UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Zorgen om zorg in de grote stad

Verhoeff, A.P.

Publication date

2007

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Verhoeff, A. P. (2007). *Zorgen om zorg in de grote stad*. (Oratiereeks). Vossiuspers UvA.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Zorgen om Zorg in de Grote Stad

Arnoud Paul Verhoeff

FACULTEIT DER MAATSCHAPPIJ- EN GEDRAGSWETENSCHAPPEN

Zorgen om Zorg in de Grote Stad

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Nauta & Haagen, Oss
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 497 7
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2007

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Zorgen om Zorg in de Grote Stad

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar in de Sociale en Gedragswetenschappen
met als leeropdracht Grote Stad en Gezondheidszorg
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 14 juni 2007

door

Arnoud Paul Verhoeff

VOSSIUSPERS UvA

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw de Decaan,
Leden van het College van Curatoren,
Geachte collega's,
Vrienden en familie,*

In maart van dit jaar maakte minister Vogelaar voor Wonen, Wijken en Integratie, via een brief aan de Tweede Kamer bekend dat zij veertig wijken in achttien verschillende steden in het land heeft geselecteerd waarin tijdens de huidige kabinetsperiode extra investeringen zullen worden gedaan, dit gezien de opeenstapeling van sociale, fysieke en economische problemen die zich in deze wijken voordoet. Binnen deze wijken wordt de aandacht gericht op vijf speerpunten, te weten wonen, werk, leren, integreren en veiligheid. Met dit offensief wil het kabinet het tij keren, zodat de betrokken wijken binnen acht tot tien jaar weer wijken zijn waar mensen kansen hebben en waar het weer prettig is om in te wonen. Het programma staat inmiddels bekend onder de noemer 'van aandachtswijken naar krachtwijken'.

De selectie van de wijken heeft plaatsgevonden via indicatoren op het gebied van sociaal-economische achterstanden bij huishoudens, leefbaarheidsproblemen zoals die worden ervaren door de wijkbewoners, fysieke achterstanden in de woningvoorraad en fysieke problemen volgens de wijkbewoners. Opvallend in dezen is het feit dat de woorden 'gezondheid' en 'gezondheidszorg' in dit verband niet gebruikt worden. Ik zal in mijn rede beargumenteren waarom juist ook de gezondheid en gezondheidszorg in deze aandachtswijken prioriteit moeten hebben. Een goede gezondheid is immers voorwaarde voor maatschappelijke en sociale participatie.

Het concept 'grote' stad in Nederland

Maar allereerst is het goed om de 'grote' stad zoals we die in Nederland kennen in perspectief te plaatsten. Als we kijken naar de omvang van de steden in Nederland, kunnen we immers stellen dat echt grote steden hier niet voorkomen. Amsterdam, de grootste stad in Nederland, heeft niet meer dan 750.000 inwoners. Dat is slechts een fractie van het inwonertal van wereldsteden in Noord-Amerika, Latijns-Amerika of Azië.

Maar of een plaats tot een grote stad kan worden gerekend, is niet alleen afhankelijk van het aantal inwoners. Hiervoor zijn ook een aantal andere kenmerken relevant. Zo is diversiteit van de bevolking een belangrijk kenmerk van stedelijke populaties, en dan bedoel ik diversiteit in de zin van sociaal-economische positie, culturele factoren, etnische achtergrond, samenlevingsvormen, seksuele voorkeur en dergelijke. Deze diversiteit zien we ook terug in de grote steden in Nederland. Zo kent Amsterdam op dit moment bewoners afkomstig uit meer dan 170 verschillende landen. De helft van de Amsterdammers rekenen we volgens de huidige definitie tot de autochtonen. In 2030 zal dit vermoedelijk zijn gedaald tot ruim veertig procent. Circa veertig procent behoort nu tot de zogenaamde 'etnische minderheden', bewoners afkomstig uit Suriname, de Antillen, Turkije, Marokko, en uit niet-geïndustrialiseerde landen. Een derde van de Amsterdammers woont in traditioneel gezinsverband (samenwonend met kinderen), een bijna even grote groep is alleenstaand en circa vijftien procent betreft eenoudergezinnen. De groep homoseksuelen is duidelijk oververtegenwoordigd in de stad.

Een kleine twintig procent van de Amsterdamse huishoudens heeft een inkomen tot 105 procent van het wettelijk sociaal minimum; bijna driekwart van deze huishoudens leeft al drie jaar of langer van een minimuminkomen. Relatief veel inwoners van grote steden hebben een laag inkomen.

De diversiteit van de bevolking van een stad wordt ook weerspiegeld in het uiterlijk en de voorzieningen van de stad. Daarbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan de aanwezigheid van zowel kerken als moskeeën, diversiteit in het aanbod van eerste levensbehoeften, het culturele aanbod en de mogelijkheden voor ontspanning.

Vanuit de sociologie is de stad wel omschreven als een vorm van samenleving die haar bewoners uitnodigt tot kosmopolisme, een samenlevingsvorm die – gezien haar inherente karakteristieken – een bevolking oplevert die meer openstaat

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

voor diversiteit, toleranter is en juist daarom ook de stad waardeert. Tegelijkertijd zien we dat juist in de steden steeds meer sprake is van segregatie, waarbij de diversiteit van de stedelijke bevolking zich uit in min of meer homogene enclaves.

In het kader van mijn rede zal ik hier niet verder op ingaan. Wat ik wil zeggen is dat de kenmerken en processen die een stad tot stad maken ook van toepassing zijn op de grotere steden van Nederland.

Het betekent dat we dus ook in Nederland kunnen spreken van grote steden, en gezien het werkterrein van mijn leerstoel is dat uiteraard een prettige constatering.

Leeropdracht

De leerstoel betreft een bijzonder onderdeel van de grote stad, namelijk de gezondheid van haar bewoners en de gezondheidszorg. Het wetenschappelijk onderzoek zal zich daarbij in het bijzonder richten op de gezondheidsproblemen in de heterogeen samengestelde stad, de gezondheidszorg in de grootstedelijke context, de afstemmingsproblematiek tussen de gezondheidszorg enerzijds en de etnisch gedifferentieerde zorgvraag anderzijds, en de gevolgen van nationale beleidsveranderingen in de zorg voor de grote stad.

In het vervolg van mijn betoog zal ik daarom eerst een schets geven van de ontwikkeling van de bevolkingssamenstelling van de grote stad, en de betekenis daarvan voor de ontwikkeling van de gezondheid van de stadsbewoners. Hiermee beoog ik duidelijk te maken dat de gezondheid van de stedelingen bijzonder is ten opzichte van de gezondheid van de bevolking gemiddeld in Nederland. Als voorbeeld neem ik daarbij Amsterdam, niet alleen omdat de leerstoel ondergebracht is bij de Universiteit van Amsterdam, maar vooral ook omdat mijn eigen loopbaan binnen de publieke gezondheidszorg zich voornamelijk in deze stad heeft afgespeeld.

Gezondheid in de grote stad

Zoals gezegd kenmerkt de bevolking van Amsterdam zich door een grote diversiteit. Jaarlijks worden in Amsterdam circa 10.000 kinderen geboren; circa zestig procent van deze kinderen is nu van allochtone afkomst. Het aandeel autochtonen

in de Amsterdamse bevolking zal dan ook afnemen tot circa veertig procent in 2030. Onder ouderen in Amsterdam is het aandeel autochtonen nog veruit in de meerderheid. Onder de 75-plussers is dat nu nog ruim meer dan tachtig procent. In 2030 zal dit echter naar verwachting zijn afgenomen tot ruim zestig procent.

In hoeverre vertaalt de diversiteit van de bevolking zich naar diversificatie in gezondheid? Vanuit de GGD Amsterdam brengen wij, veelal in samenwerking met al dan niet universitaire partners, regelmatig de gezondheid van de Amsterdammers in kaart. Dit onderzoek geeft dan ook antwoord op deze vraag. Zonder u te willen overladen met cijfers zal ik wel een aantal resultaten presenteren om een helder beeld te schetsen, overigens niet met de pretentie volledig te zijn.

Al in het eerste levensstadium zien we verschillen in de gezondheid tussen de Amsterdamse bevolking en de rest van Nederland. Zo is het aantal zuigelingen dat sterft in Amsterdam hoger, gerelateerd aan bijvoorbeeld een laag geboortegewicht en vroeggeboorte. Hierbij zien we duidelijke verschillen naar etniciteit. Een laag geboortegewicht zien we vooral bij Surinaamse baby's, vroeggeboorten onder vooral Turkse en Surinaamse baby's. Ook de sterfte in het eerste levensjaar is in Amsterdam hoger dan gemiddeld in Nederland, vooral onder kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders. Om te kunnen bepalen welke factoren mogelijk bijdragen aan deze verschillen, voeren we een langlopend longitudinaal onderzoek uit, de zogenaamde 'Amsterdam Born Child Development Study'. Dit onderzoek loopt inmiddels vier jaar. In de eerste fase is onder meer gekeken naar leefgewoonten van zwangeren die van belang zijn voor het verloop en de uitkomst van de zwangerschap. Hierbij zijn opmerkelijke verschillen gevonden naar etniciteit. Zo wordt de zwangere in Nederland geadviseerd tussen de achtste en twaalfde zwangerschapsweek een eerste afspraak bij de verloskundige te maken. Bij een late start van de prenatale controle zijn er minder mogelijkheden voor screening, wat weer invloed kan hebben op een gezond verloop van de zwangerschap. Uit het ABCD-onderzoek blijkt dat niet-westerse allochtone zwangeren veel later starten met de prenatale zorg dan Nederlandse zwangeren. Van de niet-westerse vrouwen was gemiddeld 20 procent nog niet onder controle na 18 weken ten opzichte van vijf procent van de Nederlandse vrouwen. Het gebrek aan taalvaardigheid in het Nederlands bleek een belangrijke verklarende variabele te zijn voor het laat in zorg komen.

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

Een andere opmerkelijke bevinding uit dit onderzoek is dat het hebben van een fulltimebaan met veel stress tijdens de zwangerschap net zo slecht is als roken. Roken tijdens de zwangerschap was jarenlang veruit de belangrijkste oorzakelijke factor voor een laag geboortegewicht. Uit het ABCD-onderzoek blijkt dat roken de eerste plaats nu moet delen met een fulltime stressbaan. Gemiddeld was het geboortegewicht bij moeders met een hoge werkstress 64 gram lager dan het geboortegewicht bij moeders met een lage werkstress. Het verschil werd groter naarmate de vrouwen meer uren hadden gewerkt. De combinatie van hoge werkstress en meer dan tweeëndertig uur per week werken gaf een daling in het geboortegewicht van 159 gram, wat overeenkomt met de effecten die voor roken zijn gevonden. Kinderen van vrouwen die tijdens de zwangerschap zowel roken als een stressvolle fulltimebaan hadden, zijn veruit het slechtste af, met een gemiddelde daling in het geboortegewicht van bijna 300 gram. Roken tijdens de zwangerschap komt vooral voor bij Turkse vrouwen. Ruim dertig procent van de Turkse vrouwen rookt tijdens de zwangerschap. Ook een stressvolle fulltimebaan is ongelijk verdeeld over de etnische groepen. Zwangeren van niet-westerse afkomst werken veel minder vaak tijdens de zwangerschap, maar als ze werken, hebben ze veel vaker een stressvolle fulltimebaan.

Een derde van de Amsterdamse jongeren rookt, wat vergelijkbaar is met het percentage voor heel Nederland. Het gemiddelde alcoholgebruik door Amsterdamse jongeren is zelfs lager dan dat voor Nederland. Dit heeft te maken met het feit dat vooral moslimjongeren niet of nauwelijks alcohol gebruiken. Cannabis wordt daarentegen meer gebruikt door Amsterdamse jongeren. Dit geldt dan sterker voor autochtone jongeren. Ook Amsterdam gaat mee in de epidemie van overgewicht; zo'n vijftien procent van de jongeren heeft te kampen met ernstig overgewicht, en zestig procent beweegt onvoldoende. Overgewicht en obesitas zijn met name een probleem onder Turkse en Marokkaanse meisjes. Tot slot, wat de jongeren betreft, de seksuele gezondheid. Het aantal geboorten en abortussen onder tieners in Amsterdam is nog steeds aanzienlijk hoger dan in de rest van Nederland. Het aantal tienermoeders onder Antilliaanse en Turkse meisjes is relatief hoog, terwijl het aantal ongewenste zwangerschappen onder tieners vooral meer voorkomt bij Surinaamse, Antilliaanse en Ghanese meisjes. Recent hebben we – onbedoeld – een nieuw woord toegevoegd aan het Van Dale woordenboek, te weten 'breezerseks'. Binnen een subgroep van jongeren worden seksuele diensten geleverd in ruil

voor goederen. Uit onderzoek en ervaringen in Amsterdam en elders in Nederland lijkt sprake te zijn van een verandering in seksuele moraal onder jongeren, die zich niet alleen beperkt tot de grote stad.

Het recentste grootschalige gezondheidsonderzoek onder de Amsterdamse volwassenen dateert uit 2004. Een kleine 2000 Amsterdammers van achttien jaar en ouder hebben aan dit onderzoek deelgenomen. Ongeveer tachtig procent van de Amsterdammers beoordeelt zijn of haar eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Dit percentage is slechts marginaal lager dan gemiddeld in Nederland. Ook hier zien we echter verschillen naar etniciteit en sociaal-economische status. Zo geeft slechts 55 procent van de Turkse Amsterdammers aan zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend te ervaren, tegenover 85 procent van de autochtone Amsterdammers. Van de Amsterdammers met een inkomen onder modaal beoordeelt circa 65 procent zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend; van de Amsterdammers met een modaal of hoger inkomen is dit ruim 85 procent. Het oordeel over de eigen gezondheid is weliswaar subjectief, maar blijkt wel algemeen gecorreleerd te zijn met feitelijk lichamelijke en psychische aandoeningen, en is als zodanig een goede indicator voor de objectieve gezondheidstoestand.

In het kader van dit onderzoek zijn ook enkele endogene risicofactoren bepaald voor hart- en vaatziekten. Ongeveer vier procent van de Amsterdammers van 18 jaar en ouder heeft te kampen met diabetes. Het hoogste percentage vinden we onder de Marokkaanse Amsterdammers (bijna 10 procent), gevolgd door de Turkse Amsterdammers (ruim 6 procent). Naar schatting 3000 Amsterdammers hebben diabetes zonder dat dit gediagnosticeerd is. Slechts vier op de tien diabetici in Amsterdam lijkt goed ingesteld te zijn door de juiste therapie. Vier op de vijf diabetici hebben te maken met overgewicht. Een verhoogde bloeddruk lijkt vooral een probleem te zijn bij autochtone Amsterdammers (ruim 40 procent). Turkse en Marokkaanse Amsterdammers hebben hier minder mee te maken (circa een kwart). Veel mensen met een verhoogde bloeddruk zijn daarmee niet bekend. Een verhoogde bloeddruk gaat vaak gepaard met minder gezonde leefgewoonten (roken, onvoldoende lichaamsbeweging en overgewicht, en onverantwoord alcoholgebruik). Overigens heeft bijna de helft van de Amsterdammers te maken met overgewicht. Vooral Marokkaanse en Turkse vrouwen kampen met ernstig overgewicht (circa 40 procent). Wel is het percentage Amsterdammers met overge-

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

wicht iets lager dan gemiddeld in Nederland. Mogelijk houdt dit verband met de relatief grote groep 20- t/m 44-jarigen in de stad.

Een vergelijkbaar onderzoek is door de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC uitgevoerd onder Surinaamse Amsterdammers, zowel Hindostanen als Afro-Surinamers. De gezondheid van deze groepen Amsterdammers is over het algemeen slechter dan die van autochtonen, maar beter dan die van de Turkse en Marokkaanse bewoners. Surinaamse Amsterdammers lijden met name meer aan chronische aandoeningen als diabetes en klachten aan het bewegingsapparaat. Daarnaast komt matig en ernstig overgewicht vooral onder Afro-Surinaamse vrouwen vaak voor.

Op de gezondheidstoestand en risicofactoren voor hart- en vaatziekten van de steeds groter wordende groep Afrikanen van bezuiden de Sahara in Amsterdam hebben we eigenlijk nog maar weinig zicht. Binnen de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid van de GGD en het AMC is het de bedoeling om ook over deze groep gegevens te verzamelen. Wel is bekend dat deze groep, samen met de Surinamers en Antillianen, een verhoogd risico loopt op infectie met het HIV-virus en andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

In een volgende fase van het gezondheidsonderzoek uit 2004, hebben we in 2005 de deelnemers opnieuw benaderd voor onderzoek naar stemmings- en angststoornissen. Dit onderzoek hebben we uitgevoerd samen met de GGZ-instellingen in Amsterdam. Eerder landelijk uitgevoerd onderzoek, de zogenaamde 'Nemesis-studie', liet zien dat angst- en stemmingstoornissen meer voorkwamen onder stedelijke populaties. Amsterdam stak daarbij ook nog ongunstig af ten opzichte van de andere drie grote steden (Rotterdam, Den Haag en Utrecht). In dit onderzoek waren echter geen allochtonen betrokken. Een beperkt aantal studies, onder meer uitgevoerd in Amsterdam, lieten wel zien dat de prevalentie van onder andere depressies consistent hoger lijken voor Turken en Marokkanen. In deze studies werden echter alleen screeningsinstrumenten voor psychiatrische stoornissen gebruikt en geen diagnostische instrumenten. In het vervolg onderzoek hebben we daarom gebruikgemaakt van de CIDI, het diagnostisch instrument om psychiatrische morbiditeit vast te stellen. Dan blijkt dat bijna 7 procent van de Amsterdammers in de laatste maand een stemmings- of angststoornis heeft doorgemaakt. Onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers is dit percentage aanzienlijk hoger, namelijk 19 procent en 10 procent. Turkse vrouwen en Marokkaanse mannen

lijken daarbij de grootste risicogroepen te zijn. Onder Surinamers en Antillianen was de prevalentie het laagst. De resultaten bevestigen de eerdere bevindingen dat de prevalenties van deze stoornissen hoger liggen in Amsterdam dan in de rest van Nederland. Op dit moment zijn wij bezig met het maken van nadere analyses en het doen van vervolgonderzoek om de resultaten verder te duiden, vooral om na te gaan wat dit betekent voor de zorgvraag en het zorgaanbod.

Naast deze mildere vormen van psychische stoornissen komen ook psychosen meer voor in stedelijke populaties. Er lijkt dus een relatie te bestaan tussen verstedelijking en psychopathologie. Het is nog niet duidelijk hoe dit kan worden verklaard. Wordt iemand psychisch ziek door risicofactoren in de stad, of trekken kwetsbare groepen juist vaker naar de stad?

Bij het klimmen der jaren doen zich bij iedereen steeds meer gezondheidsproblemen voor. Deze zijn anders van aard dan die op jongere leeftijd, samenhangend met de complexe interacties van het ouder worden met veranderingen in fysieke, psychische en sociale factoren. Over het algemeen neemt de maatschappelijke activiteit af terwijl fysieke en psychische gezondheidsproblemen een steeds grotere rol gaan innemen in het leven. Het gemiddelde aantal levensjaren zonder beperkingen in een stedelijke populatie is voor mannen ongeveer 55 jaar en voor vrouwen 50 jaar. De belangrijkste somatische aandoeningen die een rol gaan spelen zijn diabetes, coronaire hartziekten, kanker, chronische aandoeningen aan de luchtwegen en aandoeningen aan het bewegingsstelsel. Dementie, depressies en angststoornissen zijn de drie belangrijkste geestesziekten bij ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben op jongere leeftijd – vanaf 55 jaar – al vaker chronische aandoeningen en depressieklachten dan Nederlandse ouderen. Dit uit zich ook op jongere leeftijd in meer problemen bij de persoonlijke verzorging en beperkingen in mobiliteit. Voor andere groepen allochtone ouderen ontbreken hierover gegevens. Voor autochtone Amsterdamse ouderen vindt deze opeenstapeling pas op latere leeftijd plaats.

Sinds 1992 voert de Vrije Universiteit het zogenaamde ‘LASA-onderzoek’ uit. Dit staat voor ‘Longitudinal Aging Study Amsterdam’. Een deel van de onderzoekspopulatie komt uit Amsterdam. Op ons verzoek heeft de VU aparte analyses uitgevoerd op de thema’s ‘depressie’, ‘verlies van regie over het eigen leven’ en ‘sociaal isolement en eenzaamheid’ voor de Amsterdamse deelnemers aan het on-

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

derzoek. Van belang is om te vermelden dat het gaat om ouderen die zelfstandig wonen, en dat de onderzoeksgroep uitsluitend bestaat uit autochtone ouderen.

Depressie komt onder Amsterdamse ouderen meer voor dan gemiddeld bij ouderen in Nederland, 22 procent versus 16 procent. Dit kan onder meer samenhangen met het feit dat Amsterdamse ouderen gemiddeld meer beperkingen ervaren en vaker alleenstaand zijn. Amsterdamse ouderen hebben ook een kleiner sociaal netwerk dan de ouderen in de rest van Nederland en voelen zich ook vaker eenzaam. Oudere mannen lijken hier meer problemen mee te ervaren dan vrouwen. In hoeverre de gevonden verschillen specifiek te maken hebben met de stad verdient nader onderzoek. Opvallend is wel dat Amsterdamse ouderen zich vaker onveilig voelen in hun buurt dan de gemiddelde oudere in Nederland.

Een bijzondere groep die ik hier ook nog wil benoemen zijn de alleenstaande mannen met een uitkering. Uit ons onderzoek blijkt dat bij deze groep veel gezondheids- en leefstijlproblemen samen komen. Zo hebben deze mannen in vergelijking met de algemene Amsterdamse bevolking driemaal zoveel psychische klachten, gebruiken ze aanzienlijk meer alcohol en cannabis, hebben zij veel vaker schulden en ook veel vaker een beperkt sociaal netwerk. Daarbij hebben zij vaker het gevoel geen controle over hun eigen leven te hebben. Deze opeenstapeling van problemen lijkt deze groep een verhoogd risico te geven voor maatschappelijke uitval. Dit vermoeden wordt versterkt door het feit dat alleenstaande mannen oververtegenwoordigd zijn onder de mensen die in Amsterdam uit huis worden gezet, onder de recent daklozen en bij de meldingen die binnenkomen bij de meldpunten Zorg en Overlast in de stad. Deze groep heeft tot nu toe te weinig aandacht gekregen, ook vanuit het oogpunt van preventie. Autochtone alleenstaande mannen staan niet hoog op de agenda binnen ons werkveld. Daarom zijn wij vanuit de GGD nu voornemens om nader onderzoek onder deze groep te doen om aanknopingspunten te vinden om verder afglijden te voorkomen.

Veel van de genoemde gezondheidsproblemen hebben een relatie met de sociaal-economische positie. In het algemeen is de gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische positie minder gunstig. Gezien de oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaal-economische positie in de steden, brengt dit extra gezondheidsproblematiek met zich mee in stedelijke populaties. Dit wordt nog eens geïllustreerd door een recente analyse door het RIVM (het Rijksinstituut

voor Volksgezondheid en Milieu) van de gezondheid van de bewoners van de eerdergenoemde veertig aandachtswijken van minister Vogelaar, in vergelijking tot Nederland. Hiervoor waren gegevens beschikbaar voor vijf indicatoren. Zoals was te verwachten, ligt de gezondheid in deze veertig wijken onder het Nederlands gemiddelde. Zo ervaart ruim twintig procent van de bewoners van de 'prachtwijken' beperkingen in algemene dagelijkse en huishoudelijke levensverrichtingen tegenover ruim tien procent gemiddeld in Nederland. Een kleine dertig procent van de bewoners van de aandachtswijken ervaart de eigen gezondheid als minder goed tegenover een kleine twintig procent gemiddeld in Nederland.

Naast de geschetste problematiek, kenmerkt de stad zich nog door de aanwezigheid van groepen met specifieke gezondheidsproblemen.

Dit betreft bijvoorbeeld de chronisch verslaafden aan harddrugs (heroïne en cocaïne). De laatste schatting voor Amsterdam gaat daarbij uit van een kleine 4000 verslaafden op jaarbasis. De gemiddelde leeftijd van deze groep is nu 45 jaar en neemt nog steeds toe. Er is weinig jonge aanwas, wat we als gunstig kunnen beschouwen.

Ook de dak- en thuislozen vormen een bekend fenomeen in de grote stad. In Amsterdam geven de laatste schattingen aan dat er circa 2000 dak- en thuislozen zijn. Vaak hebben deze mensen ook te maken met chronisch psychiatrische problemen. Een bijzondere groep vormen ook de prostituees. Vooral de vrouwelijke prostituees bevinden zich veelal in een zeer kwetsbare positie.

Tot slot kent de stad een rijk uitgaanscircuit. In een deel van deze scene is het gebruik van uitgaansdrugs populair. De laatste jaren is er een toename te zien van het aantal ambulanceritten gerelateerd aan het gebruik van uitgaansdrugs, voornamelijk als gevolg van het gebruik van XTC en GHB. Overigens heeft veruit het grootste aantal ambulanceritten gerelateerd aan uitgaan te maken met overmatig alcoholgebruik.

De geschetste gezondheidsproblematiek resulteert ook in een gemiddeld lagere levensverwachting voor de stedeling. Voor mannen in Amsterdam ligt deze nu op 73,5 jaar, ruim twee jaar minder dan gemiddeld in Nederland. Voor vrouwen in Amsterdam ligt de levensverwachting op ruim 79 jaar, ongeveer anderhalf jaar korter dan gemiddeld in Nederland. Daarbij is de levensverwachting vooral laag

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

onder Amsterdammers van Nederlandse en Westerse afkomst. Amsterdammers van mediterrane afkomst hebben de beste levensverwachting.

Voorgaande opsomming – ook al is zij niet volledig – laat duidelijk zien dat we terecht specifieke aandacht besteden aan gezondheid in de grote steden.

Zorg om Zorg in de Grote Stad

Genoeg nu over de gezondheidstoestand van de stedelijke bevolking, want wat betekent deze hoge morbiditeit en grote diversiteit nu voor de gezondheidszorg in de stad? En dan doel ik zowel op de zorgvraag, als op het zorgaanbod. Het simpelste antwoord daarop is: 'Een hogere morbiditeit betekent een evenredig hogere zorgvraag, en daar sluit het aanbod zich naadloos op aan.' Daarmee zouden potentiële problemen dus zijn opgelost. Het mooie van de epidemiologie – mijn oorspronkelijke vakgebied – is dat je met deze wetenschap goed de omvang van gezondheidsproblemen in kaart kunt brengen. Maar er is meer nodig dan puur kwantitatieve informatie. De grote diversiteit van de stedelijke bevolking vertaalt zich namelijk ook in een grote diversiteit van de zorgvraag vanuit het perspectief van de cliënt en patiënt. Immers, ziekte en gezondheid zijn begrippen die sterk samenhangen met de cultuur waarin men opgroeit en leeft. Eenzelfde aandoening leidt dus niet per definitie tot eenzelfde zorgvraag bij verschillende bevolkingsgroepen.

Ik wil dat illustreren aan de hand van een voorbeeld vanuit de huisartsenpraktijk. Huisartsen in achterstandswijken in steden ervoeren in de loop der jaren een steeds toenemende werkdruk alsook ontevredenheid over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg, vooral in relatie tot allochtone patiënten. Een hoog percentage van deze patiënten komt vaak op consult, zonder dat de huisarts naar tevredenheid een beleid kon vaststellen. Naast taalproblemen spelen hierbij met name culturele factoren een rol. Wat verwacht een allochtone patiënt bijvoorbeeld van een huisarts? Veel Turken en Marokkanen verwachten voor elke kwaal direct een passend medicijn, bij voorkeur ook met een verwijzing naar de specialist. De terughoudendheid vanuit de Nederlandse zorg met het voorschrijven van medicatie wordt niet begrepen, evenals het beroep dat vanuit de Nederlandse zorg wordt

gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Om huisartsen in achterstandswijken te ondersteunen, zijn in verschillende steden allochtone zorgconsulenten als ondersteuners in de huisartsenpraktijk gaan werken. Ook in Amsterdam is dat het geval. Deze zorgconsulenten slaan een brug tussen de allochtone patiënten en de veelal autochtone huisarts. Zij verduidelijken de hulpvraag van de patiënt aan de huisarts, en omgekeerd het beleid van de huisarts aan de patiënt. Dit doen zij door aanwezig te zijn bij een consult, of op indicatie van de huisarts in een individueel contact met de patiënt, en soms ook door het geven van voorlichting aan groepen patiënten. Daarnaast dragen zij bij aan de deskundigheid van de huisartsen ten aanzien van culturele diversiteit en de betekenis daarvan voor het vak van de huisarts. Inmiddels is deze functie voor praktijken met een groot aandeel vooral eerste generatie allochtone patiënten niet meer weg te denken. De zorgconsulent blijkt daadwerkelijk in staat de brug te slaan. Dit leidt tot een grotere tevredenheid over de kwaliteit van de zorg bij zowel de patiënt als de huisarts. Overigens betekent dit niet automatisch dat de zorgconsumptie van de allochtone patiënten afneemt! De problematiek komt nu echter veel beter in beeld, waardoor vaak blijkt dat er meer zorg nodig is. Het essentiële verschil is dat door deze bemiddeling nu de juiste zorg geleverd kan worden.

Door de positieve ervaringen met de zorgconsulenten in de huisartsenpraktijk is deze functie ook in andere zorgsectoren geïmplementeerd. Zo zijn in Amsterdam allochtone zorgconsulenten werkzaam in de Ouder en Kind Centra, ter ondersteuning van de zorg aan zwangeren door de verloskundigen, en ter ondersteuning van de zorg aan moeders en pasgeboren baby's door de jeugdgezondheidszorg. Ook bij verschillende GGZ-instellingen zijn allochtone zorgconsulenten werkzaam. Zij hebben daar vooral de taak de allochtone gemeenschappen bekend te maken met het aanbod van de GGZ en toe te leiden naar lichte vormen van hulpverlening. Het omgaan met psychosomatische klachten is daarbij een belangrijk thema. Mijn verwachting is dat de functie van allochtone zorgconsulent ook in andere sectoren van de zorg zijn intrede zal doen. Voorlopig zullen deze consulenten noodzakelijk blijven als brug tussen allochtone patiënt en zorgverlener. Immers, vooral de eerste generatie migranten beheerst de Nederlandse taal vaak onvoldoende om de communicatie over ziekte en zorg uitsluitend in het Nederlands te voeren. Ziek zijn doen wij niet alleen het liefst in onze eigen cultuur, maar ook allemaal het liefst in onze eigen moedertaal.

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

Om de juiste zorg te kunnen bieden, moeten de aanbieders dus goed inspelen op de diversificatie in de zorgvraag. Dit veronderstelt wel dat er voldoende kennis is over deze diversificatie. Sociaal-wetenschappelijk onderzoek vervult hierbij een cruciale rol, namelijk het verschaffen van inzicht in de zorgvraag van verschillende groepen cliënten. Zo zijn er de laatste jaren een aantal – veelal kleinschalige – onderzoeken uitgevoerd naar de behoeften aan zorg van hulpbehoevende oudere migranten. De meeste onderzoeken hadden betrekking op Turken en Marokkanen. Zo is voor Turkse ouderen die hulpbehoevend worden het beroep op hulp en verzorging vanuit de eigen familie vanzelfsprekend. Hulp kan daarbij door iedereen worden gegeven, maar zorg is uitsluitend een familiale aangelegenheid. De veelal oudste zoon is daarbij verantwoordelijk voor de zorg. De eigenlijke zorg wordt echter verleend door zijn vrouw, met andere woorden de schoondochter vanuit het perspectief van de ouders. Wanneer de ouderen steeds sterker zorgafhankelijk worden, blijkt het voor de kinderen steeds moeilijker te worden om aan de zorgverwachtingen te voldoen. De kinderen willen dan graag professionele ondersteuning vanuit de thuiszorg. Toch maken zij hier veel minder gebruik van. Dit hangt bijvoorbeeld samen met de onbekendheid van het aanbod van de thuiszorg. Door thuiszorginstellingen in vooral de grote steden zijn én worden verschillende initiatieven ontplooid om de toegankelijkheid van hun diensten voor allochtone ouderen en hun mantelzorgers te vergroten. Allereerst betreft dit het vergroten van de kennis over de mogelijkheden die de thuiszorg kan bieden, door het geven van voorlichting. Ook organiseren zij cursussen ter ondersteuning van allochtone mantelzorgers. Veel van deze activiteiten hebben echter het karakter van een project. Het behoort vaak nog niet tot een structureel aanbod van de instellingen.

Er is ook beperkt onderzoek gedaan naar de woonwensen van Turkse ouderen. Een seniorenwoning in een appartementencomplex heeft bij de deelnemers aan dit onderzoek de meeste voorkeur. De Turkse ouderen willen dit graag in een complex waar ook veel andere autochtonen wonen. Hun kinderen zien juist meer in een woonvorm met alleen maar Turkse ouderen. De ouderen zelf zijn daar minder enthousiast over, voornamelijk vanuit een negatief perspectief: met alleen Turkse burens voelen zij zich niet veilig en zijn zij bang voor discriminatie en racistische aanslagen!

In het eerdergenoemde onderzoek naar angst- en stemmingsstoornissen onder de Amsterdamse bevolking hebben wij ook onderzocht wat de zorgbehoefte op het gebied van de GGZ is. Zoals aangegeven vonden we onder de Turkse deelnemers

aanzienlijk meer psychopathologie. Dit komt ook tot uiting in een grotere ervaren vraag naar zorg. Dit geldt de vraag naar algemene informatie over psychosociale problematiek, behoefte aan verwijzing naar de GGZ en medicatie en hulp bij het oplossen van onder meer geldproblemen.

Tot op heden is het onderzoek dat gedaan is naar de zorgvraag binnen de multiculturele stedelijke bevolking echter nog zo beperkt dat de zorginstellingen nog niet de goede aanknopingspunten geboden kunnen worden om hun aanbod af te stemmen op de resultaten daarvan. Dit gebrek aan inzicht speelt nog meer in het licht van een aantal ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving die grote gevolgen hebben voor de organisatie en financiering van de zorg, ook in de grote steden.

Om welke ontwikkelingen in de zorg gaat het dan?

Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Allereerst de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning per 1 januari van dit jaar. De WMO wil iedereen in staat stellen om mee te doen in de samenleving. Sommige mensen hebben daar meer hulp bij nodig dan anderen, zoals mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking of ouderen. Als iemand hulp nodig heeft dan moet hij of zij in principe eerst proberen om zelf die ondersteuning in zijn of haar omgeving te regelen. Mocht iemand daartoe niet in staat zijn, dan kan de gemeente in het kader van de WMO hulp bieden. Het gaat dan om voorzieningen als hulp bij het huishouden, huisaanpassingen of een maaltijd-service.

In een grote stad zal de behoefte aan ondersteuning anders liggen dan elders. We kunnen op grond van de gegevens die ik eerder gepresenteerd heb veronderstellen dat er in de steden een groter beroep zal worden gedaan op verschillende vormen van ondersteuning. Essentieel daarbij is dat de gemeente goed inzicht heeft in de vraag en dat de burgers in staat zijn hun vraag te verwoorden en hun weg te vinden naar de gepaste ondersteuning. De uitdaging ligt er dan vooral in de burgers met een lage sociaal-economische positie, en de eerste generatie migranten in het bijzonder, te bereiken.

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

De WMO beoogt ook de onderlinge betrokkenheid in de samenleving te vergroten, zodat mensen daadwerkelijk een beroep op elkaar doen. Daartoe ondersteunt de WMO bijvoorbeeld mantelzorgers en vrijwilligerswerk.

In het kader van de WMO worden in alle stadsdelen in Amsterdam loketten 'zorg en samenleven' ingericht. Burgers kunnen hier met al hun vragen over zorg en welzijn terecht. Overwogen kan worden om allochtone zorgconsulenten in deze loketten aan te stellen, om een brug te slaan tussen de zorg- en welzijnsvoorzieningen en de allochtone cliënten. Als voorloper van de loketten zijn in vier stadsdelen zogenaamde 'informatiecentra zorg en welzijn' ontwikkeld, met als doel te voorkomen dat burgers tussen de wal en het schip belanden in het doolhof van voorzieningen. Allochtone zorgconsulenten maakten hiervan deel uit. In samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC hebben we de implementatie van deze functie begeleid met evaluatieonderzoek. De resultaten van dit onderzoek kunnen goed gebruikt worden voor de verdere ontwikkeling van deze functie binnen de nieuwe loketten in het kader van de WMO. Aandachtspunt daarbij is dat de loketten laagdrempelig moeten zijn. De zorgconsulenten blijken vooral een meerwaarde te hebben door 'outreaching' te werken om zo groepen te bereiken die niet zelfstandig in staat zijn de weg naar zorg- en welzijnsvoorzieningen te vinden.

Op initiatief van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam is onlangs een onderzoeksnetwerk gestart rondom de WMO, gericht op onderzoek rond de informele en formele zorg, en de vermaatschappelijking van de zorg. In het kader van dit netwerk worden nu twee onderzoeksprojecten uitgevoerd in opdracht van de gemeente Amsterdam. Het betreft onderzoek naar de vraag wat mantelzorgers bezielt bij hun rol, en naar de manier waarop de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals, cliënten en vrijwilligers verloopt. De resultaten van dit onderzoek zijn niet alleen van wetenschappelijke waarde, maar ook van direct belang voor de gemeente om haar aanbod ter ondersteuning in het kader van de WMO verder vorm te kunnen geven.

Vermaatschappelijking van de zorg

Een tweede ontwikkeling betreft de verdergaande vermaatschappelijking van de zorg, die sinds de jaren zeventig, maar vooral in de jaren negentig is ingezet. Het gaat dan om het organiseren van de zorg voor bijvoorbeeld lichamelijke en ver-

standelijke gehandicapten, of chronisch psychiatrische patiënten in de wijk, buiten grootschalige zorgvoorzieningen. Deze vermaatschappelijking stelt hoge eisen aan zowel de patiënten als de wijk, om de beoogde integratie tot een succes te maken. De bestaande verzorgingsarrangementen daartoe lijken tekort te schieten. Recente tijden is daar wederom een maatschappelijke discussie over ontstaan, met als publieke tegenpolen de Twentse Zorgcentra en Stichting Arduin in Zeeland. De eerste pleit ervoor de zorg weer deels terug te brengen naar de terreinen van de zorginstellingen. Het voornaamste argument daarbij is dat het onmogelijk is om iedereen actief te laten deelnemen aan de samenleving. Mensen met een zware handicap zijn daar lang niet altijd toe in staat. Licht verstandelijk gehandicapten die in de wijk wonen, zouden een grotere kans lopen op vereenzaming, leidend tot overmatig alcohol- en drugsgebruik. De tweede – Stichting Arduin – werkt vanuit de visie dat alle mensen gelijk zijn en iedereen met iedereen moet kunnen omgaan. Het organiseren van de zorg voor iedereen in de wijk is dan ook het uitgangspunt.

Deze discussie is van belang voor de grote steden, omdat daar – naast de vraag of voor alle groepen cliënten de zorg vermaatschappelijkt kan worden – de vraag speelt hoe deze zorg dan het beste georganiseerd kan worden gezien de diversiteit van de zorgpopulatie. De vragen die daarbij beantwoord moeten worden zijn ‘Wie voelt zich waar thuis?’ en ‘Hoe hangt dat samen met welke verzorgingsarrangementen?’

De afdeling Sociologie en Antropologie voert hiernaar onderzoek uit, om beter zicht te krijgen op het functioneren van cliënten die in de wijk wonen, en hoe de zorg het beste kan worden afgestemd op wensen en mogelijkheden van de cliënten en hun omgeving.

Marktwerking in de zorg

Een derde ontwikkeling die ik hier nog wil benoemen, betreft de marktwerking in de zorg. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel is het nodige veranderd in de gezondheidszorg. Het betreft veranderingen in de Zorgverzekeringswet en de nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Patiënten, verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars hebben meer ruimte gekregen om zelf keuzes te maken. Een belangrijk uitgangspunt is dat deze marktwerking de kosten van de zorg zal verlagen, en tegelijkertijd de kwaliteit zal verbeteren door concurrentie

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

tussen de zorgaanbieders, waarbij het belang van de consument vooropstaat. De consument moet bewust kunnen kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering.

Binnen de context van de grootstedelijke gezondheidszorg is het de vraag of deze marktwerking daadwerkelijk een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de bevolking zal opleveren. Het kan bijvoorbeeld leiden tot een verlies aan samenhang van het zorgaanbod, tot te veel partijen die zich op de markt zullen begeven. Het zal dan praktisch onmogelijk worden om goede afspraken te maken over de zo gewenste ‘ketenzorg’, vooral voor degenen die niet in staat zijn om de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de gewenste zorg op zich te nemen. Vanuit de optiek van de zorgverzekeraar biedt de grote stad een minder aantrekkelijke markt. Dit kan resulteren in minder binding met de problematiek van de grote stad, waardoor de kwaliteit van de zorg voor de grootstedelijke bevolking onder druk kan komen te staan. Agis Zorgverzekeringen – de grootste zorgverzekeraar in Amsterdam – wil zich gelukkig wel blijven committeren aan de grote stad. Dat vertaalt zich ook in het medefinancieren van mijn bijzondere leerstoel.

Financiering van de zorg in de grote steden

Gezien de hogere somatische en psychische morbiditeit van de bevolking in de grote steden en de veelal complexere zorgvraag daar, is het niet verwonderlijk dat de kosten van de zorg in de steden hoger uitvallen dan gemiddeld in Nederland. Een recent onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Platform Zorginstellingen Grote Steden en AGIS Zorgverzekeringen heeft dit – opnieuw – inzichtelijk gemaakt. Deze meerkosten hangen niet alleen samen met de hogere zorgvraag, en daarmee zorgconsumptie, maar ook met bijvoorbeeld de meerkosten voor personeel en huisvesting. Het Platform stelt dat het uitgangspunt van de financiering zou moeten zijn dat iedere burger, ongeacht zijn woonplaats, dezelfde kwaliteit van zorg zou moeten kunnen krijgen. Daarom roept zij het ministerie dan ook op om het financieringsmodel van de zorg zodanig aan te passen dat ook bewoners in grote steden in de toekomst voldoende zorg kunnen krijgen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een risicoverevening toe te passen, waarin de specifieke kenmerken van de grootstedelijke bewoners, relevant voor de zorg, als wegingsfactoren worden meegenomen. Het zal u duidelijk zijn dat ik dit pleidooi ondersteun.

Wat vraagt dit alles ten aanzien van de organisatie van de zorg in de grote stad? Is er een eenduidig concept dat als basis kan dienen voor de zorg in de grote stad? Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig te geven.

In mijn visie zijn in ieder geval alle betrokkenen bij de zorg in de stad ervoor om deze zorg optimaal te laten functioneren ten gunste van degenen voor wie die bedoeld is: de inwoners in de stad. Daarbij is het een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle zorgaanbieders en financiers dat ook de meest kwetsbaren in de bevolking de zorg krijgen die voor hen noodzakelijk is.

Over twee weken, op 29 juni, organiseert de gemeente samen met de zorgaanbieders in de stad een werkconferentie om tot gemeenschappelijke uitgangspunten voor de visie op de zorg in de stad te komen. Het uitgangspunt mag wat mij betreft de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid zijn, zoals ik die zojuist heb verwoord. Daarbij is het belangrijk te bepalen welke partij verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de zorg in de grote stad. Zou de gemeente bijvoorbeeld de rol van regisseur moeten bekleden? De gemeente is immers wettelijk verantwoordelijk voor het bevorderen van een goede aansluiting tussen de preventie, de cure en de care, en wordt tevens ook door haar burgers als eerste aangesproken als er op welke wijze dan ook gaten vallen in de keten van de zorg. Ten aanzien van de financiering van de zorg en de kwaliteit van de geleverde zorg heeft zij echter maar een zeer bescheiden rol. Het is dan ook de vraag of de gemeente de rol van regisseur zou moeten en kunnen bekleden. Of moeten de zorgverzekeraars, als belangrijkste inkopers van de zorg, deze belangrijke regisserende rol toebedeeld krijgen? Om optimale zorg in de stad te kunnen bieden, is het zaak dat de betrokken partijen in ieder geval gezamenlijk opereren, binnen de ruimte van de wettelijke kaders.

Prachtwijken van minister Vogelaar

Terug naar de ‘prachtwijken’ van het kabinet Balkenende IV. Zoals ik aan het begin van mijn rede heb aangegeven, wil de verantwoordelijke minister zich sterk maken voor wijken met grote problemen rond wonen, werken, leren, integreren en veiligheid, en deze wijken zo omvormen tot ‘prachtwijken’. Genoemde problemen dragen – zo zal u inmiddels duidelijk zijn geworden – ook bij aan de ongezondheid van de bevolking. Het kabinetsvoornemen biedt dus ook kansen voor het verbeteren van de gezondheid van de bewoners van deze wijken, het aanpakken van de

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland, en daarmee het bevorderen van de maatschappelijke en sociale participatie. Anders gezegd, het bevorderen van de gezondheid is een voorwaarde voor het creëren van prachtwijken.

Van belang is dan wel dat daarbij niet alleen aandacht wordt besteed aan de fysieke omgeving. In zijn essays over 'poverty, racism, and other national urban problems' geeft Herbert Gans al mooi aan dat het opknappen van de fysieke omgeving alleen, niet leidt tot bijvoorbeeld gedragsverandering, en dus tot een gezonder leven. De fysieke omgeving is relevant voor het gedrag, voor zover die omgeving invloed heeft op het sociale systeem en op de cultuur van de betrokken mensen. Het schept als het ware belangrijke condities. Bij het ontwikkelen van de achterstandswijken tot prachtwijken moet hiermee dus degelijk rekening worden gehouden, anders hebben we na tien jaar de wijken fysiek mooi opgeknapt, zonder daarmee de beoogde sociale problemen te hebben opgelost, en daarmee een kans voorbij laten gaan om een wezenlijke bijdrage te leveren aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland.

Onderzoek binnen de leeropdracht

Uit het voorgaande hebt u kunnen opmaken dat het werkterrein van mijn leerstoel – Grote Stad en Gezondheidszorg – een zeer breed terrein is binnen een complex geheel van beleidsvelden. De beschikbare tijd voor de feitelijke invulling van de leerstoel (één dag per week) is beperkt. Daarom zal ik als laatste aangeven op welke thema's ik mij binnen mijn leeropdracht primair zal richten. Ik heb mij hierbij laten leiden door gesprekken die ik gevoerd heb met onder andere vertegenwoordigers van zorginstellingen aangesloten bij de Vereniging SIGRA, AGIS Zorgverzekeringen, het onderzoeksprogramma van de afdeling Sociologie en Antropologie, en meer in het bijzonder binnen de leerstoelgroep, alsook door de problemen zoals ik die waarneem vanuit mijn positie bij de GGD.

Vanuit mijn leerstoel stel ik mij voor om primair onderzoek te verrichten naar de zorgvraag in de multiculturele stedelijke populatie, om daarmee de zorginstellingen te kunnen ondersteunen bij de organisatie van hun aanbod. In het licht van de ontwikkelingen is daarbij niet alleen de vraag aan de professionele zorgsector interessant, maar ook de verhouding tussen de informele, niet-professionele zorg en de zorginstellingen. Hierbij wil ik mij vooral richten op de kwetsbare groepen

in dit opzicht, zoals chronisch zieken en ouderen met een lage sociaal-economische positie, in het bijzonder van allochtone afkomst. Bij de Turkse en Marokkaanse ouderen heeft de overgrote meerderheid een laag inkomen. Deze slechte inkomenspositie heeft diverse oorzaken, zoals langdurige werkloosheid, het ontbreken van aanvullende pensioenen en een onvolledige AOW-opbouw. Omdat het om een groeiende bevolkingsgroep gaat die in toenemende mate een beroep zal doen op de zorg, is inzicht in de zorgvraag en zorgbehoefte van deze groep noodzakelijk om het zorgaanbod op een goede wijze in te richten.

Vorige maand heeft ZonMw een voorstel voor een Nationaal Programma Ouderen Zorg aangeboden aan het ministerie van VWS. Bij goedkeuring door het ministerie biedt dit wellicht mogelijkheden voor financiering van het onderzoek.

Zorg en welzijn zijn bij uitstek domeinen die op laag geografisch niveau – in de wijk – het beste vorm gegeven kunnen worden. Ik stel me dan ook voor om het onderzoek te concentreren op wijkniveau. In aansluiting op lopend onderzoek binnen de afdeling Sociologie en Antropologie zal dat dan kunnen plaatsvinden in Amsterdam Nieuw West. In dit deel van de stad wordt, onder regie van de Stuurgroep Ouderen en Gehandicaptenzorg waarin de verschillende zorgaanbieders en stadsdelen vertegenwoordigd zijn, vorm gegeven aan de inrichting van de zorg. Ook deze stuurgroep heeft behoefte aan gegevens van wetenschappelijk onderzoek naar vraag en aanbod in de zorg, en hoe deze het beste vertaald kunnen worden naar de praktijk.

In Nieuw West betreft de zorg vooral oudere migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst. Een ander deel van de stad dat in aanmerking komt om onderzoek in uit te voeren is Zuidoost. Daar gaat het voornamelijk om migranten afkomstig uit Suriname, de Antillen en Afrika bezuiden de Sahara, voornamelijk Ghanezen. Hier kan dan ook aansluiting worden gezocht met de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid van de GGD en het AMC. Het onderzoek dat binnen deze werkplaats wordt uitgevoerd, richt zich op het primaire verzorgingsgebied van het AMC. Dit biedt dus ook een mooie kans om het onderzoek van de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC verder te verbinden met de afdeling Sociologie en Antropologie van de Universiteit van Amsterdam.

Er is des te meer reden om het onderzoek vooral te richten op Nieuw West en Zuidoost, omdat juist wijken in deze stadsdelen – niet onverwacht – door de minister geselecteerd zijn om te worden omgevormd tot prachtwijken. Hiermee

ZORGEN OM ZORG IN DE GROTE STAD

hoop ik vanuit het onderzoek niet alleen gezondheid en gezondheidszorg tot speerpunt te maken binnen het programma, maar ook een wezenlijke bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van deze wijken.

Dankwoord

Mijnheer de Rector, waarde toehoorders, ik ben gekomen aan het slot van mijn rede. Mij resten slechts enkele woorden van dank.

Allereerst wil ik het College van Bestuur van de Universiteit bedanken om in te stemmen met mijn benoeming. De financiers van deze bijzondere leerstoel, te weten de Vereniging Samenwerkende Gezondheids Instellingen Regio Amsterdam (SIGRA), en AGIS Zorgverzekeringen, bedank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik zal er de komende jaren alles aan doen om dit vertrouwen waar te maken. Het welkom dat ik heb mogen ervaren binnen de afdeling Sociologie en Antropologie van de Universiteit, en in het bijzonder de leerstoelgroep ‘Burgerschap, verzorging en sociaal beleid’, zal daar zeker aan bijdragen.

Bijzondere dank gaat uit naar de GGD Amsterdam. Zonder deze organisatie zou ik hier nooit hebben gestaan. Ruim twintig jaar geleden kwam ik daar binnen om mijn vervangende dienstplicht te vervullen. Dat zou niet langer duren dan 18 maanden. Als iemand mij toen gezegd zou hebben dat ik daar minimaal 20 jaar zou blijven, dan had ik dat voor onmogelijk gehouden. Maar voor je het weet, zijn die 20 jaar werkelijkheid geworden.

Gedurende deze periode heb ik met vele mensen binnen en buiten de GGD samengewerkt. Een aantal mensen wil ik in het bijzonder noemen. Allereerst Joop van Wijnen, die mij binnen de GGD heeft gehaald. Ruim tien jaar heb ik mij onder zijn leiding kunnen bekwamen op het gebied van de medische milieukunde, wat onder andere resulteerde in mijn promotie, mede onder de inspirerende begeleiding van mijn promotors professor Paul van der Maas en professor Bert Brunekreef. Na mijn promotie kreeg ik van de GGD en NWO de gelegenheid om mij gedurende een jaar verder te ontwikkelen bij de Harvard School of Public Health in Boston. En kort na mijn terugkeer kreeg ik de mogelijkheid om de afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering te gaan leiden en te ontwikkelen. Hiervoor kreeg ik alle ruimte van mijn toenmalige leidinggevende en latere directeur van de GGD, professor Roel Coutinho. In de laatste tien jaar

ARNOUD PAUL VERHOEFF

hebben we met de collega's de afdeling ruimschoots op de kaart weten te zetten, niet alleen binnen, maar ook buiten Amsterdam en internationaal. Mijn benoeming had niet kunnen plaatsvinden zonder onze gezamenlijke inzet, en daar ben ik de collega's van de afdeling zeer dankbaar voor. Daarbij verwacht ik dat mijn benoeming ook weer nieuwe kansen biedt voor de verdere ontwikkeling van de afdeling.

Marjolein Verstappen, de huidige directeur van de GGD, wil ik bedanken voor het feit dat zij mij vanuit de GGD beschikbaar heeft kunnen maken voor deze leerstoel.

Als laatste wil ik mijn vrienden en familie bedanken. Mede dankzij jullie steun in goeie en slechte tijden, sta ik nu waar ik nu sta. Regelmatig uiten jullie je bezorgdheid over het vele werken dat ik doe. Met het aanvaarden van dit hoogleraarschap zal de hoeveelheid werk niet direct afnemen. Maar jullie weten ook dat ik mijn werk met veel plezier en voldoening doe, en dat het me daarmee ook energie geeft om van de andere noodzakelijke dingen in het leven te genieten. We weten uit ervaring dat het leven soms onverwacht snel voorbij kan zijn. Daarom is het ook zo essentieel om het leven in al haar facetten te leven.

Als jongen van 12 jaar oud – inmiddels 35 jaar geleden – zat ik hier op een van de plaatsen die u nu bezet. Toen hield mijn vader zijn rede ter aanvaarding van zijn hoogleraarschap. Ik was te jong om te begrijpen waarover het ging, maar dat het een bijzondere gebeurtenis was, besepte ik wel. Het is daarom des te meer bijzonder om na zoveel jaren op dezelfde plaats te mogen staan als waar mijn vader sprak over de fythopatologie, ofwel de plantenziektkunde.

In de loop der jaren is er veel veranderd en gebeurd. En gelukkig voor u zijn de kerkbanken die toen nog in deze ruimte stonden, vervangen door stoelen, zodat u tenminste het afgelopen uur aangenamer heeft kunnen zitten.

Waarde toehoorders, ik dank u voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Alderliesten M, Vrijkotte TGM, Wal MF van der, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG* [geaccepteerd]
- APE. *Knellende contracteerruimtes: een analyse van hogere AWBZ-kosten in grote steden ten opzichte van andere regio's* Den Haag: APE, 2006
- Brussel GHA van, Buster MCA. *OGGZ Monitor Amsterdam '02'03'04* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2005
- Buren LP van, Hallich B, Cleven M, Joung IMA, Koutrik J van, Yerden I. *Mantelzorg in de Turkse cultuur: zorg aan chronisch zieke Turkse ouderen in Nederland* Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2005
- Deben, L, Heinemeijer W, Vaart D van der (red.). *Understanding Amsterdam: essays on economic vitality, city life and urban form* Amsterdam: Het Spinhuis, 2000
- Dijkshoorn H. *De gezondheid van Surinamers in Amsterdam* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006
- Gans HJ. *People, plans, and policies: essays on poverty, racism, and other national urban problems* New York: Columbia University Press, 1991
- Gerits YC, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken. *TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2001;79:16-20
- GGD Amsterdam. *Seksueel gedrag in een subcultuur van tieners in Amsterdam Zuidoost: rapportage van een quick scan* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006
- Graaff FM de, Francke AL. Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland: een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik. *Verpleegkunde* 2002;17:131-139
- Jacobs G. 'Wij blijven alle problemen verzamelen': gezond leven, migrantenouderen en empowerment. *Cultuur Migratie Gezondheid* 2006;3(2):88-100
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-1104
- Schuijt-Lucassen NY, Deeg DJH, Verhoeff AP, Tichelman PJ. *Ouderen in Amsterdam: omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006
- Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. Psychiatrische morbiditeit in de grote steden: een vergelijking tussen de vier grote steden en de rest van Nederland. *TSG tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 79;2001:155-161
- Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC, Smits CHM, Verhoeff AP, Beekman ATF. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:538-544

- Uitenbroek DG, Ujic-Voortman JK, Janssen AP, Tichelman PJ, Verhoeff AP (red.). *Gezond zijn en gezond leven in Amsterdam: Amsterdamse gezondheidsmonitor gezondheidsonderzoek 2004* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006
- Veer AJE de, Francke AL. Thuiszorg voor allochtone ouderen, een inventarisatie. *Verpleegkunde* 2003;18:169-177
- Verhoeff AP, Hesdahl B (red.). *Gezond leven in gezond Amsterdam: nota Volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2004-2007* Amsterdam: Gemeente Amsterdam/GGD Amsterdam, 2004
- Verweij A, Hooijdonk C van, Deuning C, Droomers M, Lucht F van der, Zwakhals L. *Gezondheid in de 40 prachtwijken*. Bilthoven: RIVM, 2007
- Vogelaar E. *Actieplan krachtwijken: van aandachtswijk naar krachtwijk* Den Haag: Ministerie van VROM-Wonen, Wijken en Integratie, 2007
- Vrijkotte TGM, Wal MF van der, Eijssden M van, Bonsel GJ. First trimester employment, working conditions and birth weight. *BMJ* [geaccepteerd]
- Wit MAS de, Tuinebreijer WC, Beekman ATF, Dekker J, Gorissen WHM, Penninx BW, Komproe IH, Mesu PS, Verhoeff AP. *Stemmings- en angststoornissen in Amsterdam: verschillen in voorkomen en zorggebruik naar etniciteit* Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006
- Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff AP. Prevalence and riskYerden I. Blijf je in de buurt?: zorg bij zorgafhankelijke Turkse ouderen. *Cultuur Migratie Gezondheid* 2004;1(4):28-37
- Zee W van (red.). *Amsterdam in cijfers 2006*. Amsterdam: Dienst Onderzoek en Statistiek, 2006