, factoren rond verkeer, wonen, verslaving, enzovoort in grote steden voor een extra psycho-sociale belasting zorgen (zie verder 1.2);
 - het uitvoeren van effectonderzoek en beleidsonderzoek;
 - waarborgen dat meer gegevens, standaard, beschikbaar komen op het niveau van de grote stad(sbuurt), bijvoorbeeld (CBS-)gegevens over zelfdoding standaard-analyseren; (eventueel ad-hoc) analyseren van patiëntengegevens (als PIGG-gegevens) en stimuleren van (gezondheids-)enquêtes op het terrein van de geestelijke gezondheid.
- Voor wat betreft het gebruik van patiëntengegevens zijn cliëntenregisters aan te bevelen. Daarnaast lijkt een koppeling van gegevens gewenst (als bijvoorbeeld in het Rotterdamse REBUS-project).

4 Ongelijkheid in gezondheid

4.1 Beschikbaarheid gegevens

In de Nota 2000 wordt aandacht besteed aan de beschikbaarheid van gegevens. Geconcludeerd wordt dat in de doodsoorzakenstatistiek-CBS géén gegevens zijn opgenomen die een relatie zouden kunnen leggen tussen sociale klasse, sterfteoorzaak en ziektegedrag. Hetzelfde geldt voor de continue registratie van medische consumptie als de SMR, PIGG, SIVIS, diverse CBS-statistieken enzovoort (voor omschrijving zie hoofdstuk 1).

Ook in de landelijke continue morbiditeitsregistratie peilstations huisartsen worden geen sociaal-economische kenmerken geregistreerd. Wel in een NIVEL-morbiditeitsstudie in huisartsenpraktijken (Nota 2000, 1986). Zoals eerder bleek zijn wel gegevens beschikbaar uit gezondheidsenquêtes en vele éénmalige onderzoeken.

Ook voor de grote steden zijn standaard niet veel gegevens voorhanden. Wel worden belangrijke (éénmalige) onderzoeken uitgevoerd. Lokale gezondheidsenquêtes vinden wel in enkele grote steden plaats, deze enquêtes bevatten ook indicatoren als opleiding en beroep.

Een project waarin (op buurtniveau) door de jaren heen gepoogd gaat worden sociaal-economische factoren te relateren aan gezondheidsindicatoren is het genoemde Rotterdamse Epidemiologische BUurtkenmerken Systeem (REBUS).

4.2 Gewenst onderzoek

Ten aanzien van verschillen in gezondheid en de rol van sociaal-economische factoren daarbij zijn nog vele vragen te beantwoorden als:

- welke verschillen zijn bij welke groepen te constateren;
- hoe ontwikkelen deze verschillen zich in de tijd en hoe veranderen risicogroepen in de tijd;
- wat is de relatie tussen sociaal-economische factoren en gezondheid. Speelt selectie een rol (hebben gezondere personen een hogere opwaartse mobiliteit) en andersom, wat is de invloed van ses op gezondheid. Wat is de rol van andere indicatoren dan ses. Van der Maas e.a. (1987) schetsen de contouren van een onderzoeksstrategie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen, waarbij naast vragen als bovengenoemd ook aandacht wordt gevraagd voor vragen als hoe kunnen sociaal-economische gezondheidsverschillen veranderd worden, in hoeverre is dat acceptabel en in hoeverre wordt een en ander als een politiek of beleidsprobleem ervaren.

Vier invalshoeken voor een mogelijk onderzoeksprogramma worden genoemd, te weten:

- beschrijvend onderzoek (zijn er verschillen, hoe groot, ontwikkeling in de tijd);
- verklarend onderzoek (hoe ontstaan verschillen, bijdrage verschillende determinanten en hoe onderlinge beïnvloeding);
- interventieonderzoek (waar ingrijpen voor verandering, wat is het te verwachten effect);
- beleidsonderzoeken (worden verschillen als politiek of beleidsprobleem ervaren, hoe valt dit te beïnvloeden en is interventie acceptabel).

Voor een uitwerking van deze invalshoeken zie Van der Maas e.a. (1987). Belangrijk in dit kader is dat een voorstel voor een (landelijke) onderzoeksprogrammering wordt gedaan welke goed is onderbouwd en waarschijnlijk breed wordt gedragen. Zeer kort samengevat worden de volgende elementen genoemd:

- *beschrijvend onderzoek:*

1. ontwikkelen van sociaal-economische kenmerken/classificaties voor uniform gebruik in registraties/wetenschappelijk onderzoek;
2. opsporen gegevensbestanden waarin informatie over sociaal-economische kenmerken zijn opgenomen naast verklarende factoren en/of gezondheidseffecten;

- *verklarend onderzoek:*

3. onderzoek naar gezondheidselectieve mobiliteit;
4. onderzoek naar verdeling van incidentie/prognose bepalende factoren over sociaal-economische strata (factoren als verdeling van beroepsrisico's, leefwijzen, gezondheidsgedrag, voorzieningengebruik, enzovoort);
5. nader onderzoek naar de rol van de gezondheidszorg;
6. onderzoek naar de relatie tussen innovatieprocessen – sociaal-economische gezondheidsverschillen;
7. longitudinaal onderzoek met lange looptijd (te gebruiken voor zowel beschrijving als verklaring);

- *interventieonderzoek:*

8. opnemen ses-gegevens in allerhande interventieonderzoek; onderzoek rond te verwachten veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg en het stelsel van ziektekostenverzekering;
9. ontwikkelen van computermodellen om interventie-effecten te schatten; het zoeken naar onderlinge samenhang in kennis over gezondheidsverschillen en verklaringen.

Een strategische aanpak voor een zesjarig onderzoeksprogramma wordt dan door Van der Maas e.a. voorgesteld.

Daar ongelijkheid in gezondheid een grootstedelijke topic van belang is, zou in ieder geval nagegaan kunnen worden in hoeverre de bovengenoemde elementen van een onderzoeksprogramma (ook) kunnen worden uitgevoerd op het niveau van de grote stad.

Een beschrijving van de situatie lijkt in ieder geval ook voor de grote steden gegeven te moeten kunnen worden. Beschrijvend onderzoek als door Van der Maas e.a. genoemd ad 1 en 2, is dan zeker van belang. Landelijke ontwikkelingen dienaangaande dienen te worden gevolgd en voor zover mogelijk beïnvloed. Vooralsnog kan echter niet véél verwacht worden van (landelijke) registraties. In 1980 al concludeerden Van Sonsbeek en Bonte dat de mogelijkheden om meer sociale gegevens (als gezinssamenstelling, beroep en sociale klassen) te verzamelen door middel van landelijke registraties niet zeer groot lijken. Zonder het belang van dergelijke registraties uit het oog te verliezen, zou daarom in ieder geval ook voldoende aandacht besteed moeten worden aan lokale gezondheidsenquêtes (zoals deze ontwikkeld zijn of worden in Rotterdam, Utrecht en Amsterdam, zie onder andere Garretsen en Wierdsma, 1984; Oomen e.a. 1985 en Belleman, 1987) en aan brede onderzoeken met de buurt als analyse-eenheid, zoals het genoemde REBUS (Van Oers e.a., 1987). De beste vorm van onderzoek naar mogelijke verklarende factoren, naar ont-

wikkelingen in omstandigheden enzovoort lijkt longitudinaal onderzoek als bepleit door Van der Maas e.a. (1987), Wijnberg en Joling (1987) en in de Nota 2000 (1986). Een uitvoering van een dergelijk onderzoek in een grote stad in combinatie met een gezondheidsenquête en een project als REBUS (omvat gegevens uit gezondheidsenquêtes én andere data) lijkt ideaal en kan dus zeker aanbevolen worden.

Tot slot kan beleidsonderzoek een punt van aandacht zijn. Vragen rond de plaats van ongelijkheid in ongezondheid op de politieke agenda zijn van belang. Worden sociaal-economische gezondheidsverschillen als probleem ervaren, wat zijn eventuele tegenstellingen tussen de rol van de landelijke en lokale overheden, worden interventies als acceptabel gezien? En in hoeverre werkt het feit dat het hier om een intersectoraal vraagstuk gaat belemmerend? Wijnberg en Joling (1987) signaleren terecht dat intersectorale actie complex is, politieke weerstand oproept in verband met de (her)verdeling van politieke macht en psychologische weerstand oproept, omdat vaak niet duidelijk is voor instellingen wie scoort en dergelijke.

5 Leefwijzen

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op een aantal te onderscheiden leefwijzen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- verslaving;
- overige topics.

5.1 Verslaving

In de paragraaf verslaving wordt achtereenvolgens ingegaan op alcohol, tabak slaap- en kalmerende middelen en (andere) drugs.

Alcohol

Er zijn verschillende manieren om te bepalen hoeveel alcohol wordt gebruikt en in hoeverre problemen rond dat gebruik spelen.

Voor wat betreft het *gebruik van alcohol* kunnen gegevens verkregen worden van de producenten én van de consumenten (in dat geval gaat het alleen over de hoeveelheid alcohol welke gedronken wordt, ongeacht de vraag of dit gebruik problemen met zich meebrengt).

Het Produktschap voor Gedistilleerde Dranken geeft jaarlijks een overzicht van de gemiddelde alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking in Nederland. Over het algemeen zijn geen alcoholverkoopstatistieken per gemeente beschikbaar, een uitzondering hierop wordt gevormd door de omzet van gedistilleerde dranken in Amsterdam en Den Haag (Raat, 1987). Daar de verhouding met het gebruik van andere soorten alcoholhoudende dranken niet bekend is c.q. per gemeente kan verschillen, heeft deze indicator slechts een beperkte waarde.

Naast verkoopstatistieken kan een beeld van de omvang van het alcoholgebruik worden verkregen door mensen rechtstreeks naar hun alcoholconsumptie te vragen. Het gaat hierbij in de praktijk om surveyonderzoek onder een steekproef uit de bevolking. Voordeel van surveyonderzoek is dat informatie per bevolkingsgroep mogelijk is en ook dat informatie voor kleine geografische eenheden verkregen kan worden.

Nadeel is de onderschatting van het alcoholgebruik welke kan ontstaan doordat geïnterviewden bewust of onbewust (vergeten), een te lage consumptie opgeven (onder andere Garretsen, 1983). Als de gemiddelde alcoholconsumptie zoals deze blijkt uit surveydata wordt vergeleken met de gemiddelde consumptie per hoofd van de bevolking, zoals die blijkt uit verkoopstatistieken, dan leveren de surveys ongeveer een onderschatting op van 51 à 56% (Knibbe e.a., 1985).

Vanaf 1958 is een aantal grotere surveys verricht.

Landelijk onder andere de onderzoeken van Gadourek (1963, dataverzameling 1958), Jessen (1974), Sijlbing (1978), Adriaanse e.a. (1981) en Projectgroep Alcohol Voorlichtingsplan (1986). Regionaal o.a. een onderzoek in een aantal oost-Nederlandse gemeenten (Schippers e.a. 1978, 1980) en onderzoeken in Rotterdam en Limburg (Garretsen, 1982, 1983; Knibbe, 1982, 1984; Garretsen en Knibbe, 1983).

Ook uit de surveys blijkt dat de alcoholconsumptie sedert 1958 sterk is toegenomen.

Voor Rotterdam zijn zeer veel gegevens over het gebruik bekend uit het in 1980/1981 verrichte onderzoek aldaar (Garretsen, 1982, 1983).

Voor wat betreft de overige grote steden zijn minder gegevens voorhanden. Op basis van de Rotterdamse gegevens kunnen wel schattingen gemaakt worden (Raat, 1987) en in landelijk onderzoek wordt soms apart over de grote steden gerapporteerd.

Het aantal *excessieve drinkers* kan geschat worden op basis van surveyonderzoek en op basis van vaak reeds voorhanden zijnde statistische gegevens. Bij dit laatste kan onder andere gedacht worden aan schattingen op basis van sterftcijfers (sterfte ten gevolge van alcoholisme, ten gevolge van zelf-doding of ten gevolge van levercirrose, zogenaamde formule van Jellinek) en aan de zogenaamde Ledermannformule (Garretsen, 1983).

De Ledermannformule is gebaseerd op de gemiddelde jaarlijkse consumptie van absolute alcohol à 100 vol.%.

Deze Ledermannformule wordt relatief veel gehanteerd doch is ook aan veel kritiek onderhevig en kent problemen bij de praktische toepassing.

Daar de alcoholconsumptie (verkoopcijfers) niet per gemeente bekend is, zijn ook geen schattingen per gemeente mogelijk met de Ledermannformule. Dit kan wel gebeuren met schattingen op basis van sterftcijfers (Raat, 1987). Ook deze methoden kennen nadelen.

Op basis van surveygegevens kan dus een beeld worden verkregen van het voorkomen van excessief drinken, waarbij ook gewerkt kan worden met verschillende afkappunten bij het classificeren van mensen in categorieën, bijvoorbeeld lichte drinkers, matige drinkers, excessieve drinkers. Onderscheid kan verder gemaakt worden naar bevolkingsgroepen en naar geografische gebieden.

Uit het genoemde Rotterdamse survey zijn veel gegevens bekend. Over de overige grote steden is minder informatie voorhanden.

Een nadeel van het gebruik van surveygegevens is als gezegd de optredende onderschatting.

Gegevens over *problemen rond drinken* zijn te verkrijgen uit statistieken en uit surveys (Garretsen, 1985a; Raat, 1987).

Over bepaalde alcoholproblemen zijn gegevens uit statistieken te verkrijgen, bijvoorbeeld met betrekking tot mortaliteit en klinische morbiditeit van aan alcohol gerelateerde aandoeningen als alcoholisme, alcoholpsychose en levercirrose en met betrekking tot verkeersongevallen en rijden onder invloed. Daarnaast zijn enige behandelgegevens van de alcoholhulpverleningsinstellingen voorhanden.

De Stichting Medische Registratie publiceert geregeld de aantallen in algemene ziekenhuizen opgenomen patiënten wegens misbruik van alcohol (Hooendoorn, 1976, 1978, 1983). Een groot aantal ziekten wordt onderscheiden, waaronder alcoholisme, alcohol-psychose en de alcoholische levercirrose. De Zwart (1985) geeft (landelijke) sterftcijfers met betrekking tot levercirrose, alcoholpsychose en alcoholisme als primaire of secundaire doodsoorzaken, van 1960 tot 1984.

Raat (1987) geeft cijfers voor Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Haarlem met betrekking tot chronische leverziekte en -cirrose en met betrekking tot de subdiagnose alcoholische levercirrose.

Met betrekking tot de alcoholconsumptie zijn gegevens van producenten (verkoopcijfers) en gegevens van consumenten (surveys) verkrijgbaar.

De verkoopcijfers zijn betrouwbaarder, doch níét per gemeente beschikbaar. Surveygegevens zo nodig wel. Surveygegevens kennen echter nadelen, zoals de onderschattingsproblematiek en het feit dat het een relatief grote inspanning vergt (ook financieel) ze te verkrijgen. Voor wat betreft het vóórkomen van excessief drinken en problemen rond drinken zijn statistische gegevens, surveygegevens alsmede schattingsmethoden gebaseerd op statistische – of surveygegevens voorhanden.

De diverse schattingsmethoden kennen uiteenlopende nadelen. De gegevens uit statistieken lijken vaak bruikbaar en worden landelijk ook regelmatig gepubliceerd. Gegevens over de situatie in de grote steden dienen vaak speciaal aangevraagd/bewerkt te worden, doch dit is niet onoverkomenlijk. Surveygegevens kennen het voordeel dat over alle alcoholproblemen gegevens te verzamelen zijn, zodat witte vlekken kunnen worden vermeden. Daarnaast komt informatie beschikbaar per bevolkingsgroep en zijn relaties met andere variabelen te leggen.

Door de benodigde (financiële) inspanningen zullen uitgebreide surveys echter niet vaak verricht kunnen worden.

Diepgaand (epidemiologisch/sociaal wetenschappelijk) onderzoek vindt tot op heden plaats bij enkele universiteiten bij het SWOAD (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Alcohol en Drugs, recent opgegaan in het NIAD) en bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Rotterdam. Uitgebreid onderzoek toegepast op een grote stad heeft alleen in Rotterdam plaatsgevonden.

Wat in de toekomst wenselijk lijkt is:

- a. nader onderzoek naar probleemdrinken en samenhangende factoren, én veranderingen daarin (longitudinaal onderzoek);
- b. voor de (grote) steden lijkt vooral van belang de relatie alcohol en andere maatschappelijke verschijnselen uit te diepen, alcohol en ander druggebruik en vandalisme/agressiviteit en criminaliteit, enzovoort;
- c. het periodiek verrichten van onderzoek naar, het vóórkomen van alcoholgebruik en samenhangende problemen in de grote steden door bijvoorbeeld éénmaal per (paar) jaar zoveel mogelijk statistieken te vertalen naar/te bewerken voor de situatie in de grote steden en door bijvoorbeeld éénmaal per vijf á tien jaar verrichten van een groter survey naar probleemdrinken.

Tabak

Over de situatie ten aanzien van het roken in de grote steden is niet veel gepubliceerd. Rond roken in het algemeen is wel veel onderzoek gedaan. Toekomstig onderzoek zou bijvoorbeeld gericht kunnen zijn op de gevolgen van passief roken, op eventuele tegenstellingen tussen rokers en (actieve) niet-rokers, op effecten van een gevoerd beleid, enzovoort.

In het kader van dit rapport staat echter de vraag centraal in hoeverre voldoende gegevens beschikbaar zijn over de situatie in grootstedelijke gebieden. Het bleek op korte termijn níét mogelijk veel informatie te verkrijgen over de situatie in dergelijke gebieden.

Geconcludeerd zou dus kunnen worden dat nader onderzoek/nadere analyses hiernaar wenselijk zijn. Uit de tot op heden beschikbare gegevens lijkt echter toch naar voren te komen dat dit géén prioriteit zou hoeven te hebben. Voor wat betreft specifieke grootstedelijke problemen lijken andere verslavingsproblemen, rond andere drugs, meer van belang.

De bepaling van de omvang van het gebruik van slaap- en kalmerende middelen kan op verschillende wijze geschieden, namelijk door gebruik te maken van gegevens over verkochte eenheden, van gegevens over recepten of door gebruikers te benaderen.

Elke methode kent problemen (onder andere Garretsen, 1985b). Indien bijvoorbeeld naar recepten wordt gekeken wordt de potentiële consumptie gemeten, niet de werkelijke consumptie. Indien bijvoorbeeld door vragenlijsten bij consumenten wordt gemeten in hoeverre gebruikt wordt (al dan niet op voorschrift) treedt onderschatting op, bewust of onbewust (geheugeneffect). Deze onderschattingsproblematiek is analoog aan de onderschatting bij alcoholgebruik/-problemen.

Voordeel van het gebruik van enquêtes is weer dat uitsplitsing naar bevolkingsgroep mogelijk is en dat gebruik met andere variabelen in verband kan worden gebracht.

Tot 1981 zijn verschillende onderzoeken onder de bevolking naar het gebruik van slaap- en kalmerende middelen verricht. Het is echter moeilijk vergelijkingen te maken of trends vast te stellen daar onderzoeken kunnen verschillen naar onderzoeksgroepen, vraagstellingen, definiëring van begrippen, enzovoort. Sedert 1981 wordt dan het CBS continu gevraagd naar het gebruik gedurende de 14 dagen voorafgaand aan het interview (Van de Brekel, 1983, 1987). Verschillen kunnen optreden tussen bevolkingsgroepen naar gebruik met of zonder voorschrift. Zo lijkt voor ouderen te gelden dat medicijngebruik op recept iets groter is en voor jongeren dat relatief wat vaker zonder recept wordt gebruikt (Garretsen en Wierdsma, 1984).

Epidemiologische gegevens over de mate van vóórkomen van genoemde problemen rond het gebruik zijn níét veel voorhanden, zeker niet voor de situatie in kleinere geografische gebieden.

Geconcludeerd kan worden dat gegevens te weinig voorhanden zijn. Rond het gebruik van slaap- en kalmerende middelen zou veel onderzoek kunnen gebeuren, prevalentie-onderzoek (onderzoek naar het vóórkomen van) en etiologisch onderzoek (onderzoek naar oorzaken), onderzoek naar gezondheidseffecten, naar effecten van (veranderend) voorschrijfgedrag, enzovoort.

Grootstedelijke gebieden lijken af te wijken van andere gebieden ten aanzien van de prevalentie (en gevolgen) van het gecombineerde gebruik met bijvoorbeeld opiaten. Onderzoek daarnaar zou daarom in het kader van het project Grootstedelijke gebieden gewenst kunnen zijn.

Drugs

Het is al moeilijk te schatten hoeveel mensen legale drugs als alcohol gebruiken. Met betrekking tot de illegale drugs (zoals opiaten) ligt dit nog veel moeilijker. Het gebruik van surveys, van enquêtes onder de bevolking, lijkt nauwelijks zinvol.

Een tweede methode, het gebruik maken van gegevens van de hulpverlening, is ook slechts ten dele zinvol, lang niet elke druggebruiker krijgt hulp of is bekend bij bijvoorbeeld de Gemeentelijke Sociale Dienst of politie.

Ook een derde methode is discutabel, te weten het verkrijgen van gegevens via informanten, via personen die een bepaalde scene goed kennen.

Geconcludeerd kan worden dat, voorzover er gegevens over aantallen gebruikers en dergelijke beschikbaar zijn, deze altijd gebaseerd zijn op, vaak zeer grove schattingen!

Dit geldt ook voor cijfers over in beslag genomen stoffen. Deze zeggen niet alleen wat over ontwikkelingen in gebruik, doch ook bijvoorbeeld over (het succes van) het opsporingsbeleid.

Gegevens rond druggebruik zijn dus ten dele voorhanden en variëren van schattingen over aantallen gebruikers tot meer uitgebreide gegevens over personen die methadon verstrekt krijgen.

Onderzoek wordt verricht door universiteiten, GGD'en (onder andere Amsterdam en Rotterdam), hulpverlenende instellingen en de SWOAD. Meer onderzoek is gewenst naar onder andere:

- gezondheidsproblemen (waaronder AIDS);
- gebruik beïnvloedende factoren (vooral ook factoren van invloed op de start van het gebruik;
- hulpverlening en therapiemogelijkheden (bijvoorbeeld acupunctuur, Garretsen e.a., 1986; Geyer, 1987), preventie en beleid;
- prevalentieonderzoek (via bijvoorbeeld de zogenaamde informanten en/of sneeuwbalmethode). Ook bij de nieuwe groepen gebruikers als bepaalde migrantengroepen.

Cliëntenregisters bijvoorbeeld kunnen zinvolle informatie verschaffen over gebruikers die cliënt zijn bij een instelling, over de gegeven hulpverlening en over verwijsstromen (bijvoorbeeld het RODIS: Rotterdams Drugsinformatie Systeem).

Daar druggebruik een typisch verschijnsel van de grote stad is, is onderzoek rond dit gebruik en aan dit gebruik gerelateerde zaken van belang in het kader van het project grootstedelijke gebieden.

Conclusies ten aanzien van verslaving

Het is op korte termijn niet mogelijk gebleken betrouwbare gegevens over het gebruik van tabak en slaap- en kalmerende middelen te verkrijgen op het niveau van de stad. Gegevens over problemen rond alcoholgebruik in de grote steden zijn verkregen, doch deze zijn niét standaard voorhanden. Met betrekking tot het gebruik van illegale harddrugs zijn er schattingen van het aantal gebruikers in de (grote) stad.

In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat gegevens over verslavingsproblemen voor kleinere geografische eenheden als de (grote) stad niét in voldoende mate aanwezig zijn.

Geconcludeerd zou dus kunnen worden dat het wenselijk is inzicht in verslavingsproblemen op gemeentelijk niveau te verkrijgen, zo zou:

- a. periodiek onderzoek verricht kunnen worden voor de prevalentie van het gebruik van diverse middelen en naar problemen rond dat gebruik, door bijvoorbeeld:
 - periodiek (éénmaal per (paar) jaar)) zoveel mogelijk statistieken te vertalen naar/te bewerken voor de situatie in de grote steden;
 - periodiek (bijvoorbeeld éénmaal per vijf á tien jaar) verrichten van grotere surveys naar verslavingsproblemen).
- Vele andere vormen van onderzoek kunnen genoemd worden als wenselijk, of vanuit het gezichtspunt van de grote stad, of vanuit het gezichtspunt van (oplossingen zoeken voor) de problematiek of vanuit wetenschappelijk gezichtspunt, *bijvoorbeeld*:
- b. onderzoek naar verslavingsproblemen én samenhangende factoren en veranderingen daarin (longitudinaal):
 - c. onderzoek naar de relatie excessief alcoholgebruik/heroïnegebruik/polydruggebruik en maatschappelijke verschijnselen als vandalisme, agressiviteit, criminaliteit;
 - d. onderzoek naar specifieke met gebruik samenhangende gezondheidsproblemen als spuiten – AIDS;
 - e. onderzoek naar gevolgen van passief roken;
 - f. onderzoek naar normen en tegenstellingen rond gebruik, bijvoorbeeld naar tegenstellingen tussen rokers en niet-rokers;
 - g. onderzoek rond effecten van beleidsmaatregelen en van preventieve acties;
 - h. onderzoek rond voorschrijfgedrag van onder andere slaap- en kalmerende middelen.

5.2 Leefwijzen overige topics

Over het algemeen bleek het op korte termijn niet mogelijk veel betrouwbare en vergelijkbare epidemiologische gegevens te verkrijgen over zaken als voedingsgewoonten, bewegingsgewoonten, verkeersgedrag en gewelddadig gedrag in de grote steden vergeleken met de rest van het land. Soms zullen deze gegevens er niet zijn, soms zijn ze wellicht wel (na enig uitzoeken) te verkrijgen (bij bijvoorbeeld politie in het geval van gewelddadig gedrag). Dat in deze studie nog niet tot het uiterste is getracht om gegevens over bijvoorbeeld verkeers- en geweldslachtoffers te achterhalen, wil niet zeggen dat het een minder belangrijke problematiek zou betreffen!

Verskillende soorten onderzoek lijken wenselijk, in ieder geval:

- a. verzamelen van epidemiologische basisgegevens, voor alle in deze paragrafen genoemde zaken, ook voor geografisch kleinere gebieden (als grote steden), zal soms mogelijk zijn via bestaande instellingen/statistieken, doch soms ook nieuw onderzoek vergen;
- b. onderzoek naar relatie voeding – bepaalde ziektes, bijvoorbeeld kanker;
- c. onderzoek naar risicogroepen op voedingsgebied, vooral naar de positie van sociaal-economisch kwetsbaren;
- d. onderzoek naar positieve en negatieve effecten van sportbeoefening (vooral ook positieve, beweging/sport als preventief gedrag);
- e. onderzoek naar oorzaken van diverse schadelijke gedragingen (ten aanzien van verkeer, geweld, diverse ongevallen);
- f. onderzoek naar gewelddadig gedrag/agressiviteit/vandalisme ook in relatie met (hard)druggebruik, excessief alcoholgebruik (zie ook paragraaf 2.1); zowel onderzoek naar vóórkomen als naar beïnvloedende factoren) en hiermee samenhangend;
- g. explorerend onderzoek naar verschillen in subculturen, naar verschillende leefwerelden in de grote stad.

6 Aanbevelingen voor onderzoeksactiviteiten

In deze voorstudie zijn reeds wensen met betrekking tot de beschikbaarheid van gegevens geuit. Het gaat hierbij deels om het aangeven van topics waarover in het geheel nog geen gegevens voorhanden zijn en deels om wensen tot het bewerken, analyseren of koppelen van reeds beschikbare gegevens. In het volgende worden alle onderzoeksaanbevelingen naast elkaar gepresenteerd.

Eerst wordt ingegaan op wenselijke activiteiten met betrekking tot reeds beschikbare gegevens, daarna op (onderwerpen voor) nieuw onderzoek.

Activiteiten met betrekking tot bestaande gegevens

Voor wat betreft reeds beschikbare gegevens spelen problemen met betrekking tot het al of niet standaard (in de tijd) voorhanden zijn, het kunnen uitsplitsen naar kleine geografische eenheden en naar bepaalde bevolkingscategorieën en/of bepaalde kenmerken en met betrekking tot het kunnen koppelen van gegevens.

In het volgende wordt op het een en ander ingegaan, waarbij nadrukkelijk gesteld moet worden dat het soms gaat om relatief zeer geringe inspanningen! Door kleine manipulaties kunnen gegevens vaak veel breder worden toegepast, soms gaat het zelfs om een enkele kruistabel meer of minder:

- *gegevens in de tijd kunnen vergelijken.*

Veel relevante gegevens komen nog niet (standaard) door de jaren heen beschikbaar, zodat een vergelijking in de tijd dan moeilijk wordt. Het verdient aanbeveling na te gaan in hoeverre relevante eenmalige onderzoeken periodiek kunnen worden herhaald, bijvoorbeeld analyses op basis van landelijke statistieken zoals gedaan voor de opnamecijfers van algemeen psychiatrische

ziekenhuizen en periodiek onderzoek naar verslavingsproblemen. Voor sommige onderzoeksvragen, bijvoorbeeld rond verklarende factoren en rond ontwikkelingen in omstandigheden, is longitudinaal onderzoek gewenst. Hier is bijvoorbeeld op ingegaan in de paragraaf over de ongelijkheid in gezondheid. Dit betreft wel onderzoek waarvoor véél inspanningen vereist zijn;

- *gegevens herleiden/uitsplitsen naar kleine geografische niveaus.*

Veel gegevens zijn momenteel wel (standaard) beschikbaar op bijvoorbeeld landelijk niveau. Het lijkt zeer gewenst dat nagegaan wordt welke gegevens op welke wijze ook standaard beschikbaar kunnen komen voor kleinere geografische gebieden als de (grote) stad of agglomeratie. Dit geldt bijvoorbeeld voor zowel zaken als morbiditeitscijfers (patiëntengegevens) van de tweede lijn, gegevens over arbeidsongeschiktheid/arbeidsverzuim, als zaken als landelijke statistieken met betrekking tot leefstijlen (bijvoorbeeld verkoopcijfers alcohol).

Voor weer andere gegevens is het zinvol na te gaan in hoeverre deze (standaard) beschikbaar kunnen komen op het niveau van de stadswijk/-buurt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om morbiditeitscijfers (patiëntengegevens) van de eerste lijn.

Indien een uitsplitsing van gegevens niet mogelijk is kan gedacht worden aan indirecte herleidingen (bijvoorbeeld synthetic estimates);

- *gegevens kunnen uitsplitsen naar kenmerken en bevolkingscategorieën.*

In een aantal gevallen is het nuttig om gegevens te kunnen uitsplitsen naar bepaalde bevolkingscategorieën, zoals bijvoorbeeld adolescenten, ouderen en etnische minderheden. Als de variabele leeftijd is opgenomen (en waarbij geen hinderlijke samenneming van leeftijdscategorieën heeft plaatsgevonden), is het vaak zonder al te veel moeite mogelijk om leeftijdscategorieën als adolescenten en ouderen uit te splitsen. Voor een categorie als etnische minderheden is momenteel weinig mogelijk. Het zou wenselijk zijn indien in registraties/onderzoeken ook het land van herkomst en/of nationaliteit meegenomen wordt, echter, alléén als dit veilig mogelijk is, zonder privacyproblemen. (Het voert in het kader van deze studie te ver deze eis uit te werken.)

Vaak is het nuttig om een uitsplitsing naar bepaalde kenmerken te kunnen maken. Zo is het voor onderzoek rond ongelijkheid in gezondheid zeer wenselijk als in registraties en onderzoeken zogenaamde ses-gegevens zijn opgenomen;

- *gegevens kunnen koppelen.*

Voor wat betreft het kunnen vergelijken van verschillende gegevensbestanden is het zeer wenselijk als gegevens op een identieke wijze geregistreerd worden, bijvoorbeeld zodat geen verschillende leeftijdscategorieën gebruikt worden. In het bijzonder is hierop gewezen in de paragraaf Ongelijkheid in gezondheid, waar de wens is geuit om sociaal-economische kenmerken en classificaties te ontwikkelen welke uniform gebruikt zouden kunnen worden in registraties en wetenschappelijk onderzoek.

Een aparte vorm van koppeling van gegevens welke aanbeveling verdient is het ontwikkelen van *cliëntenregisters*, gegevensbestanden waarin cliëntengegevens geautomatiseerd zijn opgenomen en voortdurend worden bijgewerkt. In Rotterdam wordt een dergelijk register momenteel bijvoorbeeld ontwikkeld voor de gehele geestelijke gezondheidszorg. Een voorbeeld van een cliëntenregister voor de huisartsen zou het zogenaamde *Rotterdamse Huisartsen Project (ROHAPRO)* kunnen zijn.

Vooraf van belang lijkt het onderling relateren en koppelen van de vele gegevens die beschikbaar komen uit evenzo vele bronnen. Indien verschillende informatiestromen kunnen worden gekoppeld (of op zijn minst vergeleken) kan een beter inzicht in de gezondheidssituatie worden verkregen. Zo kunnen bijvoorbeeld gezondheidsprofielen van steden of burten worden opgesteld. Een eerste aanzet tot een daadwerkelijke koppeling wordt door de GGD-Rotterdam (afdeling Epidemiologie) momenteel gemaakt met het zogenaamde *Rotterdamse Epidemiologisch BUurkenmerkensysteem (REBUS)*, waarin gegevens over de gezondheid én over andere sectoren (wonen – werken, enzovoort)

op buurtniveau aan elkaar worden gekoppeld. Gedacht wordt aan gegevens uit verschillende registraties, uit (gezondheids)enquêtes en gegevens verkregen via sleutelfiguren. Het gaat hierbij nadrukkelijk om het gebruiken van reeds bestaande statistieken, reeds voorhanden zijnde enquêtes en reeds in de wijk werkzaam zijnde sleutelfiguren en dergelijke, dus niet om nieuwe activiteiten.

Benodigde nieuwe gegevens

Naast het bewerken en dergelijke van bestaande gegevens zijn nieuwe gegevens nodig. Het volgende is hierbij van belang.

In de eerste plaats is het zinvol nogmaals te wijzen op het nut van het *verder ontwikkelen en uitvoeren van (gezondheids)enquêtes*. Hiervoor zijn verschillende redenen. Veel gegevens kunnen niet uit bestaande registraties en/of van voorzieningen worden verkregen, doch alleen van de bevolking zelf. Met gezondheidsenquêtes kunnen vele soorten gegevens worden verzameld én aan elkaar gerelateerd, bijvoorbeeld gegevens over de gezondheidstoestand, over psycho-sociale problemen, over het gebruik van voorzieningen, over leefstijlen, enzovoort. Daarnaast kunnen resultaten worden uitgesplitst naar relevante, bevolkingscategorieën (adolescenten, enzovoort) en naar verschillende kenmerken (als bijvoorbeeld opleiding, beroepsniveau, inkomen). Dit laatste is vooral van belang bij onderzoek naar ongelijkheid in gezondheid.

Indien ook over aan gezondheid gerelateerde onderwerpen vragen worden gesteld is dit nuttig in het kader van het gewenste facetbeleid. Dit wordt onder andere gepoogd in het door de Rotterdamse GGD uitgevoerde *omnibusonderzoek*. Overwogen wordt dit onderzoek uit te laten groeien tot een panel survey, zodat een vergelijking in de tijd nog beter gemaakt kan worden.

Vaak is de wens *tot nader, nieuw, onderzoek* geuit en wel met betrekking tot vele *onderwerpen*. Vooral de volgende onderwerpen lijken van belang.

- Geestelijke gezondheid.
Etiologisch onderzoek, onderzoek naar verklarende factoren, naar oorzaken van verschijnselen rond geestelijke (on)gezondheid, onderzoek naar verklarende factoren voor psychiatrische en psycho-sociale problematiek. Onderzoek rond coping, sociale steun en sociale netwerken en vooral naar de vraag of er in grote steden sprake is van een aparte situatie. Ook studie naar de vraag of leefstijlen, of factoren rond topics als verkeer, wonen, en dergelijke leiden tot een extra psycho-sociale belasting in grote steden.
- Verslaving.
Periodiek onderzoek naar het vóórkomen van het gebruik van diverse middelen en naar problemen rond dat gebruik, alsmede onderzoek naar mogelijke verklarende factoren en veranderingen erin, toegespitst op de situatie in (grote) steden;
 - onderzoek naar de mogelijke relatie tussen excessief alcohol-/heroïne-/polydruggebruik en maatschappelijke verschijnselen als vandalisme, agressiviteit en criminaliteit;
 - diverse vraagstukken welke niet zozeer alleen voor grote steden spelen als onderzoek rond voorschrijfgedrag van huisartsen, naar gevolgen van passief roken, naar de relatie spuiten – AIDS, naar normen en tegenstellingen rond gebruik, enzovoort.
- Leefstijlen, overige topics.
Verzamelen van epidemiologische basisgegevens (ook) voor geografische kleinere gebieden en onderzoek naar oorzaken van diverse schadelijke gedragingen (geweld, verkeer, ongevallen). Wellicht hiermee samenhangend explorerend onderzoek naar verschillen in subculturen, naar verschillende leefwerelden in de (grote) stad;
 - onderzoek naar risicogroepen op voedingsgebied, vooral naar de positie van sociaal-economisch kwetsbaren;
 - onderzoeksonderwerpen niet zozeer alleen voor de grote stad van belang, bijvoorbeeld onderzoek naar positieve en negatieve effecten van sportbeoefening. Diverse onderzoeksvragen met betrekking tot problemen welke spelen voor

bepaalde *bevolkingscategorieën* zijn opgeworpen, bijvoorbeeld onderzoek rond factoren die een rol spelen bij het bevorderen van de zelfstandigheid van ouderen en diverse onderzoeksvragen ten aanzien van etnische minderheden (Uniken Venema, 1987c).

Voor wat betreft de *ongelijkheid in gezondheid* is verwezen naar een landelijke onderzoeksprogrammering. Gewenst is beschrijvend onderzoek; verklarend onderzoek (naar onder andere gezondheidselectieve mobiliteit, naar de verdeling van zogenaamde incidentie/prognose-bepalende factoren over de sociaal-economische strata, naar de rol van de gezondheidszorg, naar de rol van innovatieprocessen en longitudinaal onderzoek); interventieonderzoek en beleidsonderzoek.

Onderzoek omtrent het zorgaanbod

Ten aanzien van de besproken voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bestaat nog een aantal lacunes in kennis. Voor het gemeentelijk beleid in de vier grote steden is inzicht nodig in:

1. de aanwezigheid en spreiding van de verschillende zorgfuncties over buurten en wijken;
2. de relatie tussen de capaciteit voor de diverse zorgfuncties op wijk- en buurt-niveau in relatie tot de zorgbehoefte in die gebieden;
3. de (zo mogelijk verklarende) factoren die samenhangen met een onevenwichtige spreiding van zorgfuncties, respectievelijk die samenhangen met een onder- of overcapaciteit in bepaalde buurten en wijken;
4. de patiëntenstromen tussen de buurten en wijken in de stad én tussen de stad en de regio daaromheen om de doelpopulatie van de diverse voorzieningen in kaart te kunnen brengen;
5. de afstemming tussen de verschillende zorgfuncties die door de diverse instellingen worden verleend, zowel qua doelpopulatie als qua inhoudelijke afstemming.

Uit de overzichten in hoofdstuk 3 blijkt dat er in de grote stad ten aanzien van sommige zorgfuncties een relatieve overcapaciteit is en ten aanzien van onder andere een relatieve ondercapaciteit. Nóg opvallender is echter dat de spreiding over de wijken en buurten in de stad onevenwichtig is. Hetzelfde geldt voor de spreiding over de hele regio rondom de vier grote steden. Onderzoek zal in kaart moeten brengen in hoeverre deze onevenwichtige spreiding samenhangt met de zorgbehoeften van de doelpopulatie. Minstens even belangrijk is om na te gaan hoé een meer evenwichtige spreiding kan worden bevorderd. Deze mogelijke onderzoeksvragen hangen overigens samen met een aantal onderwerpen, dat hierboven is genoemd. In deze voorstudie worden de onderzoeksvragen ten aanzien van de voorzieningen niet nader uitgewerkt.

Onderzoek omtrent het volksgezondheidsbeleid

In deze voorstudie is een uitgebreid overzicht gegeven van het beleid in de vier grote steden in relatie tot nationale en internationale ontwikkelingen. Het beleid ten aanzien van de volksgezondheid is onderverdeeld in gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid. Het gezondheidsbeleid is gericht op het verbeteren van de gezondheidssituatie. Het gezondheidszorgbeleid is gericht op het optimaliseren van de zorgvoorzieningen. De relatie tussen beide is dat de voorzieningen zo goed mogelijk dienen in te spelen op de gezondheidssituatie. Dit is zowel een kwestie van gezondheidsbeleid als van gezondheidszorgbeleid. Op de beide beleidsvelden zou aanvullend onderzoek voor de vier grote steden van groot belang kunnen zijn. Dit met het oog op de verdere ontwikkeling van het stedelijk beleid. Mogelijke onderzoeksvragen ten aanzien van beide beleidsspooren worden hieronder aangegeven:

- het gezondheidsbeleid is internationaal geïnspireerd in WHO-verband. Geconcludeerd is dat de beweging die het gezondheidsbeleid wil bevorderen nogal ideologisch van karakter is. Dit kan een goede startsituatie geven. Daarnaast

is een empirische onderbouwing vereist. Van groot belang is om een gedetailleerd inzicht te hebben in de gezondheidssituatie voor alle kleine geografische regio's (steden, wijken en buurten) apart. Een overzicht van de gezondheidssituatie is zowel de startsituatie voor het beleid, als een maatstaf om het succes ervan in de loop der tijd te kunnen beoordelen;

- in het kader van het gezondheidsbeleid wordt een aantal instrumenten genoemd waarvan de uitvoerbaarheid en effectiviteit nog niet vaststaat. In het kader van onderzoek zouden deze instrumenten kunnen worden ontwikkeld. Onderzoek dient aan te geven wat de beperkingen zijn van deze instrumenten, maar ook wat de mogelijkheden ervan zijn. De instrumenten waarom het hier gaat zijn facetbeleid (= intersectoraal beleid), regionale scenariostudies (= toekomstverkenningen), regionale gezondheidsplannen, gezondheidsbevorderingsprogramma's (= Health Promotion) en participatie van de bevolking (= community involvement);
- het advies van de commissie-Dekker levert een aantal actuele onderzoeksvragen op rondom het gezondheidszorgbeleid. Daarbij gaat het in de eerste plaats om de mogelijke consequenties voor de grote steden van de Dekker-plannen, wanneer deze zouden worden uitgevoerd. Een belangrijk punt is om in te schatten hoe groot het probleem van eventueel onderverzekerde bevolkingsgroepen kan worden in de grote steden. In dat kader kan ook worden nagegaan hoe de grote steden hierop kunnen anticiperen. Minstens even belangrijk is om van tevoren te onderzoeken wat de consequenties zullen zijn voor de diverse zorgfuncties van een systeem van marktwerking zonder regionalisatie, zoals de commissie-Dekker voorstelt;
- speciaal voor de grote steden is van belang om na te gaan wat de consequenties zullen zijn voor het stedelijk beleid wanneer belangrijke onderdelen van de begrotingsgefinancierde maatschappelijke dienstverlening worden overgeheveld naar een nieuwe volksverzekering. In dat verband is kritisch onderzoek gewenst naar de reële omvang van de substitutiemogelijkheden tussen de diverse zorgsectoren. Ook kan worden onderzocht welke andere mogelijkheden er bestaan om gewenste substitutie te effectueren. Eveneens kan worden nagegaan in hoeverre het stedelijk beleid ten aanzien van bepaalde doelgroepen zoals ouderen en jongeren wordt aangetast door de overheveling van maatschappelijke dienstverlening naar de marktsector, wanneer de lokale overheid daarop geen invloed meer heeft;
- in positieve zin is onderzoek gewenst naar de condities in de vier grote steden waarbinnen het gezondheids(zorg)beleid tot verdere ontwikkeling dient te komen. De grote steden zullen erbij gebaat zijn wanneer alle actoren in de stad bij elkaar komen. De mogelijkheden van een idee zoals het CDA lanceerde voor regionale Kamers voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, zouden onderzocht moeten worden. Tussen de diverse actoren bestaan grote belangentegenstellingen. Het is de vraag wat de regulerende werking van onderhandelingen tussen financiers en aanbieders van zorg kan zijn en wat de reële mogelijkheden zijn voor overheidsregulering;
- tenslotte zou onderzoek kunnen worden gericht op die sectoren van zorg waar op dit moment veel innovatie plaatsvindt. Dat zijn de basisgezondheidszorg, de thuiszorg en de samenwerking tussen echelons (zoals verpleeghuizen – verzorgingstehuizen – ziekenhuizen-eerste-lijn). Deze innovaties die voor een belangrijk gedeelte in de vier grote steden worden geïnitieerd, maar die een landelijke betekenis hebben, zouden ten eerste geïnventariseerd kunnen worden. Het onderzoek zou zich kunnen toespitsen op de randvoorwaarden die voor dergelijke experimenten van belang zijn en op de bijdragen die de lokale overheid kan leveren bij het stimuleren van zulke vernieuwingen.

Prioriteitsstelling

Ten aanzien van de gezondheidssituatie en het gezondheidsbeleid zijn vele onderzoeksvragen te stellen. Een prioriteitstelling is daarom nodig.

Bij het stellen van prioriteiten voor de grootstedelijke situatie kunnen criteria worden gehanteerd. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende zaken:

- topics moeten in ieder geval (ook) van belang zijn voor grootstedelijke gebieden. Een onderwerp dat in de grote stad meer of bijzonder speelt (zoals bijvoorbeeld polydruggebruik) lijkt relevanter dan een algemeen topic (zoals bijvoorbeeld de gevolgen van passief roken);
- er dient altijd sprake te zijn van een relevantie voor (overheids-)beleid; topics welke van belang zijn ten aanzien van de ongelijkheid in gezondheid dienen prioriteit te hebben vanwege het belang van deze problematiek;
- topics welke (bij uitstek) raakvlakken hebben met/wortels hebben in meerdere sectoren (gezondheid – werken – enzovoort) zijn bij uitstek van belang;
- topics waarbij met minder activiteiten meer resultaten te verwachten zijn hebben prioriteit (bijvoorbeeld eerder bewerken bestaande gegevens dan nieuw onderzoek).

Bijlage 2

Samenvatting van gesprekken met deskundigen over de gezondheidssituatie, de zorgvoorzieningen en het volksgezondheidsbeleid in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht

Inhoud

I.	Amsterdam	223
1.1	Gemeentesecretarie: D. Fabius, W. Sijmons	223
1.2	GG en GD: S.J.M. Belleman	227
1.3	Ziekenfonds: J.M.M. Beljaars, E.V. Simons	229
2.	Rotterdam	232
2.1	Gemeentesecretarie: J.J.W. Hutjens	232
2.2	GGD: A. van Bruggen-Wissink	237
2.3	Ziekenfonds: B. van den Berg	240
3.	Den Haag	242
3.1	Gemeentesecretarie: A. van Elzaker, J. van Schaick, L. Staal	242
3.2	GG en GD: H.G.J. Nijhuis	244
4.	Utrecht	245
4.1	Gemeentesecretarie: L. Roest	245
4.2	GG en GD: J.G. Koehoorn, J.M.V. Oomen	248

Nota Bene

Ontwikkelingen die plaatsvonden nadat de gesprekken zijn gevoerd zijn niet in deze bijlage verwerkt.

I Amsterdam

I.1 Gemeentesecretarie Amsterdam: sector politieke en categoriale aandachtsvelden van de afdeling MGZ, D. Fabius (hoofd) en W. Sijmons (beleidsmedewerker) (25 augustus 1987)

Gezondheidssituatie

De secretarie krijgt haar informatie over de gezondheidssituatie in de stad via de afdeling Epidemiologie en Documentatie van de GG en GD. Onderzoek wordt uitgevoerd op basis van jaarplannen. Daarnaast vindt onderzoek plaats naar aanleiding van ad-hoc kwesties. De GG en GD wordt beïnvloed door het Healthy Cities-denken. Een voorbeeld van een onderzoek dat veel invloed heeft gehad is het Buurtvergelijkend onderzoek. Aan de hand van drie indicatoren (sterfte, ziekenhuisopnamen en WAO-prevalentie) is de gezondheidssituatie per wijk beoordeeld. Er bleken vrij grote verschillen te bestaan tussen de wijken.

Een moeilijk te beantwoorden vraag is of de gezondheidssituatie in de stad anders is dan in rurale gebieden. Het ligt voor de hand om te verklaren dat de situatie in de stad ernstiger is. Maar dat is al te gemakkelijk. De verschillen zouden wel eens kunnen meevallen. Wat zouden precies de factoren zijn die tot een slechtere gezondheid leiden? Te denken valt aan de werksituatie, inkomen, woonsituatie, ethnische achtergrond, leefstijl.

Het is iets anders dat in een grote stad de problemen misschien op een andere manier opgelost moeten worden. Door de concentratie van inwoners in een relatief klein gebied krijg je een cumulatie van problemen. De problemen kunnen op elkaar inwerken en elkaar misschien versterken. Een apart aspect is de voortgang van het openbare leven, die in de grote stad eerder in gevaar komt. In de grote stad zie je eerder dat problemen zich in bepaalde zwakke gebieden gaan concentreren. Zo kunnen no-go-gebieden ontstaan, zoals de Zeedijk. Die slechte kant zit er steeds in.

Er zijn natuurlijk een paar specifieke problemen die zich in de grote stad manifesteren, speciaal in Amsterdam. Dat zijn op dit moment bijvoorbeeld de AIDS-en de drugsproblematiek. Dat zou kunnen komen door de anonimiteit in de grote stad en de selecte instroom van mensen die daarop afkomen. Zulke problematiek kan zich in bepaalde wijken concentreren. Maar niet vergeten moet worden dat zo iets als drugmisbruik door de hele stad heen en ook daarbuiten voorkomt.

In de bovenstaande bespreking komen de negatieve potenties van de stad naar voren. Daar tegenover staan de positieve potenties zoals cultuuruitingen, bepaalde innovatieve industrieën en vormen van dienstverlening. De stad is swingend. Jonge en creatieve mensen komen daarop af.

Gezondheidszorgvoorzieningen

Bij de secretarie zijn er overzichten van alle verpleeghuizen, ziekenhuizen, bejaardenoorden. De afdeling Ruimtelijke Ordening (H. Eshuis) maakt spreidingskaarten van al deze voorzieningen. Gegevens over de spreiding van huisartsen zijn aanwezig bij de GG en GD (P.C. Schrader) op basis van een door hen uitgevoerd onderzoek.

De gemeente zelf beheert ook een aantal gezondheidszorginstellingen. Eén ziekenhuis (het Slotervaartziekenhuis), twee verpleeghuizen (het Flevohuis en het Sarphatihuys), zes verzorgingstehuizen. Het beleid ten aanzien van deze instellingen wordt gecoördineerd door de sector intramurale gezondheidszorg van de afdeling MGZ van de secretarie. Er is bijvoorbeeld een concept-plan voor de verzorgingstehuizen.

Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar het functioneren van de eigen diensten. De tendens is eerder privatiseren dan in eigen beheer houden. Het is

heel erg moeilijk om een eigen beleid te maken voor deze instellingen. De beleidsruimte is erg klein. Je zit vast aan allerlei financieringsvoorwaarden, bijvoorbeeld van de AWBZ. De geldstromen zijn toch vrijwel niet uitwisselbaar. In de toekomst gaan de huizen onder de stadsdeelraden vallen met hun eigen beheer.

Gezondheidsbeleid

De afdeling Maatschappelijke- en Gezondheidszorg (MGZ) van de secretarie bereidt het gezondheidsbeleid van het gemeentebestuur voor. De afdeling MGZ bestaat uit een aantal sectoren: de sector intramuraal, de sector extramuraal, de sector sociale zekerheid en werkgelegenheid, de sector politieke en categoriale aandachtsvelden. De laatstgenoemde sector houdt zich bezig met: de WVG, bevoegdheden, jeugd, drugs, homobeleid, vrouwenbeleid, ethnische minderheden, gehandicapten, ouderenbeleid, AIDS.

Overigens: de afdeling MGZ heeft veel contacten met het Amsterdamse Ziekenfonds, maar de samenwerking is toch nog niet goed van de grond gekomen. Vooral vroeger was men niet zo coöperatief. Het ZAO (Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken) sloot dan bijvoorbeeld coalities met de andere ziekenfondsen in de provincie in plaats van met de gemeente. Er is bijvoorbeeld wél samenwerking bij het vestigingsbeleid huisartsen, maar het ziekenfonds werkte tegen bij de plannen voor het oude WG-terrein en ook bij het plan voor de verpleeghuizen en verzorgingstehuizen om de gelden voor die twee instanties te vermengen. De nieuwe directeur van het ZAO heeft onlangs een gesprek gehad met de wethouder VG Ada Wildekamp, waarbij tot vergaande samenwerking is besloten. Het ziekenfonds weet veel van allerlei praktische uitvoeringszaken, maar is niet getraind in het ontwerpen van grote lijnen en brede concepten. Een belangrijk issue van de laatste tijd is de vaststelling van de zogenaamde zorgregio's door de gemeenteraad in mei j.l. (zie achtergrondinformatie). Amsterdam is onderverdeeld in zes verschillende zorgregio's die qua bevolkingsomvang variëren van 78.000 tot 214.000 inwoners (projectie 1990). Deze zorgregio's bestaan uit één stadsdeel – zoals Amsterdam-zuid-oost en Amsterdam-noord – of uit een combinatie van drie tot zes stadsdelen – zoals de zorgregio centrum/oud-west. Deze regio-indeling is vooraf gegaan door allerlei plannen voor de aparte werksoorten, zoals de ambulante geestelijke gezondheidszorg, het maatschappelijke werk, de eerstelijnszorg. In die vroegere plannen werden ook al regionaliseringsvoorstellen gedaan die niet geheel op elkaar waren afgestemd.

De bedoeling is het creëren van gemeenschappelijke verzorgingsgebieden voor de eerstelijnszorg, de AGGZ (ambulante geestelijke gezondheidszorg) en de residentiële voorzieningen zoals verzorgingstehuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Daarvan afgeleide doelen zijn het bevorderen van samenwerking, de afstemming van aanbod op behoefte, het bereiken van optimale efficiëntie, een duidelijk omschreven aanbod van zorg, het bevorderen van participatie en betrokkenheid van de consumenten.

Voor de meeste eerstelijnsvoorzieningen zou een kleiner draagvlak mogelijk zijn van 15.000 à 20.000 inwoners. Voor de geïntegreerde planning van alle zorgvoorzieningen is het grotere draagvlak van de zorgregio's nodig. In de meeste gevallen is dus samenwerking tussen de stadsdelen in één zorgregio nodig. Zolang nog niet alle stadsdeelraden functioneren, zijn er afspraken over samenwerking tussen de reeds ingestelde stadsdeelraden en de gemeente. Alleen voor de werksoorten informatie- en advieswerk en gecoördineerd bejaardenwerk, die geheel op het niveau van een wijk of klein stadsdeel functioneren, mogen de huidige stadsdeelraden geheel zelfstandig hun eigen beleid uitstippelen. In Amsterdam vindt men dat de stadsdelen meer bevoegdheden krijgen dan in Rotterdam.

Een vraag voor het WRR-project zou kunnen zijn in hoeverre de decentralisatie in de stad een goed instrument is om met de problemen van de stad om te gaan. In 1970 heeft de gemeente Amsterdam een Gezondheidsnota uitgebracht. Deze

nota was de lokale variant op de Volksgezondheidsnota 1966 van de regering. Let wel: dit was nog in de periode van vóór de Structuurnota (1974) en voor alle discussies over de inrichting van de gezondheidszorg in de zeventiger jaren. Amsterdam liep dus voorop. Net als de nationale volksgezondheidsnota, geeft de Amsterdamse nota met name een beschrijving van het veld en de problemen daarin. De aanbevelingen betreffen vooral allerlei materiële knelpunten bij de diverse voorzieningen.

Net als de andere grote steden heeft Amsterdam veel aandacht besteed aan de eerstelijnszorg. In de Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg (1984) zijn de ontwikkelingen en voornemens op dit gebied vastgelegd. De gemeente heeft zich actief opgesteld ten aanzien van uiteenlopende vernieuwingen in de eerstelijnszorg. Het meest bekende voorbeeld zijn natuurlijk de gezondheidscentra waarvan er twaalf zijn in de stad. Hierover wordt nog steeds met enthousiasme gepraat, in tegenstelling tot sommige luiden uit andere steden. De gemeente geeft aanvullende subsidies. De werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra (FAG) heeft de financieringswijze principieel ter discussie gesteld.

Uiteraard worden ook andere vormen van samenwerking in de eerste lijn dan gezondheidscentra gestimuleerd. Bijvoorbeeld in het Samenwerkingsproject Amsterdam. De gemeente werkt mee aan een ondersteuningsstructuur voor vernieuwingen. Bijvoorbeeld via de Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden Eerstelijns Gezondheidszorg (SOSEL). De gemeente is ook betrokken bij de Stichting Gezondheidszorg Zuid-Oost Lob die voor de gehele gezondheidszorg in Amsterdam Zuid-Oost werkt en bij het Onderzoekplatform van Amsterdamse Samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsdienstverlening (OSA).

De laatste tijd richt de gemeente zich niet alleen meer op de samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook op de samenwerking tussen de eerste lijn en de daarop aansluitende specialistische en residentiële voorzieningen. In Amsterdam zuid-oost kwam dat tot uiting in de Stichting Gezondheidszorg Zuid-Oost Lob. De nieuwe integratiegedachte en de noodzaak tot verdergaande vernieuwingen heeft geleid tot het samensmelten van bovengenoemde initiatieven tot het Innovatieproject Gezondheidszorg.

Voor de meeste werksoorten in de gezondheidszorg heeft de gemeente aparte plannen. Er is een concept-plan voor de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam heeft een tekort aan intramurale voorzieningen op dit gebied. Vier jaar geleden was er een plan voor de ziekenhuizen waarbij ziekenhuizen uit de binnenstad moesten verdwijnen. Er is een concept-plan voor de verzorgingstehuizen. In een startnota zwakzinnigenzorg wordt vooruit gelopen op de bevoegdheden hieromtrent. Er is geen apart plan omtrent de verpleeghuizen. Amsterdam zit op de norm voor verpleeghuisbedden.

Van groot belang is de Algemene Welzijnsovereenkomst tussen het rijk en de grote steden. Bevoegdheden en geldstromen worden overgeheveld van het rijk naar de gemeente. De onderlinge uitwisselbaarheid neemt toe, maar soms zijn er helaas nog wel ear-marks, zoals bij de gezinszorg. Tot nu toe werd er ook uitgegaan van een versnelde sectorale invoering van de WVG in de vier grote steden.

Voor de gemeente Amsterdam is het niet van belang of men al dan niet bevoegdheden heeft op een bepaald terrein voordat men er mee aan de slag gaat. Het motto is: als je wat wilt, schrijf je het op. Als er een visie is, dan is het mogelijk om in overleg met bijvoorbeeld het ziekenfonds of de provincie van alles tot stand te brengen. Soms vallen zaken al geheel onder de bevoegdheden van de gemeente, zoals het algemeen maatschappelijk werk en de drugshulpverlening. Soms is het wel zo dat als de gemeente echt iets wil doen – bijvoorbeeld het wegvagen van een bepaalde instelling, of de bouw van een ziekenhuis op het WG-terrein –, dat Den Haag dan ingrijpt. De gemeente wordt dan op het matje geroepen. Het is een spel.

Een goed voorbeeld is de jeugdhulpverlening. Op dit moment vallen slechts

enkele instellingen onder de gemeente. De provincie heeft op dit moment de adviesbevoegdheid. Door de recentralisatievoornemens van het kabinet worden de provincies bozer en bozer. Ondertussen heeft de gemeente Amsterdam een plan jeugdhulpverlening gemaakt. Daar wordt goed mee gewerkt. Er zijn 86 instellingen, waarvan er nu al 20 door de gemeente betaald worden.

De vier grote steden hebben samen gereageerd op het rapport van de commissie-Dekker. De gemeenten willen niet vasthouden aan de WVG-planning, maar zijn bereid tot nieuwe ontwikkelingen en een tussenweg tussen plannin-gaen marktwerking. De overheid zal in elk systeem een taak en verantwoorde-lijkheid houden voor de gezondheidssituatie en de gezondheidszorg. De vier grote steden onderscheiden zich van kleinere gemeenten en zullen – binnen welk scenario dan ook – voor een groot deel provinciale bevoegdheden nodig hebben. Verantwoordelijkheid vereist bepaalde bevoegdheden.

De steden denken nu niet meer aan een gedetailleerd voorzieningenplan, maar aan een strategisch beleidsplan. De beleidsstukken die de gemeente op dit moment heeft zijn eigenlijk al zulke strategische beleidsplannen. Het zijn de randvoorwaarden van de lokale overheid. De verzekeraars kunnen een rol spelen bij de uitvoering van de strategische beleidsplannen. Deze zienswijze sluit aan op de speech van Van Londen in Kennemerland over het commissie-Dek-ker-rapport. Het is ondenkbaar dat de lokale overheid niet betrokken is bij de gezondheidszorg. Het departement denkt aan regionale overeenkomsten tus-sen de verzekeraars en het veld, passend binnen de provinciale randvoorwaar-den. Zo'n model is ook voor de grote steden mogelijk. Overigens: wanneer er één financieringsstroom komt in de gezondheidszorg, dan betekent dat natuur-lijk ook inleveren van bevoegdheden van de gemeente ten aanzien van het huidige begrotings-gefinancierde deel.

Het WRR-project GSB zou ten eerste in kaart moeten brengen wat de speci-fieke problemen van de grote steden zijn. Dat moet de legitimering zijn van een eventuele bijzondere rol van de grote steden. Ten tweede zou de WRR kunnen ingaan op de mogelijke oplossingen. Zijn er meer of andere bevoegdheden nodig, meer of andere middelen? De WRR zou moeten nagaan welke verant-woordelijkheden de grote steden aan kunnen qua infrastructuur van het bestuurlijk apparaat en menskracht. Uitgezocht dient te worden wat de voor-delen of nadelen zijn van de korte afstand tussen gemeentebestuur en het veld van de gezondheidszorg.

Er moeten verbindingen gezocht worden met andere thema's, zoals de bevoegd-heden van de gemeenten op het financiële vlak. Wat is de relatie tussen de nieuwe taken van de steden op economisch gebied en de verantwoordelijkheid voor de inrichting van de gezondheidszorg. Nagegaan moet worden wat de voordelen zijn van het democratische, politieke karakter van besluitvorming over de gezondheidszorg op gemeentelijk niveau.

Achtergrondinformatie

- Gezondheidsnota. Gemeenteblad 1970 – bijlage D. Gemeente Amsterdam
- Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg. Gemeenteblad 1984, bijlage AC. Gemeente Amsterdam
- Vaststelling zorgregio's. Gemeenteblad afdeling 1, nummer 953, pagina 2147-2153. Gemeente Amsterdam, 1987
- Ontwerpplan verzorgingshuizen in Amsterdam, afdeling MGZ, gemeente Amsterdam, 1987
- Concept-nota geestelijke gehandicaptenzorg Amsterdam, afdeling MGZ, gemeente Amsterdam, 1987
- Doelstelling en organisatie van het algemeen maatschappelijk werk in Amsterdam. Gemeenteblad 1983, bijlage N. Gemeente Amsterdam
- Verdelfingsvoorstel gelden flankerend ouderenbeleid 1987. Gemeenteblad afde-ling 1, nummer 1208, pagina 2659-2705

- Een stedelijke alarmeringsvoorziening voor ouderen. Gemeentebled afdeling 1, nummer 886, pagina 1973-1988

1.2 Amsterdam GG en GD: Afdeling Epidemiologie en Documentatie (EPIDOC), S.J.M. Belleman (hoofd) (7 augustus 1987)

Gezondheidssituatie

Waarschijnlijk is het zo dat de gezondheidssituatie in een grote stad gemiddeld genomen niet veel slechter is dan in kleinere steden of op het platteland. Het probleem zit echter in de grote verschillen tussen buurten en inwoners in de stad qua gezondheidstoestand. Zo heeft Amsterdam bijvoorbeeld een vrij hoge vaccinatiegraad. Er zijn echter bepaalde subgroepen aanwijsbaar met een zeer lage vaccinatiegraad. Dát is een grote-stadsprobleem. De perinatale sterfte ligt in Amsterdam iets hoger dan in de rest van het land. Het probleem is echter vooral dat er bepaalde groepen buitenlanders zijn met een veel hoger perinataal sterftecijfer (zie dissertatie H.J. Norbeck).

Uit het bekende Amsterdamse buurtvergelijkend onderzoek blijkt dat alle indicatoren (sterfte algemeen, perinatale sterfte, ziekenhuisopnamen, langdurige arbeidsongeschiktheid) in bepaalde buurten hoger liggen dan gemiddeld. Op het Healthy Cities Congres van zomer 1987 in Düsseldorf is gesproken over dit verschijnsel. Sociale verschillen komen tevoorschijn in verschillen tussen buurten. De wijkindeling is echter niet de goede stratificatie. Beter is een stratificatie die de sociale verschillen naar voren brengt zoals de invalshoeken arbeid, woonomstandigheden, voeding, onderwijs.

Het is niet goed om de factor gezondheid uitsluitend te zien als een afhankelijke variabele. Gezondheid is een hulpbron. Net als opleidingskansen en de kans op inkomen heb je ook een kans op een goede gezondheid. Gezondheid is dus niet de resultante in de keten van sociale ongelijkheid. Beter is een model waarin sociale ongelijkheid mede wordt bepaald door de gezondheid. Dit betekent dat gezondheidsproblemen moeten worden opgelost met behulp van sociale politiek.

Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van de situatie van ouderen. De huidige opvangvoorzieningen voor ouderen zijn niet goed. Met name de verpleeghuizen zijn een belediging voor de mens. Dit is te begrijpen wanneer je uitgaat van de volgende visie op ouderdom: veroudering is de toename van sociale achterstand. Dat komt extreem tot uiting in de deprimerende situatie van verpleeghuizen. Vroeger werd er gedacht in termen van: oudere mensen worden vaker ziek, dus moet dat gecompenseerd worden met gezondheidszorginstellingen.

De huidige opvatting is dat ouderen gemarginaliseerd worden. Ze leveren in qua inkomen, self-esteem en ook qua gezondheid. Het antwoord moet echter niet zijn het creëren van verpleegvoorzieningen, maar het creëren van leefvoorzieningen. Een prachtig voorbeeld is het project van de Stichting Flesseman in de Nieuwmarktbuurt in het centrum. De stichting beheert een complex bestaande uit een verzorgingstehuis, aanleunwoningen, winkels en allerlei steunvoorzieningen zoals een conciërge voor eenvoudige klusjes.

Uit het bovenstaande blijkt dat een bepaalde visie op gezondheidsverschillen leidt tot een uitgesproken gezondheidsbeleid. De diverse projecten van de GG en GD waarmee de gezondheidssituatie in Amsterdam in kaart wordt gebracht staan beschreven in de jaarverslagen en in het Jaarplan Onderzoek 1987 (zie achtergrondinformatie).

Gezondheidszorgvoorzieningen

De stad bemoeit zich steeds minder met de organisatie van de gezondheidszorg. In het kader van het gezondheidsbeleid gaat men zich meer op de problematiek

richten. De voorzieningen moeten niet gezien worden als remedie voor de problemen van de grote stad. Gezondheid is een aspect van de maatschappelijke werkelijkheid. Er moeten thema's gekozen worden rondom bepaalde gezondheidsproblemen. Zo'n thema moet worden uitgewerkt op epidemiologisch gebied, op maatschappelijk gebied, en voor een deel ook wat betreft de voorzieningen die daarbij nodig zijn.

Bij de secretarie is men op de hoogte van de aantallen voorzieningen en de hiaten. Bij de afdeling EPIDOC komen de voorzieningen alleen aan bod als onderdeel van themastudies. Een uitzondering is het onderzoek dat is gedaan naar de spreiding van huisartsen in de stad. Dat project is gedaan voor de secretarie ten behoeve van het vestigingsbeleid voor huisartsen.

In het voorstel van de WRR voor het project GSG-Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening wordt teveel uitgegaan van de voorzienings sfeer. Dat is niet de goede werkwijze om de problemen in de stad op te lossen.

Gezondheidsbeleid

Als uitwerking van de Nota 2000 wil de GG en GD gaan samenwerken in zogenaamde scenarioprojecten. In een scenario worden mogelijke of wenselijke ontwikkelingen of toestanden in de toekomst beschreven. Enerzijds heb je projectieve scenario's waarbij de gevolgen voor de toekomst van alternatieve ontwikkelingen worden beschreven. Anderzijds zijn er prospectieve scenario's waarbij de strategieën om bepaalde ontwikkelingen in de toekomst waar te maken, worden geanalyseerd. De GG en GD werkt aan een prospectief scenario Zorg voor ouderen: Amsterdam anno 2010. Dit project wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met de landelijke Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG).

Een methodiek die lijkt op de scenario's is het ontwikkelen van een gezondheidsplan. Een stagiaire heeft in samenwerking met de stafafdeling Beleidsontwikkeling (STABO) van het departement een project-opzet gemaakt voor een Amsterdams gezondheidsplan. Een gezondheidsplan is een lange-termijnplan van de lagere overheid voor de gezondheid en de gezondheidszorg. Het gaat uit van de gezondheidstoestand van de plaatselijke bevolking en niet à priori van de voorzieningen. Er wordt gebruik gemaakt van een multi-sectorale benadering die tot doel heeft om de gezondheidssituatie te verbeteren. Preventieve maatregelen hebben een hoge prioriteit. Het beleid wordt gespecificeerd naar doelgroepen in de stad. Er wordt gebruik gemaakt van specifieke voorzieningen (zie achtergrondinformatie).

Een punt van discussie is de themakeuze voor de diverse scenarioprojecten van de GG en GD. Men wil zich richten op ziekten waarbij preventie van betekenis kan zijn. Met name primaire preventie in een maatschappelijke context. Het moet gaan om ziekten die een groot deel van de gezonde leefjaren wegnemen. Een voorbeeld zijn hart- en vaatziekten. Een andere methode om tot een themakeuze te komen is het luisteren naar politieke en maatschappelijke signalen.

Een belangrijk item is de leefstijl die tot uitdrukking komt in roken, drinken, werkomstandigheden. Bedacht moet worden dat de keuze van gedrag cultureel bepaald is. Wanneer alleen informatie nodig zou zijn, dan is GVO als methode afdoende. Maar wanneer bepaalde patronen veranderd moeten worden, dan praat je over iets structureels. Een voorbeeld is het overmatig alcoholgebruik. Dit moet worden teruggedrongen in verband met gezondheidsproblemen, werkproblemen en sociale problemen. De aanpak van overmatig alcoholgebruik heeft niets meer te maken met het gezondheidszorgbeleid, maar is intersectoraal gezondheidsbeleid. Het gaat dan om de verhoging van accijnzen, het beperken van verkooppunten en dergelijke. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is daarbij ook slechts een beperkt onderdeel van de strategie.

Achtergrondinformatie

- Jaarverslag 1985. GG en GD-Amsterdam
- Jaarplan Onderzoek 1986. GG en GD-Amsterdam
- Jaarplan Onderzoek 1987. GG en GD-Amsterdam
- Zorg voor Ouderen; Amsterdam anno 2010
Onderzoeksvoorstel. GG en GD-Amsterdam, september 1986
- R.H.W.M. Jansen, Het Amsterdams gezondheidsplan. TH-Twente/Ministerie van WVC (DG-VGZ-STABO). Leidschendam, januari 1986
- S.J.M. Belleman, Activiteiten EPIDOC ter implementatie van de Nota 2000. GG en GD-Amsterdam, april 1987
- Folder The Healthy City. Department of Community Health Liverpool University, ongedateerd
- Beleidsnotitie AIDS Amsterdam. GG en GD-Amsterdam, juni 1987
- Jaarverslag Amsterdams Peilstationsproject 1984. GG en GD-Amsterdam
- J.C.M. van Wieringen, A. Leentvaar-Kuijpers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt, H.A. van Kessel-Al, Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij ethnische groeperingen; een onderzoek in twaalf Amsterdamse huisartsenpraktijken. GG en GD-Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, september 1986
- G.A.M. van den Bos, P.J. van der Maas, Zorgbehoefte en zorggebruik bij chronisch zieken; de onderzoeksopzet. Instituut voor Sociale Geneeskunde Universiteit van Amsterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, april 1986
- G.A.M. van den Bos, P.J. van der Maas, J.D.F. Habbema, Gezondheidsenquête 1983, Amsterdam; het beproeven van de vragenlijst. Instituut voor Sociale Geneeskunde Universiteit van Amsterdam. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, april 1986
- P.C. Schrader, Amsterdammers en hun huisarts: het aanbod, de vraag naar en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen. GG en GD, Staf-bureau Epidemiologie en Documentatie Amsterdam, januari 1986
- F.M.H.M. Driessen. De methadonverstrekking in Amsterdam 1981 - 1984; resultaten van de analyse van de gegevens van de Centrale Methadon Registratie. Vrije Universiteit Sociale Geneeskunde, GG en GD-Amsterdam, 1987
- Amsterdam zonder GG en GD; openbare gezondheidszorg in Amsterdam tot 1901. Extra uitgave van het bedrijfsblad van de GG en GD-Amsterdam, oktober 1975
- Amsterdam met de GG en GD. Extra uitgave van het bedrijfsblad van de GG en GD-Amsterdam, zonder jaartal

1.3 Amsterdam Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO): J.M.M. Beljaars (directeur) en E.V. Simons (hoofd medische dienst) (24 augustus 1987)

Gezondheidssituatie

Het ziekenfonds doet zelf geen onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking in het verzorgingsgebied. Wel heeft men indirect een beeld via de verstrekkingen die worden geleverd. Het ZAO heeft een plan om aan elke verstrekking de postcode van de afnemer te koppelen, zodat een geografisch beeld gemaakt kan worden van consumentenverschillen, zowel interstedelijk als tussen buurten. Dat geldt voor ziekenhuisopnamen, maar ook voor geneesmiddelen. Zo kan worden nagegaan wie waar vandaan komt en wat er gebeurt. Wellicht is de consumptie in sommige buurten algemeen verhoogd of verlaagd. Maar het kan ook zijn dat in een bepaalde buurt sommige verrichtingen in verhoogde mate voorkomen, terwijl er ten aanzien van andere zaken onderconsumptie is. De Stichting Informatie Gezondheidszorg (SIG) kan ook zulke analyses maken op het vlak van de ziekenhuisopnamen. Het fonds beschikt over

meer informatie in een kleiner gebied, echter alleen voor de fondsverzekerden.

Gezondheidszorgvoorzieningen

Het ziekenfonds heeft een gedetailleerd inzicht in de voorzieningen in haar regio. Deze inventarisaties worden ook ter beschikking gesteld aan de secretarie wanneer die informatie nodig heeft. Dit overzicht is nodig in het kader van de erkenningsbeschikkingen voor de bedden en de specialisten. In de jaarverslagen van het ZAO staan globale overzichten (zie achtergrondinformatie). Een onderzoek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut geeft een goed beeld van de ziekenhuissituatie in Amsterdam. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt naar diagnosegroepen (zie achtergrondinformatie).

Al jaren is bekend dat de Amsterdamse ziekenfondsen die nu gefuseerd zijn in het ZAO hoge kosten maken. De kosten liggen op ongeveer f 2.200,- per verzekerde, hetgeen 30 à 40% hoger is dan gemiddeld. Het onderdeel ziekenhuisverpleging en specialistische hulp kost zo'n f 1.400,- per verzekerde per jaar. Nu is er nog een landelijke vereffening, maar als de plannen van de commissie Dekker doorgaan, dan gaat dat verdwijnen. Het is dus van belang om na te gaan waar de verschillen in zitten.

In 1982/83 heeft de Stichting Ipso Facto een onderzoek gedaan naar de relatieve duurte van de Amsterdamse ziekenfondsen in opdracht van de fondsen zelf. Dit bureau heeft een vergelijking gemaakt met een overeenkomstige stad: Rotterdam. In de conclusies wordt benadrukt dat er een aanzienlijk globaal kostenverschil bestaat tussen Amsterdam en Rotterdam in het nadeel van Amsterdam: 'Men moet dit gegeven voortdurend centraal blijven stellen en niet impliciet voor de redenering kiezen dat het wel meevalt' (Ipso Facto, 1983, pagina 30; zie achtergrondinformatie). Verklaringen kunnen op basis van het onderzoek niet worden gegeven. Het bureau veronderstelt dat 'de kostenverschillen tussen Amsterdam en Rotterdam zijn terug te voeren tot verschillen in opvatting over de kwantiteit en kwaliteit van de gezondheidszorg' (pagina 36). Kortom een betrekkelijk magere verklaring.

De gesprekspartners bij het ZAO zien andere oorzaken voor de verschillen. In ziekenhuizen wordt een eenheidstarief per ligdag gehanteerd. In een specialistisch topziekenhuis met veel dure ingrepen komt zo'n eenheidstarief erg hoog te liggen. In het AMC bijvoorbeeld op zo'n f 500,- per dag. De kosten worden over alle patiënten gemiddeld. Door de bovenregionale functie van de Amsterdamse topzorg drukken de hoge kosten van van buitenaf verwezen patiënten ook op de ligprijs van de Amsterdammers. De bovenregionale functie kost in Amsterdam zo'n 80 miljoen gulden per jaar.

Er is volgens de gegevens van het Nederlands Ziekenhuis Instituut (NZI) geen verschil tussen de gemiddelde consumptie van gezondheidszorg van een Amsterdamer en andere Nederlanders. Tenminste wanneer het effect van de specifieke leeftijdsopbouw in de stad zoals het relatief hoge aantal ouderen buiten beschouwing wordt gelaten. Dat geldt alleen niet voor de verloskundige zorg. De consumptie daarvan is in Amsterdam duidelijk hoger dan in de rest van Nederland.

In de stad heb je geen andere, maar meer problematiek. Tberisme drukt ook op het budget van de stad. Bij AIDS zie je dat 90% van de patiënten in Nederland naar Amsterdam komt voor behandeling. Het is overigens de bedoeling dat dat in de toekomst 60% wordt. De twee academische ziekenhuizen maken Amsterdam door de topzorg ook duur. Je ziet op sommige punten dat de aanwezigheid van voorzieningen tot een hoger gebruik leidt zoals bij de CT-scan, een geavanceerde diagnostische voorziening.

Een probleem op voorzieningengebied is het structurele tekort aan verpleegkundigen, gezins- en kraamverzorgsters en bejaardenhulp. Het tekort aan gezinszorg en kraamhulp leidt tot onnodige opnames. Ook in de maatschappelijke dienstverlening zijn veel hiaten. In de ziekenhuizen moeten afdelingen

voor intensive care en nierdialyse sluiten wegens gebrek aan gekwalificeerde verpleegkundigen.

In de stad zie je een cumulatie van probleemgroepen waardoor een groter gebruik van voorzieningen ontstaat. Dat zie je op het gebied van de verslaving en op het gebied van de geestelijke nood. De vraag op deze terreinen wordt voldoende afgeremd, zodat de extra behoefte als reële behoefte moet worden beschouwd.

Gezondheidsbeleid

Sinds een aantal jaren heeft Amsterdam net zoals Rotterdam één ziekenfonds. Dat komt goed overeen met de regionalisatiegedachte. Het fonds wil graag een grotere rol spelen in de aanbodsfeer, in de planning. Men wenst daarbij contracteervrijheid. Dan kan er onderhandeld worden over de prestatie qua kwaliteit en inhoud in relatie tot de prijs. Overcapaciteit kan dan voorkomen worden. Deze contracteervrijheid gaat er waarschijnlijk wel komen.

Het fonds heeft geen behoefte aan een absolute vrijheid in de volume-planning. Er mogen van overheidswege best randvoorwaarden worden gesteld. De nominale premie naast een inkomens-afhankelijk deel die de commissie Dekker voorstelt en waardoor de fondsen met elkaar kunnen gaan concurreren is niet een wens van de fondsen, maar gaat er waarschijnlijk ook wel komen.

De collectieve preventie wil het fonds liever uit het pakket houden. Dat zou uit de algemene middelen moeten blijven komen. Alleen de individuele preventie via de huisarts of een andere hulpverlener zou in de tariefstelling verwerkt moeten worden. Een particuliere maatschappij zoals het Zilveren Kruis legt volgens de geïnterviewden alleen de nadruk op preventie als reclamemiddel. Het ZAO werkt mee aan experimenten op het gebied van de zorg in Amsterdam. Een voorbeeld is het experiment thuisverpleging in de regio Amsterdam (zie achtergrondinformatie). Dit project is geïnitieerd door de Ziekenfondsraad en wordt uitgevoerd in drie experimenteergebieden: Amsterdam, de provincie Groningen en West-Brabant/Zeeuws-Vlaanderen. In Amsterdam wordt het project gecoördineerd door het ZAO in samenwerking met een reeks andere betrokkenen, waaronder het Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg. Het experiment beoogt om aanvullende intensieve thuiszorg te geven als daarmee een opname in een intramurale setting kan worden voorkomen, uitgesteld of bekort. In de startperiode wordt dit beperkt tot ziekenhuizen en verpleeghuizen. De thuisverpleging mag ten hoogste drie maanden duren. Men wil op deze manier zo'n 200 patiënten ondersteunen in het kader van dit project met een gemiddelde duur van zo'n tien dagen per patiënt. De aanvullende thuiszorg bestaat uit een op de patiënt toegesneden combinatie van tien verschillende zorgfuncties. Deze zorgfuncties variëren van huishoudelijke hulp, via medische hulp en kleine woningaanpassingen tot de functie coördinatie van het hulpverleningsproces.

Het experiment is mogelijk gemaakt door subsidies uit de kas van de AWBZ, verleend door de Ziekenfondsraad. Men rekent op maximaal f 200,- per patiënt per dag, analoog aan de kosten van een verpleeghuisopname. Daarnaast wordt de huisarts beloond voor extra inspanningen met een bedrag van f 200,- per patiënt ongeacht het aantal verrichtingen. Dit laatste geldt alleen voor ziekenfondsverzekerden.

Het ZAO ziet voor de toekomst heil in regionaal werkende ziekenfondsen. Particuliere verzekeraars kunnen niet regionaal werken. Planning en financiering zouden in één hand moeten komen te liggen, namelijk bij de financiers. Planning en kwaliteitsbevordering moeten samengaan. De kwaliteit hangt sterk samen met de kosten. Het fonds probeert de kwaliteitsbewaking meer systematisch aan te pakken. In de psychiatrie worden bijvoorbeeld casussen bestudeerd. Aan huisartsen, specialisten en fysiotherapeuten worden jaarlijks overzichten geleverd van hun produktie. Het ZAO biedt aan om daarover met de betrokken groepen hulpverleners te discussiëren.

Alle opname-indicaties worden door het fonds gecontroleerd. Van particuliere

verzekeraars hebben de specialisten het idee dat die hun handelen controleren. Dat heeft effect, ook al doen de particuliere verzekeraars daar wellicht minder aan dan algemeen wordt gedacht. Van de fondsen hebben de specialisten helaas ten onrechte het idee dat die minder streng controleren. De grote stad wordt geconfronteerd met grote problemen. Het percentage alleenstaanden is gigantisch hoog. Er zijn veel éénoudergezinnen. Zelfzorg en mantelzorg functioneren minder dan in rurale gebieden. Aan de voorzieningenkant heb je de problematiek van afstemming tussen het grote aantal verschillende voorzieningen. Je hebt een groot aantal ziekenhuizen. In Amsterdam zijn zes RIAGG's. Er is dus extra coördinatie nodig. Het ziekenfonds weet wat er speelt en wil meewerken aan oplossingen voor problemen in de zorgsector.

Achtergrondinformatie

- Jaarverslag 1984. Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken
- Jaarverslag 1985. Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken
- Experiment thuisverpleging in de regio Amsterdam; projectplan startperiode. Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, augustus 1987
- Onderzoek naar de relatieve duurte van de Amsterdamse ziekenfondsen. Ipso Facto, Stichting ter bevordering van beleidsanalyse en strategische beleidsbeslissingen door middel van sociaal onderzoek. Leiden, januari 1983
- Vooronderzoek functieplanning regio Amsterdam. Nationaal Ziekenhuisinstituut. Utrecht, maart 1987
- P.C. Schrader, Amsterdammers en hun huisarts: het aanbod, de vraag naar en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen. GG en GD, Staf-bureau Epidemiologie en Documentatie Amsterdam, januari 1986

2 Rotterdam

2.1 Gemeentesecretarie Rotterdam: afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Culturele Minderheden (SZVGC), J.J.W. Hutjens (1e plaatsvervangend hoofd) (30 juli 1987)

Gezondheidssituatie

In Rotterdam heeft de GGD een uitgebreide afdeling Epidemiologie. Deze maakt op eigen initiatief, of op initiatief van de politiek of in samenwerking met de secretarie rapporten over de gezondheidssituatie van de bevolking. Los daarvan heeft de secretarie natuurlijk ook een eigen beeld van wat er in de stad gebeurt. Maar het is niet de taak van de secretarie om daar speciale analyses van te maken.

Gezondheidszorgvoorzieningen

Sinds juni 1986 functioneert de Adviescommissie Vestiging huisartsen in Rotterdam, die B en W adviseert inzake de vergunningverlening. Het is een beperkt, maar nuttig instrument. In 1964 is de gemeente al begonnen met de exploitatie van eigen gezondheidscentra in Ommoord en aan de Randweg. Daarnaast zijn er gezondheidscentra voortgekomen uit particulier initiatief. Het gemeentelijk gezondheidscentrum Ommoord moest een paradepaardje worden. Naderhand ging de gemeente inzien dat het dat niet was. Het gezondheidscentrum Ommoord heeft overigens wel landelijke bekendheid gekregen. De gemeente subsidieert nu geen nieuwe gezondheidscentra meer. Tot 1990 heeft de gemeente nog een financiële relatie met de twee vroegere gemeentelijke centra en een particulier centrum.

Een probleem voor de gemeente is de professionele autonomie van artsen. Zolang er wordt uitgegaan van deze professionele autonomie, heeft de gemeente weinig te vertellen in gezondheidscentra, ziekenhuizen, enzovoort. Er is uiteraard een grens aan de handelingsvrijheid van de medici, maar het is op dit moment moeilijk voor de gemeente om op dat punt iets te doen. Wat de gemeente in ieder geval ten aanzien van de medische specialisten graag zou willen is loskoppeling van het aantal verrichtingen en het inkomen van artsen. Dat betekent dus werken in dienstverband, of een financieringswijze zoals een abonnementstarief of een van tevoren vastgesteld budget.

De gemeente exploiteert zelf ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen. Dat is destijds ontstaan omdat er lacunes waren in de zorg. Vroeger waren er alleen confessionele huizen en geen algemene, dat pleitte ook voor gemeentelijke instellingen. Beide argumenten zijn achterhaald. Het is jammer dat geconstateerd moet worden dat de gemeentelijke instellingen zelfs achter lopen op de particuliere. Men komt niet uit met de budgetten, de gebouwen zijn minder modern dan die van de particuliere instellingen. Vergelijk bijvoorbeeld het Zuiderziekenhuis en het Bergwegziekenhuis (gemeente) maar eens met het Sint Claraziekenhuis en het Sint Franciscus Gasthuis (particulier). De specialisten in de gemeenteziekenhuizen hebben voor 35% van hun aanstelling een eigen praktijk, daarover heeft de gemeente dus geen zeggenschap.

Formeel loopt het bestuur van een gemeenteziekenhuis als volgt. De gemeenteraad is het bestuur. Het college van B en W is het dagelijks bestuur. Het hoofd van dienst is op te vatten als de directeur. Dit is een te lange lijn voor belangrijke besluiten. Er is geprobeerd om vanuit de Commissie Volksgezondheid van de gemeenteraad een bepaald lid aan te stellen als contactpersoon voor een gemeenteziekenhuis. Maar zo'n contactpersoon heeft geen enkele formele bevoegdheid. Zelfs de wethouder heeft die niet, hij is lid van een collegiaal bestuur.

De gemeente wil uit praktische overwegingen wel af van de gemeentelijke gezondheidszorginstellingen. De GGD is uiteraard een uitzondering. Dit staat in verband met de huidige en toekomstige planningsbevoegdheden van de gemeente ex-WVG en ex-Wet op de Bejaardenoorden. Want hoe kun je nu plannen en de betaling regelen in het geval van de bejaardenoorden wanneer je zelf verantwoordelijk bent voor het beheer van een deel van de huizen? De Dienst Gemeentelijke Verzorgingshuizen exploiteert vijf bejaardenoorden, terwijl de Gemeentelijke Sociale Dienst de budgetten verdeelt voor alle huizen in de stad. Het probleem van het combineren van financieringsbevoegdheden en de uitvoering van zorg speelt sinds de begintijd ook bij de ziekenfondsen. In Nederland is afgesproken dat ziekenfondsen geen eigen instellingen mogen beheren. Door bepaalde constructies kan daarvan worden afgeweken. Zoals bij de nu onder druk staande eigen tandheelkundige centra van de fondsen in Amsterdam en Den Haag. En zoals bij de gezondheidscentra van de STAG-EL waarin een ziekenfonds vertegenwoordigd was. De fondsen waren dus voor een deel tegen de bepaling dat ze geen eigen instelling mochten exploiteren. Een moderne variant van deze discussie is terug te vinden in de ontwikkeling van Health Maintenance Organizations (HMO's), waarbij een particuliere verzekeringsinstelling de voorzieningen of een deel daarvan voor haar eigen leden beheert. Dit wordt zowel uit kosten-, beheers-, als kwaliteitsoogpunt positief gewaardeerd.

Eigen gemeentelijke instellingen zijn ook achterhaald vanwege de nieuw opkomende privatiseringsgedachte. Zoals gezegd is de oorspronkelijke reden voor gemeentelijke instellingen achterhaald. Ten tweede slaagt de gemeente er niet in om bijzondere functies te vervullen behalve bijvoorbeeld vroeger de 24-uurs EHBO-functie. Ten derde is er de eis van budgettaire neutraliteit op basis van COTG-normen. De gemeentelijke rechtspositie brengt extra kosten met zich mee die niet voldoende door de toegestane inkomsten worden gedekt.

Het is jammer dat vernieuwingen moeilijk te realiseren zijn via de gemeentelijke instellingen als gevolg van de krappe budgetten en het gebrek aan eigen geld bij de gemeente. Een slagvaardiger bestuur zou misschien mogelijk zijn via een commissie ex-artikel 61 van de Gemeentewet waarbij ruime bevoegdheden worden gedelegeerd aan een commissie van raadsleden en burgers. Het maken van een overzicht van alle gezondheidszorgvoorzieningen in de stad is opgedragen aan de afdeling Epidemiologie van de GGD. Er worden jaarlijkse rapporten en ad-hoc notities geleverd.

Beleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Over de GGZ heeft de gemeente een tweetal beleidsnota's uitgebracht: de eerste nota geestelijke gezondheidszorg in 1978, en de tweede nota geestelijke gezondheidszorg: een vervolg in 1981/82. Daarna is een reeks voortgangsrapportages gemaakt. De uitgangspunten van het beleid zijn niet gewijzigd. De zorg moet zo dicht mogelijk bij de bewoner en diens leefomgeving gesitueerd worden. Te vaak worden mensen uit hun omgeving gehaald en weggestopt, terwijl de problemen die tot hun onwel-zijn leiden blijven voortbestaan. Daarom pleit de gemeente voor versterking van de eerste lijn en de RIAGG's.

In de tweede nota (de vervolgnota) werd bepleit om de intramurale zorg sterk te beperken. Het was de vraag of het gemeentelijk psychiatrisch Deltaziekenhuis tot één voorziening of tot twee kleine aparte voorzieningen teruggebracht zou moeten worden. Op dit moment blijkt echter dat de behoefte aan intramurale zorg toch groter is dan men destijds dacht. Schieten de eerste lijn en de RIAGG's tekort, of is de behoefte toegenomen? Sluit het aanbod in de GGZ wel aan op de behoefte? In ieder geval blijft het beleidsuitgangspunt van de gemeente dat zorg en opvang zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving dienen plaats te vinden.

Dit is een algemene discussie. In het kader van de vernieuwingen in de psychiatrie in de jaren '70 werd door progressieve organisaties en personen gepleit voor het terugbrengen of zelfs opheffen van de grote psychiatrische ziekenhuizen. Denk aan de ontwikkelingen in Italië; maar ook aan de Verenigde Staten waar de uiterst ouderwetse psychiatrische ziekenhuizen in samenspraak tussen progressieve en bezuinigende overheidsinstellingen sterk zijn teruggebracht. Zowel in Italië als in de Verenigde Staten bleek echter dat de ontslagen patiënten niet of nauwelijks in de maatschappij werden opgevangen. Deze ex-patiënten ontwikkelden zich tot echte zwervers/out-casts die door ambulante teams van anti-psychotica werden voorzien. Sindsdien is er weer een omslag in het denken. Er wordt nu meer realistisch uitgegaan van een blijvende behoefte aan intramurale langdurige opvang, maar er wordt ook steeds meer geëxperimenteerd met kleinschalige tussenvoorzieningen. Begin jaren '80 waren de uit begin jaren '70 daterende nieuwbouwplannen van de grote psychiatrische ziekenhuizen in Nederland in de uitvoeringsfase gekomen. Daar is tegen geprotesteerd door de zogenaamde moratoriumgroep. Door de enorm lange tijdsduur tussen plan en uitvoering, sloten de plannen niet meer aan op de toenmalige denkbeelden.

Ouderenbeleid

De secretariaat afdeling SZVGCM begeeft zich uiteraard ook op het terrein van het ouderenbeleid. Op dit moment is de nota Ouderen thuis in voorbereiding. De nota is in concept-vorm als ambtelijk stuk beschikbaar. Ook hier is het uitgangspunt om de betrokkenen, dat wil zeggen de ouderen, de gelegenheid te geven om zo goed mogelijk en zo lang mogelijk thuis te wonen. Landelijk wordt hiervoor gepleit vanuit de idee dat dit goedkoper is. Mevrouw Groenman (D'66) stelde in de Tweede Kamer de vraag: wat doen we wanneer blijkt dat de thuiszorg duurder is? Dat zou namelijk in sommige situaties best het geval kunnen zijn. In Rotterdam is het uitgangspunt dat het voor de oudere zelf het beste is.

De extramurale zorg kan een rol spelen, evenals allerlei praktische voorzieningen, zoals alarmeringssystemen en warme-maaltijd-verzorging.

In Kent is ervaring opgedaan met een thuiszorgproject dat men in Rotterdam wil gaan uitwerken. Volgens dit plan komt er één hulp-coördinator per dertig bejaarden met een indicatie voor plaatsing in een verzorgingstehuis. Deze coördinator krijgt de beschikking over tweederde deel van het budget dat opname in een bejaardenoord zou vergen. Met dat budget kan naar eigen inzicht hulp en dienstverlening worden ingehuurd. In Kent werkt men met drie experimenteergroepen en één controlegroep. Het bleek dat de bejaarden in de experimentele groepen niet alleen een langere levensverwachting hadden, maar dat ze hun leven ook als plezieriger beleefden dan de controlegroep. Financiering is relatief eenvoudig omdat het wanneer dergelijke projecten algemeen worden doorgevoerd in principe om een begrotingsgefinancierde zaak gaat in het kader van de budgetten op basis van de Wet op de Bejaardenorden. Dit in tegenstelling bijvoorbeeld tot de AWBZ-financiering van de verpleeghuizen waar zoiets veel moeilijker zou gaan.

Gehandicaptenbeleid

Ook hier is het uitgangspunt: zo goed en zo lang mogelijk de gelegenheid geven tot wonen in de eigen omgeving. Al sinds 15 jaar wordt er vanuit gegaan dat het gehandicaptenbeleid een inclusief beleid moet zijn. Dus in elke sector, in elke nieuwe wijk moet er rekening worden gehouden met de belangen van gehandicapten, net zoals met ouderen. Toch lukt dit niet altijd. Het Bureau Sociale Zaken van de afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Culturele Minderheden is afgevaardigde in de coördinatiecommissie gehandicaptenbeleid waarin alle sectoren van de secretarie vertegenwoordigd zijn. Er wordt twee- à drie-maal per jaar vergaderd.

De zwakzinnigenzorg kun je zien als een onderdeel van de zorg voor gehandicapten. Enerzijds worden er de laatste jaren minder zwakzinnigen geboren. Wat overblijft is een kleinere groep zwakzinnigen die echter meer intensieve zorg nodig heeft. Anderzijds bestaan er in de moderne samenleving steeds minder opvangmogelijkheden in de informele sfeer. In Rotterdam is de Beatrix-Irene Kliniek een voorbeeld van intramurale opvang voor dubbelgehandicapte kinderen. Het streven is erop gericht om ook hier tussenvoorzieningen te creëren: zogenaamde transmurale zorg met socio-woningen en hostels. Beleidsstukken hierover zijn in voorbereiding.

Beleid ten aanzien van de eerstelijnszorg

Het was de bedoeling om een Nota Eerstelijnszorg uit te brengen. De ambtelijke nota was al klaar en besproken met het veld en de commissie Volksgezondheid van de gemeenteraad. Op het laatste moment is de nota ingetrokken door het college van B en W omdat de gemeente de beleidsmiddelen niet heeft om de in de concept-nota gestelde doelen te verwezenlijken.

De verschillende disciplines in de eerste lijn worden op verschillende manieren gefinancierd en georganiseerd. De huisartsen worden betaald op basis van de Ziekenfondswet en particuliere declaraties. Zoals gezegd is er sinds kort een vestigingsbeleid voor huisartsen ex-WVG. Voor tandartsen geldt dat hun vestiging voor het gedeelte van de ziekenfondsverzekerden wordt geregeld door het ziekenfonds. Het kruiswerk wordt betaald uit de AWBZ, terwijl de gezinszorg grotendeels begrotingsgefinancierd is. Dat bemoeilijkt de uitwisseling tussen de functies van gezinszorg en wijkverpleging.

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) wordt geheel gesubsidieerd door de gemeente op basis van de Algemene welzijnsovereenkomst tussen het rijk en de vier grote steden. Het AMW is voor een deel wijksgewijs georganiseerd. De zogenaamde Brinkman-korting van 10 miljoen gulden in Rotterdam op het sociaal-cultureel werk drukt voor 500.000 gulden ook op het AMW. Dat maakt een reorganisatie nodig. De secretaris wil het AMW nu geheel wijksgewijs

gaan organiseren. De Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam en de Stichting Humanitas werken op dit moment nog door de hele stad heen. Fusie is nodig om de schade van de korting zoveel mogelijk te beperken. Doordat de gemeente het AMW nu geheel financiert kan dat op basis van gemeentelijke prioriteiten afgedwongen worden. Naast het AMW heb je in Rotterdam de Algemene Hulp Centrale, die meer praktische hulp biedt op basis van een outreaching werkwijze. Het is onderdeel van het Centrum voor Dienstverlening.

In Amsterdam is recent een onderzoek gedaan over het bereik van de eerstelijnszorg. Daaruit bleek dat het AMW de onderlaag niet echt bereikt. In Rotterdam zijn op dit moment zo'n 80 maatschappelijk werkers (1 op 5.000 inwoners). Er is een geringe bezetting per wijkpost. Daarom moet het algemeen maatschappelijk werk gecombineerd worden met de specifieke vormen van maatschappelijk werk. Een ander idee is de combinatie van het AMW met de functie van de sociale raadslieden. Belangrijk is de werkwijze van de Algemene Hulp Centrale: namelijk dat iemand gewoon kan binnenlopen met een probleem en dat er dan naar een praktische oplossing wordt gezocht. Een tijdje geleden werd er nog aan gedacht om het maatschappelijk werk te laten opgaan in de RIAGG's. De nieuwe lijn is om het AMW onder te brengen in de wijkposten. De vier kerndisciplines in de eerste lijn de huisarts, het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en de gezinszorg hebben op vrijwillige basis een informeel overleg met de gemeente. Daar worden zaken besproken zoals de 24-uursbereikbaarheid van het kruiswerk en de afstemming wijkverpleging/gezinszorg.

Drugsbeleid

Er worden vier-jaren-plannen gemaakt voor het drugsbeleid. Het eerste is bijna vier jaar oud en het tweede is nu bijna klaar. Het eerste plan stond in het teken van de centralisatie van de maatschappelijke dienstverlening met behulp van de JoJo-regeling, een subsidieregeling voor hulpverlening aan jongeren en jongvolwassenen. Het CAD-werk blijft voorlopig nog in de sfeer van de gezondheidszorg.

Doel van het beleid is enerzijds de aanpak van criminaliteit, overlast, handel; het politieel en justitieel optreden. Anderzijds behelst het beleid de aanvaarding van verslaving als maatschappelijk verschijnsel. Er wordt zo'n f 20.000,- aan overheidsgeld per verslaafde per jaar besteed. In de vier-jaren nota's wordt een totaal-inventarisatie gemaakt van alle voorzieningen. In het tweede plan wordt ook aandacht besteed aan alcoholverslaving, met name voorlichting en preventie en aan gokverslaving, met name het beperken van gelegenheden om te gokken.

In Rotterdam doet het Centrum voor Dienstverlening een project rondom gokverslaving. Het punt is dat de gokverslaving nog in het beginstadium verkeert. Uitbreiding kan voorkómen worden door het aantal gelegenheden te beperken. Bijvoorbeeld door terughoudend te zijn met het afgeven van vergunningen voor speelhallen.

Het centrale thema bij het drugsbeleid is zoals altijd dat er geen nieuw geld is. Nieuwe initiatieven moeten gerealiseerd worden door reallocatie binnen het vaste budget. Er moet meer samenwerking en afstemming tussen de instanties komen. Laagdrempelige hulp verdient de voorkeur. Alleen voor een beperkte groep heeft het zin om te mikken op afkicken. Voor de rest is het doel de betere integratie in de samenleving.

AIDS is een nieuw probleem dat voor een deel met de drugsproblematiek samenhangt vanwege het gebruik van vuile spuit en heroïneprostitutie. Rotterdam heeft gekozen voor een spuitomruilsysteem, maar niet voor het verstrekken van gratis heroïne. Het rijk waardeert het Rotterdamse drugsbeleid. In Rotterdam zijn de problemen beheersbaar gebleven en gaat alles veel rustiger dan in Amsterdam. Er wordt een consequent beleid gevoerd en geen paniek-acties zoals razzia's.

Op stedenbouwkundig en economisch gebied heb je het SOR-project (Stedelijke Ontwikkeling Rotterdam). Daaronder vallen goede initiatieven die een vliegwielfunctie hebben, een sneeuwbaaleffect. Vanuit de zorgsector is hier echter weinig aansluiting op. Wel wordt er veel aandacht besteed aan de werkloosheidsproblematiek. De directeur van de GSD is leider van het project Werkgelegenheid waaronder tevens de problematiek van langdurige werkloosheid ressorteert.

De zorgsector wordt geconfronteerd met het uitvalsprobleem. Uitval uit het werk, uit de gezondheid, uit het leven. De zorgsector is de sluitpost van de vitale kanten van de stad. Daarvoor is een creatieve aanpak vereist. Bijvoorbeeld de pogingen om ouderen langer thuis te houden. In Nederland woont 14% van de ouderen in een instelling, terwijl dat in het buitenland zo'n 5% is. Hier is dus te weinig thuiszorg. In Nederland is wel erg veel professionalisering als oplossing van maatschappelijke problemen. Zo heb je in Duitsland nauwelijks algemeen maatschappelijk werk. De zorg van de wieg tot het graf maakt de mensen erg kwetsbaar. Maar de zorgsector staat voor een dilemma. De problemen dienen zich gewoon aan. Daarbij is bovendien samenhang met de andere sectoren in de samenleving. Het Healthy Cities Project is een voorbeeld van een enthousiasmerend project. Voor Rotterdam is het geen echte koerswijziging.

Achtergrondinformatie

Alle genoemde nota's zijn beschikbaar bij de GGD-Rotterdam.

2.2 Rotterdam GGD: A. van Bruggen-Wissink (beleidsmedewerker van de directie) (15 september 1987)

Gezondheidssituatie

Zie de jaarverslagen, de algemene beleidsplannen (uit 1982 en 1987) en de specifieke beleidsplannen voor deelterreinen van de afdeling Epidemiologie van de GGD.

Gezondheidszorgvoorzieningen

Zie de jaarlijkse inventarisatierapporten van de afdeling Epidemiologie van de GGD.

Gezondheidsbeleid

De Algemene welzijnsovereenkomst tussen het rijk en de vier grote steden bood de steden nieuwe mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken voor de grote-stadsproblematiek. Er zijn echter wel een paar knelpunten die komen doordat het rijk grip probeert te houden op het doen en laten van de steden. Door allerlei bureaucratische regels is de ruimte om te experimenteren erg klein gemaakt. De Algemene welzijnsovereenkomst was bedoeld om uit te groeien, maar de trend van de laatste tijd is juist recentralisatie. Tot slot werkt de ontwerp-Welzijnswet (Tweede Kamer 1984-1985, 18957, nrs. 1-4) niet in het voordeel van de grote steden.

De Welzijnswet is ingediend na het fiasco van de Kaderwet Specifiek Welzijn en nadat de ontwerp-Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM) was ingetrokken. De Welzijnswet leidt wel tot decentralisatie naar gemeente- en provincieniveau. Alleen de relatief bevoorrechte positie van de steden zou weer teruggedraaid worden doordat bevoegdheden volgens het

ontwerp terug zouden moeten van grote stad naar provincie. Het punt is dat de grote steden door hun schaalgrootte eigenlijk op provinciaal niveau opereren, dan wel zouden moeten opereren.

De uitvoering van de Algemene welzijnsovereenkomst wordt op het departement van WVC gecoördineerd door C.C. Reichardt en door J. van den Berg. Sectoren die op dit moment onder de AWO vallen zijn de gezinszorg, het algemeen maatschappelijk werk, een deel van de jeugdhulpverlening en de drugshulpverlening.

De bejaardenzorg valt onder de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) die de grote steden ook veel beleidsruimte geeft. Zie de Nota Gemeentelijk Ouderenbeleid Rotterdam 1986-1990, Gemeentelijke Sociale Dienst, Rotterdam 1985. De WBO geeft de vier grote steden in het kader van de wet de provincie-status. Er is een budget voor de verzorgingstehuizen dat op basis van jaarplannen (ontwerp van het plan op de bejaardenoorden) wordt verdeeld. Apart daarvan staat het budget voor het flankerend beleid. Daarvan moet zo'n 50% besteed worden aan de outreaching-functie van de verzorgingstehuizen. De rest is vrij besteedbaar voor bijvoorbeeld: een GVO-project ouderen, dienstencentra en onderzoek naar de zogenaamde verkeerde-bed-problematiek.

Zie voor de problematiek van de grote steden het rapport plus vervolgotities Een schuyt die tegen de stroom oproeyt (zie achtergrondinformatie).

Enige jaren geleden is er een raamovereenkomst gesloten tussen de provincie Zuid-Holland enerzijds en Den Haag, Rotterdam en het toenmalige Openbaar Lichaam Rijnmond. Daarin werd een overheveling geregeld van bevoegdheden van provincie naar grote stad. Voor de sector volksgezondheid en welzijn is deze raamovereenkomst nooit ingevuld omdat op dat moment de WVG werd ingevoerd. Het was op dat moment de verwachting dat de grote steden automatisch bevoegdheden zouden krijgen op basis van de WVG.

Een voorbeeld van een financiële stroom uit de Algemene welzijnsovereenkomst zijn de zogenaamde OGGZ-gelden (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg). In Rotterdam gaan deze gelden direct naar de GGD. Daar worden de gelden verdeeld over projecten die worden uitgevoerd door de afdeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in samenwerking met de afdelingen GVO en Epidemiologie.

Op de GGD-conferentie over de toekomst van de GGD als basisgezondheidsdienst die in 1986 werd gehouden in Rockanje is aandacht besteed aan beleidsstukken over de positie van de grote stad waaronder Vertrouwen in de stad, een memorandum voor het kabinetsbeleid 1986-1990, geschreven door de gemeentebesturen van de vier grote steden aan de informateur.

De drugsproblematiek is een voorbeeld bij uitstek van een grote-stads-probleem. Bij de drugszorg is de decentralisatie naar de grote steden ver doorgevoerd. Alleen de CAD's en de klinische verslaafdenzorg zijn niet op regionale wijze georganiseerd. Daarbij heeft het ook enige tijd geduurd voordat alles goed ging. Daaraan zie je dat de decentralisatie ook van de kant van de grote stad geleerd moet worden. Het voordeel is echter dat de stad veel directer bij de problematiek betrokken is, terwijl op het departement het abstractieniveau te hoog is voor concrete probleemoplossingen.

Een ander voorbeeld van een beleidsterrein waarop de stad een eigen beleid zou kunnen moeten voeren is de vrouwenemancipatie. Een concreet initiatief op dit vlak is het Netwerk Sexueel Geweld. Er is een nieuwe Rotterdamse emancipatienota in wording waarin ook aandacht wordt besteed aan vrouwen in de gezondheidszorg.

Achtergrondinformatie

- Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Secretariaat afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen. Gemeente Rotterdam, mei 1984

- Richtlijnen en kwaliteitseisen WVG-WZV. Ministerie van WVC, Leidschendam, juli 1986
- De verdere ontwikkeling van de gemeentelijke gezondheidszorg; beleidsplan voor de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Gemeenteblad 1985, bijlage F, Rotterdam
- Een schuyt die tegen de stroom wordt opgeroeyt. Advies bestuurlijk-organisatorische aspecten grote-stedenproblematiek. Gemengde werkgroep grote steden. Ministerie van Binnenlandse Zaken. Staatsuitgeverij Den Haag, 1982
- Eerste vervolgnota grote-stedenbeleid. Ministerie van Binnenlandse Zaken. Den Haag, januari 1984
- Tweede vervolgnota grote-stedenbeleid. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag, september 1984
- Regeringsstandpunt over het rapport van de werkgroep Een schuyt die tegen de stroom wordt opgeroeyt. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag, mei 1983
- Vertrouwen in de stad; memorandum voor het kabinetsbeleid 1986-1990. De gemeentebesturen van Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht, mei 1986
- Schets van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Rotterdam e.o.. Stichting ter ondersteuning van het directeurenoverleg geestelijke gezondheidszorg Rotterdam en omgeving (SOGG), augustus 1980
- Een kijk op integrale GGZ; in enkele hoofdlijnen uitgewerkt voor Rotterdam. Notitie directie Deltaziekenhuis, april 1982
- Beleidsnota geestelijke gezondheidszorg; een vervolg. Gemeentesecretarie Rotterdam, maart 1982
- Evaluatie beleidsnota geestelijke gezondheidszorg; een vervolg. Gemeentesecretarie Rotterdam, juli 1985
- Besturen en plannen in samenhang; rapportage-onderzoek eerste fase. DHV Raadgevend ingenieursbureau BV. Amersfoort, februari 1985
- Grondslagen voor een gezondheidszorgbeleid van de gemeente Rotterdam (NB: dit is nooit een bestuurlijk stuk geworden.) Gemeentesecretarie Rotterdam, juni 1983
- Beleid en organisatie van de GSD in de tweede helft van de 80-er jaren; GSD, vangnet of trampoline. Gemeentelijke Sociale Dienst Rotterdam, september 1985
- Nota bestuurlijke reorganisatie in Rotterdam. Secretarie gemeente Rotterdam. Verzameling 1983, volgnummer 327, 1433-14469
- Notitie ten behoeve van de Werkgroep Welzijn en Volksgezondheid ter uitwerking van de Raamovereenkomst. Standpunt Rotterdam ten aanzien van bevoegdhedenverdeling Provincie – grote stad. Rotterdam, november 1985
- Raamovereenkomst grote steden. Provinciale Staten van Zuid-Holland. Vergadering november 1984, nummer 2689
- Uitwerking Algemene Welzijnsovereenkomst. Uitgave vanuit het Coördinatorenoverleg Algemene Welzijnsovereenkomst vier grote steden. Ministerie van WVC, Rijswijk, april 1986
- N. van Bruggen, P. Verbraak (red.). Basiszorg in beeld; de Rotterdamse GGD als basisgezondheidsdienst. GGD-Rotterdam, maart 1986
- Bestuurlijke opdracht aan de directie van de GGD met betrekking tot de omvorming van de GGD tot een BaGD. Gemeentesecretarie afdeling Sociale Zaken Volksgezondheid en Culturele Minderheden. Rotterdam, september 1986
- Met het oog op gezondheid. Beleidsplan van de GGD-Rotterdam, augustus 1988

2.3 Rotterdam Stichting Ziekenfonds Rotterdam: afdeling Beleid en Overeenkomsten Gezondheidszorg, B. van den Berg (hoofd) (29 juli 1987)

Gezondheidssituatie

Het ziekenfonds voert niet zelf epidemiologisch onderzoek uit om de gezondheidssituatie vast te stellen, op basis waarvan er planning zou kunnen plaatsvinden. Via de verrichtingen in de gezondheidszorg krijgt het fonds natuurlijk wel inzicht in wat er gedaan wordt. Dat geeft een indirect beeld van de gezondheidssituatie. Zulke gegevens worden echter nog maar weinig systematisch met dit doel geanalyseerd en gerapporteerd.

De problemen van de grote stad komen alleen impliciet naar voren. Het ziekenfonds houdt zich namelijk bezig met de problemen die de medewerkers en de verzekerden aandragen. Een voorbeeld is een onderzoek van het NIPG en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Daaruit bleek dat in de stad het gebruik van klinische psychiatrische voorzieningen relatief groot is. Het ziekenfonds moet zich dan buigen over de vraag of er andere normen moeten komen in de grote stad. Een ander aspect van de grote stad is de supra-regionale functie van veel voorzieningen. Denk aan de academische functie van de grote ziekenhuizen.

Gezondheidszorgvoorzieningen

Een sterk punt van de ziekenfondsen is dat ze een gedetailleerd inzicht hebben in wat er in de gezondheidszorg omgaat. Dat betreft met name kwantitatieve aspecten zoals de diverse verrichtingen en de kosten daarvan. Maar via de medische dienst is er ook inzicht in de kwalitatieve aspecten. Materiaal over met name de kwantitatieve aspecten is te vinden in de jaarverslagen en de daarbij horende bijlagen met statistische gegevens (zie achtergrondinformatie). Er worden zoals hierboven al gezegd is echter nog maar weinig analyses en rapportages gemaakt op basis van alle informatie die binnenkomt. Althans geen externe rapportages. De informatie wordt natuurlijk wel heel pragmatisch gebruikt om het eigen handelen te bepalen. Deze informatie is voor een buitenstaander echter zeer diffuus. Van allerlei projecten verschijnen wel rapporten, maar dat hoort meer thuis bij het volgende aandachtspunt, het gezondheidsbeleid.

Een voorbeeld van een informatieproject is het RIVOG. Daarbij willen de basisgezondheidsdiensten en het ziekenfonds een catalogus aanleggen van alle informatie in Rotterdam en de regio. Het ziekenfonds betwijfelt echter of dit project realiseerbaar is omdat de instellingen de bovenwettelijke gegevens misschien niet willen leveren.

Wat de kosten van de voorzieningen betreft: wanneer de demografische factoren worden meegenomen zouden deze meevallen. In Rotterdam zouden de uitgaven lager liggen dan in Den Haag en Amsterdam.

Gezondheidsbeleid

De beleidsafdeling van de Stichting Ziekenfonds Rotterdam (SZR) bestaat op dit moment uit vier beleidsmedewerkers: een arts, een verpleegkundige, een econoom en een bestuurskundige. Vroeger deden de adviserend geneeskundige de algemene beleidsadvisering. Maar sinds een paar jaar is de beleidsfunctie afgesplitst, multidisciplinair gemaakt en in een aparte afdeling ondergebracht. De beleidsafdeling heeft onder andere samenwerkingsafspraken met de afdeling Epidemiologie van de GGD. Er zijn regelmatige contacten met de directeur GGD, met de wethouder, met andere politici en met het veld. De werkelijke invloed van de ziekenfondsen is beperkt door alle randvoorwaarden. De vergoedingen liggen vast; in die zin is het ziekenfonds een betaalkantoor. Voor 1966 en misschien in de toekomst opnieuw mochten de fondsen

het pakket veel meer zelf invullen. Het fonds vervult een adviesrol, bijvoorbeeld in de Districtscommissie Groot Rijnmond van de Provinciale Raad en in de Provinciale Raad zelf. Op basis van achtergrondkennis, informatie en eigen deskundigheid heeft men een redelijk belangrijke rol. Sinds het operationeel worden van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in 1982 wordt er op lokaal niveau onderhandeld over prijzen, produktie en budgetten. Daarbij staan de instellingen enerzijds en de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars anderzijds tegenover elkaar. In die sfeer zijn er beïnvloedingsmogelijkheden.

Het fonds kan gezien worden als een countervailing power tegenover de producenten in de gezondheidszorg. Er moet meer gedacht worden in termen van zorgfuncties in plaats van in termen van voorzieningen. De noodzaak van een countervailing power in de gezondheidszorg wordt alom erkend, onder andere door de SER. De financiers worden in dit verband vaak genoemd. Dat is logisch omdat zij in feite de betaling van de cliënt hebben overgenomen. Een probleem is echter hoe de consument zijn belangen op zijn beurt door de financiers vertegenwoordigd krijgt. Ten eerste kan dat door marktwerking: de consument kiest de financier die zijn belangen het beste vertegenwoordigt. Dit is het idee dat in het advies van de commissie-Dekker is uitgewerkt. Een tweede mogelijkheid is om de financiers, in dit geval de ziekenfondsen, meer te democratiseren, zodat de invloed van de consument meer tot uiting komt in het beleid. Ten derde kunnen er naast de financiers andere countervailing organisaties worden ingezet die het belang van de afnemer mede vertegenwoordigen, zoals patiëntenorganisaties en de lokale overheid. Overigens is democratisering in de gezondheidszorg een uiterst moeilijke zaak. Patiëntenorganisaties zijn vaak op deelbelangen en minder op algemene belangen gericht. De lokale overheid staat vrij ver af van de belevingswereld van de patiënten.

Het fonds werkt mee aan allerlei experimenten in de stad. Bijvoorbeeld in samenwerking met de GGD, de secretariaat afdeling SZVCGM, het kruiswerk en de gezinszorg wordt er gewerkt aan een project terminale thuiszorg. Dit zal gedeeltelijk worden gefinancierd uit het fonds van de aanvullende verzekering. In zulke relatief kleine niet vastgelegde financieringsbronnen zoals de aanvullende verzekering zit de beleidsruimte.

Het fonds betaalt bijvoorbeeld mee aan een onderzoek van de Erasmusuniversiteit naar de financiële aspecten van verschillende technieken om de menseelijke nierfunctie te vervangen (gewone dialyse, chronische ambulante peritoneale dialyse, een relatief nieuwe techniek en niertransplantatie). Er wordt meegedacht in een ander onderzoeksproject van de Erasmusuniversiteit over de kwaliteit van leven na hartoperaties. Op 16 oktober 1987 wordt het project Ontwikkeling verpleegkundige toetsing afgesloten met een symposium, in samenwerking met het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).

Het ziekenfonds wil het begrip kwaliteit van de zorg nader vorm geven. Het kan worden uitgewerkt in de richting van efficiency, in de richting van effectiviteit of in de richting van zinvolheid van zorg. Het moet ook concreet gemaakt worden. Bijvoorbeeld als de cardiologen zoals het geval is zeggen dat er te weinig mogelijkheden zijn voor hartcatheterisaties, dan moet dat aangetoond worden. Het ziekenfonds weet dat per ziekenhuis het percentage ingrepen verschilt. Hoe kan dat? Zijn er verschillende indicatiestellingen? Volgens het fonds lijkt het in dit geval niet nodig te zijn dat uitbreiding plaatsvindt. Overigens, de concrete uitwerking van zo'n vraag gebeurt niet alleen binnen de beleidsafdeling, maar in samenwerking met de binnen de medische dienst (adviserend geneeskundigen).

De verpleeghuizen hebben sinds kort f 18.000,- in hun jaarbudget gekregen voor de consultatieve functie naar de eerste lijn toe. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) is akkoord gegaan met een verdeling van gelijke bedragen per verpleeghuis. Maar op lokaal niveau zou de SZR graag voor de verdeling van dat geld willen zorgen. In dat kader worden beleidsnotities geschreven.

Er moet creatief worden omgegaan met de nieuwe ontwikkelingen. Het ontwikkelen van beleid kost geld, maar kan weer besparingen en kwaliteitsverhoging opleveren. Bij de fondsen zijn de geldbronnen voor de eigen beheerskosten en die voor de betaling van verstrekkingen echter strikt gescheiden. Op dit moment kan geen geld uit de verstrekkingenpot worden gebruikt om tot een efficiënter beheer van de voorzieningen te komen. De totale kosten van de ziekenfondsen in Nederland worden landelijk vereffend. Dat werkt efficiënt handelen niet in de hand. Dat zou veranderd moeten worden.

Achtergrondinformatie

- Jaarverslag 1985. Stichting Ziekenfonds Rotterdam
- Jaarverslag 1986. Stichting Ziekenfonds Rotterdam
- Statistische gegevens 1985. Stichting Ziekenfonds Rotterdam
- Beleidsplan SZR, juni 1984 (vertrouwelijk)
- Folder symposium: verpleegkundige kwaliteitsbewaking: een zinvolle zaak! Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Tetsing en Stichting Ziekenfonds Rotterdam, 16 oktober 1987

3 Den Haag

- 3.1 Gemeentesecretarie Den Haag:
afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid (MWV),
A. van Elzaker (beleidsmedewerker WVG),
J. van Schaick (beleidsmedewerker eerstelijnszorg) en
L. Staal (beleidsmedewerker basisgezondheidszorg)
(11 augustus 1987)

Gezondheidssituatie

De GG en GD heeft als taak om de gezondheidssituatie in beeld te krijgen. Er is een gat tussen het onderzoek dat gedaan wordt en het beleid. De afdeling Epidemiologie van de GG en GD heeft bijvoorbeeld een prachtig rapport uitgebracht met sociaal-demografische kengegevens per buurt, maar dit rapport wordt op de secretarie nauwelijks gebruikt.

Binnenkort gaat het gemeentebestuur opdracht geven om een ouderenonderzoek uit te voeren. Dit gebeurt in het kader van het flankerend beleid en wordt uit dat budget gefinancierd. Zo'n onderzoeksopdracht gaat niet automatisch naar de GG en GD. In Den Haag zijn trouwens al diverse onderzoeken uitgevoerd buiten de GG en GD om. De landelijke gezondheidsenquête van het CBS kunnen ook worden gebruikt door uitdraaien te vragen op het niveau van de grote steden.

Gezondheidszorgvoorzieningen

De gemeente beheert enkele gezondheidszorginstellingen, te weten het gemeenteziekenhuis Leijenburg, een ziekenhuisapothek voor de Haagse ziekenhuizen en de Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging. De gemeente heeft via deze dienst een experiment gestimuleerd met een zorghuis dat het tussengebied tussen een verpleeghuis en een verzorgingstehuis dekt (het dr. W. Dreeshuis). In zo'n zorghuis wordt zorg op maat geleverd. Alle inwoners krijgen een verschillend zorgpakket, variërend van beperkt tot zeer intensief. Er is geen aparte verpleegafdeling in het zorghuis.

Er staan nog meer van dergelijke projecten op stapel. Het wordt op experimentele basis gefinancierd uit het budget van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Het budget van het flankerend beleid wordt voor een deel besteed aan projecten in bejaardenoorden om opnames daarin te voorkomen.

Normaliter verdeelt de provincie dat geld, maar in de grote stad mag de gemeente dat zelf doen.

Op initiatief van de gemeente Den Haag zijn drie gezondheidscentra tot stand gekomen. Eén in de Haagse Schilderswijk en twee in nieuwbouwwijken. Eén daarvan bevindt zich in gemeentelijke accommodatie. Met twee van de drie centra heeft de gemeente op financieel gebied niets meer te maken. Het derde wordt nog steeds voor een deel door de gemeente gesubsidieerd. De gemeente is tevreden over de gezondheidscentra. Het is een nieuwe manier van werken die de ogen heeft geopend. Een positief punt is de participatie van de bevolking in het beleid van de centra.

In het beleidsplan van het huidige linkse college staat nog steeds dat met het oog op de bevordering van de samenhang in de zorg de wijkgezondheidscentra extra aandacht verdienen (zie achtergrondinformatie). De gemeente heeft een nota uitgebracht met betrekking tot het gemeentelijk vestigingsbeleid voor huisartsen (zie achtergrondinformatie). Er is in Den Haag een overcapaciteit aan huisartsen, zodat de stad gesloten is voor nieuwe vestigingen. Men probeert om een inhoudelijk vestigingsbeleid te ontwikkelen in samenwerking met de GG en GD. De GG en GD voert een inventarisatie uit van alle gevestigde huisartsen en evalueert het vestigingsbeleid.

Gezondheidsbeleid

In november 1981 heeft de gemeente een nota over de eerstelijnsgezondheidszorg gepresenteerd. Uitgangspunten voor het beleid zijn een goede bereikbaarheid en samenwerking tussen de disciplines. Daarnaast is er een aantal tekortkomingen gesignaleerd in de Haagse situatie. Zo werkt het naast elkaar bestaan van twee kruisorganisaties tot afstemmingsproblemen.

Het voortouw voor de ontwikkeling van de thuiszorg is genomen door de sector Maatschappelijke Aangelegenheden van de secretarie. De sector Volksgezondheid is daar minder bij betrokken. Een belangrijke discipline voor de thuiszorg is de gezinsverzorging. De gemeente heeft daar invloed op aangezien de budgetten in het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst naar de gemeente zijn geschoven.

De Algemene welzijnsovereenkomst en de daarbij horende financieringsovereenkomst is van groot belang voor de gemeente, omdat op basis daarvan op een aantal deelterreinen een eigen beleid kan worden gevoerd. Gedecentraliseerd zijn op dit moment de bejaardenzorg, de gezinszorg, een gedeelte van de jeugdhulpverlening, de verslaafdenzorg en de wijkwelzijnsvoorzieningen. De Algemene welzijnsovereenkomst is tot nu toe de enige uitwerking van de voornemens van het departement van Binnenlandse Zaken om de grote steden meer bevoegdheden te geven.

In het kader van de Algemene welzijnsovereenkomst zijn ruim een jaar geleden afspraken gemaakt over een versnelde sectorale invoering van de WVG in de grote steden. De gemeente zou uiterlijk in 1992 plannen gaan maken voor de intra- en de extramurale zorg. Alle andere gemeenten dan de vier grote steden mochten in het kader van de WVG alleen plannen gaan maken voor de eerstelijnszorg, terwijl de provincies de plannen voor de tweedelijnszorg maken.

Een paar jaar geleden is in Zuid-Holland een Raamovereenkomst gesloten tussen de provincie en de grote steden Den Haag en Rotterdam. Het was de bedoeling om taken te decentraliseren van provincie naar grote stad. In verband met de toen veronderstelde invoering van de WVG in de grote steden is de Raamovereenkomst niet uitgewerkt.

Op allerlei specifieke beleidsterreinen maakt de secretarie notities en plannen. Zo is er een nota Ouderenbeleid, een nota Maatschappelijke Dienstverlening, een nota Verslaafdenzorg, een plan voor de Bejaardenoorden, een plan voor de Gezinsverzorging, een nota Migrantenbeleid, een coördinatiegroep Jeugdhulpverlening en een nota Gehandicaptenzorg. De gemeente is actief op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de AIDS-preventie.

De huidige prioriteiten liggen op het gebied van de ouderen, migranten, verslaafden en de eerste lijn.

De secretarie is vooral tevreden over hetgeen bereikt is op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening. Met dat veld is ervaring opgedaan en dat loopt goed. Waar men nu met name in geïnteresseerd is, is de vraag hoe de gezondheidszorg verder aangepakt moet worden. Het rijk erkent dat de grote steden meer mogelijkheden moeten krijgen. Op het gebied van de gezondheidszorg bestaan hierover op dit moment echter grote onduidelijkheden. En dat terwijl de gemeente op de aanpalende velden van de zorg voor ouderen en de maatschappelijke dienstverlening keurige bevoegdheden bezit en die ook naar behoren invult.

De secretarie is bezig met het denken over de juiste schaalgrootte in de gezondheidszorg. De gemeentegrens is niet de goede afbakening voor de regulering van de gezondheidszorg. De gemeentegrens van Den Haag loopt dwars door bepaalde woonwijken heen. De regio is een beter niveau dan de stad. Er is sprake van een agglomeratie.

Achtergrondinformatie

- Nota Eerstelijnsgezondheidszorg te 's-Gravenhage. Gemeentesecretarie 's-Gravenhage, Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid, november 1981
- Nota met betrekking tot het gemeentelijk vestigingsbeleid voor huisartsen te 's-Gravenhage. Gemeentesecretarie 's-Gravenhage, Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid, november 1986
- Beleidsplan van het College van Burgemeester en Wethouders van 's-Gravenhage. Hoofdstuk VIII: Sector Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid, 1986

3.2 Den Haag GG en GD: stafbureau Epidemiologie. H.G.J. Nijhuis (hoofd) (5 augustus 1987)

Het verslag van dit gesprek is niet beschikbaar voor publikatie.

Achtergrondinformatie

- De hele reeks nummers van het Epidemiologisch Bulletin van de GG en GD-Den Haag van 1985-1987. Hierin worden alle onderzoeksprojecten gerapporteerd
- S.J.M. Belleman en H.G.J. Nijhuis, Gezondheidsdiensten in de Verenigde Staten en Canada; verslag van een werkbezoek. GG en GD-Den Haag, februari 1987
- Jaarverslag 1985 van de GG en GD-Den Haag
- Jaarverslag 1986 van het Stafbureau Epidemiologie van de GG en GD-Den Haag
- Het voorkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland; epidemiologische informatie voor het management van de bestrijding. GG en GD-Den Haag, oktober 1984
- H.G.J. Nijhuis, H.W.A. Struben, I. Verkade-Burger, Den Haag in sociaal-demografisch perspectief; een maat voor gezondheid. GG en GD, Stafbureau Epidemiologie Den Haag, mei 1986
- M. Horjus, Project verrichtingen registratie schoolgezondheidszorg Den Haag. GG en GD, Stafbureau Epidemiologie Den Haag, juli 1986

4 Utrecht

4.1 Gemeentesecretarie Utrecht: bureau Coördinatie Welzijnsbeleid, L. Roest (eerste beleidsmedewerker Volksgezondheid) (31 juli 1987)

Gezondheidssituatie

Op dit moment is er weinig concrete informatie beschikbaar over de gezondheidssituatie in Utrecht. Er is in Utrecht geen sprake van grootschalige oncontroleerbare gezondheidsproblematiek. Wat je wel ziet zijn bijvoorbeeld zwerwers en druggebruikers in het winkelcentrum Hoog-Catharijne. In de wijk Lombok, een oude wijk in het westen van de stad, is een concentratie van minderheidsgroepen. Zoiets doet een zwaar beroep op de stad.

Er is in Utrecht een woonwagencamp waar wel eens problemen ontstaan. Een ander probleem is de verkeersconcentratie met de daarbij horende onveiligheid en vervuiling. In de stad zijn een paar honderd junks. Deze krijgen volgens de informatie over-aandacht van de politiek vanwege enerzijds het openbare-orde-aspect en anderzijds vanwege een bestuurstechnisch aspect: veel drugshulpverlening wordt uit de gemeentebegroting gefinancierd.

Binnenkort komt er wel informatie beschikbaar over de gezondheidssituatie in de stad. De GG en GD heeft namelijk in 1986/1987 een gezondheidsspeiling uitgevoerd. Zie hiervoor het interview op de GG en GD: nummer 4.2. De secretarie hoopt op concrete gegevens over de beleving van gezondheid en gezondheidszorg in de stad.

Gezondheidsvoorzieningen

De gemeente beschikt niet over een handzaam overzicht van alle instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de stad. Wel zijn er uitgebreide rapporten beschikbaar over de diverse eerstelijnsvoorzieningen. Deze zijn gemaakt door de onderzoeksafdeling van de gemeente (ROVU). Elke instelling of categorie van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn is afzonderlijk onderzocht qua omvang, samenwerkingsrelaties en bereikbaarheid. Dit onderzoeksproject is een uitvloeisel van de expliciete aandacht van de gemeente voor de eerstelijnszorg in de zeventiger jaren. Daarnaast hangt het project samen met de bevoegdheden die de gemeente zou krijgen in het kader van de WVG ten aanzien van de planning van de eerstelijnszorg. Nu de rapporten van het eerstelijns-onderzoek er zijn, maakt de secretarie korte notities naar aanleiding ervan.

Een belangrijk punt daarbij was bijvoorbeeld het al dan niet onderscheiden van een afzonderlijke sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening losstaand van de wijkwelzijnsorganisaties. Aanvankelijk wilde de gemeente deze twee sectoren integreren. Dat kon echter niet omdat de wijkwelzijnsorganisaties via kleine segmenten georganiseerd worden (buurten), terwijl de gezondheidszorg in grotere segmenten is onderscheiden. De huisartsen werken namelijk door de hele stad heen. Een functioneel spanningsveld ligt bij de maatschappelijke dienstverlening. In hoeverre hoort dit bij de gezondheidszorg en in hoeverre bij de wijkwelzijnsorganisatie. Het maatschappelijk werk levert enerzijds een informatie- en adviesfunctie die bij de sector welzijn past, maar levert anderzijds eenvoudige procesmatige hulpverlening als voorstation van de RIAGG's, zodat er ook een duidelijke samenhang is met de gezondheidszorg.

Zoals gezegd was de gemeente in de zeventiger jaren sterk betrokken bij de eerstelijnszorg, in het bijzonder op het terrein van de gezondheidscentra. Dat speelt nu niet meer. De gemeente heeft indertijd in Overvecht een gezondheidscentrum opgericht samen met het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) gesteund door subsidies van het Praeventiefonds. Dat werd aanvankelijk een debâcle, omdat het centrum voor de gemeente niet beheersbaar bleek te zijn.

Later is deze situatie verbeterd. De gemeente heeft zich uit de gezondheidscentra teruggetrokken als rechtstreekse participant of oprichter. Het standpunt van de laatste jaren is dat er een goed, krachtig initiatief moet zijn vanuit het veld. Dan wil de gemeente alleen in de aanloopfase ondersteunen, onder andere met behulp van financiële garanties.

De thuiszorg is in ontwikkeling. Op dit moment ligt er bijvoorbeeld een subsidieverzoek voor een experiment terminale zorg. Het betreft een initiatief van vrijwilligers die om een coördinator vragen. In principe staat de gemeente hier positief tegenover, maar de informant wijst op het probleem dat vrijwilligerszorg de professionele thuiszorg zou kunnen ondergraven. Het gevaar is bijvoorbeeld dat de gezinsverzorging bepaalde taken zou kunnen afschuiven op zo'n initiatief.

Gezondheidsbeleid

In de gemeente Utrecht is in 1976 een algemene volksgezondheidsnota uitgebracht (zie achtergrondinformatie). Deze nota kan gezien worden als een lokaal evenbeeld van de nationale Structuurnota uit 1974. Deze nota is nooit vervangen door een actuelere versie. Hij is nog steeds actueel voor wat betreft de intenties die erin staan, maar er is weinig van terecht gekomen.

Er is een korte notitie over de eerstelijnsplannen die gemaakt zouden moeten worden in het kader van de WVG (zie achtergrondinformatie). Deze notitie is in de gemeente uitgebreid besproken, maar inmiddels verouderd door de ontwikkelingen rond de WVG.

Omdat de drugshulpverlening uit de begroting gefinancierd wordt en gezien de politieke belangstelling hiervoor, zijn er op dit gebied wel recente stukken beschikbaar in de vorm van periodieke plannen. Op dit moment is een nieuw plan in de maak waarin de nadruk ligt op integratie van de hulpverlening en op de openbare-orde-problematiek.

Over de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) zijn twee nota's verschenen: een beleidsnota in 1976 en een evaluatienota in 1978. Sindsdien worden er vier-jaren-plannen en jaarplannen gemaakt (zie achtergrondinformatie). Er is in Utrecht een samenwerkingsverband GVO en een afdeling GVO bij de GG en GD. Het geheel wordt begeleid door een commissie. Binnen het GVO-beleid wordt prioriteit toegekend aan homo- en aan vrouwenemancipatie.

De afdeling Welzijn van de secretarie heeft een nota Welzijn ethnische minderheden uitgebracht (zie achtergrondinformatie). Op het terrein van de volksgezondheid is er een werkgroep ethnische minderheden actief die contact houdt met allerlei gezondheidszorginstellingen. Deze werkgroep wordt gecoördineerd vanuit de GG en GD.

In Utrecht kan volgens de informant niet gesproken worden van een breed gehandicaptenbeleid. Dit onderdeel is wel opgenomen in het takkenpakket van de afdeling.

In het kader van de WVG wordt er door de gemeente een vestigingsbeleid voor huisartsen uitgevoerd (zie achtergrondinformatie). Er is in Utrecht volgens de algemene criteria een overschot aan huisartsen, maar op basis van artikel 13 van de AMvB mag de stad het huidige aantal huisartsen houden. De gemeente wil dat. Qua uitvoering is er een mengvorm: de plaatselijke huisartsenvereniging (PHV) doet een voordracht voor een kandidaat aan de vestigingscommissie, maar de gemeente stelt de criteria vast. Binnenkort komt er een plaats voor een huisarts vrij, zodat de procedure kan worden uitgetoetst.

Overigens: in 1976 is er een vanuit historisch oogpunt interessante beleidsnota Huisartsen in dienstverband uitgebracht door de secretarie na een daartoe strekkend advies van de GGD (zie achtergrondinformatie). Op basis van deze nota wees de gemeenteraad het dienstverband af. Op dit moment speelt de kwestie al dan geen dienstverband niet meer.

Utrecht heeft samen met de vier andere grote steden gereageerd op het rapport van de commissie Dekker Bereidheid tot verandering. Het standpunt is dat de WVG geen kans heeft gekregen om zich te bewijzen. Men had deze wet kunnen

uitproberen, waarbij tijdens de uitvoering nog heel veel bijgestuurd zou kunnen worden. De vier grote steden hebben nu een alternatief ontwikkeld waarbij de steden de randvoorwaarden voor de lokale gezondheidszorg moeten ontwikkelen en vastleggen. Plannen voor de gezondheidszorg moeten er toch komen, ook wanneer het advies van de commissie Dekker wordt opgevolgd. De lokale overheid moet deze plannen kunnen beïnvloeden.

De financiering zou de planning moeten volgen, volgens de informant. Net zoals nu bij de uitvoering van de Wet op het Ambulancevervoer. Hieromtrent wordt overigens een juridische strijd gevoerd tussen de planners en de financiers. Indien een plan voor de gezondheidszorg aan bepaalde vast te stellen eisen voldoet, dan moet er ook door de betreffende financiers worden betaald.

Actueel is het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid binnen de gemeente, als alternatief voor een meer beperkt gezondheidszorgbeleid dat op de voorzieningen is gericht. Volgens de informant hangt deze trend ermee samen dat het departement er niet in geslaagd is om de voorzieningen in de vingers te krijgen. Men ging zich toen op andere zaken richten. Vroeger lag het accent op de inhoud van de zorg en zaken zoals substitutie van verschillende soorten zorg. Nu let men op de algemene gezondheidssituatie en het bevorderen daarvan. Het voorzieningenbeleid zou afgekoppeld moeten worden van de gemeente. Met dat laatste is de informant het niet eens. Utrecht lijkt wel wat te voelen voor een gezondheidsbeleid dat bijvoorbeeld via een Healthy Cities Project vorm zou kunnen krijgen. Daarbij zou de stad de activiteiten van de GG en GD willen inbrengen (zie interview 4.2).

Achtergrondinformatie

- Beleidsnota 1976 Volksgezondheid. Gemeente Utrecht
- Nota van Aanbieding (van de begroting) 1987, deel II, functionele beleidsmatige toelichting. Hoofdstuk 7, Volksgezondheid (gedrukte verzameling 1986; nr. 273 fin.)
- Eerstelijnswerkers in dienstverband. Nota aan de gemeenteraad van Utrecht. Gedrukte verzameling 1979 nr. 355
- GVO-Utrecht in de jaren 1983 tot 1987; een ontwerp vier-jarenplan voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Utrecht. GG en GD-Utrecht, november 1982
- Aanbiedingsstuk bij de Nota sexueel geweld tegen vrouwen en meisjes aan de gemeenteraad van Utrecht. Gedrukte verzameling 1986, nr. 616 Welzijn
- Nota Sexueel geweld tegen vrouwen en meisjes. Gemeente Utrecht, 1986
- Deelnota Welzijnswerk ethnische minderheden. Gemeente Utrecht, 1985
- Voorlopige regeling vestiging en praktijkomvang huisartsen. Gemeente Utrecht, 2 jaar
- Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht
 - deel 1: opzet en uitvoering
 - deel 2: wijkwelzijnsorganisaties
 - deel 3: eerstelijnslogopedie
 - deel 4: basisgegevensAfdeling Onderzoek/ROVU/gemeente Utrecht, 1986
- Notitie ten behoeve van de commissie Welzijn omtrent ROVU-rapport wijkwelzijnsorganisaties. Gemeente Utrecht, 1986

4.2 Utrecht GG en GD: afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbescherming en de directie. J.G. Koehoorn (beleidsmedewerker van de directie) en J.M.V. Oomen (epidemioloog) (28 augustus 1987)

Gezondheidssituatie

De sectie epidemiologisch onderzoek van de GG en GD-Utrecht functioneert sinds 1986. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van eigen onderzoek openbaar. Op niet al te lange termijn komen deze echter wel beschikbaar. Er is namelijk al een concept-versie van het rapport Project Integrale Gegevens GGD, dat naar verwachting in oktober 1987 openbaar wordt. De eerste resultaten van de zogenaamde Gezondheidspeiling zijn in concept-vorm volgens de planning in december 1987 klaar. Wanneer die resultaten openbaar worden is nog niet precies bekend.

Het grootste onderzoeksproject dat momenteel loopt bij de GG en GD Utrecht is de bovengenoemde Gezondheidspeiling. Het is in 1986 gestart en wordt qua rapportage begin 1988 afgerond. Hoofddoel is het verkrijgen van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking in relatie tot het gebruik van en de behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen. Naast dit algemene doel zijn er een paar specifieke onderzoeksvragen gericht op: de beoordeling van de vaccinatiëgraad bof, mazelen en rubella (BMR); het gebruik en de beoordeling van de eerstelijnszorg; hulpverlening thuis in acute situaties; risicofactoren harten vaatziekten; psychiatrische aandoeningen. Bij een bruto steekproef van 3000 Utrechters (opkomst 68%) zijn mondelinge en schriftelijke vragenlijsten afgenomen, zijn lengte en gewicht gemeten en is bloed afgenomen voor nader onderzoek. Het is de bedoeling dat de gezondheidspeiling in een of andere vorm een periodiek terugkerend project gaat worden.

Het tweede reeds genoemde project van de GG en GD Utrecht is het Integraal **Epidemiologisch Project**. Dit is erop gericht om gegevens die reeds verzameld worden door diverse GG en GD-afdelingen zoals de ambulancedienst, de jeugdgezondheidszorg, de bedrijfsgezondheidszorg en de sectie infectieziekten te gebruiken voor onderzoek. Hierdoor wil men er een **gemeente-brede epidemiologische** meerwaarde aan toevoegen. Diverse indicatoren van voorzieningengebruik en gezondheid worden weergegeven naar leeftijd, geslacht, buurt en ethnische afkomst. Binnenkort komt een eerste onderzoeksverslag beschikbaar.

De GG en GD is bezig met een analyse van sterftecijfers per buurt in Utrecht. In 1988 hoopt men te beginnen met een wijkgericht informatiesysteem over de gezondheidstoestand van de bevolking. Dit zou in samenwerking met de afdeling Onderzoek van ROVU ingevoerd moeten worden. Het is vergelijkbaar met het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem (REBUS).

Gezondheidsvoorzieningen

De GG en GD doet zelf niet aan een systematische inventarisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen in de stad. Er wordt verwezen naar het eerste-linsonderzoek van ROVU (zie interview 4.1).

Gezondheidsbeleid

In mei 1985 heeft de GG en GD beleidsvoornemens voor de middellange termijn uitgebracht. Dat was naar aanleiding van de aanstelling van de nieuwe directeur en in verband met de gemeentelijke heroverwegingsoperatie 1985-1988. De beleidsvoornemens zijn gebaseerd op de Contourennota: rapport van de werkgroep contourennota (zie achtergrondinformatie).

Gesteld wordt dat de lokale overheid de eerst aangewezen is als het gaat over de verdeling van schaarste die de volksgezondheid betreft. Voor de GG en GD ziet men een taak waar het betreft de indicatiestelling voor schaarse voor-

zeningen, de coördinatie bij de verdeling daarvan en bij eventuele conflictbemiddeling.

In een zeker optimisme werd er bij het bovenstaande vanuit gegaan dat de WVG zou worden ingevoerd, zodat de gemeente vergaande planningsbevoegdheden zou krijgen. Overigens wordt de implementatie van de WVG in Utrecht door de secretarie gecoördineerd. De GG en GD speelt daarbij geen formele rol. Nu de WVG in zijn oude vorm niet doorgaat, is het beleid van de GG en GD aangepast.

Afgezien van alle wettelijke en bestuurlijke regelingen voelt men zich verantwoordelijk voor de gezondheidssituatie in de stad. Men wil geen zware rapporten gaan schrijven, maar concrete beleidsadviezen. Men richt zich meer op het brede gezondheidsbeleid, dan op het vroegere gezondheidszorgbeleid. In dat kader heeft de GG en GD zich ook voorzichtig aangesloten bij de projectgroep Healthy Cities. Men was in Düsseldorf op de vervolg-Healthy Cities Conferentie, zomer 1987. De twee hierboven genoemde projecten wil Utrecht inbrengen in het Healthy Cities Project.

De sectie Epidemiologie heeft onlangs een Notitie Epidemiologie in de GG en GD uitgebracht. Deze notitie is geaccepteerd door het College van Burgemeester en Wethouders. Het is een uitwerking van het GG en GD-beleidsplan voor de Epidemiologie. Als uitgangspunt voor de activiteiten heeft men de 38 doelstellingen van het Health for all by the year 2000-programma van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) genomen. Deze doelstellingen die door WVC zijn vertaald naar de Nederlandse situatie heeft Utrecht voor zijn lokale doelen aangepast.

De huidige en toekomstige activiteiten worden tegen deze doelstellingen afgezet. Vier instrumenten worden onderscheiden om informatie omtrent de 38 doelstellingen te verzamelen. Dit wordt community diagnosis genoemd. Dat zijn de reeds genoemde gezondheidspeiling, het integraal epidemiologisch project, het wijkgericht informatiesysteem over de gezondheidstoestand van de bevolking en overige nog te ontwikkelen activiteiten.

In Utrecht staat men op het punt om systematisch verzamelde epidemiologische informatie te oogsten. Men heeft echter weinig ervaring in het vertalen van de epidemiologische informatie naar lokaal gezondheidsbeleid. Men vraagt zich af welke mogelijkheden de gemeente concreet heeft om het gezondheidsbeleid vorm te geven en hoe de GG en GD daarbij een rol kan spelen. Wat de informanten betreft zou het WRR-project daar dieper op in mogen gaan.

Achtergrondinformatie

- Beleidsvoornemen voor de middellange termijn. GG en GD-Utrecht, mei 1985
- Contourennota, rapport van de werkgroep Countourennota. GG en GD-Utrecht, mei 1985
- GG en GD-Utrecht. Jaarverslag 1985 (januari 1987)
- Notitie Epidemiologie in de GG en GD-Utrecht, 1987
- Onderzoeksontwerp Gezondheidspeiling Utrecht 1986/1987. GG en GD-Utrecht, 1986

Literatuur

H. Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk*. Baarn, niet gedateerd

Adriaanse, H., M.J. Drop, R. Halfens en H. Philipsen, 'Leeft Nederland Oké'; *Stichting Nederland Oké*, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1981

Advies beheersstructuur gezondheidszorg. Economische Raad. Publikatienummer 7, Den Haag, 1987

Advies herstructurering verplichte ziekenfondsverzekering. Sociaal Economische Raad, publikatienummer 1, Den Haag, 1987

Advies inzake het concept-besluit integrale invoeringsprojecten WVG; deel I samenvatting en conclusies; deel II achtergrondbeschouwingen en nadere argumentatie. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1986

Advies inzake de ontwerp AMvB ex artikel 41 WVG integrale invoeringsprojecten. Uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, nummer 327, Amstelveen, 1986

Alcohol en samenleving; nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Tweede Kamer 1986-1987, 19243, nummers 2-3

Allegro, J.T., 'Gezondheidsverschillen, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'; in: *De ongelijke verdeling van gezondheid*; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, rapportnummer V58, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987

Ankoné, E.C.M. en W.J. Kaufman, *Turkse en Marokkaanse vrouwen in Utrecht*; gemeente Utrecht, 1984

Arts, W.A. en W.C. Ultee, 'Tussen radicalisering en apathie'; *Economisch en Statistische Berichten*, 20 februari 1985, pagina 183-187

Ashton, J., *Healthy Cities; a World Health Organization Project*. University of Liverpool, 1986

Ashton, J., P. Grey, K. Barnard, 'Healthy Cities; WHO's new public health initiative'. *Health Promotion* 1, 319-324, 1986

Asvall, J.E., 'Towards a European policy in health', *Health Policy* 6, 221-226, 1986

Asvall, J.E., J.P. Jardell, A. Nanda, 'Evaluation of the European strategy for health for all by the year 2000', *Health Policy* 6, 239-258, 1986

Bakker, D.H. de, *Afsteming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens*. NIVEL, Utrecht, 1987.

Bakker, D.H. de, M.J.P. Wulms, *Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg; een verkenning van mogelijkheden en activiteiten*. NIVEL, Utrecht, 1986

Bangma, S.P., 'Geestelijke Gezondheidszorg'; in: Scherpenisse, A.M.C. en G. Verbeek (red.); *Introductie in de gezondheidszorg*; Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, pagina 100-151, 1987

Bannenbergh, A.F.I., G. Verbeek, 'Gezondheidszorg in het krachtenspel van overheid en samenleving'. In: *Gezondheidszorg en samenleving*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam, pagina 59-86, 1986

Basiszorg in beeld; bundel bij de conferentie van de GGD-Rotterdam op 5, 6 en november 1986 te Rockanje, GGD-Rotterdam, 1986

Bauduin, D.M.J., K. Degenkamp en P.P.J. Koning, 'Centrum van psychiatrische dagbehandeling, het dagcentrum'; in: Romme (red.); 'Geestelijke Gezondheidszorg', Stafleu, Alphen aan den Rijn, pagina 103-114, 1984

Bazuin, H.J. en H.C. Mulder, 'Rustgevende middelen en hun gebruik in 1974 en 1979'; *Medisch Contact*, nummer 35, pagina 1361-1366, 1980

Bazuin, H.J. en H.C. Mulder, 'Gebruik van rustgevende middelen'; *Gezondheid en Samenleving*, nummer 2, pagina 11-20, 1981

Beaumont, W.J.O., 'AIDS in Den Haag 2'; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-Den Haag, nummer 22, pagina 26-35, 1987

Beleidsvoornemens voor de middellange termijn, GG en GD-Utrecht, 1985

Belleman, S.J.M. (red.), *De epidemiologische taak van de Basisgezondheidsdiensten*; Stuurgroep Epidemiologie in Basisgezondheidsdiensten, Amsterdam, 1987

Bereidheid tot verandering. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987

Besluit van 12 oktober 1985 nummer 17, houdende vestiging en praktijkomvang huisartsen. Algemene Maatregel van Bestuur in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1985

Blijenberg-Ruis, I., *Chemische rust*, GGD-Rotterdam, afdeling Gezondheidsvoorlichting- en Opvoeding, rapportnummer 60, 1984

Blijenberg-Ruis, B., H.F.L. Garretsen, J.H. Schuurman en A.L.T. Verdonk, 'Het gebruik van slaap- en kalmerende middelen'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 491-497, 1986

Boogaard, R. van der, 'Vrije markt dringt door tot ideeën van Sovjet-economen', *NRC-Handelsblad* 27 december 1985

Boon, H., 'Eén jaar vestigingsbeleid huisartsen; nieuwe vestigingen en ervaringen van mannelijke en vrouwelijke huisartsen', *Basis* 3, nummer 7, 7-9, 1987

Boot, J.M.D., F.F. van Ham, F.C.A. Jaspers, G.C. Kaper, J.W. Reerds, A.J. Weeber, *Strukturnota gezondheidszorg 1984; aangeboden door oud-studenten van prof. dr. J.C.M. Hattinga Verschuren bij gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar ziekenhuiswetenschappen aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Utrecht op 30 september 1983*; Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1983

Boot, J.M., M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*; Aula, Het Spectrum, Utrecht, 1988

Bos, G.A.M., P.J. van der Maas en J.D.F. Habbema, *Gezondheidsenquête 1983*; Universiteit van Amsterdam/Erasmusuniversiteit Rotterdam, 1985

Bos, G.A.M. en P.J. van der Maas, *Zorgbehoeften en zorggebruik bij chronisch zieken, de onderzoeksoepzet*; Universiteit van Amsterdam/Erasmusuniversiteit Rotterdam, 1986

Bouma, J., H.C. Mulder en Tj. Tijmstra, 'Het gebruik van kalmerende middelen en slaappmiddelen in de gemeente Groningen'; *Huisarts en Wetenschap*, nummer 18, pagina 212-216, 1975

- Breemer ter Stege, C.P.C. en P.C. Meurs, 'Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg; de samenwerkingsfuik'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 63, pagina 546-548, 1985
- Brekel, E.J.G. van, 'Medicijnen op recept, 1981-1985'; *Maandbericht Gezondheid*, nummer 87/3, CBS, pagina 5-14, 1987
- Brekel, E.J.G. van, 'Voorgescreven en niet-voorgescreven medicijnen'; *Maandbericht Gezondheid*, 83/12, CBS, pagina 5-24, 1983
- Brief van de Colleges van Burgemeester en Wethouders van Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht omtrent het advies van de commissie-Dekker*, 15 april 1987
- Brochure 'Wet Voorzieningen Gezondheidszorg'*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Voorlichting sector Volksgezondheid, Leidschendam, 1983
- Bruggen, N. van, *Verslag Conferentie Basiszorg in Beeld*, Rotterdam, GGD, november 1986
- Buisman, W.R., 'Methadonverstrekking in Nederland'; *Tijdschrift voor alcohol en drugs*, nummer 9, pagina 24-29, 1983
- Bijl, R. en J. Mastboom, 'Van behoefte naar vraag'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 440-442, 1987
- Cate, R.S. ten, 'Eerstelijnsgezondheidszorg', in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, pagina 154-210, 1983
- CBS, *Regionaal vademecum gezondheidsstatistiek 1985*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987
- Cassee, E.Th, *Naar de dokter*; Boom, Meppel, 1973
- 'Concept-besluit integrale invoeringsprojecten WVG', supplement bij de *Nederlandse Staatscourant*, nummer 43, van maandag 3 maart 1986
- Concept-richtlijnen en kwaliteitseisen ex-WVG/WZV*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1986
- Contourennota*, GG en GD-Utrecht, 1985
- Culyer, A.J., *Need and the National Health Service; economics and social growth*. Martin Robertson and Co., London, 1976
- 'De verdere ontwikkeling van de gemeentelijke gezondheidszorg; beleidsplan voor de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst', *Gemeentebld Amsterdam*, bijlage F, 1985
- De ziektekostenverzekering: continuïteit en verandering*. Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars, Den Haag, 1987
- Deboutte, D., A. van de Ven en H. van Engeland, *Jeugd, Hulpverlening, Geestelijke Gezondheidszorg*; Rotterdam, RIAGG-zuid/GGD-Rotterdam, 1987
- Dekker, E., J.H. Krijnen, 'De effectiviteit van de marktwerking volgens het rapport-Dekker; een vingeroefening in veranderingsbereidheid', *Medisch Contact*, 42, 1427-1430, 1987

Deursen, C.G.L. van, *Literatuurstudie naar de gezondheid van zelfstandig wonende ouderen*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 34, 1987

Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Secretariaat afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen, Rotterdam, 1984

Doyal, L., *The political economy of health*, Pluto Press, London, 1981

Draper, P., G. Grenholm, G. Best, 'The organization of health care: a critical view of the 1974 reorganization of the National Health Service', in: D. Tuckett (ed.), *An introduction to medical sociology*, Tavistock Publications, pagina 254-290, 1976

Duhl, L.J., 'The healthy city: its function and its future', *Health Promotion* 1, 55-60, 1986

Een schuyl die tegen stroom wordt opgeroeyt; advies bestuurlijk-organisatorische aspecten grote-steden problematiek, Gemengde werkgroep grote steden, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1982

Eerste vervolgnota grote-stedenbeleid, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag, 1984

Evaluatieverslag van de dagactiviteitengroep, Stichting Buurtvoorzieningen Flesseman, Amsterdam, 1986

Evaluatieverslag van een jaar buurtconciërge, Stichting Buurtvoorzieningen Flesseman, Amsterdam, 1986

Elberse, W.P., *Het bronnenboek voor de gezondheidszorg*; Utrecht, Rijksuniversiteit, 1986

Epen, J.J. van, *Drugsverslaving en alcoholisme*; Elsevier, Amsterdam, 1983

Erf, R.F. van der, 'Minderheden in de grote steden'; *Maandstatistiek van de bevolking*, nummer 35, pagina 14, 1987

Faro, L.M.C., 'Kwaliteitsbeheer van medische hulpmiddelen in de Verenigde Staten', *Medisch Contact*, 42, 297-300, 1987

Field, M.G., 'The concept of the Health System at the macro-sociological level', *Social Science and Medicine*, 7, 753-786, 1973

Field, M.G., 'The health system and the politics: a contemporary American dialectic', *Social Science and Medicine*, 14a, 397-413, 1980

Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1988; waarin opgenomen een raming van de kosten tot en met 1990. Tweede Kamer, 20 209, nummers 1-2, 1987-1988

Financieel Overzicht Zorg 1989, Tweede Kamer, 20 848, nummers 1-2, 1988-1989

Fiselier, P.J.M., H.W.M. Linden, 'Gemeentelijk gezondheids(zorg)beleid in de integrale invoeringsgebieden WVG; een verslag uit Noord-Limburg', *Medisch Contact* 42, 1464-1466, 1987

FNV-plan voor de gezondheidszorg. Federatie Nederlandse Vakbeweging, Amsterdam, 1987

Freidson, E., *Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead, New York, 1970

- Furer, J.W. en B. Tax, *Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psycho-sociale problemen*; Nijmegen, Katholieke Universiteit, 1987
- Gadourek, I., *Riskante gewoonten en zorg voor eigen welzijn*; Groningen, Wolters, 1963
- Garretsen, H.F.L., *Probleemdrinken, onderzoek in Rotterdam, basisgegevens voor een alcoholbeleid*; rapportnummer 41, Rotterdam, GG en GD, afdeling Gezondheidsvoorziening en -opvoeding, 1982
- Garretsen, H.F.L., *'Probleemdrinken'*; Swets & Zeitlinger; Lisse, 1983
- Garretsen, H.F.L., *Ontwikkelingen met betrekking tot alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 13, 1985a.
- Garretsen, H.F.L., *Ontwikkelingen met betrekking tot het gebruik van slaap- en kalmerende middelen*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 14, 1985b
- Garretsen, H.F.L., *Ontwikkelingen met betrekking tot druggebruik*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 17, 1985c
- Garretsen, H.F.L., *Discussiepunten bij het eindverslag van het Project Epidemiologie in basisgezondheidsdiensten*; Interne notitie, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987a
- Garretsen, H.F.L., *Beleidsplan Epidemiologie*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 25, 1987b
- Garretsen, H.F.L. en R.A. Knibbe, Ministerie van WVC, *Alcoholprevalentieonderzoek*; Rotterdam/Limburg, 1983
- Garretsen, H.F.L. en A.I. Wierdsma, *Een lokale gezondheidsenquête*; rapportnummer 11, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1984
- Garretsen, H.F.L. en A.I. Wierdsma, 'Een lokale/regionale gezondheidsenquête'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 63, pagina 589-591, 1985
- Garretsen, H.F.L., R. Geijer en A.J. Fabriek, *Onderzoek naar acupunctuurprogramma's voor heroïneverslaafden te Rotterdam en Amsterdam*; rapportnummer 17, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1986
- Garretsen, H.F.L., C.B. Barentsen en H. Raat, 'Epidemiologie van alcoholgebruik en van alcoholproblemen bij ouderen'; in: Knook, D.L. en W.J.A. Goedhard (red.); *Ouderen en alcohol*; Alphen aan den Rijn, Samson Stafleu, pagina 22-32, 1987
- Gemeente Helmond, *Druggebruik en hulpverlening*; 1977
- Gemeente Rotterdam, *Vierjarenplan verslaafdenzorg 1987-1991*; Rotterdam, 1987
- Gerards, F.M., 'Primaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nummer 29, pagina 6-16, 1987
- Geijer, R., *Heroïneverslaving en acupunctuur*; Rotterdam, GGD, afdeling Geestelijke Volksgezondheid, 1987

Gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland; Tweede Kamer, 20 200, nummer 7, 1978-1988

Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur; standpunt van de Colleges van Burgemeesters en Wethouders van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht over hun rol op het terrein van de gezondheidszorg, 1988

GGD-Amsterdam, *Jaarplan Onderzoek 1986*; 1986

GGD-Amsterdam, *Jaarplan Onderzoek 1987*; 1987

GGD-Rotterdam, *Intern verslag Conferentie Basiszorg in Beeld, november 1986*; Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1986

GG en GD-Utrecht, *Onderzoeksontwerp Gezondheidspeiling*; 1986

Gids Geestelijke Gezondheidszorg 1986-1987, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid; Deventer; Van Loghum Slaterius, 1987

Giel, R., A.C. de Graaf en J.R. van Weerden-Dijkstra, 'Mededelingen uit het Centrale Patiëntenregister van psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (6)'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nummer 17, pagina 302-306, 1975

Giel, R., 'De nieuwe nota geestelijke volksgezondheid', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129, 5-7, 1985

Gier, J.J. de, 'Geneesmiddelengebruik en verkeersveiligheid; wat niet weet, wat niet deert?'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer 7, pagina 92-97, 1981

Gier, J.J. de, 'Psychofarmaca en sociaal functioneren'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer 8, pagina 174-177, 1982

Gijsen, R., C. Fok, P.M.A. Louman, H. Raat, 'Evaluatie van het aanbod van jeugdhulpverleningsinstellingen in Rotterdam in het kader van de gemeentelijke beleidsontwikkeling', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 65, 738-739, 1987

Goudriaan, G., *Thuiszorg tussen de lijnen*, Harmonisatieraad voor het welzijnsbeleid, Dwarskijken 16, Den Haag, 1988

Goudriaan, G., H. Raat, 'Onwetendheid arts maakt gezondheidszorg zo duur', Open Forum, *Volkscrant*, 30 november 1982

Goudriaan, G., H. Raat, 'Bezuiniging gezondheidszorg moet bij de artsen beginnen', Open Forum, *Volkscrant*, 12 februari 1983

Grant, M., *Handbook of community health*, Lea and Febiger, Philadelphia, 1975

Grinten, van der T.E.D., 'Ordering van gezondheidszorg; een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie-Deker', *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 65, 678-681, 1987

Groot, de J., G. Jongerius-de Gier, I. Mur-Veeman, M. Schuurman, 'De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio; verloop en opbrengst van de integrale invoering in de proefgebieden', *Medisch contact* 43, 265-268, 1988a

Groot, de J., G. Jongerius-de Gier, I. Mur-Veeman, M. Schuurman, 'De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de regio; enige verklaringen voor verloop en opbrengst van de integrale invoering', *Medisch Contact* 43, 305-307, 1988b

- Grünwald, C.A., *Beheersing van de gezondheidszorg*, VUGA, Amsterdam, 1987
- Gunning-Schepers, L.J., 'Health for All by the Year 2000: a mere slogan on a workable formula?', *Health Policy* 6, 227-237, 1986
- Gunning-Schepers, L.J., 'De ongelijke verdeling van gezondheid, een synthese van de conferentie'; in: *De ongelijke verdeling van gezondheid*; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, V58, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987
- Habbema, J.D.F., T. van der Bos, A. Lau-IJzerman en P. van der Maas, 'Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nummer 58, pagina 101-106, 1980
- Haen, de A.H.H.J., 'Ziekenhuisopnamen van de lokale Amsterdamse bevolking', Bijlage bij: F.J. Hogewind, *Vooronderzoek functieplanning regio Amsterdam*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1987
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme en G. Driessen, 'Het (on)bedoelde gebruik van meer geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 63, pagina 506-511, 1985
- Hamers, H., *De geestelijke gezondheidszorg als systeem in wankel evenwicht*; proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, 1987
- Hancock, T., L.J. Duhl, *Healthy cities: promoting health in the urban context*, Paper presented at the Healthy Cities Symposium, Lisbon, April 7-11, 1986
- Hardeman, W.J., 'Beschermd woonvormen'; in Romme (red.), *Geestelijke Gezondheidszorg*; Alphen aan den Rijn, Stafleu, pagina 128-137, 1984
- Have, H. ten, *Geneeskunde en filosofie; de invloed van Jeremy Bentham op het medisch denken en handelen*, De Tijdstroom, Lochem, 1983
- Hayes, R.B. (red.), 'Het roken van tabak'; *Serie Maatschappij en Gezondheid 5*, De Tijdstroom, Lochem, 1984
- Health for all by the year 2000; rapportage Nederland 1985*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1986
- Health for all by the year 2000; rapportage Nederland 1988*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1988
- Health inequalities in Liverpool*, Liverpool City Planning Department, Liverpool, 1986
- Health promotion concept and principles in action; a policy framework*, The WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984
- 'Health promotion; a discussion document on the concept and principles', World Health Organization Copenhagen, *Health Promotion* 1, 73-76, 1986
- Healthy Toronto 2000, a policy conference*, City of Toronto Department of Public Health, October 1984
- Herwaardering van welzijnsbeleid*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Rapporten aan de regering 22, Den Haag, 1982

- Het hart van de toekomst/de toekomst van het hart*, Scenariorapport opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1986
- Het KLOZ en de bereidheid tot verandering; reactie van het KLOZ op het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker) en het Regeringsstandpunt daarover geschreven voor de hoorzitting op 31 augustus 1987 van de vaste Commissies voor de Volksgezondheid en voor Welzijn en Cultuur uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, Contactorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars, Houten, 1987
- Het verworven immuun deficiëntie-syndroom (AIDS)*; Tweede Kamer, 19, 218, nummer 8, 1986-1987
- Heydelberg, E., *Thuiszorg in functies; een onderzoek naar motieven en praktische mogelijkheden*. Harmonisatieraad voor het Welzijnsbeleid, Dwarskijker 19, Den Haag, 1988
- Hingstman, L., H. Boon, 'Vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg: een geografische analyse', in: P.P. Groenewegen, J.P. Mackenbach, M.H. Stijnenbosch (red.). *Geografie van gezondheid en gezondheidszorg, Nederlandse Geografische Studies*, 34, Amsterdam, Utrecht, pagina 69-86, 1987
- Hodiamont, P.P.G., E.T.H. ter Heine, P.H.J.M. Heyendaal, J.W. Furer en P.G.M. Peer, 'Psychiatrische en psycho-sociale problematiek: overeenkomst en verschil'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nummer 2, pagina 128-144, 1986
- Hofland, J., P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*. Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, nummer 14, Den Haag, 1984
- Hogewind, F.J., *Vooronderzoek functieplanning regio Amsterdam*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1987
- Hoogendoorn, D., 'Patiënten opgenomen wegens misbruik van alcohol'; *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nummer 120, pagina 178-180, 1976
- Hoogendoorn, D., 'Het toenemend gebruik van alcohol en de stijgende frequentie van enkele (mede) door alcohol veroorzaakte ziekten'; *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nummer 122, pagina 1275-1280, 1978
- Hoogendoorn, D., 'Opnamen in ziekenhuizen wegens overmatig gebruik van alcohol'; *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nummer 127, pagina 1011-1017, 1983
- Horn, G.J.C., 'Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid een stap in de goede richting', *Binnenlands Bestuur*, pagina 23, 3 augustus 1984
- Huisartsenregistratiesysteem Den Haag, Jaarverslag 1986; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-Den Haag, rapportnummer 22, pagina 4-5, 1987
- Hull, F.M., R.F. Westerman, 'Huisartsgeneeskunde in Engeland en Nederland; een ontmoeting van tegengestelden', *Medisch Contact*, 41, 1191-1192, 1986
- Hull, R., 'Een verhaal van twee steden; slot: terugblikken en vooruitzien', *Medisch Contact* 41, 1651-1652, 1986
- Illich, I., *Limits to medicine; medical nemesis: the expropriation of health*, Penguin Books, New York, 1977

Informatiebrochure van het Centrum van Ouderen Flesseman, Stichting Buurtvoorzieningen Flesseman, Amsterdam, 1987

Informatie over de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Uitgeverij van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag, 1982

JAC en Werkgroep Drugs Informatie, '*Heroïne in Helmond*'; Gemeentelijk Overlegorgaan Alcohol en Drugbeleid, Helmond, 1984

Jacobs, F., '*Woningvervuiling*'; GGD-Rotterdam, afdeling Infectieziekten en Hygiëne, 1987

Jacobs, D. en J.A.W.M. Scholte, 'Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis'; in: Romme (red.) pagina 81-94, *Geestelijke Gezondheidszorg*; Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1984

Jessen, J.L., B. Middel en H. Ormel, *Medische Consumptie*; Groningen, Sociologisch Instituut, Universiteit, 1974

Jonas S., *Health Care delivery in the United States*, Springer Publishing Company, New York, 1986

Kaasjager, D.C., Healthy Cities, de WHO, de Nota 2000; nieuwe ideeën met een klassieke uitwerking in: *Healthy Cities*, Reeks gezondheidsbeleid deel 2, WVC, pagina 53-64, 1988

Kaasjager, D.C., C.J.G. van der Maesen, H.G.J. Nijhuis, C.J. Staal, H. Westerhof, *Een leefbare stad; een kwestie van gezondheid*, Bundel bij het symposium op 20 november 1987, GG en GD-Den Haag, 1987

Kanker in Nederland, Scenariorapport opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1987

Kasdorp, J.P., 'Wet- en regelgeving in het rapport-Dekker', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 390-403, 1987

Ketting, E., *Gezonde steden; een nieuw project van de WHO-Europa in het kader van Health for All*, Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1986

Klein, C. de, J. Collaris, *Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid Voorstudies en achtergronden V56, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1986

Knibbe, R.A., *Probleemdrinken in Limburg*; Maastricht, Rijksuniversiteit, 1982

Knibbe, R.A., *Van gangbaar tot problematisch drankgebruik*; Maastricht, Rijksuniversiteit, 1984

Knibbe, R.A., M.J. Drop, J. van Reek en G. Saenger, 'The development of alcoholconsumption in The Netherlands, 1958-1981'; *British Journal of Addiction*, nummer 80, pagina 411-419, 1985

Knox, J.D.E., 'London en de eerste lijn; internationaal perspectief', *Medisch Contact* 41, 1279, 1986

Koeter-Kemmerling, L.G., J.P. van Dijk en L.J. Middel, *Determinanten van gezondheid* Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken i.o., Groningen, 1987

Kok, A.F.W., 'Geestelijke gezondheidszorg en verslaafdenzorg'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer 9, pagina 82-86, 1983

Krause, E.A., *Poverty and illness; the political sociology of health and medical care*, Elsevier, New York, 1977

Laar, M.J.W. van de en H.P.A. van de Water, *Gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen in de grote steden van Zuid-Holland*, Leiden, NIPG/TNO, 1986

Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians*, Government of Canada, Ottawa, 1974

Landelijke Medische Registratie, *LMR Jaarboek 1985*; Utrecht, SIG, 1985

Lapré, R.M., 'Kosten en financiering in macro-economisch perspectief', in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema en Holkema, pagina 97-109, Utrecht, 1983

Lapré, R.M., W.B. van der Mijn, 'Veranderende posities en relaties; een modelmatige benadering van het rapport-Dekker', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 374-389, 1987

Leeuwen, P.J. van, R.M. Lapré, 'Planning van gezondheidszorg', in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema en Holkema, pagina 336-355, Utrecht, 1983

Leichter, H.M., *A comparative approach to policy analysis; health care policy in four nations*, Cambridge, University Press, Cambridge, 1979

Lems, P., 'Verschuiving bleef uit', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* 4, bijlage 3, 14-15, 1986

Lems, P., 'Managed care in gezondheidscentra; meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* 6, nummer 1, 13-16, 1988

Leuw, E., 'Door schade en schande: de geschiedenis van drughulpverlening als sociaal beleid in Amsterdam', *Tijdschrift voor Criminologie*, nummer 26, pagina 149-167, 1984

Levitt, R., *The reorganised National Health Service*, Croom Helm, London, 1976

Londen, J. van, 'Ambulante geestelijke gezondheidszorg'; in: *Bouw en werking van de gezondheidszorg*; Roscam Abbing, E.W. (red.), Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, pagina 181-212, 1983

Lourijsen, E. en L.M. Bouter, 'Letsel bij gymnastiekoefening'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 65-71, 1987

Maarse, J.A.M., 'Het rapport-Dekker en de instellingen; een ander perspectief', *Medisch Contact* 42, 1431-1435, 1987

Maas, P.J. van der, 'De diamant'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 523, 1987

Maas, P.J. van der, 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen; op weg naar een onderzoeksstrategie'; in: *De ongelijke verdeling van gezondheid*; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, nummer V58, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987

Maas, P.J. van der, J.D.F. Habbema, G.A.M. van der Bos, H.S.J. Picavet, P.C. Schrader, J.W. Oosterbaan en J. van Keulen, *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II, 1977-1983*; Erasmusuniversiteit Rotterdam/Universiteit van Amsterdam/GG en GD-Amsterdam/gemeente Amsterdam, 1987

- Mackenbach, J.P., 'Secundaire doodsoorzaken'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 524-528, 1987
- Mackenbach, J. P., 'Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen'; in: *De ongelijke verdeling van gezondheid*; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, nummer V58, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987
- Mackintosh, D.R., *Systems of health care*, Westview Press, Boulder, Colorado, 1978
- Maesen, L.J.G. van der, 'Politiek beleid en verandering van de gezondheidszorg in Rotterdam'; *Folia*, nummer 20, Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling, Amsterdam, 1986
- Maesen, L.J.G. van der, 'Gezondheid in de grote stad'; in: *Healthy Cities*, Reeks gezondheidsbeleid deel 2, WVC, pagina 66-85, 1988
- Martini, C.V., *Gemeentelijk beleid inzake de volksgezondheid; voortgangsnotitie Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van de wethouder Volksgezondheid gemeente 's-Gravenhage*, 1987
- Matse, J., 'Systemen van gezondheidszorg in enkele landen', in: *Gezondheidszorg en samenleving*, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam, pagina 20-46, 1986a
- Matse, J., 'Internationale gezondheidszorg', in: *Gezondheidszorg en samenleving*, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, pagina 47-58, Amsterdam, 1986b
- Maynard, A., *Health care in the European community*, Croom Helm, London, 1976
- McCarthy, C.M., K.E. Thorpe, 'Financing for health care', in: S. Jonas, *Health care delivery in the United States*, Springer Publishing Company, New York, pagina 303-332, 1986
- McKeown, T., *The role of medicine, dream, mirage or nemesis?*, Basil Blackwell, Oxford, 1979
- Met het oog op gezondheid; een beleidsplan voor de GGD voor de komende jaren*, GGD-Rotterdam en omgeving, 1988
- Mheen, D. van de, *De gezondheid van adolescenten*; rapportnummer 44, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987
- Mijn, W.B. van der, 'Wetgeving', in: E.W. Roscam Abbing (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, Bohn, Scheltema en Holkema, pagina 378-413, Utrecht, 1983
- Minderhoud, M., *Inventarisatie gezondheidszorgvoorzieningen Rotterdam in het jaar 1984*; rapportnummer 36, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987a
- Minderhoud, M., *Ouderenonderzoek*; rapportnummer 26, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987b
- Mootz, M., *De patiënt en zijn naasten*; Rijksuniversiteit Limburg, 1981
- Mooney, G.H., E.M. Russell, R.D. Weir, *Choices for Health Care*, The MacMillan Press, London, 1980

- Moor, J., 'Aanvullende thuishulp; op weg naar volwassenheid', *Medisch Contact* 42, 1617-1618, 1987
- Mulder, H.C., 'Dalend gebruik van rustgevend middelen'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer 9, pagina 159-164, 1983
- Naar een Algemene Wet Ziektekostenverzekering van de PvdA-fractie, Tweede Kamer, 19931, nummers 1-2, 1986-1987
- Najman, J.M., J.S. Western, 'A comparative analysis of Australian health policy in the 1970's', *Social Science and Medicine*, 18, 949-958, 1984
- 'Nauwelijks vermindering van ziekenhuisbedden', *NRC-Handelsblad*, 1 december 1987
- Navarro, V., *Social security and medicine in the USSR, a Marxist critique*, Lexington Books, Lexington, Massachusetts, 1977
- Noorlander, E.A., 'Geneesmiddelenmisbruik bij heroïneverslaafden'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer 8, pagina 171-173, 1982
- Noorlander, E.A., 'Druggebruik en psycho-farmatica'; *Medisch Contact*, nummer 38, pagina 1214-1216, 1983
- Nijhuis, H.G.J., 'Importziekten, leefgewoontenziekten, existentiële crisisproblemen, onaangepastheid van zorg'; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-'s-Gravenhage, nummer 20, pagina 11-18, 1985
- Nijhuis, H.G.J., 'Rachitis-surveillance, de stad per 31 december 1985'; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-'s-Gravenhage, nummer 21, pagina 24-25, 1986
- Nijhuis, H.G.J., 'GGD-en en de nieuwe zorg voor volksgezondheid', in: D.C. Kaasjager e.a. (red.), *Een leefbare stad; een kwestie van gezondheid*, Bundel bij het symposium op 20 november 1987, GG en GD-Den Haag, pagina 81-102, 1987
- Nijhuis, H.G.J., 'GGD'en en de nieuwe zorg voor Volksgezondheid'; in: *Healthy Cities*, Reeks gezondheidsbeleid deel 2, WVC, pagina 87-106, 1988
- Nijhuis, H.G.J. en H.E. Zouthout, 'Rachitis in Den Haag'; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-'s-Gravenhage, nummer 21, pagina 23-29, 1986
- Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg*, gemeente Amsterdam, Gemeenteblad 1984, bijlage AC
- Nota Basisgezondheidsdiensten; schets van het beleid*. Tweede Kamer, 16088, nummers 1-2, 1979-1980
- Nota bestuurlijke reorganisatie en Rotterdam*, gemeente Rotterdam, Verzameling 1983, volgnummer 327, 1433-1446g
- Nota eerstelijnszorg*, Tweede Kamer, 18180, nummers 1-2, 1983-1984
- Nota eerstelijnsgezondheidszorg te 's-Gravenhage*, gemeentesecretarie 's-Gravenhage, 1981
- Nota geestelijke volksgezondheid*, Tweede Kamer, 18463, nummers 1-2, 1983-1984
- Nota van toelichting bij het besluit integrale invoeringsprojecten WVG, 'Supplement' bij de Nederlandse Staatscourant*, nummer 43, van maandag 3 maart 1986

Nota verandering verzekerd; stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg, Tweede Kamer, 19945, nummers 27-28, 1987-1988

Nota 2000, over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, Tweede Kamer, 19500, nummers 1-2, 19500

Notitie Bouwstenen voor een invoeringsplan WVG, Tweede Kamer, 17720, nummers 1-2, zitting 1982-1983

Oers, J.A.M. van, *Sterfte in Rotterdam*; rapportnummer 31, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, GGD, 1987

Oers, J.A.M. van, E.H. Prins en A.P.M. van de Ven, *REBUS: Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem, verkenning en opzet*; rapportnummer 41, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1988

Offerhaus, L., 'Alcohol en geneesmiddelen, reden voor terughoudendheid'; *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nummer 127, pagina 834, 1983

Onderzoek naar de relatieve duurte van de Amsterdamse ziekenfondsen, Stichting Ipso Facto, Leiden, 1983

Ongevallen in het jaar 2000, Scenario-rapport opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1988

Ontwerpplan verzorgingshuizen in Amsterdam, secretarie gemeente Amsterdam, afdeling MGZ, 1987

Oomen, J.M.V., R.P.M. van Kessel, B.P.M. Bloemberg, P.A.E.J.M. Aarden, C.R. Souverein, E.S. Mazurkiewicz, *Gezondheidspeiling*; Utrecht, GG en GD, 1985

Ooijendijk, W.T.M. en H.P.A. van de Water, 'De uitvoering van algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten'; NIPG/TNO, Leiden, 1984

Ormel, J., Primaire preventie van veel voorkomende psychische stoornissen: hoe mogelijk is het onmogelijke?; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 12, 1358-1367, 1987

OSER, *Nieuwsbrief rond themadag: Samenwerking eerstelijnszorg-RIAGG*, 8 juni Rotterdam, 1985

Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion; the move towards a new public health, Ottawa, Ontario, Canada, November 17-21, 1986

Oude Engberink, G.L.M., *Minima zonder marge, de balans drie jaar later*; Rotterdam, Gemeentelijke Sociale Dienst, 1987

Ouder worden in de toekomst, Scenario-rapport opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1984

Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens; geannoteerd behandelingsvoorstel van 25 mei 1987, Tweede Kamer, 19500, nummer 3, 1986-1987

Pannenberg, C.O., *A new international health order*; Dissertatie, Groningen, 1978

- Peeters, R.F., F.C.J. Stevens en J. van der Zee (red.), *Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit*; Deventer, Van Loghum & Slaterius, 1985
- Pen, J., 'Economische ongelijkheid'; in: J. Berting (red.), *Sociale Ongelijkheid*, Coutinho, Muidenberg, pagina 26-44, 1986
- Peters, L., 'De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg'; *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, pagina 33-46, 1984
- Plomp, H.N., *Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten; een studie naar het verloop en de determinanten van professionaliseringsprocessen in organisaties*, VU-uitgeverij, Amsterdam, 1987
- Praag, B.M.S. van, C. Binnenkade, K. Groenveld, B.R.A. Gijzel, J.J.W. Meurs, G.B. Nijhuis, M.P. Springer, W.P.M.M. van de Ven, *Een concurrerend recept voor de Nederlandse Gezondheidszorg*, prof. mr. B.M. Teldersstichting, Geschrift 61, Den Haag, 1986
- Preventie aangeboren afwijkingen, Tweede Kamer, 20345, nummers 1-2, 1987-1988
- Preventie hart- en vaatziekten; beleidsnota, Tweede Kamer, 20259, nummers 1-2, 1987-1988
- Prince, A.J., 'Nieuwe gezondheidszorg in de VS; kostenbeheersing en kwaliteitsbewaking via managed care', *Medisch Contact*, 42, 239-242, 1987
- Produktschap van Gedistilleerde dranken, *Hoeveel alcoholhoudende dranken worden er in de wereld gedronken?*; Schiedam, 1987
- Projectgroep Alcohol Voorlichtings Plan, *Alcohol: dag in dag uit*; Rijswijk, Ministerie van WVC, 1986
- Projectplan startperiode experiment thuisverpleging in de regio Amsterdam*, Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, augustus 1987
- Raamovereenkomst grote steden*, Gedeputeerde Staten Zuid-Holland, 2689, nummer 1-4, Den Haag, oktober 1984
- Raat, H., 'Taakverdeling tussen de categoriale en de algemene gezondheidszorgvoorzieningen ten aanzien van de verslaafdenzorg; is categoriale hulpverlening stigmatiserend?'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63, 983-985, 1985a
- Raat, H., 'Gezondheidszorg is ook een kwestie van zaken doen', *Open Forum, Volkskrant*, 28 december 1985b
- Raat, H., 'Marktmechanisme', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 4, 44-46, 1986
- Raat, H. *Alkoholproblematiek en hulpverlening*; Amsterdam, VU-uitgeverij, 1987
- Raat, H., 'Basisgezondheidszorg'; in: *Introductie in de gezondheidszorg*; Scherpenisse, A.M.C. en G. Verbeek (red.); Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, pagina 17-31, 1987
- Raat, H., G. Goudriaan, 'Kwaliteitssystemen en professionele autonomie; intercollegiale toetsing, protocollaire geneeskunde en evaluatieonderzoek', *Medisch Contact* 40, 806-808, 1985
- Raat, H., J.A.M. van Oers, J. Toet en A.P.M. van de Ven, *Voorstel voor de opzet van een Rotterdams Huisartsen Project*; Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1987

- Raat, H., J.A.M. van Oers, E. van Gilst, 'Buurtinformatie als stimulans voor gezondheidsbevordering', *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 6, nummer 1, 36-39, 1988
- Raats, G., R. Sanderman en H. Ormel, *Ongelijke kansen op geestelijke gezondheid (szorg)*; Groningen, Vakgroep Medische Sociologie, Rijksuniversiteit, 1987
- Reek, J. van, 'Smoking behaviour in The Netherlands, a striking decrease between 1958-1982'; *Hygie*, nummer IV, pagina 19-23, 1985
- Reek, J. van, M.J. Drop en H. Adriaanse, 'Stoppen met roken sinds 1958'; *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, nummer II, pagina 168-173, 1985
- Reelick, N.F., *Het voorkomen van psycho-sociale problemen in de Beverwaard*; rapportnummer 39, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1988
- 'Regeerakkoord', *Staatscourant*, 131, 1986
- Regeringsstandpunt over het rapport van de werkgroep grote steden 'Een schuyt die tegen stroom wordt opgeroeyt'*, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag, 1983
- Rijksbegroting voor het jaar 1988, hoofdstuk XVI, nummer 146, 1988
- Robertson, L.S., M.C. Heagarty, *Medical sociology; a general systems approach*, Nelson-Hall Publishers, Chicago, 1978
- Roemer, M.I., *Comparative national policies on health care*, Marcel Dekker Inc., New York, 1977
- Romme, M.A.J. (red.), *Geestelijke gezondheidszorg*; Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1984
- Romme, M.A.J. en N. Boersten, 'Het crisisinterventiecentrum'; in: Romme (red.), *Geestelijke Gezondheidszorg*; Alphen aan den Rijn, Stafleu, pagina 70-75, 1984
- Roscam Abbing, E.W., *Bouw en werking van de gezondheidszorg*; Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1983
- Roscam Abbing, H.D.C., *International organization in Europe and the right to health care*, Kluwer, Deventer, 1979
- Rutten, F.F.H. en J.H. Baay, 'Ongelijkheid in de intramurale gezondheidszorg'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nummer 58, pagina 122-128, 1980
- Salemink, G.W., 'Gezondheidszorg en marktmechanisme; het Amerikaanse voorbeeld', *Medisch Contact* 42, 233-238, 1987
- Saltet, R.H., 'De sterfte aan besmettelijke ziekten in Nederland en in Amsterdam van 1866-1905', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 53, 83-92, 1909
- Scheffer, S.L.Z., 'De vrij gevestigde zenuwarts of de zelfstandig werkende psychiater'; in: *Geestelijke Gezondheidszorg*; Romme (red.), Alphen aan den Rijn, Stafleu, pagina 41-43, 1984
- Scheltema-Beduin, L., 'De sterfte in Amsterdam gedurende 1854-1865', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 12, 399-435, 1868
- Scherpenisse, A.M.C., G. Verbeek, S.P. Bangma, F.J.A. Beumer, H. Raat, *Introductie in de gezondheidszorg; structuur en functioneren in de praktijk*, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1987

- Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, Tweede Kamer, 16066, nummers 1-2, 1979-1980
- Schieber, G.J., 'Health spending; its growth and control', *OECD-Observer* nummer 137, pagina 13-17, 9 december 1985
- Schippers, G.M., G.A. Jansen en R.F.W. Diekstra, 'Het gebruik van alcohol; een 'sample-survey'-studie naar drinkgewoonten'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nummer 56, pagina 536-543, 561, 1978
- Schippers, G.M., G.A. Jansen en R.F.W. Diekstra, 'Excessief alcoholgebruik: een 'sample survey-onderzoek' naar drinkproblemen en correlaties'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nummer 58, pagina 2-9, 1980
- Schnabel, P., 'De zin van de zorg voor ziel en zaligheid'; *Gezondheid en Samenleving*, nummer 6, pagina 152-160, 1985
- Schneider, H.J., 'Verschillen in gezondheid van de Rotterdamse bevolking'; *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, nummer 58, pagina 107-114, 1980
- Schönböck, W. (ed.), *Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt; vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen*, Urban und Schwarzenberg, München, 1980
- Schrader, P.C., *Amsterdammers en hun huisarts: het aanbod, de vraag naar en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg in Amsterdam*, GG en GD-Amsterdam, 1986
- Schrijnemakers, F.W.M., P.B.G. ten Ham en L. Habbema, *Gonorrhoe en condylomata acuminata in zuidelijk Zuid-Holland*; rapportnummer 30, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987
- Schrijvers, G., *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1986
- Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven, 'Health Maintenance Organizations; een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg', *Economisch Statistische Berichten*, pagina 1111-1117, 6 november 1985
- Schuylt, C.J.M., 'Maatschappelijke ongelijkheid'; *Economische en Statistische Berichten* 25 februari 1987, pagina 195-198, 1987
- Sengers, W., *Onderwijsreader heroïneverslaving*; Rotterdam, Instituut voor Preventie en Sociale Psychiatrie, Erasmusuniversiteit Rotterdam, 1984
- SIG, Verpleeghuis informatiesysteem, SIVIS Jaarboek 1985; Utrecht, SIG
- Sluijs, H. van der, *Ordening en sturing in de ouderenzorg*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Voorstudies en Achtergronden V 61, Den Haag, 1988
- Smet, P.A.G.M., F.A. Nelemans, J.J. de Gier, R.G.C. Herberle, 'Geneesmiddelen en verkeersveiligheid'; *Medisch Contact*, nummer 38, pagina 67-71, 1983
- Smid, M. de, 'Sociale ongelijkheid en ruimtelijke orde'; in: *Sociale Ongelijkheid*; J. Besting (red.), Coutinho, Muidenberg, pagina 62-78, 1986
- Smits, E.R., *Omvang en spreiding van de eerstelijnszorg in Rotterdam*, NIVEL, Utrecht, 1986

Solidariteit en doelmatigheid; afrondende nota ten aanzien van de discussie binnen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen van de hoofdlijnen van de toekomstige structuur en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1987

Sonsbeek, J.C.A. van, J.T.P. Bonte, 'Het ontbreken van differentiële gezondheidsstatistiek', *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 58, Supplement, 118-121, 1980

Sorel, F.M., 'Een integrale visie op de geestelijke gezondheidszorg; de hoofdzaken van de beleidsnota Geestelijke volksgezondheid', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 940-945, 1984

Souverein, R., *Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht; deel 1: opzet en uitvoering*, afdeling Onderzoek, ROVU, gemeente Utrecht, 1986a

Souverein, R., *Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht; deel 2: wijkwelzijnsorganisaties*, afdeling Onderzoek, ROVU, gemeente Utrecht, 1986b

Souverein, R., *Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht; deel 3: eerstelijnslogopedie*, afdeling Onderzoek, ROVU, gemeente Utrecht, 1986c

Souverein, R., *Onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht; deel 4: basisgegevens*, afdeling Onderzoek, ROVU, gemeente Utrecht, 1986d

Stafbureau Epidemiologie en Informatica, *Het voorkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland*; 's-Gravenhage, GG en GD, 1984

Standhardt, W.G., 'Roken en drinken'; *Tijdschrift voor alcohol en drugs*, nummer 11, pagina 9-17, 1985

Starr, P., *The social transformation of American medicine; the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basis Books, New York, 1982

Stevens, P., 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', *Medisch Contact* 42, 1459-1463, 1987

Stichting Volksgezondheid en Roken, *Roken welbeschouwd*; 's-Gravenhage, 1985

Struben, H.W.A. en B.A.M. Kempers, 'De voedingstoestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand'; *Epidemiologisch Bulletin*, GG en GD-'s-Gravenhage, nummer 22, pagina 20-29, 1987

Structuur en financiering gezondheidszorg; regeringsstandpunt van 5 juni 1987, Tweede Kamer, 19945, nummers 4-5, 1987-1988

Structuur en financiering gezondheidszorg; brief van 3 november 1987, Tweede Kamer, 19945, nummer 19, 1987-1988

Structuurnota gezondheidszorg, Tweede Kamer, I 3012, nummers 1-2, 1973-1974

Swaan, A. de, 'Prelabelle notities over de sociogenese van de verzorgingsstaat', in: A.B. Berends e.a. (red.), *Sociologisch jaarboek*, Van Loghum Slaterns, Deventer, pagina 218-232, 1985

Swaan, A. de, *In care of the state; health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*, Cambridge Polity Press, Cambridge, 1988

Swet en Bauduin, 'Psychiatrisch verpleeghuis', in Romme (red.), *Geestelijke Gezondheidszorg*, Stafleu, Alphen aan den Rijn, pagina 95-102, 1984

Sijlbing, G.M., *Drink- en rookgewoonten*; Amsterdam, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Alcohol en Drugs, 1978

Targets for health for all, The WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985

Taylor, R., *Stuurloze geneeskunde; analyse van een niets ontziende technologie*, De Tijdstroom, Lochem, 1983

The Amsterdam health plan; a description of the project, Municipality of Amsterdam, Ministry of Welfare, health and Culture, Amsterdam, 1986

Toet, J., *De gezondheidsprofielen van vijf Rotterdamse buurten*; rapportnummer 38, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1988

Trimbos, C.J.B.J., 'De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nummer 25, pagina 83-93, 1983

Trimbos, C.J., 'De geestelijke gezondheidszorg in ontwikkeling – 15 jaar later'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nummer 25, pagina 94-101, 1983

Tweede vervolgnota grote-stedenbeleid, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag, 1984

Uitwerking algemene welzijnsovereenkomst nummer 1, Coördinatorenoverleg Algemene welzijnsovereenkomst vier grote steden, WVC, Rijswijk, 1984

Uitwerking algemene welzijnsovereenkomst nummer 2, Coördinatorenoverleg Algemene welzijnsovereenkomst vier grote steden, WVC, Rijswijk, 1985

Uitwerking algemene welzijnsovereenkomst nummer 3, Coördinatorenoverleg Algemene welzijnsovereenkomst vier grote steden, WVC, Rijswijk, 1987

Ultee, W.C., 'Scheve verdelingen en openheid'; in: *Sociale ongelijkheid*; J. Berting (red.), Coutinho, Muidenberg, pagina 8-25, 1986

Uniken Venema, P., *De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdammers*; rapportnummer 33, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987a

Uniken Venema, P., *Gezondheid en migranten*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, Interne publikatie, 1987b

Uniken Venema, P., *Migrantenonderzoek*; Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 27, 1987c

'Vaststelling zorgregio's', gemeente Amsterdam, *gemeentebblad* afdeling I, nummer 953, 2147-2153, 1987

Ven, A.P.M. van, *GGZ-onderzoek*; rapportnummer 28, Rotterdam, GGD, afdeling Epidemiologie, 1987

Verdonk, A.L.Th., *Stadsbuurten: de ene is de andere niet*; Deventer, Van Loghum & Slaterius, 1979

Verdonk, A.L.Th., 'Rotterdamse stadsbuurten en haar devianten'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nummer 17, pagina 248-273, 1975

Verdoorn, J.A., *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling*, Het Spectrum Aula, Utrecht, 1965

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Overzicht Basisgezondheidsdiensten in Nederland*, VNG, 's-Gravenhage, 1985

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Steden vergeleken, verslag eerste fase, studie nummer 5*; VNG, 's-Gravenhage, 1984

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Steden vergeleken, verslag tweede fase, studie nummer 7*; VNG, niet gedateerd, 's-Gravenhage

Vertrouwen in de stad; memorandum voor het kabinetsbeleid 1986-1990, De gemeentebesturen van Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht, 1986

Vestigingsregeling huisartsen moeizaam van start, *De Nederlandse Gemeente*, 6 oktober 1987

Visser, A.Ph., 'De betekenis van de VOEG'; *Gezondheid en Samenleving*, nummer 4, pagina 177-188, 1983

Vliet, R.C.J.A. van, 'Nieuwe inventarisatie van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds en particuliere verzekerden'; *Gezondheid en Samenleving*, nummer 5, pagina 21-32, 1984

Voedingsbeleid; voortgangsrapportage voedingsbeleid, Tweede Kamer, 18156, nummer 12, 1986-1987

Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen, Tweede Kamer, 18108, nummers 1-2, 1983-1984

Volksgezondheidsnota 1966, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1966

Voorham, T., *Het eten ontleed*; rapportnummer 42, Rotterdam, GGD, afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, 1982

Voorstel van wet van de leden Worrell en Haas-Bergen, houdende regelen ten aanzien van de jeugdhulpverlening (Wet op de jeugdhulpverlening), Eerste Kamer, 19399, nummer 174, 1987-1988

Waddington, I., 'The role of the hospital in the development of modern medicine: a sociological analysis', *Sociology* 7, 211-224, 1973

Van Weerden-Dijkstra, J.R. en R. Giel, 'Mededelingen uit het Centrale Patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, pagina 41-47, 1975

Van Weerden-Dijkstra, J.R. en R. Giel, 'Mededelingen uit het Centrale Patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken'; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, pagina 355-362, 1975

Weideman, A., 'Ziektekostenverzekeraars over kabinetsplan: behalve bij bovenbouwen, groot verzet tegen overgangsfase bredere AWBZ', *Assurantie Magazine*, 28 april 1988

Werff, A. van der, *Organizing health care systems; a development approach*, Dissertatie, Utrecht, 1976

WHO Study Group, 'Young people's health – a challenge for society'; *WHO Technical Report Series*, nummer 731, Geneva, 1986

Widgerey, D., *Health in danger; the crisis in the National Health service*, The MacMillan Press, London, 1979

Wiercx, 'RIAGG's na drie jaar nog niet uit de problemen'; *Welzijnsweekblad*, nummer 10, pagina 12-13, 1985

Wierdsma, A.I. en H.F.L. Garretsen, 'Gezondheidsenquête, per post of op bezoek?'; *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 63, pagina 592-595, 1985

Wieringen, J.C.M., A. Leentvaar-Kuijpers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt en H.A. van Kessel Al, *Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen*; Amsterdam, GG en GD/universiteit, 1986;
ook in *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, nummer 65, pagina 587-592, 1987

Wijga, A., *Gezondheidseffecten van leefstijl en omgevingsfactoren*; Bilthoven/Zeist, RIVM/CIVO-TNO, 1987

Wijnberg, B. en W. Joling, 'Ongelijkheid in gezondheid'; *Medisch Contact*, nummer 42, pagina 871-875, 1987

Wijnberg, B., 'Dekker op afstand', *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 365-373, 1987

Wijziging van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening), Tweede Kamer, nummers 1-2, 1985-1986

Willemse, C., *Ontwikkeling en implementatie van gezondheidsprofielen*; Utrecht, Rijksuniversiteit, 1986

Wilson, F.A. en D. Neuhausen, *Health services in the United States*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1976

Zee, J. van der, 'De vraag naar diensten van de huisarts'; Limburg, proefschrift, Rijksuniversiteit, 1982

Zielhuis, R.L., 'Sociale-geneeskunde en sociale ongelijkheid in gezondheid'; *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, nummer 58, pagina 19-31, 1980

Zorgvernieuwing door structuurverandering; volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening, Rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Van Loghum Slaterns, Deventer, 1987

Zwart, W.M. de, 'Alcohol, tabak en drugs'; Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Alcohol en Drugs, Amsterdam, 1985

In de reeks 'Voorstudies en achtergronden' van de WRR zijn tot nu toe verschenen:

In de eerste raadsperiode:

- V 1 W.A.W. van Walstijn e.a.: Kansen op onderwijs; een literatuurstudie over ongelijkheid in het Nederlandse onderwijs (1975)*
- V 2 I.J. Schoonenboom en H.M. In 't Veld-Langeveld: De emancipatie van de vrouw (1976)*
- V 3 G.R. Mustert: Van dubbeltjes en kwartjes: een literatuurstudie over ongelijkheid in de Nederlandse inkomensverdeling (1976)*
- V 4 IVA/Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool Tilburg: De verdeling en de waardering van arbeid; een studie over ongelijkheid in het arbeidsbestel (1976)*
- V 5 'Adviseren aan de overheid', met bijdragen van economische, juridische en politicologische bestuurskundigen (1977)*
- V 6 Verslag Eerste Raadsperiode: 1972-1977*

In de tweede raadsperiode:

- V 7 J.J.C. Voorhoeve: Internationale macht en interne autonomie – Een verkenning van de Nederlandse situatie (1978)*
- V 8 W.M. de Jong: Techniek en wetenschap als basis voor industriële innovatie – Verslag van een reeks van interviews (1978)*
- V 9 R. Gerritse/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: De publieke sector: ontwikkeling en waardevorming – Een vooronderzoek (1979)*
- V10 Vakgroep Planning en Beleid/Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht: Konsumptieverandering in maatschappelijk perspectief (1979)*
- V11 R. Penninx: Naar een algemeen etnisch minderhedenbeleid? Opgenomen in rapport nr. 17 (1979)
- V12 De quartaire sector – Maatschappelijke behoeften en werkgelegenheid – Verslag van een werkconferentie (1979)
- V13 W. Driehuis en P.J. van den Noord: Productie, werkgelegenheid en sectorstructuur in Nederland 1960-1985 Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V14 S.K. Kuipers, J. Muysken, D.J. van den Berg en A.H. van Zon: Sectorstructuur en economische groei: een eenvoudig groeiemodel met zes sectoren van de Nederlandse economie in de periode na de tweede wereldoorlog. Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V15 F. Muller, P.J.J. Lesuis en N.M. Boxhoorn: Een multisectormodel voor de Nederlandse economie in 23 bedrijfstakken F. Muller: Veranderingen in de sectorstructuur van de Nederlandse industrie (1980)
- V16 A.B.T.M. van Schaik: Arbeidsplaatsen, bezettingsgraad en werkgelegenheid in dertien bedrijfstakken Modelstudie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V17 A.J. Basoski, A. Budd, A. Kalf, L.B.M. Mennes, F. Racké en J.C. Ramaer: Exportbeleid en sectorstructuurbeleid Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V18 J.J. van Duijn, M.J. Ellman, C.A. de Feyter, C. Inja, H.W. de Jong, M.L. Mogendorff en P. VerLoren van Themaat: Sectorstructuurbeleid: mogelijkheden en beperkingen Pre-adviezen bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V19 C.P.A. Bartels: Regio's aan het werk: ontwikkelingen in de ruimtelijke spreiding van economische activiteiten in Nederland Studie bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*

* Uitverkocht

- V20 M.Th. Brouwer, W. Driehuis, K.A. Koekoek, J. Kol, L.B.M. Mennes, P.J. van den Noord, D. Sinke, K. Vijlbrief en J.C. van Ours: Raming van de finale bestedingen en enkele andere grootheden in Nederland in 1985
Technische nota's bij het rapport Plaats en toekomst van de Nederlandse industrie (1980)*
- V21 J.A.H. Bron: Arbeidsaanbod-projecties 1980-2000 (1980)*
- V22 P. Thoenes, R.J. In 't Veld, I.Th.M. Snellen, A. Faludi: Benaderingen van planning
Vier pre-adviezen over beleidsvorming in het openbaar bestuur (1980)*
- V23 Beleid en toekomst
Verslag van een symposium over het rapport Beleidsgerichte toekomstverkenning deel I (1981)
- V24 L.J. van den Bosch, G. van Enckevort, Ria Jaarsma, D.B.P. Kallen, P.N. Karstanje, K.B. Koster: Educatie en welzijn
(1981)*
- V25 J.C. van Ours, D. Hamersma, G. Hupkes, P.H. Admiraal: Consumptiebeleid voor de werkgelegenheid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V26 J.C. van Ours, C. Molenaar, J.A.M. Heijke: De wisselwerking tussen schaarsteverhoudingen en beloningsstructuur
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V27 A.A. van Duijn, W.H.C. Kerkhoff, L.U. de Sitter, Ch.J. De Wolff, F. Sturmans:
Kwaliteit van de arbeid
Pre-adviezen bij het rapport Vernieuwingen in het arbeidsbestel (1982)
- V28 J.G. Lambooy, P.C.M. Huigsloot en R.E. van de Lustgraaf: Greep op de stad?
Een institutionele visie op stedelijke ontwikkeling en de beïnvloedbaarheid daarvan (1982)*
- V29 J.C. Hess, F. Wielenga: Duitsland in de Nederlandse pers – altijd een probleem?
Drie dagbladen over de Bondsrepubliek 1969-1980 (1982)
- V30 C.W.A.M. van Paridon, E.K. Greup, A. Ketting: De handelsbetrekkingen tussen Nederland en de Bondsrepubliek
Duitsland (1982)
- V31 W.A. Smit, G.W.M. Tiemessen, R. Geerts: Ahaus, Lingen en Kalkar; Duitse nucleaire installaties en de gevolgen voor
Nederland (1983)
- V32 J.H. von Eije: Geldstromen en inkomensverdeling in de verzorgingsstaat (1982)
- V33 Verslag van de tweede Raadsperiode 1978-1982
- V34 P. den Hoed, W.G.M. Salet en H. van der Sluijs: Planning als onderneming (1983)
- V35 H.F. Munneke e.a.: Organen en rechtspersonen rondom de centrale overheid (1983); 2 delen
- V36 M.C. Brands, H.J.G. Beunders, H.H. Selier: Denkend aan Duitsland; Een essay over moderne Duitse geschiedenis en
enige hoofdstukken over de Nederlands-Duitse betrekkingen in de jaren zeventig (1983)
- V37 L.G. Gerrichhauzen: Woningcorporaties; Een beleidsanalyse (1983)
- V38 J. Kassies: Notities over een heroriëntatie van het kunstbeleid (1983)
- V39 Leo Jansen: Sociocratische tendenties in West-Europa (1983)

* Uitverkocht

In de derde raadsperiode:

- V40 G.J. van Driel, C. van Ravenzwaaij, J. Spronk en F.R. Veeneklaas: Grenzen en mogelijkheden van het economisch stelsel in Nederland (1983)
- V41 Adviesorganen in de politieke besluitvorming. Symposiumverslag onder redactie van A.Th. van Delden en J. Kooiman (1983)
- V42 E.W. van Luijk, R.J. de Bruijn: Vrijwilligerswerk tussen betaald en huishoudelijk werk; een verkennende studie op basis van een enquête (1984)
- V43 Planning en beleid; verslag van een symposium over de studie Planning als onderneming (1984)
- V44 W.J. van der Weijden, H. van der Wal, H.J. de Graaf, N.A. van Brussel, W.J. ter Keurs: Bouwstenen voor een geïntegreerde landbouw (1984)*
- V45 J.F. Vos, P. de Koning, S. Blom: Onderwijs op de tweesprong; over de inrichting van basisvorming in de eerste fase van het voortgezet onderwijs (1985)*
- V46 G. Meester, D. Strijker: Het Europese landbouwbeleid voorbij de scheidslijn van zelfvoorziening (1985)
- V47 J. Pelkmans: De interne EG-markt voor industriële producten (1985)
- V48 J.J. Feenstra, K.J.M. Mortelmans: Gedifferentieerde integratie en Gemeenschapsrecht: institutioneel- en materieel-rechtelijke aspecten (1985)
- V49 T.H.A. van der Voort, M. Beishuizen: Massamedia en basisvorming (1986)
- V50 C.A. Adriaansens, H. Priemus: Marges van volkshuisvestingsbeleid (1986)
- V51 E.F.L. Smeets, Th.J.N.N. Buis: Leraren over de eerste fase van het voortgezet onderwijs (1986)
- V52 J. Moonen: Toepassing van computersystemen in het onderwijs (1986)
- V53 A.L. Heinink (red.), H. Riddersma, J. Braaksmā: Basisvorming in het buitenland (1986)
- V54 Zelfstandige bestuursorganen; verslag van de studiedag op 12 november 1985 (1986)
- V55 Europese integratie in beweging; verslag van een conferentie, gehouden op 16 mei 1986 (1986)
- V56 C. de Klein, J. Collaris: Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief (1987)
- V57 R.M.A. Jansweijer: Private leefvormen, publieke gevolgen; naar een overheidsbeleid met betrekking tot individualisering (1987)
- V58 De ongelijke verdeling van gezondheid; verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987 (1987)
- V59 W.G.M. Salet: Ordening en sturing in het volkshuisvestingsbeleid (1987)
- V60 H.G. Eijgenhuijsen, J. Koelewijn, H. Visser: Investerings en de financiële infrastructuur (1987)
- V61 H. van der Sluijs: Ordening en sturing in de ouderenzorg (1988)
- V62 Verslag van de derde Raadsperiode 1983-1987

In de vierde raadsperiode:

- V63 Milieu en groei; verslag van een studiedag (1988)
- V64 De maatschappelijke gevolgen van erfelijkheidsonderzoek (1988)
* Uitverkocht

De serie 'Voorstudies en achtergronden mediabeleid' bestaat uit de volgende delen:

- M 1 J.M. de Meij: Overheid en uitingsvrijheid (1982)
- M 2 E.H. Hollander: Kleinschalige massacommunicatie: lokale omroepvormen in West-Europa (1982)
- M 3 L.J. Heinsman/NOS: De kulturele betekenis van de instroom van buitenlandse televisieprogramma's in Nederland – Een literatuurstudie (1982)
- M 4 L.P.H. Schoonderwoerd, W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediagebruik bij verruiming van het aanbod (1982)
- M 5 N. Boerma, J.J. van Cuilenburg, E. Diemer, J.J. Oostenbrink, J. van Putten: De omroep: wet en beleid; een juridisch-politologische evaluatie van de omroepwet (1982)*
- M 6 Intomart b.v.: Etherpiraten in Nederland (1982)*
- M 7 P.J. Kalff/Instituut voor Grafische Techniek TNO: Nieuwe technieken voor productie en distributie van dagbladen en tijdschriften (1982)
- M 8 J.J. van Cuilenburg, D. McQuail: Media en pluriformiteit; Een beoordeling van de stand van zaken (1982)*
- M 9 K.J. Alsem, M.A. Boorsma, G.J. van Helden, J.C. Hoekstra, P.S.H. Leeftang, H.H.M. Visser: De aanbodstructuur van de periodiek verschijnende pers in Nederland (1982)
- M10 W.P. Knulst/Sociaal en Cultureel Planbureau: Mediabeleid en cultuurbeleid; Een studie over de samenhang tussen de twee beleidsvelden (1982)*
- M11 A.P. Bolle: Het gebruik van glasvezelkabel in lokale telecommunicatienetten (1982)
- M12 P. te Nuyl: Structuur en ontwikkeling van vraag en aanbod op de markt voor televisieproducties (1982)*
- M13 P.J.M. Wilms/Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven: Horen, zien en betalen; Een inventariserende studie naar de toekomstige kosten en bekostiging van de omroep (1982)
- M14 W.M. de Jong: Informatietechniek in beweging; consequenties en mogelijkheden voor Nederland (1982)*
- M15 J.C. van Ours: Mediaconsumptie; Een analyse van het verleden, een verkenning van de toekomst (1982)
- M16 J.G. Stappers, A.D. Reijnders, W.A.J. Möller: De werking van massa-media; Een overzicht van inzichten (1983)*
- M17 F.J. Schrijver: De invoering van kabeltelevisie in Nederland (1983)

* Uitverkocht