

TOEKOMSTSCENARIO'S BASISGEZONDHEIDSZORG: UITVOERBAARHEIDSSSTUDIE

H.P.A. van de Water
W. Davidse
G. van der Feltz
M.I.M. Schuurman

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

maart 1988

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,50 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 88016.

© 1988 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
TNO Publikatienummer 88016.

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

blz.

LIJST VAN AFKORTINGEN	i
-----------------------------	---

LIJST VAN IN DIT RAPPORT GEHANTEERDE (WERK)DEFINITIES	iii
---	-----

SAMENVATTING	v
--------------------	---

1. INLEIDING	1
1.1. Aanleiding tot dit onderzoek	1
1.2. Doel en vraagstelling	1
1.3. Achtergrond voor deze studie.....	2
1.4. Enkele voorbeelden van BaGZ	3
1.5. Bij dit onderzoek ervaren problemen	5
1.6. Keuze voor functionele invalshoek	7
1.7. Gevolgde werkwijze bij de uitvoerbaarheidsstudie.	9
1.8. Opzet van deze rapportage	10

DEEL I

2. INHOUDELIJKE VERKENNING	13
2.1. Ontstaan van het begrip BaGZ	13
2.2. Enkele opmerkingen over de historie	14
2.3. Karakterisering BaGZ	16
2.4. Relatie BaGZ-volksgezondheidsbeleid	17
2.5. Doelstelling, functies, taken en randvoorwaarden.	20
2.5.1. Doelstelling	20
2.5.2. Functies van BaGZ	21
2.5.3. Taken	23
2.5.4. Randvoorwaarden	25
3. HUIDIGE BAGZ	26
3.1. BaGZ en BaGD'en	26
3.2. BaGZ-instellingen/organisaties	27
3.3. Omvang van de BaGZ in geld en arbeidskracht	28
3.4. Relatie met de 1e en 2e lijn	29
3.5. Enkele kenmerken van de omgeving van de BaGZ	30
3.6. Indeling huidige BaGZ in werkterreinen	33
3.7. Enkele knelpunten in de huidige uitvoering van BaGZ	34

DEEL II

4.	MOGELIJKHEDEN VOOR SCENARIO-ONDERZOEK	39
4.1.	Opzet van scenario-onderzoek	39
4.2.	Doelstelling	40
4.3.	Doelgroepen	40
4.4.	Mogelijkheden voor scenario-onderzoek BaGZ.....	41
4.5.	BaGZ in twee dimensies	42
4.6.	Relaties met andere scenario-onderzoeken	45

DEEL III

5.	PLAN VAN AANPAK SCENARIO-STUDIE BASISGEZONDHEIDSZORG .	49
5.1.	Selectie van BaGZ-onderdelen	49
5.2.	Aanpak in drie fasen	51
5.2.1.	Fase 1: de basisstudie	52
5.2.2.	Fase 2: ontwerpen scenario's	52
5.2.3.	Fase 3: uitwerking	54
5.3.	Te verwachten resultaten	55
5.4.	In het onderzoek te betrekken bronnen	56
5.5.	Samenstelling scenariocommissie	56

GERAADPLEEGDE EN VOOR VERDER ONDERZOEK RELEVANTE

LITERATUUR	59
------------------	----

Bijlage 1.	Lijst van à titre personnel geraadpleegde deskundigen	69
Bijlage 2.	De plaats van de begrippen gezondheidsbewaking, -bescherming en -bevordering t.o.v. de BaGZ-functies	70
Bijlage 3.	Enkele cijfers over de omvang van de BaGZ in geld en menskracht	71

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGZ	algemene gezondheidszorg
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
BaGD	basisgezondheidsdienst
BaGZ	basisgezondheidszorg
BGZ	bedrijfsgezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHT	congenitale hypothyreoïdie
DGD	districtsgezondheidsdienst
DG & GD	districts geneeskundige- en gezondheidsdienst
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschap- pelijk Welzijn
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst (ook gewestelijke gezondheidsdienst)
GG & GD	gemeentelijke geneeskundige- en gezondheidsdienst
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
JGZ	jeugdgezondheidszorg
NIPG/TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheids- zorg/TNO
PKU	phenylketonurie
PORS	Privé-Ongevallen Registratie Systeem
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu- hygiëne
SCV	Stichting Consument en Veiligheid
SIG	Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VTO	vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen
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.

BaGZ-taken: operationalisatie van BaGZ-functies op uitvoeringsniveau (en dus aan organisaties of instellingen verbonden).

Basisgezondheidszorg (BaGZ): dat 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.

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 zorg en collectief preventieve gezondheidszorg.

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

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

Preventie: het voorkómen van ziekten door het bevorderen van volksgezondheid (verminderen risico's, bevorderen gezondheidgedrag, creëren van voorwaarden voor gezond bestaan) en 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 en zouden kunnen leiden.

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

SAMENVATTING

De hier gerapporteerde studie, uitgevoerd op verzoek van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, betreft de uitvoerbaarheid van scenario-onderzoek op het terrein van de basisgezondheidszorg (BaGZ). In deel I van dit rapport wordt het begrip BaGZ inhoudelijk verkend en wordt de huidige BaGZ beschreven. Deel II behandelt de mogelijkheden voor scenario-onderzoek en deel III bevat een plan van aanpak voor een scenario-studie BaGZ.

In deze studie is de BaGZ benaderd vanuit de vraag welke functies deze moet vervullen. Omdat de BaGZ-functies niet eerder zijn gedefinieerd, is aan het formuleren daarvan veel aandacht besteed. Hiermee is het vastleggen van een geaccepteerd vertrekpunt voor het ontwikkelen van toekomstscenario's nagestreefd.

De hoofdfuncties van de BaGZ zijn de voorbereiding en uitvoering van collectief preventieve programma's. BaGZ wordt gekenmerkt door het actief aan de bevolking (collectief) aanbieden van deze programma's, bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma, bevolkingsonderzoek of GVO-acties. BaGZ speelt tevens een rol bij het tot stand komen van collectieve preventie buiten de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld milieumaatregelen en veiligheid in het verkeer. De studie gaat ook in op taken van de BaGZ, randvoorwaarden bij de vormgeving en enkele knelpunten daarin.

Door ontwikkelingen in het overheidsbeleid, gewenste versterking van preventie en vormgeving van gezondheidsbeleid, is de BaGZ de laatste jaren sterk in beweging. Dit heeft o.a. geresulteerd in een nagenoeg compleet landelijk netwerk van basisgezondheidsdiensten. Bij BaGZ zijn echter veel meer organisaties betrokken, met werkgebieden die variëren van lokaal/regionaal tot nationaal

(bedrijfsgezondheidsdiensten, gezondheidsraad, GVO-samenwerkingsverbanden, kruiswerk, RIVM, staatstoezicht etc).

Geconcludeerd wordt dat scenario-onderzoek op het terrein van de BaGZ mogelijk is. Rekening houdend met o.a. relevantie, voorbeeldfunctie voor andere BaGZ-onderdelen, mogelijkheden tot beleidsmatige sturing en tot modelmatige beschrijving, worden enkele BaGZ-onderdelen voor scenario-onderzoek voorgesteld. Het gaat om één klassiek BaGZ-werkterrein, infectieziektenbestrijding, en één relatief nieuw gebied. Dit laatste onderdeel betreft in eerste instantie het bestuderen van voor de gezondheid kritieke fasen in de menselijke levensloop en de op de betreffende risicofactoren te richten collectief preventieve programma's. Voor de uiteindelijke scenariostudie zullen in een later stadium één of enkele levensfase-gebonden vraagstukken, bijvoorbeeld sociaal geriatrische problematiek, moeten worden geselecteerd.

Voorgesteld wordt een scenario-onderzoek uit te voeren in drie stappen. Allereerst een basisstudie waarin de uitgangssituatie voor de gekozen BaGZ-onderdelen nader wordt beschreven, vervolgens een stap waarin omgevings- en strategische scenario's worden ontworpen en tenslotte de uitwerking, waarbij omgevings- en strategische scenario's met elkaar in verband worden gebracht en op hun consequenties doordacht.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding tot dit onderzoek

Sinds 1983 functioneert de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). De taak van de STG is de overheid te adviseren over de toekomst van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. De overheid beoogt daarmee in haar beleid beter te kunnen anticiperen op toekomstige ontwikkelingen.

De STG geeft vorm aan haar taak door het laten opstellen van alternatieve toekomstbeelden op deelterreinen van de volksgezondheid of gezondheidszorg. Aan de hand van deze alternatieven kan een bewustere discussie plaats vinden over wenselijke beleidskeuzen en praktische vormgeving van dat beleid. Het is gebruikelijk dat de STG, vóórdat ze de opdracht geeft om toekomstbeelden te ontwikkelen, met een vooronderzoek nagaat of scenario-onderzoek op het betreffende deelterrein uitvoerbaar is.

Dit rapport doet verslag van de bevindingen van zo'n uitvoerbaarheidsstudie. Op 27 april 1987 verleende de STG aan het NIPG/TNO de opdracht een vooronderzoek 'Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg' (BaGZ) uit te voeren. Met deze studie werd op 1 september 1987 begonnen.

1.2 Doel en vraagstelling

De doelstelling van de uitvoerbaarheidsstudie is het aangeven van mogelijkheden voor scenario-onderzoek op het terrein van de BaGZ. De vraagstelling luidt: welke onderdelen van BaGZ kunnen zinvol in scenario-onderzoek worden opgenomen en hoe kan dit onderzoek worden uitgevoerd?

De uitvoerbaarheidsstudie dient te resulteren in een voorstel voor een scenario-project BaGZ, waarin onder andere moet worden aangegeven: te onderzoeken BaGZ-onderdelen, in het scenario-onderzoek bruikbare methoden, fasering van het onderzoek, bruikbare gegevensbronnen en aard van de samen te stellen begeleidingscommissie. Voorts is de uitvoerbaarheidsstudie bedoeld om inzicht te verwerven in lopende of reeds afgesloten (lange termijn) studies op het BaGZ-terrein in binnen- en buitenland.

1.3 Achtergrond voor deze studie

De maatschappelijke discussie die in de laatste decennia over gezondheid en gezondheidszorg is gevoerd, heeft geleid tot de wens van de overheid om meer dan voorheen een preventief volksgezondheidsbeleid te voeren en dit (zo mogelijk) te baseren op de waargenomen toestand van de volksgezondheid. Dit streven naar versterking van de preventie leidde onder andere tot: het nadrukkelijk onderscheiden van BaGZ naast 1e en 2e lijnszorg, het (nagenoeg) realiseren van een landelijk netwerk van Basisgezondheidsdiensten (BaGD'en) en het formuleren van 'gezondheidsbeleid'. Dit laatste, als beleidsvoornemen aangekondigd in de Nota 2000, betekent een heroriëntatie op gezondheid in plaats van gerichtheid op gezondheidszorgvoorzieningen.

Aan de BaGZ kent de overheid een belangrijke rol toe bij de uitwerking van het gezondheidsbeleid en het concretiseren van preventie. Het terrein van de BaGZ is dan ook sinds een aantal jaren volop in ontwikkeling.

Hieronder worden enkele voorbeelden van BaGZ gegeven. Lezers die bekend zijn met de BaGZ kunnen deze paragraaf overslaan.

Voorbeeld 1: Screening op CHT en PKU

Sinds 1981 respectievelijk 1984 worden zuigelingen in ons land vlak na de geboorte met de zogenaamde 'hielprik' onderzocht op phenylketonurie (PKU, een stofwisselingsstoornis) en congenitale hypothyreoïdie (CHT, aangeboren onvolgende schildklierfunctie). Screening op deze aandoeningen maakt zeer vroegtijdige behandeling mogelijk, waarmee onherstelbare schade van het centrale zenuwstelsel geheel of gedeeltelijk kan worden voorkomen. Het destijds voor deze screening ontworpen programma wordt nog steeds geëvalueerd en zonodig bijgesteld. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst met dezelfde hielprik op nog meer ziekten onderzocht kan worden.

Voorbeeld 2: Het rijksvaccinatieprogramma

Het rijksvaccinatieprogramma is bedoeld om zuigelingen, kleuters en schooljeugd te beschermen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten. Alle kinderen in ons land kunnen zich gratis (op rijkskosten) laten vaccineren tegen difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, bof, mazelen en rubella. Voor het toedienen van de vaccinaties wordt door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid een schema vastgesteld en zonodig steeds aangepast, waarin de gewenste leeftijd en het aantal prikken is vastgelegd. Het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van het rijksvaccinatieprogramma is een goed voorbeeld van een BaGZ-activiteit waarbij veel instellingen betrokken zijn: aangifte, registratie en contactopsporing betreffende het voorkomen van de ziekte (behandelend artsen, streeklaboratoria, RIVM, BaGD'en, Geneeskundige Inspectie), vaststellen entprogramma (RIVM, onderzoeksinstellingen, commissie van de Gezondheidsraad, Staatstoezicht), uitvoering entprogramma (entadministraties, consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters, schoolartsendiensten, huisartsen).

Voorbeeld 3: Een gerichte GVO-actie

Enkele jaren geleden werd in Den Haag ontdekt dat er weer rachitis (Engelse ziekte) voorkwam. Naar aanleiding van een signaal uit een ziekenhuis deed de GG & GD Den Haag een epidemiologisch onderzoek. Hieruit werd duidelijk dat het vooral kinderen van migranten waren, waarbij rachitis voorkwam. Om te voorkomen dat zich nog meer rachitis-gevallen zouden ontwikkelen heeft men een antirachitiscampagne opgezet. Hierin werkten verpleegkundigen en jeugdartsen van consultatiebureau's en schoolartsencentra samen met huisartsen, kinderartsen en GVO-deskundigen (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding). Naast algemene voorlichting werden de GVO-activiteiten speciaal gericht op wijken met veel immigranten en op immigrantenkinderen die de spreekuren van de jeugdgezondheidszorginstellingen bezochten. Deze voorlichting betrof vooral het gebruik van Vitamine D. Sinds het begin van de actie daalde het aantal rachitisgevallen aanmerkelijk.

Voorbeeld 4: Lokaal gezondheidsbeleid

Uit onderzoek is gebleken dat er tussen buurten in Amsterdam aanzienlijke maar vrij constante gezondheidsverschillen bestaan. Buurten met verhoogde gezondheidsrisico's (gemeten in sterfte en ziekenhuisopnamen) kennen doorgaans een concentratie van ongunstige buurtkenmerken (sociaal-economische achterstand, veel oude woningen, weinig kamers per inwoner, demografische instabiliteit etc.). De GG & GD Amsterdam stimuleert nu dat er in deze stad op grond van de 'vastgestelde gezondheidstoestand' wordt nagedacht over de vraag hoe de gezondheidsrisico's in ongunstige buurten kunnen worden verminderd. Dit vraagstuk overstijgt het beleidsterrein volksgezondheid, omdat de meeste oplossingen waarschijnlijk buiten de gezondheidszorg zullen liggen. Voor effectieve maatregelen is het nodig om de (potentiële) gezondheidsbeïnvloeding vanuit allerlei beleidssectoren in overweging te nemen. Samen met andere gemeentelijke beleidsinstanties gaat de GG & GD momenteel na welke gezondheidsbevorderende maatregelen op gemeente- of buurtniveau mogelijk zijn. Daarnaast wordt er aan gewerkt om de bevolking van de buurten op de één of andere manier te betrekken bij en te motiveren voor het verbeteren van haar situatie. Zo hoopt men te komen tot een lokaal gezondheidsbeleid met breed gedragen programma's.

Geconstateerd mag worden dat de volksgezondheidstoestand in ons land relatief gunstig is. Dit is niet alleen te danken aan onze welvaart en het uitgebreide systeem van curatieve gezondheidszorg, maar is ook bereikt door een traditie van collectief preventieve maatregelen en voorzieningen: riolering, drinkwatervoorziening, consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters, schoolgezondheidszorg, vaccinatieprogramma's, vroegtijdige opsporing van ziekten, hygienisch toezicht, keuring van waren etc. Ondanks die belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid ondervindt de collectief preventieve gezondheidszorg echter weinig publieke belangstelling. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze sector van de gezondheidszorg niet uit één type organisatie bestaat, maar dat een veelheid aan instellingen en personen aan de collectief preventieve gezondheidszorg bijdraagt. De herkenbaarheid is daarmee kleiner dan die van 'het ziekenhuis' of 'de huisarts'. Ook in de waardering voor de opbrengsten staat de collectief preventieve sector vrij zwak. De baten doen zich vaak pas na langere tijd voor, waardoor het geheel een weinig spectaculaire aanblik oplevert. Pressiegroepen en patiëntenverenigingen opereren slechts met mate op dit terrein en ook voor politici kan de lange termijn minder interessant zijn.

Toch zal de collectief preventieve gezondheidszorg een belangrijke rol moeten blijven spelen bij het behoud van volksgezondheid in de toekomst en het aanpakken van 'nieuwe' problemen zoals de gezondheidsinvloeden van milieu-problemen, verdergaande urbanisatie, leefgewoonten, welvaartsziekten, ongelijke kansen op gezondheid, kwaliteit van het leven etc.

De volgende problemen, ervaren tijdens de uitvoering van dit vooronderzoek, hangen waarschijnlijk met het bovenvermelde samen:

a. Onduidelijke omschrijving van BaGZ

De BaGZ is een sector van de gezondheidszorg, waarvan de functies en samenhang nog nimmer geheel zijn vastgesteld (zie ook 2.1). Het ontbreekt tot nu toe aan een uniforme definitie van BaGZ*. Bij het ontwerpen van toekomstscenario's zal men echter van een geaccepteerde omschrijving van BaGZ moeten uitgaan. In dit rapport gaan we uit van de volgende werkdefinitie:

Onder BaGZ wordt verstaan dat deel van de volksgezondheidszorg, dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van collectieve preventie en de uitvoering van collectief preventieve gezondheidszorg.

Het gaat dus om dat deel van de gezondheidszorg dat collectief gericht is (op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daaruit) en preventief van aard (zie ook 2.3).

b. Organisatorische veelvormigheid

Organisatorisch gezien is de BaGZ pluriform. Vele organisaties dragen er aan bij op vele verschillende manieren. Sommige instellingen houden zich voor een groot deel met BaGZ bezig (bijvoorbeeld BaGD'en), maar ook instellingen/personen die hoofdzakelijk curatief bezig zijn (huisartsen bijvoorbeeld) kunnen basisgezondheidszorg uitvoeren. Op het moment dat huisartsen een bijdrage aan de collectief preventieve gezondheidszorg leveren worden ze hier gerekend tot de BaGZ (zie ook 3.4).

De rijksoverheid heeft de systematische organisatorische ontwikkeling van de BaGZ tot nu toe vooral geconcentreerd op één type

*Een werkgroep van de Kamer extramurale gezondheidszorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid houdt zich momenteel bezig met een begrips- en plaatsbepaling van de BaGZ. In het kader van de uitvoerbaarheidsstudie is van de gedachtenvorming bij deze werkgroep kennis genomen.

organisaties, nl. de BaGD'en. Sommigen zijn hierdoor gaan denken in institutionele termen en stellen BaGZ (ten onrechte) gelijk aan BaGD'en.

Het zal in ieder geval niet mogelijk zijn de gehele BaGZ te bestuderen vanuit slechts één of enkele organisaties.

c. Overgang van gezondheidszorg naar zorg

Collectieve preventie kan men onderscheiden in collectief preventieve gezondheidszorg en collectief preventieve zorg gericht op de volksgezondheid. Onder het laatste wordt hier verstaan programma's en maatregelen (buiten de gezondheidszorg zelf) die hun motivatie (o.a.) in de volksgezondheid vinden, maar die tot stand komen via andere beleidsterreinen dan volksgezondheid (facetbeleid). De BaGZ is niet de uitvoerder van deze collectief preventieve zorg, maar kan wel stimuleren tot en bijdragen aan de totstandkoming van die preventieve programma's (zie ook 3.5). In de praktijk wordt bovengenoemde scheidslijn meestal niet zo scherp getrokken. Voor het vooronderzoek is dit onderscheid evenwel van belang om vast te kunnen stellen hoe ver de werking van de BaGZ zich uitstrekt.

1.6 Keuze voor functionele invalshoek

Bij het nadenken over de toekomst ligt het voor de hand te abstraheren van de huidige praktijk en iets afstandelijker naar het te bestuderen onderwerp te kijken.

Een scenario-onderzoek BaGZ zou kunnen worden aangepakt vanuit de volgende invalshoeken:

1. de te bestrijden volksgezondheidsproblemen;
2. de structuur van de BaGZ;
3. de functies van de BaGZ (het raakvlak van 1 en 2).

ad. 1. Het ontwerpen van een toekomstbeeld van de collectief preventieve gezondheidszorg via de toekomstige inhoud van volksgezondheidsproblemen (infectieziekten, milieuproblematiek etc.), vereist grondige studie van deze problemen, in elk geval de belangrijkste. Net als bij de scenario's over ziektebeelden (hart-vaatziekten, kanker, chronische ziekten etc.) zou bestudering van de toekomstige ontwikkelingen vanuit verschillende invloedssferen (medisch biologisch, milieu, gedrag, demografie, gezondheidszorg) relevant zijn. Gezien de hoeveelheid onderzoek die alleen al voor de enkele hiervoor genoemde scenario's nodig was, is deze aanpak voor scenario-onderzoek BaGZ (en dus voor het gehele terrein van de volksgezondheid) onuitvoerbaar.

ad. 2. Voor de structuur geldt in het algemeen dat deze een afgeleide dient te zijn van het nagestreefde doel. Voorts is van belang dat het hier om toekomstonderzoek gaat, terwijl de huidige structuur historisch is bepaald: de vele organisaties die onder de noemer BaGZ bijeen zijn gebracht zijn namelijk sterk verbonden met de eigen (ontstaans)geschiedenis.

Om bovenstaande redenen is de structuur als invalshoek ongeschikt en dat brengt ons bij de laatste mogelijkheid.

ad. 3. Bij deze uitvoerbaarheidsstudie is gekozen voor een functionele benadering. Deze benadering heeft het voordeel dat ze de twee bovengenoemde invalshoeken met elkaar confronteert. Bovendien zijn de BaGZ-functies niet eerder gedefinieerd, terwijl ze wel richtinggevend zijn voor de toekomst.

Primair in de functionele benadering is de vraag welke functies de BaGZ moet vervullen teneinde volksgezondheidsvraagstukken het hoofd te kunnen bieden. Richtinggevend daarbij zijn de volksgezondheidsproblemen, secundair de daarvoor wenselijke structuur. Het streven is om BaGZ-functies te onderscheiden met algemene geldigheid, dus functies die uitgeoefend moeten worden ongeacht de inhoud van specifieke volksgezondheidsvraagstukken. Aldus geformuleerde functies maken bestudering van de werking van de

BaGZ aan de hand van één of enkele volksgezondheidsproblemen mogelijk.

1.7 Gevolgde werkwijze bij de uitvoerbaarheidsstudie

Tijdens het vooronderzoek is eerst veel aandacht besteed aan het uitwerken van definities, functies en samenhang van de BaGZ. Vervolgens zijn de mogelijkheden voor scenario-onderzoek geformuleerd en is een plan van aanpak opgesteld.

Daartoe zijn de volgende activiteiten verricht:

- a) bestudering van literatuur over beleidsontwikkelingen en onderzoek op het terrein van de BaGZ en relevante raakvlakken, alsmede een oriëntatie op de theorie van collectieve preventie;
- b) oriëntatie op literatuur betreffende lopend of afgesloten (lange termijn) onderzoek op het BaGZ-terrein in Nederland en in het buitenland d.m.v. on-line literatuur searches en het aanschrijven van enkele instanties (o.a. WHO Regional Office). Tot nu toe heeft dit géén scenario-studie op het BaGZ-terrein opgeleverd;
- c) raadpleging van andere onderzoekers en deskundigen (zie bijlage 1), o.a. door middel van een discussie-bijeenkomst;
- d) bestudering van methoden en technieken van scenario-onderzoek, speciaal voor wat betreft de toepasbaarheid op het terrein van de BaGZ;
- e) oriëntatie op suggesties voor de samenstelling van een begeleidingscommissie voor de scenario-studie BaGZ;
- f) opstellen van een onderzoeksplan voor een scenario-studie BaGZ.

1.8 Opzet van deze rapportage

Dit rapport bestaat uit drie delen.

Deel I bevat een inhoudelijke verkenning van de BaGZ. Deel II gaat in op de mogelijkheden voor scenario-onderzoek op dit terrein en de manier waarop dit kan plaats vinden. In deel III wordt een plan van aanpak voor een 'Scenario-onderzoek Basisgezondheidszorg' gepresenteerd.

De voor toekomstscenario's BAGZ relevant geachte literatuur over reeds uitgevoerd onderzoek of anderszins opgedane ervaringen, is vermeld in de literatuurlijst van dit rapport.

Ten gerieve van de lezer is voor in het rapport een lijst van gebruikte afkortingen en een overzicht van gehanteerde definities opgenomen.

D E E L I

2. INHOUDELIJKE VERKENNING

In dit hoofdstuk wordt de BaGZ inhoudelijk verkend. Kort wordt ingegaan op het ontstaan van het begrip BaGZ en de historie, daarna worden de kenmerken van BaGZ beschreven en een doelstelling geformuleerd. Vanuit die doelstelling en vanuit een beschouwing over de plaats van BaGZ in het volksgezondheidsbeleid worden de BaGZ-functies (programma-voorbereiding en programma-uitvoering) afgeleid. Tenslotte worden organisatorische randvoorwaarden aangestipt.

2.1 Ontstaan van het begrip BaGZ

De term 'Basisgezondheidszorg' is relatief nieuw. Het ermee bedoelde deel van de gezondheidszorg is dat slechts ten dele. Door invoering van de term BaGZ beoogde men een tot dan toe gegroeide verzameling van collectief preventief werkende instellingen onder één noemer te brengen. Het nieuwe was dat men die zorgsector vervolgens systematisch wilde uitbouwen.

Nadat de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) het echeloneringsbegrip (waaronder basisechelon) introduceerde, ontstond tijdens de ontwerpfase van de WVG de term BaGZ. In oorsprong lagen vooral herstructureringstendenzen aan het denken in deze termen ten grondslag. In de Nota Basisgezondheidsdiensten (1980) werd vervolgens de BaGZ in haar werkwijze gekarakteriseerd en werd aangegeven dat er vele verschillende instellingen (overheids en particuliere) bij de uitvoering van die zorg waren betrokken.

Deze Nota Basisgezondheidsdiensten markeert voorts het punt waarop het overheidsbeleid inzake de ontwikkeling van de BaGZ als sector van de gezondheidszorg, zich concentreert op de BaGD'en. Andere uitvoerders van BaGZ zijn tot nu toe niet syste-

matisch aan de orde gekomen. Via de WVG worden gemeenten wettelijk verplicht BaGD'en in stand te (doen) houden en worden taken van deze diensten vastgelegd. De Stimuleringsregeling BaGD'en bespoedigt de totstandkoming van een landelijk netwerk van BaGD'en en ook de Richtlijnen en Kwaliteitseisen voor de BaGZ zijn toegesneden op deze diensten.

Geconstateerd kan dus worden dat de inspanning van de overheid zich tot nu toe vooral heeft gericht op het voltooiën van het landelijk netwerk van BaGD'en. De in diverse overheidsstukken gegeven omschrijvingen van BaGZ zijn niet éénsluidend. De gehele BaGZ, als één functionele en samenhangende sector van de gezondheidszorg is dus nog onvoldoende gedefiniëerd.

Met het ontbreken van een algemeen geaccepteerde definitie van BaGZ, mist men een vast uitgangspunt voor het ontwikkelen van toekomstscenario's. Aangezien zo'n referentiepunt onmisbaar is, was het definiëren van BaGZ en het uitwerken van doelstelling, functie en taken wellicht het belangrijkste onderdeel van deze uitvoerbaarheidsstudie.

2.2 Enkele opmerkingen over de historie

Onderstaande schets laat zien hoe de omgeving van de BaGZ en de opvattingen over gezondheid in de tijd veranderen.

Zoals in 2.1 aangegeven bestaat het idee achter BaGZ al veel langer. Naast de zorg voor zieken, trof men ook vroeger maatregelen om de samenleving voor ziekten te vrijwaren. In de vorige eeuw legden de hygiënisten de basis voor de sociale geneeskunde in ons land. Zij streden voor verbetering van leefomstandigheden: riolering, huisvesting, hygiëne, voeding, werkomstandigheden, vermindering van armoede etc. In hun brede visie hadden vele omstandigheden invloed op de volksgezondheid. Kruisverenigingen, schoolartsendiensten en gemeentelijke geneeskun-

dige verzorging vinden in deze beweging hun oorsprong. De hygiënisten pleitten ook nadrukkelijk voor maatregelen buiten de gezondheidszorg zelf. Dit leidde tot instanties die de kwaliteit van bijvoorbeeld drinkwater of voedsel controleerden. Een aantal basisvoorwaarden voor bescherming van de volksgezondheid kreeg zo een vaste plaats in de maatschappij.

Door toenemende medisch-biologische kennis kwam in deze eeuw de infectieziektenbestrijding sterk in de aandacht. Zoals de ontwikkeling van antibiotica vanuit curatief oogpunt een grote stap voorwaarts was, was de introductie van vaccins dat uit preventief oogpunt. In vergelijking met de hygiënisten werd het blikveld van de preventieve gezondheidszorg in deze periode echter smaller en kreeg een medisch-technologisch accent. De zestiger jaren geven een verdere vernauwing van de optiek van de preventieve gezondheidszorg te zien. Met de opkomst van screeningsmethoden wordt de preventieve gezondheidszorg ongewild leverancier van de curatieve sector.

Daarna volgen opnieuw ontwikkelingen die de maatschappelijke kijk op gezondheid en gezondheidszorg veranderen: kritiek op het medische systeem door de kostenstijging; groeiend besef van de betekenis van onze omgeving door de milieuproblematiek; het in de huiskamers binnendringen van de grote gezondheidsproblemen van de wereld (armoede- en verdelingsvraagstukken in de derde wereld, verpaupering en sociale marginalisatie in wereldsteden, verspreiding van gedragsgebonden ziekten zoals AIDS etc.). Daarmee is o.a. een aanzet gegeven tot het besef dat men gezondheid niet alleen als doel maar ook als middel tot een zinvol bestaan kan beschouwen, een besef dat ook wordt uitgedragen in een nieuwe benadering van volksgezondheidsproblematiek door de Healthy Cities beweging.

De belangrijkste conclusie uit het bovenstaande is dat de dynamiek in de omgeving ook een dynamische opstelling van de BaGZ noodzakelijk maakt.

2.3 Karakterisering BaGZ

BaGZ kan als volgt gekarakteriseerd worden*:

- BaGZ is collectief d.w.z. gericht op de gehele bevolking of groepen daaruit. Dit collectieve ligt besloten in de doelen van BaGZ en niet noodzakelijkerwijs in de uitvoering van zorg. Zorg per individu verleend, maar bedoeld om systematisch een bepaalde groep te bereiken (screening of vaccinatie bijvoorbeeld) wordt dus gerekend tot de collectieve preventie.
- BaGZ is preventief. Het gaat om het voorkómen van ziekten en het bevorderen van volksgezondheid (wegnemen van risico's, bevorderen van gezond gedrag, creëren van voorwaarden voor een gezond bestaan).
- BaGZ is actief. In tegenstelling tot de curatieve gezondheidszorg, waar individuen met klachten de zorgverlening initiëren, is de BaGZ zelf de initiatiefnemer. BaGZ is geen reactieve, maar een actieve vorm van gezondheidszorg.
- BaGZ baseert zich op de volksgezondheidstoestand. De actief aangeboden programma's en activiteiten zijn gebaseerd op informatie over de toestand van de volksgezondheid. In beleidsstukken wordt hierbij veel nadruk gelegd op de epidemiologische analyse. Men realiseert zich dat dit niet de enige basis is. Ook volksgezondheidsproblemen die zich in het verleden hebben voorgedaan, kunnen de instandhouding van een programma (bijvoorbeeld vaccineren voor poliomyelitis) rechtvaardigen. Evenzo kunnen casuïstiek of kennis van risicofactoren als uitgangspunt dienen voor het ontwikkelen van activiteiten, bijvoorbeeld tegen het roken.

*Grotendeels ontleend aan de karakterisering in de Nota Basisgezondheidsdiensten.

- Tenslotte rekenen we BaGZ tot de gezondheidszorg. Hiermee wordt bedoeld het totaal aan voorzieningen dat de wetgever als geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg erkent. Dit punt vraagt enige toelichting. Ook buiten de gezondheidszorg wordt aan collectieve preventie ten gunste van de volksgezondheid gedaan. Te denken valt bijvoorbeeld aan GVO in het onderwijs en preventieve maatregelen in het verkeer of milieu. Deze vormen van collectieve preventie vallen niet onder de BaGZ, maar de BaGZ kan wel de initiator zijn bij het tot stand komen van dergelijke vormen.

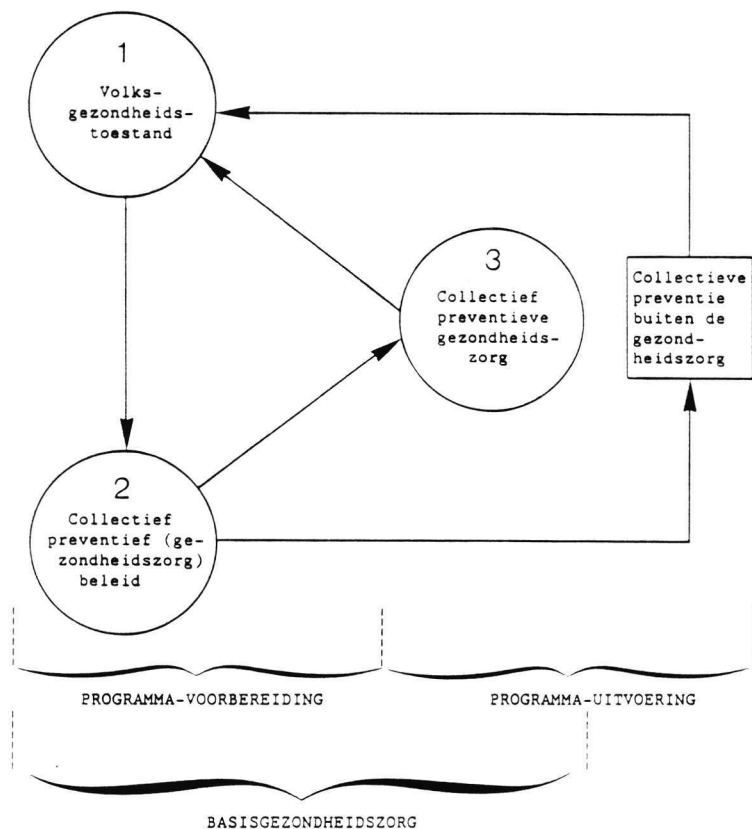
2.4 Relatie BaGZ-volksgezondheidsbeleid

Alvorens op de doelstelling en functies van BaGZ in te gaan een korte bespreking over de relatie tussen BaGZ en volksgezondheidsbeleid. Hierbij wordt er van uitgegaan dat, naast de eigen verantwoordelijkheid van burgers, de overheid de eerst verantwoordelijke is voor het gezondheidsbeleid dat de gehele bevolking omvat. De maatschappelijke bemoeienis met de volksgezondheidsproblematiek zal dus vooral via de overheid verlopen. Zij heeft de mogelijkheden om zich een beeld van de volksgezondheid te vormen, de bevoegdheid om te beslissen over besteding van collectieve middelen en de autoriteit om vanuit collectief belang maatregelen te treffen die het individu in zijn vrijheid kunnen beperken. Wel moet men zich realiseren dat ook in de taakopvatting van de overheid veranderingen kunnen optreden. Onder overheid dient men in dit verband niet alleen de rijks-overheid, maar ook de lagere overheden te verstaan.

Bij de bespreking van het volksgezondheidsbeleid laten we de curatieve gezondheidszorg (reactieve gezondheidszorg) buiten beschouwing en beperken we ons tot de collectief preventieve gezondheidszorg (actieve gezondheidszorg).

De kern van een op de gezondheidstoestand van de bevolking gebaseerd volksgezondheidsbeleid is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1. Schematische weergave van een op de gezondheidstoestand van de bevolking gebaseerd volksgezondheidsbeleid



Het volksgezondheidsbeleid is, evenals het beleid op andere terreinen, op te vatten als een cyclisch proces. Inzicht in de volksgezondheidstoestand geeft aanleiding tot doelstellingen voor een collectief preventief volksgezondheidsbeleid. Om deze doelstellingen te bereiken moet worden gekozen voor programma's en maatregelen, hetzij binnen de gezondheidszorg, hetzij buiten de gezondheidszorg. Via beide wegen beoogt men de volksgezond-

heidstoestand in gunstige zin te beïnvloeden en daarmee begint de cyclus opnieuw.

Het in deze cyclus weergegeven principe gaat uiteraard zowel op voor het volksgezondheidsbeleid op nationaal niveau, als voor het volksgezondheidsbeleid dat bijvoorbeeld in een gemeente wordt gevoerd. Op beide bestuursniveau's gaat het om een steeds opnieuw afstemmen van de te nemen maatregelen op de zich voordoende problemen en daarmee verbonden risicofactoren.

Het in figuur 1 weergegeven proces valt vanuit de BaGZ gezien uiteen in twee onderdelen:

- a. de programma-voorbereiding (de stappen 1 en 2)
- b. de programma-uitvoering (stap 3)

Van deze twee is de programma-voorbereiding de motor van het systeem, die zorgt voor continue aanpassing van de programma-uitvoering aan een veranderende omgeving. Bij die programma-voorbereiding zijn o.a. de volgende (medische) deskundigheden in het geding: bewaken van de volksgezondheid en signaleren van problemen, adviseren over de ernst van volksgezondheidsproblemen en de te nemen maatregelen gebaseerd op inzicht in causale relaties en interventiemogelijkheden, ontwerpen van programma's en maatregelen en deze evalueren op hun effect, adviseren over de meest geschikte uitvoering van zorg.

Evaluatie gebeurt op meerdere plaatsen in bovengenoemde cyclus. Het is impliciet onderdeel van zowel het ontwerpen als uitvoeren van programma's. Voorts vormt het hier weergegeven beleidsproces een evaluatiecyclus in zich, als gevolg van de maatschappelijke/politieke mogelijkheden om in het volksgezondheidsbeleid continue bij te sturen.

2.5 Doelstelling, functies, taken en randvoorwaarden

In het hiernavolgende zal worden nagegaan welke functies de BaGZ dient te vervullen om haar doelstelling in de toekomst te kunnen realiseren.

Onder functies worden hier verstaan globaal geformuleerde door de BaGZ te vervullen werkzaamheden, geabstraheerd van de praktische vormgeving. Over functies kan gedacht worden los van de vraag welke organisaties of instellingen bij de vervulling van die functies zijn betrokken.

Indien de functies vervolgens geoperationaliseerd worden op uitvoeringsniveau, dus verbonden aan bepaalde organisaties of instellingen, dan gebruiken wij de term taken (bijvoorbeeld de in de WVG genoemde taken van BaGD'en, de taken van de Kruisverenigingen of de taken van het Staatstoezicht).

Overigens zal in dit rapport niet uitvoerig bij de taken worden stilgestaan, omdat het er in de eerste plaats om gaat de BaGZ-functies duidelijk te krijgen.

Tenslotte wordt, ter completering van de trapsgewijze benadering in deze paragraaf, ingegaan op de randvoorwaarden die een rol spelen bij de uiteindelijke vormgeving van BaGZ.

2.5.1 Doelstelling

Vanuit de in 2.3 gegeven karakterisering en de bespreking in 2.4 over de relatie met het volksgezondheidsbeleid komen we, in aansluiting op de in 1.5 geformuleerde werkdefinitie, tot de volgende doelstelling voor BaGZ:

De BaGZ heeft tot doel 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.

Deze doelstelling zelf behoeft o.i. geen nadere toelichting. Wel lijkt het zinvol de betekenis van de begrippen gezondheidsbewaking, -bescherming en -bevordering te verduidelijken in het licht van de hier gekozen benadering (zie bijlage 2).

2.5.2 Functies van BaGZ

In figuur 1 werd al aangegeven dat er voor het realiseren van collectief preventief volksgezondheidsbeleid twee functies vervuld moeten worden: programma-voorbereiding en programma-uitvoering.

Een eerste voorwaarde voor het totstandkomen van een samenhangend beleid is dat er systematisch gewerkt wordt aan het pakket van uit te voeren programma's*. Dit moet immers actief aan de bevolking worden aangeboden.

De programma-voorbereiding en de programma-uitvoering worden hier opgevat als BaGZ-functies, die voortvloeien uit de doelstelling van BaGZ. De programma-voorbereiding is de belangrijkste functie van de BaGZ, omdat dit een voorwaardelijke stap is voor de programma-uitvoering zowel binnen als buiten de BaGZ. Let wel, het gaat hier om de voorbereiding van collectief preventieve programma's en maatregelen (eventueel van alternatieven) en niet om de uiteindelijke beleids- of politieke keuzen. Het is hier niet de bedoeling in te gaan op de manier waarop de discussie en besluitvorming door overheid/maatschappij en politiek plaats vindt. Wel kan geconstateerd worden dat de BaGZ met

*Het woord programma wordt hier gebruikt om de systematische werkwijze te benadrukken. Qua omvang kunnen de programma's uiteenlopen van zeer veelomvattend tot slechts één activiteit.

het uitvoeren van de programma-voorbereidingsfunctie de (politieke/maatschappelijke) discussie over het te voeren volksgezondheidsbeleid kan voeden met inzichten in de gezondheidstoestand, met kennis van determinanten van gezondheid, met gegevens over van programma's te verwachten effecten etc.

Binnen de programma-voorbereidingsfunctie van de BaGZ kan men drie subfuncties onderscheiden, die ook methodologisch verschillende eisen stellen.

1. Signaleren van volksgezondheidsproblemen: bewaken van de volksgezondheid, epidemiologische analyses. Omvat ook bewustmaking;
2. Adviseren (gevraagd en ongevraagd): over de ernst van problemen en mogelijke oplossingen. Dit betekent ook het vanuit de BaGZ stimuleren van oplossingen binnen de gezondheidszorg en daarbuiten;
3. Ontwikkeling van (alternatieve) programma's om de keuze van zo optimaal mogelijke oplossingen te realiseren.

De uitvoering van de door de BaGZ ontwikkelde programma's noemen we hier de programma-uitvoering. Deze zal moeten plaats vinden op de daartoe meest geschikte plaats, ongeacht of dit één of meerdere organisaties betreft, dan wel binnen of buiten de gezondheidszorg geschiedt. Ontwikkeling van buiten de gezondheidszorg uit te voeren collectief preventieve programma's (die voor de volksgezondheid wellicht van grotere betekenis zijn dan programma's/maatregelen binnen de gezondheidszorg) zal overigens in nauwe samenspraak met andere instanties moeten plaats vinden (bijvoorbeeld een GVO-actie ter bestrijding van alcoholmisbruik bij jeugdigen) of na een aanvankelijk signaal en advies vanuit de BaGZ door andere instanties kunnen worden overgenomen (bijvoorbeeld maatregelen ter verhoging van de verkeersveiligheid).

Resumerend worden de BaGZ-functies en subfuncties als volgt geformuleerd:

1. Programma-voorbereiding
 - a. Signaleren
 - b. Adviseren
 - c. Programma-ontwikkeling
2. Programma-uitvoering

2.5.3 Taken

Over de hierboven genoemde BaGZ-functies kan men spreken onafhankelijk van de vraag hoe deze organisatorisch vorm moeten krijgen. Uit deze functies kunnen de taken op uitvoeringsniveau worden afgeleid. Voor het opstellen van toekomstscenario's is dit eerst zinvol na heroriëntatie op de te verwachten volksgezondheidsproblematiek. Dit zal in het eigenlijke scenario-onderzoek plaatsvinden. Daarom wordt hier volstaan met in beeld te brengen hoe huidige BaGZ-taken zich tot de hier onderscheiden functies verhouden. Het gaat hierbij om een indruk en niet om een volledige weergave.

Veel BaGZ-instellingen verrichten uitvoerende taken t.a.v. meerdere functies. Van de in de WVG genoemde wettelijke taken van BaGD'en en de in de Richtlijnen en Kwaliteitseisen genoemde activiteiten* hebben sommige betrekking op één van de in 2.5.2. genoemde functies, andere op meerdere tegelijk, bijvoorbeeld:

Onder 1a (programma-voorbereidingsfunctie: signaleren)

- de epidemiologische taak
- bepaling aard van (dreigende) schade aan de volksgezondheid.

*In de Richtlijnen en Kwaliteitseisen functies genoemd.

Onder 1b (programma-voorbereidingsfunctie: adviseren):

- adviseren aan gemeente/provincies
- stimuleren van besluitvorming of voorzieningen ter opheffing of beperking van gebleken risico's
- adviseren bij bestuurlijke besluiten over het leefmilieu
- adviseren over gewenste aard, omvang en samenhang van preventieve voorzieningen.

Onder 1c (programma-voorbereidingsfunctie: programma-ontwikkeling):

- bevorderen van maatregelen op het gebied van de hygiëne en psycho-hygiëne
- bijdragen aan de opzet en invoering van (door de minister) aangewezen bevolkingsonderzoek
- bijdragen aan ontwikkeling en uitvoering van educatie en voorlichting over gezondheidsaspecten etc.
- systematische bevordering van een zo groot mogelijke participatie van jeugd-gezondheidszorg in de tandzorg.

Onder 2 (programma-uitvoering):

- het verrichten van sanitaire controle en andere technische hygiënische zorg
- bijdragen aan de uitvoering van GVO
- groepsgerichte tandheelkundige zorg inclusief tandheelkundige GVO.

Sommige van de in de beleidsstukken genoemde taken hebben betrekking op meerdere of alle BaGZ-functies, bijvoorbeeld:

- verrichten van werkzaamheden in het kader van de collectief gerichte preventieve zorg van jeugdigen en andere risicogroepen
- systematische vroege opsporing en tijdige onderkenning van relevante ontwikkelingsstoornissen en gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren in het kader van de JGZ en het op grond daarvan adviseren, verwijzen en/of bevorderen van maatregelen.

2.5.4 Randvoorwaarden

Bij de operationalisering van functies in taken op instellingsniveau is een aantal randvoorwaarden van zodanig belang, dat er bij de toekomstige ontwikkeling van BaGZ zonder meer rekening mee moet worden gehouden. Bij scenario-onderzoek zullen t.a.v. deze randvoorwaarden keuzen moeten worden gemaakt bij het opstellen van alternatieve toekomstbeelden.

1. besturing: bestuurlijke vormgeving, wettelijke regeling, bestuursniveau's (nationaal, regionaal, lokaal), afstemming bevoegdheden etc.
2. organisatie: organisatiestructuren, management, personeelsformatie, schaalgrootte etc.
3. financiering: financieringssysteem, bronnen, kanalen etc.
4. informatievoorziening: bronnen, toegankelijkheid, bewakingsmogelijkheden, privacyregels etc.
5. deskundigheid: opleiding, bij- en nascholing, kwaliteitsbevordering, expertise-ontwikkeling etc.

3. HUIDIGE BaGZ

In het voorgaande hoofdstuk is een functionele omschrijving van BaGZ beargumenteerd. Bij het in beeld brengen van de huidige BaGZ ontkomt men echter niet aan een beschrijving in institutionele termen. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke instellingen bij de huidige vervulling van de BaGZ-functies zijn betrokken. De pluriformiteit van de BaGZ komt zowel naar voren bij de opsomming van instellingen/organisaties, als bij een poging om inzicht te geven in de financiële en arbeidscapaciteit die met BaGZ gemoeid is. Voorts wordt ingegaan op de relatie met de 1e en 2e lijn en op kenmerken van de omgeving van de BaGZ. Tenslotte wordt de BaGZ ingedeeld in werkerterreinen en worden enkele knelpunten t.a.v. organisatorische randvoorwaarden genoemd.

3.1 BaGZ en BaGD'en

In het vorige hoofdstuk zijn de functies van de BaGZ beschreven. Velen zullen overigens bij BaGZ nog in instituties denken, gestimuleerd door de herstructurering die ten grondslag lag aan het ontstaan van de term Basisgezondheidszorg en versterkt door de Nota Basisgezondheidsdiensten en de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten.

Met name zullen velen bij BaGZ denken aan de lokaal-regionaal georiënteerde BaGD'en. Binnen de BaGZ wordt aan deze diensten een belangrijke plaats toegekend. Geleidelijk ontwikkelen de BaGD'en zich in de richting van de programma-voorbereidingsfunctie (bijvoorbeeld door uitbouw van de epidemiologische taak die hier onder de signaleringsfunctie wordt gerekend), maar het accent van de werkzaamheden ligt nog sterk op de uitvoering. De uitvoerende taken van BaGD'en omvatten ook eenheden die niet tot de collectieve preventie behoren, zoals ambulancevervoer, lijk-

schouwing en advisering aan de Gemeentelijke Sociale Diensten over de arbeidsgeschiktheid van personen. Hieruit blijkt dat er, naast de wensen van de rijksoverheid omtrent de vervulling van BaGZ-functies door BaGD'en, andere legitieme claims (historisch gegroeide, wettelijke en lokaal wenselijke taken) op deze organisaties* worden gelegd.

3.2 BaGZ-instellingen/organisaties

Met de in hoofdstuk 2 beschreven BaGZ-(sub)functies als indelingscriteria, blijken veel instellingen/organisaties tot de BaGZ gerekend te kunnen worden. Evenals bij de BaGD'en bestaat doorgaans slechts een deel van hun werkzaamheden uit BaGZ. Te denken valt naast de BaGD'en o.a. aan het Kruiswerk (bijv. adviseren op de consultatie-bureau's voor zuigelingen en kleuters, thema-gerichte voorlichting), het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (bijv. aangiftesysteem besmettelijke ziekten), Commissies van de Gezondheidsraad (bijv. Rijksvaccinatieprogramma), Bedrijfsgezondheidsdiensten, GVO-samenwerkingsverbanden, RIAGG's, RIVM (bijv. landelijk meetnet luchtverontreiniging), Stichting Consument en Veiligheid etc.

De manier waarop een aantal van deze organisaties werkt, verschilt vaak van regio tot regio. Voor het opstellen van toekomstscenario's zal het relevant zijn het waarom van deze verschillen te kennen en er rekening mee te houden dat niet elk gebied in Nederland dezelfde oplossing vraagt.

*Vóór de introductie van de term BaGD droegen deze diensten de namen GG & GD, GGD, DG & GD of DGD. Momenteel bestaat de neiging om onderscheid te maken tussen BaGD-taken (door de rijksoverheid opgelegde taken) en GGD-taken (gemeentelijke taken).

Het blijkt niet mogelijk te zijn om uit bestaande capaciteitsoverzichten een compleet beeld samen te stellen van de met de BaGZ gemoeide financiële middelen en menskracht. De reden hiervan is dat de BaGZ tot nu toe onvoldoende gedefiniëerd is, zodat er verschillende 'werkdefinities' in omloop zijn. In de Nota Basisgezondheidsdiensten bijvoorbeeld wordt de Gezondheidsbescherming (Keuring van Waren, Vlees en Drinkwater) tot de BaGZ gerekend. In het FOGM worden BaGZ en Gezondheidsbescherming naast elkaar vermeld. Samen met Bedrijfsgezondheidszorg worden zij in het FOGM tot de collectieve preventie gerekend. Het CBS hanteert weer een andere terminologie die gebaseerd is op exploitatie- en personeelscijfers van diensten. Kortom, de beschikbare gegevens zijn onvergelijkbaar en leveren een incompleet en gedeeltelijk overlappend beeld op. Onder voorbehoud van deze beperkingen worden in bijlage 3 enkele aan het FOGM en het CBS ontleende cijfers vermeld.

Indien men uitgaande van de in het voorgaande hoofdstuk geformuleerde BaGZ-functies toch een beeld van de omvang van de BaGZ wil geven, dan moeten buiten de hierboven vermelde bronnen dus nog allerlei andere kostenposten betreffende collectieve preventie worden achterhaald. In het kader van deze uitvoerbaarheidsstudie was dit niet mogelijk, zodat met een schatting moet worden volstaan. Naar wij schatten op grond van de in dit rapport geïntroduceerde BaGZ-functies, bedragen de totale kosten voor BaGZ tenminste 3% van de totale volksgezondheidsbegroting.

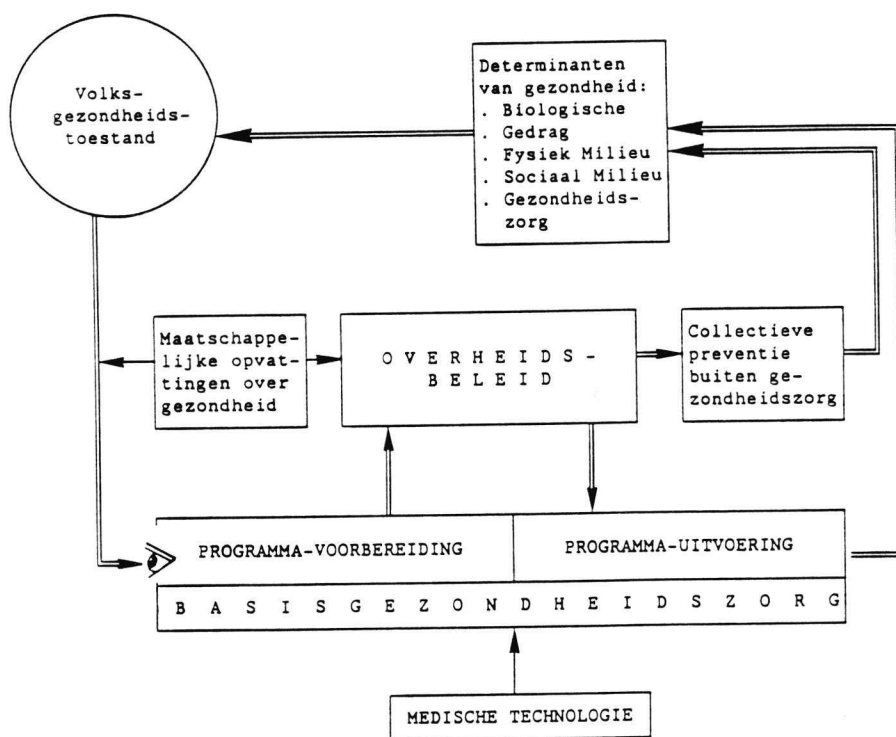
Gezien het op individuen en voornamelijk curatie gerichte karakter van de 1e en 2e lijn, kan men zich afvragen welke rol huisartsen en specialisten in de BaGZ kunnen hebben. Het gaat dus om collectieve en niet om individuele patiëntgebonden preventie. Die rol is er wel degelijk. Bijvoorbeeld door het doen van aanpakken meewerken aan de surveillance van infectieziekten, participatie in vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen (VTO) en screening op baarmoederhalskanker. In dit laatste voorbeeld moet dan wel sprake zijn van een systematisch op de doelgroep gerichte actie en niet van incidentele onderzoeken. Anders gezegd, een collectief preventieve actie als screening door bijvoorbeeld de huisarts impliceert dat deze ook aan de deelname door de bedoelde groep werkt en zich systematisch bezig houdt met maatregelen ter verlaging van de non-respons. Het is uiteraard een discussiepunt of huisartsen in dit opzicht, naast hun individuele patiëntgerichte optiek, een collectief gerichte motivatie aan de dag kunnen leggen.

Een andere manier waarop de 1e en 2e lijn van belang kunnen zijn voor de BaGZ betreft de informatie die in deze sectoren van de gezondheidszorg wordt vastgelegd. Voor het krijgen van inzicht in volksgezondheidsproblemen zou de BaGZ vaker van morbiditeitsgegevens uit de 2e, maar bovenal uit de 1e lijn gebruik kunnen maken. Het analyseren van die gegevens kan in de BaGZ gebeuren, zoals nu reeds in een aantal gevallen met gegevens van huisartsenpeilstations of van de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG) gebeurd.

De plaats van het proces van programma-voorbereiding en -uitvoering door de BaGZ t.o.v. de directe omgeving is sterk vereenvoudigd weergegeven in figuur 2. Omdat BaGZ actief moet worden aangeboden, is ze sterk afhankelijk van actoren in haar omgeving die dit aanbod bewerkstelligen. In 2.4 werd al gesteld dat dit vooral de overheid zal zijn.

Het schema van figuur 2 kan men beschouwen als een eerste modelmatige weergave van de BaGZ in haar omgeving. De in dit schema veronderstelde relaties zullen in het scenario-onderzoek verder uitgewerkt moeten worden.

Figuur 2. Schematische weergave van de belangrijkste omgevingsvariabelen van de BaGZ



De cyclus van een zich voortdurend aanpassend collectief preventieve programma-voorbereiding en -uitvoering is met de dikke pijlen aangegeven: waarnemen van de volksgezondheid en signaleren van volksgezondheidsproblemen, ontwikkelen van (alternatieven van) collectief preventieve programma's/maatregelen, beleidsbeslissing inhoudende een keuze van een bepaald collectief preventief gezondheidszorgprogramma of preventieve maatregelen buiten de gezondheidszorg, beïnvloeding van determinanten van gezondheid en daarmee van de volksgezondheid.

In de omgeving van de BaGZ is het volgende van belang:

- Volksgezondheidstoestand

Deze toestand en met name veranderingen daarin moeten worden waargenomen als eerste stap in de programma-voorbereiding. De manier waarop door de maatschappij naar gezondheid wordt gekeken is tijdsafhankelijk en beïnvloedt ook de waarneming door de BaGZ. Men denke aan de invloed van de door de WHO gelanceerde gezondheidsdefinitie of aan de toenemende milieuproblematiek die het zich bewust zijn van gezondheid in relatie tot het milieu heeft versterkt.

- Maatschappelijke opvattingen over gezondheid

Het maatschappelijk denken (paradigma) beïnvloedt de beleidskeuzen. De maatschappelijke rol van de BaGZ in de toekomst zal sterk afhangen van de opvattingen over gezondheid, van sociale en economische omstandigheden en van de mate van bereidheid iets over te hebben voor verhoging van de kwaliteit van het leven.

- Medische technologie

Allerlei denkbare maatregelen/oplossingen voor collectief preventieve gezondheidszorg zullen mede beïnvloed worden door medisch technologische ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het terrein van de vaccinproductie en opsporing van erfelijke afwijkingen. Maar ook algemene technologische ontwikkelingen, bijvoorbeeld met invloed op het fysieke mi-

lieu, zullen van belang zijn voor het instandhouden van voor de volksgezondheid voorwaardelijke condities.

- (Overheids)beleid

Dit is zoals gezegd een belangrijke variabele in de omgeving van de BaGZ omdat deze zorg actief aan de maatschappij moet worden aangeboden. Het valt overigens te betwijfelen of er (met uitzondering van enkele lucratieve onderdelen) een 'markt' aanwezig is voor collectief preventieve gezondheidszorg. Een belangrijk feit voor de BaGZ is, dat het idee is verlaten (zoals recent uit discussies in de Tweede Kamer bleek) dat preventie de curatieve gezondheidszorg goedkoper moet maken. De huidige opvatting is dat in de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking kwaliteit van het leven het eerste doel moet zijn.

- Collectieve preventie buiten de gezondheidszorg

Zoals eerder in dit rapport beschreven, vindt ook uitvoering van collectief preventieve programma's buiten de gezondheidszorg zelf plaats. Er zijn immers veel gezondheidsbeïnvloedende terreinen (bijv. welzijn, sociale zekerheid en werkgelegenheid). Het beleid op die terreinen is zelden expliciet op gezondheid gericht. Toch hebben ze alles te maken met het perspectief dat de mens in zijn leven nodig heeft en de daarmee samenhangende gevoelens van welbevinden. Het huidige in de Nota 2000 aangekondigde gezondheidsbeleid hecht veel waarde aan een afstemming tussen de diverse sectoren van overheidsbeleid inzake de volksgezondheid (facet-beleid). Het betreft hier momenteel meer een streven dan een realiteit. Van de BaGZ wordt verwacht dat zij de gegevens zal kunnen leveren die richting geven aan de discussie over intersectorale beleidsmaatregelen.

- Determinanten van gezondheid

Dit zijn de voor de gezondheid relevante invloedssferen, zoals ze ook worden genoemd in de Nota 2000. Het doel van

de BaGZ is uiteindelijk d.m.v. het in gunstige zin beïnvloeden van deze determinanten ook de volksgezondheid te bevorderen. Dit vraagt niet alleen inzicht in de manier waarop de determinanten op gezondheid ingrijpen, maar ook in de wijze waarop collectief preventieve (gezondheidszorg) programma's op de determinanten kunnen inwerken.

3.6 Indeling huidige BaGZ in werkterreinen

Een laatste vraag bij de beschrijving van de huidige BaGZ is hoe deze inzichtelijk kan worden verdeeld in onderdelen die bij de vaststelling van scenario-mogelijkheden behulpzaam kunnen zijn. Alhoewel het bij scenario-onderzoek om de toekomst gaat, dient men zich te realiseren dat die toekomst vanuit het heden bereikt zal moeten worden. Daarom wordt hier gezocht naar een indeling die een werkbare verbinding tussen het heden en de toekomst kan leggen.

In 3.2 en 3.3 bleek al dat de vele bij BaGZ betrokken instellingen zich niet eenvoudig in logische groepen laten indelen. Als men toch tot een overzichtelijke ordening van de huidige zorg wil komen, dan dienen zich meerdere in de praktijk gebruikte indelingscriteria aan. Geen van allen bieden ze echter een volledig bevredigende oplossing. Men kan de BaGZ verdelen naar:

1. werkterreinen: infectieziektenbestrijding, medische milieuhygiëne, jeugdgezondheidszorg, psychohygiëne, sportgezondheidszorg, arbeidsgezondheidszorg, sociale-geriatrie.
2. doelgroepen: jeugdige mens, werkende mens, sportende mens, ouder wordende mens (een duidelijk incomplete lijst zeker als gedacht wordt aan het bepalen van risicogroepen);
3. preventiemethoden: toezicht, interventie, vroege opsporing, voorlichting, periodiek onderzoek;

4. deskundigheden: sociaal-geneeskundigen AGZ, BGZ, JGZ, epidemiologen, medisch milieukundigen, GVO'ers, verpleegkundigen, beleidsmedewerkers etc.

Géén van deze indelingen doet de gehele BaGZ recht. Desalniettemin bieden ze wel mogelijkheden om een verband te leggen tussen de huidige situatie en de noodzakelijk te achten ontwikkelingen in de toekomst. De indeling naar werkterreinen lijkt hiertoe het meest geschikt. Deze heeft het voordeel dat het feitelijk een combinatie is van min of meer af te grenzen probleemvelden, deskundigheden en doelgroepen.

3.7 Enkele knelpunten in de huidige uitvoering van BaGZ

In de huidige situatie bestaan t.a.v de organisatorische randvoorwaarden enkele knelpunten die een meer samenhangende uitvoering van de BaGZ in de weg staan en daarom voor het vaststellen van scenariomogelijkheden relevante achtergrondinformatie zijn:

1. de bestuurlijke bevoegdheden over en organisatorische samenhang tussen BaGZ instellingen/organisaties en de verdeling in nationale, regionale of lokale niveau's is onvoldoende duidelijk, hetgeen een efficiënte afstemming van programma-voorbereiding en -uitvoering in de weg staat;
2. bij de huidige BaGZ-activiteiten zijn in overeenstemming met de pluriformiteit vrijwel alle denkbare vormen van financiering betrokken. Financiering kan een belangrijk sturingsmechanisme zijn bij de ontwikkeling van BaGZ (zoals blijkt uit de Stimuleringsregeling BaGD'en). Het is een vraag of, uiteraard gericht op inhoudelijke doelstellingen, van financiering als sturend instrument bij de ontwikkeling van BaGZ wel voldoende gebruik gemaakt wordt;

3. t.a.v. de informatievoorziening over de volksgezondheidstoestand (signalering) zijn weliswaar hoopvolle ontwikkelingen in gang gezet (ontwikkeling epidemiologie bijvoorbeeld), maar er wordt nog onvoldoende ingespeeld op nieuwe technische ontwikkelingen in communicatie en dataverwerking. Gegevens uit de eerste en tweede lijn zouden systematischer gebruikt kunnen worden als bronnen voor informatie over de volksgezondheid;
4. bij de collectief preventieve gezondheidszorg zijn vele typen deskundigheden in het geding. De ontwikkeling van sommige deskundigheden wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld epidemiologie, maar andere deskundigheden zoals advisering en programma-ontwikkeling krijgen te weinig aandacht. Vooral de programma-voorbereiding moet in opleiding en nascholing aandacht krijgen.

D E E L II

4. MOGELIJKHEDEN VOOR SCENARIO-ONDERZOEK

Dit hoofdstuk behandelt in het kort opzet, doelstelling en doelgroepen van scenario-onderzoek. Daarna wordt ingegaan op de vraag welke onderdelen van BaGZ voor scenario-onderzoek in aanmerking komen. De BaGZ wordt hiertoe beschouwd vanuit de dimensies functies en werkterreinen. Tenslotte wordt ingegaan op de relatie met andere scenario-onderzoeken.

4.1 Opzet van scenario-onderzoek

Onder scenario-onderzoek wordt hier verstaan 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.

Deze definitie bevat drie elementen die elk betrekking hebben op een verschillende fase van een scenario-studie:

- Begonnen wordt over het algemeen met een uitgebreide analyse van de huidige toestand (in dit rapport verder basisstudie genoemd);
- Daarna volgt het ontwerpen van enkele toekomstbeelden, die intern zo veel mogelijk consistent dienen te zijn (in het navolgende aangeduid als scenario-ontwerp-fase);
- Het derde element geeft de wegen aan waarlangs toekomstige toestanden bereikt kunnen worden, alsmede de (structurele) knelpunten die zich hierbij kunnen voordoen (in dit rapport uitwerkings-fase genoemd).

4.2 Doelstelling

In beginsel kan men scenario-onderzoek verrichten met verschillende doelen: exploreren van mogelijke toekomstige ontwikkelingen, toekomst-'voorspelling', strategie-ontwikkeling, opstellen van concrete beleidsaanbevelingen, stimuleren van discussie over een onderwerp etc.

Bij een scenario-onderzoek BaGZ gaat het niet om het voorspellen van toekomstige ontwikkelingen of het opstellen van concrete beleidsaanbevelingen, maar om visieverruiming en het op gang brengen van een discussie waarmee beter dan voorheen strategieën voor de toekomstige ontwikkeling van BaGZ kunnen worden ontworpen. De doelstelling voor een scenario-onderzoek BaGZ kan als volgt worden omschreven:

Scenario-onderzoek BaGZ heeft tot doel om inzicht te verschaffen in mogelijk toekomstige ontwikkelingen en daarmee bij te dragen aan de maatschappelijke discussie over de toekomst van de BaGZ en aan de onderbouwing van beleidsmaatregelen en concrete ontwikkeling van zorg op dit gebied.

4.3 Doelgroepen

Bij de vormgeving van een scenario-onderzoek is het van belang te weten voor wie de resultaten bestemd zijn.

Hoewel het scenario-onderzoek BaGZ in opdracht van de overheid geschiedt en deze dus één van de afnemers is, is het ook voor beleidsmakers bij de overheid van belang dat zaken die in de praktijk spelen en problemen die door de werkers in de BaGZ worden gevoeld, een plaats in het scenario-onderzoek krijgen. Voor het welslagen van overheidsbeleid in onze pluriforme maatschap-

pij, is het nodig dat dit beleid uiteindelijk door de werkers op alle uitvoeringsniveau's wordt gedragen. Hierbij moet niet alleen aan het nationale niveau gedacht worden, maar zeker ook aan het regionale en locale.

4.4 Mogelijkheden voor scenario-onderzoek BaGZ

Alvorens op de vraag in te gaan welke onderdelen van BaGZ zich nu voor scenario-onderzoek lenen, is het goed nog enkele punten uit het voorgaande te memoreren:

- De functies van de BaGZ zijn onvoldoende gedefinieerd. Over de ontwikkeling van BaGZ wordt tot nu toe eerder gedacht in institutionele termen, dan in functionele;
- De BaGZ wordt organisatorisch gekenmerkt door pluriformiteit, maar de door de overheid gestimuleerde organisatorische ontwikkeling van de BaGZ heeft zich in de afgelopen jaren nagenoeg beperkt tot het landelijk netwerk van BaGD'-en;

Logisch gezien zullen de functies eerder in aanmerking komen als uitgangspunt voor scenariostudies, dan organisaties en instellingen. Het gaat in de eerste plaats tenslotte om de toekomstige ontwikkeling van die functies. Hoe en waar de uitvoering plaats vindt is in beginsel secundair daaraan.

In de praktijk is de huidige organisatorische pluriformiteit van de BaGZ echter een gegeven, evenals het overheidsstreven om het zwaartepunt te leggen bij het landelijk netwerk van BaGD'en.

Bij de opzet van een scenario-onderzoek zal er daarom rekening mee gehouden moeten worden, dat de toekomstige ontwikkeling van BaGZ-functies haar beginpunt vindt in de huidige organisatie van de BaGZ (zie ook 3.6). Met andere woorden, het scenario-onderzoek zal een verbinding moeten leggen tussen de voor de toekomst

wenselijke functionele denkwijze en het huidige institutionele denken. Om deze reden zal bij scenario-onderzoek weliswaar de functionele benadering van BaGZ voorop staan, maar zal ook de indeling naar huidige werkterreinen bij de keuze worden betrokken.

4.5 BaGZ in twee dimensies

Ter verheldering van de keuzemogelijkheden voor scenario-onderzoek wordt de BaGZ hieronder ingedeeld naar de twee gezichtshoeken die bij de keuze zijn betrokken:

1. BaGZ-functies
2. BaGZ-werkterreinen

De BaGZ-functies en werkterreinen zijn weergegeven in een tweedimensionele kruistabel (figuur 3). Voor de overzichtelijkheid zijn de werkterreinen tot enkele voorbeelden beperkt.

Figuur 3. Onderdelen van de BaGZ gezien vanuit twee invalshoeken: BaGZ-functies (primaire invalshoek) en BaGZ-werkterreinen (secundaire invalshoek)

FUNCTIES	WERKTERRREINEN				
	Infectie- ziektenbe- strijding	Medische Milieu- hygiëne	Jeugdge- zondheids- zorg	Sociale geria- trie	etc.
I. Programma-voorbereiding					
a. Signaleren					
b. Adviseren					
c. Programma- ontwikkeling					
II. Programma-uitvoering					

Alvorens verder op de te maken keuzen in te gaan, dient de vraag gesteld of niet de gehele BaGZ onderwerp van studie kan zijn. Wij achten selectie van een beperkt aantal (voorbeeld)gebieden noodzakelijk om, gezien de voor een scenario-onderzoek ter beschikking staande tijd, vanuit de functionele invalshoek voldoende diepgravend te kunnen werken. Het zal immers nodig zijn om de volksgezondheidsproblematiek op de gekozen terreinen zo volledig mogelijk in beeld te brengen. Alle velden (onderdelen) uit figuur 3 betrekken in de scenario's is gezien de doelstelling van het scenario-onderzoek niet nodig. Verwacht mag worden dat het onderzoek van essentiële onderdelen inzichten voor de overige onderdelen zal verschaffen. Tenslotte is het denkbaar dat andere onderdelen nog op een later tijdstip onderwerp van vervolgonderzoek zullen zijn.

Bij de selectie van BaGZ-onderdelen (velden uit de tabel van figuur 3) is uitgegaan van de BaGZ-functies als de primaire invalshoek. De functies dienen daarom zo volledig mogelijk in het scenario-onderzoek betrokken te worden, maar het moet mogelijk zijn accenten te leggen. Dit kan plaatsvinden n.a.v. knelpunten in de randvoorwaarden (besturing, organisatie, financiering, informatievoorziening en deskundigheid). Deze randvoorwaarden zullen bij elk onderdeel nadrukkelijk worden bestudeerd, omdat verwacht mag worden dat de consequenties van de diverse scenario's ook in deze termen geformuleerd zullen moeten worden.

Voorts is rekening gehouden met de volgende criteria:

- de representativiteit t.o.v. andere BaGZ-onderdelen;
- het relatieve belang (omvang) van de betreffende problematiek;
- de mogelijkheid tot een in elk geval kwalitatieve, maar zo mogelijk ook kwantitatieve, modelmatige beschrijving;
- de mogelijkheid van beleidsmatige sturing;
- de beschikbaarheid van (registratie)gegevens;
- onderdelen waarvoor al scenario-studies gaande zijn, komen niet als eerste in aanmerking.

Na overleg met de geraadpleegde deskundigen wordt voorgesteld om als in het scenario-onderzoek te bestuderen onderdelen te kiezen:

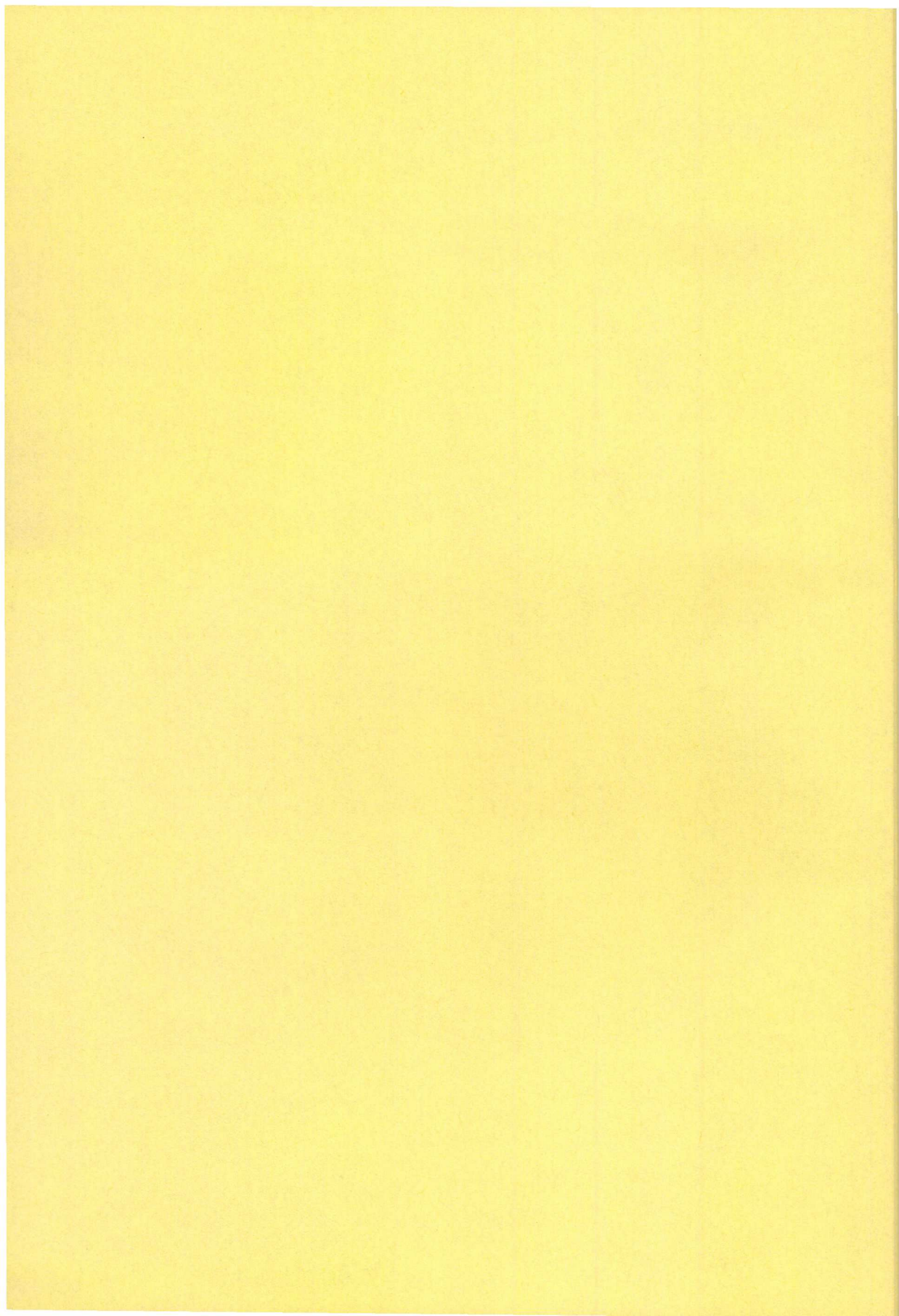
1. Eén klassiek BaGZ-werkterrein;
2. Eén onderdeel waar sprake is van een relatief nieuw volksgezondheidsvraagstuk en/of een nieuwe benaderingswijze.

Deze keuzen worden verder toegelicht in hoofdstuk 5.

Concluderend achten wij scenario-onderzoek op het terrein van de BaGZ mogelijk en een geschikte methode om een constructieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de BaGZ.

Toekomstscenario's BaGZ omvatten in principe ook gebieden die reeds onderwerp zijn van andere scenario-studies of daar raakvlakken mee hebben. Te denken valt aan geestelijke gezondheidszorg, arbeid en gezondheid, de eerstelijns-gezondheidszorg, milieu en gezondheid én het scenario-onderzoek naar leefwijzen. Het bestaan van deze studies was een argument om deze onderwerpen bij de keuze van BaGZ-onderdelen in eerste instantie uit te sluiten. Wel is evident dat het van belang is om het verloop van deze studies te volgen en de betekenis ervan voor BaGZ zo veel mogelijk reeds tijdens de scenario-studie BaGZ te bestuderen.

D E E L I I I



5. PLAN VAN AANPAK SCENARIO-STUDIE BASISGEZONDHEIDSZORG

In dit hoofdstuk wordt een plan van aanpak voor een scenario-onderzoek BaGZ beschreven. Voorgesteld wordt het onderzoek te richten op een beperkt aantal BaGZ-onderdelen. De uitvoering van het scenario-onderzoek wordt gedacht in drie fasen plaats te vinden: een basisstudie, een scenario-ontwerp-fase en een uitwerkingsfase. Voorts wordt in dit hoofdstuk ingegaan op bruikbare gegevensbronnen en de mogelijke samenstelling van de scenario-commissie.

5.1 Selectie van BaGZ-onderdelen

Uitgaande van de in hoofdstuk 4 beschreven criteria wordt voorgesteld de volgende BaGZ-onderdelen in een scenario-studie BaGZ op te nemen:

1. Infectieziektenbestrijding, met speciale aandacht voor de informatievoorziening t.a.v. de signaleringsfunctie

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, is een actueel vraagstuk. Enerzijds is er sprake van 'herleving' van de (met name gedragsgebonden) infectieziektenproblematiek (Legionairsziekte en AIDS bijvoorbeeld), anderzijds neemt het aantal ziekten waarvoor vaccins ontwikkeld worden snel toe als gevolg van medisch technologische vooruitgang.

Infectieziektenbestrijding is een concreet en gevarieerd werkterrein, waarbij veel gezondheidszorg-organisaties en instellingen, van locale tot 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 communicatieterrein van betekenis zullen blijken voor de signalering.

2. Vorbereiding en uitvoering van collectief preventieve programma's gericht op aangrijpingspunten in de menselijke levensloop, met speciale aandacht voor bestuurlijke en organisatorische samenhang

Deze keuze betekent het stellen van de vraag welke voor de gezondheid kritieke fasen zich in de menselijke levensloop voordoen. De ernst en omvang van problematiek naar levensfasen kan veranderen onder invloed van de omstandigheden, bijvoorbeeld toename van sociaal geriatrie problematiek door vergrijzing van de bevolking.

In beginsel betreft deze levensloopbenadering de gehele BaGZ en doorkruist alle werkterreinen. Ze omvat immers alle volksgezondheidsproblematiek, van prenataal tot aan de dood. Zoals reeds eerder vermeld is het niet mogelijk om alle problemen in scenario-onderzoek te betrekken. De levensloopbenadering heeft daarom allereerst tot doel om per levensfase een overzicht te krijgen van: de huidige en zo mogelijk toekomstige volksgezondheidsvraagstukken; de determinanten die daarbij een rol spelen; de voor collectieve preventie relevante aangrijpingspunten (deze kunnen in een eerdere levensfasen liggen dan die waarin de problematiek zich manifesteert en bovendien zal de organisatorische setting waarbinnen de doelgroepen te bereiken zijn waarschijnlijk per levensfase verschillen); de huidige collectieve preventie die reeds op deze problematiek is gericht

(en dus ook van de lacunes daarin) en de daarbij betrokken instellingen. Vervolgens zal een nadere keuze moeten plaats vinden voor één of enkele levensfasegebonden onderdelen. Deze onderdelen zullen dan diepgaander worden bestudeerd en in het ontwerpen van scenario's worden betrokken.

Het hier voorgestelde betekent een herbezinning op de huidige collectieve preventie en leent zich er voor om de mogelijkheden voor facetbeleid te bestuderen. Dit facetbeleid kan in beginsel zowel op nationaal, regionaal als lokaal niveau ontwikkeld worden. Het streven naar samenhang en afstemming tussen deze niveau's lijkt zinvol. Het lijkt immers niet efficiënt dat elke gemeente in Nederland eigen programma's ontwikkelt voor problemen die nationaal gelden. Een getrapte werkwijze (nationaal, regionaal, lokaal) bij het ontwikkelen van BaGZ-programma's kan de effectiviteit vergroten, maakt maximale aanpassing voor het eigen niveau mogelijk, maar stelt eisen aan de bestuurlijke en organisatorische vormgeving.

5.2 Aanpak in drie fasen

De drie onderzoeksfasen zouden als volgt kunnen worden uitgevoerd:

1. een basisstudie (12 maanden)
2. ontwerpen scenario's (12 maanden)
3. uitwerking (6 maanden)

5.2.1 Fase 1: de basisstudie

In de basisstudie zal t.a.v. de gekozen BaGZ-onderdelen, een gedetailleerde beschrijving worden gegeven van de volksgezondheidsproblemen die het betreft, de BaGZ-functies zoals die momenteel worden vervuld en zoals ze zich de laatste 10 jaar ontwikkeld hebben. Ook zal in kaart gebracht worden welke instellingen/organisaties deze functies uitvoeren.

Bij het tweede voorstel, de levensloopbenadering, zal n.a.v. een eerste overzicht nog tijdens de basisstudie en in overleg met TSG en scenariocommissie een keuze gemaakt worden voor één of enkele verder uit te werken gebieden.

Daarnaast zal een verkenning plaats vinden naar de wijze waarop min of meer met Nederland vergelijkbare landen hun collectief preventieve gezondheidszorg hebben ingericht. Deze informatie achten wij van belang voor het in de volgende fase formuleren van alternatieve strategieën. Bovendien kan ze nuttig zijn i.v.m. de te verwachten voortgang van de harmonisatie in de Europese Gemeenschap.

5.2.2 Fase 2: ontwerpen scenario's

In deze fase zullen twee typen scenario's ontworpen worden, namelijk omgevingsscenario's en strategische scenario's.

Onder omgevingsscenario's wordt hier verstaan alternatieve toekomstbeelden betreffende de omgeving van de BaGZ. Relevante ontwikkelingen in die omgeving zullen als uitgangspunt moeten dienen voor het opstellen van enkele contrasterende alternatieven (bijvoorbeeld centraal t.o. decentraal beleid).

Zonder op de omgevingsanalyse vooruit te lopen is het duidelijk dat het overheidsbeleid een dominante variabele in de omgeving

is. Gezien de overheidsverantwoordelijkheid voor BaGZ een begrijpelijke zaak. Dit betekent dat het overheidsbeleid ook voor de omgevingsscenario's een belangrijke variabele kan zijn.

Aan de hand van de omgevingsscenario's kan in de laatste fase van het scenario-onderzoek worden bestudeerd hoe de BaGZ zich onder alternatieve omstandigheden zou kunnen ontwikkelen.

Vervolgens worden strategische scenario's ontworpen. Hieronder wordt verstaan alternatieve toekomstbeelden betrekking hebbend op de manieren waarop de BaGZ haar doelstellingen kan nastreven. Strategische scenario's hebben dus het functioneren van de BaGZ zelf tot onderwerp. Ze dienen aan te sluiten bij de problemen die men in het veld van de BaGZ ervaart, teneinde de betrokkenheid van deze doelgroep te verzekeren.

Voor elk van de onder 5.1 gekozen combinaties zullen enkele alternatieve strategieën worden ontworpen, dus

- enkele alternatieven voor de infectieziektenbestrijding, met name t.a.v. de informatievoorziening daarbij;
- enkele alternatieven voor de aanpak van het (de) bij de levensbenadering gekozen vraagstuk(ken), met name t.a.v. de besturing en organisatorische vormgeving.

Deze alternatieven kunnen variëren van wenselijk tot onwenselijk (optimale versus minimale variant).

Nu reeds dient gezegd te worden dat in beide typen scenario's de nadruk meer zal liggen op kwalitatieve, dan op kwantitatieve gegevens. Van modellen zal gebruik worden gemaakt om de (kwalitatieve) samenhang van onderdelen te analyseren en in beeld te brengen. Het toepassen van rekenmodellen wordt op dit moment, gezien de aard van het onderwerp, niet waarschijnlijk geacht.

De gegevens die nodig zijn voor het ontwerpen van omgevings- en strategische scenario's zullen, behalve uit literatuuronderzoek, bestaande registratiesysteem, explorend veldonderzoek en bestu-

dering van buitenlandse sytemen, vooral afkomstig zijn van deskundigen. Om deze reden lijken Delphi-onderzoek en andere consultatievormen toepasbare methoden.

5.2.3 Fase 3: uitwerking

Tenslotte worden de omgevingsscenario's in verband gebracht met de strategische scenario's. In onderstaande figuur is hiervan een eenvoudig voorbeeld gegeven om de gedachten te bepalen.

Figuur 4. Schematische weergave van de confrontatie tussen omgevings-en strategische scenario's

Omgevings- scenario's	Strategische scenario's		
	strategie 1 (minimum.var)	strategie 2 (0-variant)	strategie 3 (maximum.var)
ontwikkeling 1			
ontwikkeling 2			

Deze confrontatie is in de eerste plaats gericht op verruiming van visie en niet alleen op oplossing van huidige knelpunten. Bestudering van strategische scenario's tegen de achtergrond van de verschillende omgevingsscenario's maakt het immers mogelijk zich een voorstelling te vormen van de consequenties van de diverse opties.

Het doel van de uitwerkingsfase is: te bepalen welke strategie het beste bij welk omgevingsscenario past, na te gaan wat de voor- en nadelen zijn van de diverse strategieën en te achterhalen welke knelpunten zich zullen voordoen als men de strategieën in de praktijk wil brengen.

5.3 Te verwachten resultaten

De resultaten die met het voorgestelde scenario-onderzoek BaGZ behaald kunnen worden luiden ten aanzien van de twee doelgroepen als volgt:

- beleidsmakers kunnen zien wat de invloed is van macro-beslissingen op het functioneren van de BaGZ; of omgekeerd welk macro-beleid vereist zou zijn teneinde een optimaal functionerende BaGZ(-onderdeel) te krijgen;
- de werkers in de BaGZ krijgen beter inzicht in wat voor het functioneren van de BaGZ vereist is; tevens wordt inzichtelijk gemaakt waar men zich bij wijzigende omstandigheden in de omgeving van de BaGZ het best op kan concentreren.

Naar verwachting zal de basisstudie alleen al een belangrijke bijdrage aan de discussie over de toekomstige BaGZ leveren.

Nader gespecificeerd gaat het voor het gehele scenarioproject om o.a. de volgende punten:

- een gedetailleerd inzicht in de huidige vervulling van BaGZ-functies op de onderzochte werkterreinen, de daarbij betrokken instellingen en eraan ten grondslag liggende ontwikkelingen;
- inzicht in de vormgeving van BaGZ in andere landen en de toepasbaarheid van buitenlandse oplossingen in Nederland;
- inzicht in functies en samenhang van de BaGZ op de onderzochte werkterreinen, maar waarschijnlijk ook toepasbaar daarbuiten;
- visieverruiming met betrekking tot mogelijke en/of wenselijke keuzen (strategiën) voor de toekomstige ontwikkeling van de BaGZ onder verschillende omstandigheden;
- inzicht in knelpunten die de BaGZ-ontwikkeling in de weg staan;

- verdiepte kennis omtrent de betekenis van organisatorische randvoorwaarden zoals besturing, organisatie, financiering, informatievoorziening en deskundigheid en de eisen die de toekomst t.a.v. deze voorwaarden kan brengen.

5.4 In het onderzoek te betrekken bronnen

BaGZ als systematische activiteit heeft in ons land nog slechts een korte traditie. Er is nog veel in ontwikkeling. Hierdoor en mede gezien de organisatorische pluriformiteit komen meerdere bronnen in aanmerking om in het scenario-onderzoek bestudeerd te worden. Te denken valt aan binnen- en buitenlandse literatuur, capaciteitsgegevens van het CBS betreffende voorzieningen, het FOGM en de daaraan ten grondslag liggende financiële gegevens, registratiesystemen betreffende mortaliteit en morbiditeit zoals CBS, SIG en het aangiftesysteem infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdingspectie, Privé-Ongevallen Registratie Systeem (PORS) van de Stichting Consument en Veiligheid (SCV), raadpleging van binnen- en buitenlandse deskundigen (bijv. via consultatie, Delphi-onderzoek) etc.

Het is in deze fase niet mogelijk al meer gespecificeerd uitspraken te doen over te raadplegen bronnen. Enkele relevante verwijzingen betreffende verricht/lopend onderzoek zijn reeds opgenomen in de literatuurlijst.

5.5 Samenstelling scenariocommissie

De scenariocommissie dient naar ons oordeel te bestaan uit leden die in de eerste plaats affiniteit voelen met het terrein van de BaGZ en die voorts deskundig zijn op een specifiek gebied. Zono-

dig kunnen immers op ad hoc basis specialisten benaderd worden voor specifiek deskundig advies.

Uitgaande van het plan van aanpak lijkt het raadzaam om in ieder geval de volgende deskundigheden in de commissie vertegenwoordigd te hebben: brede inhoudelijke deskundigheid op het terrein van de preventie, infectieziektenbestrijding, epidemiologie, informatiekunde, organisatiekunde, (openbare) bestuurskunde en GVO. De voorzitter moet bij voorkeur goed ingevoerd zijn op het BaGZ-terrein en op de hoogte zijn van het functioneren van het overheidsbeleid. De commissie zou uit niet meer dan zeven personen moeten bestaan.

GERAADPLEEGDE EN VOOR VERDER ONDERZOEK RELEVANTE LITERATUUR

ACHESON, R.M.

Community medicine : discipline or topic ? profession or endeavour ?

Community Med. 2 (1980) 2-6

ALGEMENE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SOCIALE GENEESKUNDE/LANDELIJKE VERENIGING VAN SOCIAAL GENEESKUNDIGEN.

Structuurrapport preventie.

T. Soc. Gezondheidsz. 63 (1985) 1045-1070

BECH, P.W.

Forecasts : opiates for decision makers.

A lecture to the third international symposium on Forecasting, Philadelphia, June 5-8th, 1983.

BELLEMAN, S.J.M.

De epidemiologische taak van de basisgezondheidsdiensten : eindverslag.

Amsterdam, Project Epidemiologie in Basisgezondheidsdiensten, 1987.

BIJL, R.V., E. KETTING.

Rapport vooronderzoek scenario-project geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg.

Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1987.

BOEZEMAN, J.E.M.

Scenario's in Shell.

In : Scenario's and other methods to support long-term planning : theory and practice.

Proceedings of a STG/WHO workshop, Noordwijk, The Netherlands, 14-16 October 1986. Pp. 63-71

BRENNER, M.H.

Scenario's, decision making and strategic planning : a framework.

In : Scenario's and other methods to support long-term planning : theory and practice.

Proceedings of a STG/WHO workshop, Noordwijk, The Netherlands, 14-16 October 1986. Pp. 21-34

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK.

Statistisch zakboek 1987.

's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.

COHEN, P.D.

Community health planning from an interorganizational perspective.

Am. J. Public Health 72 (1982) 717-721

COLLETTE, H.J.A., H. BIJKERK.

Vijftien jaar peilstations in Nederland, 1970-1984.

Huisarts & Wetenschap (1985) 207-210

COMMISSIE STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG (VOORZ. W. DEKKER).

Bereidheid tot verandering.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1987.

DAVIDSE, W., G.J. VAANDRAGER, H.P.A. VAN DE WATER.

Toekomstscenario's chronische ziekten : vooronderzoek.

Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1987.

DEKKER, E., B. WIJNBERG (red).

Gezondheidsbeleid over de grenzen van de gezondheidszorg.

Alphen aan den Rijn, Samsom (etc.), 1986.

(reeks Gezondheidsbeleid : deel 1).

DONGEN, J.A. VAN (red).

De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw.

Amsterdam, J.H. de Bussy, 1966.

DOORN, J. VAN, F. VAN VUGHT.

Forecasting : methoden en technieken voor toekomstonderzoek.

Assen, Van Gorcum, 1978.

DRUMMOND, M.F.

Survey of cost-effectiveness and cost-benefit analyses in industrialized countries.

World Health Stat. Q. 38 (1985) 383-401

FELTZ, G. VAN DER, H.P.A. VAN DE WATER, D. TUINSTRA-WILLIAMS.

Bibliografie basisgezondheidszorg 1977-1987.

Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1987.

FISELIER, P.J.M., H.W.M. LINDERS.

Gemeentelijk gezondheids(zorg)beleid in de integrale invoeringsgebieden WVG.

Med. Contact 42 (1987) 1464-1466

a FRAMEWORK for health promotion policy : a discussion document.

Health promotion 1 (1986) 335-340

GG & GD AMSTERDAM.

Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam; eindrapport. Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1980.

GG & GD DEN HAAG.

Een leefbare stad : een kwestie van gezondheid.

Symposiummap ter gelegenheid van het 75-jarig jubileum van de GG & GD Den Haag en het 50-jarig jubileum van de GGD Voorburg/Leidschendam, 1987.

Den Haag (etc.), GG & GD Den Haag (etc.), 1987

GREENBERG, B.G.

The future of epidemiology.

J. Chronic Dis. 36 (1983) 353-359

GRUNWALD-SCHINDL, C.A., A.J.J. VAN DER KWARTEL.

Een denkkader voor prioriteitenstelling.

Bestuurswetenschappen 36 (1982) 145-159

GUNSTEREN, H.P. VAN

Instructie en selectie : over de verwerking van toekomststudies door overheidsorganisaties.

In : R.J. in 't Veld en Tj. de Koning (red.).

Toekomstdenken en openbaar bestuur.

Den Haag, Raad voor het Binnenlands Bestuur, 1983. Pp. 76-90

HAES, W.F.M. DE.

Gedragswetenschappelijk onderzoek ten dienste van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Proefschrift Nijmegen.

Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.

HANCOCK, T.

Lalonde and beyond : looking back at "a new perspective on the health of Canadians"

Health Promotion 1 (1986) 93-100

HERNGREEN, W.P., E.A. SCHLESINGER-WAS.

Jeugdgezondheidszorg in Nederland : psychosociale aspecten van de zorg voor 0-4 jarigen nader belicht.

Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1984.

HERNGREEN, W.P., B.M. VAN NOORD-ZAADSTRA, E.A. SCHLESINGER-WAS.

Longitudinale referentiegegevens met betrekking tot groei, ontwikkeling en morbiditeit gedurende de eerste twee levensjaren.

T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 544-546

HOUWAART, E.

Hygiënist in de 19e eeuw. Dl. I t/m III.

T. Soc. Gezondheidsz. 61 (1983) 258-265; 295-308; 335-349

HUIJSMAN-RUBINGH, R.R.R., T.R.A.M. WAGENAAR.

De jeugdgezondheidszorg in Nederland : structuur en functies.

Proefschrift Amsterdam.

Amsterdam, s.n., 1983.

KARK, S.L.

Epidemiology and community medicine.

New York, Appleton-Century-Crofts, 1974.

KLAASSEN-VAN DEN BERG JETHS, A., A. KRAAN-JETTEN

Toekomstscenario's gezondheidszorg : ervaringen met het ontwerpen van scenario's over gezondheid en vergrijzing.

T. Soc. Gezondheidsz. 63 (1985) 581-585

KNOX, E.G. (ed).

Epidemiology in health care planning : a guide to the uses of scientific method.

Oxford, Oxford University Press, 1979.

LALONDE, M.

Government of Canada, A new perspective on the health of Canadians.

A working document, Ottawa, 1974.

LAPRÉ, R.M.

Financiering van de preventieve gezondheidszorg.

T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 649-653

LEEuw, E. DE

Health promotion : een integrale beleidsvisie op gezondheid.

GVO/Preventie 8 (1987) 18-26

LEWIS, J.

What has become of public health ? : past patterns and future prospects in England, Ontario and Quebec.

Public Health 101 (1987) 357-368

MAAS, P.J. VAN DER, J.D.F. HABBEMA, G.A.M. VAN DEN BOS et. al.

Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II naar sterfte en ziekenhuisopnamen, 1977-1983.

Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987.

McGINNIS, J.M.

Setting nationwide objectives in diseases prevention and health promotion : the United States experience.

In : W.W. Holland, R. Detels & G. Knox (eds).

Oxford textbook of public health : investigative methods in public health.

Oxford, Oxford University Press, 1985. Pp. 385-400

McKEOWN, Th.

The role of medicine : dream, mirage or nemesis.

Oxford, Blackwell, 1982.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID.

Volksgezondheidsnota 1966.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1966.

Tweede Kamer zitting 1965-1966 nr. 8462.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE.

Basisgezondheidsdiensten : schets van het beleid.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1980.

Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16088, nrs. 1-2

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE.

Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

Staatscourant (1982) 6

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Volksgezondheid bij beperkte middelen.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1983.

Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18108, nrs. 1-2

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Health for all by the year 2000 : rapportage Nederland 1985.

Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten.

Rijswijk, 1985. nr. 24320.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Nota 2000 : over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid : feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1986.

Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19500 nrs. 1-2

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Richtlijnen en kwaliteitseisen, concept juli 1986.

Rijswijk, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR.

Financiëel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1988.

Den Haag, Staatsuitgeverij, 1987.

Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, nrs. 1-2

NATIONALE KRUISVERENIGING.

Onderzoeksplan NK 1987-1988 met een terugblik over 1986.

Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1987.

NEWELL, A., H.A. SIMON.

Human problem solving.

Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.

NIJHUIS, H.G.J.

De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-1984 : bespreking van een basisgezondheidsprogramma.

Epid. Bull. GG & GD Den Haag 20 (1985) 8-19

OUIJENDIJK, W.T.M., H.P.A. VAN DE WATER.

De uitvoering van de algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten.

Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1984.

OUIJENDIJK, W.T.M., M.J.Th. SCHLATMANN, H.P.A. VAN DE WATER.

GVO bij basisgezondheidsdiensten.

Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1986.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COÖPERATION AND DEVELOPMENT.

Facing the future, mastering the probable, managing the unpredictable.

Paris, OECD, 1979.

RIJEN, A.J.G.

Een globale inventarisatie van het gebruik van computerprogrammatuur in basisgezondheidsdiensten.

T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 346-348

RIJK, A., W.E.N LANPHEN, P.F.M. PLATENBURG et. al.

Lopend, afgesloten en gepland onderzoek in de jeugdgezondheidszorg van 0-21-jarigen : inventarisatie van gegevens over 1986.

Utrecht (etc.), Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (etc), 1987.

ROSCAM ABBING, E.W. (red).

Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland.

Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1979.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS.
Healthier children - thinking prevention.
London, Royal College of General Practitioners, 1982.

RUSSELL, L.B.
Is prevention better than cure ?
Washington D.C., The Brookings Institution, 1986.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG.
Ouder worden in de toekomst : scenario's over gezondheid en
vergrijzing 1984-2000. Concept-rapport 1984.
Leidschendam, s.n., 1984.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG.
Het hart van de toekomst : de toekomst van het hart : scenario's
over hart- en vaatziekten 1985-2010.
Utrecht (etc.), Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG.
Kanker in Nederland : scenario's over kanker 1985-2000 :
scenariorapport deel I en II.
Utrecht (etc.), Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.

SANTEMA, S.
Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg : structuur,
werkzaamheden, raakvlakken., 6e dr.
Assen, Van Gorcum, 1981.

SCHRAMEIJER, F., J.M. BOOT, E. JURG et al
De nota 2000 ter discussie.
Alphen aan den Rijn, Samsom (etc.), 1987.

SCHUURMAN, J.H.
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) : onderzoek en actie
met betrekking tot hart- en vaatziekten, geslachtsziekten en
roken.
Proefschrift Nijmegen.
Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.

SCHUURMAN, M.I.M.
De plaats van de adolescentenarts in de jeugdgezondheidszorg.
T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 448-450

SCOTT-SAMUEL, A.
Community medicine and the politics of health.
Recent Adv. Community Med. (1982) nr. 2

SMULDERS, P.G.W., C.L. EKKERS, C.R. DE WINTER.
Scenario-project Arbeid en Gezondheid : uitvoerbaarheidsstudie.
Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheids-
zorg/TNO, 1987.

STEVENS, P.

Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheids-
zorg.

Med. Contact 42 (1987) 1459-1463

TIMMER, M., J. HANSMA.

Social medicine in western Europe, 1848-1972.

T. Soc. Geneesk. 53 (1975) suppl. 1, 3

TIMMER, M., J. HANSMA, P. VAN DER HARTEN et. al.

Een oriëntering omtrent de preventieve gezondheidszorg in Neder-
land.

T. Soc. Geneesk. 54 (1976) suppl. 1, 3

VAKGROEP PLANNING EN BELEID/ SOCIOLOGISCH INSTITUUT RIJKSUNIVER-
SITEIT UTRECHT.

Handleiding voor het ontwerpen van scenario's.

Utrecht, Vakgroep Planning en Beleid/Sociologisch Instituut

Rijksuniversiteit Utrecht, 1982.

(Werkstukken Planning en Beleid : 19).

VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN.

Vooronderzoek GFO-basisgezondheidsdiensten.

's-Gravenhage, Wegwijzer gemeentelijke automatisering 9, 1987.

VERKADE-BURGER, I.

Rachitis in Den Haag : de stand per 31 december 1986.

Epid. Bull. GG & GD Den Haag 22 (1987) 28-30

VRIEZE, K.

Discussiestuk m.b.t. methodologieën voor scenario-onderzoek
binnen de volksgezondheid.

Bilthoven, Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieuhy-
giëne, 1986.

VUGHT, F.A. VAN

De beleidsrelevantie van het moderne toekomstonderzoek : debacle
of doorbraak?

Beleid & Maatschappij 12 (1985) 22-30

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Targets for health for all : targets in support of the European regional strategy for health for all.
Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF.

Primary health care : report of the international conference on primary health care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978.

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID.

Beleidsgerichte toekomstverkenningen.
Deel 2 : een verruiming van perspectief.
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
(WRR-rapporten aan de regering :25).

WATER, H.P.A. VAN DE.

Meerjarenplanning basisgezondheidszorgonderzoek.
Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/-TNO, 1985.

WETENSCHAPPELIJK RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID.

De ongelijke verdeling van gezondheid : verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987.
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.

WIJKEL, D., A. MORENC.

Vooronderzoek scenario-project "Eerstelijnsgezondheidszorg"
Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1987.

WIJNBERG, B., W. JOLING.

Ongelijkheid in gezondheid.
Med. Contact 42 (1987) 871-875

ZIELHUIS, G.A.

Condities voor wetenschappelijk onderzoek binnen de schoolgezondheidszorg.
Proefschrift Nijmegen.
Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1985.

ZIELHUIS, R.L.

Theoretisch denkraam voor hygienisch beleid I, II en III.
T. Soc. Geneesk. 45 (1967) 345-352, 392-397, 427-432.

ZIELHUIS, R.L.

Gezondheidsecologie I en II
T. Soc. Geneesk. 49 (1971) 90-97, 133-141.

Bijlage 1.

Lijst van à titre personnel geraadpleegde deskundigen

Drs. S.J.M. Belleman, GG & GD Amsterdam
Dr. E. Dekker, Ministerie van WVC
Mr. Th.G.J. Elbertse, Ministerie van WVC
J.E. Ensing, arts, DGD Noord-Drenthe
J.W.H. Garvelink, arts, GG & GD 's-Gravenhage
Dr. P.P. Groenewegen, NIVEL
Mw.dr. R.R.R. Huysman-Rubingh, Ministerie van WVC
Dr. A.H.M. Kerkhoff, GG & GD Leiden
J. Moor, arts, Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland
H.G.J. Nijhuis, arts, GG & GD 's-Gravenhage
Dr. H. Rengelink, GG & GD Amsterdam
Prof.drs. E.W. Roscam Abbing, GG & GD Rotterdam
Mw.drs. M. Schrijver, Vereniging voor Nederlandse Gemeenten
M. Vos, arts, GG & GD Utrecht
J. Wassenaar, arts, Gewestelijke Gezondheidsdienst Breda

Bijlage 2.

De plaats van de begrippen gezondheidsbewaking, -bescherming en -bevordering t.o.v. de BaGZ-functies.

BaGZ-functies	Gezondheids- bewaking	Gezondheids- bescherming	Gezondheids- bevordering
Signaleren	+	+	+
Adviseren	?	+	+
Programma-ontwikkeling	-	+	+
Programma-uitvoering	-	+	+

+ = stemt overeen; - = stemt niet overeen

Gezondheidsbewaking (Health monitoring) komt nagenoeg overeen met de signaleringsfunctie in die zin dat gezondheidsbewaking nodig is om te kunnen signaleren.

Gezondheidsbescherming (Health protection) wordt vooral gebruikt voor product-gerichte (en dus indirect op de mens gerichte) activiteiten zoals Keuring van Waren en wordt in de Nota Basis-gezondheidsdiensten tot de BaGZ gerekend. Het effectueren van gezondheidsbescherming, in dit rapport opgevat als een methode om collectieve preventie te bewerkstelligen, vereist uitvoering van alle BaGZ-functies.

Gezondheidsbevordering (Health promotion) werd aanvankelijk (naar Amerikaans voorbeeld) gebruikt voor gedragsbeïnvloeding via GVO. De term heeft inmiddels (in Europa) een veel bredere betekenis, waarin de gezondheidsbeïnvloedende factoren integraal aan de orde zijn (fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving, endogene factoren etc.). Het begrip gezondheidsbevordering komt daarmee dicht in de buurt van facetbeleid. Uitvoering omvat eveneens alle BaGZ-functies.

Bijlage 3.

Enkele cijfers over de omvang van de BaGZ in geld en arbeidsplaatsen

Deze cijfers worden hier weergegeven om de lezer een beeld te geven van de beschikbare capaciteitscijfers over de BaGZ. Nadrukkelijk wordt er op gewezen dat de cijfers in onderstaande tabellen onvergelykbaar, incompleet en gedeeltelijk overlappend zijn (zie ook de opmerkingen in paragraaf 3.3).

Volgens het door het Ministerie van WVC uitgebrachte FOGM wordt circa 80% van de kosten van collectieve preventie over 1985 als volgt verantwoord:

Categorie	kosten (x miljoen)
- Gezondheidsbescherming	129
- Basisgezondheidszorg*	329
- Bedrijfsgezondheidszorg	315
Totaal	773

*) Infectieziektenbestrijding 18, Schoolgezondheidszorg 139 en BaGD'en 172 miljoen gulden

In het Statistisch Zakboek van het CBS staat de volgende weergave (eveneens betrekking hebbend op 1985):

Categorie	Kosten (x miljoen)	arbeidsplaatsen
- GGD'en	468,7	4745
- Schoolartsendiensten	139,3	1481
- Kruisorganisaties	746,6	9535
- Bedrijfsgeneeskundige Diensten	314,7	2637

