

artsen.

De doelstelling van de Landelijke Federatie is: Landelijk overleg CB-artsenverenigingen.

De Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsenverenigingen maakt hiermee naar buiten toe kenbaar, dat zij geïnformeerd wil worden over alle zaken die de kwaliteit van de JGZ van 0 jaar tot schoolgaand betreffen. Tevens heeft zij de wens betrokken te worden bij deze zaken en wil zij een constructieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de Jeugdgezondheidszorg van 0 jaar tot schoolgaand.

Het secretariaat van de Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsenverenigingen is gevestigd: Emmalaan 3, 6717 JL Ede, tel. 08380-32733.

### Oprichting Landelijke werkgroep AGZ-verpleegkundigen

Op 8 oktober 1987 is er een landelijke werkgroep opgericht van verpleegkundigen werkzaam in de Algemene Gezondheidszorg, ondersteund door Het Beterschap (belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden) en het CFO (Christelijke Federatie van Overheidspersoneel).

De werkgroep stelt zich ten doel:

- Contact tot stand brengen tussen AGZ-verpleegkundigen werkzaam in de basisgezondheidsdiensten.
- Profilering van de functie van AGZ-verpleegkundigen in de basisgezondheidsdiensten.
- Het zoeken naar mogelijkheden om kennis en bekwaamheden van de AGZ-verpleegkundigen op peil te houden en te optimaliseren.
- Het meewerken aan het inhoud geven aan de algemene preventieve zorgtaken.

Vanuit de werkgroep is er een vertegenwoordiging in het platform verpleegkundigen in basisgezondheidsdiensten.

Voor meer informatie kan men zich wenden tot: Petra Meerburg Snarenberg, voorzitter, tel. 020-5555252; Gerda Krediet, secretaris, tel. 010-4339434.

### Subsidies voor epilepsie onderzoek in 1989

De Commissie Landelijk Epilepsie Onderzoek TNO (CLEO) stelt vanaf heden de inschrijving open voor aanmelding van nieuwe onderzoeksvoorstellen, betrekking hebbende op alle terreinen van epilepsie en haar bestrijding.

Bij de toekenning van subsidies (voor in 1989 te beginnen onderzoek) zal, naast de eis van hoge kwaliteit, het onderzoeksterrein in tweede instantie als criterium gelden. De commissie wil langs deze weg trachten onderzoek te stimuleren op die gebieden die naar haar inzicht te weinig aandacht krijgen. Hieronder vallen voor de periode beginnende in 1989 o.a. epidemiologische studies en onderzoek naar de psychosociale facetten van epilepsie.

Er wordt op gewezen dat de subsidie in principe een aanvullend karakter heeft waarbij als uitgangspunt geldt dat de instelling waar de onderzoeker werkzaam is een belangrijke inbreng in het te subsidiëren onderzoek heeft.

Op 8 maart 1988 zal een besloten hoorzitting gehouden worden waarop de subsidie aanvragers de gelegenheid hebben hun onderzoeksvoorstel voor de Commissie toe te lichten.

De uiterste inzenddatum voor de subsidie-aanvragen is gesteld op 22 januari 1988. Subsidie-aanvraagformulieren en alle nadere informatie kunnen verkregen worden bij het bureau van de CLEO, Postbus 188, 2300 AD Leiden, tel. 071-214441 (dr. J. L. Blom, coördinator)

## VOORDRACHTEN EN VERSLAGEN

### MEDISCHE GEOGRAFIE: DE STAND VAN ZAKEN IN EEN RELATIEF ONBEKENDE SUBDISCIPLINE

P. P. Groenewegen, L. Hingstman  
NIVEL, Utrecht

Van 14 tot 18 juli 1986 werd op de campus van Rutgers University, New Brunswick, New Jersey (USA), het tweede International Symposium on Medical Geography georganiseerd. Initiatiefnemers van deze conferentie zijn de werkgroepen medische geografie van de American Association of Geographers en het Institute of British Geographers (de eerste conferentie werd in 1985 in Nottingham (UK) gehouden).

Op het symposium hebben nagenoeg alle medisch geografen van naam uit het angelsaksisch taalgebied een paper gepresenteerd, zodat op basis hiervan de stand van zaken op dit terrein, beschreven kan worden. We zullen geen overzicht geven van alle papers, maar een selectie van de (naar ons idee) betere papers. Een deel van deze papers wordt in 1988 gepubliceerd in een speciaal nummer van 'Social Science and Medicine'.

We volgen de indeling in onderwerpen die op de conferentie gebruikt is:

- disease patterns
- lifestyle, environment and health
- health care delivery systems
- methods.

Voor we deze onderwerpen verder bespreken, is het misschien goed eerst een omschrijving te geven van wat medische geografie is.

#### Medische geografie

Medische geografie zou men kunnen omschrijven als de subdiscipline binnen de geografie welke zich bezighoudt met ruimtelijke aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. Deze aspecten worden uiteraard ook

binnen andere vakgebieden bestudeerd, zoals de epidemiologie, medische sociologie en gezondheidseconomie. We beperken ons hier echter tot de medische geografie.

Lange tijd heeft binnen de medische geografie het accent gelegen op ruimtelijke analyse van ziekte (en in mindere mate gezondheid). Dit deel van het terrein wordt wel aangeduid als klassieke medische geografie. Het houdt zich vooral bezig met ecologische aspecten van ziekte, en met de verspreiding van ziekte.

De voorlopers van de moderne medische geografie zijn te vinden in de achttiende en negentiende eeuwse ziekte-atlassen en de zogenaamde 'geneeskundige plaatsbeschrijvingen' (vergelijk bijv. De Vooy 1951, Houwaart 1983). De negentiende eeuwse hausse in de bestudering (en vooral beschrijving) van ruimtelijke aspecten van ziekte vond zijn einde met de aanvang van het bacteriologisch tijdperk in de jaren tachtig van de negentiende eeuw. De draad werd in de twintigste eeuw weer opgepakt met de bestudering van geografische aspecten van tropische ziekten, zoals malaria en rivierblindheid.

Een nieuwe uitdaging voor de klassieke medische geografie is te vinden in de bestudering van de gezondheidseffecten van milieuverontreiniging, waarbij de statistische problemen met kleine veranderingen over een lange tijdsperiode in de incidentie van relatief weinig voorkomende ziektes (zoals bepaalde kankers) een belangrijke rol spelen.

De bestudering van ruimtelijke aspecten van gezondheidszorg is van recentere oorsprong. De belangstelling voor deze tak van de medische geografie loopt parallel aan de toename van de overheidsbemoediging in de gezondheidszorg. Centrale thema's in het ruimtelijk onderzoek van de gezondheidszorg zijn locatie en toegankelijkheid van voorzieningen en hun invloed op het gebruik daarvan. Op deze thema's zijn theorieën, die ontwikkeld zijn in de economische en sociale geografie gemakkelijk toe te passen.

Tot zover een globale indruk van wat medische geografie inhoudt. De geïnteresseerde lezer kunnen we verwijzen naar het leerboek van Pyle (1979) en naar de overzichtsbundel van Groenwegen e.a. (1987).

### Disease patterns

Het onderzoek naar ruimtelijke patronen in het voorkomen en de verspreiding van ziektes is vanouds sterk gericht op besmettelijke ziekten in ontwikkelingslanden. Ook op de door ons bezochte conferentie was dat duidelijk te constateren. Deze onderzoeken hebben twee kenmerken gemeen. In de eerste plaats zijn zij bijna uitsluitend gericht op beschrijving, waarbij de gehanteerde methoden relatief eenvoudig zijn. Een voorbeeld hiervan (dat overigens al iets verder gaat dan puur beschrijving) is een paper van Bhardwaj en Rao waarin de seizoensfluctuaties in besmettelijke ziekten in verband gebracht worden met het ontwikkelingsniveau van gebieden. In (volgens hun omschrijving) meer ontwikkelde gebieden vertonen besmettelijke ziekten minder seizoensfluctuaties.

In de tweede plaats bestaan er in de meeste gevallen grote problemen met betrekking tot de betrouwbaarheid en volledigheid van de data, bijvoorbeeld omdat alleen gegevens beschikbaar zijn over gevallen waarin medische hulp ingeroepen wordt. Problemen met de kwaliteit van de gegevens treden ook op bij historisch onderzoek naar de ruimtelijke aspecten van ziekten. Een van de gepresenteerde papers (Innes) doet verslag van een analyse van Canadese census-data van 1871 waarin gegevens verzameld zijn over de personen die in het jaar vóór de census overleden zijn. Hoewel problemen van onderrapportage en classificatie van doodsoorzaken wel genoemd worden, worden er geen oplossingen geboden. De doodsoorzaken in het negentiende eeuwse Montreal doen sterk denken aan de huidige

situatie in de ontwikkelingslanden: grote kindersterfte en infectieziekten als belangrijke doodsoorzaak.

Een observatie die niet alleen op papers van deze conferentie is gebaseerd, maar ook op kennisname van andere literatuur op het gebied van de ruimtelijke aspecten van ziekte, is dat er twee uiteenlopende tradities aan het ontstaan zijn: aan de ene kant een qua methodologie zeer simpele, beschrijvende benadering, en aan de andere kant een statistisch zeer geavanceerde benadering, die werkt met modellen voor de incidentie van zeldzame gebeurtenissen, simulatie enzovoort. De laatste benadering is buiten de medische geografie vooral bij statistici en epidemiologen te vinden.

### Lifestyle, environment and health

Als we het over lifestyle en gezondheid hebben zijn zaken als de invloed van voedingspatronen en riskante gewoonten op de gezondheid van belang. In sommige gevallen zijn er zeer duidelijke relaties te leggen tussen leefgewoonten en gezondheid, zoals in het geval van alcoholconsumptie en sterfte door levercirrose, roken van tabak en longkanker. In andere gevallen liggen relaties minder duidelijk en proberen geografen met een soort sleepnetmethode correlaties te vinden die aanknopingspunten voor de oorzaken van ziektes kunnen geven. Een goed voorbeeld van het laatste is de studie van Giggs en anderen over de incidentie van primaire acute pancreatitis in Nottingham. Uit de algemene literatuur over deze ziekte blijkt dat er een relatie met overmatig alcoholgebruik is (de geïdentificeerde gevallen waarin alcohol een rol speelde, zijn buiten beschouwing gelaten) en mogelijk met voedingsgewoonten in het algemeen. Uit het onderzoek van Giggs blijkt dat er een concentratie van gevallen is in het verzorgingsgebied van een bepaald drinkwaterbedrijf. Vervolgens is de verhuisgeschiedenis van de gediagnosticeerde gevallen van pancreatitis nagegaan gedurende de voorafgaande vijf jaar. Wanneer de eerdere woonadressen in kaart gebracht worden, blijkt de concentratie van gevallen van pancreatitis nog sterker te zijn.

We gaan hier zo uitgebreid op in, omdat migratie een belangrijk proces is dat van invloed is op de mogelijkheden om relaties tussen omgevingsfactoren en ziekte te achterhalen, zeker in gevallen waarin een lange blootstelling aan bepaalde omgevingsfactoren verondersteld wordt. Aan dit probleem is een apart paper gewijd door Bentham onder de titel 'Migration and morbidity'. Hij toont aan dat migranten qua gezondheidstoestand geen homogene groep vormen: oudere migranten zijn ongezonder en jongere migranten gezonder dan de niet-migrant in dezelfde leeftijdscategorieën. De argumentatie in dit paper is in feite niet afgemaakt omdat wel aangetoond wordt dat er verschillen in gezondheid tussen groepen migranten onderling en tussen migranten en niet-migrant zijn, maar niet vastgesteld wordt wat het effect is op regionale verschillen in morbiditeit.

Selectieve migratie komt ook naar voren als een van de verklarende variabelen in een paper over het verschil tussen stedelijke en plattelandsgebieden in longkankersterfte, naast geografische variatie in rookgewoonten en in fouten in statistieken van doodsoorzaken (Haynes). Tenslotte is migratie ook van belang bij onderzoek naar de effecten van milieuverontreiniging. Hayes en Taylor wijden een zeer kritische beschouwing aan het nut van bevolkingsonderzoek naar de gezondheidstoestand van aan industrieel afval blootgestelde populaties, waarbij selectieve migratie als een van de mogelijke oorzaken genoemd wordt voor het niet vinden van effecten.

Uit deze voorbeelden blijkt het grote belang van het grensgebied tussen medische geografie en bevolkingsgeografie. Meer op het terrein van het laatste gebied ligt een indruk-

wekkend onderzoek van Meade over seizoensgebonden fluctuaties in het geboortecijfer in de Verenigde Staten. Ofschoon seizoensgebonden fluctuaties in sterfte in industriële landen – onder invloed van een betere bescherming tegen extreme koude en hitte – in de loop van de tijd afgenomen schijnen te zijn lijken de fluctuaties in het aantal geboorten nog steeds te bestaan. Wel zijn er voortdurende verschuivingen in tijd, ruimte en binnen specifieke bevolkingsgroepen.

### Health care delivery systems

Ook binnen de medische geografie is het gezondheidszorg-systeem één van de onderwerpen van studie. Het aantal medisch geografen dat actief is op dit onderzoeksterrein is overigens beperkt. Hoewel op het terrein van onderzoek naar gezondheidszorgsystemen tal van aspecten zijn te onderscheiden die raakvlakken hebben met de medische geografie, zijn het vooral andere disciplines (medische sociologie, economie en dergelijke) die dit onderzoeksterrein bestrijken. Dit zien we ook duidelijk weerspiegeld op dit congres waar bijvoorbeeld op een veelvuldig bestudeerd onderzoeksterrein als de concurrentie tussen de publieke en de private sector, slechts één wetenschappelijke publicatie werd gepresenteerd. Het betrof een onderzoek van Joseph naar de regionale verschillen in groei van het aantal particuliere en overheidsziekenhuizen in Nieuw Zeeland. Uit de resultaten blijkt onder andere dat door de concurrentie tussen beide typen ziekenhuizen vooral in de verstedelijkte gebieden de overheidsziekenhuizen steeds minder financiële middelen toebedeeld krijgen. Een van de gevolgen hiervan is dat in deze gebieden de laagst betaalden steeds meer gebruik moeten maken van diensten van de duurder particuliere ziekenhuizen. Het onderzoek is een goed voorbeeld hoe vanuit een ruimtelijke invalshoek (regionale verschillen) bepaalde ontwikkelingen kunnen worden blootgelegd.

Een ander aspect van die ruimtelijke invalshoek komen we tegen in studies waarin de ruimtelijke spreiding van beroepsbeoefenaren wordt onderzocht. Dit soort studies komen we – vooral ook in Nederland – wat vaker tegen. Op dit congres werd in dit kader door Gesler een uitstekende studie gepresenteerd over de positie van de chiropracticus in de Verenigde Staten. In dit onderzoek wordt de geografische spreiding van artsen, huisartsen en chiropractici vergeleken. Uit de resultaten blijkt onder andere dat de chiropractici meer in de grotere steden zijn geconcentreerd dan de huisartsen. Verder blijkt dat de chiropractici-dichtheid positief samenhangt met het aantal blanken, hogere inkomens en de verstedelijking. Juist deze geografische gegevens waren voor Gesler een handvat om meer inzicht te krijgen in de positie van de chiropracticus binnen de Amerikaanse gezondheidszorg.

Een onderzoeksterrein dat binnen vele disciplines in toemende mate onder de aandacht wordt gebracht is het onderzoek naar de ouder wordende mens. Deze groeiende belangstelling zien we ook terug op dit congres. Hierbij moet worden aangetekend dat in een groot aantal van de gepresenteerde papers een duidelijk (medisch) geografische invalshoek ontbrak. Een voorbeeld hiervan is het artikel van Phillips en Vincent. In een goed opgezette studie wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de concentratie van 'private residential care homes' in Devon, Zuidwest Engeland. In dat gebied was sprake van een explosieve groei van dit soort tehuizen, wat tot sociaal-economische en demografische problemen leidde. De overheid voelde zich genooddaakt om een dergelijke 'ghetto-vorming' van groepen die afhankelijk zijn van diensten van anderen tegen te gaan. Phillips en Vincent concluderen dat het weliswaar wenselijk is dat de residentiële zorg voor

ouderen gedeïnstitutionaliseerd wordt, maar zetten grote vraagtekens bij een oplossing via een systeem van privatisering.

Onderzoeken met veel meer medisch geografische kenmerken zijn die van Shannon en Cromley, en van Scarpaci. Shannon en Cromley hebben onderzoek gedaan naar de explosief stijgende kosten van het 'Medicare-program' in de Verenigde Staten. Dit door de overheid gefinancierde programma is vooral opgezet voor bejaarden en gehandicapten in de lagere inkomenscategorieën die zich vanwege de hoge kosten niet particulier kunnen verzekeren. In het onderzoek van Shannon en Cromley is gekeken naar de regionale verschillen in de kosten van het 'Medicare-program' en dan vooral naar de regionale verschillen in de vergoedingen die artsen krijgen voor de verschillende diensten die zij aanbieden. Aangezien deze vergoedingen rechtstreeks zijn afgeleid van de vergoedingen die artsen krijgen van de regionale particuliere ziektekostenverzekering, kunnen er grote verschillen ontstaan. Verschillen die van grote invloed kunnen zijn op de zorg voor ouderen. Als voorbeeld noemen zij dat in gebieden waar de artsen een hoge vergoeding krijgen voor bezoeken aan patiënten in het ziekenhuis of verpleeghuis, er sprake is van een hoger percentage bejaarden dat in dit soort instellingen wordt opgenomen.

In het onderzoek van Scarpaci wordt een ander aspect van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem belicht, namelijk het 'Diagnosis-related groups pricing-system' (DRG-system). Scarpaci heeft onderzocht in hoeverre er regionale verschillen zijn in de kosten van het DRG-system. Vervolgens is gekeken welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. Aan de hand van lineaire regressiemodellen is berekend dat het aantal bejaarden met een aanvullende verzekering, alsmede het regionaal inkomensniveau de beste voorspellers zijn van de kosten van het DRG-system. Gezien de papers die over het onderwerp 'health care delivery systems' zijn gepresenteerd, kunnen we concluderen dat de medisch geografen nog maar een bescheiden rol spelen op dit veelomvattende onderzoeksterrein.

### Methods

Veel theorieën en methoden die binnen de medische geografie worden gebruikt zijn afgeleid van de economische en sociale geografie. Nieuwe ontwikkelingen op dit gebied vielen op dit congres nauwelijks te bespeuren, met uitzondering van een papier van Greenberg. Daarin wordt ingegaan op de veelvuldig voorkomende onderzoeksvraag of er in een bepaalde regio een relatie bestaat tussen het voorkomen van een bepaalde ziekte en omgevingsfactoren. Het aantal ziektegevallen is veelal te klein om naar aanleiding van een bepaald vermoeden exacte uitspraken te kunnen doen. Dit probleem van de kleine aantallen heeft Greenberg aangepakt door een aantal methoden te vergelijken waarmee zogenaamde 'time-space' clusters kunnen worden opgespoord. Voor het testen van deze methoden zijn simulatiemodellen gebruikt. De auteur geeft aan dat dit specifieke onderzoeksterrein nog in ontwikkeling is.

Naast ruimtelijke analysetechnieken komen we binnen de medische geografie ook planningsmodellen tegen. Een van de betere voorbeelden hiervan is een onderzoek van Bianchi, waarin voor de Verenigde Staten een model wordt gepresenteerd om de locatie van ambulancediensten te plannen. Er wordt gebruik gemaakt van een zogenaamd 'coveringmodel', waarbinnen gewerkt wordt met maximale afstand- en tijdstandaarden. In het artikel wordt zowel een optimale als een heuristische procedure uitgewerkt.

Over het algemeen kan worden vastgesteld dat er op dit congres weinig nieuwe onderzoeksmethoden werden

gepresenteerd. Meestal wordt er voortgeborduurd op de bestaande methoden.

### Slot

Als we het geheel van deze conferentie overzien, dan blijkt dat het meest herkenbare onderdeel van de medische geografie, de analyse van ruimtelijke aspecten van ziekte, wat op de achtergrond raakt. Gerekend in aantal bijdragen aan de conferentie heeft de bestudering van ruimtelijke aspecten van gezondheidszorg een belangrijker plaats gekregen. De vraag is of er op dit terrein een herkenbare geografische inbreng is of dat er eigenlijk nauwelijks verschil is met hetgeen door onderzoekers met een andere achtergrond aan 'health services research' gedaan wordt. Ons oordeel is dat er nauwelijks verschil is. Aan de ene kant werden er op deze conferentie papers op het gebied van de gezondheidszorg gepresenteerd die geen of bijna geen ruimtelijke dimensie hebben, terwijl men aan de andere kant in de vaktijdschriften op het gebied van de 'health services research' regelmatig artikelen met een geografische invalshoek vindt; ook al zijn deze niet door geografen geschreven. Zoals al gezegd is er op het op dit moment populaire terrein van de 'small area analysis of medical procedures' nauwelijks inbreng van geografen. Dit is een constatering; het wil niet zeggen dat geografen geen (grotere) inbreng zouden kunnen hebben.

Daar waar problemen van toegang en toegankelijkheid van voorzieningen onderwerp van onderzoek zijn, kan toepassing van resultaten van geografisch onderzoek (uit economische geografie van landelijke gebieden) een zinvolle bijdrage leveren. Daarnaast kunnen de methoden en technieken van kartografie en ruimtelijke analyse die binnen de geografie ontwikkeld zijn, een welkome aanvulling zijn op het methodisch arsenaal van onderzoekers van de gezondheidszorg.

### LITERATUUR

- Groenewegen, P. P., J. P. Mackenbach & M. H. Stijnenbosch (red.), Geografie van gezondheid en gezondheidszorg. In: Nederlandse Geografische Studies (nr. 34), Amsterdam/Utrecht 1987  
 Houwaart, E., Hygiënisten in de 19e eeuw, I, II en III. T. Soc. Gezondheidsz. 61 (1983) 258-265, 295-308, 335-349  
 Pyle, G. F., Applied Medical Geography. Wiley, New York 1979  
 Vooy, A. C. de, De opkomst van de medische geografie in Nederland. Geografisch Tijdschrift (1951) 4, 1-8

### AANGEHAALDE PAPERS

- Bentham, G., Migration and morbidity: Implications for geographical studies of disease  
 Bhardwaj, S. M. & M. N. Rao, Regional development and seasonality of communicable diseases in rural Andhra Pradesh, India  
 Bianchi, G. & R. L. Church, A hybrid FLEET model for EMS systems  
 Gesler, W. M., The place of chiropractors in health care delivery: A case study of North Carolina  
 Giggs, J. A., J. B. Bourke & B. Katschinski, The epidemiology of primary acute pancreatitis in greater Nottingham: 1969-83  
 Greenberg, M. R., Time-space clusters: Testing when there are less than twenty cases.  
 Hayes, M. & S. M. Taylor, Do health studies of persons exposed to toxic waste do more harm than good?  
 Haynes, R., The urban distribution of lung cancer mortality in England and Wales 1980-1983  
 Innes, F. C., mapping 19th century Canadian mortalities: Clues to quality of life in a colonial environment  
 Joseph, A. E. & H. Flynn, Regional and welfare perspectives on the public-private hospital dichotomy in New Zealand  
 Meade, M., Pattern, change, and scale in seasonality of American birth  
 Phillips, D. R. & J. Vincent, Privatising residential care for the elderly, The geography of developments in Devon, England  
 Scarpaci, J. L., Geographic and procedural variations in the use of diagnostic-related groups.  
 Shannon, G. W. & E. K. Cromley, A preliminary analysis of the geographic variation in medicare prevailing charges  
 Whitelegg, J. & D. Gorst, Leukaemia incidence in Northern England: Some hypotheses

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. L. Hingstman, NIVEL, postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

## OFFICIEEL

### VERENIGING VOOR VOLKSGEZONDHEID EN WETENSCHAP

Congres 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen.  
 Waarom in 1988 nog?'

Datum: 20 april 1988.

Plaats: Leiden.

Organisatie: Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap.

Voertaal: Engels + Nederlands.

Inhoud: Lezingen en presentaties van nieuwe onderzoeksgegevens in plenaire en parallelle sessies over o.a.

- Inequalities in health, seen over time;

- Gezondheidsbeleid en gezondheidsverschillen, de effecten van beleid;

- Sociale stratificatie, sociale mobiliteit en gezondheidsverschillen.

Ruime gelegenheid tot discussie met deskundige sprekers w.o. Marmot (U.K.), Illsley (UK), Deleeck (België), Leenen (Ned.) en Ultee (Ned.).

Doelgroep: onderzoekers en beleidsfunctionarissen op het gebied van de volksgezondheid (epidemiologen, medisch sociologen, sociaal-geneeskundigen, gezondheidswetenschappen, sociale zekerheid; GGD, kruisverenigingen, basisgezondheidszorg + landelijke, provinciale, regionale en lokale overheid.

Deelnemingsprijs: f 145,— (V&W-leden f 120,—), incl. koffie/thee/lunch.

Informatie: Sociaal-economische gezondheidsverschillen, c/o Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden - Nederland, tel. 071-275299.