

# **TOEKOMSTSCENARIO'S BASISGEZONDHEIDSZORG:**

## **BASISANALYSE**

**W. Davidse**

**M. Kastelein**

**G. van der Feltz**

**H.P.A. van de Water**

**Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg**

**NPG-TO**

**december 1989**

---

---

Stuurgroep Toekomstscenario's  
Gezondheidszorg  
Sir Winston Churchillaan 368  
Rijswijk  
Tel. 070-3407205

Postadres:  
Postbus 5406  
2280 HK Rijswijk

Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg TNO  
Wassenaarseweg 56  
Leiden  
Tel. 071-178888

Postadres:  
Postbus 124  
2300 AC Leiden

## INHOUD

	blz.
LIJST VAN AFKORTINGEN	i
LIJST VAN IN DIT RAPPORT GEHANTEERDE (WERK)DEFINITIES	ii
SAMENSTELLING SCENARIOCOMMISSIE	iv
1. INTRODUCTIE	1
1.1 Aanleiding tot dit rapport	1
1.2 Doel en fasen van het scenarioproject	5
1.3 Begrippen gezondheid, preventie en basisgezondheidszorg	6
1.4 Doel van de basisanalyse	7
DEEL I: BAGZ EN INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING	9
2. INLEIDING EN DOELSTELLING	11
2.1 Achtergrond	11
2.2 Doel en vraagstelling	11
2.3 De BaGZ als invalshoek	12
2.4 Opzet van basisanalyse infectieziektenbestrijding	15
3. HET VOORKOMEN VAN INFECTIEZIEKTEN IN NEDERLAND	16
3.1 Overzicht aangifteplichtige infectieziekten	16
3.2 Surveillance	18
3.3 Aangifte en sterfte in Nederland sinds 1920	20
4. DE VORMGEVING AAN DE INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING IN NEDERLAND	29
4.1 Wettelijk kader	29
4.2 Aangiftesysteem en betrokken organisaties	31
4.3 Het Rijksvaccinatieprogramma en betrokken organisaties	36
4.4 Knelpunten in de vormgeving van de infectieziektenbestrijding	39

<b>5. UITWERKING VAN VIER (GROEPEN VAN) INFECTIE-ZIEKTEN</b>	<b>42</b>
5.1 Inleiding	42
5.2 Voedselinfecties en -vergiftigingen	43
5.3 Seksueel Overdraagbare Aandoeningen	50
5.4 Rubella en Mazelen	53
5.5 Hepatitis B	58
 <b>6. TE VERWACHTEN/MOGELIJKE ONTWIKKELINGEN</b>	 <b>63</b>
6.1 Epidemiologische aspecten	63
6.2 Medisch-technische ontwikkelingen (vaccins)	64
6.3 Ontwikkelingen ten aanzien van de vormgeving aan de surveillance	66
 <b>DEEL II: BASISANALYSE COLLECTIEVE PREVENTIE VOOR OUDEREN</b>	 <b>69</b>
 <b>7. INLEIDING</b>	 <b>71</b>
7.1 Achtergrond	71
7.2 Doel en vraagstelling	72
7.3 Nadere uitwerking van begrippen	72
7.4 Opzet van de basisanalyse 'ouderen'	75
 <b>8. DE OUDERE BEVOLKING</b>	 <b>76</b>
8.1 Inleiding	76
8.2 Omvang en samenstelling van de ouderenpopulatie	76
8.3 Samenvatting van indicatoren voor de gezondheidstoestand	78
8.4 De leefsituatie van ouderen	81
8.5 Het zorgsysteem	86
8.6 Samenvatting en conclusies	87
 <b>9. BESTUURLIJKE EN ORGANISATORISCHE RANDVOORWAARDEN</b>	 <b>89</b>
9.1 Inleiding	89
9.2 Samenhang in beleid	89
9.3 Bestuurlijke randvoorwaarden voor collectieve preventie	93
9.4 Organisatorische randvoorwaarden	94
9.5 Conclusie	97



10. UITWERKING VAN SPECIFIEKE THEMA'S	99
10.1 Inleiding	99
10.2 Veiligheid	99
10.3 Lichamelijke activiteiten en ouderen	104
10.4 Vaccinatie tegen infectieziekten bij ouderen	107
10.5 Samenvatting en conclusies	109
11. MOGELIJKE EN TE VERWACHTEN ONTWIKKELINGEN	110
11.1 Inleiding	110
11.2 Ontwikkelingen in de ouderen-populatie	110
11.3 De bestuurlijke randvoorwaarden	113
DEEL III: KORTE VOORUITBLIK	117
12. VOORUITBLIK	119
12.1 Functionele benadering	119
12.2 Basisanalyse	120
12.3 De scenario's	121
12.4 Omgevingsscenario's	121
12.5 Strategische scenario's	122
LITERATUUR	125
BIJLAGE	131



## LIJST VAN AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AOW	Algemene Ouderdoms Wet
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BaGZ	Basisgezondheidszorg
BMR	Bof-Mazelen-Rodehondvaccinatie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDC	Centers for Disease Control
COSBO	Centraal Orgaan van Samenwerkende Bonden van Ouderen
DKTP	Difterie-Kinkhoest-Tetanus-Poliomyelitisvaccinatie
DTP	Difterie-Tetanus-Poliomyelitisvaccinatie
EHBO	Eerste Hulp bij Ongevallen
FONA	Fouten, Ongevallen en Near-Accidents
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHI	Geneeskundige Hoofinspectie
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HBe Ag	Hepatitis e Antigeen
HBs Ag	Hepatitis s Antigeen
HBV	Hepatitis-B virus
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
NEI	Nederlands Economisch Instituut
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO
PEA	Provinciale Entadministratie
PORS	Privé-Ongevallen Registratie Systeem
RGI	Regionale Geneeskundige Inspectie
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Gestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SES	Sociaal Economische Status
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
TBC	Tuberculose
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VRO	Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid
WHO	World Health Organisation
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

## **LIJST VAN IN DIT RAPPORT GEHANTEERDE (WERK)DEFINITIES**

**BaGZ-functies:** globaal geformuleerde, door de BaGZ te vervullen werkzaamheden, geabstraheerd van de praktische vormgeving.

**Basisgezondheidszorg (BaGZ):** het deel van de volksgezondheidszorg, dat zich bezig houdt met de ontwikkeling van collectieve preventie en de uitvoering van collectief preventieve gezondheidszorg.

**Collectief:** Systematisch gericht op het bereiken van de gehele bevolking of daarbinnen te onderscheiden doelgroepen. (Het collectieve ligt dus besloten in de doelen van BaGZ en niet noodzakelijkerwijs in de uitvoering van zorg. Deze kan vanuit een collectief oogmerk ook per individu plaats vinden).

**Collectief preventieve gezondheidszorg:** de uitvoering van collectief preventieve programma's en maatregelen binnen de gezondheidszorg.

**Collectief preventieve zorg:** de uitvoering van collectief preventieve programma's en maatregelen buiten de gezondheidszorg.

**Collectieve preventie:** het totaal van collectief preventieve gezondheidszorg en collectief preventieve zorg.

**Facetbeleid (ook wel intersectoraal beleid):** beleid dat zijn motivatie vindt in de volksgezondheid en dat tot stand komt via systematische afstemming met of door andere beleidsterreinen dan dat van de volksgezondheid.

**Omgevingsscenario's BaGZ:** alternatieve toekomstbeelden betreffende de omgeving van de BaGZ.

**Preventie:** het actief voorkómen van ziekten via het beschermen en bevorderen van gezondheid door het verminderen van risico's, bevorderen van gezond gedrag en het creëren van voorwaarden voor een gezond bestaan, alsmede het beperken van de gevolgen van ziekte door vroegtijdige opsporing.

**Scenario-onderzoek:** een beschrijving van de huidige toestand van een samenleving (of delen daarvan), van mogelijke of gewenste toekomstige toestanden van die samenleving, alsmede van reeksen gebeurtenissen die vanuit de huidige situatie naar die toekomst zouden kunnen leiden.

**Strategische scenario's BaGZ:** alternatieve toekomstbeelden betreffende de wijze waarop de BaGZ haar doelstellingen kan nastreven.

**Surveillance:** het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens over (infectie)ziekten en het verspreiden van informatie hierover.

---

## **SAMENSTELLING SCENARIOCOMMISSIE**

**De heer S.J. Antonissen**

**De heer M.A.J.M. van Bakel, arts**

**Mevrouw A. Beljaars-van Bostelen**

**De heer J.B.J. Drewes, sociaal-geneeskundige**

**Prof.Dr. J. Huisman**

**Dr. R. Jonkers**

**Mevrouw G.W. van Montfrans-Hartman**

**Prof.Drs. E.W. Roscam Abbing, voorzitter**

## **1. INTRODUCTIE**

In dit introducerende hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde de aanleiding tot het scenarioproject, de fasen van het scenario-project en de daarbij horende rapportage en het doel van de basisanalyse.

### **1.1 Aanleiding tot dit rapport**

In 1983 werd door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) geïnstalleerd. De stuurgroep heeft als taak het schetsen van een beeld van mogelijke en wenselijke toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Een belangrijk hulpmiddel hierbij zijn scenario's. Met behulp van middels de scenariomethode ontwikkelde alternatieve mogelijkheden en wensen kunnen kan een - als het ware gestructureerde - discussie plaatsvinden over het te voeren beleid, en kunnen doordachte beleidskeuzen worden gemaakt.

Tussen 1983 en nu heeft de STG reeds vele scenariostudies doen verrichten. Zonder volledig te zijn kunnen genoemd worden scenariostudies over de vergrijzing in Nederland, hart-vaatziekten, kanker, ongevallen, geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns zorg, medische technologieën, arbeid en gezondheid.

In 1987 gaf de STG het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG/TNO) opdracht een vooronderzoek te verrichten naar de mogelijkheden van een scenariostudie met als onderwerp de Basisgezondheidszorg (BaGZ). Dat juist voor dit onderwerp is gekozen ligt voor de hand; het belang van preventie is de afgelopen jaren steeds duidelijker geworden. Een weerslag van de accentverschuiving naar preventie is onder meer te vinden in het overheidsbeleid (Nota 2000, Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid).

Genoemd vooronderzoek (uitvoerbaarheidsstudie) werd afgesloten met een rapport in 1988 (Van de Water e.a., 1988). Enkele bevindingen en conclusies worden hier kort gememoreerd.

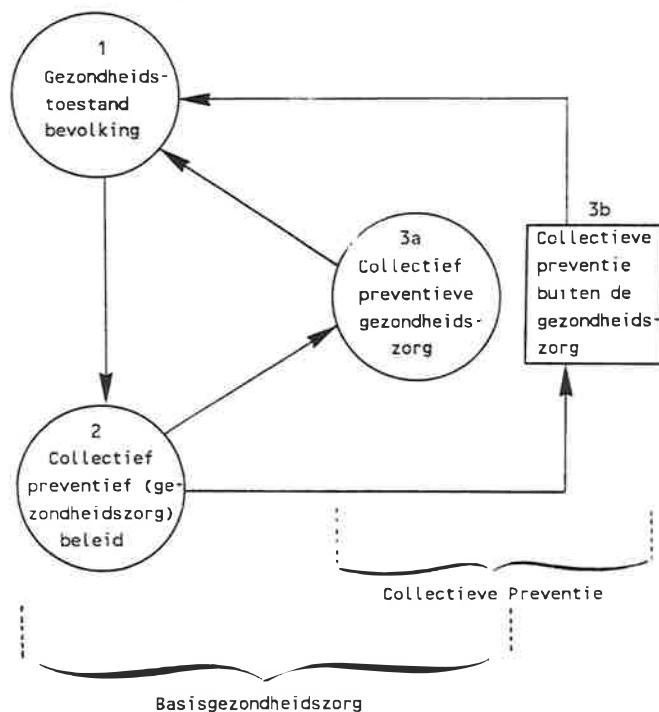
#### **1.1.1 Omschrijving Basisgezondheidszorg**

In deze subparagraaf wordt aangegeven wat in dit project (en rapport) onder BaGZ wordt verstaan. Begonnen wordt met een aanduiding, een grafische weergave en een definitie, vervolgens worden enkele voorbeelden gegeven, en tenslotte wordt een aantal organisaties en hulpverleners genoemd die zich met BaGZ (kunnen) bezighouden.

BaGZ houdt zich bezig met collectieve preventie gericht op de volksgezondheid en richt zich daarbij, in tegenstelling tot de curatieve sector, derhalve op de gehele bevolking of op speciale groepen. Het collectieve karakter heeft betrekking op het

doel van BaGZ, niet noodzakelijkerwijs op de uitvoering. Zo worden vaccinaties per individu uitgevoerd; het doel echter is collectief van aard, namelijk het reduceren van het aantal gevallen in de bevolking. Dit voorbeeld laat tevens een ander verschil zien met de curatieve sector. In de BaGZ wordt niet gewacht tot mensen zich met ziekten of klachten tot de gezondheidszorg wenden (vaak hebben ze geen klachten), maar wordt de bevolking actief benaderd. De BaGZ baseert zich hierbij op informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking of van groepen daaruit. In principe kunnen vele organisaties en hulpverleners in de gezondheidszorg BaGZ-werkzaamheden verrichten (zie ook Van de Water, 1989).

**Figuur 1.1** Grafische weergave van BaGZ



Behalve de BaGZ is in de figuur ook opgenomen de collectieve preventie buiten de gezondheidszorg, die op zich dus niet tot de BaGZ behoort. De BaGZ gaat uit van de volksgezondheidstoestand (nr. 1); inzicht hierin geeft aanleiding tot het formuleren van doelstellingen van collectieve preventie (nr. 2). De op grond hiervan te ontwikkelen programma's en maatregelen worden vervolgens uitgevoerd, hetzij binnen de gezondheidszorg (nr. 3a), hetzij erbuiten (nr. 3b). In dit laatste geval wordt gesproken van facetbeleid; de maatregelen worden getroffen in een andere sector dan de gezondheidszorg. Omdat deze maatregelen beogen de volksgezondheidstoestand te verbeteren, heeft de BaGZ ermee te maken. Zij kan de initiator van de



maatregelen zijn, bijvoorbeeld door bedreigingen van de volksgezondheid te signaleren en voorstellen te doen de situatie te veranderen.

#### Definitie en doel BaGZ

Aan het voorgaande kan nu een definitie van BaGZ worden ontleend. Onder BaGZ wordt verstaan dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met de ontwikkeling van collectieve preventie en de uitvoering van collectief preventieve gezondheidszorg.

Het doel van de BaGZ is het in stand houden en zo mogelijk verbeteren van de volksgezondheid door het voorbereiden en uitvoeren van programmatisch aangeboden activiteiten die de gezondheidsrisico's van de bevolking verminderen en/of de gezondheid bevorderen.

De hoofdfuncties van de BaGZ zijn de collectief preventieve programma-voorbereiding (met als subfuncties: signalering, advisering en de eigenlijke programma-ontwikkeling) en de collectief preventieve programma-uitvoering.

#### Enkele voorbeelden

Een voorbeeld van collectief preventieve gezondheidszorg is het rijksvaccinatie-programma. Alle kinderen kunnen gevaccineerd worden tegen een aantal infectieziekten. Bij de uitvoering van dit programma zijn vele instellingen betrokken: aangifte, registratie en contactopsporing betreffende het voorkomen van de ziekte (behandelend artsen, streeklaboratoria, RIVM, GGD'en\*, Geneeskundige Inspectie), vaststellen entprogramma (Staatstoezicht, RIVM, onderzoeksinstituten, Gezondheidsraad), uitvoering entprogramma (entadministratie, consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, jeugd/ schoolgezondheidszorg, huisartsen). Al deze werkzaamheden liggen binnen de gezondheidszorg.

Het tweede voorbeeld is een voorbeeld van facetbeleid. In de afgelopen jaren deden zich explosies voor van voedselinfecties bij ouderen. Dit werd signaleerd door de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Volksgezondheid (GHI). De GHI heeft hierover betrokkenen (hulpverleners, beleidsmedewerkers) geïnformeerd en het publiek voedingsadviezen gegeven. Tot nu toe speelde het geheel zich af in de gezondheidszorg. Indien nu de suggesties die in het verleden zijn gedaan door de Gezondheidsraad, en die betrekking hebben op de produktie en bereiding van vlees, worden overgenomen en omgezet in concrete maatregelen die vervolgens van kracht worden, hebben we te maken met collectieve preventie (want gericht op de volksgezondheid) buiten de gezondheidszorg.

---

\*GGD staat voor diensten die uitgaan van gemeentelijke overheden. Andere benamingen zijn: intergemeentelijke-, gewestelijke-, gemeenschappelijke-, districts- of basisgezondheidsdienst. Conform de nota van wijziging inzake het Voorstel van Wet houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid (WCPV), dd. 21-12-1989, wordt in dit rapport de term GGD gebezigd.

In het tweede voorbeeld is er sprake van een duidelijk samenspel van de gezondheidszorg en een andere sector van de maatschappij. Dit is niet altijd zichtbaar. Zo kan het controleren van de kwaliteit van drinkwater en het treffen van maatregelen bij het overschrijden van bepaalde normen ook worden gezien als een voorbeeld van facetbeleid. Op het eerste gezicht lijkt het erop dat de gezondheidszorg hier niets mee te maken heeft. Echter, de normen voor de kwaliteit van drinkwater zijn tot stand gekomen onder andere op grond van informatie afkomstig uit de gezondheidszorg.

#### Betrokken organisaties en hulpverleners

In paragraaf 1.1.1 is er op gewezen dat vele organisaties en hulpverleners BaGZ-activiteiten kunnen ontplooiën. Enkele voorbeelden:

- huisartsen, voor zover zij meewerken aan programmatisch opgezette preventieve werkzaamheden (bijvoorbeeld de screening op baarmoederhalskanker);
- kruisverenigingen; bijvoorbeeld de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en GVO-activiteiten;
- GGD'en; bijvoorbeeld in de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid genoemde taken als epidemiologie, infectieziektenbestrijding, jeugdgezondheidszorg en GVO. Daarnaast doen GGD'en van oudsher veel dingen die buiten de in dit rapport gehanteerde begripsomschrijving van BaGZ vallen (bijvoorbeeld ambulancevervoer, individu-gerichte advisering van andere gemeentelijke diensten);
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid; bijvoorbeeld het aangiftesysteem infectieziekten.

Deze voorbeelden laten zien hoe breed het terrein van de BaGZ is. Er is om deze reden een keuze gemaakt van enkele onderdelen waarover scenario's gemaakt zullen worden. Deze kunnen dienen als voorbeeld voor de hele BaGZ.

#### 1.1.2 Onderwerpen voor scenario-studie

Tijdens en na de uitvoerbaarheidsstudie is gekozen voor twee onderwerpen waarover scenario's gemaakt zullen worden. Globaal gesproken gaat het om enkele onderdelen van:

- infectieziektenbestrijding (met name de informatievoorziening, toegespitst op enkele groepen van infectieziekten);
- collectieve preventie voor ouderen (waarbij vooral de mogelijkheden van en problemen bij de bestuurlijke en organisatorische vormgeving van dit onderdeel van de BaGZ aan de orde zullen komen).

Infectieziektenbestrijding is door de STG gekozen omdat dit een klassiek onderdeel van BaGZ is, waarbij voortdurend nieuwe problematiek zich aandient. Bovendien zijn vele gezondheidszorg-organisaties betrokken bij infectieziektenbestrijding.

Collectieve preventie voor ouderen is gekozen door de stuurgroep omdat de gezondheidsproblematiek van ouderen in toenemende mate belangrijk is en omdat juist op dit terrein veel lacunes bestaan. Zie voor de keuze van dit onderwerp het rapport 'Toekomstscenario's basisgezondheidszorg: keuze van onderwerpen'.

Deze twee onderwerpen zijn mede gekozen omdat ze als voorbeeld kunnen dienen voor de hele BaGZ.

## 1.2 Doel en fasen van het scenarioproject

In het rapport over de uitvoerbaarheidsstudie wordt geconstateerd dat de huidige praktijk van de BaGZ gekenmerkt wordt door onvoldoende definiëring van functies en een grote pluriformiteit in de uitvoering. Het scenario-project heeft als doel inzicht te verschaffen in mogelijke toekomstige ontwikkelingen en daarmee bij te dragen aan de discussie over de toekomst van de BaGZ en aan onderbouwing van beleidsmaatregelen en concrete ontwikkeling van zorg op dit terrein.

Met als beginpunt de huidige BaGZ zou een brug geslagen kunnen worden naar een gewenste toekomst, gekenmerkt door een functionele opbouw.

Uitwerking van deze doelstelling leidt tot een drietal fasen, waarbij corresponderende rapportage hoort. Deze fasen worden hier kort aangeduid.

De fasen zijn de volgende:

- terreinverkenning en basisanalyse.

Begonnen is met een verkenning van het hele terrein van de BaGZ. Vervolgens wordt, toegespitst op de gekozen onderwerpen (infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen), een overzicht gemaakt van de belangrijkste ziekten/gezondheidsproblemen en van de organisatie van de BaGZ. Voorts worden per onderwerp overige relevante factoren geïnventariseerd. In deze basisanalyse wordt aangegeven wat de huidige situatie is, welke knelpunten zich voordoen en welke veranderingen te voorzien zijn of mogelijk zijn in de naaste toekomst;

- ontwerpen toekomstscenario's.

Twee typen scenario's zullen in deze fase worden opgesteld, te weten omgevings-scenario's en strategische scenario's. Onder omgevings-scenario's wordt verstaan alternatieve toekomstbeelden betreffende de maatschappelijke omgeving van de BaGZ, onder strategische scenario's alternatieve toekomstbeelden betrekking hebbend op de manier waarop de BaGZ de verwezenlijking van haar doelstellingen kan nastreven;

- uitwerking.

In deze fase worden de twee typen scenario's met elkaar in verband gebracht. Het doel van deze fase is na te gaan welke strategie het beste bij welk omgevings-scenario past, na te gaan welke de voor- en nadelen zijn van de diverse strategieën en te achterhalen welke knelpunten zich waarschijnlijk zullen voordoen als men de strategieën in praktijk wil brengen.

### Schematisch weergegeven:

Fasen	Rapporten
0. Uitvoerbaarheidsstudie	Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Uitvoerbaarheidsstudie (maart, 1988)
	Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: keuze van onderwerpen (oktober, 1989)
1a. Terreinverkenning BaGZ	Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Terreinverkenning (november 1989)
1b. Basisanalyse infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen	Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Basisanalyse (dit rapport, december 1989)
2. Ontwerpen toekomstscenario's infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen;	Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Scenariorapport (verschijnt begin 1991)
3. Uitwerking van de scenario's	
STG-scenariorapport (door STG uit te brengen)	Verslaglegging in eindrapport (verschijnt medio 1991)

### 1.3 Begrippen gezondheid, preventie en basisgezondheidszorg

Ziekte en gezondheidsproblemen kunnen op verschillende wijze beschreven worden. Bijvoorbeeld als lichamelijke aandoeningen en handicaps versus psycho-sociale problematiek, waarbij het laatste, althans de aandacht ervoor, van betrekkelijk recente datum is (verhoudingsgewijs is er maar weinig informatie voorhanden over psycho-sociale problemen).

Een tweede manier is middels het onderscheid tussen ziekte-gerichtheid versus primair uitgaan van determinanten (dat wil zeggen factoren die invloed hebben (kunnen hebben) op het vóórkomen van ziekten (aandoeningen/handicaps)). De aangrijpingspunten voor BaGZ liggen in eerste instantie in de sfeer van determinanten; expositie kan worden voorkomen of verminderd door gedragsveranderingen of door het beïnvloeden van risicovolle situaties. In de afgelopen decennia is de aandacht voor deze determinanten (gedrag, maatschappelijke en fysieke omgeving) sterk gestegen. De Nota 2000 en het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid zijn daar voorbeelden van. Overigens is het waarschijnlijk dat ten aanzien van sommige ziekten (kanker, bijvoorbeeld) endogene factoren (op het vlak van de moleculaire biologie) weer meer in de belangstelling zullen komen te staan (Vandenbroucke, 1989).

Een derde manier waarop over gezondheid en ziekte kan worden gedacht is in termen van het ecologisch gezondheidsconcept zoals dat onder andere beschreven wordt in de Nota 2000. Gezondheid wordt in deze benadering gezien als een 'situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met behulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen'. Deze verstoringen kunnen zowel endogeen zijn als exogeen. Ziekten of gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen door het aanpassings- of zelfverzorgingsvermogen van mensen te verbeteren (gezondheidsbevordering). In deze benadering wordt het klassieke (ziekte-gerichte) gezondheidsbegrip verbreed en worden aldus ook begrippen als welzijn en de kwaliteit van het bestaan aan de orde gesteld.

In dit scenarioproject komen beide benaderingen uitgebreid aan de orde. Het onderwerp infectieziektenbestrijding is relatief meer gedacht vanuit de klassieke benadering, terwijl het bij collectieve preventie voor ouderen vooral gaat om gezondheidsbevordering en positieve health indicators (Schwefel, 1987).

Waar in dit rapport wordt gesproken over preventie wordt daarmee dus zowel de meer klassieke ziektebestrijding en gezondheidsbescherming bedoeld als het meer moderne begrip gezondheidsbevordering.

De term BaGZ wordt gehanteerd omdat deze gangbaar is sinds de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) en de nota over basisgezondheidsdiensten (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1980). Verwante of synonieme begrippen zijn collectief preventieve (gezondheids)zorg en het in de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid gebezigde begrip collectieve preventie (art.1b). Ter bevordering van de duidelijkheid wordt in dit rapport gesproken van BaGZ.

#### **1.4 Doel van de Basisanalyse**

In het rapport over de uitvoerbaarheidsstudie is in abstracto weergegeven wat de BaGZ behelst. In het rapport 'Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Terreinverkenning' zijn de resultaten van een nadere terreinverkenning beschreven.

Dit rapport over de basisanalyse is volledig toegespitst op de twee gekozen onderdelen van de BaGZ, waarover scenario's gemaakt zullen worden.

Het doel van de basisanalyse is het voorbereiden van de tweede fase waarin scenario's gemaakt worden, door het beschrijven van de huidige situatie ten aanzien van de twee onderwerpen, infectieziektenbestrijding (informatievoorziening) en collectieve preventie voor ouderen (bestuurlijke en organisatorische aspecten).

Van de huidige situatie zijn van belang:

- de aard van de gezondheidsproblematiek;

- de vormgeving aan de BaGZ ter zake van infectieziekten en gezondheidsproblemen bij ouderen.

Behalve aan de huidige situatie zal worden aangegeven welke (toekomstige) ontwikkelingen te verwachten zijn of relevant zouden kunnen zijn.

Dit rapport is opgesplitst in drie delen:

- deel I: BaGZ en infectieziektenbestrijding
- deel II: collectieve preventie voor ouderen
- deel III: korte vooruitblik

W. DAVIDSE

H.P.A. VAN DE WATER

DEEL I

BAGZ EN INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING





## 2. INLEIDING EN DOELSTELLING

### 2.1 Achtergrond

In het rapport over de uitvoerbaarheidsstudie (Van de Water e.a. 1988) is een beargumenteerde keuze gemaakt voor twee BaGZ-onderdelen die onderwerp van scenario-studie worden. In dit gedeelte wordt één van deze onderdelen, namelijk infectieziektenbestrijding, uitgewerkt. De infectieziektenbestrijding zal (vooral) in relatie worden gebracht met de signaleringsfunctie van BaGZ. De ontwikkeling van collectief preventieve programma's op het klassieke werkterrein van de infectieziektenbestrijding en daarmee het richting geven aan de uitvoering van de bestrijding, blijft een actueel vraagstuk. Enerzijds is er sprake van 'herleving' van de (met name gedragsgebonden) infectieziektenproblematiek en van de ontdekking van 'nieuwe' infectieziekten (Legionairsziekte en AIDS bijvoorbeeld), anderzijds neemt het aantal ziekten waartegen vaccins ontwikkeld worden, toe als gevolg van medisch technologische vooruitgang (Huisman, 1988).

Infectieziektenbestrijding is een concreet en gevarieerd werkterrein, waarbij veel gezondheidszorg-organisaties en instellingen, van lokale tot (inter)nationale, zijn betrokken. Bovendien heeft dit werkterrein interessante raakvlakken met de eerste en tweede lijn, zowel in de zorgverlening, als in de informatievoorziening over het voorkomen van infectieziekten.

De speciale aandacht voor de informatievoorziening berust op het feit dat dit een eerste voorwaarde is om de programma-voorbereidingsfunctie te kunnen uitvoeren en op de verwachting dat technische ontwikkelingen op communicatie-terrein van betekenis zullen blijken voor de signalering.

### 2.2 Doel en vraagstelling

Het doel van deze rapportage over de basisanalyse infectieziekten is het presenteren van achtergrondinformatie die gebruikt kan worden bij het opstellen van de scenario's tijdens de tweede fase van het onderzoek.

De vraagstelling is drieledig:

1. **Welke infectieziekten dienen tijdens de scenario-fase aan de orde te komen; in welke mate komen zij voor in Nederland, en waar liggen aangrijppingspunten voor collectief preventieve gezondheidszorg?** (hoofdstukken 3 en 5)

Toelichting:

Hoewel het onderwerp van de op te stellen scenario's de signaleringsfunctie van de BaGZ is, is het toch van belang globale informatie over infectieziekten zelf te presenteren. De inzichtelijkheid wordt namelijk vergroot wanneer de (abstracte) BaGZ-functies voortdurend in verband worden gebracht met de (praktische) problemen waar de BaGZ mee geconfronteerd wordt. Dit impliceert dat het

geenszins noodzakelijk is diepgaand in te gaan op de epidemiologische aspecten van infectieziekten; zoals gezegd dient de inhoudelijke informatie ter adstructie van de functionele benadering.

## **2. Hoe is de huidige organisatie van de infectieziektenbestrijding in Nederland?** (hoofdstukken 4 en 5)

Toelichting:

Uit het voorgaande blijkt dat het hier vooral gaat om de signaleringsfunctie van de BaGZ, met andere woorden om alles wat met de informatievoorziening te maken heeft.

## **3. Welke ontwikkelingen zijn te verwachten ten aanzien van de eerste twee vraagstellingen?** (hoofdstuk 6)

Toelichting:

Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het ontwikkelen van nieuwe vaccins en het opnemen daarvan in het Rijksvaccinatieprogramma, en aan ontwikkelingen in de sfeer van de informatievoorziening die van invloed kunnen zijn op de wijze waarop de BaGZ haar signaleringsfunctie uitoefent.

### **2.3 De BaGZ als invalshoek**

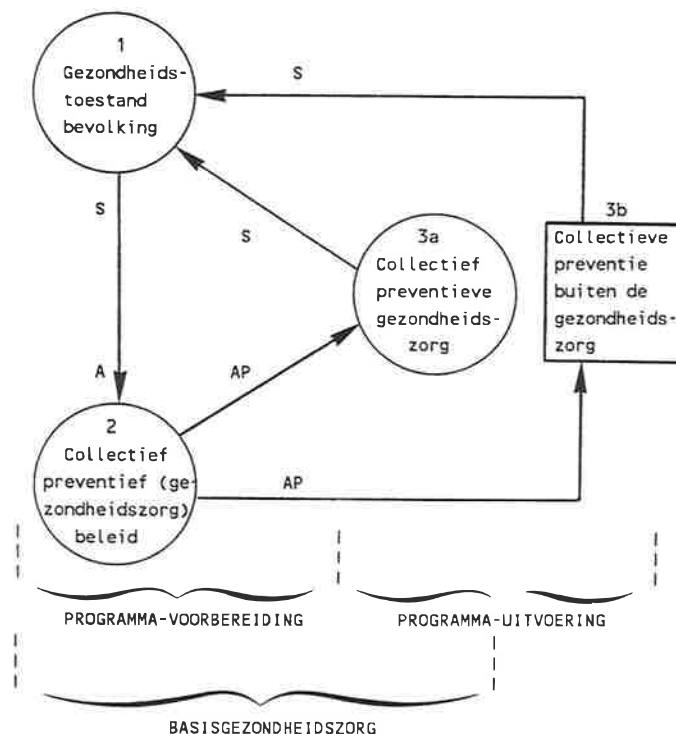
Tijdens de scenario-fase, het zij nogmaals vermeld, is de signaleringsfunctie van de BaGZ het object van studie. Het presenteren van informatie over infectieziekten zal dan ook geschieden vanuit de invalshoek van de BaGZ, hetgeen van invloed is op de selectie van te presenteren infectieziekten. Alvorens hierop in te gaan wordt kort stilgestaan bij het begrip signalering.

#### **2.3.1 Signalering als BaGZ-functie**

Van Dale geeft drie omschrijvingen van het werkwoord signaleren: met een signaal de plaats aanduiden waar iets zich bevindt, waarschuwend de aandacht vestigen op en inlichtend beschrijven of omschrijven. In deze betekenis(sen) wordt ook in de gezondheidszorg en basisgezondheidszorg veel gesignaleerd. Veelal heeft dit een incidenteel karakter, en hangt het al dan niet ondernemen van activiteiten naar aanleiding van het signaleren van iets; af van de betreffende persoon of instelling.

Het begrip signalering zoals dat wordt gehanteerd in dit rapport, is meer toegespitst. Het heeft betrekking op de cyclus van volksgezondheidsbeleid, waarvan de schematische weergave hier nogmaals wordt afgebeeld.

**Figuur 2.1** Schematische weergave van een op de gezondheidstoestand van de bevolking gebaseerd volksgezondheidsbeleid



Legenda: S = signalering; A = advisering; P = programma-ontwikkeling (toelichting: zie tekst)

Signalering in deze zin is een subfunctie van programmavoorbereiding en behelst een gestructureerde werkwijze. Kortom, dit begrip signalering is niet incidenteel, maar programmatisch van karakter; de informatie die aldus verkregen is, dient altijd als basis voor de volgende stap in de programmavoorbereiding. Signalering in deze zin is het bewaken van de volksgezondheid, onder meer door epidemiologische analyse. Van deze omschrijving van signalering wordt in dit rapport uitgegaan. De consequentie hiervan is dat veel activiteiten die in de gezondheidszorg signaleren worden genoemd buiten de hier gekozen omschrijving vallen.

Een voorwaarde om de signaleringsfunctie goed te kunnen vervullen is een adequate informatievoorziening. Hierbij zijn ondermeer aan de orde kwaliteit van gegevensbronnen, toegankelijkheid daarvan, bewakingsmogelijkheden, e.d.

### 2.3.2 Selectie van infectieziekten

De eerste vraagstelling luidt: welke infectieziekten dienen tijdens de scenario-fase aan de orde te komen, enz.

Alleen al om praktische redenen dient een beperking te worden aangebracht; van sommige (infectie) ziekten is zeer weinig informatie voorhanden. Voorts hebben bij de selectie twee criteria een rol gespeeld, nl. de betrokkenheid van de BaGZ bij de bestrijding, en het wettelijk kader.

#### a) betrokkenheid BaGZ bij bestrijding.

Geselecteerd zijn die infectieziekten ten aanzien waarvan de BaGZ een duidelijke rol speelt in de bestrijding. Dit betekent dat infectieziekten die volledig in de curatieve sector worden gediagnostiseerd en behandeld, zonder dat de BaGZ daarbij een rol speelt, buiten beschouwing blijven. Voorbeelden hiervan zijn ziekenhuisinfecties en het behandelen van patiënten die zich met een infectieziekte wenden tot de huisarts. Ook is het van belang een beperking aan te brengen tot die infectieziekten die als zodanig onderwerp van collectief preventieve gezondheidszorg zijn. Zo kan men in de Jeugdgezondheidszorg door middel van screening op het gehoor bij een aantal kinderen otitis media ontdekken, waarna al dan niet verwijzing naar de huisarts plaatsvindt. Het geheel valt zonder meer aan te duiden als collectief preventieve gezondheidszorg (BaGZ). Echter, het programma is hier de screening op gehoor; de verdere afhandeling van de otitis media maakt deel uit van de curatieve sector (waar trouwens ook veel gevallen van otitis media langs andere wegen binnenkomen). In dit voorbeeld is otitis media dus een infectieziekte die niet als zodanig onderwerp van collectief preventieve gezondheidszorg is.

#### b) wettelijk kader

De wettelijke basis van de infectieziektenbestrijding is met name de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken. Een nadere beschrijving van de inhoud van deze wet wordt gegeven in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk is van belang dat artsen verplicht zijn bepaalde infectieziekten (na het stellen van de diagnose of het vermoeden) aan te geven (nominatief dan wel niet-nominatief) bij de overheid. Verschillende BaGZ-instellingen spelen hierbij een rol: GGD'en, het staatstoezicht op de Volksgezondheid en (streek) laboratoria. Bij Koninklijk Besluit worden de infectieziekten vastgesteld waarop de Wet betrekking heeft.

Op grond van beide genoemde criteria valt een keuze te maken van de infectieziekten die in deze basisanalyse zullen worden beschreven. Het betreft grotendeels de aangifteplichtige infectieziekten. Daarnaast gaat het om een of enkele infectieziekten die niet-aangifteplichtig zijn, maar waar de BaGZ wel mee te maken heeft.

## **2.4 Opzet van basisanalyse infectieziektenbestrijding**

Begonnen wordt met een globale beschrijving van het hele terrein van infectieziektenbestrijding, voor zover relevant voor de BaGZ. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van infectieziekten.

Hoofdstuk 4 bevat informatie over de organisatie en werkwijze van de infectieziektenbestrijding. Dit zal worden toegespitst op de signaleringsfunctie van BaGZ.

In hoofdstuk 5 wordt een viertal (groepen van) infectieziekten uitvoeriger beschreven. Deze infectieziekten, die qua bestrijdingswijze modelstaan voor het hele scala van infectieziekten, zullen tijdens het ontwerpen van scenario's als concrete voorbeelden dienen. In paragraaf 2.3.2. werd aangegeven dat het primaire object van studie tijdens deze scenariofase de signaleringsfunctie van BaGZ zal dienen. Inhoudelijke informatie over infectieziekten heeft als doel de inzichtelijkheid te vergroten.

Vervolgens zullen in hoofdstuk 6 enkele te verwachten ontwikkelingen de revue passeren.

De in de volgende hoofdstukken te presenteren informatie is verkregen op drie manieren: literatuurstudie, andere bronnen (GHI met name) en veldwerk op het terrein van de BaGZ (dit laatste met name voor wat betreft de organisatie van de BaGZ).

### **3. HET VOORKOMEN VAN INFECTIEZIEKTEN IN NEDERLAND**

Dit hoofdstuk bevat achtergrondinformatie over het voorkomen van infectieziekten in Nederland. In hoofdstuk 1 is beargumenteerd dat de invalshoek die hierbij wordt gehanteerd, die van de BaGZ is. Als gevolg hiervan komen in dit hoofdstuk de aangifteplichtige infectieziekten aan de orde, aangevuld met influenza. Achtereenvolgens worden besproken een overzicht van aangifteplichtige infectieziekten, de surveillance, aangifte en sterfte sinds 1920.

#### **3.1 Overzicht aangifteplichtige infectieziekten**

Tabel 3.1 bevat de op dit moment aangifteplichtige infectieziekten. Het verplicht aangeven van gevallen van een bepaalde infectieziekte is een onderdeel van een actieve bewaking en opsporing (surveillance). De beweegredenen die hebben geleid tot het verplicht stellen van aangifte van een patiënt met een infectieziekte kunnen worden samengevat in de volgende criteria (GHI, 1988):

- Gezien de aard van de ziekte of de besmettelijkheid ervan is de verplichte melding noodzakelijk om maatregelen te kunnen treffen om verspreiding van de ziekte te voorkomen;
- De infectieziekte behoort tot de zogenaamde quarantainabele ziekten (Internationale Gezondheidsregeling) en is als zodanig aangewezen door de WHO, of de infectieziekte behoort tot de ziekten die onder internationale surveillance vallen;
- De melding wordt van betekenis geacht omdat door het systematisch verzamelen van informatie belangrijk inzicht kan worden verkregen in het vóórkomen van de ziekte;
- Dit geldt alleen voor de infectieziekten die behoren tot de A-groep; het betreft besmettelijke ziekten, die onverwijlde actie ter bescherming van de volksgezondheid noodzakelijk kunnen maken, en waarbij het klinische beeld in samenhang met de anamnese, een redelijke verdenking van de ziekte in de meerderheid van de gevallen mogelijk maakt.

**Tabel 3.1** Overzicht van op dit moment aangifteplichtige infectieziekten\*

	aangifteplichtig sinds
<b>Groep A</b>	
- Febris typhoidea	1920
- Lassakoorts en andere vormen van Afrikaanse haemorrhagische koorts	1978
- Pest	1920
- Poliomyelitis anterior acuta	1924
- Rabies	1922
- Variola	1920
<b>Groep B</b>	
- Anthrax	1976
- Botulisme	1984
- Brucelloses	1932
- Cholera	1921
- Difterie	1920
- Dysenteria bacillaris	1932
- Febris recurrens	1929
- Gele koorts	1929
- Hepatitis A	1951
- Hepatitis B	1951
- Legionellapneumonie	1987
- Lepra	1932
- Leptospiroses	1932
- Malaria	1932
- Meningococcosis	
- Meningitis cerebrospinalis epidemica	1920
- Meningococcal sepsis	1976
- Morbilli (mazelen)	1976
- Ornithosis (psittacosis)	1948
- Paratyfus B	1932
- Pertussis (kinkhoest)	1976
- Q-koorts	1976
- Rubella (incl. congenitaal rubella syndroom bij de neonatus)	1951
- Scabies	1976
- Tetanus	1952
- Trichinosis	1976
- Tuberculosis	1944
- Tularaemia	1976
- Tyfus exanthematicus	1921
- Voedselvergiftiging en voedselinfectie	1976
<b>Groep C</b>	
- Gonorrhoe	1940/1976
- Syphilis, primaire en secundaire	1940/1976
- Syphilis congenita (uitsluitend bij de neonatus)	1976
- Parotitis epidemica (bof)	1976

\* Aangewezen bij AMvB, op grond van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken.

Aantallen aangegeven gevallen van infectieziekten en sterfte worden verderop in dit hoofdstuk grafisch weergegeven. Daarbij is een beperking aangebracht tot die infectieziekten die in redelijke mate vóórkomen of -kwamen (zie paragraaf 2.3).

### 3.2 Surveillance

Onderwerp van scenario's is de signaleringsfunctie van de BaGZ. Een belangrijke voorwaarde om te kunnen signaleren is het bestaan van een goede informatievoorziening. In deze paragraaf wordt ingegaan op het doel en de vormgeving van de informatievoorziening in algemene zin.

Het begrip signaleren zoals dat in dit project wordt gehanteerd, is nauw verwant aan wat in de infectieziektenbestrijding surveillance wordt genoemd. Een bekende omschrijving van surveillance is die van Langmuir (1963): 'the continued watchfulness over the distribution and trends of incidence through the systematic collection, consolidation and evaluation of morbidity and mortality reports and other relevant data'.

Galbraith (1982) noemt drie doelstellingen van surveillance:

- vaststellen van veranderingen in ziektepatronen, zodat preventieve actie zo vroeg mogelijk kan worden ondernomen;
- evaluatie van maatregelen om de ziekte onder controle te krijgen;
- het leveren van informatie ten behoeve van planning van voorzieningen.

Het is van groot belang dat het verzamelen van gegevens, het analyseren en interpreteren, en vervolgens het rapporteren aan iedereen die betrokken is bij de infectieziektenbestrijding, zo snel mogelijk geschiedt.

Het gaat bij surveillance dus om het verzamelen en analyseren van gegevens en het verspreiden van informatie. Om welk soort gegevens gaat het hierbij?

Onderscheid kan gemaakt worden tussen:

- de infectieziekten die onder de surveillance vallen;
- de gegevens die per infectieziekte worden geregistreerd;
- de manier waarop dat gebeurt.

Wat betreft het eerste punt, welke infectieziekten wel, welke niet, wordt het vertrekpunt in het scenarioproject gevormd door de infectieziekten uit het aangiftesysteem en influenza (zie par. 2.3.2). Tijdens het maken van de scenario's zal de mogelijkheid/wenselijkheid aan de orde komen van deze lijst af te wijken.

Het tweede punt, welke gegevens per infectieziekte te verzamelen, raakt direct de vraag hoe breed het begrip surveillance opgevat moet worden. In de Verenigde Staten hanteert men een omschrijving die vrij ruim is. Benenson (1985) spreekt van 'the systematic collection and evaluation of:



- a. morbidity and mortality reports;
- b. special reports of field investigations of epidemics and of individual cases;
- c. isolation and identification of infectious agents by laboratories;
- d. data concerning the availability, use and untoward effect of vaccines and toxoids, immune globulins, insecticides, and other substances used in control
- e. information regarding immunity levels in segments of the population, and
- f. other relevant epidemiologic data.'

In Nederland wordt het begrip surveillance meestal iets beperkter gezien. Tijdens het maken van de scenario's echter kunnen in principe zowel de ruime omschrijving als de beperkte aan de orde komen.

Wat het derde punt betreft, kunnen twee typen surveillance worden onderscheiden, nl. een passieve en een actieve (Galbraith, 1982).

Passieve surveillance gaat uit van gegevens die in de gezondheidszorg routinematig worden verzameld en vervolgens worden doorgestuurd naar een centraal punt.

Actieve surveillance is gebaseerd op surveys die speciaal zijn opgezet in het kader van de surveillance.

Thacker e.a. (1983) onderscheiden vier typen surveillancesystemen die in de Verenigde Staten bestaan. De eerste drie zijn passief, het laatste is actief:

- wettelijk verplichte aangifte door artsen;
- 'laboratory-based' surveillance (al dan niet in combinatie met het eerste systeem);
- 'hospital-based' surveillance, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de informatie uit de bestaande infectieziektencontroleprogramma's;
- 'population-based' surveillance, waarbij projectsgewijs over een te kiezen ziekte informatie wordt verzameld in een omschreven groep.

De passieve surveillancesystemen hebben een aantal nadelen ten opzichte van actieve surveillance (Thacker e.a., 1983):

- er is een - soms zeer grote - onderrapportage;
- de gegevens kunnen niet als representatief worden beschouwd;
- zij werken vrij traag, waardoor het snel inspelen op de actualiteit wordt bemoeilijkt;
- de sensitiviteit en/of specificiteit zijn niet optimaal;
- diagnoses, gesteld door de artsen, kunnen onjuist zijn.

Niettegenstaande deze beperkingen kunnen passieve surveillancesystemen van betekenis zijn voor de infectieziektenbewaking en -bestrijding. Het soort systeem dat men kiest vloeit idealiter voort uit de doelstelling die men heeft. Voorbeeld: indien een eradicatiestrategie ten uitvoer wordt gebracht en als gevolg daarvan de incidentie daalt tot lage aantallen, zal het element van volledigheid van de gegevens steeds belangrijker worden. Ander voorbeeld: wanneer men salmonellose en shigellose goed wil volgen is men aangewezen op gegevens van laboratoria. Derde voorbeeld: wanneer men zich ten aanzien van een bepaalde infectieziekte primair

ten doel stelt artsen na het uitbreken van een epidemie daarover te informeren, voldoet het wettelijke aangiftesysteem uitstekend (en is daarbij redelijk goedkoop).

In het voorgaande zijn al enkele bronnen genoemd waar surveillancesystemen hun informatie van betrekken. Galbraith (1982) noemt de volgende bronnen die in Engeland worden gebruikt:

- sterftestatistieken;
- wettelijk geregelde aangiftesystemen;
- laboratoria;
- huisartsen (peilstations);
- ziekenhuizen;
- speciale klinieken (bijvoorbeeld ten aanzien van SOA);
- arbeids- en schoolverzuim.

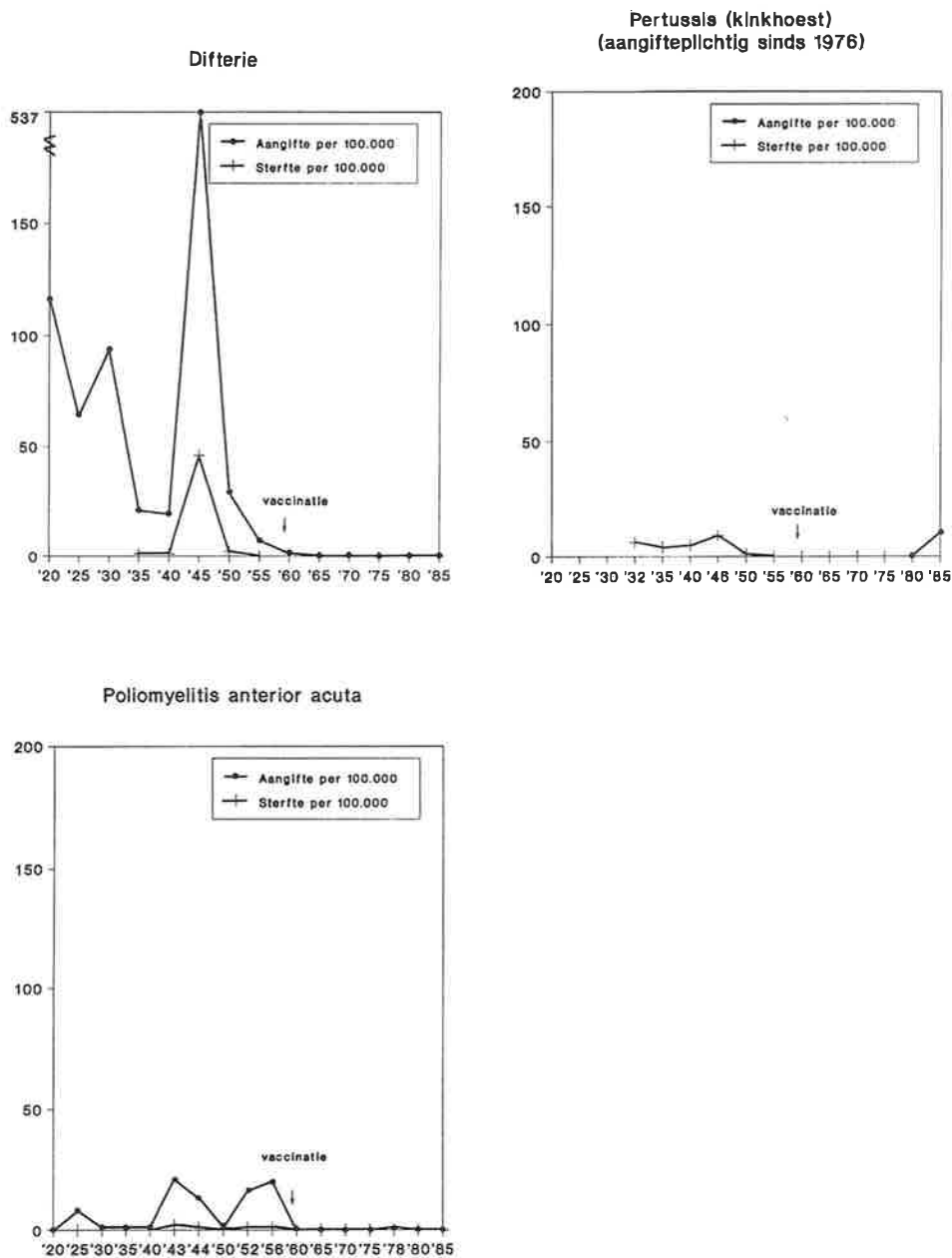
Zoals vermeld is een van de doelen van surveillance het volgen van het beloop van (infectie)ziekten. In de volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven van aangegeven gevallen van en sterfte aan infectieziekten in Nederland.

### **3.3 Aangifte en sterfte in Nederland sinds 1920**

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de aangifte van en sterfte aan de, kwantitatief gezien, belangrijkste infectieziekten. De periode is die tussen 1920 en 1985; over deze periode zijn redelijk wat gegevens beschikbaar. De gegevens zijn betrokken van de GHI. Uitgegaan is van de huidige lijst van aangifteplichtige infectieziekten, aangevuld met salmonellose (aangifteplichtig tot 1985), scarlatina (aangifteplichtig tot 1978) en influenza. Lang niet alle infectieziekten die nu aangifteplichtig zijn waren dat ook in 1920, zodat van een aantal infectieziekten geen gegevens beschikbaar zijn uit de eerste periode.

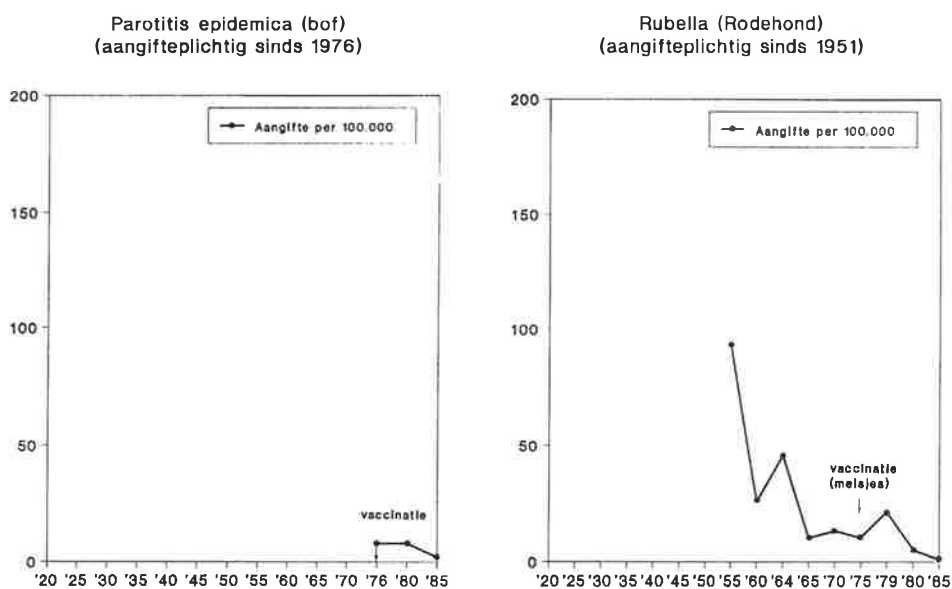
In onderstaande figuren zijn de aantallen berekend per 100 000 van de bevolking; deze noemer is overal dezelfde om de vergelijkbaarheid te bevorderen. Wat betreft de jaartallen, is uitgegaan van aangegeven aantallen om de vijf jaar, met uitzondering van forse uitschieters in tussenliggende jaren. Zeer lage aantallen per 100 000 zijn in de figuren niet (meer) te zien. Dit doet zich bij sterfte vaak voor; deze wordt dan niet weergegeven.

**Figuur 3.1** Aantallen aangegeven gevallen van en sterfte aan verschillende infectieziekten in Nederland per 100.000 van de bevolking, in de periode 1920-1985

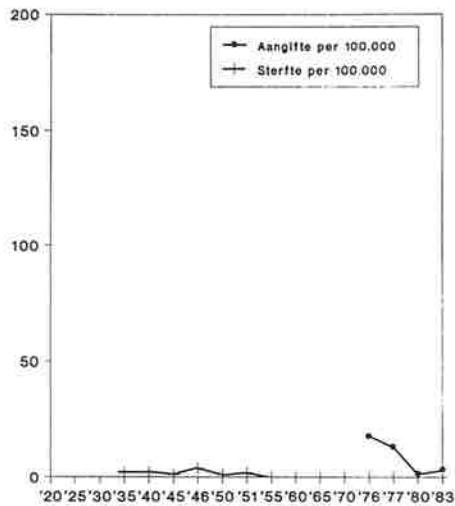


Deze drie infectieziekten zijn samen met tetanus opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma dat eind jaren vijftig is gestart. Het beloop van tetanus is niet grafisch weergegeven, gezien de lage frequentie van voorkomen. Bij difterie is een duidelijke daling van het aantal aangegeven gevallen te zien sinds het begin van deze eeuw (met uitzondering van de tweede wereldoorlog, toen ook de sterfte toenam). Het beloop van poliomyelitis kent enkele pieken, nl. in de jaren twintig, veertig en vijftig.

**Figuur 3.2** Aantallen aangegeven gevallen van en sterfte aan verschillende infectieziekten in Nederland per 100.000 van de bevolking, in de periode 1920-1985



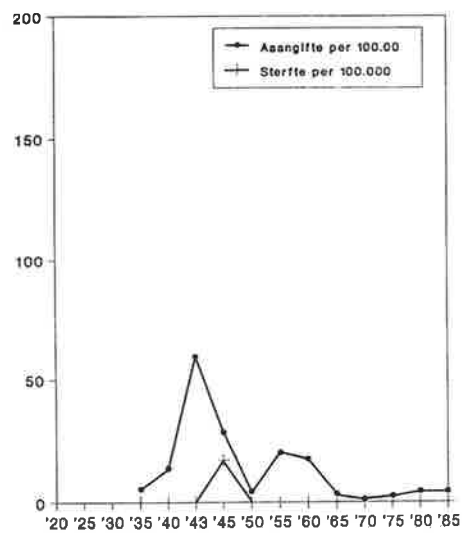
Morbilli  
(aangifteplichtig sinds 1976)



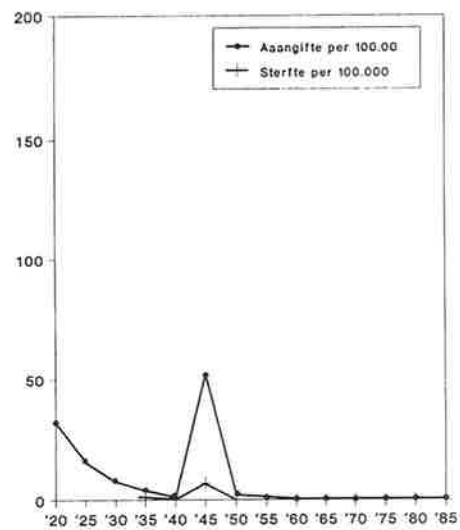
De drie infectieziekten in deze figuur zijn vrij recent opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma. Bij rubella is het aantal aangegeven gevallen sindsdien verder gedaald, evenals bij mazelen.

**Figuur 3.3** Aantallen aangegeven gevallen van en sterfte aan verschillende infectieziekten in Nederland per 100.000 van de bevolking, in de periode 1920-1985

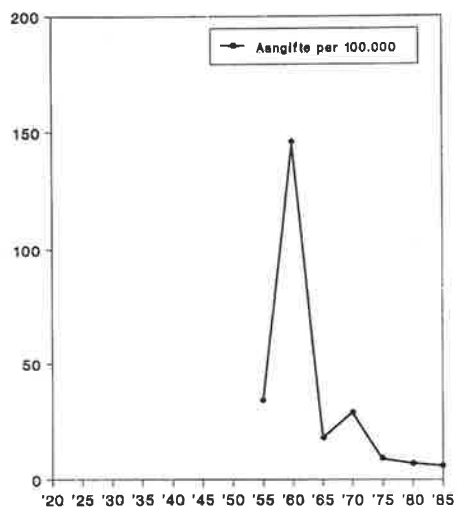
Dysenteria bacillaris



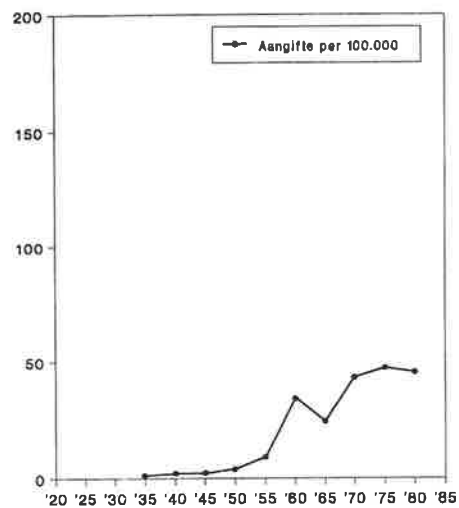
Febris typhoidea



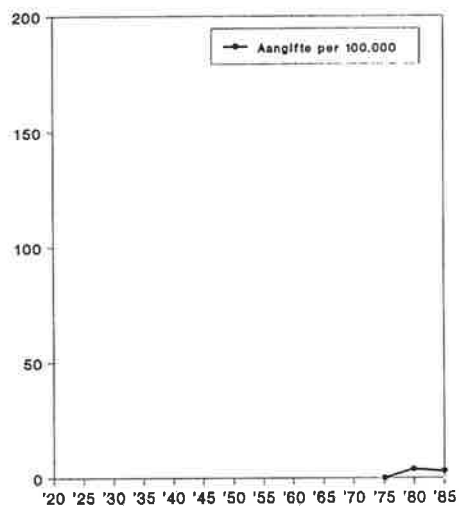
**Hepatitis A**  
(aangifteplichtig sinds 1951)



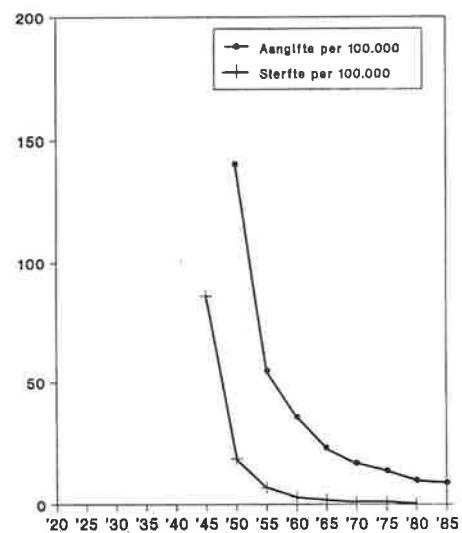
**Salmonellose**  
(aangifteplichtig tot 1985)



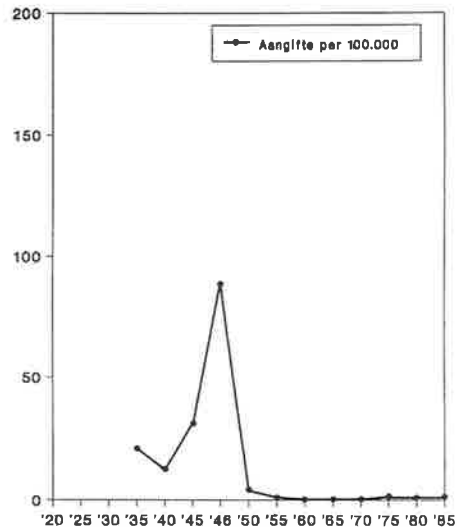
**Voedselvergiftigingen en infectie**  
(aangifteplichtig sinds 1976)



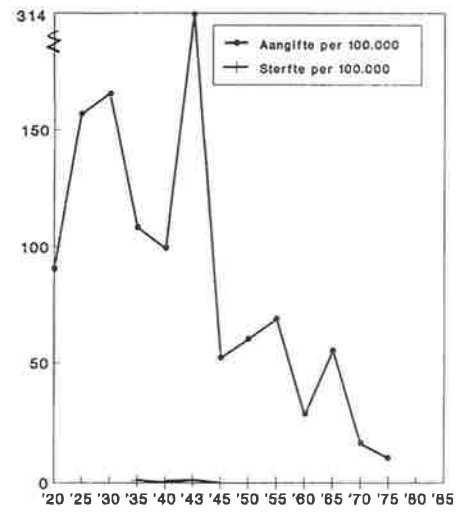
**Tuberculose**



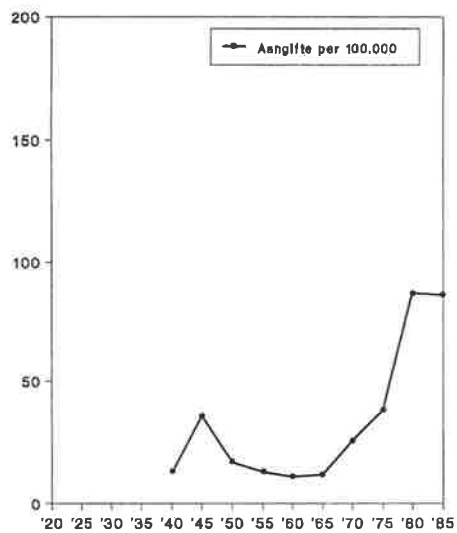
Malaria



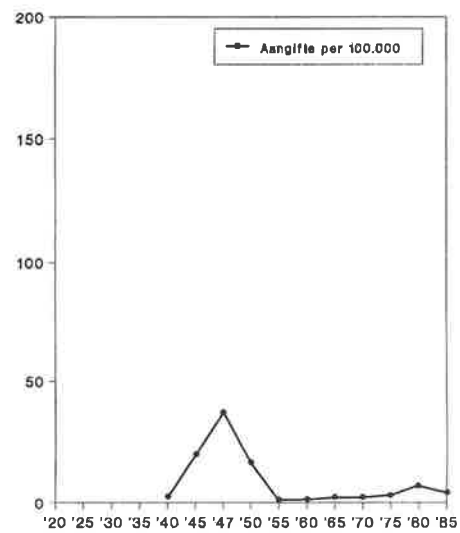
Scarlatina  
(aangifteplichtig tot 1978)



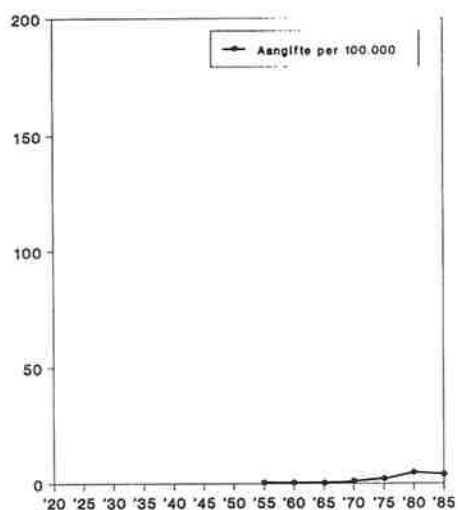
Gonorrhoe



Syfilis



Hepatitis B  
(aangifteplichtig sinds 1951)



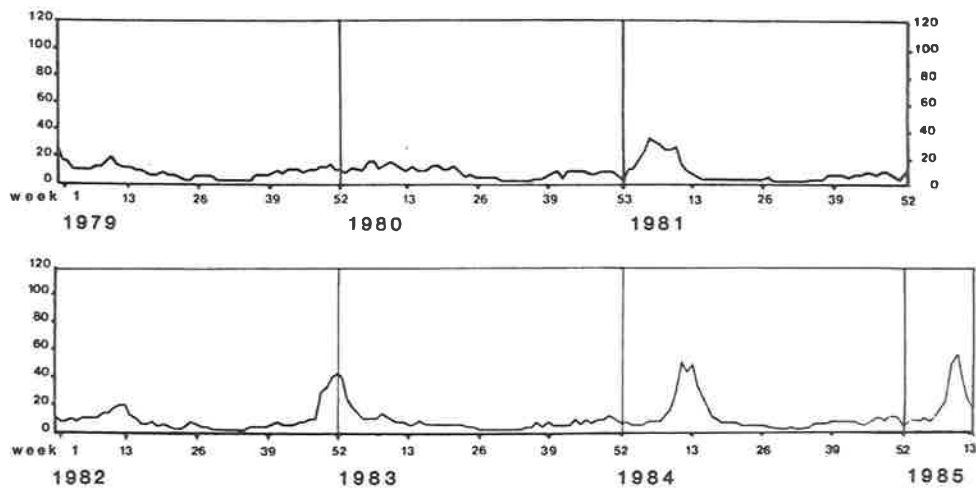
Het aantal aangegeven gevallen van een aantal infectieziekten is sterk gedaald in vergelijking met vroeger: tuberculose, tyfus, dysenterie, scarlatina, hepatitis-A en malaria.

Een stijging is waar te nemen van de aangifte van: gonorroe, syfilis, hepatitis-B en salmonellose.

De volgende figuren laten het beloop van het aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) zien, alsmede de sterfte aan influenza, pneumonie, bronchitis, emfyseem en astma. Deze gegevens zijn afkomstig uit de continue morbiditeitsregistratie peilstations (van huisartsen) en hebben betrekking op het aantal gevallen per 10.000 van de bevolking.



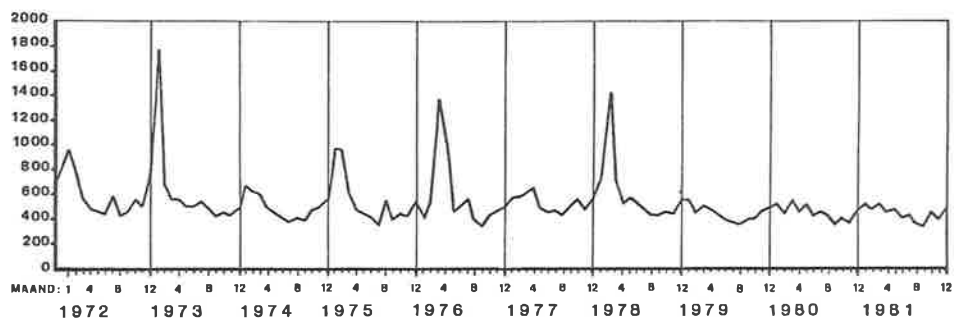
**Figuur 3.4** Aantal patiënten in Nederland met influenza(-achtig ziektebeeld), per week, per 10.000 inwoners, 1979 -1985



bron: GHI, ongedateerd

Het patroon dat gezien wordt vanaf 1981, nl. een piek rond de jaarwisseling of in de eerste 13 weken, deed zich ook voor in de periode 1970 - 1978, zij het dat de aantallen per 10.000 toen hoger waren.

**Figuur 3.5** Sterfte in Nederland (in absolute aantallen) ten gevolge van influenza, pneumonie, bronchitis, emfyseem en astma, per maand, 1972 -1981



bron: GHI, ongedateerd

In deze figuur zijn enkele ziekten samengevoegd omdat ze te maken (kunnen) hebben met influenza: pneumonie en bronchitis vanwege de secundaire bacteriële infecties, emfyseem en astma omdat zij verergerd kunnen worden. Evenals bij het aantal gevallen is er een piek te zien in de eerste twee maanden (ook in de jaren voor 1972). In de laatste drie jaar doet dit verschijnsel zich niet voor, hetgeen de vraag oproept of dit wellicht het resultaat is van de vaccinatie van risicogroepen.

In paragraaf 3.2 is gewezen op de (grote) onderrapportage bij de aangifte van infectieziekten. Dit maakt dat de aangegeven aantallen niet echt kunnen worden beschouwd als een goede maat voor de incidentie van de betreffende infectieziekte. In het kader van de surveillance is dit geen onoverkomelijk bezwaar; bij surveillance gaat het erom dat duidelijke – al dan niet plotselinge – veranderingen worden opgemerkt, zodat tijdig maatregelen kunnen worden getroffen. De figuren die hierboven zijn gepresenteerd laten zien dat registratie van sterfte geen reëel alternatief vormt voor aangifte; de sterfte ten gevolge van het overgrote deel van de infectieziekten is laag.

In het volgende hoofdstuk komt de organisatie van de infectieziektenbestrijding aan de orde. Daarbij ligt het accent op de signaleringsfunctie van de BaGZ en op de informatievoorziening als randvoorwaarde om deze signaleringsfunctie optimaal te kunnen uitoefenen. In het vierde hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op vier (groepen van) infectieziekten die onderwerp van scenario's zullen zijn. De bestrijding van deze vier (groepen van) infectieziekten staat model voor het hele terrein van infectieziektenbestrijding, gezien vanuit de invalshoek van de BaGZ zoals deze werd beschreven in paragraaf 2.3. De criteria met behulp waarvan de vier (groepen van) infectieziekten zijn gekozen worden in hoofdstuk 4 beschreven.

#### 4. DE VORMGEVING AAN DE INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING IN NEDERLAND

In dit hoofdstuk worden de organisatie van de infectieziektenbestrijding en de daarbij gehanteerde werkwijze beschreven. Gezien de aard van de te ontwerpen scenario's is het logisch dat de aandacht sterk geconcentreerd zal worden op de informatievoorziening. De te presenteren informatie is in belangrijke mate afkomstig uit het verslag van een deelonderzoek dat in het kader van dit scenarioproject is uitgevoerd (De Jager, 1989). In dit deelonderzoek zijn gesprekken gevoerd met sleutelinformanten uit het veld van de infectieziektenbestrijding en is literatuur terzake bestudeerd.

Achtereenvolgens komen aan de orde het wettelijk kader, bij de infectieziektenbestrijding betrokken organisaties en het aangiftesysteem, het rijksvaccinatieprogramma en tenslotte knelpunten. Er zij nogmaals op gewezen dat de invalshoek is die van de informatievoorziening in het kader van de signaleringsfunctie van de BaGZ en dat het (vooral) gaat om infectieziekten die zijn opgenomen in een surveillance-systeem, dus (hoofdzakelijk) om de aangifteplichtige infectieziekten.

##### 4.1 Wettelijk kader

Verschillende wetten hebben betrekking op infectieziekten (Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken, Quarantainewet, Wet immunisatie militairen, Warenwet, enz.). De belangrijkste is de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken (hierna aan te duiden als de Wet).

Sinds 1974 kunnen in beginsel alle infectieziekten onder de werking van de Wet vallen. Verder is sinds 1974 de mogelijkheid geschapen een of meer voorschriften van de Wet van toepassing te verklaren op bepaalde ziektebeelden van onbekende oorzaak met een epidemisch karakter, om op die manier de oorzaak op te kunnen sporen. In deze Wet wordt een kader van rechten, plichten en bevoegdheden geschapen voor de bestrijding van de infectieziekten en opsporing van ziekteoorzaken.

De infectieziekten die onder de Wet vallen worden bij AMvB vastgesteld. Zij zijn onderverdeeld in drie categorieën (A, B en C).

De beweegredenen die hebben geleid tot het verplicht stellen van aangifte van een patiënt met een infectieziekte zijn in de volgende criteria samengevat (GHI, 1988):

1. Gezien de aard van de ziekte of de besmettelijkheid ervan is de verplichte melding noodzakelijk om maatregelen te kunnen treffen om verspreiding van de ziekte te voorkomen;
2. De infectieziekte behoort tot de zogenaamde quarantainabele ziekten (Internationale Gezondheidsregeling) en is als zodanig aangewezen door de WHO, of de infectieziekte behoort tot de ziekten die onder internationale surveillance vallen;

3. De melding wordt van betekenis geacht omdat door het systematisch verzamelen van informatie belangrijk inzicht kan worden verkregen in het vóórkomen van de ziekte;
4. Dit geldt alleen voor de infectieziekten die behoren tot de A-groep; het betreft besmettelijke ziekten, die onverwijlde actie ter bescherming van de volksgezondheid noodzakelijk kunnen maken, en waarbij het klinische beeld in samenhang met de anamnese, een redelijke verdenking van de ziekte in de meerderheid van de gevallen mogelijk maakt.

Die infectieziekte die aan criterium 4 en aan meerdere van de andere criteria voldoet behoort tot groep A. Een infectieziekte die aan meerdere criteria voldoet maar niet aan criterium 4, behoort tot groep B. Een infectieziekte die alleen aan criterium 3 voldoet behoort tot groep C.

In paragraaf 3.1 is een overzicht opgenomen van aangifteplichtige infectieziekten, met een onderverdeling naar de groep (A, B of C).

Artsen zijn verplicht gevallen van onder de werking van de Wet vallende infectieziekten te melden bij de inspecteur voor de volksgezondheid. Indien een GGD een ministeriële erkenning ex art. 37 van de Wet heeft, hetgeen in verreweg de meeste gevallen zo is, wordt de melding gedaan aan de directeur van de GGD. Een arts die een geval van een infectieziekte van groep A vermoedt of vaststelt, is verplicht daarvan onverwijld en op de snelste wijze melding te doen (nominatief), en tevens onverwijld maatregelen te treffen waardoor de uitbreiding van die ziekte wordt voorkomen. Ten aanzien van infectieziekten uit groep B geldt dat de arts binnen 24 uur na het vaststellen van een ziekte, daarvan melding doet (nominatief), en ook hier maatregelen treft om verspreiding tegen te gaan. Infectieziekten van groep C dienen binnen zeven dagen na vaststelling te worden gemeld (niet-nominatief).

De Wet kent aan de overheid verregaande bevoegdheden toe. Enkele bevoegdheden van de burgemeester (veelal op advies dan wel na consultatie van de geneeskundig inspecteur): het sluiten van scholen en kinderbewaarplaatsen (art. 10), het instellen van een verbod bepaalde arbeid te verrichten (art. 6), het vernietigen van goederen, waren of dieren die gevaar voor verspreiding opleveren en niet voor reiniging of ontsmetting in aanmerking komen (art. 15), en het betreden van woningen tegen de wil van de bewoners (art.24).

## 4.2 Aangiftesysteem en betrokken organisaties

Omdat in dit deel van de basisanalyse de invalshoek die van de signaleringsfunctie/informatievoorziening is, en als gevolg daarvan de aandacht (grotendeels) geconcentreerd wordt op de aangifteplichtige infectieziekten, zijn de hierna te bespreken organisaties in belangrijke mate die welke deelnemen aan het aangiftesysteem.

In dit hoofdstuk wordt een algemeen overzicht gegeven; een toespitsing op vier (groepen van) infectieziekten vindt plaats in hoofdstuk 5.

Het aangiftesysteem in Nederland is, in de termen van paragraaf 3.2, een passief systeem (nadelen: o.a. grote onderrapportage, traag; voordeel: relatief goedkoop).

De procedure is in principe de volgende. Behandelend artsen stellen of vermoeden (bij groep A-ziekten) de diagnose, al dan niet met behulp van laboratoriumonderzoek, en doen hiervan melding bij de GGD. Deze dienst doet de gegevens toekomen aan de regionale inspectie voor de volksgezondheid, die ze vervolgens opstuurt naar de GHI. Daar worden de gegevens verwerkt en in de vorm van overzichten gepubliceerd. Indien nodig onderneemt de GHI verdere actie.

### 4.2.1 Behandelend artsen

Zij hebben een zeer belangrijke taak in de infectieziektenbestrijding; zij zijn het immers die de patiënten moeten diagnostiseren en, zo mogelijk, behandelen. De artsen bepalen in hoge mate de kwaliteit van de gegevens in het aangiftesysteem. Volgens de Wet zijn zij verplicht om infectieziekten aan te geven; voorts dienen zij maatregelen te nemen om uitbreiding van de betreffende ziekte te voorkomen. Een infectieziekte uit de groep A dient al bij een vermoeden, binnen 24 uur op de snelste wijze nominatief aangegeven te worden. Een infectieziekte uit groep B moet binnen 24 uur na vaststelling van de diagnose nominatief worden aangegeven. Ziektegevallen uit groep C kunnen per week worden verzameld en daarna verzonden (niet-nominatief).

Als de artsen het wensen, kunnen zij bij de bestrijding van de infectieziekte de hulp inroepen van de GGD.

Zoals gezegd hebben de behandelend artsen zeer grote invloed op de kwaliteit van het aangiftesysteem. Dit geldt zowel voor de snelheid waarmee gerapporteerd wordt als voor de kwaliteit van de gegevens. Wat dit laatste betreft is in het bijzonder van belang de mate van onderrapportage. De bereidheid om gevallen van infectieziekten te melden hangt af van een aantal factoren, waarvan de aard van de ziekte er een is. Zo zal bij ziekten uit groep A de rapportage ongetwijfeld zeer hoog zijn (nagenoeg 100%). Bij B-ziekten zal het percentage sterk variëren. Bij Tuberculose ligt het waarschijnlijk hoog, bij voedselinfecties laag (zie later).

Een factor die hiermee verband houdt is de mate waarin behandelend artsen gemotiveerd zijn om mee te werken aan iets waarvan het nut voor hen niet (direct)

zichtbaar is. Dit nut heeft namelijk betrekking op de totale bevolking, niet noodzakelijkerwijs op de individuen die de behandelend artsen consulteren. Voorts is het zo dat curatief werkzame artsen slechts een geringe sociaal-geneeskundige scholing hebben genoten.

Een derde factor heeft te maken met de overbodigheid, in de ogen van de behandelend arts, van laboratoriumonderzoek. Het kan voorkomen dat in een gezin een persoon is gediagnostiseerd (met behulp van laboratoriumonderzoek). Wanneer nu in datzelfde gezin andere personen ziek worden (met dezelfde verschijnselen) laat de huisarts veelal niet opnieuw laboratoriumonderzoek doen. In een dergelijke situatie zal hij wellicht slechts één geval melden.

Andere factoren, die meer samenhangen met de organisatie van de (basis)gezondheidszorg, zijn:

- goede contacten met een GGD, die deskundig personeel heeft op het terrein van infectieziektenbestrijding. Alleen dan kunnen artsen met vragen terecht bij de GGD. Bestaat er zo'n relatie, dan kan in voorkomende gevallen de GGD-arts belast met infectieziektenbestrijding laboratoriumonderzoek laten verrichten namens de huisarts;
- een actieve GGD. Wanneer de GGD een snelle en goede bron- en contactopsporing heeft, loont het de moeite voor een behandelend arts aangifte te doen. Wanneer dat niet het geval is, zal het animo van de arts om te melden afnemen. In dit geval is het soms te laat om nog actie te ondernemen;
- de privacy (van artsen en/of patiënten). Het kan zijn dat artsen vinden dat door bron- en contactopsporing de privacy van hun patiënten teveel wordt aangetast. Door een geval niet te melden aan de GGD zal bron- en contactopsporing afwezig blijven.

Naast het wettelijk verplichte aangiftesysteem werkt een aantal huisartsen mee aan de landelijke continue morbiditeitsregistratie (peilstations). Een infectieziekte die op deze wijze gevolgd wordt is influenza. Daarnaast bestaan er lokale peilstationsystemen (bijvoorbeeld in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag).

#### 4.2.2 (Streek)laboratoria en RIVM

In Nederland zijn er 16 streeklaboratoria voor de volksgezondheid. Verreweg de meeste onderzoeken worden in een regionaal streeklaboratorium uitgevoerd. Voor de gespecialiseerde analyses worden de monsters doorgestuurd naar het RIVM of andere gespecialiseerde laboratoria in Nederland. Contactonderzoek wordt betaald door het rijk.

Ondanks het feit dat de streeklaboratoria een bepaald gebied bestrijken, wordt door de artsen die monsters ter analyse opsturen niet altijd rekening gehouden met de gebiedsafbakening.

De streeklaboratoria vormen met het RIVM een netwerk, met het RIVM als centrum. De uitslagen van een aantal infectieziekten worden gemeld aan het RIVM.

Sommige streeklaboratoria hebben een afspraak gemaakt met de GGD'en in hun regio om alle uitslagen aan de betreffende diensten te melden (bijvoorbeeld regio Noord Brabant). Het is ook mogelijk dat op het uitslagformulier dat naar de behandelend arts gaat, vermeld wordt dat voor de betreffende infectieziekte een aangifteplicht van kracht is, en dat contact gezocht dient te worden met de GGD (bijvoorbeeld regio Amsterdam).

Het RIVM voert de tweede en derdelijns analyses uit, waarvoor de (meeste) andere laboratoria geen technische mogelijkheden hebben. Dit volgt uit de wettelijke taak van het RIVM, nl. (o.a.) het verschaffen van technologieën en produkten die de gezondheidszorg voor het praktisch functioneren nodig heeft, voor zover deze niet elders beschikbaar komen enz.). Zoals vermeld is het RIVM het centrale punt in een netwerk van laboratoria. Tot de officiële taken van het RIVM behoren ook het verschaffen van inzicht in:

- de toestand van de gezondheid van het Nederlandse volk en die van het milieu, voor zover deze door (exogene) biologische, chemische en fysische factoren worden beïnvloed,
- de te verwachten ontwikkeling van de toestand van de volksgezondheid en milieukwaliteit.

In dit kader verzamelt het RIVM gegevens, bijvoorbeeld van streeklaboratoria, en doet het zelf onderzoek. Verder adviseert het RIVM, onder verantwoordelijkheid van de GHI, de rijksoverheid bij het bepalen van het te voeren beleid omtrent de volksgezondheid, waar de infectieziektenbestrijding een onderdeel van is.

#### 4.2.3 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten

Vrijwel alle GGD'en hebben een ministeriële erkenning ex art. 37 van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken. De GGD'en hebben een belangrijke taak in het kader van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing van Ziekte-oorzaken. De taak is op te splitsen in:

- Surveillance (door middel van registratie);
- Bron- en contactopsporing, waar dat noodzakelijk of zinvol is.
- Voorlichting (zowel aan het publiek als aan beroepsgroepen);

De GGD'en geven voorlichting om infectieziekten te voorkomen. In de praktijk wordt veelal aan grootkeukens voorlichting gegeven. Dit zijn geschikte plaatsen om infectieziekten te verspreiden. Vandaar dat sommige GGD'en tamelijk veel tijd besteden aan voorlichting en controle van keukenhygiëne. Dit laatste kan in samenwerking met de Keuringsdiensten van Waren gebeuren.

Over het algemeen komen de GGD'en pas in actie als de behandelend arts er om vraagt. Echter, als de noodzaak het vereist, is de betreffende GGD gemachtigd om

activiteiten te ontplooiën teneinde verdere verspreiding te voorkomen (bron- en contactopsporing).

De GGD'en krijgen een schriftelijke of telefonische melding van gevallen van infectieziekten. Deze informatie komt in principe van de behandelend artsen.

Een melding kan echter ook weleens komen van de Regionale Geneeskundige Inspecteur, van een streeklaboratorium of van een Keuringsdienst van Waren. Soms meldt het publiek een geval.

Alle aangifteformulieren worden door de GGD gecontroleerd op volledigheid voordat ze naar de RGI worden opgestuurd. Alle, door de gezondheidsdienst zelf opgespoorde gevallen worden op een uniform aangifteformulier naar de RGI gestuurd.

In een aantal regio's bestaat periodiek werkoverleg tussen GGD-medewerkers (sociaal-geneeskundigen, sociaal-verpleegkundigen). De laatste jaren is de behoefte gegroeid te komen tot een zekere standaardisering, hetgeen heeft geresulteerd in het ontwikkelen van protocollen. Hierbij dient het bekende werk van Benenson (1985) als voorbeeld. Per infectieziekte wordt een kort overzicht gegeven van:

- algemene aspecten;
- symptomen en verschijnselen;
- laboratoriumbevindingen;
- incubatietijd;
- besmettingsweg;
- besmettelijkheid;
- immuniteit;
- therapie;
- preventie.

Het onderdeel over preventie bevat onder meer informatie over algemene maatregelen, profylaxe en adviezen aan scholen.

Ten aanzien van alle opgenomen infectieziekten is een checklist opgenomen met punten waar aandacht aan geschonken dient te worden, bijvoorbeeld bij de uitvoering van bron- en contactopsporing.

Een andere ontwikkeling bij GGD'en is de integratie van de TBC-bestrijding in GGD'en die grotendeels voltooid is. In een aantal gevallen wordt de diagnose gesteld op de GGD, dit in tegenstelling tot andere infectieziekten, waar dat altijd in de curatieve sector gebeurt. Vanuit de GGD wordt ook bron- en contactonderzoek verricht, en wordt de melding aan de regionale geneeskundige inspectie verzorgd.

#### 4.2.4 Geneeskundige Inspectie

In Nederland zijn er 10 regionale geneeskundige inspecties voor de volksgezondheid (RGI). Zij krijgen van de GGD'en telefonisch of schriftelijk de meldingen van



patiënten met infectieziekten\*. De aangifteformulieren worden gecontroleerd en vervolgens doorgestuurd naar de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Voordat er gezondheidsdiensten waren, voerde de RGI zelf bron- en contactonderzoek uit. Tegenwoordig is het netwerk van de GGD'en vrijwel volledig sluitend, zodat die taak nu vrijwel volledig bij de GGD'en ligt.

Verder dient de RGI als een vraagbaak bij allerlei vragen over infectieziekten en de daarbij te volgen route bij een patiënt met een infectieziekte. De RGI's werken op ongeveer dezelfde manier. Echter ook hier is het van de lokale omstandigheden en personen afhankelijk hoe de infectieziekten-bestrijding ten uitvoer wordt gebracht. In sommige regio's is er regelmatig overleg tussen AGZ-hoofden en de RGI. Hierin komen bijvoorbeeld punten aan de orde over het gestandaardiseerd (volgens protocollen) werken bij bepaalde infectieziekten.

Naast bovenstaande werkzaamheden hebben de geneeskundig inspecteurs wettelijke adviestaken in het kader van de infectieziektenbestrijding, bijvoorbeeld ten behoeve van de burgemeesters.

Een belangrijke taak van de regionale inspectie is het toezicht houden op de kwaliteit van de gezondheidszorg. In dit kader is uiteraard ook toezicht mogelijk op de organisatie en de kwaliteit van de infectieziektenbestrijding.

De geneeskundige hoofdinspectie (GHI) heeft een aantal belangrijke taken op het terrein van de infectieziektenbestrijding:

- surveillance. Bij de GHI komen de aangiften binnen die bij de regionale inspecties worden gedaan. Hier worden ze verwerkt, en vindt rapportage plaats (bijvoorbeeld in de vorm van GHI-bulletins en circulaires). Ook anderszins kan de GHI informatie/voorlichting/advies geven, bijvoorbeeld via de media;
- coördinatie van de infectieziektenbestrijding. Deze taak is sterk toegenomen. Voorheen coördineerde de GHI de tien regionale inspecties, nu het zesvoudige aantal GGD'en;
- De GHI heeft een liaison-functie ten opzichte van het buitenland;
- wettelijke adviestaken op grond van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte-oorzaken en de Gezondheidswet. De GHI heeft hierbij een (vrijwel) onafhankelijke positie.

Deze taken kunnen niet los gezien worden van elkaar. Zo is het onafhankelijke karakter van de adviesfunctie noodzakelijk om alert en goed te kunnen reageren op informatie, verkregen uit het surveillancesysteem.

Zoals vermeld is de coördinerende functie de laatste jaren sterk toegenomen. De GHI participeert in, en stimuleert de ontwikkeling van, overleg om te komen tot protocollisering (zie ook paragraaf 4.2.3). Verder stimuleert de GHI de verdere ontwikkeling van een landelijke forum, waarin verschillende partijen zitten die betrokken zijn bij de infectieziektenbestrijding (Keuringsdiensten van Waren, RIVM, GGD'en middels regionale coördinatoren). In dit forum kunnen allerlei

---

\*Op enkele plaatsen worden gevallen direct bij de RGI aangemeld.

praktische knelpunten worden opgelost, en probeert men een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de infectieziektenbestrijding. Inhoeverre deze activiteiten doorwerken naar het plaatselijke niveau (daar waar de zorg verleend wordt) is nog niet duidelijk.

#### 4.2.5 Overige organisaties

Te denken valt hier aan Keuringsdiensten van Waren, die in hoofdstuk 5 nader aan de orde zullen komen, de Gezondheidsraad, waterleidingbedrijven (die op zich weinig met de praktijk van de infectieziektenbestrijding van doen hebben, al dienen ze de kwaliteit van het water nauwlettend in de gaten te houden), en aan de verschillende overheidsorganen (wier activiteiten niet zozeer op het terrein van signalering en informatievoorziening liggen).

### 4.3 Het Rijksvaccinatieprogramma en betrokken organisaties

#### 4.3.1 Inleiding

Door middel van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wordt er voor gezorgd dat de Nederlandse bevolking zodanig tegen bepaalde infectieziekten wordt beschermd dat deze infectieziekten vrijwel niet meer voorkomen in Nederland. Verder wordt voorkomen dat door import deze infectieziekten alsnog epidemieën veroorzaken. Het RVP is in principe van toepassing op alle kinderen tot en met het 14e jaar; het wordt gefinancierd uit de AWBZ. In Nederland schommelt de vaccinatiegraad rond de 90% (GHI, 1988). Echter, dit houdt niet in dat zich in Nederland geen epidemietjes kunnen voordoen. In tegendeel, getuige de poliomyelitis epidemieën van '63 (Tholen), '72 (Staphorst) en '78 (Veluwe).

Om het uiteindelijke effect van het RVP te kunnen beoordelen is het nodig dat van de infectieziekten die in het RVP zijn opgenomen, inzicht bestaat in de mate waarin zij in de bevolking voorkomen. Op deze manier kan worden bekeken of de vaccinatieschema's aan de verwachtingen voldoen.

Op dit moment zijn er zeven infectieziekten in het RVP opgenomen. De laatste verandering in het vaccinatieschema (de invoering van de BMR-vaccinatie) is op 1 januari 1987 ingegaan.

De zeven infectieziekten zijn:

- Difterie
- Kinkhoest (pertussis)
- Tetanus
- Poliomyelitis
- Bof (Parotitis epidemica)
- Mazelen (Morbilli)
- Rodehond (Rubella)

De vaccinaties worden meerdere keren, op verschillende leeftijden, gegeven. De vaccinaties zelf worden in combinatie gegeven. De DK(T)P-cocktail is al enige tijd in gebruik (eind jaren vijftig) en sindsdien lopen de aantallen aangegeven gevallen verder terug (zie ook hoofdstuk 3).

Op 1 januari 1987 is op advies van de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad de BMR-cocktail in het RVP opgenomen.

Vanaf 1 januari 1974 tot 1987 werden alleen 11-jarige meisjes tegen Rubella gevaccineerd. De nieuwe strategie is er op gericht om Rubella (en Bof en Mazelen) in Nederland uit te bannen. De vaccinatie voor Rubella op 11-jarige leeftijd is daarmee per 1989 komen te vervallen.

Vanaf 1 januari 1976 is mazelen in het RVP opgenomen. Het werd eenmalig op een leeftijd van 14 maanden toegediend.

Bof is voor het eerst in het RVP opgenomen in 1987.

De procedure is in principe als volgt. De gemeente (afdeling bevolking) attendeert de Provinciale Entadministratie (PEA) op de geboorte en verhuizing van kinderen. De PEA verstuurt in de derde maand, het vierde en negende jaar een oproep aan de ouders van de betreffende kinderen. De vaccinaties worden uitgevoerd door consultatiebureaus voor zuigelingen, afdelingen jeugdgezondheidszorg van GGD'en en eventueel huisartsen. Informatie over aantallen en percentages gevaccineerden worden verzonden naar de GHI. De Geneeskundig Hoofdinspecteur heeft de eindverantwoordelijkheid voor het RVP.

Naast het RVP bestaan er andere vaccinatieprogramma's (bijvoorbeeld tegen Hepatitis-B en TBC bij risicogroepen).

#### 4.3.2 Gemeenten

De bemoeienis van de gemeente verschilt per regio. Overal wordt bij de aangifte van de geboorte van een kind een bericht gegeven aan de PEA (door de burgerlijke stand). Daarna is het wel lokaal verschillend in hoeverre de gemeente (afdeling bevolking) zich er nog mee bemoeit. Het varieert van volledig afzijdig houden (het wordt dan overgelaten aan de GGD) tot het als tussenstation dienen bij het doorsturen van de oproepkaarten aan de afdeling JGZ van de GGD.

#### 4.3.3 Provinciale Entadministraties

De PEA heeft een centrale taak in de uitvoering van het RVP. De PEA is verantwoordelijk voor de uitvoering van het RVP. In totaal zijn er 13 PEA's. Elke provincie (met uitzondering van de Flevopolder) heeft een eigen PEA; Amsterdam en Rotterdam hebben elk een aparte, aan PEA's gelijkgestelde, organisatie.

De PEA krijgt van de gemeente te horen dat er kinderen zijn bijgekomen of weggegaan (geboorten, verhuizingen of (r)emigraties). Op dit formulier staan gegevens zoals naam, geboortedatum en adres. In de derde levensmaand stuurt de PEA een setje met oproepkaarten naar de ouders van het kind.

In het vierde jaar worden een oproepkaart voor DTP en een voor BMR (BMR in 1989 voor het laatst op 4-jarige leeftijd) opgestuurd; in het negende jaar worden weer nieuwe oproepkaarten toegestuurd voor DTP en BMR.

Bij het niet verschijnen van het kind kan er door de PEA actie worden ondernomen. De PEA's zijn vrijwel allemaal geautomatiseerd.

#### 4.3.4 Kruisverenigingen en GGD'en

De kruisverenigingen bemannen de consultatie- en kleuterbureaus en verzorgen de eerste vaccinaties; in elk geval tot en met de 14e maand. Ze bepalen samen met de PEA's en de gemeenten en/of GGD'en de uitvoering van de eventuele massavaccinaties (tot 4 jaar). Dit kan individueel gebeuren, maar ook door de zogenaamde massavaccinaties, waarbij groepen van kinderen worden opgeroepen om te worden gevaccineerd.

De afdeling JGZ (soms de kruisvereniging) levert in elk geval het personeel voor de inentingen van 9-jarigen, dit gebeurt meestal in de vorm van massavaccinaties. In sommige gevallen regelen ze ook een aantal zaken zoals de administratie voor de 0-4-jarigen.

#### 4.3.5 RIVM

Het RIVM produceert vaccins, niet alleen de vaccins uit het RVP, maar ook andere die in het kader van individuele vaccinatie worden gegeven. Verder controleert het RIVM de kwaliteit van de vaccins en probeert deze te verbeteren en nieuwe te ontwikkelen (bijvoorbeeld tegen *Haemophilus Influenzae* type B).

#### 4.3.6 GHI

Binnen de GHI houdt voornamelijk de afdeling moederschapszorg en kinderhygiëne zich bezig met het RVP. De afdelingen JGZ en Infectieziekten (het zijn aangifteplichtige infectieziekten) zijn er zijdelings bij betrokken.

De GHI bekijkt de vaccinatiepercentages, zowel voor het hele land als per provincie en per gemeente. Wanneer de vaccinatie-percentages beneden de 80% komen, dan gaat er een bericht naar de betreffende PEA. Hierin wordt verzocht om er extra aandacht aan te besteden.

Regelmatig wordt een verslag uitgegeven waarin de vaccinatietoestand van de Nederlandse bevolking staat weergegeven.

Na vaststelling van het vaccinatieprogramma – dit gebeurt in goed overleg met de Gezondheidsraad, Ziekenfondsraad en het RIVM – geeft de GHI jaarlijks een brochure uit. Deze wordt aan belanghebbenden verstuurd.

#### 4.3.7 Overige organisaties

Hier kan gedacht worden aan de Gezondheidsraad, die de minister adviseert over medisch-wetenschappelijke aspecten van het RVP.

#### 4.4 Knelpunten in de vormgeving van de infectieziektenbestrijding

In deze afsluitende paragraaf wordt een aantal knelpunten in de vormgeving van infectieziektenbestrijding aangeduid. Tijdens het opstellen van de scenario's in de volgende fase van het onderzoek zal zeer uitgebreid worden teruggekomen op deze (of in ieder geval een aantal) knelpunten en de mate waarin ze een probleem vormen. In het kader van deze basisanalyse is het van belang bestaande knelpunten te noemen en aan te geven waar potentiële knelpunten liggen. Eerst zal worden ingegaan op het aangiftesysteem, waarbij de verschillende organisaties, indien nodig, apart worden besproken. Tenslotte komen de knelpunten die bij het RVP spelen aan de orde. De informatie is verkregen door middel van gesprekken met sleutelinformanten.

##### 4.4.1 Aangiftesysteem

**Behandelend artsen** zijn een belangrijke schakel in het geheel. Zij zien echter niet alle gevallen van infectieziekten; sommige patiënten gaan niet naar de huisarts met klachten die ze als niet ernstig beschouwen. In paragraaf 3.2.1 is een aantal redenen genoemd waarom artsen weinig infectieziektengevallen aangeven. Enkele daarvan kunnen worden beïnvloed, onder meer door GGD'en. Dat zijn:

- scholing van behandelend artsen op het terrein van de sociale geneeskunde;
- dienstverlening door GGD'en. Snelle en goede service aan behandelend artsen, bijvoorbeeld bij bron- en contactopsporing, betekent dat artsen beter het nut inzien van melding van gevallen;
- schending van privacy. Hier zou voorlichting, en uiteraard de benodigde zorgvuldigheid, het vertrouwen in het aangiftesysteem kunnen doen toenemen;
- contacten met GGD'en. Naarmate er een meer gestructureerd contact is tussen de behandelend artsen en de sociaal-geneeskundigen van de GGD, en de laatsten worden door de eersten gezien als deskundigen (met name op het gebied van de epidemiologie), zal de motivatie van behandelend artsen om mee te werken aan het aangiftesysteem toe kunnen nemen;
- de financiering. Het vergoed krijgen van laboratoriumonderzoek speelt ook een rol, zoals gebleken is bij salmonellose. Sinds de afschaffing van de vergoeding

door het rijk van laboratoriumonderzoek ter zake is het aantal aangegeven gevallen sterk gedaald. (Een andere factor die de daling mede verklaard is de afschaffing van de meldingsplicht.)

Ten aanzien van **Gemeentelijke Gezondheidsdiensten** kunnen de volgende (potentiële) knelpunten worden genoemd:

- schaalgrootte. In kleine diensten besteden AGZ-artsen niet zelden maar een deel van de tijd aan infectieziektenbestrijding (en dan waarschijnlijk nog grotendeels aan AIDS). Hetzelfde geldt waarschijnlijk voor sociaal-verpleegkundigen. De vraag kan gesteld worden of men op die manier de benodigde kwaliteit kan leveren. Een alternatief zou kunnen zijn een zekere centralisatie van bepaalde activiteiten door samenwerking tussen een aantal diensten. Een andere vraag is of de in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid aangekondigde decentralisatie niet juist het tegenovergestelde effect tot gevolg zal hebben;
- de aard van contacten. De indruk bestaat dat veel contacten incidenteel van karakter zijn. Dat geldt zeker niet alleen voor die met behandelend artsen (zie boven), maar ook voor contacten met bijvoorbeeld Keuringsdiensten van Waren en instellingen waar een verhoogd risico op het uitbreken van infectieziekten bestaat (ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenoorden, enz.). Hier dient bij vermeld te worden dat een aantal GGD'en zich nog niet zolang manifesteert op dit terrein en dus nog niet de gelegenheid heeft gehad zich te profileren.
- gebrek aan communicatie. Laboratoria, die in opdracht van behandelend artsen onderzoek verrichten, sturen de uitslagen niet naar de betreffende GGD. Pogingen om in dit opzicht de communicatie te verbeteren zijn tot nu toe vastgelopen op juridische bezwaren.
- prioriteiten van het bestuur. Het bestuur van een GGD kan andere taken van de GGD belangrijker vinden. Dit kan zich vooral voordoen ten aanzien van seksueel overdraagbare aandoeningen. Bij decentralisatie zal dit verschijnsel waarschijnlijk toenemen\*.
- bezuinigingen. De gemeenten hebben in de afgelopen jaren noodgedwongen moeten bezuinigen, ook op het terrein van de BaGZ.

---

\*Per 1-1-1989 zijn specifieke uitkeringen voor Algemeen Preventieve Gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg, Jeugdtandzorg, SOA-bestrijdingsaansluitingsverbanden GVO overgeheveld naar het Gemeentefonds, hetgeen betekent dat de gemeenten veel meer dan voorheen kunnen beslissen over de aanwending van de middelen. Wat hiervan de consequenties zijn voor de uitvoering van de BaGZ, hangt af van twee factoren. Ten eerste de prioriteitsstelling van de gemeentebesturen. In de tweede plaats de mate van concentratie van gezondheidsproblemen. Wanneer een dergelijke concentratie optreedt, en dat is het geval met bijvoorbeeld seksueel overdraagbare aandoeningen, werkt de genoemde overheveling sterk in het nadeel van die gemeenten waar deze concentratie optreedt, namelijk de grote steden.

**De Geneeskundige Hoofdinspectie** heeft haar coördinerende taken sterk zien toenemen, terwijl fors bezuinigd is op de formatie. Een sterke centrale afstemming is daardoor niet goed mogelijk.

Een **algemeen aspect** is het ontbreken van een (automatische) koppeling van de verschillende soorten informatie. Gegevens van de laboratoria en eventueel andere te verzamelen gegevens kunnen nu niet in het aangiftesysteem worden opgenomen. Dit kan overigens niet los worden gezien van het doel dat men voor ogen heeft met het systeem (zie hoofdstuk 2).

#### 4.4.2 Rijksvaccinatieprogramma

Op dit moment doen zich geen grote knelpunten voor bij de uitvoering van het RVP. Punten die nochtans genoemd kunnen worden zijn:

- onduidelijkheid over de precieze taken van de verschillende betrokken organisaties;
- grote diversiteit in de uitvoering, met veel organisaties. Voor bijvoorbeeld ouders is dit niet altijd even duidelijk;
- acceptatie vaccinaties. Het BMR-vaccin leek in eerste instantie minder goed te worden geaccepteerd dan het DKTP-vaccin. Hoewel het percentage nu ook in de buurt van de 90% ligt, kan de mate waarin vaccinaties worden geaccepteerd een probleem worden naarmate het aantal ziekten waartegen gevaccineerd wordt stijgt.

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op onder andere de vormgeving aan de infectieziektenbestrijding, een en ander toegespitst op een viertal (groepen van) infectieziekten.

## **5. UITWERKING VAN VIER (GROEPEN VAN) INFECTIEZIEKTEN**

### **5.1 Inleiding**

In het inleidend hoofdstuk is aangegeven dat tijdens de tweede fase van het scenarioproject, scenario's gemaakt zullen worden die als onderwerp hebben de vormgeving aan infectieziektenbestrijding, en dan vooral wat betreft de informatievoorziening (surveillance).

Om de inzichtelijkheid in de verschillende scenario's te verhogen, is ervoor gekozen aan te sluiten bij de problemen waarmee men in de praktijk wordt geconfronteerd. Met andere woorden, de scenario's zullen steeds betrekking hebben op de bestrijding van concrete infectieziekten. Hierbij zullen steeds dezelfde (soorten) infectieziekten worden betrokken. Dit zijn:

- voedselinfecties;
- seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA);
- rubella en mazelen;
- hepatitis-B.

Bij SOA gaat het om gonorroe en syfilis; Aids blijft buiten beschouwing omdat daar een aparte scenariostudie naar wordt verricht in opdracht van de STG.

Hoewel een keuze als die voor de vier (groepen van) infectieziekten tot op zekere hoogte arbitrair is, hebben de volgende argumenten/ criteria eraan ten grondslag gelegen:

- spreiding over leeftijdsklassen. Rubella en mazelen spelen op de kinderleeftijd, hepatitis-B en SOA bij (jong)volwassenen, terwijl voedselinfecties een toenemend probleem vormen bij vooral zeer jeugdigen en (hoog)bejaarden;
- mogelijkheden vaccinatie. Rubella en mazelen zijn opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma. Ten aanzien van vaccinatie tegen hepatitis-B doen zich allerlei ontwikkelingen voor op dit moment. Voedselinfecties en SOA zijn infectieziekten waartegen geen vaccinatie voorhanden is;
- aangrijpingspunten voor collectieve preventie. Deze verschillen van groep tot groep. Bij rubella en mazelen ligt het aangrijpingspunt bij vaccinatie. Hepatitis-B en SOA komen vooral veel voor in specifieke risicogroepen; collectief preventieve gezondheidszorg zal zich op het gedrag van - vooral - mensen die tot deze risicogroepen behoren, richten. Aangrijpingspunten voor preventie van voedselinfecties liggen deels buiten de gezondheidszorg. Dit is dan ook een typisch voorbeeld van facetbeleid;
- surveillance. Het bewaken van de vier (groepen van) infectieziekten verschilt van groep tot groep, hoewel ze alle vier aangifteplichtig zijn in het kader van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte-oorzaken (hetgeen een voordeel is in dit onderzoek, zie paragraaf 1.3.2). De surveillance van rubella en mazelen heeft vooral het karakter van een evaluatie van het vaccinatieprogramma. Wat betreft hepatitis-B en SOA is het van belang informatie te



verkrijgen van de specifieke risicogroepen - dit stelt andere eisen aan het surveillancesysteem. Bij het bewaken van voedselinfecties gaat het er primair om zodanige informatie te verkrijgen uit verschillende bronnen dat facetbeleid kans van slagen heeft.

In de volgende paragrafen worden de vier (groepen van) infectieziekten beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- criteria diagnose/begripsomschrijving;
- mate van voorkomen;
- besmettingsbron;
- risicogroepen;
- preventiemethoden;
- organisatie van de bestrijding en knelpunten.

**Voor de volledigheid zij er nogmaals op gewezen dat een en ander (vooral) vanuit de invalshoek van de informatievoorziening (surveillance) is gedacht.**

Bij het ontwerpen van scenario's zal de aandacht vooral uitgaan naar de (mogelijke) knelpunten die op dit moment bestaan.

## 5.2 Voedselinfecties en -vergiftigingen

### 5.2.1 Begripsomschrijving

Het begrip voedselinfectie behoeft een korte toelichting. Een brede definitie is gegeven door Velimirovic: 'any disease of an infectious or toxic nature caused or assumed to be caused by the consumption of food or water (WHO, 1984). In het Nederlandse aangiftesysteem wordt uitgegaan van een andere omschrijving; voedselinfecties als aparte categorie staan in de lijst van aangifteplichtige ziekten naast andere infectieziekten die volgens bovenstaande definitie voedselinfectie genoemd kunnen worden (bijvoorbeeld dysenterie, botulisme en paratyfus B).

Behandelend artsen gaan uiteraard uit van het klinisch beeld (acuut optredende verschijnselen als misselijkheid, braken, buikkrampen, diarree, al dan niet gepaard gaande met koorts).

Een voedselinfectie (incubatietijd 12 uur of langer) is het gevolg van de activiteit van micro-organismen in het maagdarmkanaal.

Een voedselvergiftiging (incubatietijd 8 uur of korter) wordt veroorzaakt door in het voedsel aanwezige toxine, bijvoorbeeld enterotoxine van staphylococcus aureus of een chemische stof als nitriet.

Patiënten met dergelijke verschijnselen zijn aangifteplichtig indien (GHI, 1980):

- het een voedselvergiftiging betreft door een in het voedsel aanwezige chemische stof;
- zij werkzaam zijn in de levensmiddelen- of horecasector, dan wel beroepsmatig zijn belast met de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen;

- zij behoren tot een groep van twee of meer personen die binnen een tijdvak van 24 uur hetzelfde hebben gegeten of gedronken.

### 5.2.2 Mate van voorkomen

In tabel 5.1 staan aantallen bij de GHI aangegeven patiënten met voedselinfecties vermeld, alsmede de oorzaak van de infectie. Na 1984 is het aantal aangegeven gevallen zeer drastisch gedaald omdat de aangifteplicht voor salmonellose is komen te vervallen.

**Tabel 5.1** Aantallen bij de GHI aangegeven gevallen van voedselinfecties, naar oorzaak, 1979-1987

Veroorzakend organisme	1979	1981	1983	1985	1987
Salmonella	6174	7496	6083	270	202
Campylobacter jejuni	202	1496	2406	124	55
Yersinia enterocolitica	116	262	284	3	2
Clostridium perfringens	6	13	66	22	-
Staphylococcus aureus	-	28	6	1	-
Bacillus cereus	-	27	-	6	-
Onbekend				66	91
<b>Totaal</b>	<b>6498</b>	<b>9322</b>	<b>8845</b>	<b>492</b>	<b>350</b>

bron: GHI

Salmonella is duidelijk de meest voorkomende oorzaak. De stijging van campylobacter jejuni is echter spectaculair; de stijging zet zich voort in de volgende jaren. Na het vervallen van de aangifteplicht van infecties door salmonella en yersinia enterocolitica (als aparte categorieën) zijn de aangegeven aantallen sterk gedaald. Sinds de wijziging in de vergoeding van laboratoriumonderzoek is het totale aangegeven aantal voedselinfecties sterk gedaald, tot 492 in 1985. In tabel 5.2 staat de sterfte vermeld ten gevolge van voedselinfecties.

**Tabel 5.2** Sterfte ten gevolge van voedselinfecties, naar oorzaak, 1979 - 1987

Veroorzakend organisme	1979	1981	1983	1985	1987
Salmonella	24	28	33	26	15
Yersinia enterocolitica	6	3	0	1	0
Overige voedselinfecties en vergiftigingen	0	0	0	0	0
Totaal	30	31	33	27	15

bron: CBS

In 1983 werden in de Nederlandse ziekenhuizen 2295 mannen en 1945 vrouwen opgenomen vanwege infecties van het maagdarmkanaal.

De volgende tabel laat de etiologie zien van de in de periode 1979 - 1983 gerapporteerde incidenten.

**Tabel 5.3** Aantallen incidenten van voedselinfectie of -vergiftiging, geregistreerd in 1979-1983, naar etiologie en aantallen patiënten

Etiologie	1979	1980	1981	1982	1983
Bacterieel	32	53	80	67	43
Viraal	1	-	1	-	-
Chemisch	9	11	29	17	4
Anderszins	-	-	12	2	5
Onbekend	121	208	293	233	214
Totaal	163	272	415	319	266
Aantal patiënten	604	1298	3618	1376	1688

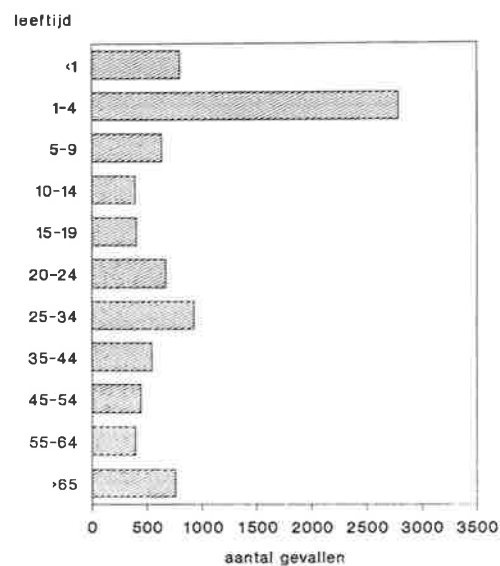
bron: Kvw

Opvallend is dat van het overgrote deel van deze incidenten de oorzaak niet bekend is bij de Keuringsdiensten voor Waren, hetgeen erop wijst dat de informatievoorziening tussen de verschillende betrokken instellingen bepaald niet optimaal is.

Slechts een zeer klein deel van de gevallen van voedselinfectie wordt bekend bij de GHI, een fenomeen dat zich ook in het buitenland voordoet. Percentages van 1% tot 5% worden genoemd (Huisman, 1980; Hauschild & Bryan, 1980; Benenson, 1985). Van verschillende zijden wordt een sterke toename van voedselinfecties gemeld in de afgelopen decennia (WHO, 1984; Louis, 1988). De oorzaken kunnen gevonden worden in de schaalvergroting in de landbouw en veeteelt, en in sterk veranderde voedingsgewoonten (zie later).

In figuur 5.1 is de verdeling te zien over de verschillende leeftijdsklassen.

**Figuur 5.1** De verdeling van bij de GHI aangegeven gevallen van voedselinfecties naar leeftijd, 1983



Het blijkt dat verreweg de meeste infecties, althans rapportages daarvan, zich voordoen bij kleine kinderen.

De distributie van in ziekenhuizen opgenomen patiënten met voedselinfecties over de leeftijdsklassen laat ongeveer hetzelfde patroon zien.

Bij sterfte aan infecties van het maagdarmkanaal is een ander beeld te zien; de sterfte is juist sterk geconcentreerd op de hoogste leeftijdsgroepen (de aantallen zijn ook vrij laag).

### 5.2.3 Besmettingsbronnen

De bron van besmetting is voor de drie belangrijkste vormen van voedselinfectie aangegeven in het volgende schema (Benenson, 1985).

Salmonella: (varkens)vlees, pluimvee, eieren, (rauwe melk of -produkten\*)  
 Campylobacter jejuni: (pluimvee)vlees, (rauwe melk of -produkten\*)  
 Yersinia enterocolitica: vlees, contact met besmette huisdieren

Een belangrijke bron van besmetting van de betreffende dieren is het veevoer.

Beckers noemt een aantal omstandigheden die een bijdrage leveren aan voedselinfecties of -vergiftigingen.

**Tabel 5.4** Omstandigheden, die bijdragen aan het tot stand komen van voedselinfecties of vergiftigingen

Omstandigheden	Gegevens USA	Gegevens UK
	1961-1976 %	1969-1976 %
<b>Aanwezigheid</b>		
. Overleving: onvoldoende verhitten	16	21
	onvoldoende opnieuw verhitten	28
. Besmetting: mens	20	16
	rauwe grondstoffen	15
	kruisbesmetting	9
	onvoldoende reiniging	7
<b>Vermeerdering</b>		
Onjuist koelen	46	77
Onjuist warm houden	16	10
Te ver vooruit bereiden	21	64
Gebruik van restanten	4	-

Bron: aangehaald door Beckers, 1989.

Hij refereert tevens aan onderzoek uit 1980 - 1982 waaruit blijkt dat wanneer gekeken wordt naar de plaatsen waar de voedingsmiddelen onjuist worden behandeld (ten gevolge waarvan voedselinfecties of -vergiftigingen ontstaan), ca. de helft gerekend kan worden tot de horeca en ca. 20% tot de particuliere huishoudens. Overige plaatsen zijn: grootschalige levensmiddelenbedrijven (9%), kleinschalige levensmiddelenbedrijven (8%) en verzorgende instellingen (6%).

\* speelt in Nederland slechts een zeer bescheiden rol

#### 5.2.4 Risicogroepen

Uit eerder gepresenteerde informatie vallen de belangrijkste risicogroepen af te leiden. Dat zijn:

- zeer jeugdigen en hoogbejaarden, personen dus met een nog niet en niet meer optimaal functionerend afweersysteem;
- geïnstitutionaliseerden. Dit om twee redenen. In de eerste plaats omdat besmet voedsel veel mensen kan bereiken, in de tweede plaats omdat deze populatie voor een belangrijk deel bestaat uit mensen met een zwakke gezondheid (met name ouderen);
- personen die veel buitenshuis eten (restaurants, kantines, eetwarenautomaten). Dit verschijnsel is sterk toegenomen (alleenstaanden, tweeverdieners, reizigers)

Naast deze groepen met verhoogd risico zijn er algemene factoren die maken dat voedselinfecties een toenemend probleem zijn. Te denken valt aan de massaproductie, -verwerking, -distributie en -bereiding van voedsel. Deze heeft zich steeds verder ontwikkeld. Een ander punt van zorg is de toenemende bacteriële en virale resistentie tegen antibiotica en antivirale middelen. Een derde factor heeft te maken met regelgeving, die in de landen van de Europese Gemeenschap tot op zekere hoogte geharmoniseerd is, een ontwikkeling die waarschijnlijk verder zal gaan. Hierdoor is het in Nederland weer mogelijk geworden niet-gepasteuriseerde melk te verkopen op de boerderij.

#### 5.2.5 Preventiemethoden

Preventie van voedselinfecties heeft betrekking op de bron, de verspreiding, en op de consument. In onderstaand schema worden enkele mogelijkheden aangegeven.

bron (landbouw)	fokken ziektekiemvrije dieren (pelleteren veevoer) aparte slachthuizen voor kiem-vrije dieren
verspreiding	toezicht hygiëne slachthuizen doorstralen vlees pasteurisatie melk
consument	hygiënische controle kantines, keukens van instellingen voorlichting over verantwoorde bereiding vlees en voedsel

### 5.2.6 Organisatie van de bestrijding en knelpunten

Eerder is vermeld dat er sprake is van een enorme onderrapportage van gevallen van voedselinfectie. Oorzaken daarvan zijn logischerwijs:

- de ziekteverschijnselen, doorgaans een acute kortdurende diarree, geven de patiënt meestal geen aanleiding onmiddellijk de arts te consulteren;
- de huisarts neemt bij patiënten met een acute diarree doorgaans een afwachtende houding aan en beperkt zich tot het geven van dieetadviezen. Faecesonderzoek vindt eerst plaats indien de patiënt na enkele dagen nog ziekteverschijnselen toont. Bovendien wordt in vele gevallen van gastro-enteritis noch door de arts noch door de patiënt een relatie tussen de symptomen en gebruikt voedsel vermoed;
- het tijdsverschil tussen de eerste ziektedag en de dag waarop de arts bacteriologische bevestiging van de diagnose ontvangt is door voornoemde factoren zo groot (1 à 2 weken), dat de patiënt inmiddels is genezen en dat onmiddellijke aangifte in verband met eventueel onderzoek of te nemen maatregelen niet meer zinvol wordt geacht;
- niet alle artsen zien het belang van bemoeiing van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (contactonderzoek, wering uit bedrijf) in, hetgeen leidt tot het nalaten van aangifte en zelfs van diagnostisch microbiologisch onderzoek.

Sinds salmonelladiagnostiek niet meer vergoed wordt (behalve in het kader van diagnostiek van patiënten en bron- en contactopsporing door de GGD), is het aantal aangegeven gevallen drastisch gedaald.

De meldingsprocedure verloopt zoals in het vorige hoofdstuk is weergegeven. Na een explosie van voedselinfecties maakt de betreffende GGD een verslag voor de GHI.

De mate waarin GGD'en verdere acties ondernemen (bron- en contactopsporing, contacten met Keuringsdiensten van Waren) verschilt van dienst tot dienst.

Enkele (mogelijke) knelpunten (gezien vanuit de invalshoek van een optimale surveillance):

- contacten met Keuringsdienst van Waren. Deze zijn vaak incidenteel van karakter. De indruk is dat de samenwerking met de GGD'en hierdoor niet optimaal is;
- medewerking van behandelend artsen. Sommige artsen hebben moeite mee te werken aan bron- en contactopsporing vanwege het eventueel daaruit voortvloeiende gevolg van een werkverbod;
- gebrek aan mankracht. Veel GGD'en hebben een te geringe capaciteit aan deskundig personeel om hygiënische controle uit te kunnen voeren;
- toegankelijkheid bronnen. Deze is niet overal optimaal; bovendien is koppeling niet mogelijk (privacy);

- beperkingen facetbeleid. Facetbeleid op het gebied van voedselinfecties betekent een confrontatie met de belangen van de landbouw. Om als BaGZ sterk te kunnen staan zijn kwalitatief goede surveillancegegevens nodig.
- verder kunnen genoemd worden de (algemene) knelpunten uit paragraaf 4.4.1

### 5.3 Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

In deze paragraaf wordt aandacht geschonken aan de aangifteplichtige ziekten uit de groep seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), te weten gonorroe en syfilis. Hepatitis B wordt apart besproken. Over AIDS wordt een aparte STG-studie verricht; deze ziekte komt hier verder niet ter sprake.

#### 5.3.1 Begripsomschrijving

Beide ziekten zijn groep C-ziekten; aangifte geschiedt derhalve niet-nominatief. De diagnose wordt gesteld op grond van de klinische bevindingen en laboratoriumonderzoek (met name kweek bij gonorroe, donkerveldmicroscopie en serologie bij syfilis). Uit onderzoek is gebleken dat een aanzienlijk deel van de (huis)artsen uitsluitend het klinisch beeld als diagnosticum hanteert (Nijhuis e.a., 1985; Van de Laar & Van de Water, 1987; Miltenburg, 1988).

Bij gonorroe is een aanzienlijk aantal personen, vooral vrouwen, asymptomatisch drager.

#### 5.3.2 Mate van voorkomen

In tabel 5.5 staan de aantallen aangegeven patiënten met gonorroe en syfilis.

**Tabel 5.5** Aantal bij de GHI aangegeven gevallen van gonorroe en syfilis, 1976 -1988

jaar	Gonorroe	Syfilis
'76	7336	691
'80	12264	1169
'81	14855	998
'82	13425	1026
'83	13199	913
'84	14400	938
'85	12451	584
'86	9841	540
'87	5636	388
'88	3347	394

bron: GHI

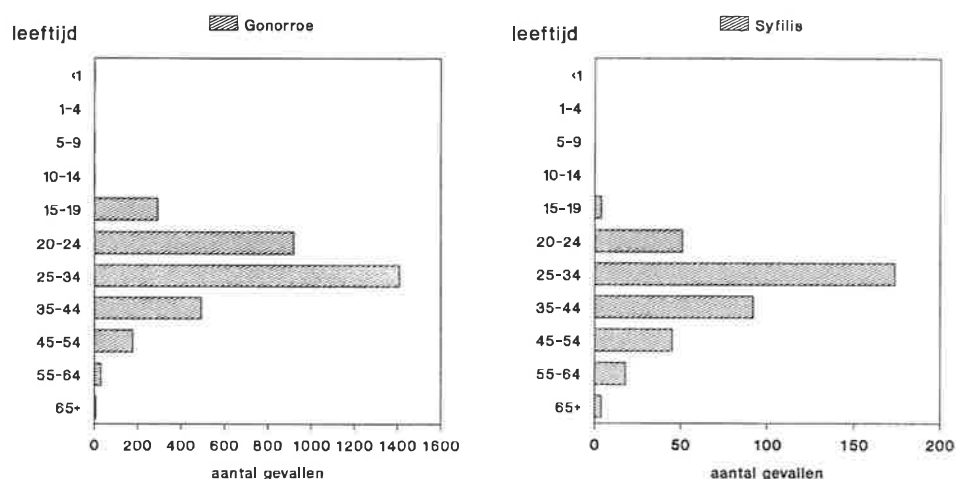


De aangegeven gevallen bereikten het hoogste aantal in het begin van de jaren tachtig. Uit andere registraties blijkt dat de incidentie geleidelijk is gestegen sinds de jaren zestig. De laatste jaren zijn de aantallen fors gedaald.

Enkele keren is getracht door middel van een telefonisch interview met artsen inzicht te verkrijgen in onder andere de incidentie van SOA (Nijhuis e.a., 1985; Van de Laar & Van de Water, 1987; Miltenburg, 1988). De aldus gevonden aantallen liggen aanzienlijk hoger dan wat bij de GHI is aangegeven (de percentages variëren per gebied: in de grote stad meer dan in kleinere gemeenten, en per behandelaar: artsen in poliklinieken veel meer dan huisartsen). SOA komen in de grote steden relatief veel vaker voor dan in kleinere steden en op het platteland.

Onderstaande figuur laat de leeftijdsverdeling zien van de aangegeven patiënten met gonorroe en syfilis.

**Figuur 5.2** Leeftijdsverdeling van bij de GHI aangegeven gevallen van gonorroe en syfilis, 1988



### 5.3.3 Besmettingsbronnen en risicogroepen

SOA worden overgedragen via seksueel contact. Twee belangrijke risicogroepen kunnen worden onderscheiden (Gezondheidsraad, 1986):

- homoseksuele mannen met wisselende, anonieme contacten. Naast het aantal partners is de wijze van seksueel contact van grote invloed op het voorkomen

van SOA. Bij homoseksuele en biseksuele mannen komen relatief veel anorectale SOA voor;

- prostitué(e)s, in het bijzonder de heroïneprostitué(e)s. Vooral bij deze laatste groep vinden veel onbeschermd contacten plaats.

Het aantal nieuwe gevallen van vroege syfilis onder homo/biseksuele mannen in Amsterdam is sinds 1984 drastisch gedaald, terwijl het onder heteroseksuele mannen is gestegen (Van den Hoek e.a., 1988). Als mogelijke verklaring voor deze ontwikkeling, die ook in de V.S. is geconstateerd, wordt genoemd een toename van onveilige seks bij heteroseksuelen en de vermindering van aandacht en mankracht voor de SOA- en syfilis-controleprogramma's als gevolg van de AIDS-epidemie.

#### 5.3.4 Preventiemethoden

Vier preventiemethoden zijn te onderscheiden (Gezondheidsraad, 1986; Van Everdingen 1989):

- bron- en contactopsporing;
- screening bij risicogroepen;
- GVO, gericht op seksuele gedragsverandering;
- profylactische maatregelen.

Bron- en contactopsporing kan geschieden naar aanleiding van het stellen van een diagnose, of het kan onderdeel zijn van een programma gericht op bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld regelmatige controle en behandeling van prostituées). Actieve contactopsporing is mede van belang vanwege het bestaan van symptomatisch dragerschap.

Screening op gonorroe wordt door de Gezondheidsraad geadviseerd bij risicogroepen waarbij het percentage nieuwe gevallen 5% bedraagt. Screening op syfilis is volgens de raad in sommige gevallen zinvol.

GVO heeft ten doel het bereiken van verandering van riskant gedrag, zoals het beperken van het aantal seksuele partners, het vermijden van bepaalde wijzen van seksueel contact en het treffen van profylactische maatregelen.

Bij profylactische maatregelen kan gedacht worden aan mechanische en chemische barrières tijdens geslachtsverkeer (condoom en pessarium) en profylaxe met antibiotica (bijvoorbeeld bij heroïneprostituées). Nadelen van deze laatste mogelijkheid zijn onder andere het maskeren van andere SOA (syfilis), en het ontstaan van resistente stammen.

### 5.3.5 Organisatie van de bestrijding en knelpunten

Gonorrroe en syfilis zijn groep-C ziekten en worden derhalve niet-normatief aangegeven.

Ook ten aanzien van SOA is er zonder twijfel sprake van een onderrapportage doordat:

- in een aantal gevallen de SOA subklinisch verloopt (vooral gonorrroe);
- sommige patiënten geen vaste verblijfplaats en huisarts hebben (bij druggebruikers, prostituées).

De hulpverlening aan SOA-patiënten valt voor een deel samen met die aan drugverslaafden.

Knelpunten in de organisatie zijn voor een deel te herleiden tot het specifieke karakter van de groep drugverslaafden en prostituées:

- toegankelijkheid reguliere gezondheidszorg gering (vaak geen vaste huisarts, niet verzekerd tegen ziektekosten);
- bron- en contactopsporing moeilijk, onder andere door het ontbreken van een vaste verblijfplaats;
- slecht bereikbaar voor voorlichting.

Andere (potentiële) knelpunten zijn:

- gebrek aan mankracht. Veel GGD'en hebben een te geringe capaciteit aan deskundig personeel op dit terrein (raakvlak met drughulpverlening);
- ten aanzien van drugverslaafden en prostituées geldt dat de communicatie tussen de categorale en de reguliere zorg niet altijd en overal optimaal is.

Behalve de gegevens die in het aangifte systeem zitten is er een aparte registratie van de niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding; deze bevat meer gegevens per patiënt dan het aangiftesysteem.

## 5.4 Rubella en Mazelen

### 5.4.1 Begripsomschrijving

Rubella en mazelen kunnen, hoewel het op zich vrij onschuldige ziekten zijn, ernstige complicaties hebben. Besmetting van zwangere vrouwen met rubella kan leiden tot ernstige congenitale afwijkingen bij de pasgeborene (congenitaal rubella syndroom). Mazelen kan bij kinderen met verminderde weerstand leiden tot complicaties. Om deze reden is vaccinatie tegen beide ziekten opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma (rubella in 1974 voor meisjes van 11 jaar, sinds 1987 voor meisjes en jongens in het tweede en negende jaar; mazelen sinds 1976 voor kinderen in het tweede jaar).

De diagnose wordt in de praktijk gesteld op grond van het klinisch beeld, eventueel aangevuld met laboratoriumonderzoek. Bij rubella verloopt naar schatting het merendeel van de gevallen subklinisch of is atypisch, bij mazelen is het percentage onbekend (Hekker, 1984; Wilterdink, 1984).

#### 5.4.2 Mate van voorkomen

##### **mazelen**

In een aantal landen vertoonde het aantal aangegeven gevallen van mazelen reeds een dalende tendens voordat een vaccin beschikbaar kwam (WHO, 1984). In Nederland is mazelen pas sinds het opnemen ervan in het vaccinatieprogramma, in 1976, aangifteplichtig. Sindsdien is het aantal aangegeven gevallen sterk gedaald, zoals te lezen valt in tabel 5.6. De sterfte aan mazelen is sinds de jaren dertig gedaald tot vrijwel nul.

**Tabel 5.6** Aantallen bij GHI aangegeven gevallen van en sterfte aan mazelen, 1976-1988

jaar	aangegeven gevallen	sterfte
1976	2512	1
'78	133	2
'80	178	1
'82	95	0
'84	82	0
'86	90	0
'87	227	1
'88	1519	-

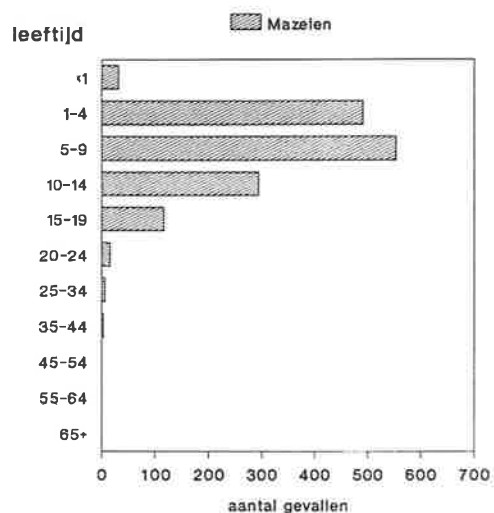
bron: GHI

Opvallend is het hoge aantal meldingen in 1988. Analyse van deze epidemie leert dat 90 % van de betreffende kinderen (2 - 7 jaar) niet bleek te zijn ingeënt tegen mazelen, meestal om godsdienstige of anderszins levensbeschouwelijke redenen (Bijkerk, Bilkert-Mooiman & Houtters, 1989).

Het aantal ziekenhuisopnamen vanwege mazelen is zeer gering.

De leeftijdsverdeling van de aangegeven patiënten wordt in figuur 5.3 weergegeven.

**Figuur 5.3** Leeftijdsverdeling van bij de GHI aangegeven patiënten met mazelen, 1988



In vergelijking met begin jaren zeventig is de gemiddelde leeftijd gestegen. In landen waar al vele jaren wordt gevaccineerd is dit een bekend verschijnsel, dat verklaard wordt door een afnemende groepsimmuniteit van kinderen op de lagere school (Wilterdink, 1984; Markowitz e.a., 1989).

#### **rubella**

Aantallen aangegeven patiënten met rubella zijn bekend sinds 1951. In tabel 5.7 wordt dit, samen met de sterfte weergegeven.

**Tabel 5.7** Aantallen bij GHI aangegeven gevallen van en sterfte aan rubella, 1951 -1988

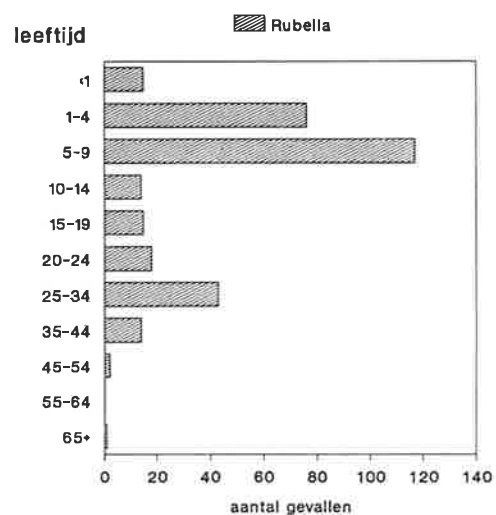
jaar	aangegeven gevallen	sterfte
1951	5742	-
'55	10069	2
'60	2992	0
'68	4935	0
'70	1683	1
'75	1325	1
'80	706	0
'82	873	1
'84	842	1
'86	91	0
'87	320	0
'88	77	-

bron; GHI

Ook hier is een duidelijke daling van het aantal aangegeven gevallen te zien; de sterfte is nihil.

De leeftijdsverdeling van de aangegeven rubella-patiënten is te zien in de volgende figuur.

**Figuur 5.4** Leeftijdsverdeling van bij de GHI aangegeven patiënten met rubella, 1987



#### 5.4.3 Besmettingsbronnen

Bij beide infectieziekten verloopt de besmetting aërogeen, via druppels. Hygiënische omstandigheden spelen dan ook nauwelijks een rol, in sterke tegenstelling tot bijvoorbeeld voedselinfecties. Zuigelingen met congenitale rubella scheiden het virus uit met de urine en kunnen zo een besmettingsbron vormen.

#### 5.4.4 Risicogroepen

Rubella en mazelen zijn ziekten die op de kinderleeftijd voorkomen. Bij rubella schuilt het gevaar in besmetting tijdens (het begin van) de zwangerschap vanwege de kans op besmetting van de vrucht (congenitale rubella). Mazelen is in het bijzonder een probleem bij kinderen met een verminderde weerstand.

#### 5.4.5 Preventiemethoden

De aangewezen vorm van preventie van rubella en mazelen is vaccinatie; bij zwangere vrouwen met een rubellacontact kan worden geprobeerd passieve immunisatie te bewerkstelligen.

#### 5.4.6 Organisatie van de bestrijding en knelpunten

Rubella en mazelen zijn aangifteplichtig sinds 1951 respectievelijk 1976. Mazelen werd in 1976 in het rijksvaccinatieprogramma opgenomen; gevaccineerd wordt in het tweede en negende jaar. Vaccinatie tegen rubella werd in het rijksvaccinatieprogramma opgenomen in 1974 (11-jarige meisjes). De gezondheidsraad heeft in 1984 geadviseerd alle kinderen te vaccineren teneinde te komen tot eliminatie van rubella in Nederland.

De aangifte van rubella en mazelen en de organisatie van de vaccinatie geschieden op de manier zoals beschreven in hoofdstuk 4.

Eliminatie van een infectieziekte stelt hoge eisen aan de organisatie, waarvan de informatievoorziening (surveillance) een belangrijk onderdeel is. In paragraaf 3.2 is ingegaan op verschillende vormen van surveillance. Een potentieel nadeel van passieve surveillancesystemen, waarvan het wettelijk geregelde aangiftesysteem een voorbeeld vormt, is de grote onderrapportage. Wanneer nu als gevolg van een eradicatiestrategie de incidentie daalt tot lage aantallen, ontstaat de behoefte een meer nauwkeurig inzicht te hebben in de incidentie. Hier ligt een mogelijk knelpunt in de informatievoorziening: het aangiftesysteem functioneert niet als een evaluatiemethode. Bovendien bevat het geen informatie over congenitale rubella.

Een ander knelpunt is, of kan het in de toekomst worden, de mogelijk afnemende bereidheid tot deelname aan het vaccinatieprogramma. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat de incidentie niet verder zal dalen of wellicht weer gaat stijgen.

## **5.5 Hepatitis B**

### **5.5.1 Begripsomschrijving**

Deze infectieziekte, die wordt veroorzaakt door het hepatitis B virus, kan zich op verschillende manieren manifesteren (Benenson, 1985; Gezondheidsraad, 1983). Zij kan een acuut beloop hebben, waarbij in 90% van de gevallen een volledige genezing optreedt. Bij 10% van de patiënten ontwikkelt zich een chronische hepatitis, waarbij het virus niet wordt geëlimineerd (HBV-dragers). Bij ca. 1% treedt een hepatitis fulminans op, die meestal dodelijk verloopt. Hepatitis B heeft bij een aanzienlijk aantal personen een subklinisch verloop en wordt dan ook vaak niet ontdekt. Meer dan bij de acute vorm is hier sprake van een blijvende aanwezigheid van het virus in het bloed (HBV-dragerschap). Lange termijn complicaties zijn levercirrose en primair levercelcarcinoom. HBV-dragers (hier is sprake van indien HBsAg langer dan zes maanden aantoonbaar blijft) kunnen anderen besmetten met hepatitis B.

### **5.5.2 Mate van voorkomen**

In tabel 5.8 staan de aantallen aangegeven gevallen van en sterfte ten gevolge van hepatitis B vermeld.



**Tabel 5.8** Aangegeven gevallen van en sterfte aan hepatitis B in de periode 1960-1988

jaar	aangegeven patiënten	sterfte
1960	18	12
'65	14	3
'70	72	9
'75	274	14
'76	315	35
'77	443	7
'78	502	11
'79	551	7
'80	658	0
'81	780	7
'82	655	12
'83	533	7
'84	531	6
'85	558	1
'86	381	7
'87	309	3
'88	308	-

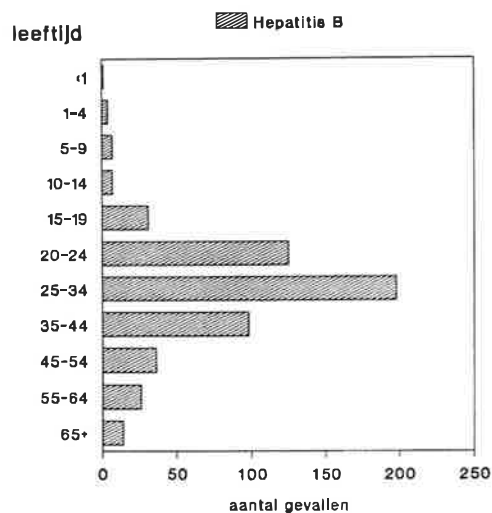
bron: GHI

Het aantal aangegeven gevallen van hepatitis B is sinds de jaren zestig fors gestegen. In de afgelopen drie jaar is het aantal gedaald. De sterfte aan hepatitis B in Nederland is zeer laag.

Het totale aantal ziekenhuisopnamen vanwege hepatitis B bedroeg in 1987 177 (117 mannen en 60 vrouwen).

De leeftijdsverdeling van de aangegeven patiënten wordt weergegeven in de volgende figuur.

**Figuur 5.5** De leeftijdsverdeling van de bij de GHI aangegeven gevallen van hepatitis B, 1985



Hepatitis B komt duidelijk het meeste voor bij jonge volwassenen. Hier ligt een duidelijk verschil met bijvoorbeeld landen in Oost en Zuid-oost Azië, waar de meeste infecties plaatsvinden bij pasgeborenen (WHO, 1989). In deze landen is meer dan 7% van de bevolking HBV-drager, in tegenstelling tot de rijke industrielanden waar het percentage minder dan 1 bedraagt.

#### 5.5.3 Besmettingsbronnen

Het hepatitis B virus wordt overgedragen via bloed en bloedprodukten, en via speeksel en semen. Er vindt geen faecaal-orale transmissie plaats (Benenson, 1985).

#### 5.5.4 Risicogroepen

Uitgaande van de besmettingsbronnen kunnen de volgende risicogroepen worden genoemd (Gezondheidsraad, 1983):

- bepaalde patiëntencategorieën, nl. die welke regelmatig of veel bloed(produkten) krijgen. Bijvoorbeeld hemodialysepatiënten;
- zij die geëxposeerd worden aan het hepatitis B virus. Voorbeelden: pasgeborenen van HBsAg en HBeAg positieve moeders, parenterale druggebruikers, mannelijke homoseksuelen met wisselende seksuele contacten, prostitue(e)'s;
- medisch en paramedisch personeel dat regelmatig met bloed of bloedprodukten in aanraking komt.

### 5.5.5 Preventiemethoden

Preventie van hepatitis B heeft betrekking op de bron en de transmissie. De besmetting in de algemene populatie is gering, zodat men zich richt op risicogroepen.

bron

- screening donorbloed
- spuitomruil bij druggebruikers

transmissie

- hygiënische maatregelen in ziekenhuizen
- (actieve) vaccinatie van risicogroepen (Gezondheidsraad, 1983; CDC, 1987)
- voorlichting (seksueel) gedrag
- passieve immunisatie bij incidentele verwondingen; passief-actieve immunisatie bij pasgeborenen van HBsAg positieve moeders

### 5.5.6 Organisatie van de bestrijding en knelpunten

De melding van hepatitis B bij de GGD en inspectie verloopt in principe op de manier die in het vorig hoofdstuk is beschreven.

Ook ten aanzien van hepatitis B is er zonder twijfel sprake van een onderrapportage doordat:

- in een aantal gevallen de ziekte subklinisch verloopt;
- sommige patiënten geen vaste verblijfplaats en huisarts hebben (bij druggebruikers).

Gezien vanuit de invalshoek van de BaGZ zou het interessant zijn inzicht te hebben in het HBV-dragerschap.

De hulpverlening aan hepatitis B-patiënten valt voor een deel samen met die aan drugverslaafden.

Knelpunten in de organisatie zijn voor een deel te herleiden tot het specifieke karakter van de groep van drugverslaafden:

- toegankelijkheid reguliere gezondheidszorg gering (vaak geen vaste huisarts, niet verzekerd tegen ziektekosten);
- bron- en contactopsporing moeilijk, onder andere door het ontbreken van een vaste verblijfplaats;
- slecht bereikbaar voor voorlichting.

Andere (potentiële) knelpunten zijn:

- gebrek aan mankracht. Veel GGD'en hebben een te geringe capaciteit aan deskundig personeel op dit terrein (raakvlak met drughulpverlening);

- 
- ten aanzien van drugverslaafden en prostitué(e)s geldt dat de communicatie tussen de categorale en de reguliere zorg niet altijd en overal optimaal is.

## 6. TE VERWACHTEN/ MOGELIJKE ONTWIKKELINGEN

Met het oog op scenario's is het van belang na te gaan welke veranderingen zich zullen of kunnen voordoen in de (naaste) toekomst. In dit hoofdstuk wordt hier op ingegaan. Achtereenvolgens wordt aandacht geschonken aan epidemiologische aspecten, medisch-technische ontwikkelingen en ontwikkelingen die te maken hebben met de vormgeving aan de surveillance. Evenals het voorgaande is dit hoofdstuk gedacht vanuit de informatievoorziening (surveillance), die onderwerp van de situatie is (en tijdens het opstellen van scenario's zal zijn). Tijdens het ontwerpen van scenario's zal hier uitgebreid verder op ingegaan worden.

### 6.1 Epidemiologische aspecten

De afgelopen decennia hebben een sterke toename te zien gegeven van voedselinfecties, hepatitis-B en SOA. Oorzaken van deze stijging zijn:

- de massaproductie, -verwerking, -distributie en -bereiding van voedsel (stijging voedselinfecties);
- de veranderde eetcultuur (stijging aantal voedselinfecties). Deze verandering komt tot uiting in het feit dat steeds meer mensen voedsel tot zich nemen dat afkomstig is uit instellingskeukens (ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenoorden, kantines). Verder is het buitenshuis eten toegenomen, onder andere samenhangend met de toegenomen aantallen alleenstaanden, tweeverdieners, reizigers en toeristen;
- de (dubbele)vergrijzing van de bevolking. Het aantal hoogbejaarden, bij wie het afweersysteem niet meer optimaal functioneert, is sterk toegenomen. Dit heeft gevolgen voor verschillende infectieziekten, niet alleen voedselinfecties;
- de veranderde seksuele gewoonten die een sterke stijging van SOA tot gevolg hebben gebracht;
- de toename van parenteraal druggebruik (hepatitis-B).

Te verwachten ontwikkelingen zijn:

- de vergrijzing van de bevolking zal zich voortzetten;
- de ontwikkelingen in het eetgedrag zullen zich waarschijnlijk voortzetten. Het aantal op instellingskeukens aangewezen personen stijgt (vooral door de vergrijzing);
- het proces van schaalvergroting in de landbouw gaat waarschijnlijk ook door, mede als gevolg van de openstelling van de interne markt in de Europese Gemeenschap en de daaruit wellicht voortvloeiende regelgeving;
- voorspellingen over seksueel gedrag zijn moeilijk te maken. Onder invloed van de AIDS-epidemie en de grote voorlichtingscampagnes zijn gedragsveranderingen geconstateerd. De vraag kan evenwel gesteld worden in hoeverre deze veranderingen

- gen zullen beklijven. Een andere vraag is of de afschaffing van doeluitkeringen een negatief effect zal hebben op de SOA bestrijding (en dus op de incidentie);
- een ander punt dat van belang is, is de toenemende resistentie tegen antibiotica, hetgeen de infectieziektenbestrijding bemoeilijkt, niet alleen in de kliniek;
  - wat betreft rubella en mazelen, die beide in het rijksvaccinatieprogramma zijn opgenomen, kan een - verdere - daling van de incidentie worden verwacht. De Nederlandse regering heeft de doelstellingen die de WHO-regio Europa heeft neergelegd in 'Health for all by the year 2000', overgenomen. Deze behelzen onder meer de uitbanning, omstreeks 2000, van endemische mazelen, congenitale rode hond en congenitale syfilis (Ministerie van WVC, 1986). Hoewel er een duidelijke daling van de incidentie te zien is in landen waar reeds vele jaren tegen rubella en mazelen wordt gevaccineerd, is een (complete) eradicatie niet gemakkelijk (Hekker, 1984). Daarvoor moet voldaan zijn aan een aantal voorwaarden, die niet gemakkelijk zijn te vervullen (Evans, 1985).

De ontwikkeling van de toekomstige incidentie wordt, behalve door reeds genoemde, deels autonome factoren, bepaald door gerichte BaGZ-activiteiten als:

- hygiënische toezicht op instellingskeukens;
- voorlichting over voedselbereiding;
- voorlichting over seksueel gedrag (SOA, hepatitis-B);
- spuitomruilprojecten (hepatitis-B);
- vaccinatieprogramma's (rubella, mazelen, hepatitis-B);
- regelgeving overheid t.a.v. de landbouw. De historie van de laatste tientallen jaren leert dat adviezen van de gezondheidsraad weinig resultaat hebben opgeleverd, hetgeen de complexiteit van facetbeleid nog eens onderstreept.
- daarnaast is de coördinatie tussen verschillende BaGZ-onderdelen van belang (bijvoorbeeld een beter samenspel tussen GGD'en en streeklaboratoria en ten aanzien van voedselinfecties).

## 6.2 Medisch-technische ontwikkelingen (vaccins)

De laatste jaren zijn verschillende nieuwe vaccins beschikbaar gekomen. De vraag rijst welke van deze vaccins in het rijksvaccinatieprogramma moeten worden opgenomen. Advies hierover wordt gegeven door de Gezondheidsraad. Hierbij komen niet alleen de ernst van de betreffende infectieziekte en de kosten-effectiviteit ter sprake, maar wordt ook nagegaan of het landelijke immunisatieprogramma schade zou kunnen oplopen. Hierbij wordt gekeken naar de uitvoerbaarheid van het programma en naar de gemotiveerdheid van alle betrokken personen (Bijkerk, 1985).

De Gezondheidsraad heeft in 1983 een advies uitgebracht inzake **hepatitis-B** (Gezondheidsraad, 1983). Geadviseerd werd om te vaccineren bij een aantal risicogroepen:

- bepaalde patiëntencategorieën (onder andere hemodialysepatiënten);
- geëxposeerden aan hepatitis-B (voorbeelden: pasgeborenen van HBsAg en HBeAg positieve moeders, prostitué(e)s, parenterale druggebruikers);
- medisch en paramedisch personeel (voorzover men kans loopt te worden besmet).

De beperking tot een aantal risicogroepen was mede ingegeven door de schaarste van het vaccin. Intussen is er een middels de recombinant DNA-techniek geproduceerd nieuw vaccin beschikbaar. Onlangs is een begin gemaakt met de vaccinatie van pasgeborenen van HBsAg positieve moeders.

Andere infectieziekten waartegen vaccinatie mogelijk is of binnen enkele jaren mogelijk wordt zijn de volgende.

zuigelingen/kinderen	bejaarden
haemophilus influenzae, type B	streptococcus pneumoniae
meningococconmeningitis (groep B)	influenza (bij meer mensen dan nu)
varicella	

Daarnaast komen wellicht in de niet al te verre toekomst vele andere infectieziekten in aanmerking (New Vaccine Development, 1985).

Eerder werd gewezen op het belang van de acceptatie van alle betrokkenen. Het is niet ondenkbaar dat de bereidheid om mee te werken aan vaccinatieprogramma's af zal nemen naarmate het aantal vaccinaties stijgt en men het idee heeft dat de betreffende infectieziekten minder ernstig van karakter zijn en dat derhalve een harde noodzaak ontbreekt.

### 6.3            **Ontwikkelingen ten aanzien van de vormgeving aan de surveillance**

Ontwikkelingen met betrekking tot de vormgeving aan de informatievoorziening (surveillance) kunnen betrekking hebben op: de typen van surveillance, de betrokken instellingen en de geregistreerde gegevens.

#### 6.3.1          **Vormen van surveillance**

Kern van de **huidige** surveillance is het wettelijk geregelde aangiftesysteem. Behandelend artsen zijn wettelijk verplicht een aantal infectieziekten te melden; via de GGD en de regionale inspectie komt de informatie bij de GHI die op haar beurt terug rapporteert en actie onderneemt, indien nodig.

Het is denkbaar dat dit systeem wordt aangevuld met gegevens uit andere bronnen dan de behandelend artsen. Bijvoorbeeld met rechtstreeks door de laboratoria te leveren informatie; de huidige wetgeving staat dit vooralsnog in de weg. Een andere alternatieve bron wordt gevormd door de huisartsen die meewerken aan het peilstationproject. Deze peilstations spelen nu ter zake van de surveillance van infectieziekten alleen een rol bij influenza.

Het is heel goed mogelijk dat in de toekomst, mede als gevolg van de zich ontwikkelende epidemiologie in GGD'en, veel meer dan nu het geval is, gebruik gemaakt zal worden van **actieve** vormen van surveillance in de vorm van gericht, projectmatig opgezet epidemiologisch onderzoek (survey's).

#### 6.3.2          **Betrokken instellingen**

Ontwikkelingen zijn mogelijk ten aanzien van de betrokken instellingen en de wijze waarop de informatiestromen lopen. Een voorbeeld van een buitenlandse organisatie waar men zowel van klinische als van laboratoriumgegevens gebruik maakt, is het Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) in Engeland (Galbraith, 1982). Naast de nationale surveillance, heeft het CDSC nog twee taken: assistentie van en adviesverlening aan het veld, en een bijdrage aan onderwijs op dit gebied.

Een systeem dat gebaseerd is op een snelle communicatie is te vinden in Frankrijk (Valleron e.a., 1986). Een aantal peilstationhuisartsen vormt met het Ministerie van Gezondheid en lokale 'health offices' een netwerk. Per computer kunnen de huisartsen, op een door hen gewenst moment, aangifte doen. De computer stelt per ziekte aanvullende vragen. Daarnaast is het mogelijk dat de huisartsen additionele informatie doorgeven; op deze manier ontvangen zij ook allerlei relevante informatie. Het systeem kan gebruikt worden voor onderlinge communicatie tussen de deelnemers. Het systeem maakt het ook mogelijk survey's te verrichten. Een



nadeel van het systeem is, behalve een gebrek aan representativiteit, dat er (nog) geen laboratoriumgegevens inzitten.

Een pleidooi is gevoerd om in Nederland een landelijk centrum voor infectieziektenbewaking op te richten, dat elementen van met name het Engelse systeem zou moeten bevatten (Aarts & Kanis, 1986). Het centrum zou ondergebracht dienen te worden op het RIVM. Hiermee zou een overlap ontstaan met een deel van het werk van de GHI. Het voert te ver hier verder op in te gaan. Wel kan opgemerkt worden dat een dergelijke constructie een goede communicatie vergt tussen het op te richten centrum en de GHI, die immers zeer specifieke taken heeft op het gebied van de infectieziektenbestrijding (zie paragraaf 4.2.4).



**M. KASTELEIN**

**DEEL II**

**BASISANALYSE COLLECTIEVE PREVENTIE VOOR OUDEREN**



## 7. INLEIDING

### 7.1 Achtergrond

Door de Scenariocommissie is besloten om het tweede deelonderzoek voor de toekomstscenario's BaGZ toe te spitsen op ouderen (Van de Water e.a., 1989). De keuze voor 'ouderen' is ingegeven door de constatering dat de ouderenpopulatie een sterk groeiend deel van de bevolking uitmaakt. Naarmate de leeftijd toeneemt is dikwijls sprake van een kwetsbare gezondheid. Vaak is er sprake van een complex van ongunstige lichamelijk, psychologische en sociale factoren die, in onderlinge wisselwerking, de gezondheid nadelig beïnvloeden. Op haar beurt kan de gezondheidstoestand zelf het psychisch welbevinden en de maatschappelijke omstandigheden van ouderen beïnvloeden. In het licht van deze samenhang is het zinvol om het doel van preventie ruimer te interpreteren dan in termen van preventie van ziekte: ook het beperken van verergering en van functieverlies en invalidering hoort hiertoe (Ministerie van WVC, 1989). Tenslotte kan worden opgemerkt dat ouderen een relatief groot beslag leggen op zorgvoorzieningen en op de financiële middelen daarvoor. Preventie van gezondheidsproblemen is van grote betekenis om het welzijn van ouderen te bevorderen. Omdat het onderwerp 'collectieve preventie voor ouderen' op zichzelf nog een zeer breed terrein omvat, is door de Scenariocommissie besloten tot een verdere inperking tot drie deelonderwerpen:

- ouderen en veiligheid;
- lichamelijke activiteit van ouderen;
- vaccinatie tegen infectieziekten.

De scenario's zullen zodanig opgesteld worden dat de resultaten van deze studie ook gebruikt kunnen worden voor andere onderwerpen in de BaGZ. In deze scenario's ligt het accent op de bestuurlijke en organisatorische samenhang, als randvoorwaarde voor programmaprooi bereiding en uitvoering in de BaGZ.

In de omschrijving van de BaGZ in de uitvoerbaarheidsstudie wordt een onderscheid gemaakt tussen collectieve preventie binnen de gezondheidszorg en zogenoemd facetbeleid (of intersectoraal beleid), waarin sprake is van een samenhang tussen activiteiten binnen en collectief preventieve zorg buiten de gezondheidszorg. Dit betekent dat - weliswaar vanuit het perspectief van de basisgezondheidszorg - ook relevante sectoren buiten de gezondheidszorg betrokken kunnen worden in deze basisanalyse. De scenario's over collectieve preventie rond ouderen zullen ook ruimte moeten laten om facetbeleid te schetsen. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht geschonken aan de organisatorische en bestuurlijke randvoorwaarden voor een samenhangend facetbeleid.

## 7.2 Doel en vraagstelling

Het doel van de basisanalyse is om informatie te bieden welke dient als uitgangspunt voor de toekomstscenario's. Deze zullen specifiek betrekking hebben op de bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden bij het ontwikkelen van collectief preventieve programma's voor ouderen ten aanzien van veiligheid, lichamelijke activiteit en infectieziektenbestrijding.

De basisanalyse heeft in de eerste plaats ten doel om de huidige BaGZ en haar 'omgeving' in kaart te brengen, in zoverre dat van belang is voor de toekomstscenario's. In de tweede plaats zou de basisanalyse materiaal moeten aandragen voor het opstellen van een ontwerp van de toekomstige collectieve preventie voor ouderen en de rol daarin van de BaGZ.

Drie vragen staan in dit deel van de basisanalyse centraal:

- 1) Welke achtergrondkenmerken van ouderen en hun leefsituatie zijn van belang met het oog op de gezondheidstoestand van de oudere bevolking?
- 2) In hoeverre is sprake van een (samenhangend) beleid ten aanzien van collectieve preventie, en welke knelpunten doen zich voor ten aanzien van de bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden, eventueel in relatie tot andere maatschappelijke sectoren?
- 3) Welke betekenis hebben veiligheid, lichamelijke activiteit en infectieziektenbestrijding in relatie tot de gezondheidstoestand van de oudere bevolking en in hoeverre vindt ten aanzien van deze onderwerpen ontwikkeling en uitvoering van preventieve programma's plaats?

Bij de beantwoording van deze vragen gaat het in de eerste plaats om de huidige situatie. Vervolgens is van belang om na te gaan welke relevante ontwikkelingen zich op het betreffende terrein voordoen.

## 7.3 Nadere uitwerking van begrippen

### *Ouderen*

Als leeftijdsgrens wordt in deze studie voorlopig de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar aangehouden, evenals in veel ander onderzoek. Deze leeftijdsgrens is betrekkelijk willekeurig. Het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert bijvoorbeeld in de 'Leefsituatie-onderzoeken' een grens van 55 jaar (CBS, 1982, 1984). In dit verband moet opgemerkt worden dat door registrerende instellingen zeer verschillende indelingen in leeftijdscategorieën worden gehanteerd. De hier gepresenteerde data zijn afkomstig van zulke registratie-systemen. Daardoor zijn de gegevens dan ook niet steeds op eenvormige wijze naar leeftijdsklassen ingedeeld.

### *Preventie*

Preventie wordt in deze basisanalyse breder opgevat dan uitsluitend in de medische betekenis. Ten aanzien van ouderen gaat het veelal om het voorkomen van verergering van functieverlies en/of invalidering, meer dan om het voorkomen van aandoeningen (Ministerie van WVC, 1989). In andere woorden, 'het gaat er minder om jaren aan het leven toe te voegen dan om kwaliteit aan de jaren toe te voegen' onder andere door het bekorten van de ziekteduur. Als centraal doel voor preventie geldt de bevordering van de gezondheid. Gegeven de complexe samenhang tussen biologische, psychologische en sociale invloeden op de gezondheidstoestand, wordt er vanuit gegaan dat deze zowel de lichamelijke gezondheid, alsook aspecten van 'welzijn' van ouderen omvat. In dit verband wordt vaak gesproken over de 'kwaliteit van het leven'. Enkele van deze begrippen zullen hierna kort uitgewerkt worden.

### *Gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven*

In deze basisanalyse 'collectieve preventie voor ouderen' wordt een selectie gemaakt van onafhankelijke variabelen die verondersteld worden van betekenis te zijn voor de gezondheid. Opgemerkt moet worden dat de concepten 'ziekte/gezondheidsproblemen', 'gezondheid', 'welzijn' en 'kwaliteit van leven' moeilijk te definiëren en in een maat uit te drukken zijn. Naast objectieve factoren speelt ook, de beoordeling van het individu over het al-dan-niet bevredigend zijn van het leven, een rol.

In deze basisanalyse wordt er vanuit gegaan dat het begrip ziekte refereert aan betrekkelijk objectieve criteria. Toch kan, ondanks een aantoonbare aandoening, een patiënt zijn of haar gezondheid als goed ervaren (evenals omgekeerd een 'gezonde patiënt' dienst gezondheid als ongunstig kan ervaren). Welzijn vormt net als 'geluk' een breder begrip, dat refereert aan een beleving waarin, naast ervaren gezondheid, ook psychologische en sociale aspecten een rol spelen. 'Kwaliteit van leven' refereert aan deze aspecten, alsmede aan situationele of maatschappelijke omstandigheden, zoals inkomen, huisvesting en dergelijke. De begrippen overlappen elkaar dan ook tot op zekere hoogte.

Uit een onderzoek naar 'subjectief welzijn' (Schaal Subjectief Welzijn Ouderen van Tempelman, 1987: ervaren gezondheid, zelfwaardering, weerbaarheid, optimisme en contacten) en de berekende samenhang met schalen voor 'objectief welzijn' bij ouderen, komt een positieve samenhang naar voren ten aanzien van activiteits- en mobiliteitsniveau, ADL en HDL-score, minder voorzieningengebruik, een gunstiger wooncomfort en meer contact met familie en kennissen (Tempelman, 1987).

In deze basisanalyse wordt een pragmatische aanpak voorgestaan, waarin verondersteld wordt dat de beschikbare informatie indicatief is voor (aspecten van) kwaliteit van leven. Het betreft enerzijds een aantal determinanten van gezondheid, anderzijds een aantal factoren die verondersteld worden een rol te spelen in de feitelijke en ervaren gezondheid en het subjectief welbevinden sociaal welzijn.

Door de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (VRO) wordt ervoor gepleit dat een systematische inventarisatie plaats vindt van factoren die van betekenis zijn voor een preventief beleid gericht op het scheppen van voorwaarden voor kwaliteit

van leven van ouderen (VRO, 1989). De Raad noemt in dit verband als belangrijke factoren:

- de gezondheid van ouderen,
- de positie van ouderen en maatschappelijke participatie in de samenleving,
- de sociaal economische positie van ouderen,
- de woonsituatie van ouderen (en veiligheid in de woning),
- de zorg voor ouderen.

In deze basisanalyse wordt, na beschrijving van de omvang en samenstelling van de ouderenpopulatie, ingegaan op een aantal gegevens ten aanzien van deze factoren.

#### *Bestuur en organisatie in de BaGZ*

Bestuur en organisatie worden beschouwd als de randvoorwaarden voor de voorbereiding en uitvoering van collectief preventieve programma's. De begrippen worden hier kort omschreven.

Bestuur refereert aan de min of meer stabiele structuur, alsmede aan de beslissingsprocessen die binnen deze structuur plaatsvinden, om richting te geven aan de formulering van algemene doelen, strategieën en de keuze van hiertoe aan te wenden middelen. Deze omschrijving impliceert dat met name wordt gekeken naar de formele structuur en de formele processen die daarbinnen plaatsvinden. Het bestuur omvat zowel de formulering van beleid, als het richting geven aan de organisatie van de uitvoering.

Organisatie heeft betrekking op de min of meer stabiele structuur waarbinnen gekozen doelen worden uitgewerkt in uitvoerbare taken, de onderlinge coördinatie en de uitvoering daarvan. Ook het begrip organisatie kan betrekking hebben zowel op de structuur (als netwerk van posities) als op de processen die daarbinnen plaatsvinden (functioneren, besluitvorming, uitvoering).

#### *Facetbeleid*

Beleid omvat - algemeen gesproken - een globale doelstelling, alsmede de keuze van daartoe aan te wenden strategieën, die gedurende een bepaalde periode min of meer consequent worden nagestreefd door een bepaalde groepering.

Deze omschrijving verdient een korte nadere toelichting. In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat 'beleid' niet uitsluitend voorbehouden is aan de overheden, noch expliciet vastgelegd behoeft te zijn: beleid kan in principe ook betrekking hebben op een systematische handelwijze van een uitvoerende hulpverlener in diens dagelijkse praktijk (bijvoorbeeld 'het verwijsbeleid' van een huisarts).

In dit rapport wordt met het begrip 'beleid' meer specifiek gerefereerd aan min of meer expliciet en door formele organisaties (overheden, GGD'en, hulpverleningsinstellingen vanuit het particulier initiatief) geformuleerde doelen (collectieve preventie) ten aanzien van omschreven maatschappelijke vraagstukken (veiligheid, lichamelijke activiteit, infectieziektenbestrijding bij ouderen), als voorlopige uitkomst van een afwegingsproces.



Facetbeleid heeft betrekking op samenhangend beleid vanuit de gezondheidszorg, in relatie tot andere beleidssectoren, buiten de gezondheidszorg (bijvoorbeeld vanuit volkshuisvesting, sociale zaken en/of economische zaken). Deze omschrijving impliceert dat het in de eerste plaats gaat om gezondheidsbeleid en dat in de tweede plaats sprake is van systematische afstemming van doelen (preventie) in verschillende maatschappelijke sectoren, waartoe onderlinge afstemming van middelen of strategieën plaatsvindt. Voorwaarde hiervoor is onder andere coördinatie binnen elke betrokken sector, alsook tussen de betrokken sectoren.

Gekozen is om te kijken naar collectieve preventie ten aanzien van ouderen, waarbij het facetbeleid betrekking heeft op veiligheid, lichamelijke activiteit en infectieziektenbestrijding. In deze basisanalyse wordt daarom aandacht geschonken aan de vraag in hoeverre ten aanzien van deze onderwerpen sprake is van samenhang tussen verschillende maatschappelijke sectoren.

#### **7.4 Opzet van de basisanalyse 'ouderen'**

In hoofdstuk 8 wordt eerst de doelgroep voor de collectieve preventie nader beschreven. Hierbij wordt ingegaan op de eerste vraagstelling. Enkele algemene kenmerken van de oudere bevolking, kenmerken van de leefsituatie en enkele aspecten van gezondheid, het welzijn en de leefsituatie worden hier beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 9 aandacht geschonken aan de tweede vraagstelling betreffende de samenhang in beleid en de bestuurlijke organisatie van zorg voor ouderen. Hierna wordt in hoofdstuk 10 ingegaan op de specifieke thema's, veiligheid, lichamelijke activiteit en vaccinatie tegen infectieziekten in antwoord op de derde vraagstelling. In hoofdstuk 11 wordt tenslotte kort ingegaan op een aantal verwachte en mogelijke ontwikkelingen.

Tenslotte is een opmerking over de gepresenteerde data hier op zijn plaats. In dit deel van de basisanalyse worden gegevens gepresenteerd over nogal uiteenlopende onderwerpen. Hoewel gepoogd is om hiervoor recente data te gebruiken, is gebleken dat over een aantal hiervan alleen data van een aantal jaren geleden beschikbaar waren. In een aantal gevallen bleken geen recenter data beschikbaar dan die van het Leefsituatie-onderzoek van het CBS in 1982. De presentatie van zulke cijfers hier, heeft dan ook vooral een illustratieve functie.

## 8.1 DE OUDERE BEVOLKING

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt, ter beantwoording van de eerste vraagstelling, een globale beschrijving gegeven van een aantal kenmerken van de ouderenpopulatie. Als leidraad gelden de aspecten die door de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid worden genoemd te weten de gezondheid, de maatschappelijke positie van ouderen, de sociaal economische situatie, de woonsituatie en de zorg voor ouderen. Eerst wordt ingegaan op de omvang van de oudere bevolking naar leeftijdscategorie en de samenstelling naar geslacht. Vervolgens worden enkele bevindingen betreffende gezondheid en ziekte bij ouderen uit de terreinverkenning BaGZ (Davidse e.a., 1989) samengevat. Ook worden enkele aanvullende gegevens gepresenteerd omtrent de ervaren gezondheid, het welbevinden, en over lichamelijke beperkingen. Hierna worden gegevens gepresenteerd ten aanzien van factoren waarvan verondersteld wordt dat zij van invloed zijn op de gezondheid van ouderen. Dit betreft de leefomstandigheden van ouderen, die hier kort worden beschreven, met name op de punten burgerlijke staat, activiteiten, inkomen en huisvesting. Tenslotte wordt ingegaan op het overheidsbeleid als invloedsfactor ten aanzien van zorgvoorzieningen, inkomen en huisvesting.

### 8.2 Omvang en samenstelling van de ouderenpopulatie

In tabel 8.1 wordt de oudere bevolking in Nederland weergegeven in percentages van de totale bevolking. Uit de tabel blijkt dat vrouwen zijn oververtegenwoordigd bij ouderen. Deze oververtegenwoordiging neemt toe in hogere leeftijdsklassen. In de jongere leeftijdsklassen tot circa 50 jaar bestaat daarentegen een ondervertegenwoordiging van vrouwen (CBS, 1989).

**Tabel 8.1** Oudere bevolking in Nederland naar vijfjarenklasse, als percentage van de totale bevolking naar geslacht, 1/1/89

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal	M/V ratio
65-69 jaar	3.80	4.48	4.14	0.83
70-74	2.72	3.63	3.18	0.73
75-79	1.95	3.10	2.53	0.62
80-84	1.12	2.19	1.66	0.50
85-89	0.49	1.15	0.82	0.42
90+	0.19	0.49	0.34	0.38
% 65+ van totale bev.	10.27	15.04	12.67	

CBS, 1989

In tabel 8.2 wordt vervolgens de gemiddelde levensverwachting weergegeven van de Nederlandse bevolking bij de geboorte en van twee leeftijdsklassen ouderen.

**Tabel 8.2** Levensverwachting in Nederland bij de geboorte, op 65-jarige en op 80-jarige leeftijd van mannen en vrouwen, 1986

	0-jarigen	65-jarigen	80-jarigen
mannen	73.1 jaar	13.7 jaar	6.2 jaar
vrouwen	79.6 jaar	18.3 jaar	7.9 jaar

CBS, 1987

De gemiddelde levensverwachting van vrouwen is aanzienlijk hoger dan die van mannen. Bij de 80-jarigen is dit verschil tussen mannen en vrouwen sterk afgenomen. Overigens blijkt dat een belangrijker deel van dit langere leven bij vrouwen plaatsvindt in een beperkte gezondheid dan bij mannen het geval is. Hierop wordt bij de beschrijving van de gezondheidstoestand nog kort teruggekomen.

Overigens blijkt de oudere bevolking niet gelijkmatig gespreid te zijn over Nederland. In zoverre basisgezondheidszorg zich richt op specifieke leeftijdscategorieën, kan de lokale leeftijdsopbouw gevolgen hebben voor de inzet van personele middelen van de lokale BaGZ in collectieve preventie voor bepaalde leeftijdscategorieën. In tabel 8.3 wordt het percentage ouderen weergegeven naar drie soorten gebieden, onderscheiden naar urbanisatiegraad.

**Tabel 8.3** Percentage ouderen in de bevolking naar urbanisatie in 1984 en 1987

% ouderen in de bevolking	1984	1987
plattelands provincies*	11.2	11.7
verstedelijkte provincies	11.0 (12.8)**	11.5 (13.1)**
grote steden***	16.5	16.7
Nederland	11.7	12.3

\* Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Noord-Brabant, Zeeland, Limburg

\*\* Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht (de provincies exclusief en (inclusief) de grote steden)

\*\*\* Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht (stad)

Berekend op basis van CBS Maandstatistiek Bevolking 1985/2, resp. Regionaal St.Zakboek 1989

Uit de tabel blijkt dat vooral in de grote steden sprake is van een hogere mate van vergrijzing dan landelijk het geval is. Overigens blijkt uit de lokale bevolkingsprognoses uit deze steden, dat zich daar in de komende decennia mogelijk een geleidelijke afname van de vergrijzing zal aftekenen (van Wieringen e.a., 1988; Kastelein & Staats, 1989). Dit beeld staat in contrast met de landelijke ontwikkeling, waar de vergrijzing nog verder zal toenemen.

### 8.3 Samenvatting van indicatoren voor de gezondheidstoestand

#### 8.3.1 Gegevens omtrent morbiditeit en mortaliteit

In de terreinverkenning voor onderhavige scenario-studie (Davidse e.a., 1989) werd uitgebreid ingegaan op indicatoren voor gezondheid en ziekte in verschillende leeftijdscategorieën. Onder verwijzing naar de terreinverkenning wordt hier volstaan met een korte samenvatting van de belangrijkste tendensen.

In lichamelijk opzicht wordt de gezondheid van veel ouderen gekenmerkt door een verminderde gezondheid en soms door manifeste en vaak chronische gezondheidsproblemen. Deze tendens neemt toe in hogere leeftijdsklassen. Op hogere leeftijd is vaak sprake van het gelijktijdig optreden van meerdere aandoeningen. Vooral bij hoogbejaarden treedt relatief vaak een cumulatie van lichamelijke, geestelijke en sociale problemen op. Een belangrijk deel van deze ouderenpopulatie (circa 50 % van 85+) verblijft in intramurale voorzieningen, in het bijzonder in verzorgingstehuizen. Belangrijke veranderingen in de maatschappelijke omgeving (bijvoorbeeld verhuizing, overlijden familielid) blijken een risicofactor voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid en voor sterfte (Ten Haeff, 1985).

Door van Ginneken cs. is op basis van verschillende registratie-systemen berekend welk deel gemiddeld van het totale leven van de Nederlandse bevolking wordt geleefd zonder gezondheidsbeperkingen (van Ginneken e.a., 1989). In tabel 8.4, worden enkele berekende cijfers weergegeven.

**Tabel 8.4** Levensverwachting "zonder beperkingen" bij 0, bij 55 en 65 jaar, in jaren, periode 1981-1985<sup>\*)</sup>

% ouderen in de type beperking	bij 0 jaar		bij 55 jaar		bij 65 jaar	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Totale levensverwachting	72,81	79,46	21,44	27,07	14,02	18,57
In instituties	0,99	2,46	0,88	2,44	0,96	2,55
Langdurige functie en Korte termijn activiteiten- beperkingen	13,03	16,29	7,77	10,17	5,12	7,11
Levensverwachting met beperkingen	14,02	18,75	8,65	12,61	6,08	9,66
Levensverwachting zonder beperkingen	58,79	60,71	12,79	14,46	7,94	8,91

Ontleend aan van Ginneken e.a., 1989

<sup>\*)</sup> Hier zijn alleen de data met gegevens inclusief ervaren gezondheidstoestand, weergegeven.

Uit deze berekeningen blijkt dat bij de geboorte de gemiddelde levensverwachting zonder beperking voor mannen en vrouwen veel minder verschilt dan bij de totale levensverwachting. Dit betekent dat de hogere gemiddelde levensverwachting voor vrouwen in belangrijke mate wordt doorgebracht in gezondheid met beperkingen. De korte termijn activiteitenbeperkingen (berekend volgens een andere methode) betreffen voor mannen 3,45 jaar en voor vrouwen 3,80 jaar.

De leeftijdspecifieke cijfers voor het gebruik van ziekenhuisbedden (in verpleegdagen per 100.000) laten zien dat (hoog)bejaarden relatief veel verpleegdagen in beslag nemen. Daarbij geldt dat het aantal verpleegdagen voor mannen ruim 10 % hoger ligt dan voor vrouwen. In tabel 2 en 3 van de bijlage worden enkele morbiditeitsgegevens samengevat. De vijf belangrijkste hoofddiagnosegroepen naar aantallen verpleegdagen vertonen grote overeenkomsten tussen mannen en vrouwen. Hart- en vaatziekten, nieuwvormingen en ziekten van het spijsverteringsstelsel nemen een belangrijke plaats in bij beide seksen. Bij mannen leiden daarnaast relatief veel aandoeningen van de ademhalingswegen tot opname, terwijl bij vrouwen vaak aandoeningen van het bewegingsstelsel leiden tot opname. Bij hoogbejaarde mannen (80+) en bij oudere vrouwen (65+) vormen ongevallen bovendien een belangrijke hoofddiagnose.

De sterfte per 100.000 in de leeftijdsklasse van 65 - 79 jaar ligt bij mannen twee maal zo hoog als bij vrouwen.

Blijkens mortaliteitsgegevens in de tabellen 4 en 5 van de bijlage, vertoont de rangorde naar aantallen verloren levensjaren grote gelijkenissen met die naar verpleegdagen. Er worden slechts kleine verschillen aangetroffen in rangorde tussen verschillende leeftijdsklassen bij ouderen tussen mannen en vrouwen. Ziekten van de ademhalingswegen blijkt voor alle categorieën een nog belangrijker diagnose bij de sterfte dan bij verpleegdagen.

### 8.3.2 Ervaren gezondheid en functionele beperkingen

Door het CBS worden regelmatig zogenoemde 'gezondheids-enquêtes' uitgevoerd. Uit antwoord op evaluatievragen naar de ervaren gezondheid komt naar voren dat ongeveer driekwart van de ouderen zich redelijk tot goed gezond voelt. Het percentage ouderen dat zegt zich gezond te voelen neemt wel af en het percentage dat zich niet zo gezond voelt neemt toe in hogere leeftijdsklassen. Voor vrouwen zijn de percentages ongunstiger dan voor mannen.

Uit onderzoek naar subjectief welzijn (gemeten met de Schaal Subjectief Welzijn Ouderen) vertonen mannen een wat gunstiger subjectief welzijn dan vrouwen (Tempelman, 1987). Samenwonenden vertonen voorts een gunstiger subjectief welzijn dan alleenstaanden. Overigens is uit de gevonden verbanden nog geen oorzakelijk verband af te leiden. Geconcludeerd wordt dat het onderscheid tussen objectief en subjectief welzijn, zoals dat gemeten wordt, gradueel van aard is. De

slotconclusie uit het hiervoor aangehaalde onderzoek is dat het grootste deel van de ouderen (79 %) gekenmerkt wordt door een - naar gemiddelde maatstaven - redelijk subjectief welzijn. Ervaren 'eenzaamheid' blijkt voorts voor circa 20 % van de ouderen een belangrijk probleem (Cosbo, 1989).

De belangrijkste ervaren gezondheidsklachten welke blijkens de Gezondheidsenquête zijn gevonden bij oudere mannen en vrouwen betreffen in de eerste plaats problemen van het bewegingsapparaat (vooral reumatische aandoeningen en rugklachten), hart- en vaatlijden en longaandoeningen. De percentages stijgen duidelijk met de leeftijd, hetgeen in overeenstemming is met gegevens over de sterfte en ziekenhuisopnamen. In de tweede plaats is het percentage vrouwen dat klachten heeft hoger dan bij mannen, hetgeen afwijkt van het beeld dat gezien kan worden bij sterfte en ziekenhuisopnamen.

Het ervaren vermogen om dagelijkse activiteiten te verrichten wordt uitgedrukt in de zogenaamde ADL-score (ADL=Activiteiten van het Dagelijks Leven). De ADL-score op een tiental vragen geeft een beeld van de ervaren lichamelijke beperkingen. De ADL-score wordt door verschillende zorgverlenende instellingen gebruikt bij de vaststelling van de zorgbehoefte (indicatiestelling, o.a. voor de gezinsverzorging en bejaardenoord).

Hieronder worden enkele ADL-gegevens gepresenteerd welke in het CBS-leefsituatie-onderzoek in 1982 zijn gevonden.

**Tabel 8.5** ADL-problemen van zelfstandig wonende ouderen en ouderen in verzorgingstehuizen in twee leeftijdsklassen in 1982

	problemen met wassen	problemen met aankleden	buitenshuis lopen	problemen traplopen
<u>zelfstandig thuis wonend</u>				
65-74 jaar	3- 7%**	6%	9-15%	13-17%
75+	4-12%	5-13%	10-35%	22-28%
<u>wonend in bejaardenoorden</u>				
55-79 jaar	27-28%**	16%	33-44%	49-58%
80+	33-54%	27-35%	48-67%	60-81%

\* CBS, 1984 (deel 1.a): p. 90

\*\* Twee percentages duiden de totale range in twee of meer categorieën aan, waarbij het eerste percentage voor mannen betreft en het tweede het percentage voor vrouwen

Uit deze tabel kan worden afgeleid dat de mobiliteit door veel ouderen (en in het bijzonder bij vrouwen als probleem wordt ervaren. Voorts worden er aanzienlijk meer ADL-beperkingen gevonden bij ouderen in het verzorgingstehuis.

#### 8.4 De leefsituatie van ouderen

Een aantal factoren in de leefsituatie van ouderen heeft te maken met de 'kwaliteit van het leven' en kan van invloed zijn op de gezondheid. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de burgerlijke staat, de activiteiten buitenshuis en sociale participatie, het inkomen en de huisvesting van ouderen.

##### 8.4.1 Burgerlijke staat

Indicatoren van de gezondheid, medische consumptie en ervaren eenzaamheid blijken samen te hangen met de burgerlijke staat van ouderen (Tempelman, 1987). Gehuwden hebben een hogere levensverwachting welke tot 2.5 jaar kan oplopen. Een verband wordt eveneens gevonden tussen burgerlijke staat en bijvoorbeeld contact met de huisarts en fysiotherapeut. Alleenstaanden lopen bovendien een relatief groter risico om een beroep op professionele zorg te (moeten) doen, onder andere door het ontbreken van een partner.

In tabel 8.6 wordt een beeld gegeven van het aantal éénpersoonshuishoudens in twee leeftijdsklassen van oudere mannen en oudere vrouwen.

**Tabel 8.6** Percentage van éénpersoonshuishoudens van alle huishoudens in twee leeftijdscategorieën in 1976 en 1982

	éénpersoonshuishoudens	
	1976	1982
Mannen		
- boven 65 jaar	13 %	14 %
- boven 80 jaar	26 %	26 %
Vrouwen		
- boven 65 jaar	40 %	45 %
- boven 80 jaar	52 %	64 %
Totaal mannen en vrouwen (65+)	28 %	32 %

CBS leefsituatie-onderzoeken 1976 en 1982, in: CBS, 1979 resp. CBS, 1984.

Uit deze gegevens blijkt een sterke oververtegenwoordiging van alleenstaande vrouwen, met name in de hogere leeftijdsklasse. Dit wordt veroorzaakt door de hogere levensverwachting van vrouwen en de lagere leeftijd bij huwelijksluiting, waardoor veel vrouwen als weduwe achterblijven. Verwacht wordt dat in de komende decennia het aantal huwelijksluitingen zal afnemen, terwijl het aantal echtscheidingen verder zal toenemen. De vergrijzing en de hogere levensverwachting van vrouwen kunnen eveneens bijdragen aan een toename van het aantal ongehuwden-/weduwen. Anderzijds kan het percentage alleenstaanden afnemen wanneer vrouwen sterker het leefpatroon van mannen gaan leiden en dit van invloed is op de

gezondheidstoestand. Ook andere ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op het toekomstig percentage alleenstaanden, bijvoorbeeld als andere samenlevingsvormen, zoals groepswonen voor ouderen, toenemen.

#### 8.4.2 Activiteiten buitenshuis en sociale participatie van ouderen

Lichamelijke en sociale activiteiten spelen een belangrijke rol in het welbevinden van ouderen (Hayes e.a., 1986). Lichamelijke mobiliteit speelt bijvoorbeeld een rol bij de mogelijkheid om sociale contacten te onderhouden. Uit onderzoek naar 'gezond ouder worden' bestaan aanwijzingen dat dit samenhangt met handhaven van een hoge mate van lichamelijke activiteit (Teague, 1987). Toch blijkt dat minder dan een kwart van de ouderen nog specifiek activiteiten ontplooit met het oog op de lichamelijke conditie.

Een indicatie van de activiteiten en mobiliteit van ouderen kan worden ontleend aan de leefsituatie-onderzoeken door het CBS (CBS, 1982; 1984). In tabel 8.7 worden enkele activiteiten weergegeven.

**Tabel 8.7** Lichamelijke activiteiten gemeld door zelfstandig wonende mannen en vrouwen (55+) als percentage van alle respondenten in 1976 en in 1982<sup>\*)</sup>

	1976: Mannen	1982 Mannen	1976 Vrouwen	1982 Vrouwen
Wandelt regelmatig	59 %	67 %	49 %	55 %
Fietst	46	55	24	31
Winkelt	31	32	53	58
Bezoekt café/theehuis	22	23	17	19
Bezoekt toneel	18	23	21	25
Bezoekt museum	21	26	19	24
Gaat met vakantie	28	41	30	35

<sup>\*)</sup> CBS, 1982; CBS, 1984

Nb. De data vormen een selectie van een groter aantal gevraagde activiteiten in het Leefsituatie-onderzoek.

De tabel doet vermoeden dat van de zelfstandig wonende ouderen (55+) slechts een beperkt deel regelmatige activiteiten buitenshuis onderneemt. Over het algemeen lijken hier de mannelijke respondenten wat vaker te wandelen en te fietsen, terwijl vrouwen meer winkelen en sociaal/culturele activiteiten ondernemen. Opgemerkt kan worden dat de percentages in het tweede leefsituatie-onderzoek in 1982 zijn gestegen.

#### 8.4.3 Inkomenssituatie

Gezondheid en gebruik van voorzieningen hangen gedeeltelijk samen met sociaal-economische status (SES). Een lage SES hangt samen met ongunstiger gezondheids-



kenmerken en sterftecijfers, een hoger beroep op voorzieningen en tegelijk met grotere problemen om zelf gewenste zorg in te schakelen (WRR, 1987). Bovendien speelt het inkomen een rol bij de kwaliteit van de huisvesting en mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten.

**Tabel 8.8** Samenstelling van inkomens van huishoudens naar bron in twee leeftijdscategorieën naar geslacht, als percentage van het inkomen van ouderen, 1982

	werk	AOW/AW	pensioen	WAO/AAW	anders	totaal
<b>Mannen</b>						
- 65-74 jaar	4	71	21	1	3	100
- 75 jaar en ouder	2	77	15	0	6	100
<b>Vrouwen</b>						
- 65-74 jaar	5	71	19	2	3	100
- 75 jaar en ouder	1	90	7	0	2	100

CBS, 1984

Uit tabel 8.8 blijkt dat in de hogere leeftijdsklasse de bron van het inkomen van de ouderen vaker uitsluitend de AOW betreft. Dit geldt voorts in de sterkste mate voor hoogbejaarde vrouwen. De ontwikkeling van de aanvullende pensioenvoorzieningen draagt ertoe bij dat een toenemend aantal ouderen zo'n aanvullend pensioen heeft. Toch bestaat op lange termijn geen zekerheid dat de inkomenssituatie van ouderen zich gunstig zal ontwikkelen. Progressieve regelingen voor eigen bijdragen kunnen een ongunstiger gemiddeld reëel besteedbaar inkomen voor bepaalde categorieën ouderen tot gevolg hebben. Bovendien neemt door vroegtijdige uittreding uit het arbeidsproces de hoogte van de pensioenuitkering af. In tabel 8.9 wordt de hoogte van het inkomen van ouderen weergegeven als het percentage van het wettelijk minimumloon in 1982. Sinds 1982 is het vrij besteedbaar inkomen voorts verder gedaald.

**Tabel 8.9** Geschat gemiddeld netto inkomen van alleenstaanden en echtparen in twee leeftijdscategorieën ouderen als percentage van het wettelijk minimumloon, 1982

	éénpersoonshuishouden	echtpaar
<b>Mannen</b>		
- 65-74 jaar	89	87
- 75 jaar en ouder	92	84
<b>Vrouwen</b>		
- 65-74 jaar	77	89
- 75 jaar en ouder	76	83

Berekend op basis van gegevens van het CBS, 1984

Uit de tabel blijkt dat, met uitzondering van alleenstaande mannen boven 75 jaar, de hoogte van het inkomen lager ligt in de hoogste leeftijdscategorie. Alleenstaande vrouwen hebben gemiddeld een aanzienlijk lager inkomen dan mannen en gehuwden, mede als gevolg van een verschil in arbeidsverleden. Deze cijfers betreffen het leefsituatie-onderzoek in 1982. Sedertdien heeft zich een verdere verslechtering van de inkomens van met name ouderen voorgedaan (volgens de Cosbo bedraagt de achterstand ten opzichte van de loonontwikkeling ca. 13 %; Cosbo, 1989). Uit onderzoek (Van der Kruis en Mandemaker, 1986; Van Wieringen e.a., 1988) blijkt voorts dat de koopkracht vooral in de laagste inkomenscategorieën, in het afgelopen decennium sterk is gedaald. Dit is vooral een gevolg van toegenomen vaste lasten, van progressieve tarieven en bijdrage-regelingen voor het gebruik van bepaalde voorzieningen, waar ouderen relatief vaker een beroep op doen. Het gevolg hiervan is dat een deel van de ouderen een vrij besteedbaar inkomen heeft dat onder het 'bestaansminimum' ligt. In de grote steden blijkt het gemiddelde inkomen zich voorts ongunstiger te hebben ontwikkeld dan landelijk het geval is (CBS, 1984).

#### 8.4.4 Huisvesting

Voor ouderen, meer nog dan voor andere leeftijdscategorieën, is de woning van grote betekenis, omdat hun mobiliteit vaak beperkt is. Ouderen komen minder buitenshuis en ook de mobiliteit binnenshuis geeft soms problemen. De woning vormt de directe leefomgeving waarop zij aangewezen zijn. Een goede, aangepaste woning levert minder belemmeringen op in het dagelijks leven. Een minder geschikte woning daarentegen (bijv. te groot, trappen, onderhoudsachterstanden, enz.) kan een belemmering vormen om zelfstandig thuis te blijven wonen. In tabel 8.10 worden enkele algemene gegevens gepresenteerd over de huisvesting van ouderen.

**Tabel 8.10** Ouderen in verschillende vormen van huisvesting als percentage van de totale ouderen-populatie in 1970, 1975 and 1982

	1970*	1975*	1982**
	%	%	%
a. normale woning (incl. boerderij etc.)	82.0	72.0	77.0
b. bejaardenwoningen	7.7	14.0	9.0
c. service flats	--	--	3.5
d. verzorgingstehuis	8.2	8.2	8.1
e. verpleeghuizen	2.2	4.0	2.5

Bronnen: \* Tweede Kamer, 1974/1975, 13463 nr. 1-2, p. 65  
 \*\* CBS, 1984

Uit de tabel blijkt dat het overgrote deel van de ouderen - in meerdere of mindere mate zelfstandig - in een normale woning verblijft. Wel moet worden aangetekend dat het percentage zelfstandig wonende ouderen op hoge leeftijd vrij sterk afneemt.

Ongeveer de helft van de ouderen boven 85 jaar woont nog zelfstandig. Uit het woonbehoeftenonderzoek blijkt dat veel ouderen in een minder geschikte woning verblijven (CBS, 1981). Deze omstandigheid vormt één van de oorzaken van aanvragen tot plaatsing in een verzorgingstehuis.

De beschikbaarheid van faciliteiten, zoals telefoon of waarschuwingssysteem, kan het gevoel van veiligheid vergroten en kan bijdragen aan het verminderen van eenzaamheidsgevoelens. De laatste jaren zijn verschillende initiatieven ontstaan om de veiligheid te vergroten vanuit de dienstverlening (bijvoorbeeld onderlinge telefooncirkels) en uit de commerciële hoek (bijvoorbeeld bewakingsdiensten). Cijfers hierover ontbreken overigens.

In tabel 8.11 worden wel enkele gegevens uit het leefsituatie-onderzoek in 1982 gepresenteerd over faciliteiten in de woning bij ouderen. Daarbij moet aangetekend worden dat door de verslechterende inkomenssituatie het telefoonbezit van ouderen kan zijn verminderd.

**Tabel 8.11** Percentages zelfstandig wonende ouderen zonder een telefoon/waarschuwingssysteem en zonder een bad- of douchegelegenheid, per leeftijdsklasse en geslacht (1982)

	% zonder telefoon of waarschuwingssysteem	% zonder bad of douche
<b>Mannen</b>		
- 65-69 jaar	7	8
- 70-74 jaar	7	11
- 75-79 jaar	9	6
- 80 jaar en ouder	14	
<b>Vrouwen</b>		
- 65-69 jaar	6	9
- 70-74 jaar	6	8
- 75-79 jaar	8	12
- 80 jaar en ouder	11	12

CBS, 1984

Het blijkt dat in 1982 in hogere leeftijdsklassen dergelijke faciliteiten minder vaak voorkwamen. Het percentage woningen zonder bad/douche roept tevens twijfels op over de algehele kwaliteit van de woning. In de tachtiger jaren is de nieuwbouw van bejaardenwoningen afgenomen. Voorts is aan de beschikbaarheid van plaatsen in bejaardenoord en verpleeghuizen een grens gesteld, hetgeen in sommige gebieden sluiting van verzorgingstehuizen tot gevolg heeft.

Op gemeentelijk niveau is overigens vaak wel sprake van een beleid gericht op het bevorderen van goede huisvesting van ouderen. Zo worden in sommige gemeenten - meer systematisch dan voorheen - aangepaste kleinere renovatiewoningen aan ouderen toegewezen. Ook wordt lokaal aandacht besteedt aan de bouw van aanpasbare woningen en worden experimentele voorzieningen voor ouderen gerealiseerd.

## 8.5 Het zorgsysteem

Het beleid van de (rijks)overheid heeft overwegend het karakter van departementaal beleid ten aanzien van specifieke terreinen of sectoren (in feite dus sectoraal beleid). In zoverre sprake was van ouderenbeleid, betrof dit lange tijd in hoofdzaak 'voorzieningenbeleid', gericht op capaciteitsplanning en financiering. Het stelsel van hulpverlenende voorzieningen in Nederland is - in het algemeen gesproken - bestemd voor de gehele bevolking. Slechts enkele voorzieningen richten zich op een specifieke leeftijdscategorie (in het bijzonder in de Jeugdgezondheidszorg). Naast de vormen van hulpverlening kan worden gewezen op specifiek voor ouderen (zorg) bestemde huisvesting (bejaarden-woningen) en op financieringsstromen in het kader van het flankerend ouderenbeleid. Ondanks hun algemene bestemming, blijkt dat relatief veel zorgvoorzieningen door ouderen worden gebruikt. Het gemiddelde gebruik is bovendien relatief hoger in hogere leeftijdsklassen.

Van een collectief preventieve taakstelling is bij de meeste bestaande zorgvoorzieningen nauwelijks sprake. Het zwaartepunt van het voorzieningenstelsel ligt bij intramurale en curatieve voorzieningen'. De curatieve gerichtheid van de meeste zorgvoorzieningen geldt in hoge mate voor de intramurale voorzieningen: van collectief preventieve taakstelling is vrijwel geen sprake.

Enkele voorzieningen daarentegen hebben wel een collectief preventieve functie. Dit betreft de GGD'en die een specifieke taak op dit terrein hebben, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en, tenslotte, de wijkverpleging, die een rol speelt bij de collectief preventieve jeugdgezondheidszorg, functies vervult op het terrein van gezondheids-voorlichting en opvoeding (o.a. voedingsvoorlichting) en ten aanzien van ouderen taken uitvoert aangeduid als 'preventief huisbezoek aan ouderen' en vaak betrokken is bij Meer Bewegen voor Ouderen. Bovendien is de wijkverpleging vaak betrokken bij specifieke lokale preventief gerichte projecten.

Het beleid ten aanzien van voorzieningen voor ouderen is in de tachtiger jaren - in toenemende mate - onder druk van de bezuinigingen gekomen. Eerst werd via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een grens gesteld aan het aantal te realiseren verpleeghuisbedden en dagbehandelingsplaatsen, vervolgens werd de planningsnorm voor bejaardenoorden verlaagd van 8 % naar 7 % van de ouderen-populatie. Gesteld werd dat door middel van substitutie van intramurale door extramurale zorg de kosten van het zorgsysteem als geheel teruggebracht zouden dienen te worden. Vervolgens werden ook maatregelen getroffen die de omvang van de gezinsverzorging zouden kunnen beperken. Slechts ten aanzien van de wijkverpleging wordt in de komende jaren nog een bescheiden groei nagestreefd. Opgemerkt moet worden dat uit onderzoek blijkt dat substitutie van intramurale zorg niet vanzelfsprekend leidt tot de voorgestane bezuinigingen (NEI, 1984). Bij een omvang van ongeveer 10 uren gezinsverzorging blijken de kosten van extramurale zorg voor een bewoner al vergelijkbaar met die van verzorging in een bejaardenoord (Goewie, 1987). Geconcludeerd kan worden dat het zorgvoorzieningenstelsel de laatste decennia geconfronteerd is met een beleid dat, ondanks een uitgesproken wens tot vergroting

van mogelijkheden om thuiszorg te versterken, heeft geresulteerd in bezuiniging door inkrimping van voorzieningen. Hierdoor is ook de beschikbaarheid van thuiszorg voor ouderen verminderd.

Verondersteld wordt dat het inkomen en de sociale zekerheid een belangrijke preventieve functie hebben. Beide zijn in het afgelopen decennium echter sterk onder druk komen te staan door de economische ontwikkelingen. In de sociale zekerheid heeft zich het laatste decennium een achteruitgang afgetekend, juist in de laagste inkomenscategorieën, waaronder een groot deel van de ouderen en met name de vrouwen. Ten aanzien van de financiering van collectief preventieve voorzieningen is het sociale zekerheidsbeleid voorts van geringe betekenis. Het beleid ten aanzien van de volkshuisvesting blijkt eveneens sterk beïnvloed te zijn door de algehele economische situatie en de hieruit voortvloeiende afname van bouwactiviteiten in de tachtiger jaren. De aanpassing van woningen voor ouderen is gedecentraliseerd naar lagere overheden. Grote achterstanden zijn ontstaan in de bouw van nieuwe wooneenheden voor ouderen. De ontstane bouwachterstand zal ook in het komend decennium waarschijnlijk niet worden ingelopen. De ongunstige huisvestingssituatie van vooral hoogbejaarden vormt daarmee de komende jaren een ongunstige omstandigheid voor de gezondheid van ouderen.

## 8.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd gepoogd om – in antwoord op de eerste vraagstelling – inzicht te bieden in de kenmerken van ouderen en hun leefsituatie, die van belang geacht worden met het oog op de gezondheidstoestand van de oudere bevolking.

De oudere bevolking (65+) van Nederland vormt ruim een achtste deel van de totale bevolking en neemt geleidelijk in omvang toe. Vrouwen blijken oververtegenwoordigd in de ouderenpopulatie, hetgeen sterk toeneemt in hogere leeftijdsklassen. In de grote steden blijkt het aandeel van de oudere bevolking aanzienlijk groter te zijn dan landelijk het geval is.

De informatie omtrent de gezondheid van ouderen laat zien dat een groot deel van de oudere bevolking een redelijk tot goede gezondheid heeft. Ook het subjectief welzijn blijkt voor het grootste deel van de oudere bevolking gunstig. In hogere leeftijdsklassen echter, wordt een hoger percentage ouderen gevonden met een slechtere gezondheid en meer functionele beperkingen. Een groeiend aantal ouderen wordt geconfronteerd met factoren die direct of indirect de kwaliteit van een zelfstandig bestaan ongunstig kunnen beïnvloeden.

De leefsituatie van ouderen is van invloed op het risico zorgbehoevend te worden. Deze wordt gekenmerkt door een sterke oververtegenwoordiging van alleenstaande vrouwen, vooral in de hoogste leeftijdsklassen. In deze categorie lijkt een groter risico te bestaan van een toename van gezondheidsproblemen, functionele beperkingen en afnemende maatschappelijke participatie. Gesteld kan worden dat de positie van alleenstaande oudere vrouwen steeds slechter wordt. De familiecontac-

ten en de maatschappelijke participatie blijken te verschillen voor mannen en vrouwen. Voor beide geldt een lagere activiteit in hogere leeftijdsklassen. Het inkomen van ouderen blijkt relatief laag en heeft zich bovendien ongunstig ontwikkeld in het laatste decennium. Ook de huisvesting van ouderen, in het bijzonder in de hoogste leeftijdscategorieën, blijkt vaak minder gunstig. Door de afname van de bouwactiviteit moet een toename van huisvestingsproblemen bij ouderen verwacht worden. De mogelijkheden om problemen het hoofd te bieden door een goed inkomen, een gunstige huisvesting en de beschikbaarheid van adequate thuiszorg blijken ongunstiger in de hoogste leeftijdscategorieën. Bovendien hebben de afgelopen jaren een tendens te zien gegeven van verslechtering van zulke condities. Het systeem van zorgvoorzieningen voor ouderen is het afgelopen decennium gekenmerkt door bezuinigingen en een krimpende capaciteit, zowel in de intramurale als in de extramurale sector.

## **9. BESTUURLIJKE EN ORGANISATORISCHE RANDVOORWAARDEN**

### **9.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt gepoogd een antwoord te geven op de tweede vraagstelling. Daartoe wordt kritisch bezien in hoeverre thans op landelijke schaal sprake is van systematische collectieve preventie voor ouderen. Met name wordt ingegaan op de vraag in hoeverre bestuurlijke en organisatorische knelpunten de totstandkoming daarvan in de weg staan.

Voorwaarde voor een samenhangend preventief beleid is onder andere afstemming van doelen, van strategieën en van aanwending van middelen tussen afzonderlijke delen binnen (en eventueel buiten) de gezondheidszorg. Twee soorten problemen worden hierin onderscheiden. In de eerste plaats gaat het om de zogenoemde 'regie-functie', dat wil zeggen de wijze waarop landelijk beleid op lagere bestuurlijke niveaus (provincie, gemeenten) wordt vertaald in concrete doelen en in strategieën. In de tweede plaats gaat het om de problemen van de afstemming tussen verschillende sectoren op eenzelfde bestuurlijk niveau. Hierbij moet aangetekend worden dat op lokaal niveau sprake kan zijn van samenhangend beleid, zonder dat dit landelijk het geval is. In dit hoofdstuk wordt echter vooral aandacht geschonken aan de bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden voor basisgezondheidszorg in Nederland als geheel, waar een accent ligt bij het rijksoverheidsniveau.

### **9.2 Samenhang in beleid**

#### **9.2.1 Het ouderenbeleid**

Het beleid van de rijksoverheid heeft lange tijd overwegend het karakter van departementaal beleid ten aanzien van specifieke terreinen of sectoren. Van een samenhangend ouderenbeleid, dat wil zeggen specifiek geformuleerd ten aanzien van de situatie van ouderen en geïntegreerd ten aanzien van deelterreinen, is lange tijd geen sprake geweest.

In zoverre sprake was van ouderenbeleid, betrof dit lange tijd in hoofdzaak 'voorzieningenbeleid', gericht op capaciteitsplanning en financiering. In het overheidsbeleid blijkt dat slechts in enkele gevallen expliciet sprake is van een specifiek op ouderen gericht voorzieningenbeleid. Het beleid wordt daarbij sinds de zeventiger jaren gekenmerkt door een toenemende bezorgdheid over de kostenontwikkeling. De realisering van op zichzelf haalbare beleidsdoelen, zoals verschuiving van de tweede naar de eerstelijnszorg wordt in de praktijk nogal eens gefrustreerd door de schaarste aan middelen.

Inmiddels is de aandacht voor collectieve preventie in het ouderenbeleid toegenomen. In het 'Ontwerp Kerndocument' worden - vanuit het perspectief van het Ministerie van WVC - raakvlakken aangegeven met onder andere beleid ten aanzien van de volkshuisvesting. Toch moet tegelijk worden geconstateerd dat de voorstellen vooral

een eerste aanzet voor discussie vormen en nog niet een gerealiseerd beleid weerspiegelen. Een deel van de voorstellen in het Kerndocument heeft bijvoorbeeld betrekking op andere beleidssectoren of zou door maatschappelijke organisaties uitgevoerd moeten worden. Het is echter de vraag in hoeverre de prioriteiten van het Ministerie van WVC onderschreven worden door andere betrokken departementen, vooral wanneer zulke voorstellen ook financiële consequenties hebben.

## 9.2.2 Knelpunten binnen het gezondheidszorgbeleid

Knelpunten binnen het gezondheidszorgbeleid

In de gezondheidszorg wordt onderschreven dat het 'beter is te voorkomen dan te genezen'. Het in de praktijk gerealiseerde beleid wordt weerspiegeld in de verdeling van financiële middelen. In tabel 9.1 wordt een overzicht gegeven van deze verdeling over collectieve preventie, eerstelijns en tweedelijnszorg binnen de gezondheidszorg.

Tabel 9.1 Verdeling van collectieve middelen voor maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg over collectieve preventie, thuiszorg en intramurale zorg in 1988

	maatsch. dienstverl.	gezondheidszorg	totaal
	maatsch. dienstverl.	gezondheidszorg	
collectieve preventie	-	1.8%	1.8%
thuiszorg	5.3%	22.5%	27.8%
intramurale zorg	19.8%	43.7%	63.5%
overige	14.8%	48.7%	87.7%

Berekend op basis van het FOT, 1988.

NB: De uitgaven voor collectieve preventie hierin hebben betrekking op de GGD'en. Andere vormen van collectieve preventie komen daarin dus niet tot uitdrukking.

Wanneer de financiering bezien wordt op haar gerichtheid op 'curatieve zorg' tegenover 'preventie', dan blijkt het zwaartepunt duidelijk te liggen bij de zorg die verleend wordt door 'zorgvoorzieningen', in het bijzonder in intramurale voorzieningen.

In de zeventiger jaren werd ernaar gestreefd om een accentverschuiving te realiseren van intramurale voorzieningen naar extramurale voorzieningen en mantelzorg. Inderdaad heeft over de laatste jaren het voorzieningenbeleid geresulteerd in een afname van de beschikbare intramurale zorg voor ouderen. Echter, ook de extramurale zorg is onder druk van de bezuinigingen in omvang afgenomen, alhoewel de oudere bevolking in omvang is toegenomen. Ten aanzien van de wijkverpleging wordt de komende jaren nog enige groei voorgestaan. De gemiddelde praktijkomvang van huisartsen is voorts afgenomen. Recente beleidsvoornemens van het nieuwe kabinet schenken voorts aandacht aan de problematiek van verpleeghuizen, thuisverpleging en aan de wachtlijstproblematiek. Het is aannemelijk dat de combinatie van een voorzieningenbeleid, gericht op capaciteitsreductie, en gelijktijdig toenemende vergrijzing, de uitvoerende zorgvoorzieningen onder druk zetten. Daarbij geldt dat deze druk zich in hoofdzaak zal manifesteren in de



thuiszorg. Een dergelijke situatie vormt geen gunstige conditie om vanuit de extramurale voorzieningen preventieve activiteiten tot ontwikkeling te brengen. In de praktijk wordt preventie veelal overschaduwd door de urgentie van hulp in concrete noodsituaties. Toch zijn ook enkele nieuwe faciliteiten tot ontwikkeling gebracht, onder andere via het flankerend beleid en in experimenten.

De wens om tot grotere samenhang en onderlinge afstemming tussen ouderenvoorzieningen te komen in 'bejaardencircuits' is niet spontaan gerealiseerd. Voor samenwerking geldt in de praktijk eveneens dat onder omstandigheden van een hoge werkdruk de prioriteit vooral zal liggen bij het eigen werk, veeleer dan bij het aangaan van samenwerking met anderen.

Ten aanzien van de basisgezondheidszorg kan geconstateerd worden dat de inspanning van de rijksoverheid bij de systematische ontwikkeling van de BaGZ tot nu toe vooral gericht was op het completeren van het landelijk netwerk van GGD'en en het (verder) tot ontwikkeling brengen van een aantal taken van deze diensten. De WVG, waarin de GGD'en en hun taken geregeld zijn, is inmiddels ingetrokken. Ter vervanging van de artikelen uit de WVG die de GGD'en betreffen, treedt in 1990 de Wet op de Collectieve Preventie in werking (Ministerie van WVC, 1988). Deze wet draagt gemeentebesturen een aantal taken (te weten: collectieve preventie, jeugdgezondheidszorg en bestrijding van infectieziekten) op en verplicht hen voor de uitvoering daarvan GGD'en in stand te houden. De overheid onderschrijft het belang van preventieve zorg en de noodzakelijke intensivering daarvan. Toch worden ook enkele knelpunten gesignaleerd. In de eerste plaats wordt de financiële stimulering voor nieuw op te richten GGD'en beëindigd. Bovendien gaat de verandering in financiering gepaard met een bezuiniging. In het beleid ten aanzien van de BaGZ wordt overigens nauwelijks specifieke aandacht voor ouderen gevonden. Onduidelijkheid over de rol die de rijksoverheid aan de BaGZ toedenkt, werkt niet bevorderend op de ontwikkeling van deze sector.

Geconcludeerd kan worden dat in de realisering van het overheidsbeleid - niet-tegenstaande de uitspraken over het belang van versterking van preventie - feitelijk prioriteit wordt gegeven aan de curatieve sector. De prioriteit die aan bezuinigingen wordt toegekend schept belemmeringen om een preventief gericht beleid te effectueren en om tot onderlinge afstemming te komen tussen verschillende voorzieningen. In het beleid ten aanzien van de BaGZ ontbreekt vooralsnog beleid ten aanzien van de collectieve preventie voor ouderen. Over de toekomst van de BaGZ in het algemeen bestaat overigens nog veel onduidelijkheid.

### 9.2.3 Afstemming tussen beleidssectoren

Inkomen (als onderdeel van de sociale zekerheid), gezondheid en gebruik van voorzieningen hangen onderling samen (WRR, 1987). Bovendien vormt inkomen tot op zekere hoogte een voorwaarde om van bepaalde voorzieningen gebruik te maken en om in maatschappelijke activiteiten te participeren. Geconstateerd wordt dat de koopkracht van ouderen zich ongunstig ontwikkeld heeft in vergelijking tot de Nederlandse bevolking als geheel. Het gevolg hiervan is dat een deel van de ouderen een vrij besteedbaar inkomen heeft dat onder het 'bestaansminimum' ligt (Van Wieringen e.a., 1988).

Ook het beleid ten aanzien van de sociale verzekeringen wordt gekenmerkt door verschillende maatregelen om tot bezuiniging te komen. Directe gevolgen zijn een ongunstiger ziektekostenverzekering en een aantal 'eigen bijdrage' regelingen, die van negatieve invloed zijn op het besteedbare inkomen van ouderen. Een verdere achteruitgang van het pakket basisverstrekkingen is voorgesteld. Bezuinigingen hebben geleid tot een inkrimping van het totale voorzieningenstelsel. De extramurale zorg is door deze inkrimping zwaarder onder druk gekomen en is genoodzaakt beperkingen in de zorgverlening aan te leggen. Onder deze condities is het risico groot dat de urgentie van curatieve zorg de aandacht voor collectieve preventie nadelig beïnvloedt.

De bezuinigingen hebben ook geleid tot loonmaatregelen ten aanzien van ambtenaren en trendvolgers. Werknemers in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening hebben hierdoor een loonachterstand opgelopen in vergelijking tot werknemers in andere economische sectoren. In het licht van de werklast in de gezondheidszorg en dienstverlening wordt deze achterstand door velen als onrechtvaardig gevoeld. Het is denkbaar dat een dergelijke situatie op den duur ook gevolgen heeft voor de motivatie voor en wervingskracht van werkers in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

In het licht van de relatief kwetsbare gezondheid, de mobiliteitsproblemen en de ongevalsrisico's, is een geschikte huisvesting voor ouderen van bijzondere betekenis. Zoals eerder bleek, geldt dat ouderen soms in een voor hen minder geschikte woning leven (te groot, achterstallig onderhoud, ontbrekende voorzieningen). Bovendien bestaan bij veel ouderen gevoelens van onveiligheid in de woonsituatie, onder andere in verband met criminaliteit en met de angst voor ongevallen (Van Wieringen e.a., 1988). De economische stagnatie in het afgelopen decennium heeft geleid tot een sterke daling van de bouwactiviteit, welke ook leidde tot een afname van het aantal nieuw gebouwde bejaardenwoningen. De woningbouw voor ouderen is in hoge mate overgelaten aan lagere overheden, die in dezelfde periode geconfronteerd werden met krimpende budgetten.

Bezien vanuit het gezichtspunt van facetbeleid moet geconcludeerd worden dat het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de sociale zekerheid en de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector nogal wat ongunstige effecten heeft voor ouderen. Ook ten aanzien

van het huisvestingsbeleid blijkt dat op nationaal niveau geen sprake is van een samenhang met beleid gericht op collectieve preventie voor ouderen.

### **9.3 Bestuurlijke randvoorwaarden voor collectieve preventie**

De complexiteit van het voorzieningenstelsel wordt weerspiegeld in de wetgeving, in het bestuurlijk apparaat van de rijksoverheid, in de adviesstructuren en in de platforms voor belangenbehartiging. Hierin zijn functies en taken verdeeld tussen verschillende bestuurlijke niveaus (landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden). Wel kan - in zijn algemeenheid - gesteld worden dat de formulering van het algemene beleid en de planning op het niveau van de rijksoverheid ligt, terwijl veel uitvoeringstaken op lagere bestuurlijke niveaus liggen.

Aangezien de collectieve middelen onder druk van bezuinigingen staan, hebben de verschillende bestuurlijke niveaus ongelijke belangen in de verdeling van de middelen. Binnen een sector kan dit bijvoorbeeld aanleiding geven tot de vraag of de (door de rijksoverheid) aan de uitvoerende instanties op lokaal niveau opgelegde bezuinigingen in evenwicht zijn met bezuinigingen in het rijksoverheids-apparaat zelf. De spanning tussen bestuurlijke niveaus, welke mede het gevolg is van bezuinigingen en taakverzwaring op gemeentelijk niveau, kan ertoe leiden dat doelen van rijksoverheidsbeleid op lagere niveaus een andere uitwerking krijgen dan werd beoogd. Zo wordt gesteld dat middelen ter versterking van de volkshuisvesting op lokaal niveau niet voor dit doel zijn gebruikt. Evenzo wordt gevreesd dat de overheveling van financiële middelen voor de BaGZ naar het Gemeentefonds ertoe kan leiden dat deze uiteindelijk niet terecht komen bij de BaGZ.

De 'verdeling van bezuinigingen' kan zowel plaats vinden binnen een gegeven sector tussen bestuurlijke niveaus, als tussen verschillende sectoren. Wanneer collectieve preventie betrekking heeft op sectoren buiten de gezondheidszorg (facetbeleid), is de situatie nog gecompliceerder. In deze beleidssectoren zijn in de eerste plaats eigen prioriteiten geformuleerd. Prioriteit van andere beleidssectoren kunnen los staan van - en in conflict komen met - de collectief preventieve gezondheidszorg. Met het oog op de afstemming tussen departementen zijn interdepartementale commissies in het leven geroepen, zoals de Interdepartementale Coördinatiecommissie Welzijnsbeleid. Teneinde de coördinatie in het ouderenbeleid tussen verschillende departementen te bevorderen, is de Interdepartementale Stuurgroep Ouderenbeleid in het leven geroepen. Daarmee is een intersectorale overlegstructuur gecreëerd. Toch is onzeker of het betreffende overleg werkelijk een oplossing biedt wanneer tussen de departementen belangentegenstellingen bestaan. Een bestuurlijke prioriteitsstelling is daarom noodzakelijk.

De verdeling van bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken over bestuurlijke niveaus verschilt tussen de preventieve gezondheidszorg, de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg. In de afgelopen decennia zijn door de rijksoverheid verschillende

taken en verantwoordelijkheden gedecentraliseerd naar lagere overheden. Op het provinciale niveau ligt de verantwoordelijkheid tot voorbereiding en formulering van plannen voor de intramurale voorzieningen binnen vastgestelde capaciteitsnormen, alsmede – na de goedkeuring door de centrale overheid – (het toezicht op) de realisatie van deze plannen in gevolge de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Overigens ging deze verschuiving van verantwoordelijkheden niet gepaard met een overeenkomstige overheveling van budgetten of personele capaciteit van rijk naar provincie en lokale overheid.

Een deel van de verantwoordelijkheden voor collectieve preventie, de eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening zijn gedecentraliseerd naar het lokale bestuurlijke niveau. Ook de feitelijke realisatie van het overheidsbeleid en de uitvoering van de zorg vindt plaats op lokaal of regionaal niveau. Hierin worden de meeste taken uitgevoerd door organisaties vanuit het particulier initiatief en enkele door de overheid. De overheden hebben slechts beperkte mogelijkheden om invloed uit te oefenen op autonome instellingen en beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld om afstemming van functies te bewerkstelligen. Afstemming ten behoeve van collectieve preventie wordt hierdoor extra bemoeilijkt, gelet op de belanghebbenden (aanbieders, verzekeraars, patiënten). Bovendien werden gelijktijdig aanzienlijke bezuinigingen en capaciteitsverminderingen opgelegd aan verschillende soorten voorzieningen. Deze geven vermoedelijk eerder aanleiding tot het schrappen van taken dan tot het realiseren van nieuwe functies, zoals die ten behoeve van collectieve preventie. In elk geval kan verdeling van bezuinigingen over verschillende soorten voorzieningen leiden tot strijd om de middelen tussen deze voorzieningen. Voorts bestaan ook op lagere bestuurlijke niveaus verschillen in bestuurlijke structuren tussen de sectoren, hetgeen facetbeleid bemoeilijkt. De kwaliteit van de samenwerking tussen gemeentelijke overheid, particulier initiatief en belanghebbenden is dan ook van belang voor de effectiviteit van het gemeentelijk beleid.

#### **9.4 Organisatorische randvoorwaarden**

Tenslotte wordt ingegaan op de organisatie en uitvoering van collectieve preventie in de praktijk. Ten aanzien van respectievelijk de BaGZ, de eerste- en tweedelijnszorg wordt kort ingegaan op de organisatorische vorm, op de vraag in hoeverre collectief preventieve functies worden vervuld door de onderscheiden echelons in de gezondheidszorg en in hoeverre in de praktijk onderlinge samenwerking of afstemming plaatsvindt van uitvoering van de zorg.

Een deel van de taken op het terrein van de collectieve preventie zijn binnen een wettelijk kader opgedragen aan de GGD'en op het lokale niveau. Dit betreft vooral de gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden als bestuurlijk niveau. De recente overheveling van de middelen voor de financiering van collectieve preventie van de GGD naar het Gemeentefonds, schept enige ruimte voor

gemeentebesturen om eigen beleid te ontwikkelen, cq. prioriteiten te stellen. Het is overigens de vraag of gemeentebesturen een eigen beleid zullen willen ontwikkelen. Een bezwaar dat hiertegen naar voren gebracht wordt, is het risico dat elke gemeente opnieuw 'het wiel moet uitvinden'. Ook zou deze situatie kunnen leiden tot ongelijkheid van zorg tussen gemeenten, zonder dat deze gerechtvaardigd wordt door verschillen in gezondheid. De collectieve preventie vanuit de GGD-en is in hoofdzaak gericht op de gehele bevolking. Specifiek ten aanzien van ouderen werden tot dusverre slechts bescheiden taken vervuld, onder andere door de afdelingen 'Sociaal Medische Zorg'. Een deel van deze taken zijn thans overgeheveld naar de RIAGG en naar indicatiecommissies voor de bejaardenoorden en verpleeghuizen.

In de eerstelijns gezondheidszorg is de situatie gecompliceerd. Vanuit het gezichtspunt van de BaGZ kan in de eerste plaats worden opgemerkt dat slechts op bescheiden schaal aandacht bestaat voor collectieve preventie voor ouderen. In dit verband spelen vooral de kruisverenigingen en het gecoördineerd ouderenwerk een rol die hierna kort worden aangeduid.

De wijkverpleging is georganiseerd in autonome kruisverenigingen, die worden gefinancierd via de AWBZ en uit contributies. Door de rijksoverheid is een capaciteitsnorm opgesteld. In de instellingen heeft zich een proces van bestuurlijke en organisatorische concentratie voorgedaan. Hierbij zijn (voorheen onafhankelijke lokale) instellingen gefuseerd tot regionale kruisverenigingen. De uitvoering is gedecentraliseerd naar wijkgewijs werkende basiseenheden. Landelijk gezien is de wijkverpleging in tweederde van de instellingen samen met gezinsverzorging ondergebracht in één instelling, ondanks de thans nog bestaande verschillen in financieringswijze. In de effecten op samenwerking tussen beide vormen van hulpverlening bestaat echter geen inzicht.

De collectief preventieve ouderenzorg door de wijkverpleging bestaat onder andere uit activiteiten op het terrein van de GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding), medewerking aan de actie 'Meer Bewegen voor Ouderen' en het zogenaamd 'Preventief huisbezoek' bij cliënten. Ten aanzien van deze laatste activiteit kan worden opgemerkt dat deze een vrij omvangrijke taak lijkt te vormen, alhoewel niet met zekerheid is aan te geven welke inhoud hieraan in de praktijk gegeven wordt, noch welk preventief effect hiervan uitgaat.

Het gecoördineerd ouderenwerk is in de zeventiger jaren ingesteld teneinde de afstemming tussen hulp- en dienstverlening aan ouderen te bevorderen. Veelal betreft het gemeentelijke of semi-gemeentelijke instellingen. Het gecoördineerd ouderenwerk blijkt vaak betrokken te zijn bij de organisatie van het vrijwilligerswerk, bij activiteiten vanuit het 'flankeren ouderenbeleid' en speelt vaak een rol bij lokale 'Meer Bewegen voor Ouderen' projecten. In sommige gemeenten kan het gecoördineerd ouderenwerk beschikken over de namen en adressen van oudere inwoners, met het oog op eventueel huisbezoek. In andere gemeenten bestaan hiertegen bezwaren op grond van privacy-overwegingen.

Ten aanzien van de huisartsengeneeskunde was gedurende enige tijd voor gemeentelijke overheden een beleids- en planningsbevoegdheid geregeld in de

WVG, via het vestigingsbeleid. Sommige gemeenten streefden hiermee een beleid na waarin huisartsen wijkgewijs opereren en/of in een (multidisciplinair) organisatorisch verband aangesteld worden. Andere gemeenten blijken de uitoefening van de planningsfunctie over te laten aan de plaatselijke huisartsenvereniging of zich te laten adviseren door de GGD'en, zonder zich te mengen in de organisatie van de zorg. Vanaf het moment dat de WVG ingetrokken is, ontbreekt het de gemeenten aan een beleidsinstrument.

Samenwerking tussen huisartsen en de wijkverpleging blijkt - naast de problemen die inherent zijn aan interdisciplinaire samenwerking - vaak mede belemmerd te worden door verschillen in organisatiegraad en in werkgebied of wijkindeling tussen beide disciplines. Toch zijn dit kerndisciplines (alsmede het maatschappelijk werk en de RIAGG) die betrokken zouden moeten worden bij collectieve preventie voor ouderen.

De tweedelijsvoorzieningen tenslotte worden beheerst via een uitgebreide en gedetailleerde landelijke wet- en regelgeving. Binnen de gedetailleerde richtlijnen van de rijksoverheid hebben de provincies tot taak de planning voor te bereiden en - na goedkeuring - de realisatie te bewaken. De exploitatie dient eveneens te geschieden binnen het kader van nauwkeurige richtlijnen en vastgestelde budgetten. De betreffende instellingen behoren niettemin tot het particulier initiatief. Ondanks de veelheid van regelingen blijkt de feitelijke autonomie van de tweedelijsvoorzieningen toch vrij aanzienlijk.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg kent van oudsher een preventieve taakstelling. Overigens is niet steeds duidelijk hoe deze gerealiseerd wordt. Ten aanzien van de ouderenzorg wordt een functie vervuld door de sociaal-geriatrische of sociaal-psychogeriatrische diensten. Zoals al eerder werd gesteld richten de intramurale tweedelijsvoorzieningen zich overwegend op curatieve of verzorgende taken en is een collectief preventieve taakstelling nagenoeg afwezig. Wel kan er in dit verband op gewezen worden dat de ontwikkeling van de gerontologie en de geriatrie voor een belangrijk deel plaats vindt in intramurale zorgvoorzieningen. In de Wet Ziekenhuisvoorzieningen wordt gesproken over geformaliseerde samenwerking tussen verschillende intramurale voorzieningen voor ouderen (onder andere tussen verpleeghuizen en bejaardenoorden of algemene ziekenhuizen). In de praktijk lijken ad-hoc contacten de belangrijkste vorm van samenwerking tussen intramurale voorzieningen. In 1989 is de indicatiestelling voor bejaardenoorden en verpleeghuizen ondergebracht in één indicatie-commissie. Toch vindt de indicering (de feitelijke informatieverzameling en beoordeling) in de praktijk vaak afzonderlijk plaats, waarna de commissie het advies in de regel overneemt.

## 9.5 Conclusie

In dit hoofdstuk werden de landelijke beleidsmatige, bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden voor collectieve preventie voor ouderen vanuit twee gezichtshoeken benaderd. Eerst werd nagegaan in hoeverre er thans sprake is van samenhang in rijksoverheidsbeleid, dat systematisch gericht is op collectieve preventie voor ouderen. Vervolgens werd ingegaan op ontwikkelingen in de bestuurlijke structuur en in de organisatie van de zorg voor ouderen.

Geconcludeerd werd dat in zoverre in de afgelopen decennia sprake was van landelijk ouderenbeleid, dit lange tijd vrij geïsoleerd betrekking had op curatieve zorg in vooral intramurale voorzieningen en niet op collectieve preventie. Samenhang met andere beleidssectoren ontbrak grotendeels. Recente voorstellen in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid schenken overigens wel aandacht aan collectieve preventie en aan de samenhang met andere beleidssectoren. Het betreft echter nog geen feitelijk beleid. Bovendien blijft nog onduidelijk hoe de realisering van zulk facetbeleid zou moeten plaatsvinden. Verwacht moet worden dat op rijksoverheidsniveau uiteenlopende sectorale belangen onderlinge afstemming zullen bemoeilijken. Het is twijfelachtig of de instelling van interdepartementale overlegstructuren voldoende tegenwicht biedt tegen onderling conflicterende belangen. Op lokaal niveau is dit overgelaten aan de lokale overheid.

In de gezondheidszorg ligt een zwaar accent op de curatieve intramurale zorg. De aanvankelijk nagestreefde versterking van voorzieningen en samenhang in de eerste lijn is slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Daarentegen heeft een capaciteitsreductie plaatsgevonden in veel sectoren, terwijl de vergrijzing tegelijkertijd een verhoging van de werkdruk op de eerste lijn tot gevolg had. De feitelijke ontwikkeling van het beleid ten aanzien van de sociale zekerheid en de huisvesting heeft eveneens geleid tot een verslechtering van de leefomstandigheden van ouderen. Deze condities zijn waarschijnlijk ongunstig voor het ontwikkelen van nieuwe functies ten behoeve van een samenhangende collectieve preventie voor ouderen in de praktijk.

Ten aanzien van de bestuurlijke organisatie werd vervolgens ingegaan op de verhouding tussen bestuurlijke niveaus van rijk, provincie en gemeente, tot uitvoerende organisaties. In het afgelopen decennium werden beleidstaken gedecentraliseerd, echter zonder dat dit leidde tot een evenredige verschuiving van personeel en middelen. Geconcludeerd werd voorts dat het bezuinigingsbeleid geen gunstige condities schept om tot ontwikkeling van collectief preventieve taken te komen. Bovendien kunnen de bezuinigingen tot een 'strijd om de middelen' leiden tussen verschillende soorten voorzieningen binnen de gezondheidszorg.

Nagegaan werd in hoeverre op lokaal niveau in de uitvoering van de zorg samenhangende collectief preventieve activiteiten ten aanzien van ouderen worden gevonden. Afgemeten naar het geheel van zorgverlenende activiteiten kan geconcludeerd worden dat collectieve preventie slechts in beperkte mate plaatsvindt, hoofdzakelijk vanuit de wijkverpleging en vanuit het flankerend beleid. Onduidelijk

is in hoeverre samenhang bestaat in de uitvoering van de zorg vanuit verschillende disciplines en soorten voorzieningen. Samenwerking tussen zorgvoorzieningen lijkt nog geen algemene regel. Toch blijken op bescheiden schaal zich lokaal wel collectief gerichte preventieprojecten in een zekere samenhang tussen verschillende sectoren voor te doen. Wellicht moet hieruit afgeleid worden dat afstemming op lokaal niveau tussen voorzieningen op minder ernstige belemmeringen stuit dan tussen verschillende beleidssectoren op rijksoverheidsniveau. Tegelijk geldt dan, dat thans zulk beleid blijkbaar mede afhankelijk is van lokale factoren en dat de 'regie-functie' in het rijksoverheidsbeleid daartoe onvoldoende voorwaarde vormt. Dit roept de vraag op of het mogelijk is om een structuur te ontwerpen waarin de centrale 'regie-functie' in de formulering en bewaking van algemene beleidsdoelen versterkt wordt, terwijl gelijktijdig de blijkbaar gunstiger voorwaarden voor daadwerkelijke afstemming in de uitvoering op lokaal niveau eveneens worden versterkt.



## 10. UITWERKING VAN SPECIFIEKE THEMA'S

### 10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de derde vraagstelling: 'Welke betekenis hebben veiligheid, lichamelijke activiteit en vaccinatie tegen infectieziekten, in relatie tot de gezondheidstoestand van de oudere bevolking en in hoeverre vindt ten aanzien van deze onderwerpen ontwikkeling en uitvoering van preventieve programma's plaats?'

Per thema zal hierna ingegaan worden op de achtergrond van de keuze, op enkele feitelijke gegevens, op de huidige activiteiten en organisaties. Afzonderlijk wordt ingegaan op mogelijke aangrijpingspunten voor preventie in de huidige situatie.

### 10.2 Veiligheid

Een specifiek onderwerp vormt veiligheid en ouderen. De aanleiding voor deze keuze is dat gesignaleerd wordt dat ouderen een verhoogde kans hebben op een ongeval met ernstige gevolgen, in het bijzonder in de privésfeer. Uit de samenvatting van morbiditeits- en mortaliteitsgegevens in hoofdstuk 8 bleek al dat 'ongevallen en vergiftigingen' zowel in de rangorde van oorzaken van aantallen verpleegdagen, alsook in die naar verloren levensjaren voor ouderen tot de vijf belangrijkste horen. Veiligheid wordt omschreven als 'bescherming van de mens tegen van buiten komend onheil' en wordt vaak behandeld in de context van ongevallen. Daarbij dient aangetekend te worden dat deze niet noodzakelijk behoeven te leiden tot letsel.

Daarnaast blijkt dat bij ouderen veelvuldig gevoelens van onveiligheid bestaan, zowel op het punt van ongevallen (thuis), alsook voor wat betreft maatschappelijke onveiligheid (oa. criminaliteit). Eenzaamheid, gevoelens van onveiligheid of angst om onopgemerkt een ongeval te krijgen, vormen belangrijke achtergronden voor het verlies van zelfstandigheid in de eigen woning en van plaatsing in verzorgingstehuizen. In 1980 betrof deze categorie motieven blijkens de registratie van indicaties voor verzorgingstehuizen ruim 30 % van de aanvragen (CBS, 1983). Onderstaande gegevens zijn overwegend ontleend aan literatuurstudie (Wijlhuizen & Güttinger, 1989).

In de totale bevolking blijken veruit de meeste ongevallen (89%) met letsel (met inbegrip van die met dodelijke afloop) plaats te vinden in de privésfeer. Onder privésfeer wordt hier verstaan in en rond de woning, bij recreatie, sport en bij bezoek aan openbare gebouwen. Ter illustratie van het contrast: in 1975 bleken de arbeidssituatie en het verkeer directe oorzaak van 7 %, respectievelijk 4 % van de ernstige letsels, terwijl huidige schattingen op respectievelijk 8 en 7 % uitkomen.

In tabel 10.1 worden enkele gegevens gepresenteerd betreffende de sterfte ten gevolge van ongevallen in het verkeer en in de privé-sfeer voor drie leeftijdscategorieën ouderen.

**Tabel 10.1** Sterfte ten gevolge van ongevallen in het verkeer en in de privé-sfeer per 100.000 mannen en vrouwen in drie leeftijdscategorieën in 1984

		65 - 74 jaar	75 - 84 jaar	85+
Verkeer	Mannen	27	54	56
	Vrouwen	18	17	8
Privé	Mannen	24	101	539
	Vrouwen	15	97	572

STG, 1988

Uit de tabel blijkt dat ongevallen in de privésfeer een belangrijke categorie is in de sterfte ten gevolge van een ongeval. In feite blijkt deze categorie ongevallen zelf de belangrijkste oorzaak. Tevens blijkt duidelijk dat deze sterfte relatief hoog is in de hoogste leeftijdscategorieën ouderen. In tabel 10.2 wordt een overeenkomstig overzicht gegeven met betrekking tot de ziekenhuisopnemingen. Hieruit komt hetzelfde beeld naar voren, echter nog in sterkere mate dan bij de sterfte.

**Tabel 10.2** Jaarlijks aantal ziekenhuisopnemingen ten gevolge van ongevallen in het verkeer en in de privé-sfeer per 100.000 mannen en vrouwen in drie leeftijdscategorieën, 1983

		65 - 74 jaar	75 - 84 jaar	85+
Verkeer	Mannen	184	266	193
	Vrouwen	161	128	41
Privé	Mannen	488	926	2060
	Vrouwen	786	1893	3850

STG, 1988

Bij nadere studie blijkt de aard van het ongeval dat leidde tot sterfte of ziekenhuisopneming in ca. 80 % van de gevallen een val te zijn. Hierbij betreft het veelal een val op gelijk niveau of van een trap. Vrouwen zijn daarbij oververtegenwoordigd. De meest voorkomende gevolgen zijn fracturen van de onderste extremiteiten waaronder de heup. In de komende jaren wordt vooral ten gevolge van de vergrijzing (alsmede via sport en 'Doe-het-zelf' activiteiten) een verdere toename van ongevallen in de privésfeer met letsel en dodelijke afloop verwacht (STG, 1988).

In de literatuurstudie van Wijnhuizen wordt een onderscheid gemaakt tussen 'interne' en 'externe factoren' die bij ongevallen in de privésfeer een rol spelen. Interne

(persoonsgebonden) factoren betreffen o.a. evenwichtsstoornissen en duizeligheid (38%), mobiliteits-problemen (24 %), diverse ziekten (15 %) of verwardheid en dementie (15 %). Deze blijken in eenderde van de gevallen een belangrijke rol te spelen. Als achtergrond-factoren lijken een hoge leeftijd, alleenstaand, onzekerheid en angst, alsmede medicijn- en alcoholgebruik een rol te spelen voor verhoogde risico's van een ongeval. 'Externe of omgevingsfactoren' zoals gladheid of oneffenheden van de vloer of het trottoir en onveilige produkten spelen in bijna de helft van de gevallen een rol. Ander onderzoek wijst uit dat veel ongevallen binnenshuis voorkomen zouden kunnen worden door grotere aandacht voor veiligheid in de woning en van produkten.

Opgemerkt kan worden dat nogal wat achtergronden van ongevallen samenhangen met lichamelijke, psychologische en gedragskenmerken van ouderen en van hun leefsituatie, zoals die beschreven werden in het vorige hoofdstuk.

#### *Preventie-beleid*

Terugdringen van het aantal ongevallen met 25 % is één van de WHO-targets en is opgenomen in de Nota 2000. Preventie van ongevallen is bovendien genoemd in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid (Ministerie van WVC, 1989). Hierin wordt gesproken over het terugdringen van ongevallen in de privésfeer met 5 % in 1990 en met 10 % in het jaar 2000 (Ministerie van WVC, 1989).

Ten aanzien van preventie door maatschappelijke organisaties in lokaal gezondheidsbeleid, vormen ouderen één van de doelgroepen, blijkens het Kerndocument. Voor de volledigheid zij hier vermeld dat daarnaast de bevordering van veiligheid in zorgvoorzieningen (o.a. FONA-commissies) en trauma-opvang genoemd worden. Ten aanzien van de rol van de (rijks)overheid wordt onder andere aandacht geschonken aan het ambulancevervoer (wetgeving, organisatie), aan 'omgevings-factoren' (oa. produktveiligheid via de Warenwet), aan arbeidsongevallen en sportletsel, alsmede aan de bevordering van onderzoek.

Het merendeel van de activiteiten ter bevordering van de veiligheid is algemeen van aard, dat wil zeggen gericht op de gehele bevolking. De bevordering van veiligheid en preventie van ongevallen vindt gedeeltelijk plaats door wet- en regelgeving (Warenwet, verkeerswetgeving) en door het opstellen van veiligheidsnormen voor produkten en voor werkzaamheden (voorbeelden hiervan zijn oa. de activiteiten van de gemeentelijke diensten voor Bouw en Woningtoezicht, verplichte keuringen en kwaliteitseisen, zoals de KEMA-keur). Hierbij zijn verschillende formele instanties betrokken. Daarnaast bestaan er ook subsidie-regelingen (voor particuliere huiseigenaren en voor woningbouw corporaties), ter bevordering van de veiligheid en toegankelijkheid, onder andere door aanpassing van woningen en openbare gebouwen. Deze zijn onder andere voor ouderen van betekenis.

De belangrijkste niet-overheidsorganisatie die zich actief richt op allerlei aspecten in verband met bevordering van veiligheid in de privésfeer is de Stichting Consument en Veiligheid. Het betreft onder andere onderzoek van, en voorlichting

over produkten. Onderzoek op het terrein van bevordering van veiligheid wordt voorts door allerlei instellingen aangepakt, waarvan er hier slechts enkele voorbeelden worden genoemd.

- De TU-Delft verricht onderzoek ten aanzien van produktveiligheid en ergonomie, alsmede ten aanzien van de woning.
- In het IOP (Innovatie gericht Onderzoekprogramma) Hulpmiddelen Gehandicapten wordt aandacht geschonken aan veiligheid van hulpmiddelen.
- Ten aanzien van het verkeer is Veilig Verkeer Nederland de belangrijkste uitvoerende organisatie. Landelijk vervult de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) een onderzoeksfunctie ten aanzien van verkeer.

Een studie, verricht aan de TU-Delft geeft een uitvoerig overzicht (van Drimmelen e.a., 1987). Hieruit blijkt overigens dat in circa 75 genoemde universitaire vakgroepen slecht drie maal ouderen als specifieke groep worden genoemd.

Op lokaal niveau wordt systematisch en actief aandacht geschonken aan bevordering van de veiligheid door gemeentelijke overheid (bijvoorbeeld Almelo, Nijmegen) en door hulpverlenende instellingen (bijvoorbeeld advisering aan ouderen door huisartsen en wijkverpleegkundigen over mogelijkheden om val-risico's in de woning te verminderen).

#### *Mogelijkheden voor een preventief veiligheidsbeleid*

Ten aanzien van de bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden.

Een eerste voorwaarde voor een effectief preventief gericht veiligheidsbeleid is adequate signalering en inzicht in omvang en aard van veiligheidsproblemen en oorzakelijke verbanden. De gepresenteerde registratiegegevens zijn afkomstig van het Privé Ongevallen Registratie Systeem (Stichting Consument en Veiligheid) en van de Diagnosestatistiek (CBS). Aangenomen wordt dat deze bestanden een onderregistratie te zien geven van het feitelijk aantal ongevallen. Problemen liggen onder andere op het terrein van de signalering, cq. registratie. Deze betreffen onvolledigheid, gebrek aan betrouwbaarheid, onvoldoende differentiatie en gebrek aan standaardisering van categorieën. Ook ten aanzien van de registratie-procedures worden problemen gesignaleerd. Mede als gevolg hiervan blijkt het problematisch om inzicht te verwerven in het complexe samenspel van determinanten.

De beleidsprioriteiten ten aanzien van veiligheid zijn van belang. Wanneer de eerder genoemde cijfers over de feitelijke inspanning in mensjaren ter preventie van ongevallen uit 1975 illustratief zijn, dan zou dit betekenen dat er reden is om de prioriteit te herzien. Van de inspanning voor preventie van ongevallen was 8 % gericht op de privésfeer (verantwoordelijk voor 89 % van de ongevallen), 23 % gericht op de arbeidssituatie (7 % van de ongevallen) en 69 % van de inspanning voor preventie was gericht op veiligheid in het verkeer (4 % van de ongevallen).

Ten aanzien van een preventief gericht (facet)beleid ter voorkoming van ongevallen bij ouderen zouden naast de beleidssectoren van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ook verschillende andere departementen betrokken dienen te zijn. Ten

aanzien van veiligheid in en om de woning betreft dit vooral de beleidssectoren Volkshuisvesting en Economische Zaken en Onderwijs en Wetenschappen (stimulering van verbetering van materialen, produktveiligheid), en in mindere mate Verkeer (verkeersveiligheid, aanpassingen) en wellicht Sociale Zaken. In onderling overleg door deze departementen zou afstemming van beleidsprioriteiten en middelen plaats kunnen vinden. Dit kan tevens met zich meebrengen dat binnen betrokken sectoren prioriteiten en beschikbare middelen verschuiven. Vervolgens zouden binnen elk van de betrokken beleidssectoren maatregelen moeten worden genomen om op lagere bestuurlijke niveaus tot concrete realisering van dit beleid te komen. Ook op lagere bestuurlijke niveaus zal het dan waarschijnlijk gewenst zijn om tot onderlinge afstemming tussen betrokken beleidssectoren (bijvoorbeeld de dienst Bouw en Woningtoezicht, Volkshuisvesting en Openbare Werken) te komen. Ook zijn concrete maatregelen gewenst om het particulier initiatief (bijvoorbeeld in de bouwwereld en woningbouwcorporaties) te bewegen om rekening te houden met de gestelde prioriteiten.

Vanuit de gezondheidszorg zou een bijdrage aan dit beleid tweeërlei kunnen zijn. In de eerste plaats kan vanuit de gezondheidszorg meegewerkt worden aan de signalering van onveilige situaties op basis van registraties (bijvoorbeeld door Huisartsen, Politie en E.H.B.O.) en eventueel gerichte inventarisatie. In de tweede plaats zouden hulpverleners (zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgeren) in hun contact met cliënten systematisch aandacht kunnen schenken aan (on)veiligheid en aan praktische voorlichting en advisering op dit punt (G.V.O.). Van een dergelijk initiatief door de wijkverpleging wordt melding gemaakt o.a. door Goedhart (1988).

#### *Samenvattend*

Bevordering van veiligheid en preventie van ongevallen omvat een zeer breed terrein. Noodzakelijke voorwaarden voor beleid gericht op preventie van ongevallen zijn nog maar zeer ten dele vervuld. Voor programmavoorbereiding is in de eerste plaats nader onderzoek naar determinanten van ongevallen en naar gedragsdeterminanten gewenst. Hiertoe is ook adequate signalering noodzakelijk.

Tevens zou op de verschillende bestuurlijke niveaus tot onderlinge afstemming van beleidsprioriteiten en middelen gekomen kunnen worden zowel tussen de beleidssectoren binnen de lokale overheid als tussen overheid en particulier initiatief. Voor de gezondheidszorg lijken er verschillende mogelijkheden te liggen om aan preventief beleid een actieve bijdrage te leveren. De bestaande preventieve activiteiten en maatregelen zijn niet specifiek gericht op ouderen. Gezien de relatief hoge ongevalsrisico's van ouderen lijkt een specifiek preventief beleid ten aanzien van de veiligheid van ouderen (met name in de privésfeer) van belang te zijn.

### 10.3 Lichamelijke activiteiten en ouderen

De keuze van het thema 'lichamelijke activiteiten en ouderen' is ingegeven door de signalering van het grote aandeel problemen van het bewegingsapparaat. In dit thema gaat het om activiteiten die, *in aanvulling op het 'gewone dagelijkse bestaan'*, specifiek van belang zijn voor het handhaven of verbeteren van de lichamelijke conditie. Immers, opgemerkt kan worden dat ook in huis sprake is van lichamelijke activiteiten.

Uit de bevindingen die in hoofdstuk 8 werden gepresenteerd bleek dat hart- en vaatziekten, longaandoeningen en mobiliteitsstoornissen belangrijke oorzaken van klachten over gezondheid, ziekenhuisopneming en sterfte zijn.

Algemener bezien laat het verouderingsproces vanaf ongeveer dertigjarige leeftijd toenemend fysiologisch functieverlies zien. De belangrijkste veranderingen worden hierna samengevat (Wulp e.a., 1988).

- De spierkracht, spierdoorbloeding en elasticiteit van pezen en gewrichten neemt geleidelijk af.
- Er vindt geleidelijke ontkalking van het skelet plaats, vooral bij vrouwen.
- Het hart en de longen gaan in functie achteruit, waardoor verminderde doorbloeding en zuurstofopname plaatsvindt en het uithoudingsvermogen afneemt.
- Het zenuwstelsel verouderd, waardoor de zintuigen achteruitgaan en reflexen afnemen (evenwicht).
- De immunologische afweer tegen infectieziekten neemt waarschijnlijk af.

Naast deze lichamelijke veranderingen vinden ook psychische veranderingen plaats en verandert de maatschappelijke positie (maatschappelijke status, inkomen, verminderende sociale contacten). Deze bedreigen het geestelijk welbevinden (levensvoldoening, zelfwaardering, ervaren zelfredzaamheid, competentie).

Uit data over geregistreerde gezondheidsproblemen en ervaren gezondheid welke eerder werden gepresenteerd blijkt onder andere het volgende:

- hart- en vaatziekten en ziekten van de ademhalingswegen vormen bij ouderen belangrijke aandoeningen die de lichamelijke activiteit belemmeren;
- de verminderende lichamelijke mobiliteit, o.a. door aandoeningen van het bewegingsapparaat, vormt een belangrijk ervaren probleem bij ouderen, in het bijzonder bij hoogbejaarden, en lijkt een oorzaak van verlies aan zelfstandigheid (plaatsing in verzorgingstehuis),
- ouderen blijken een relatief groot risico voor een ongeval met ernstige gevolgen te lopen, waarbij een val ten gevolge van lichamelijke zwakte, evenwichtsstoornissen, duizeligheid of verwardheid, vaak voorkomt.

Gesteld wordt dat bij lichamelijk actieve ouderen een gunstiger lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn wordt geconstateerd (Teague, 1987). Vermoedelijk is sprake van een wisselwerking: een zekere mate van geestelijk en lichamelijk welbevinden is een voorwaarde voor lichamelijke activiteit. Lichamelijke activiteit zou dan ook kunnen worden opgevat als een positieve indicator van de gezondheidstoestand. Hoewel dit plausibel klinkt, wordt tevens opgemerkt dat de vermoede pre-

ventieve effecten van lichamelijke activiteit nauwkeuriger zouden moeten worden onderzocht en worden geëvalueerd. Als zodanig lijkt dit onderwerp een interessant voorbeeld voor een scenario op het terrein van de collectieve preventie bij ouderen.

De vermoede directe gunstige effecten van lichamelijke activiteiten hebben betrekking op de bewegingscompetentie (spierkracht, activering zenuwstelsel, o.a. reflexen, coördinatie van bewegingen) en verbeterde lichamelijke conditie en het uithoudingsvermogen (hart- en vaatstelsel, ademhaling, stofwisseling en spierkracht). Deze directe lichamelijke effecten zijn van belang voor de preventie van de belangrijkste gezondheidsproblemen van ouderen (hart- en vaatziekten, aandoeningen van de ademhalingswegen, risico van een val/ongeval). Naast deze directe effecten worden ook enkele indirecte effecten genoemd. Door de grotere bewegingscompetentie en betere lichamelijke conditie bestaat een groter vertrouwen in het eigen (lichamelijk) kunnen en minder angst om te vallen (Wulp e.a., 1988). Dit zou ertoe kunnen bijdragen dat ouderen langer in staat zijn zelfstandig te blijven. Overigens kan worden opgemerkt dat lichamelijke activiteiten misschien ook een keerzijde hebben. Wellicht immers, is niet elke vorm van lichamelijke activiteit zonder meer gunstig voor iedere oudere. Over inzichten in eventuele bezwaren of risico's wordt in de betrokken literatuur niet gerept. Tenslotte dragen lichamelijke activiteiten, onder andere via contacten met anderen, bij aan een positief zelfbeeld en het subjectief welzijn (Tempelman, 1987).

Een groot deel van de lichamelijke activiteiten van zelfstandig wonende ouderen vindt geheel plaats in de privésfeer (huishouden, wandelen, fietsen). Uit de leefsituatie-onderzoeken in 1976 en 1982 (CBS, 1982; CBS, 1984) blijkt dat bijna driekwart van de zelfstandig wonende ouderen geen specifieke activiteit ontplooit met het oog op de lichamelijke conditie. Wel wordt een lichte toenameesignaleerd in het percentage ouderen dat op hogere leeftijd nog activiteiten zoals wandelen en fietsen zegt te ondernemen (zie tabel 8.7). Er zijn verschillende oorzaken waardoor ouderen minder geneigd en in staat zijn om actief hun fysieke conditie in stand te houden. Belemmeringen die genoemd worden zijn onder andere van biologische aard (vooral fysiek, sensorisch, verminderde vermogens), van psychische aard (een negatief zelfbeeld, bezwaar tegen het competitie-element in de sport) en sociale/maatschappelijke aard (opvattingen in de omgeving, laag inkomen, bereikbaarheid).

Op het terrein van de bevordering van lichamelijke activiteit van ouderen zijn verschillende organisaties actief, zoals de kruisorganisaties, het sociaal-cultureel werk (oa. volksdansen), het gecoördineerd bejaardenwerk, 'bejaardengymnastiek' en verzorgingstehuizen (flankerend beleid). Ook worden wel sportactiviteiten voor ouderen georganiseerd door het (sport)verenigingsleven. De Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) houdt zich systematisch bezig met het stimuleren en ondersteunen van initiatieven op dit terrein, onder andere door het ontwikkelen van voorlichtings- en opleidingsmateriaal voor werkers in de gezondheidszorg.

### *Mogelijkheden voor preventiebeleid*

Ten aanzien van de preventieve werking van lichamelijke activiteiten van ouderen, en de eventuele bezwaren, bijvoorbeeld voor bepaalde risicogroepen, zou het gewenst zijn om nader onderzoek te verrichten. Hier wordt er vooralsnog van uitgegaan dat lichamelijke activiteit gunstig is.

Een beleid, gericht op stimulering van lichamelijke activiteit bij ouderen zou zich in de eerste plaats kunnen richten op het verminderen van de belemmeringen bij ouderen zelf. Hierbij gaat het om een positieve beeldvorming bij ouderen en hun omgeving en om het scheppen van gunstige voorwaarden. Zulk beleid behoeft zich bepaald niet te richten op lichamelijke activiteiten in georganiseerd verband alleen: ook wandelen en fietsen horen daarbij. Gerichte voorlichtingsactiviteiten via de media, via instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en in persoonlijke contacten tussen hulpverleners en cliënten/patiënten, kunnen eraan bijdragen dat de beeldvorming verandert.

In de voorwaardenscheppende sfeer zou voorts door de overheid prioriteit kunnen worden gelegd bij het realiseren van veilige wandel- en fietsroutes in de woonomgeving. Dit deel van het overheidsbeleid zou vrijwel geheel vallen binnen de centrale beleidssectoren van Ruimtelijke Ordening en van Verkeer en gerealiseerd moeten worden op lokaal bestuurlijk niveau.

Ten aanzien van lichamelijke activiteiten in georganiseerd verband kan de overheid voorts gunstige voorwaarden scheppen voor ouderen. Vanuit de gezondheidszorg zouden ouderen geïnformeerd en gestimuleerd kunnen worden. Tevens zou gerichte begeleiding en eventuele advisering kunnen worden geboden. Hiertoe zouden middelen beschikbaar moeten komen. Ook zouden maatschappelijke belemmeringen (zoals financiële bezwaren en bereikbaarheidsproblemen) zoveel mogelijk moeten worden weggenomen. Hiertoe zou de centrale overheid een financieel stimuleringsbeleid kunnen voeren. Op lokaal niveau kan de gemeente bevorderen dat sportaccommodaties in de nabije omgeving en tegen lage kosten beschikbaar zijn voor activiteiten door ouderen (eventueel gescheiden van de competitieve sportbeoefening) en dat hier goede begeleiding plaats vindt. Hiertoe zou ook het verenigingsleven een bijdrage kunnen leveren. Ook verschillende voorzieningen voor gezondheidszorg en voor maatschappelijke dienstverlening stellen zich de laatste jaren open voor dergelijke activiteiten 'ten behoeve van de wijk' in het kader van het Flankerend Ouderenbeleid. Overigens is hiermee nog geen zekerheid gegeven dat ouderen spontaan aan zulke activiteit zullen deelnemen. Vermoedelijk zal hiertoe actief campagne gevoerd moeten worden.

Het zwaartepunt van een beleid zoals hier geschetst is, ligt waarschijnlijk op lokaal niveau en ligt bovendien deels buiten de overheid en gezondheidszorg. De mogelijkheden tot een gericht beleid vanuit de gezondheidszorg zijn hierdoor beperkt tot het verschaffen van kennis en inzicht in mogelijkheden om de lichamelijke activiteit van ouderen te bevorderen en het scheppen van gunstige financiële, ruimtelijke en organisatorische voorwaarden.



#### 10.4 Vaccinatie tegen infectieziekten bij ouderen

Het derde thema heeft betrekking op vaccinatie van ouderen tegen infectieziekten. Om praktische redenen wordt dit beperkt tot vaccinatie tegen influenza. In de basisanalyse met betrekking tot infectieziekten wordt onder andere ingegaan op de epidemiologische kant en de signaleringsfunctie. In dit deel betreffende BaGZ voor ouderen wordt ingegaan op influenzabestrijding door vaccinatie bij ouderen en de organisatie daarvan.

Een aanleiding voor de keuze van dit onderwerp wordt gevormd door recente aanwijzingen dat de directe evenals de indirecte gezondheidsrisico's van influenza bij ouderen aanzienlijk groter zijn dan soms wordt aangenomen. Toch gaat het om een infectieziekte die effectief kan worden voorkomen door middel van vaccinatie. Uit de gegevens omtrent gezondheid, gezondheidsklachten en ziekten bleek bovendien dat longaandoeningen een belangrijke plaats innemen. Juist deze categorie vormt ook een risicogroep bij influenza.

Veel van navolgende informatie wordt ontleend aan het Influenza-Symposium in 1989.

- Influenza is oorzaak van een hoge morbiditeit en mortaliteit bij ouderen: volgens schattingen komt 80 - 90 % van de sterfte aan influenza voor onder ouderen (Mostow, 1989).
- Uit een epidemiologische studie komen aanwijzingen naar voren dat onder-rapportage plaatsvindt van influenza als primaire doodsoorzaak. Dit is mede het gevolg van de sterke samenhang met hartziekten en chronische longaandoeningen die als primaire doodsoorzaak worden aangegeven. Oversterfte als gevolg van influenza wordt gemaskeerd door gebrekkige nauwkeurigheid van de registratie van doodsoorzaken (Sprenger, e.a. 1989).
- Door verminderde immuniteit, lagere reservecapaciteit van vitale organen bij ouderen en door het relatief frequent voorkomen van risico-factoren zoals chronische aandoeningen (in het bijzonder van de luchtwegen) en latente aandoeningen bij ouderen, vormen deze een risicogroep voor wie het verloop van de infectie ernstig of fataal kan zijn (Mazurel, 1989).

Ook indirect kan influenza ernstige gevolgen hebben voor ouderen. Na herstel van influenza blijkt dat bij ouderen de resterende conditie vaak langdurig op een lager niveau ligt dan vóór de infectie. Dit betekent ook dat, zelfs wanneer geen sprake is van fataal verloop, de kwaliteit van het leven en de zelfredzaamheid van ouderen nadelig kan worden beïnvloed. De maatschappelijke kosten van een influenza-epidemie kunnen aanzienlijk zijn, terwijl vaccinatie relatief goedkoop is: ongeveer 4 % van de maatschappelijke kosten (Mostow, 1989).

##### *Effectiviteit van vaccinatie bij ouderen*

Preventie door middel van vaccinatie is ook bij ouderen zeer effectief. Ook wordt melding gemaakt van gunstige effecten van lichamelijke activiteiten en verbeterde voeding op het immuunsysteem (Ruitenbergh, 1989). In Nederland wordt door de

Geneeskundige Hoofdinspectie aan huisartsen en apothekers periodiek bericht gezonden betreffende influenza. In dit bericht wordt de artsen geadviseerd om drie nader aangeduide risicogroepen te vaccineren. Hierna wordt als voorbeeld van dit bericht de brief van de geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid dd. 24 juli 1989 samengevat. Sterk aanbevolen wordt jaarlijkse vaccinatie bij patiënten met:

- afwijkingen en functiestoornissen van luchtwegen en longen,
- afwijkingen die kunnen leiden tot insufficiëntia cordis,
- alle oudere patiënten met diabetes mellitus en jongere patiënten met een stofwisselingsziekte,
- een chronische nierinsufficiëntie,
- chronische stafylococceninfecties.

Voor patiënten die recent een beenmergtransplantatie hebben ondergaan wordt gedurende enkele jaren een vaccinatie aanbevolen. Tenslotte zou vaccinatie te overwegen zijn voor personen met verminderde weerstand tegen infecties.

De belangstelling voor vaccinatie tegen influenza blijkt in Nederland relatief gering te zijn, zelfs in de risicogroepen: wordt 27 % daadwerkelijk gevaccineerd. Dit verschijnsel blijkt zich ook in andere landen voor te doen. In Frankrijk werden om deze reden actieprogramma's ontworpen, gericht op het verhogen van de publieke bekendheid met de risico's van influenza en de wenselijkheid van vaccinatie. Na acht jaar bleek het percentage gevaccineerde ouderen (75+) in Frankrijk gestegen te zijn van 43 % naar 66 % (Hannoun, 1989). Geconstateerd werd overigens dat vaccinatie bij ouderen op specifieke problemen stuit, in het bijzonder bij alleenstaanden door de afhankelijkheid van vrijwillige aanmelding.

#### *Mogelijkheden voor een vaccinatiebeleid voor ouderen*

In tegenstelling tot het vaccinatiebeleid in de jeugdgezondheidszorg, is voor de overige leeftijdscategorieën op dit terrein nauwelijks sprake van systematische preventieve zorg vanuit de BaGZ, met uitzondering van de Bedrijfsgezondheidszorg. Het gevolg hiervan is dat preventie door middel van vaccinatie grotendeels afhankelijk is van de uitvoering door huisartsen en van vrijwillige en actieve deelname van patiënten op het juiste moment. In deze situatie doen zich een aantal belemmeringen voor.

In de eerste plaats moet worden geconstateerd dat in de huidige situatie voor huisartsen blijkbaar geen stimulansen bestaan om naast de reguliere praktijkvoering, vaccinatie uit te voeren. Bovendien geldt dat onder gewone omstandigheden de huisarts slechts met een beperkt deel van de praktijkpopulatie regelmatig in aanraking komt. Voor de overige patiënten is het contact incidenteel van karakter. Vaccinatie tegen influenza dient in een beperkte periode uitgevoerd te worden. In deze periode worden door de huisarts lang niet alle patiënten gezien voor wie vaccinatie van belang kan zijn. Een oproep door de huisarts aan alle patiënten voor wie vaccinatie belangrijk zou kunnen zijn, vereist een verdere investering in tijd, organisatie en kosten waar geen vergoeding tegenover staat. Het is voorts ook de

vraag in hoeverre het administratieve systeem van huisartsen een snelle selectie van risicopatiënten mogelijk maakt.

Op grond van het reeds genoemde Franse onderzoek is het aannemelijk dat voor veel patiënten het belang van vaccinatie tegen influenza onvoldoende onderkend wordt. Bovendien moet worden aangenomen dat patiënten vaak niet op de hoogte zullen zijn van de periode waarin vaccinatie plaats zou moeten vinden. De Franse campagne om het belang van vaccinatie onder de aandacht te brengen, bleek een aanzienlijke invloed te hebben op het percentage gevaccineerden. Toch bleek ook daar dat ongeveer eenderde deel van de populatie niet bereikt wordt.

In Nederland zou een preventief vaccinatiebeleid langs twee sporen kunnen worden ontwikkeld. Enerzijds zou een breed opgezette jaarlijkse publieke voorlichtingscampagne het belang van vaccinatie onder de aandacht van de bevolking kunnen brengen. Anderzijds zouden de administratieve en praktische belemmeringen voor huisartsen om aan uitvoering van preventieprogramma's (in dit geval door middel van vaccinatie) weggenomen dienen te worden. Mogelijkheid hiertoe is bijvoorbeeld om de oproep voor vaccinatie te organiseren vanuit de gemeentelijke organisatie, op een wijze die vergelijkbaar is met het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Voorts zou deze periodieke piek in de werkbelasting van huisartsen verlicht kunnen worden door ook andere hulpverleners in de gezondheidszorg bij het vaccinatieprogramma te betrekken, zoals in de Jeugdgezondheidszorg het geval is. Hiertoe zou bijvoorbeeld een uitbreiding van de taken van de consultatiebureaus kunnen worden overwogen.

Een grootschalig programma voor ouderen, gericht op immunisatie tegen belangrijke infectieziekten (in het bijzonder influenza) kan worden bepleit. Daarbij zou de organisatie gedeeltelijk naar analogie van de Jeugdgezondheidszorg kunnen plaatsvinden (Ruitenberg, 1989).

#### 10.5 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk werd ter beantwoording van de derde vraagstelling nagegaan welke betekenis de drie thema's (veiligheid, lichamelijke activiteit en vaccinatie tegen infectieziekten) hebben vanuit het gezichtspunt van een collectief preventief gezondheidsbeleid voor ouderen. Elk van de thema's bleek relevant voor de gezondheid van ouderen. Tevens werden de beperkingen van de huidige preventieve zorg ten aanzien van deze thema's aangegeven. Toch bleken de thema's aanknopingspunten te bieden voor verdere ontwikkeling van een collectief preventief beleid. Per onderwerp werd een korte verkenning geschetst van de mogelijkheden om collectieve preventie voor ouderen te realiseren en van de bestuurlijke en organisatorische belemmeringen hierbij. Vooral bij de thema's bevordering van 'veiligheid' en 'lichamelijke activiteit' voor ouderen zou sprake zijn van facetbeleid waarbij afstemming gewenst is tussen verschillende beleidssectoren binnen en buiten de gezondheidszorg.

## **11. MOGELIJKE EN TE VERWACHTEN ONTWIKKELINGEN**

### **11.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op een aantal te verwachten ontwikkelingen die verondersteld worden direct van invloed te zijn op het onderwerp van dit deel van de scenario-studie. Daarmee wordt - op basis van de elementen van de basisanalyse - een eerste aanzet gegeven voor de scenario's welke in de volgende fase zullen worden ontwikkeld.

Het betreft in de eerste plaats ontwikkelingen ten aanzien van de ouderenpopulatie. Deze verwachtingen omtrent de demografische ontwikkeling worden ontleend aan de CBS-prognoses van de bevolking (CBS, 1989). Voor wat betreft enkele achtergrondkenmerken worden verwachtingen gedeeltelijk ontleend aan het scenariorapport 'Vergrijzing in de toekomst'(STG, 1985). Ten aanzien van de inkomens- en huisvestingssituatie van ouderen zijn voorlopig slechts speculatieve uitspraken mogelijk op basis van projecties van de ontwikkelingen in het afgelopen decennium. Dit geldt eveneens voor de verwachtingen ten aanzien van de ontwikkeling van samenhang in het beleid en de bestuurlijke organisatie.

### **11.2 Ontwikkelingen in de ouderen-populatie**

#### *Omvang en samenstelling van de populatie*

In tabel 11.1 wordt de CBS-prognose gegeven van de ontwikkeling van de Nederlandse bevolking in de periode tussen 1989 en 2010. Daarbij wordt in een index tevens de verwachte verandering in omvang per leeftijdscategorie weergegeven.

Uit deze prognose blijkt dat de totale omvang van de bevolking slechts licht zal toenemen. Daarentegen blijken zich in de samenstelling naar leeftijdsklassen wel belangrijke veranderingen af te tekenen. De ontgroening blijkt enigszins opgevangen te worden door een 'na-ijleffect' van de geboortegolf in de omvang van de jongere leeftijdscategorieën. De leeftijdscategorieën van 40 jaar en ouder laten een stijging in omvang zien, vooral tot 64 jaar. Hieruit kan ook de verwachting afgeleid worden dat omstreeks het jaar 2030 een piek in de vergrijzing zal worden bereikt. De leeftijdscategorieën van 65 tot 84 jaar vertonen tot 2010 een stijging met 25 % welke echter minder uitgesproken is dan in de categorie hoogbejaarden (85+).

Uit de tabel kan voorts afgeleid worden dat de oververtegenwoordiging van vrouwen in de hoogste leeftijdscategorieën in absolute zin nog steeds zal toenemen, maar relatief, ten opzichte van het eveneens toenemende aantal mannen, afneemt.

**Tabel 11.1** CBS-Prognose van de bevolking per vijfjaars leeftijdsklasse in absolute aantallen mannen, vrouwen en totaal, alsmede de veranderingsindex, volgens de medium variant (1989 = 100)

	1989			2010			Veranderingsindex
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	2010/1989
0- 4	466	446	912	423	403	826	91
5- 9	452	433	885	474	489	963	109
10-14	467	445	912	513	482	995	109
15-19	595	570	1165	508	408	916	79
20-24	644	619	1263	494	333	827	65
25-29	653	625	1278	481	391	872	68
30-34	608	584	1192	489	475	964	81
35-39	585	560	1145	587	565	1152	101
40-44	588	557	1145	652	596	1248	109
45-49	446	422	868	650	592	1242	143
50-54	387	378	765	589	557	1146	150
55-59	359	367	726	538	541	1079	149
60-64	316	353	669	524	536	1060	158
65-69	278	335	613	367	393	760	124
70-74	199	272	471	271	325	596	127
75-79	143	232	375	193	278	471	126
80-84	82	164	246	114	217	331	135
85-90	36	86	122	53	145	198	162
90+	14	37	51	19	72	91	178
totaal	7318	7485	14803	7939	7847	15786	107

bron: CBS, 1989.

Geconcludeerd kan worden dat in de periode tussen 1989 en 2010 in de omvang en samenstelling van de populatie een gedeeltelijke absolute afname van jongere leeftijdscategorieën optreedt. Bij ouderen vindt een geleidelijke toename plaats, vooral in de hoogste leeftijdsklassen. De grootste toename in absolute zin vindt overigens plaats in de middelste leeftijdscategorieën van 45 tot 64 jaar.

#### *Situatiekenmerken*

In het vergrijzingsscenario (STG, 1985) wordt de verwachting uitgesproken dat de toekomstige ouderen gemiddeld een hoger opleidingsniveau zal hebben dan de huidige ouderenpopulatie. Verwacht wordt op die grond dat ouderen in de toekomst ook mondiger zullen zijn. Wellicht draagt dit bij aan herbezinning op de datum van pensionering.

In het vergrijzingsscenario worden geen grote verbeteringen verwacht van de inkomenssituatie van ouderen. Hierop aansluitend kan worden geconstateerd dat sinds 1985 zelfs een verdere achteruitgang van het vrij besteedbaar inkomen is opgetreden, deels door toegenomen vaste lasten in verband met huisvesting. Inmiddels is weer sprake van economische groei. Toch moet worden verwacht dat deze niet zal worden aangewend om het vrij besteedbaar inkomen van ouderen te verhogen. De groei van de ouderenpopulatie zal een deel van de groeiende

collectieve middelen absorberen. Voorts wordt aangenomen dat een deel van de economische groei zal worden aangewend voor maatregelen ter bestrijding van de milieuverontreiniging.

Ten aanzien van de huisvesting van ouderen zijn er tegenstrijdige aanwijzingen. Uit de ontwikkeling sinds het vergrijzingsscenario, waarin een groeiend tekort aan bejaardenwoningen werd gesignaleerd, is tot op heden geen reden belangrijke veranderingen te verwachten. Echter, in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid en de bijbehorende discussienota (Ministerie van WVC, 1989) wordt het belang van adequate huisvesting nadrukkelijk genoemd. Ook de groeiende aandacht voor huisvestings-experimenten zou een aanwijzing kunnen zijn voor een gunstiger ontwikkeling in de komende jaren.

#### *Burgerlijke staat*

In tabel 11.2 wordt op basis van de bevolkingsprognose ingegaan op de veranderingen ten aanzien van de burgerlijke staat van de populatie in de periode tussen 1989 en 2010.

**Tabel 11.2** Percentage gehuwden van alle mannen, resp. vrouwen per vijfjaars leeftijdscategorie in 1989, prognose en ontwikkelingsindex voor 2010 (1989 = 100)

Leeftijd	Gehuwd 1989		gehuwd 2010		Ontwikkelingsindex	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
20-24	7.76	21.32	6.48	23.42	83.43	109.84
25-29	40.28	57.76	32.85	52.43	81.56	90.77
30-34	65.46	74.66	50.72	58.32	77.48	78.11
35-39	76.24	80.00	55.54	62.48	72.85	78.10
40-44	81.46	82.05	57.21	66.95	70.23	81.60
45-49	83.18	81.75	60.92	69.93	73.24	85.54
50-54	83.72	80.42	66.21	71.10	79.09	88.40
55-59	84.12	76.57	70.82	67.84	84.18	88.60
60-64	84.49	69.12	74.43	65.67	88.09	95.01
65-69	83.45	59.10	75.75	59.80	90.77	101.17
70-74	79.90	45.59	74.17	48.92	92.83	107.32
75-79	72.73	31.90	69.43	34.53	95.47	108.26
80-84	62.20	18.90	61.40	20.74	98.73	109.71
85-90	47.22	9.30	49.06	10.34	103.88	111.21
90+	28.57	2.70	31.58	2.78	110.53	102.78
<b>totaal</b>	<b>47.39</b>	<b>46.11</b>	<b>42.94</b>	<b>43.30</b>	<b>90.61</b>	<b>93.92</b>

CBS, 1989.

Uit de tabel komt naar voren dat verwacht wordt dat het percentage gehuwden zowel bij mannen als vrouwen enigszins zal dalen. In de hogere leeftijdscategorieën vindt vooral bij vrouwen een toename van het percentage (nog) gehuwden plaats.

### *Veiligheid, lichamelijke activiteit en vaccinatie tegen infectieziekten*

Ten aanzien van de inhoudelijke thema's lijken enkele korte constatering van belang. In de eerste plaats kan worden gesignaleerd dat in de afgelopen jaren de aandacht voor milieuvriendelijke en veilige producten toe lijkt te zijn genomen. In het Ontwerp Kerndocument wordt onder andere ingegaan op veiligheid en op goede huisvesting. Tevens vindt thans (o.a. epidemiologisch) onderzoek plaats naar ongevallen in de privésfeer. De aandacht voor veiligheidsaspecten in de woning bij het zogenoemde preventief huisbezoek door de kruisvereniging lijkt een goed voorbeeld van mogelijkheden om ongevalsrisico's te verkleinen.

Ten aanzien van lichamelijke activiteit kan worden opgemerkt dat deze van grote betekenis is in alle stadia van het leven. Over de gehele linie lijkt zich een toename van de passieve (ten nadele van actieve) sportbeoefening af te tekenen. Wel is de laatste jaren in specifieke delen van de bevolking (wellicht vooral de beter opgeleiden) een groeiende deelname aan trimmen waar te nemen. Onvoldoende is bekend over de samenstelling naar leeftijd en kenmerken van deze categorie en of deze leefwijze ook op hogere leeftijd zal worden voortgezet. Vaccinatie tegen infectieziekten, in het bijzonder tegen influenza, wordt sinds de zeventiger jaren bevorderd door een advies van de Geneeskundige Hoofd Inspectie aan de huisarts en via de Bedrijfsgezondheidszorg. Wellicht doet zich geleidelijk een 'gewenning' voor om een jaarlijkse griep prik te halen. Toch wordt op grond van ervaringen in het buitenland niet verwacht dat zich 'spontaan' een sterke groei van het aandeel gevaccineerden zal aftekenen, zonder expliciete maatregelen. Door deskundigen wordt daarnaast de mogelijkheid genoemd om ook ten aanzien van enkele andere infectieziekten (o.a. difterie, tetanus) vaccinatieprogramma's voor ouderen te ontwikkelen.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat voor de periode 1989-2010 verwacht wordt dat in absolute zin een afname zal plaatsvinden van jongere leeftijdscategorieën, terwijl een sterke toename plaatsvindt in vooral de middelste en in de hogere leeftijdscategorieën. Voor ouderen worden vooralsnog geen ingrijpende verbeteringen verwacht in leefomstandigheden zoals huisvesting of inkomen.

Ten aanzien van de gekozen thema's lijkt een tendens te bestaan voor een lichte groei van de aandacht. Onduidelijk is echter in welke mate deze al van betekenis zal zijn voor de ouderenpopulatie in de komende periode. In de toekomstscenario's zal ingegaan worden op de mogelijkheden om te komen tot programma-ontwikkeling en -uitvoering van collectieve preventie voor ouderen vanuit de BaGZ.

### **11.3 De bestuurlijke randvoorwaarden**

In de basisanalyse wordt met name aandacht geschonken aan samenhang in de bestuurlijke en organisatorische randvoorwaarden voor (facet)beleid vanuit de BaGZ, gericht op collectieve preventie voor ouderen. Twee soorten problemen werden hierin onderscheiden: problemen die betrekking hebben op de 'vertaling' van

algemeen beleid van de rijksoverheid naar praktische uitvoering binnen een gegeven beleidssector, alsmede problemen die betrekking hebben op de afstemming tussen verschillende beleidssectoren.

Geconstateerd werd dat op rijksoverheidsniveau lange tijd overwegend sprake is geweest van sectoraal beleid. Hierin lag het accent op curatieve (en vooral intramurale) zorg. In de afgelopen decennia heeft de snelle groei van de curatieve sector geleid tot een sterke nadruk op het ontwikkelen van gedetailleerde bestuurlijke instrumenten ter beheersing van de gezondheidszorg door de rijksoverheid. Toch zijn deze pogingen tot sturing niet alle succesvol gebleken. Fundamentele orderings- en besturingsproblemen hebben de verhouding tussen de bestuurlijke niveaus en die tussen overheden en particulier initiatief zodanig onder druk gezet, dat een fundamentele herziening wordt bepleit door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 1988). Ook de discussie naar aanleiding van de voorstellen ter introductie van een 'marktmechanisme' in de gezondheidszorg van de Commissie Dekker zijn een aanwijzing voor een belangrijke verandering in beleid (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987). Ten aanzien van de curatieve gezondheidszorg lijkt de komende jaren een proces van deregulering en verdere decentralisatie waarschijnlijk. Een dergelijke ontwikkeling kan aanleiding geven tot de groei van een - ook nu al bestaande - commerciële zorgsector voor draagkrachtigen.

De wettelijke instrumenten zijn onder andere ingezet om de kostengroei te beperken en de omvang van het voorzieningensysteem te reduceren. Het is echter de vraag of de komende jaren nog verdere beperkingen kunnen plaatsvinden zonder de kwaliteit van het voorzieningensysteem aan te tasten. De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat de komende jaren geen verdere belangrijke inkrimpingen of bezuinigingen in het voorzieningensysteem zullen worden doorgevoerd.

Collectief preventieve gezondheidszorg is van oudsher in grote mate een overheids-taak die deels op rijksoverheids-, deels op lokaal niveau wordt uitgevoerd. De aandacht voor preventie in de achterliggende periode beperkte zich tot enkele 'klassieke' medische terreinen, zoals de zorg rond de zwangerschap en de Jeugd-gezondheidszorg, de Bedrijfsgezondheidszorg en de infectieziektenbestrijding. Een beleid gericht op collectieve preventie voor ouderen ontbrak daarentegen, evenals overigens voor een groot deel van de verdere bevolking ouder dan 18 jaar. In recente beleidsdocumenten (o.a. de Nota 2000, het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid en zijn uitwerking in begeleidende discussienota's) wordt daarentegen wel aandacht geschonken aan het belang van preventie voor ouderen. In de recenter beleidsnota's over het gezondheidsbeleid wordt expliciet ingegaan op de noodzaak van samenhang met andere beleidssectoren (onder andere inkomensbeleid en huisvesting van ouderen). Vooralsnog betreft het echter voornemens met consequenties in andere beleidssectoren, die voor een deel gerealiseerd zouden moeten worden door het particulier initiatief. Onduidelijk is in hoeverre de mogelijkheid en bereidheid bestaat om in andere beleidssectoren het eigen beleid af te stemmen op de prioriteit van de collectieve preventie voor ouderen. Een voorwaarde daartoe is



waarschijnlijk een vorm van centrale 'regie'. Daarnaast is onzeker of uitvoerende zorgvoorzieningen in staat en bereid zullen zijn, om nieuwe activiteiten te ontplooiën met het oog op het lange-termijn doel van collectieve preventie, wanneer daarvoor niet ook expliciet financiële middelen worden uitgetrokken.

Het lijkt aannemelijk dat de aandacht voor preventie ook in de komende jaren zal blijven bestaan en vooral op lokaal niveau vorm zal worden gegeven. Het is daarbij wel de vraag in hoeverre de tendens tot deregulering en decentralisatie zich zal uitstrekken tot de beleidsontwikkeling ten aanzien van de collectieve preventie. Omdat het bij collectieve preventie voor ouderen gaat om een nieuwe ontwikkeling lijkt een initiërende rol van de rijksoverheid ter uitvoering van de Wet op de Collectieve Preventie in de komende jaren waarschijnlijk.



**DEEL III**

**KORTE VOORUITBLIK**



## 12. VOORUITBLIK

Na de twee delen over respectievelijk infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen staan we in dit slothoofdstuk nog even stil bij de plaats die dit rapport heeft in het project toekomstscenario's basisgezondheidszorg.

### 12.1 Functionele benadering

In eerdere rapportages over het project toekomstscenario's is beargumenteerd dat bij het opstellen van scenario's uitgegaan dient te worden van een functionele benadering van de BaGZ. De aard en omvang van volksgezondheidsproblemen en de methoden die voorhanden zijn om deze problemen tot een oplossing te brengen zijn richtinggevend voor de praktische vormgeving. Zeker wanneer men aan de toekomst denkt is dit van belang. Deze benadering heeft echter ook potentiële nadelen. Mensen die tot de doelgroep van dit onderzoek behoren, en dat zijn zowel personen uit de beleidssfeer als professionals uit het veld, werken nu eenmaal binnen bestaande, institutionele kaders. Abstraheren van deze kaders brengt het gevaar met zich dat de herkenbaarheid voor genoemde personen minder wordt. Om deze reden is het belangrijk dat voortdurend wordt nagegaan wat de functionele benadering betekent voor de organisatie van de BaGZ. In dit rapport (en in de volgende rapporten) wordt dan ook veel aandacht geschonken aan de praktische vormgeving van BaGZ, zij het dat dit geschiedt vanuit een functionele invalshoek. De functies van BaGZ zijn, kort samengevat, programma-voorbereiding (te splitsen in signalering, advisering en programma-ontwikkeling) en programma-uitvoering (zie hoofdstuk 1 van dit rapport en hoofdstuk 4 van de terreinverkenning).

Randvoorwaarden om een optimale uitoefening van deze functies mogelijk te maken zijn besturing en organisatie, financiering, informatievoorziening en deskundigheid. In onderstaand schema is weergegeven welke BaGZ-functies, randvoorwaarden en subthema's in de vorm van scenario's zullen worden uitgewerkt met betrekking tot infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen.

Gekozen studie-onderwerpen voor het onderzoek naar Toekomstscenario's BaGZ en nadere selectie van aandachtsgebieden binnen deze onderwerpen

Onderwerp	BaGZ-functie(s)	Randvoorwaarde(n)	Subthema's
I. Infectie ziektenbestrijding	Signalering	Informatievoorziening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voedselinfecties</li> <li>- Seksueel overdraagbare aandoeningen</li> <li>- Rubella/Mazelen</li> <li>- Hepatitis B</li> </ul>
II. Collectieve preventie voor ouderen	Programma-voorbereiding en -uitvoering	Bestuurlijke en Organisatorische samenhang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiligheid</li> <li>- Lichamelijke activiteit</li> <li>- Vaccinatie tegen infectieziekten</li> </ul>

Er zijn, behalve de aard van de problematiek, enkele verschillen aan te geven tussen infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen. Ten eerste is infectieziektenbestrijding een klassiek werkterrein, terwijl de collectieve preventie voor ouderen in feite nog in de kinderschoenen staat. Voorts is het zo dat de benaderingswijzen verschillen; bij infectieziektenbestrijding gaat het om ziektebestrijding, terwijl bij de collectieve preventie voor ouderen de gezondheidsbevordering meer centraal staat.

## 12.2 Basisanalyse

In de basisanalyse is de uitgangssituatie beschreven, waarbij aangegeven is welke variabelen relevant zijn met het oog op de op te stellen scenario's. Dit alles is gedaan vanuit de in bovenstaand schema vermelde invalshoeken. Het zal de lezer zijn opgevallen dat de concrete uitwerking van de twee onderwerpen enigszins verschilt. Bij infectieziektenbestrijding was een meer gedetailleerde invulling mogelijk dan bij collectieve preventie voor ouderen. Ten eerste omdat infectieziektenbestrijding al vrij oud is. In de tweede plaats omdat het onderwerp collectieve preventie voor ouderen pas in een vrij laat stadium van de terreinverkenning is gekozen door de commissie, terwijl de keuze voor infectieziektenbestrijding al van te voren vast lag (zie het rapport over de keuze van onderwerpen).

Door de splitsing van het project in verschillende fasen en daarbij horende rapporten zou de indruk kunnen ontstaan dat deze fasen en rapporten op zich zelf staan. Dit is niet het geval; de verschillende fasen, bijvoorbeeld de basisanalyse en het ontwerpen van de scenario's, lopen vloeiend in elkaar over.

### 12.3 De scenario's

Twee typen scenario's worden gemaakt, omgevingsscenario's en strategische scenario's. Uitgangspunt is de in het rapport over de terreinverkenning gehanteerde begripsomschrijving van BaGZ. De omgeving van de BaGZ is alles wat buiten deze begripsomschrijving valt, anders gezegd alle variabelen die van buiten af invloed (kunnen) hebben op de BaGZ. Voorbeelden: de rest van de gezondheidszorg, het algemene overheidsbeleid, medisch-technische ontwikkelingen, morbiditeitspatronen, en de wijze waarop mensen zich gedragen.

De BaGZ en haar omgeving beïnvloeden elkaar. Ontwikkelingen in het algemene overheidsbeleid zoals bezuinigingen, afstoten van taken, decentralisatie van bevoegdheden hebben gevolgen voor de BaGZ. Omgekeerd kan de BaGZ haar omgeving beïnvloeden; wanneer voorlichtingscampagnes als effect hebben dat individuen zich gezonder gedragen, zal de morbiditeit veranderen.

### 12.4 Omgevingsscenario's

Deze gaan over variabelen in de omgeving van de BaGZ waar de BaGZ geen directe invloed op heeft. Deze variabelen dienen wel een duidelijke relatie te hebben met de BaGZ, zodat veranderingen ervan doorwerken in de BaGZ. De mate waarin dit gebeurt verschilt wellicht tussen infectieziektenbestrijding (gezien vanuit het gezichtspunt van de surveillance) en collectieve preventie voor ouderen (gedacht van uit de organisatorische en bestuurlijke samenhang). Ontwikkelingen die voor de BaGZ niet relevant zijn blijven buiten beschouwing, ook al zijn ze maatschappelijk gezien belangrijk.

De omgevingsscenario's zullen gebaseerd worden op één of meer van de volgende variabelen:

- bestuurlijke ontwikkelingen;
- financiën;
- wetgeving (bv. privacy);
- demografische veranderingen;
- technologie;
- enz.

Omgevingsscenario's hebben een sterk hypothetisch en exploratief karakter; het gaat er om dat we enkele consistente alternatieven maken ten aanzien van de omgeving van de BaGZ. In de uitwerkingsfase van het project zullen we nagaan welke consequenties deze scenario's hebben voor de BaGZ (en de strategische scenario's daarover). Normatieve alternatieven hebben hier geen zin omdat de ontwikkelingen in de omgeving autonoom zijn, althans geredeneerd vanuit de BaGZ.

Behalve van bestaande scenario's wordt gebruik gemaakt van informatie uit de basisanalyse en van te raadplegen deskundigen. Begonnen wordt met vast te stellen welke variabele(n) de belangrijkste is (zijn) voor de twee onderwerpen.

## 12.5 Strategische scenario's

Strategische scenario's hebben als onderwerp de BAGZ zelf. Deze scenario's zijn veel uitgebreider dan de omgevingsscenario's. Ten eerste omdat het onderwerp van het project nu eenmaal de BaGZ is. In de tweede plaats omdat deze scenario's meer elementen bevatten; behalve exploratief (het aangeven van mogelijke ontwikkelingen) zijn ze normatief (uitgegaan wordt van een optimale surveillance en een optimale organisatorische en bestuurlijke samenhang), en bevatten ze manieren om van de huidige situatie te komen tot een toekomstige, mogelijke en/of wenselijke, situatie. Bij dit laatste worden ook de knelpunten beschreven.

Bij het antwoord op de vraag welke informatie de strategische scenario's op moeten leveren zal uitgegaan worden van de in de basisanalyse aangeduide (potentiële) knelpunten. Zeker in het geval dat door middel van scenario's getracht zal worden een optimale situatie te beschrijven, is het van belang te beginnen met veranderingen te veronderstellen ten aanzien van die punten waar zich nu problemen voordoen of kunnen voordoen.

### Scenario's infectieziektenbestrijding

Bij infectieziektenbestrijding is het onderwerp de informatievoorziening in het kader van de signaleringsfunctie (surveillance). Vragen en onderwerpen die aan de orde komen zijn onder meer:

- Welke zijn de elementen van een optimale informatievoorziening? Dit hangt uiteraard af van het doel dat men voor ogen heeft met die surveillance;
- De werkwijze: passieve melding versus actieve, welk communicatiemedium (technologie) te gebruiken?;
- De informatiebronnen: welke zijn wel, en welke niet noodzakelijk?; welke instellingen zijn daarbij nodig?;
- Welk soort informatie is gewenst of noodzakelijk?;
- Welke infectieziekten dienen routinematig gevolgd te worden, in welke gevallen is actieve surveillance wenselijk?;
- Welke zijn de randvoorwaarden voor een goede surveillance?



### Scenario's collectieve preventie voor ouderen

Hierbij gaat het om de bestuurlijke en organisatorische samenhang. Vragen die aan de orde komen zijn onder meer de volgende:

- Aan welke eisen moeten besturing en organisatie van de collectieve preventie voor ouderen voldoen?
- Hoe dient de verhouding te zijn tussen het nationale en lokale niveau bij de (programmatische) ontwikkeling van beleid op dit terrein?
- Welke instanties dienen op de verschillende bestuurlijke niveaus betrokken te zijn bij de (programmatische) ontwikkeling van collectieve preventie voor ouderen? Hierbij komt ook de verhouding overheid-particulier initiatief ter sprake;
- Op welke wijze kan facet-beleid het beste gestalte krijgen?
- Welke randvoorwaarden spelen een rol bij de ontwikkeling van collectieve preventie voor ouderen?



## LITERATUUR

AARTS, G.J. & H.W. KANIS. Infectieziektenbewaking in Engeland en Schotland. Verslag van een WHO-Fellowship in mei 1986. DGD voor Flevoland/GGD Midden-Brabant, Lelystad/Tilburg, 1986.

BECKERS, H.J. Incidentie en preventie van voedselinfecties en -vergiftigingen. In: R. Kroes, e.a. (red.) Voeding in de praktijk. Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

BENENSON, A.S. (ed.) Control of Communicable Diseases in Man. An official report of the American public health association. Washington, 1985.

BIJKERK, H. Het nationale vaccinatieprogramma; nu en in de toekomst. Tijdschr. v. Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 10 (1985) 663-668

BIJKERK, H., M.A.J. BILKERT-MOOIMAN & H.J. HOUTTERS. De inentingstoestand bij aangegeven patiënten met mazelen tijdens de epidemie 1987/'88. Ned. Tijdschr. Geneesk. 133 (1989) 29-32

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Morbidity and mortality weekly report 36 (1987) 23, 11-14

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Woningbehoeftenonderzoek 1981. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1981.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Prognose van de bevolking van Nederland na 1980. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1982.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistiek van de Bejaardenoorden 1979-1980. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Inkomensontwikkeling in de grote steden, 1946-1978. Stat. Mag. 1 (1984) 49

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder (1982). Dln 1a, b, 2. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Ontslagen ziekenhuispatiënten naar hoofddiagnose, leeftijd en geslacht in het jaar 1984. (Serie H1). Voorburg, 1984.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder (1976). Dln 1 t/m 6. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, diverse publicaties 1977-1985.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandstatistiek van de bevolking (1985) 2.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch zakboek 1987. 's-Gravenhage, 1987.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Prognose van de bevolking tot 2010. Maandstat. Bevolk. 1 (1989) 37

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Regionaal Statistisch Zakboek 1989. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1989.

CENTRAAL ORGAAN SAMENWERKENDE BONDEN VAN OUDEREN. Nota Gezondheidszorg 89.3. COSBO, Utrecht, 1989.

COMMISSIE STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.

DAVIDSE, W., M. KASTELEIN, G. VAN DER FELTZ & H.P.A. VAN DE WATER. Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Terreinverkenning. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. Leiden, november 1989.

DRIMMELEN, D. VAN & L.H.J. GOOSSENS. Veiligheid in de privésfeer. Typologisering van het onderzoekspotentieel in Nederland. Vakgroep Veiligheidskunde, TU-Delft. Delft, 1987.

EVANS, A.S. The eradication of communicable diseases: Myth or reality? Amer. J. Epid. 122 (1985) 199-207

EVERDINGEN, J.J.E. VAN. Seksueel overdraagbare aandoeningen. In: D.E. Grobbee & A. Hofman (red.). Epidemiologie van ziekten in Nederland. Utrecht, 1989

GALBRAITH, N.S. Communicable disease surveillance. In: A. Smith (ed.). Recent Advances in community Medicine no. 2. Churchill Livingstone, 1982.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Richtlijnen bij voedselvergiftiging en voedselinfectie. GHI-bulletin. Leidschendam, 1980.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. De aangifte van infectieziekten. GHI-bulletin. Rijswijk, 1988.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Jaarverslag 1987. Rijswijk, 1988.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Aangegeven gevallen en overledenen in Nederland per provincie en aangegeven gevallen naar leeftijdsgroep, absoluut en per 100.000 inwoners, 1976-1980; 1981-1985. Leidschendam, ongedateerd.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Infectieziekten; Aangegeven gevallen en overledenen per jaar, absoluut, vanaf 1920. Leidschendam, ongedateerd.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Aangegeven gevallen en overledenen in Nederland per provincie en aangegeven gevallen naar leeftijdsgroep, absoluut en per 100.000 inwoners, 1976-1980; 1981-1985. Leidschendam, ongedateerd.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE. Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week, per 100.000 inwoners, 1970-1981, en sterfgevallen ten gevolge van influenza, pneumonie en bronchitis, per maand, 1962-1981 (absoluut). Leidschendam, ongedateerd.

GEZONDHEIDSRAAD. Advies inzake hepatitis-B. Ministerie van WVC. Verslagen, adviezen, rapporten nr. 22. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983

GEZONDHEIDSRAAD. Advies inzake bof-rubellavaccinatie. no. 13. 's-Gravenhage. Staatsuitgeverij, 1984.

GEZONDHEIDSRAAD. Advies inzake Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Den Haag, 1986.

GINNEKEN, J.K.S. & A.F.I. BANNENBERG & A.G. DISSEVELD. Gezondheidsverlies ten gevolge van een aantal belangrijke ziekte-categorieën in 1981-1985: methodologische aspecten en resultaten. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO/Centraal Bureau voor de Statistiek, Leiden/Voorburg, 1989.

GOEDHART, W.J.A. Inleiding tijdens het 10e NVG-symposium. Utrecht, 27 april 1988.

GOEWIE, R. Gezinsverzorging, een alternatief voor het verzorgingstehuis? 's-Gravenhage, Nimawo, 1987.

HAEFF, C.R. TEN. Buitenlandse ontwikkelingen in zorgvoorzieningen voor ouderen. 's-Gravenhage, N.F.B., 1985.

HANNOUN, C. Influenza, a familiar plague and a neglected vaccine. In: Influenza symposium. Influenza, a controllable disease? Verslag van het internationaal symposium over influenza te Amsterdam op 31 augustus 1989.

HAUSCHILD, A.H.W. & F.L. BRYAN. Estimate of cases of food and waterborn illness in Canada and the United States. J. Food Prot. 43 (1980) 435-440

HAYES, D. & C. ROSS. Body and mind: the effect of exercise, overweight and physical health on psychological wellbeing. J. Health Soc. Behav. 27 (1986) 387-400

HEKKER, A.C. Rubella. In: J. Huismans (red.). Immunisatie tegen infectieziekten. Alphen aan den Rijn/Brussel, 1984.

HOEK, J.A.R. VAN DEN, e.a. Toename van vroege syfilis onder heteroseksuele mannen en vrouwen in Amsterdam. Ned. Tijdschr. Geneesk. 132 (1988) 1255-56

HUISMAN, J. Microbiële voedselvergiftigingen en voedselinfecties. Epidemiologie en preventie. De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. Dl. 138. Alphen aan den Rijn, 1980.

HUISMAN, J. De strijd tegen besmettelijke ziekten: nog steeds een uitdaging. Inaugurale rede. Erasmus Universiteit Rotterdam, 8 december 1988.

INFLUENZA SYMPOSIUM. Influenza, a controllable disease? Verslag van het internationaal symposium over influenza te Amsterdam op 31 augustus 1989.

JAGER, H.J. DE. Een verkenning van de infectieziektenbestrijding in Nederland. Stageverslag KUN-NIPG. Nijmegen/Leiden, december 1989.

KASTELEIN, M. & P. STAATS. Tussen wens en werkelijkheid: de besluitvorming over zorgbehoefte van ouderen in de praktijk. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1989.

KRUIS, A. VAN DER & T. MANDEMAKER. Het ouderenbeleid gewogen; een studie naar de effecten van voorgenomen beleidsombuigingen. Nijmegen, etc. Instituut voor Toegepaste Sociologie, etc., 1986.

LAAR, M.J.W. VAN DE & H.P.A. VAN DE WATER. Gonorrroe en syfilis in de regio Amsterdam. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1987.

LANGMUIR, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importance. N. Engl. J. Med. 268 (1963) 182-192

LOUIS, M.E.S. e.a. The emergence of Grade A eggs as a major source of salmonella enteritidis infections - new implications for the control of Salmonellosis. JAMA 259 (1988) 2103-07

MARKOWITZ, L.E. e.a. Patterns of transmission in measles outbreaks in the United States, 1985 - 1986. New Engl. J. Med. 320 (1989) 75-81

MAZUREL, N. Influenza bij de mens, oorzakelijk agens, klinische manifestatie, epidemiologie, preventie. Diergeneeskundig Memorandum, 36 (1989) 1, p 4.

MILTENBURG, H.M.Th.M. Gonorrroe in Nederland (en enkele beschouwingen over andere SOA); verslag van een telefonische enquête onder behandelaars naar het voorkomen van gonorrroe in 1985. SOA-Stichting. Utrecht/Rijswijk, 1988.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID & MILIEUHYGIËNE. Nota Bejaardenbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1970.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Basisgezondheidsdiensten; schets van het beleid. 's-Gravenhage. Staatsuitgeverij, 1980.

MINISTERIE VAN VOLKSHUISVESTING, RUIMTELIJKE ORDENING & MILIEUBEHEER. Jubileumuitgave Raad voor de Volkshuisvesting. 's-Gravenhage, 1985.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Health for all by the year 2000. Rapportage Nederland 1985. Leidschendam, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000; over ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1985-1986, 19500, nrs. 102.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & CULTUUR. Financieel Overzicht Zorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ontwerp van Wet op de Collectieve Preventie. Rijswijk, 1988.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Doelgericht veranderen; Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995; discussienota. Rijswijk, april 1989.

MOSTOW, S.R. Influenza, a preventable and treatable infectious disease. In: Influenza symposium. Influenza, a controllable disease? Verslag van het internationaal symposium over influenza te Amsterdam op 31 augustus 1989.

NEDERLANDS ECONOMISCH INSTITUUT. Oud en zelfstandig: een onderzoek naar de voorzieningen voor ouderen in Zeeland. Rotterdam, NEI, 1984.

NEW VACCINE DEVELOPMENT; establishing priorities. Volume 1. Diseases of importance in the United States. Institute of Medicine. Washington, National Academy Press, 1985.

NIJHUIS, H.G.J. e.a. Het voorkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland; epidemiologische informatie voor de organisatie van de bestrijding. Ned. Tijdschr. Geneesk. 129 (1985) 1332-36

RUITENBERG, E.J. Is there a need for a geriatric vaccination programme? In: Influenza symposium. Influenza, a controllable disease? - Verslag van het internationaal symposium over influenza te Amsterdam op 31 augustus 1989.

SCHWEFEL, D. (red.). Indicators and trends in health and health care. Berlijn, etc., Springer Verlag - 1987.

SPRENGER, M.J.W., M.A.M.G. VAN NAELEN, P.G.H. MULDER & N. MASUREL. Influenza mortality and excess deaths in the elderly, 1967-82. In Press. Epidem. Inf.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Ouder worden in de toekomst; scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht, Van Arkel, 1985.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Ongevallen in het jaar 2000. Scenario's over ongevallen en traumatologie 1985-2000. Dl. 1 Hoofdrapport. Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Ongevallen in het jaar 2000; scenario's over ongevallen en traumatologie 1985-2000. Dl. 2 Achtergrondstudies en wetenschappelijke verantwoording. Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.

TEAGUE, M.L. Health promotion: achieving high level wellness in the later years. Indianapolis, Benchmark Press, 1987.

TEMPELMAN, C.J.J. Welbevinden bij ouderen; constructie van een meetinstrument. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

THACKER, S.B., K. CHOI & P.S. BRACHMAN. The surveillance of infectious diseases. JAMA 249 (1983) 181-85.

TWEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Nota bejaardenbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1975. Tweede Kamer, zitting 1974-1975, 13 463, nrs. 1-2.

VALLERON, A.J. e.a. A computer network for the surveillance of communicable diseases: the French experiment. Amer. J. Publ. Health 76 (1986) 1289-92

VANDENBROUCKE, J.P. The causes of cancer: een miasmatheorie voor het einde van deze eeuw? Med. Cont. 44 (1989) 791-792

VOORLOPIGE RAAD VOOR HET OUDERENBELEID. Voorkomend ouderenbeleid; advies over het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid en de discussienota 'Veroudering en Preventie'. Rijswijk, 1989.

WATER, H.P.A. VAN DE, W. DAVIDSE, G. VAN DER FELTZ & M. KASTELEIN. Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Keuze van onderwerpen. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, oktober 1989.

WATER, H.P.A. VAN DE, W. DAVIDSE, G. VAN DER FELTZ & M.I.M. SCHUURMAN. Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: Uitvoerbaarheidsstudie. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1988.

WATER, H.P.A. VAN DE. Bouwen aan Basisgezondheidszorg: over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1989.

WET BESTRIJDING INFECTIEZIEKTEN EN OPSPORING ZIEKTE-OORZAKEN. Nederlandse Staatswetten; editie Schuurman & Jordes. 9e druk. Bewerkt door P.R. Lugthart. Zwolle, W.E.J. Tjeenk Willink, 1980.

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. De ongelijke verdeling van gezondheid; verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. Ruimte voor Groei; rapport aan de regering nr. 29. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. Ordening en sturing in de ouderenzorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.

WIERINGEN, J.C.M. VAN, S.J.M. BELLEMAN & F.P. KONING VAN DE BERG VAN SAPAROE. Scenarioproject Amsterdam. Zorg voor ouderen: Amsterdam anno 2010, achtergrondstudie. Amsterdam, GG & GD, 1988.

WIJLHUIZEN, G.J. & V.A. GÜTTINGER. Menselijk gedrag en veiligheid in de privésfeer; een programmerende studie. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1989.

WILTERDINK, J.B. Mazelen. In: J. Huisman (red). Immunisatie tegen infectieziekten. Alphen a/d Rijn/Brussel, 1984.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Infectious diseases in Europe - a fresh look. Copenhagen, 1984.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen, WHO, 1985.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Weekly epidemiological record 64 (1989) 22 september.

WULP, M., H. TE BAERTS, J. EVERS DIJK & P. MEYER. Cursusboek MBvO-opleidingen. Utrecht, Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen, 1988.





## BIJLAGE

**Tabel 1** Totale sterfte en totale aantallen verpleegdagen in algemene ziekenhuizen per 100.000 mannen respectievelijk vrouwen van 65-79 jaar, 1985

65-79 jaar	mannen	vrouwen
sterfte	4.850	2.401
verpleegdagen	404.685	347.272
80 jaar en ouder	mannen	vrouwen
sterfte	15.381	10.775
verpleegdagen	577.813	533.391

**Tabel 2** Aandeel van de belangrijkste hoofddiagnosegroepen aan het totale aantal verpleegdagen, in de leeftijdsklasse 65-79 jaar, 1985

Mannen 65-79 jaar		Vrouwen 65-79 jaar	
1. Hart-vaatziekten	28%	1. Hart-vaatziekten	21%
2. Nieuwvormingen	18%	2. Nieuwvormingen	14%
3. Ziekten Ademhalingswegen	9%	3. Aandoeningen Bewegingsstelsel	12%
4. Ziekten Spijsverteringsstelsel	9%	4. Ongevallen/vergiftigingen	10%
5. Ziekten Urogenitaalsysteem	7%	5. Ziekten spijsverteringsstelsel	9%

**Tabel 3** Aandeel van de belangrijkste hoofddiagnosegroepen aan het totale aantal verpleegdagen, in de leeftijdsklasse 80 jaar en ouder, 1985

Mannen > 79 jaar		Vrouwen > 79 jaar	
1. Hart-vaatziekten	24%	1. Hart-vaatziekten	23%
2. Nieuwvormingen	16%	2. Ongevallen/vergiftigingen	18%
3. Ziekten Spijsverteringsstelsel	10%	3. Nieuwvormingen	10%
4. Ziekten Ademhalingswegen	9%	4. Ziekten Spijsverteringsstelsel	10%
5. Ongevallen/vergiftigingen	9%	5. Aandoeningen Bewegingsstelsel	7%

**Tabel 4** Rangorde van het aantal verloren levensjaren naar doodsoorzaken; mannen en vrouwen, 65-79 jaar, 1981-1985

<u>Mannen, aantal verloren levensjaren x</u> <u>1000</u>		<u>Vrouwen, aantal verloren levensjaren x</u> <u>1000</u>	
1. Hart-vaatziekten	614	1. Hart-vaatziekten	554
2. Nieuwvormingen	464	2. Nieuwvormingen	350
3. Ziekten ademhalingswegen	103	3. Ziekten ademhalingswegen	46
4. Ziekten spijsverteringsstelsel	36	4. Ziekten spijsverteringsstelsel	40
5. Ongevallen/vergiftigingen	28	5. Ongevallen/vergiftigingen	32

**Tabel 5** Rangorde van het aantal verloren levensjaren naar doodsoorzaken; mannen en vrouwen, 80 jaar en ouder, 1981-1985

<u>Mannen, aantal verloren levensjaren x</u> <u>1000</u>		<u>Vrouwen, aantal verloren levensjaren x</u> <u>1000</u>	
1. Hart-vaatziekten	185	1. Hart-vaatziekten	314
2. Nieuwvormingen	86	2. Nieuwvormingen	95
3. Ziekten Ademhalingswegen	46	3. Ziekte Ademhalingswegen	43
4. Ziekten Spijsverteringsstelsel	13	4. Ziekten Spijsverteringsstelsel	27
5. Ongevallen/vergiftigingen	10	5. Ziekten Urogenitaalstelsel	20